



**HAL**  
open science

# Qu' est-ce que la masso-kinésithérapie? Regards croisés sur les soins de kinésithérapie en France

Cécile Abboudi

► **To cite this version:**

Cécile Abboudi. Qu' est-ce que la masso-kinésithérapie? Regards croisés sur les soins de kinésithérapie en France. Santé. Université Côte d'Azur, 2021. Français. NNT : 2021COAZ6033 . tel-03756061

**HAL Id: tel-03756061**

**<https://theses.hal.science/tel-03756061>**

Submitted on 22 Aug 2022

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

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

# THÈSE DE DOCTORAT

## Qu'est-ce que la masso-kinésithérapie? Regards croisés sur les soins de kinésithérapie en France

What is physiotherapy? Cross-views on French PT care

**Cécile ABBOUDI**

Laboratoire Rétines

**Présentée en vue de l'obtention  
du grade de docteur en** Recherches  
cliniques et thérapeutiques  
**d'Université Côte d'Azur**

**Dirigée par :** Gilles Mignant,  
**Co-encadrée par :** Arnaud Choplin

**Soutenue le :** 16 décembre 2021

**Devant le jury, composé de :**  
Arnaud Choplin, HDR, Université Cote  
d'Azur  
Grégory Lo Monaco, Professeur , Aix  
Marseille Université  
Gilles Mignant, Chargé de recherche,  
CNRS, Université Cote d'Azur  
Jean Ravestein, Professeur Émérite, Aix  
Marseille Université  
Laurence Vanin, HDR, Université Cote  
d'Azur  
Anne Vega, HDR, Université Paris  
Nanterre

---

# Qu'est-ce que la masso-kinésithérapie?

## Regards croisés sur les soins de kinésithérapie en France

Jury :

Président

Jean Ravestein, Professeur Émérite, Aix Marseille Université

Rapporteurs

Grégory Lo Monaco, Professeur , Aix Marseille Université

Jean Ravestein, Professeur Émérite, Aix Marseille Université

Examineurs

Laurence Vanin, HDR, Université Cote d'Azur

Anne Vega, HDR, Université Paris Nanterre

Invités

Arnaud Choplin, HDR, Université Cote d'Azur

Gilles Maignant, Chargé de recherche, CNRS, Université Cote d'Azur

## Résumé

Contexte : la réadaptation est assurée par des physiothérapeutes et d'autres professionnels de la santé. Dans son programme « réhabilitation 2030 », l'OMS considère la réhabilitation comme une priorité de santé publique. Ainsi, il est important de comprendre les pratiques et les représentations des acteurs. Cette recherche étudie la représentation des soins de kinésithérapie du point de vue des trois populations impliquées dans sa délivrance dans le contexte français (Médecin, Patients et Masseur-Kinésithérapeutes). Elle s'appuie sur un paradigme socioconstructiviste mixte (inductif et déductif) et utilise les outils théoriques des représentations sociales et de la Triade.

Méthodes : nous réalisons une enquête multi-méthodologique en deux étapes : une première étape exploratoire, principalement qualitative (entretiens, littérature, etc.) ; puis une seconde étape quantitative par questionnaire. Nous réalisons une enquête aux méthodes mixte (qualitative et quantitative) d'analyse des données. La recherche s'articule sur deux axes : l'axe 1 étudie les représentations sociales des soins de kinésithérapie, l'axe 2 étudie les modèles de triades.

Résultats : nous avons mis en évidence quelques points nouveaux, mais aussi confirmé certaines hypothèses.

Sur l'axe 1, nous pouvons confirmer que les représentations sociales des trois acteurs (P, M, MK) sont différentes tant par leurs contenus que par leurs logiques. Bien que tous les acteurs expriment certaines composantes qui donnent leur sens au soin, leur place diffère. Une nouvelle dimension (cura ou "souci de soi") a été ajoutée au modèle de soins classiquement décrit (Cure et Care). Pour les P et les M interrogés, il y a un décalage entre les éléments exprimés par les individus pour eux-mêmes et ceux qu'ils expriment au nom de leur groupe. L'articulation logique des composants diffère et varie par son thème de départ : les MK partent de leur expérience professionnelle du corps (le leur et celui du patient). La logique du P est initiée par l'expérience personnelle. La logique des M part d'une approche thérapeutique non-médicamenteuse qui prend en considération la relation entre P et MK. M et MK sont assez clairvoyants sur la représentation du P, contrairement aux P qui semblent ignorer les aspects saillants des professionnels (Cure, Care et vision holistique) ; mais nous pouvons également souligner que MK\* et M sont mutuellement inconscients du contenu et de l'importance de leur représentation respective. En particulier, M n'évoque pas les termes liés aux dimensions de Care et de vision holistique, bien qu'elles soient présentes dans les données des dictionnaires médicaux. Nous investiguons un texte d'un fondateur français de la kinésithérapie qui nous apprend que cette vision holistique s'appuie sur une pensée systémique : un raisonnement analogique, une approche récursive, un ancrage à différents niveaux (du microscopique au social) et un ancrage multidisciplinaire.

Sur l'axe 2, nous confirmons l'applicabilité des modèles triadiques à la relation P-M-MK car ils permettent de comprendre l'hétérogénéité des situations observées en ajoutant d'autres facteurs au statut social. Le modèle relationnel pyramidal est paradoxalement le plus représenté. Il est associé à des thèmes individuels (symptômes, parties du corps, fonctions physiologiques).

**Mots clés :** Représentation sociales, soin de kinésithérapie, Triade.



## Abstract

**Background:** Rehabilitation is provided by physiotherapists and other health professionals. In its "Rehabilitation 2030" programme, the WHO considers rehabilitation as a public health priority. Thus, it is important to understand the practices and representations of actors. This research studies the representation of physiotherapy care from the point of view of the three populations involved in its delivery in the French context (Medical Doctor, Patients and Physical Therapists). It is based on a mixed socioconstructivist paradigm (inductive and deductive) and uses the theoretical tools of social representations and the triad.

**Methods:** We conduct a multi-methodological survey in two stages: a first exploratory stage, mainly qualitative (interviews, literature, etc.); then a second quantitative stage by questionnaire. We carry out a mixed methods (qualitative and quantitative) data analysis protocol. We manage research on two axes: axis 1 studies the social representations of physiotherapy care, axis 2 studies the triad models.

**Results:** We highlighted some new points, but also confirmed some hypotheses.

On axis 1, we can confirm that the social representations of the three actors (P, MD, PT) are different both by their contents and by their logics. Although all the actors express certain components that provide their meaning to care, their place differs. A new dimension (Cura or 'self-concern') was added to the classically described care model (Cure and Care). For the P's and MD's questioned, there is a mismatch of items expressed by the individuals and on behalf of their group. The components logical articulation differs and varies by its starting theme: PTs start from their professional experience of the body (their own and the patient's). The P's logic is initiated by personal experience. MDs logic starts from a non-medicinal therapeutic approach that takes into consideration the PT-P relationship. MD and PT are quite farsighted about the P's representation; contrary to the P's who seem to ignore professionals' salient aspects (Cure, Care and holistic vision); but we can also underline that PT and MD are mutually unaware of the content and importance of their respective representation. In particular, MD does not evoke terms related to the dimensions of Care and holistic vision. Even though it is present in the dictionaries data. We investigate a text from a French physiotherapy founder who teaches us that this holistic vision relies on a systemic thinking: an analogical reasoning, a recursive approach, an anchoring at different levels (from microscopic to social) and a multidisciplinary anchoring.

On axis 2, we confirm the applicability of the triad models to the P-MD-PT relationship because they permit us to understand observed situations heterogeneity by adding other factors to social status. The pyramidal relational model is paradoxically the most represented. It is associated with individual themes (symptoms, body parts, physiological functions).

**Keywords :** Social representation, physiotherapy, Triad

« Le seul, le vrai, l'unique voyage, c'est de changer de regard .»

Marcel Proust

« Je suis reconnaissant envers ceux qui m'ont dit non, car c'est grâce à eux que je l'ai fait par moi-même. »

Albert Einstein

---

À mon fils, Olivier

## Remerciements

*Je remercie chaleureusement Gilles Maignant, chargé de recherche au CNRS, pour son intérêt, sa bienveillance, sa grande disponibilité et ses nombreux conseils durant la rédaction de ma thèse.*

*Je tiens à remercier Arnaud Choplin, directeur de l'IFMK de Nice et codirecteur de thèse qui m'a cadrée et m'a poussée dans ma quête de clarté. Qu'il soit aussi remercié pour sa gentillesse, pour les nombreux encouragements qu'il m'a prodigués, ainsi que pour son soutien et sa confiance.*

*J'adresse tous mes remerciements à Monsieur Ravestein, Professeur à l'Université d'Aix-Marseille, ainsi qu'à Monsieur Grégory Lo Monaco, Professeur à l'Université d'Aix-Marseille, de l'honneur qu'ils m'ont fait en acceptant d'être rapporteurs de cette thèse.*

*J'exprime ma gratitude à Madame Laurence Vanin, HDR à l'Université cote d'azur et à Madame Anne Vega, HDR à l'Université de Paris-Nanterre, qui ont bien voulu être examinateurs.*

*Je tiens aussi à remercier le Professeur Staccini, Directeur de Rétines qui m'a accueillie pendant trois ans au sein de son laboratoire. C'est grâce à lui que j'ai pu finir ma recherche et concrétiser mon ambitieux projet.*

*Un grand merci à mon pygmalion, Jean, pour son indéfectible soutien, sa bienveillance. Merci d'avoir cru en moi.*

*Je tiens à remercier Damien, mon premier supporter, pour ses encouragements et sa patience.*

*À ma famille, Nathalie, Carmen, Guy, Alex, Aimée, Gilbert, Thierry, Sophie, Cécile, Colette, Guy, Danielle, Claire... J'en oublie, merci pour votre confiance, votre bienveillance et votre soutien émotionnel et logistique. À mes assistantes maternelles, Sophie, Karine et Magalie, vous m'avez secondée dans mon rôle de mère pour me permettre de me réaliser par votre sororité.*

*J'adresse ici ma reconnaissance aux personnes qui ont contribué à mon enquête : aux médecins, aux patients, aux kinésithérapeutes.*

*À mes confrères, Stéphane Michel, Vivien Hausberg, Pascale Florisse, Thomas Rulleau, Pierre Henri Haller, merci de m'avoir aidée dans la recherche de participants.*

*À mon père.*

## Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>RESUME</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>ABSTRACT</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>REMERCIEMENTS</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>TABLE DES MATIERES</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | <b>13</b> |
| <b>PARTIE 1 : ÉLÉMENTS THEORICO-CONTEXTUELS</b> .....                     | <b>17</b> |
| <b>1 LES REPRESENTATIONS SOCIALES</b> .....                               | <b>18</b> |
| 1.1 LA PSYCHOLOGIE SOCIALE ET SON REGARD .....                            | 19        |
| 1.2 PRESENTATION DE LA THEORIE DES RS .....                               | 22        |
| <b>2 LA MASSO-KINESITHERAPIE FRANÇAISE</b> .....                          | <b>27</b> |
| 2.1 PRESENTATION ET DEFINITION(S) DE LA MK .....                          | 27        |
| 2.2 HISTOIRE DE LA PROFESSION DE MASSEUR-KINESITHEREPEUTE EN FRANCE ..... | 29        |
| 2.3 DEMOGRAPHIE ET MODALITE D'EXERCICE EN FRANCE.....                     | 32        |
| 2.4 LE TOUCHER DANS LA PRATIQUE DES SOINS DE KINESITHERAPIE.....          | 33        |
| <b>3 IMPLICATIONS ET POSTURES DE (CETTE) RECHERCHE</b> .....              | <b>35</b> |
| 3.1 CONSIDERATIONS EPISTEMOLOGIQUES .....                                 | 36        |
| 3.2 SYNTHÈSE DE NOTRE POSTURE DE RECHERCHE.....                           | 43        |
| <b>4 CONCLUSION DES CHAPITRES 1 A 4</b> .....                             | <b>44</b> |
| <b>5 LE SOIN</b> .....  | <b>45</b> |
| 5.1 L'ÉVOLUTION HISTORIQUE DU SOIN EN MÉDECINE OCCIDENTALE .....          | 45        |
| 5.2 LES COMPOSANTES DU SOIN .....   | 49        |
| 5.3 APPROCHE INTERACTIONNISTE DU SOIN .....                               | 52        |

|  |  |           |
|--|--|-----------|
| <b>6</b>                                       | <b>LES RELATIONS DE SOINS MEDECINS-PATIENT-KINESITHEREPEUTE .....</b>  | <b>55</b> |
| 6.1  | LA RELATION MEDECIN-PATIENT.....   | 56        |
| 6.2  | LA RELATION PATIENT-KINESITHEREPEUTE.....  | 60        |
| 6.3  | LA RELATION MEDECIN-KINESITHEREPEUTE .....   | 61        |
| <b>7</b>                                       | <b>CONCLUSION DES CHAPITRE 5 ET 6 .....</b>  | <b>63</b> |
| <b>8</b>                                       | <b>LA TRIADE ET LA SOCIOLOGIE DES FORMES.....</b>  | <b>65</b> |
| 8.1  | L'INTERACTION SOCIALE DANS LA SOCIOLOGIE FORMELLE .....  | 65        |
| 8.2  | LA TRIADE ET SES FORMES D'ORGANISATIONS.....   | 66        |
| 8.3  | ANALYSE DE NOTRE SITUATION DE SOIN AU REGARD DU MODELE THEORIQUE DE LA TRIADE.....   | 71        |
| <b>9</b>                                       | <b>SYNTHESE DES APPORTS THEORIQUES DES RS ET DE LA TRIADE.....</b>   | <b>76</b> |
| <b>PARTIE 2 : PROBLEMATIQUE GENERALE .....</b> |  | <b>78</b> |
| <b>1</b>                                       | <b>QUESTION DE RECHERCHE.....</b>  | <b>78</b> |
| <b>2</b>                                       | <b>HYPOTHESES DE RECHERCHES ET METHODOLOGIES IDOINES .....</b>   | <b>80</b> |
| 2.1  | AXE 1 : HYPOTHESE 1 : LES RS DES TROIS ACTEURS SONT DIFFERENTES ET CONTIENNENT CERTAINES CATEGORIES A PRIORI AINSI QUE DE NOUVEAUX ELEMENTS..... | 80        |
| 2.2  | AXE 1 : HYPOTHESE 2 : LES REPRESENTATIONS SOCIALES RECIPROQUES SUPPOSEES SONT DIFFERENTES DES REPRESENTATIONS SOCIALES REELLEMENT MESUREES ..... | 80        |
| 2.3  | AXE 2 : HYPOTHESE 3 : ON RENCONTRE LES TROIS FORMES DE TRIADES .....   | 81        |
| 2.4  | AXE 2 : HYPOTHESE 4 : CERTAINES FORMES DE TRIADES SONT LIEES A DES ELEMENTS DU NOYAU .....   | 81        |
| <b>PARTIE 3 : METHODOLOGIE DU PROJET .....</b> |  | <b>82</b> |
| <b>1</b>                                       | <b>RECHERCHE AUX METHODOLOGIES INTERDISCIPLINAIRES.....</b>  | <b>82</b> |
| <b>2</b>                                       | <b>PROCEDURES DE RECUEIL DE DONNEES .....</b>  | <b>83</b> |
| 2.1  | DICIONNAIRES.....  | 83        |
| 2.2  | TRACES ECRITES .....   | 83        |
| 2.3  | LITTERATURE ACADEMIQUE.....  | 84        |
| 2.4  | ENTRETIENS .....   | 86        |
| 2.5  | QUESTIONNAIRE .....  | 87        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>3</b> | <b>METHODOLOGIES D'ANALYSES</b> .....   | <b>96</b>  |
| 3.1      | ANALYSE DE CONTENU THEMATIQUE.....  | 98         |
| 3.2      | LEXICOMETRIE ET METHODE REINERT.....  | 100        |
| 3.3      | ANALYSES FACTORIELLES.....  | 102        |
| 3.4      | ANALYSE PROTOTYPIQUE.....   | 102        |
| 3.5      | ANALYSE DE SIMILITUDE.....  | 103        |
| 3.6      | ANALYSE DES FORMES DE TRIADES.....  | 104        |
|          | <b>PARTIE 4 : RESULTATS</b> .....   | <b>106</b> |
| <b>1</b> | <b>DESCRIPTION DES POPULATIONS ENQUETEES</b> .....  | <b>106</b> |
| 1.1      | ENTRETIENS.....   | 107        |
| 1.2      | QUESTIONNAIRE.....  | 107        |
| <b>2</b> | <b>DESCRIPTION DES CORPUS ISSUS DES TRACES ECRITES</b> .....  | <b>111</b> |
| 2.1      | DICTIONNAIRES.....  | 111        |
| 2.2      | LITTERATURE ACADEMIQUE.....   | 112        |
| 2.3      | OUVRAGE LITTERAIRE : LE CORPS ENTRE LES MAINS DE BORIS DOLTO.....   | 113        |
| <b>3</b> | <b>H1 : ORGANISATION ET CONTENU DES REPRESENTATIONS SOCIALES DIFFERENT</b><br><b>DANS CHAQUE GROUPE</b> .....   | <b>114</b> |
| 3.1      | EXTRACTIONS DE CONTENU A PARTIR DES ENTRETIENS.....   | 114        |
| 3.2      | EXTRACTION D'ELEMENTS ISSUS DE LA LITTERATURE ACADEMIQUE.....   | 145        |
| 3.3      | EXTRACTION A PARTIR DES DICTIONNAIRES.....  | 148        |
| 3.4      | EXTRACTION DE CONTENUS A PARTIR DE LA LITTERATURE (LE CORPS ENTRE LES MAINS).....   | 151        |
| 3.5      | RESULTATS DU QUESTIONNAIRE.....   | 160        |
| <b>4</b> | <b>H2 : LES REPRESENTATIONS SOCIALES RECIPROQUES SUPPOSEES SONT</b><br><b>DIFFERENTES DES REPRESENTATIONS SOCIALES REELLEMENT MEASUREES : RESULTAT</b><br><b>DES TECHNIQUES DE SUBSTITUTION INTERGROUPE</b> ..... | <b>178</b> |
| 4.1      | LA REPRESENTATION DES SK ATTRIBUEE AUX P.....   | 178        |
| 4.2      | LA REPRESENTATION DES SK ATTRIBUEE AUX M.....   | 179        |

---

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 4.3      | LA REPRESENTATION DES SK ATTRIBUEE AUX K.....                                | 179        |
| <b>5</b> | <b>H3 : ON RETROUVE LES TROIS FORMES DE TRIADES .....</b>                    | <b>179</b> |
| <b>6</b> | <b>H4 : LIEN ENTRE TRIADES ET ELEMENTS DE REPRESENTATIONS SOCIALES .....</b> | <b>197</b> |
| <b>7</b> | <b>APPORTS DES DIFFERENTES ANALYSES.....</b>                                 | <b>201</b> |
| 7.1      | APPORT DE L'ANALYSE DES DEFINITIONS DE DICTIONNAIRES .....                   | 201        |
| 7.2      | APPORT DE L'ANALYSE DE LA LITTERATURE ACADEMIQUE .....                       | 202        |
| 7.3      | APPORT DES RESULTATS DES ENTRETIENS .....                                    | 203        |
| 7.4      | APPORTS DES RESULTATS DE L'ANALYSE DU TEXTE DE DOLTO.....                    | 206        |
| 7.5      | APPORT DE L'ANALYSE DES QUESTIONNAIRES .....                                 | 212        |
|          | <b>PARTIE 5 : DISCUSSION GENERALE ET PERSPECTIVES .....</b>                  | <b>216</b> |
| <b>1</b> | <b>DISCUSSION GENERALE .....</b>   | <b>216</b> |
| 1.1      | PRINCIPAUX RESULTATS .....   | 217        |
| 1.2      | LIMITES.....   | 219        |
| 1.3      | CONTRIBUTION DU TRAVAIL DE THESE .....                                       | 220        |
| <b>2</b> | <b>PERSPECTIVES.....</b>   | <b>222</b> |
|          | <b>CONCLUSION .....</b>  | <b>228</b> |
|          | <b>BIBLIOGRAPHIE : .....</b>   | <b>231</b> |
|          | <b>INDEX DES ANNEXES.....</b>  | <b>268</b> |
|          | <b>INDEX DES FIGURES .....</b>   | <b>269</b> |
|          | <b>INDEX DES TABLEAUX.....</b>   | <b>271</b> |
|          | <b>GLOSSAIRE .....</b>   | <b>449</b> |





## **Introduction**

Pour mettre en perspective ce travail de thèse dans sa globalité, nous devons expliciter sa motivation, son ancrage dans une pratique sociale règlementée et ce qui le rend singulier parmi les productions scientifiques de la psychologie sociale, champ théorique principal dans lequel il s'inscrit. Ce travail est le fruit d'une expérience professionnelle et d'un parcours pluridisciplinaire initié en santé, passant par les sciences de l'éducation et la psychologie sociale. Dans notre expérience et notre pratique de la masso-kinésithérapie, tant salariée que libérale, nous avons vécu des situations, des émotions et fait des rencontres qui ont nourri le questionnement initial. De par notre parcours de formation singulier, nous avons découvert différentes approches compréhensives et en particulier celles de chercheurs immergés dans leur terrain. Ces démarches convaincantes nous ont amenés à penser que nous pouvions investiguer le champ de la santé malgré notre implication.

Les questions vives au cœur de notre pratique quotidienne de masseur-kinésithérapeute (MK\*) touchaient à la prescription par les médecins (c'est le cas en France), aux relations singulières avec le patient ou encore aux attentes différentes selon les points de vue des trois acteurs.

Le premier questionnement concernait la prescription. Chaque patient y étant soumis, nous avons constaté et observé que cette prescription était sujette à des variations dans sa forme ou ses modalités. Pour tel patient, un médecin appelle et présente le cas, pour tel autre il rédige son ordonnance sans donner de précision. Certains médecins ont des pratiques de prescription très précises en termes de durée ou de types d'actes attendus et d'autres sont très laconiques, disant simplement au patient que le MK\* sait ce qu'il a à faire. Ce constat est à l'origine de notre questionnement inaugural qui est défini alors comme suit : pourquoi les médecins ont-ils des modalités de prescription aussi différentes dans des situations similaires ? Cette hétérogénéité

de pratique trouve-t-elle sa source seulement au niveau individuel ou d'autres facteurs tels que la relation, les caractéristiques du malade, celles du kinésithérapeute entrent-ils en jeu ?

Cette première interrogation est à l'origine de notre questionnement secondaire sur la relation singulière avec le patient. Cette relation se réalise en particulier avec la présence quasi constante du toucher (relationnel et thérapeutique) et est réalisée le plus souvent lors d'actes en série. Ces séries d'actes impliquent un suivi parfois très long dans le temps. Par exemple, dans le cas de certaines pathologies comme la maladie de Parkinson, mais ce n'est pas la seule, le traitement peut durer des années. Le MK\* touche pour guider un geste, pour résister à un mouvement, pour renforcer un muscle. Il touche pour masser ou pour assouplir une cicatrice. Mais le toucher peut aussi servir à mettre en confiance (Classen, 2005). Grâce au toucher, nous avons pu faire comprendre notre désapprobation dans des situations que nous trouvions gênantes par exemple si un patient faisait des avances sexuelles en plein massage. Notre seconde question porte sur la relation de soin en MK\*. En quoi se distingue-t-elle des autres relations soignantes en santé ? Cette deuxième interrogation repose sur les relations plurielles et singulières qui s'opèrent lors de la prise en charge en masso-kinésithérapie. Nous portons notre attention sur cette particularité psycho-sociale qui se crée entre le patient et le MK\*, lors des séances de Soins de Kinésithérapie.

Ces deux premières interrogations permettent de faire émerger le questionnement principal de ce travail doctoral. Il concerne les différentes attentes des acteurs de la Triade\* Patient-Médecin-Kinésithérapeute. Nous avons fréquemment pris en charge des patients dont l'ordonnance ne correspondait pas à leurs plaintes ; parfois au contraire, un patient nous réclame expressément un type d'acte en nous disant que c'est le médecin qui le demandait. Il nous est également arrivé de renvoyer le patient vers le médecin en lui expliquant que son problème nécessitait une autre ordonnance que celle prescrite.

Ces situations ont nourri notre question principale : comment les relations de cette Triade\*, la relation médecin-kiné, la relation médecin-patient et la relation kiné-patient interagissent entre elles lors des soins de MK\* ?

En quoi les représentations dans la Triade\* Médecin-MK\*-Patient interagissent entre elles lors des soins de MK\* ?

Cette description montre la complexité psychologique, mais aussi sociale de cette Triade\*. Une récente revue de littérature sur la relation soignant-soigné (Genet et al., 2017) nous conforte dans le choix d'aborder le phénomène en mobilisant la Triade\*. Ce type de démarche, systémique, qui s'intéresse autant aux soignants qu'aux soignés est rare (Genet et al., 2017). Nous proposons de comprendre les articulations des trois acteurs de cette Triade\*. Nous pensons cette Triade\* humaine, donc psychosociologique. Il s'agit donc de notre cadre théorique.

Notre travail de thèse s'articule autour du plan suivant (Figure 1) :

Dans une première partie, nous proposons de présenter des éléments théorico-contextuels. Celle-ci vise, dans un premier temps à présenter les outils théoriques et la contextualisation du questionnement. Les représentations sociales sont présentées puis le contexte français actuel des soins de kinésithérapie (SK). Nous profiterons de ce premier temps pour clarifier notre posture de chercheur-praticien afin d'inscrire notre démarche générale dans le paradigme socioconstructiviste (Mucchielli, 2005a; Santiago Delefosse et al., 2017). Puis nous décrirons les soins et les relations de soins en mobilisant différents champs en sciences humaines et sociales afin de construire notre objet de recherche. Ensuite, nous proposons d'aborder le modèle théorique de la Triade\* permettant d'appréhender le questionnement et de créer les liens entre le contexte de soin et les apports théoriques sociaux et psychosociaux. Cette partie se terminera par une synthèse des apports théoriques.

La deuxième partie clarifiera la problématique et des objectifs et hypothèses de recherches.

La troisième partie du manuscrit dévoilera les contributions pluriméthodologiques de ce travail (analyses de traces, entretiens, questionnaires). Nous tâcherons de rendre explicites les différentes étapes pour déterminer les représentations sociales, les formes de triades et les corrélations RS-Triades.

La quatrième partie relate les résultats détaillés de l'enquête selon les quatre hypothèses de travail.

La cinquième partie offre une discussion des contributions empiriques, théoriques et méthodologiques menant à des perspectives de recherches et d'applications.

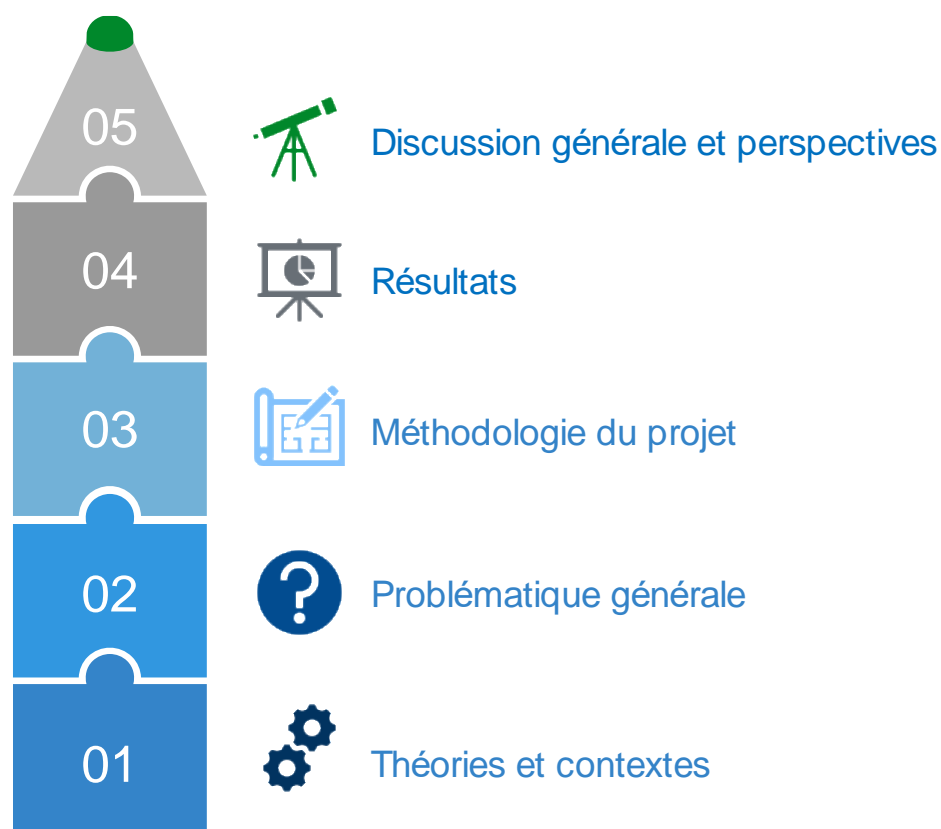
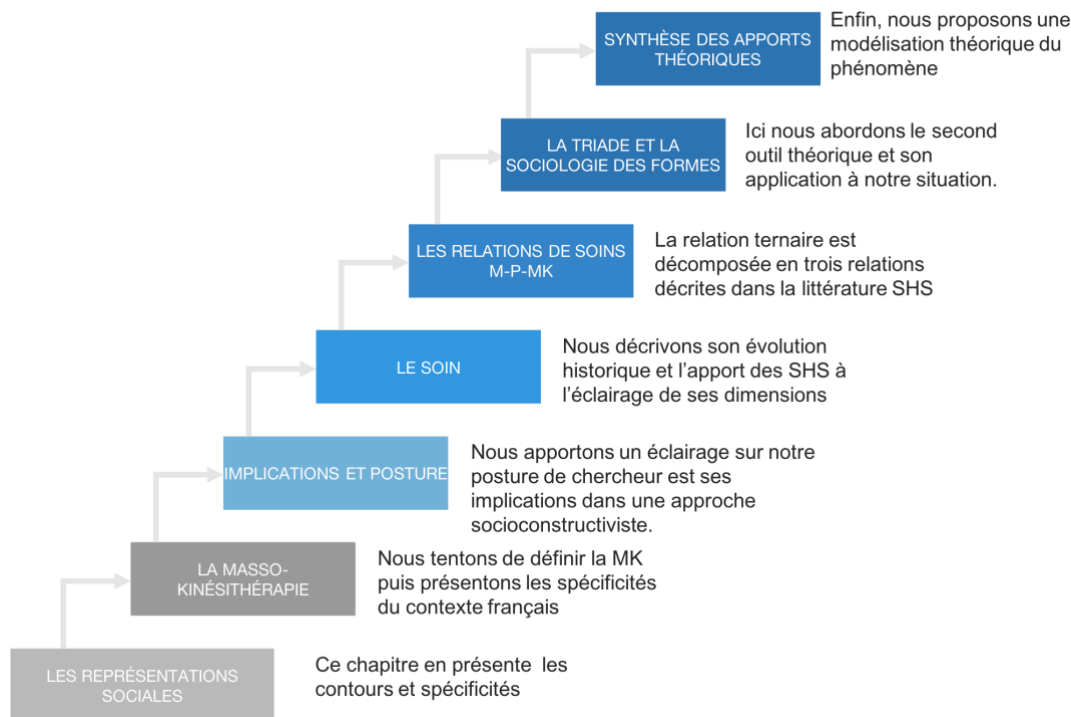


Figure 1 : Plan général du manuscrit

## **PARTIE 1 : Éléments théorico-contextuels**

Cette partie a pour ambition de présenter les aspects contextuels et théoriques permettant la construction de notre objet de recherche et ainsi proposer une question de recherche issue de notre contexte théorico-pratique (Figure 2). Ce travail doctoral est réalisé dans le système de soin français. Notons la singularité de ce contexte, car dans cette recherche, l'auteur est aussi un acteur du système de santé, qu'il se propose d'étudier. Tout d'abord nous présenterons le socle théorique principal du présent travail (les représentations sociales), puis la masso-kinésithérapie française, son histoire, la démographie ; nous préciserons des aspects singuliers du toucher dans ces soins. Dans le chapitre 3, en questionnant notre posture de chercheur acteur de ce système, voire en révélant nos « impostures » (Ardoino, 1990) ou biais de recherches, dans un souci d'honnêteté intellectuelle et scientifique, nous éclairerons le contexte de sa production. À la suite de quoi, nous aborderons l'apport des SHS\* à la compréhension des soins, suivi des relations de soins. Enfin, après avoir présenté notre second outil théorique (la Triade\*), nous proposons une synthèse appliquée à notre contexte. Le lecteur trouvera à la fin de chaque sous-chapitre un cadre synthétique des questions qui y sont soulevées puis en fin de chapitre, un cadre catégoriel est construit à partir des apports théoriques. Cette présentation explicite des présupposés théoriques a une double ambition : rendre accessible les savoirs mobilisés à un public non-expert et rendre transparent les présupposés. Une telle présentation pourra surprendre voire choquer les spécialistes des SHS\*, nous espérons qu'ils s'accommoderont de ce parti pris sur la forme, compte tenu de la dimension interdisciplinaire de ce travail.



**Figure 2 : Schéma logique de la démarche de présentation du cadre théorique**

## 1 Les représentations sociales

La théorie des représentations sociales est une théorie de sciences humaines et sociales, plus précisément de psychologie sociale. Cette discipline est associée à la psychologie en France, alors qu'outre-Atlantique elle est enseignée en sociologie. C'est donc une discipline à la croisée des chemins parce qu'elle s'intéresse à l'interface Homme - Société. Elle applique un point de vue singulier par rapport à d'autres disciplines.

Dans ce chapitre, nous présentons en premier lieu le mécanisme de ce regard disciplinaire, que nous appliquons à l'objet « Soins de Kinésithérapie ». Puis, nous présentons la théorie des représentations sociales, en définissant, chemin faisant, ses applications, ses composantes et ses liens avec d'autres concepts théoriques psychosociaux. Pour finir, nous proposons une synthèse ainsi qu'un cadre catégoriel.

## 1.1 La psychologie sociale et son regard

Il existe une multitude de définitions de cette discipline scientifique. Nous retiendrons celle de Serge Moscovici, psychosociologue dont la thèse (1961) est à l'origine de la théorie des représentations sociales (RS) décrite dans le chapitre suivant. Pour lui, la psychologie sociale est la science du conflit entre l'individu et la société ; cette science « de la société du dehors et de la société du dedans » (Moscovici, 1984a, p. 6), aborde les phénomènes complexes avec un point de vue particulier : le regard psychosocial. C'est le regard ternaire\* : « Sujet individuel - Sujet social -Objet » (Moscovici, 1984b, p. 7).

Pour comprendre ce qui distingue ce regard des épistémologies traditionnelles, Markova (2007) décompose les étapes qui ont permis sa conceptualisation dans son ouvrage « Dialogicité et représentations sociales ». Markova nous dit que « pour les épistémologies, traditionnelles l'explication du processus de la connaissance nécessite deux éléments séparés : premièrement des sujets connaissant monologiques et solipsistes<sup>1</sup>, individus ou groupes ; deuxièmement, les objets du savoir. »

**Sujet ————— Objet de savoir**

Elle précise que l'objet de connaissance a d'abord été considéré sous sa forme individuelle et que plus tard est apparue sa forme collective avec Durkheim (Durkheim, 1968). Le sujet connaissant est soit individuel, soit collectif, c'est *l'Ego-Alter*. D'après Markova (Markovà & Muller, 2007), les épistémologies traditionnelles de la connaissance placent le sujet *Ego-Alter* et *l'objet du savoir* comme point de départ des questionnements :

**Ego-Alter ————— Objet**

---

<sup>1</sup> Ce terme issu de la philosophie renvoie au solipsisme qui est une doctrine affirmant que seuls existent pour le sujet pensant le moi et ses manifestations.



Pour passer de la base (*Ego-Alter*) -Objet à la base Ego-Alter-Objet que Moscovici présente comme base du questionnement en psychologie sociale, Markova énumère un faisceau d'éléments (e.g. pensées magiques, théorie sémiotique, raisonnement philosophique, etc.) qui ont le nombre trois comme point commun et qui aboutissent à des représentations graphiques triangulaires (Figure 3). Pour Markova, « toutes ces conceptions sémiotiques affirment que les fonctions symboliques humaines ne peuvent pas être saisies sur la base d'un ou de deux éléments parce que les symboles sont construits socialement. Pour expliquer une construction sociale, il faut un individu, une société et un objet ». Selon elle, dans ces conceptions, « la Triade\* Ego-Alter-Objet est l'unité qui produit le savoir » et cette unité « ne peut fonctionner que comme un tout » (2007, p. 218).

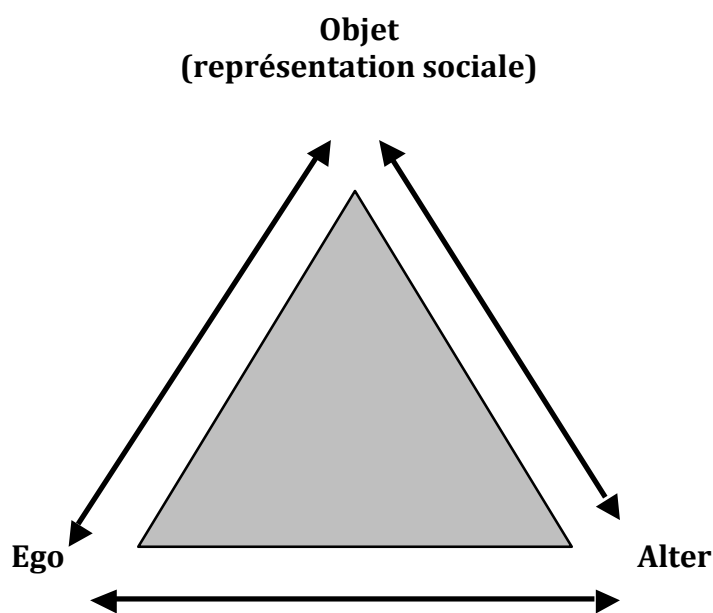


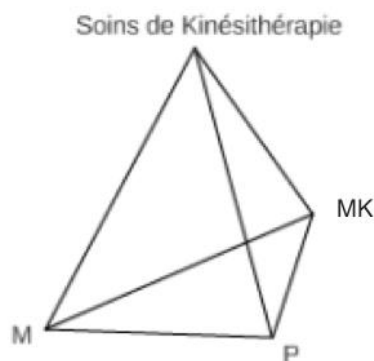
Figure 3 : Ego-Alter-Objet chez Moscovici d'après Markova (2007, p221)

Dans cette « lecture ternaire\* des faits, événements et relations : tout sujet (isolé ou membre d'un groupe) interprète, examine, comprend les objets (physiques, sociaux, réels, idéels) de son monde social dans le cours de ses interactions avec un (ou plusieurs) autre sujet » (Bonardi, 2006, p. 29). Cette interaction n'est pas nécessairement statique, immuable, elle peut aussi être

réciroque, dynamique. Finalement le regard psychosocial se porte plus sur le processus qui unit les acteurs et l'objet, que sur chacun d'eux. Comme le dit Moscovici : « On met toujours l'accent sur l'objet et pas sur le processus ! Introduire le troisième aspect, dans ce triangle, c'est différent. Ce qui compte, c'est le relationnel et l'interaction, pas l'objet. » (Moscovici, 2005, p. 22)

Pour appliquer ce regard à notre situation, nous devons choisir un objet commun aux trois groupes : « les soins de kinésithérapie » (SK). Il nous a semblé opportun de choisir cet objet précis pour plusieurs raisons. La première est qu'il concerne les trois acteurs, la seconde est qu'il n'est pas exclusif d'un des groupes comme pourrait l'être le terme « kinésithérapie », enfin il est plus précis que le mot « soin » qui n'est pas spécifique à la situation thérapeutique que nous cherchons à circonscrire.

Ici, chaque population est alternativement « alter » ou « égo » pour reprendre les termes de Moscovici, et partage une expérience commune avec l'objet qu'est le soin de kinésithérapie. Le patient se voit prescrire des soins de kinésithérapie par les médecins et qui sont réalisés par les kinésithérapeutes. Le médecin prescrit ces actes aux patients et ils sont réalisés par les kinésithérapeutes. Le kinésithérapeute pratique des soins que lui prescrivent les médecins et qu'il réalise auprès des patients. Nous schématisons la transposition de ce regard ternaire\* aux trois acteurs de la Triade\* dans la Figure 4. Les interactions représentées en séquences de diades sont unies dans un système qui peut être représenté sous la forme d'une pyramide dont le sommet est l'objet étudié (les SK\*) et les bases sont les diades (M-K) (K-P) et (P-M) :



**Figure 4 : Regard psychosocial appliqué au Soin de Kinésithérapie**

## 1.2 Présentation de la théorie des RS

Nous venons de présenter la particularité du regard psychosocial, le chapitre suivant porte logiquement sur la théorie des Représentations Sociales. L'ambition est de présenter ce concept pour en dégager un cadre catégoriel qui sera mobilisé dans la suite de ce travail.

La théorie des représentations sociales (TRS) a été créée en 1961 par Serge Moscovici. Sa thèse de doctorat en psychologie sociale, avait pour objet la psychanalyse (Moscovici, 1961). Il a démontré que les concepts psychanalytiques de « moi », d'inconscient, etc., à l'origine issus d'une branche très minoritaire de la psychologie sont passés dans le langage courant, et même au-delà dans le « sens commun ». Ces termes se retrouvaient en effet, dans la presse ou à la télévision. Son étude pluri méthodologique lui a permis de créer un concept théorique toujours d'actualité 50 ans après sa création. En effet on le retrouve en sociologie, en anthropologie, en géographie ou encore en sciences de l'éducation (Delouée, 2016).

Denise Jodelet nous dit d'ailleurs que la théorie des représentations sociales s'intéresse à la pensée de sens commun (Jodelet, 2006b), au bon sens qui permettrait à tout un chacun par un raisonnement logique d'émettre une idée ou un jugement (Doiron Fabien, 2015). Elle s'inscrit dans une approche dialectique hégélienne « significativement différente des épistémologies empiriste et mécaniques » (Raudsepp, 2005, p. 455-456).

En psychosociologie la théorie des représentations sociales est aujourd'hui considérée comme une théorie paradigmatique (Apostolidis, 2006), car elle touche un ensemble de processus et de phénomènes complexes à différents niveaux : social, psychologique et relationnel. Mais ce statut épistémologique est discuté, notamment car cette théorie « ne correspond pas à la conception scientifique traditionnelle de la résolution empirique des problèmes, caractéristique de la notion de paradigme » (notre traduction) (Castorina, 2020, p. 15). Elle touche à différents champs d'application comme la santé ou l'éducation, l'environnement, etc. On distingue quatre grands courants (Jodelet, 2006b; Lahlou, 2015) de recherche. Les trois premiers sont décrits succinctement par Jodelet dans un dictionnaire (2006, p. 1005), le quatrième par Lahlou dans un article de 2015 (2006, p. 1005):

- L'approche génétique, ou sociogénétique qui s'intéresse à l'émergence ou à la transformation des représentations sociales (Moscovici, Jodelet).
- L'approche dynamique, ou socio dynamique, qui étudie les variations d'expression individuelle en fonction des situations ou des interactions (Doise, Markova).
- L'approche structurale, qui étudie les structures organisées de contenus des représentations sociales (Abric).
- L'approche évolutionniste qui étudie l'évolution des représentations dans des contextes plus larges de situation pouvant conduire à leur reproduction ou leur reconstruction (Lahlou).

Ces différents courants se sont développés principalement en Europe, au Canada, et en Amérique Latine (Delouée, 2016).

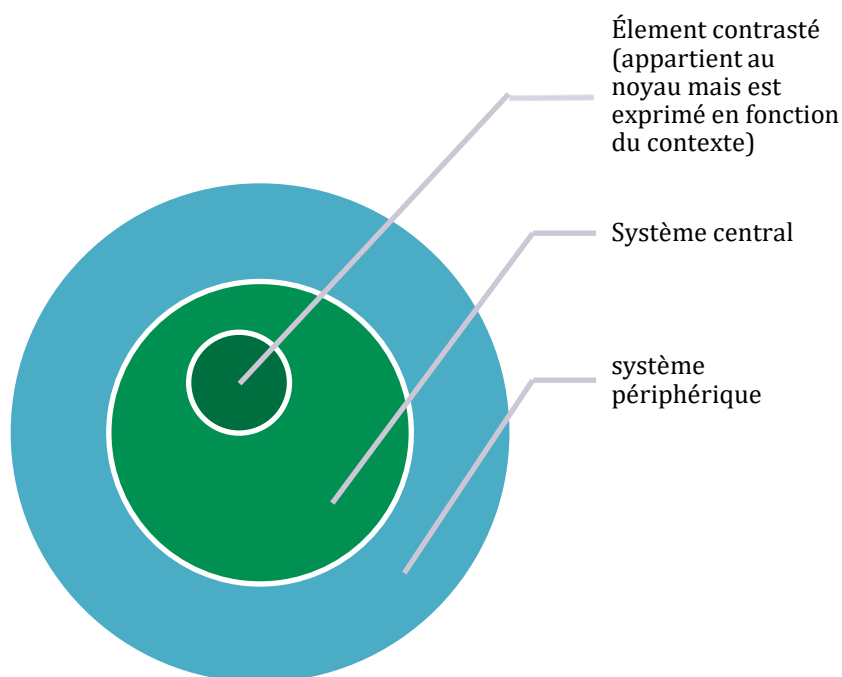
La TRS suppose que la réalité est une construction psycho-sociale qui repose sur une « compréhension intersubjective des objets » (notre traduction) (Lahlou, 2021, p. 316). Les RS sont des « formes de savoirs » (Jodelet, 1989 cité par Lahlou, 2021, p. 316), autrement dit « des ressources symboliques qui fournissent des outils prêts à l'emploi » (notre traduction)

(Raudsepp, 2005, p. 464) aux individus et qui s'appliquent à un objet dans un groupe donné pour lequel il est pertinent. Il faut cependant distinguer représentation sociale et individuelle (Lahlou, 2021). La représentation individuelle (RI) correspond à l'image symbolique, mentale que se fait quelqu'un d'un objet et qu'il peut exprimer de différentes façons (en parole ou en acte ou en acte créatif par exemple un roman, une peinture, un discours, etc.); alors que la RS d'un objet est définie par rapport à un groupe donné (qui doit être précisé) et correspond alors à l'ensemble des RI fonctionnelles de cette population (Lahlou, 2021). Ainsi, « une RS est plus qu'un ensemble de RI similaires. Elle rassemble des RI qui sont liées à la fois fonctionnellement (à leur objet) et socialement (à leur population) » (notre traduction) (Lahlou, 2021, p. 321). Autrement dit, elle « doit "correspondre" suffisamment bien à la réalité pour permettre à la population de composer efficacement avec l'Objet » (notre traduction) (Lahlou, 2021, p. 322). À partir de ces précisions, nous proposons la formulation mathématique synthétique suivante :

$$(RS)^{objet} = \sum_{fonctionnelle}^{groupe\ donné} (RI)^{objet}$$

Une RS est donc un « ensemble organisé et hiérarchisé des jugements, des attitudes et des informations qu'un groupe social donné élabore à propos d'un objet » (Abric, 1996, p. 11). Elle est classiquement étudiée à partir des données collectées auprès des individus (entretiens, réponses ouvertes à des questionnaires, etc.). Le chercheur construit alors la RS à partir de catégorisation des contenus (Lahlou, 2021). Ces catégories sont constituées à partir de modèles théoriques propres à l'objet (comme dans notre cas les soins et les relations de soins) ; mais également à partir des constituants des RS. Une RS peut être constituée de différents contenus partagés dans le groupe tel que des croyances (Apostolidis et al., 2002; Jodelet, 2002; Kalampalikis, 2006; Valence & Roussiau, 2014) et des savoirs (experts, profanes et/ou expérientiels) (Flora, 2013; Jeoffrion et al., 2016; Jodelet, 2006a, 2014, 2017). Elles peuvent contenir également des marqueurs identitaires du groupe et des prescriptions de pratiques

intergroupes (Doise, 1988; Staerklé et al., 2011; Staerklé, 2016). L'approche structurale (Abric, 2003; Moliner & Abric, 2015) nous apprend que ces contenus sont organisés en deux grandes composantes, par analogie avec le globe terrestre : le noyau (le centre) et la périphérie (la croûte terrestre) (Figure 5).



**Figure 5 : Schématisation analogique des systèmes périphériques et centraux dans la RS**

Le noyau peut contenir une zone exprimée en fonction du contexte (zone muette ou éléments contrastés) (Chokier & Moliner, 2006). Les deux parties sont caractérisées par des propriétés énoncées dans le Tableau I. Globalement, le noyau contient un petit nombre d'éléments stables et consensuels alors que les éléments périphériques peuvent varier entre les individus car ils sont fortement liés à l'expérience de ce dernier. Le système central est fortement marqué par l'identité du groupe (ses normes, ses valeurs, son histoire) et à ce titre, le noyau est peu sensible au changement ; le système périphérique peut supporter une plus grande variabilité (interindividuel et dans le temps) ce qui protège le noyau. Tout changement dans le système central suppose un remodelage des univers symboliques rattachés au groupe (Abric, 2003; Moliner & Abric, 2015).

Ce qui aboutit au cadre catégoriel a priori présenté dans le Tableau I

| Catégorie   | Indicateur   |
|---|--|
| Contenu   | Croyance<br>Stéréotype<br>Identité<br>Savoirs (experts et profanes)<br>Pratique<br>Relations intergroupes<br>Attitudes   |
| Structure   | Noyaux<br>Éléments contrastés<br>Périphérie  |
| Propriétés formelles  |  |
| Éléments centraux   | Peu nombreux<br>Consensus important entre les membres du groupe<br>Stable au fil du temps  |
| Éléments périphériques                                      | Nombreux<br>Nombreuses différences entre les groupes membres<br>Variable, instable   |
| Propriétés expressives                                      |  |
| Éléments centraux   | Caractéristiques générales de l'objet, éléments de définition<br>Éléments abstraits<br>Croyances inconditionnelles, non négociables  |
| Éléments périphériques                                      | Cas spécifiques.<br>Éléments concrets et contextualisés<br>Croyances conditionnelles   |
| Propriétés psycho-sociales                                  |  |
| Système central   | En lien avec les valeurs, les normes du groupe et l'histoire<br>Assure la durabilité de la représentation<br>Contribue à l'homogénéité du groupe                               |
| Système périphérique  | Lié à la personne des membres du groupe expériences<br>Absorbe les contradictions et les changements.<br>Permet l'hétérogénéité du groupe                                      |
| Changement  |  |
| Transformations de la représentations sociale               | Émergence de nouveaux éléments ou disparition d'éléments centraux plus anciens.<br>Modification du système central.<br>Changements dans les significations associées à l'objet |
| Changements périphériques dans les représentations sociales | Émergence de nouveaux éléments ou disparition d'éléments périphériques plus anciens<br>Stabilité du système central.<br>Stabilité des significations associées avec l'objet.   |

**Tableau I : Cadre catégoriel de la théorie des RS (Abric, 2003; Moliner, Abric, 2015)**

## **2 La masso-kinésithérapie Française**

Le chapitre suivant va tenter de contextualiser la pratique et le métier de MK\* en France. Nous allons, en posant un regard sans complaisance qui fait écho au récent courant de pensée critique en physiothérapie (*Critical Physiotherapy Network*, s. d.), expliciter les singularités de cette profession au regard des apports des sciences humaines et sociales dans leur ensemble, en nous autorisant des comparaisons avec d'autres professions de santé ou avec les malades auxquels ils sont liés.

### **2.1 Présentation et définition(s) de la MK**

Apporter une définition précise de la masso-kinésithérapie permet de circonscrire l'objet de la recherche. Or cette tentative se confronte à une réalité, le terme « masso-kinésithérapie » est polysémique (Abboudi et al., 2011). Selon les auteurs et les institutions (e.g. OMK\*, WCPT, HAS), sa définition varie significativement. On retrouve une définition juridique (loi de santé), des définitions issues de dictionnaires génériques ou professionnels (dictionnaire médical), des définitions professionnelles qui peuvent varier d'un pays à l'autre malgré l'appartenance de la profession à une association internationale (WCPT) dont un des buts est d'harmoniser les pratiques. Le terme lui-même de « masso-kinésithérapie », usité dans les pays francophones a des synonymes à l'étranger ; on retrouve le mot « physiotherapy » (Australie, Nouvelle-Zélande, Canada) ainsi que le mot « physical therapy » (États-Unis). Étymologiquement, Kinésithérapie vient du grec : « kinésis » qui signifie mouvement et « therapeia » qui signifie traitement ; pour les termes anglais la racine « physo » est la même que celle de « physical », elle vient du grec ancien « phusika » qui signifie chose et phénomènes naturels.



Le terme de kinésithérapie apparaît dans la littérature médicale française dès 1847 ; il est créé par des médecins et emprunte à des médecines ou pratiques populaires des techniques comme le massage ou la gymnastique<sup>2</sup> (Monet, 2003).

Il semble que définir la masso-kinésithérapie et donc le soin kiné, passe par une clarification de la période étudiée, du pays étudié, mais aussi et surtout de la source proposant la définition. Prenons la récente définition suivante qui émane des instances ordinales nationales françaises : « *La masso-kinésithérapie (physiothérapie) est une discipline de santé, une science clinique de l'Humain et un art. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne. La masso-kinésithérapie exercée dans un but thérapeutique ou non intervient à partir d'un diagnostic kinésithérapique et de l'évaluation concomitante à l'acte, notamment au moyen de techniques éducatives, manuelles et instrumentales. Elle favorise le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux-être des personnes* » (CNOMK\*, 2009).

Puis prenons la définition du dictionnaire de médecine Flammarion® « Littéralement : méthode de traitement basée sur la mobilisation active ou passive. A partir de cette définition, le terme a pris peu à peu une définition plus étendue et désigne aujourd'hui une discipline entière, exercée par des auxiliaires médicaux spécialisés, les kinésithérapeutes, et utilisant une série de techniques comprenant notamment le massage, la rééducation motrice et la mécanothérapie. » Actuellement, les soins de kinésithérapie sont considérés comme des thérapeutiques non médicamenteuses qui reposent sur l'intervention d'un professionnel spécialisé prescrit » (HAS, 2011b, 2014).

---

<sup>2</sup> La gymnastique médicale apparaît dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle.

En cherchant à définir la kinésithérapie, il apparaît des représentations différentes d'un même mot touchant autant aux pratiques qu'aux acteurs inclus socialement, aux identités sociales et professionnelles de ces acteurs ainsi qu'aux idéologies ou « visions du monde » (Jodelet, 2015b)

## **2.2 Histoire de la profession de masseur-kinésithérapeute en France**

Les études qui permettent d'éclairer l'évolution de cette profession et de sa formation sont principalement le fait de travaux de doctorat de kinésithérapeutes au statut de praticien-chercheur dans différentes disciplines (droit, sociologie, philosophie, sciences de l'éducation) (Choplin, 2015; Jeulin, 2014; Lagniaux, 2013; Macron, 2015a; Monet, 2003; Prayez, 1993).

Certains de ces travaux (Macron, 2015a; Monet, 2003; Prayez, 1993) s'inscrivent dans des courants de recherches qui ne dissocient pas l'engagement militant et peuvent donc être pris comme des pratiques militantes à part entière visant à instituer l'émancipation de cette profession.

Le premier diplôme de masseur sera créé en 1924. Il voit son origine dans la réponse à un besoin de main-d'œuvre qualifiée au sortir de la Première Guerre mondiale dans une logique de division du travail (Freidson, 1970; Monet, 2003). En effet, cet événement historique a produit de nombreux blessés que le système de santé d'alors ne pouvait absorber. Ces actes étaient initialement réalisés par certains médecins ou par des non-professionnels de santé. D'après Macron, c'est la loi du 30 avril 1946 qui va règlementer l'exercice d'une profession existante (le masseur gymnaste médical) en créant la profession de masseur-kinésithérapeute. La particularité de cette loi est de confier au MK\* le monopole du massage (Macron, 2015).

Cette nouvelle profession sera dès lors assurée par des personnels paramédicaux formés dans des écoles spécialisées (Macron, 2015). La durée des formations, initialement de deux ans, a progressivement évolué vers trois ans pour aboutir à un niveau master grâce à la réforme LMD (JORF n°0204 du 4 septembre 2015) et à la création d'une section « science de la rééducation/réadaptation » au Conseil National des Universités en 2019 (Arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination au Conseil national des universités pour les disciplines de santé, 2019). Cette évolution de la formation témoigne également d'une dynamique d'autonomisation. On y apprend, entre autres, les techniques mécaniques et manuelles en lien avec une connaissance approfondie de l'anatomie, de la biomécanique et des pathologies, couvrant un large éventail de spécialités médicales. Elle est fortement marquée par la présence du toucher. Elle se distingue de celle des autres professionnels, car elle a la particularité de s'initier entre pairs. Ainsi, lors de la première année de formation, l'anatomie palpatoire et tous les gestes techniques de massage, manutention et autres mobilisations articulaires, s'apprennent entre étudiants (Choplin, 2015). Cet apprentissage à toucher et à être touché, place le futur praticien en situation de vivre et ressentir les perceptions et émotions qu'il induit (Samé, 2009). Nous développerons cette spécificité du toucher dans le chapitre 2.4 de cette partie.

Depuis sa création, cette profession a initié une démarche d'autonomisation (Monet, 2003). Cette démarche a abouti en 2004 à la création d'un ordre professionnel indépendant. Dès lors, le groupe crée les instances administratives et ses outils (code de déontologie) permettant un contrôle entre pairs et met en place des évaluations des pratiques professionnelles (EPP). L'autonomie professionnelle concerne certaines dimensions décrites en sociologie des professions (Nettleton, 2020) : elle a une autonomie politique et clinique grâce à l'ordre (qui établit les normes) et l'accès direct dans des cas spécifiques d'urgence (expertise légitime). Mais le chemin pour une pleine indépendance devra passer par la dimension économique (droit

à l'auto-détermination de la rémunération) et par l'extension des autonomies clinique et politique (Nettleton, 2020).

Parallèlement à la démarche d'autonomie, cette profession a institué, comme celle des infirmières, un rôle propre. Ce rôle propre est centré autour de compétences techniques, thérapeutiques et relationnelles (Morin, 2004). Ces compétences ont évolué vers un partage de techniques avec différents professionnels offrant des services de bien-être (esthéticienne, masseur/masseuse, etc.), mais également avec ceux proposant des thérapeutiques alternatives (Shiatsu, massage ayurvédique, réflexothérapie, etc.) (Pinsault & Monvoisin, 2014). Certains actes de rééducations ont été partagés avec d'autres professionnels de santé. On peut citer la rééducation du post-partum qui est partagée avec les sages-femmes ou la rééducation linguale partagée avec les orthophonistes. Ce partage divise et peut opposer les professionnels qui sont en réalité victimes du morcèlement des métiers de la réhabilitation (Cieza, 2019). L'évolution des compétences s'est également faite par la création d'un acte de « bilan diagnostic » ainsi qu'un droit de prescription de certains dispositifs médicaux en lien avec l'activité du professionnel. Ces derniers éléments s'inscrivent dans une redistribution de l'autorité médicale vers les professions paramédicales qu'on retrouve par exemple chez les infirmières ou chez les sagefemmes (Aïach & Fassin, 1994; Arborio, 1995; Carricaburu & Ménoret, 2004; Morin, 2004).

Toutes les productions (EPP, et travaux de thèses de kinés), mais également la création et l'évolution des institutions professionnelles pourraient être mises en perspective avec les enjeux de pouvoir ou de légitimités identitaires qui régissent les relations intergroupes dans les métiers de santé et pour ce qui nous occupe, entre médecins et kinésithérapeutes (Aïach & Fassin, 1994; Morin, 2004).

### **2.3 Démographie et modalité d'exercice en France**

Les masseurs-kinésithérapeutes représentaient près de 6 % des professionnels de santé en 2015 (Santé, 2015a, 2015b). En 2016, leur nombre était de 80500 dont 49,4 % de femmes, et 86% de libéraux (OMK\*, 2016). Il existe très peu d'études qui s'intéressent à cette population, cependant les rares enquêtes sociologiques à notre disposition nous permettent d'éclairer certains aspects de leurs activités.

La pratique de la kinésithérapie libérale s'inscrit dans une démarche de soins de proximité (Bouchayer, 2010). Dans leurs organisations, les prises en charge à domicile ne sont pas systématiques et la variété d'exercice leur permet de maîtriser relativement leur patientèle. Les libéraux ont une obligation de conventionnement et facturent leurs prestations à l'acte ou en série d'actes sans dépassement de tarifs. Ils ont à leur disposition une large gamme de spécialisations selon les spécialités médicales (urologie, neurologie, pneumologie, etc.) ou techniques (onde de choc, balnéothérapie, soins esthétiques, etc.) qu'ils pratiquent sur rendez-vous et sans obligation de continuité et de permanence des soins (Bouchayer, 2010; Vega, 2010). Cependant, leur rôle sanitaire n'est pas clairement reconnu du fait d'une grande hétérogénéité dans les pratiques de soins. Le manque de normes et de références associées à une prescription « souvent très sommaire » produit un « cadre autonome de fait » (Matharan, Micheau, & Rigal, 2009) ; ce qui questionne au regard de la hiérarchie verticale décrite en sociologie de la maladie et de la médecine (Adam & Herzlich, 2014; Aiach & Fassin, 1994; Freidson, 1970, 1984).

La pratique salariée ou hospitalière devient marginale avec seulement 14% de praticiens. Cette désaffection est en partie due à la différence significative de revenu entre les deux modes d'exercices, mais également du fait de la relative autonomie professionnelle dont jouissent les libéraux. Le modèle français de formation et d'accès aux soins se distingue de celui de la majorité des pays dans le monde occidental (David, 2014; WCPT, 2012). La World

Confederation for Physical Therapy, recense la situation dans de nombreux pays dans le monde<sup>3</sup>. En France, l'accès à ces soins est indirect (soumis à prescription) et la formation est récemment devenue universitaire et mène à la recherche via des masters interdisciplinaires ; alors qu'ailleurs, l'accès est direct et la formation universitaire mène à la recherche en doctorat (Bury & Stokes, 2013; Øvretveit, 1985; WCPT, 2012).

La dialogie « kiné-Patient » est-elle suffisante pour appréhender les SK qui sont par essence ternaires\* avec le Médecin (dans le contexte français) ?

## **2.4 Le toucher dans la pratique des soins de kinésithérapie**

Dans ce paragraphe, nous développerons un aspect singulier de la pratique de ces soins. Cet intérêt a été nourri par le questionnement initié dans notre pratique professionnelle et que notre posture de praticienne-chercheuse nous autorise à investiguer. Le toucher est un acte omniprésent dans la pratique de la kinésithérapie et dans sa formation (Choplin, 2015; Prayez, 1993; Samé, 2009). Au-delà des effets mécaniques et physiologiques, le toucher dans la relation de soin a des implications psychosociales qui reposent sur des croyances et des cognitions, mais également sur des effets relationnels et communicationnels (Choplin, 2015).

Dans sa thèse, Choplin démontre que dans sa dimension thérapeutique, le toucher a un double aspect de diagnostic et de soin (2015). Cela le rapproche des thérapies manuelles traditionnelles (rebouteux, guérisseurs, etc.) qui, même si elles reposent sur des bases ésotériques, peuvent apparaître du même ordre au profane (Classen, 2005; Marzano et al., 2007). Cette dimension la distinguerait des autres professions de santé qui ont un usage plus restreint du toucher

---

<sup>3</sup> La liste est accessible sur le site suivant et décrit les modalités d'accès et la durée des études : <https://www.wcpt.org/members>

thérapeutique en dehors des chirurgiens, dont le geste thérapeutique est instrumenté (bistouri, pinces, scalpel, etc.)(French, 2013).

Dans sa dimension relationnelle, le toucher en kinésithérapie s'apparente à celui pratiqué par les autres soignants, il permet le lien à la réalité, et produit une intimité (Marzano et al., 2007). Cette intimité liée au toucher et à la semi-nudité, répétée, peut conduire à une érotisation de la relation (Cooper & Jenkins, 2008; Prayez, 1993) et de fait est soumis à des normes professionnelles qui préviennent des dérives.

Sa dimension communicationnelle permet un échange non verbal. Selon la situation, on observera une mise en confiance, une sécurisation, voire une reconnaissance de la souffrance. Certains gestes apaisent, d'autres stimulent (Classen, 2005; Marzano et al., 2007; Talvitie, 2000).

Le toucher est également un marqueur de statut social, car il est prohibé dans le monde occidental dans la plupart des relations non intimes, mais autorisé dans la pratique médicale (Choplin, 2015; French, 2013; Gélard & Sirost, 2010; Guéguen & Gail, 2000; Le Breton, 2008; Moscovici, 1993).

|   |
|---|
| <p>Dans ce contexte professionnel, ce cadrage théorique nous invite à émettre l'hypothèse selon laquelle, le médecin n'utilise pas la prescription seulement dans une dimension techniciste. Le médecin pourrait penser sa prescription en intégrant des critères psychosociaux. Il placerait par conséquent le SK au-delà d'une dimension technique dans le rapport singulier avec le patient.</p> |
|---|

Ce qui aboutit au cadre catégoriel a priori présenté dans le Tableau II :

| Catégorie  | Indicateur  |
|--|---|
| Définitions de la MK*<br>différente selon qui et/ou<br>quand | Identité sociale<br>Identité professionnelle<br>Idéologie (technique ou discipline)   |
| Démographie, sociologie                                      | Rôle sanitaire et social<br>Variabilité des spécificités et des pratiques<br>Accès indirect, mais autonomie « de fait »<br>2 modalités d'exercice : Salariés, libéral (majoritaire)<br>Parité homme-femme   |
| Touché   | Communication non-verbale (empathie, management)<br>Touché « guérisseur »<br>Érotisation possible<br>Intimité/ proximité relationnelle<br>Technique : diagnostic, thérapeutique<br>Statut social particulier par autorisation de transgression du<br>tabou de contact |
| Histoire   | A l'origine exercé par les médecins<br>Certaines techniques empruntées aux pratiques profanes   |

Tableau II : Cadre catégoriel de la MK

### 3 Implications et postures de (cette) recherche

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, notre démarche est issue de notre pratique professionnelle : car de par notre cursus universitaire, nous avons acquis le statut de chercheuse.

Nous sommes donc devenue praticienne-chercheuse du fait du cumul d'activités ; puis notre recrutement comme ATER à Aix-Marseille-Université nous a conduite à cesser notre activité de praticienne libérale. Ces différents statuts impliquent que nous devons poser les enjeux épistémologiques de notre démarche, pour en garantir la scientificité. Cette clarification, qui est très courante dans certaines disciplines comme la sociologie, l'anthropologie ou les sciences de l'éducation, est moins fréquente en psychologie sociale (Bonardi, 2010), on la rencontre davantage dans les méthodologies qualitatives.

La démarche scientifique est garantie par des normes de productions qui sont héritées de l'épistémologie positiviste (Ardoino, 1990). La tradition veut que pour garantir la scientificité, le chercheur et la recherche soient les plus neutres possibles (Bessin, Bourgeois, Marchand,



Restivo, & Rollin, 2015a). Ce qui caractérise le positivisme, c'est la recherche de l'explication et de la preuve (Ardoino, 1990). Cette neutralité s'inscrit dans un « souci de validité des données » (Olivier de Sardan, 1995). Dans cette démarche, on s'efforce de prouver la véracité des théories appliquées aux phénomènes étudiés.

En sciences humaines, d'autres paradigmes ont vu le jour, parmi eux, le constructivisme se situe dans une toute autre approche de celle du positivisme. Dans ce paradigme, le travail de recherche s'inscrit dans un processus progressif qui part du terrain pour construire la théorisation provisoire (Ardoino, 1990). Cette construction, qui passe par le chercheur, le place en position privilégiée (Bessin et al., 2015a), en prise directe avec les données qu'il recueille pour apporter une signification aux phénomènes complexes qu'il observe. L'explicitation du fait étudié et de celui qui le produit apporte de la plausibilité (Olivier de Sardan, 2008).

Quel que soit le paradigme dans lequel se situe une recherche, le chercheur qui le produit appartient à une communauté dont le regard critique permet de valider la production. Cette « communauté est constituée sur la base d'une identité-mêmeté collective qui fonctionne parfaitement bien, à l'intérieur de laquelle chacun est « dérangé » par les mêmes choses que son voisin-collègue » (Lerbet-Sereni, 2014, p. 3). En s'inscrivant dans cette communauté, le chercheur est contraint au plan « conceptuel, théorique et méthodologique » (Charaudeau, 2013, p. 7).

Dans ce chapitre, notre démarche et notre position de chercheuse seront explicitées selon différents aspects constructivistes que nous allons à présent développer.

### **3.1 Considérations épistémologiques**

Du point de vue épistémologique, les réflexions portent sur trois niveaux : le premier concerne le lien qu'entretient le chercheur avec l'objet de sa recherche ; le deuxième concerne les diverses postures que l'on peut rencontrer ; le troisième s'intéresse aux processus que le

chercheur doit mettre en jeu. Pour chaque niveau, nous présentons des aspects individuels de notre thèse pour objectiver nos liens et postures à partir d'éléments de notre vécu (personnel et professionnel) qui constituent des éléments de compréhension de cette production ; réalisant ainsi une critique de notre expérience. Nous souhaitons redonner leurs valeurs à des éléments qui pourraient être considérés comme des a priori, des idées préconçues qui orienteraient notre pensée. Nous souhaitons mettre en lumière l'expérience vécue en verbalisant sa subjectivité au lieu de la cacher, dans un souci de transparence. En effet, cette dimension subjective s'est révélée importante dans le processus de construction de l'objet de recherche, mais aussi dans la réalisation de la thèse.

### **3.1.1 Quels sont les liens du chercheur avec l'objet de recherche ?**

Nous sommes masseur-kinésithérapeute depuis dix-huit ans. Cette activité professionnelle que nous avons essentiellement réalisée en libéral dans le sud de la France a constitué notre seule source de revenus et c'est par elle que nous avons financé les premières années de notre doctorat.

Notre parcours professionnel nous a conduit dans divers modes d'exercices, allant du travail individuel à domicile jusqu'au travail en groupe dans une structure pluridisciplinaire avec des médecins, en passant par le salariat en centre de rééducation. Ce sont ces expériences variées qui ont nourri le questionnement auquel nous avons initialement cherché à répondre par un engagement politique. En effet, nous avons également eu des fonctions dans des organismes (syndicat<sup>4</sup> et ordre professionnel<sup>5</sup>) pendant plusieurs années. Ces fonctions ont été le point culminant de notre engagement politique et avaient pour but de favoriser les relations

---

<sup>4</sup> Secrétaire générale du SMK\*R13 de 2013 à 2014 et Vice-présidente du SNMK\*R34 de 2010 à 2012.

<sup>5</sup> Élu(e) au conseil départemental de l'ordre des kinésithérapeutes de l'Hérault (CDOMK\*3)4.

interprofessionnelles et d'œuvrer à faciliter l'accès des patients aux services et spécificités des MK\* du département 34. Par exemple en contribuant avec le CDOMK\*34 à la création d'une application smartphone géolocalisant les MK\* et leurs spécificités. Nos questionnements et actions étaient donc déjà tournés vers les professionnels et vers les patients.

Puis ce questionnement a trouvé un écho fécond lors de notre reprise d'études en master pour aboutir en doctorat avec une ambition non plus politique, mais celle d'une reconversion professionnelle.

Dans la perspective constructiviste, le lien qu'entretient le chercheur avec son objet a été décrit sous trois formes sur une échelle métaphorique de « proximité-distance » (Bessin, Bourgeois, Marchand, Restivo, & Rollin, 2015b) : sa familiarité, son implication et son engagement.

D'après Cicourel, la familiarité, c'est « savoir ce que tout le monde sait » dans la situation étudiée (cité par Guigue, 2005, p. 8). Elle place le chercheur en position d'avoir un « parti pris » et est considérée comme un obstacle (Guigue, 2005, p. 7). Mais Lerbet-Seréni nuance cette analyse en considérant que la connaissance de l'objet relevant de la perception construit l'accès au connaître, « le savoir à produire est à la fois contenu dans - et fruit de- ce couplage » (2014, pp. 3-4).

L'implication se situe à un degré de proximité supérieur à la familiarité. Pour Paturel, l'implication a une connotation passive et résulterait d'une situation indépendante du chercheur (Paturel, 2008). Pour Lerbet-Seréni, elle peut perturber l'objet et signifie que le chercheur « éprouve aussi pour lui-même et en lui-même, ce qu'il cherche à expliciter de l'autre » (2014, p. 3). Cette fois-ci, c'est la crédibilité de la recherche qui est questionnée, car le dosage est délicat entre tel travail trop impliquée ou tel autre insuffisamment impliqué « et auquel on pourrait dénier une connaissance suffisante du terrain » (Charaudeau, 2013, p. 2). Toutefois, l'avantage de cette implication a été un accès privilégié à des terrains ou des populations plus rarement étudiées. Grâce à notre réseau et à notre expérience, nous avons pu interroger des

populations inaccessibles par un autre moyen. Par exemple, nous pensons à cette patiente âgée de 80 ans, ou à ces médecins d'ordinaire peu enclins à accorder de leur temps et que nous avons pu interviewer.

L'engagement correspond au degré maximum de proximité du chercheur avec son objet parce qu'il « est posé comme volontaire et choisi » (Paturel, 2008, p. 55). Pour Albarello, cela renvoie à l'aspect « du subjectif, du non distancié, de l'irrationnel, de l'imaginaire » (2012, p. 17) qui unit le chercheur et son objet comme dans le cas d'engagements militants. Il a cependant l'avantage de faire « prendre conscience des véritables enjeux présents dans ce terrain, qui leur fait écouter le pouls des institutions et également, ce qui est dans la construction même d'un objet de recherche, qui leur fait percevoir des zones d'ombre, des effets pervers, des aspects symboliques dignes d'intérêt bien que souvent cachés au premier regard » (Albarello, 2012, p. 21). Bessin affirme également que le « savoir scientifique ne se construit pas nécessairement en rupture avec l'engagement » comme pour les recherches sur le féminisme faites par des femmes où la nature de l'engagement n'est pas évacuée, mais questionnée (2015a, p. 306). Dans l'introduction de ce travail de recherche, nous avons évoqué des situations concrètes vécues lors de notre pratique quotidienne. Certaines ont provoqué chez nous des réactions vives dont l'intensité nous a permis de mettre en lumière des aspects invisibles ou indicibles (Lerbet-Sereni, 2014). Cette implication personnelle, au retentissement psychologique, va de pair avec un accès particulier à un univers social et symbolique intériorisé que nous avons cherché à mettre au jour. Il y a un « risque de manque de recul et de perte d'objectivité » (Albarello, 2004) qui peut pousser à prendre ce qui est vécu et ressenti individuellement comme une donnée universelle. Nous avons été très tôt confrontée à cette réalité lors de notre campagne d'entretiens. Le rôle neutre qu'implique cette méthodologie a nécessité une stratégie particulière de recrutement (effet boule de neige) afin de limiter les biais. Mais c'est une autre dimension dont nous n'imaginions pas l'ampleur qui nous a interpellée: c'est l'importance de

l'identité professionnelle et du sentiment d'appartenance au groupe MK\* mis au jour par l'analyse de certains de nos ressentis.

Toutefois, notre connaissance du terrain nous a également permis de proposer pour le questionnaire des items qui relevaient d'une expérience du terrain. Pour terminer nous mettons l'accent sur le fait que c'est notre subjectivité qui nous a « fait percevoir des zones d'ombres, des effets pervers, des aspects symboliques dignes d'intérêt bien que souvent cachés au premier regard» (Albarello, 2012, p. 20), en particulier pour questionner les divergences de représentations ou la présence de différentes formes de hiérarchies, accessibles par le discours, dans les pratiques des acteurs.

### **3.1.2 Quelles sont les postures de recherches ?**

La production de connaissances en sciences sociales est le fruit de trois postures au sens de statuts, fonctions et rôles que prennent les acteurs (Ardoino, 1990) : le praticien, le chercheur et le praticien-chercheur. Cette schématisation ternaire\* rappelle celle sous-tendue par les modèles théoriques développés plus tard dans ce manuscrit, mais c'est bien notre posture de recherche que nous questionnons dans les paragraphes suivants.

Le praticien s'inscrit dans une action collective où ses réflexions et ses actions sont idéologiquement ancrées (Albarello, 2012). Pour le praticien, les idées sont guidées, comme le dit Ardoino faisant référence à Bourdieu, par des « allants de soi et des habitus » (1990, p. 24).

Le chercheur quant à lui a une « capacité de raisonner en abstraction à partir des signes du terrain » (Lerbet-Sereni, 2014, p. 5) et une « posture intellectuelle de distance critique » (Albarello, 2012, p. 18). Il produit de la connaissance tout en explicitant ses stratégies, les outils conceptuels et méthodologiques qu'il crée et les rend appropriables et réfutables par ses pairs (Ardoino, 1990).

Le praticien-chercheur « est un professionnel et un chercheur qui mène sa recherche sur son terrain professionnel » (De Lavergne, 2007, p. 28). Son identité est revendiquée comme

double, avec une interaction et une coexistence de la posture de praticien et de celle de chercheur dont l'une prend le pas sur l'autre selon la situation (De Lavergne, 2007). Mais, il y a aussi ce que Bourdieu appelle la « contradiction pratique », c'est-à-dire qu'on ne peut pas, ou qu'il est difficile d'être « juge et partie », car l'acteur engagé a nécessairement un parti pris. En somme, on craint que la réalité observée ne soit *que* le produit d'une construction personnelle du praticien-chercheur (Soulé, 2007). Là, que ce soit le choix des éléments bibliographiques, l'analyse de contenu des entretiens ou encore la construction du questionnaire, notre intuition (certains diraient notre parti pris) a guidé nos premiers pas. Le souci de rigueur scientifique dans un travail co-construit nous a permis de nuancer et approfondir nos démarches pour en lisser l'effet.

Depuis notre entrée en doctorat, notre statut a évolué : de praticienne engagée, nous sommes passée au statut de praticienne-chercheuse, puis ce statut a évolué vers celui de chercheuse, car nous avons été recrutée comme Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche et nous avons totalement cessé notre activité de MK\*. Il nous a donc fallu être capable de « jongler » entre ses différentes postures, voire même ces différentes identités (celle du praticien et celle du chercheur) (De Lavergne, 2007) et prendre conscience de ne pas pouvoir fonctionner sur une seule afin de savoir reconnaître laquelle aiguille notre regard et notre analyse.

Nous avons ainsi pris conscience du problème de légitimité de la parole de celui qui analyse les données, qui peuvent être dévalorisées dans le cas d'un professionnel impliqué par rapport à un expert non impliqué. Nous avons fait apparaître des conflits de loyauté (Consoli & Harrus Revidi, 2012; de Gaulejac, 2019). Ces conflits se sont manifestés du fait de notre histoire personnelle, mais également à cause du changement de posture et de discipline académique. Dans notre histoire personnelle familiale coexistent des classes sociales différentes (médecins et ouvriers), des niveaux d'études différents (docteur et sans diplômes), mais également des nationalités différentes (française, espagnole et syrienne). Si ces éléments sont répandus dans

la société française, sans dire qu'ils sont responsables de notre questionnement, tout au moins nous avons l'honnêteté d'annoncer qu'ils ont contribué à élargir notre regard. Par ailleurs, professionnellement et institutionnellement, l'évolution de notre posture entre praticien et chercheur, ainsi que le changement de discipline (de la médecine vers les sciences humaines et sociales) a conduit à une opposition entre l'identité de praticien et celle de chercheur. En effet, le produit de la recherche peut aller contre les intérêts de notre groupe d'origine comme praticienne. Un autre conflit de loyauté ressenti fut celui en lien avec nos appartenances disciplinaires des sciences médicales et des sciences humaines et sociales, du fait de divergences de normes et de pratiques de recherches. Par exemple le statut de praticien chercheur, dont nous discutons légitimement les conséquences sur la production de connaissances, est, comme nous l'avons évoqué, un statut d'emblée suspecté de parti pris dans une vision orthodoxe de la psychologie sociale (champ théorique principal de ce travail) ; alors que ce même statut est encouragé et valorisé dans la discipline médicale, qui y voit la garantie d'une connaissance produite en lien avec la réalité du terrain dans une perspective d'application et non pas d'abstraction. En effet, en France, la médecine, et la kinésithérapie s'inscrivent dans cette voie, la majorité des productions serait le fait de praticiens-chercheurs hospitaliers.

### **3.1.3 Quels sont les processus de recherche ?**

Quel que soit le statut initial du chercheur, le passage à cette posture réflexive et distanciée est obtenu par des processus d'objectivation, de distanciation ou de balayage des différentes perspectives.

L'objectivation procède de l'herméneutique, c'est-à-dire qu'elle permet de transformer l'expérience sensible, subjective en sens (signification) (Lerbet-Sereni, 2014). Pour Bourdieu, l'objectivation est multiple, car il convient d'objectiver le rapport subjectif du chercheur à l'objet, de clarifier les conditions de production de la recherche, ainsi que ses propres intérêts à le faire. C'est un travail nécessairement collectif, qui commence avec les directeurs de thèse et

se poursuit dans le monde académique, pour permettre la réappropriation de « cette vérité que l'on dit objective » (1978, p. 69). Mais cette objectivation pour De Lavergne induit une crainte d'exhibitionnisme et peut même « jeter un discrédit sur la production intellectuelle, la déshabiller » (De Lavergne, 2007, p. 38).

La distanciation procède à la mise de côté de ses propres opinions (Charaudeau, 2013) et ainsi permet de supprimer leurs « caractères d'évidence » aux données (Albarello, 2012, p. 18). Le premier point à éclaircir concerne notre lien avec les soins de kinésithérapie. Ce lien est ancien et sa nature a évolué au fil du temps, en particulier pendant l'accomplissement de ce travail de thèse, qui, en introduisant la posture de chercheur, a conduit à une remise en question de ce lien. Cette nouvelle posture professionnelle a ajouté l'identité de chercheur à l'identité de MK\* au lieu de s'y substituer. Ce qui nous a conduit à questionner les éléments qui nous lient à l'objet de notre recherche.

Pour Bonardi, la psychologie sociale qui pose sur les phénomènes un regard singulier décrit par Moscovici, gagnerait à le faire évoluer du triangle Alter-Ego-Objet en deux dimensions à une pyramide au cœur de laquelle le chercheur serait inclus et pourrait « balayer du regard toutes les faces » (2010, p. 58). Pour cet auteur, « la démultiplication des logiques et des regards sur la réalité [...] est au prix d'un retour sur l'Alter et d'un questionnement sur soi, en tant que chercheur », dimension scientifique absente en psychologie sociale (Bonardi, 2010, p. 56). Notre posture impliquée dans cette pyramide figurative a certainement contribué à la sérendipité\* à l'origine de cette thèse.

### **3.2 Synthèse de notre posture de recherche**

La recherche, résolument constructiviste que nous proposons, nous place au-delà du technicien, en affirmant « la part de créativité que cela suppose et contient » (Bonardi, 2010, p. 56). Mais la praticienne que nous sommes montre également à notre groupe d'origine « qu'il n'est pas



impossible d'imaginer des univers sociaux où seraient réunies les conditions pour que la connaissance de la vérité objective [...] devienne le principe d'une maîtrise du groupe par lui-même » (Bourdieu, 1978, p. 69).

Nous finirons par dire que, pour nous, comme l'écrit Paturel « il s'agit de faire sens plutôt que de donner la preuve des phénomènes étudiés »(2008, p. 51). Nous cherchons à comprendre les ressorts complexes qui ont jalonné notre expérience vécue.

#### **4 Conclusion des chapitres 1 à 4**

Cette partie nous permet, après avoir présenté la masso-kinésithérapie et notre posture, de nous interroger sur deux éléments : premièrement quelle est la pertinence de la dialogie pour appréhender la complexité (E. Morin, 2015) des SK ? Deuxièmement, quels sont les effets psychosociaux attendus lors de la prescription de SK par les médecins ? En effet, la pratique quotidienne des MK\* semble s'accompagner de processus de négociation avec le malade et avec le médecin prescripteur au niveau interindividuel (Morin, 2004).

Mais qu'en est-il au niveau des groupes et des idéologies (Doise, 1992), du fait des enjeux identitaires (professionnels et sociaux) qui ont vu évoluer les rôles et prérogatives des Médecins, Patients et MK\* ?

## **5 Le soin**

À la lueur des éclairages sur la posture et le contexte français de la masso-kinésithérapie exposés en chapitre 2 de la première partie, nous proposons de retourner vers la médecine en faisant une présentation du soin. Nous présentons différentes approches du soin développées dans différentes disciplines des SHS\* comme l'histoire, l'anthropologie ou la sociologie.

### **5.1 L'évolution historique du soin en médecine occidentale**

Dans leur ouvrage, Lefève, Benaroyo, and Worms (2012) s'attachent à discuter de textes qui traitent du soin, dans des époques allant de l'Antiquité à nos jours, par des auteurs médecins, philosophes, écrivains et récemment sociologues, anthropologues ou psychologues. Selon eux, c'est à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle que la médecine, influencée par la pensée cartésienne, voit naître une opposition entre la médecine scientifique et la médecine empirique adaptée à la singularité et à la subjectivité du malade. Aboutissant entre le XVIII<sup>e</sup> siècle et le XIX<sup>e</sup> siècle à l'apparition de méthodes d'examen essentiellement centrées sur des éléments anatomiques délaissant l'empirisme personnalisé. La médecine alors considérée comme une « science de l'individuel » reverra émerger au XX<sup>e</sup> siècle les aspects subjectifs et singuliers du patient rejetés plus tôt.

Dans leur étude de textes contemporains, Lefève, Mino, and Zaccà-Reyners (2016) mettent en lumière que le cadre épistémologique de la médecine basée sur les preuves est toujours opposé à celui centré sur le soin du malade. Car une « personne malade ne disparaît plus seulement derrière la maladie, mais derrière le nombre. » (2016, p. 14). Plus récemment a émergé l'idée

que le soin dans la médecine moderne s'articule voir se « bricole », dans la confrontation des experts cliniciens avec les patients. Notamment dans le traitement contemporain de la folie.

Au-delà des clivages *scientifiques* versus *cliniques*, d'autres dynamiques sociohistoriques ont construit le concept de soin : ce sont des dynamiques de domination. Nous présentons dans les paragraphes suivants, trois typologies de domination intriquées. Il en existe d'autres (Giraldo-Pedroza et al., 2021). Ce sont : la domination masculine, la domination médicale et la domination culturelle. Le principe de domination (Bonah et al., 2011; Bourdieu, 2002; Freidson, 1970; Lorenzi-Cioldi, 2009) repose sur une construction sociale et culturelle basée sur des stéréotypes attribués à une catégorie ou un groupe de population. Elle aboutit à une prescription sociale qui guide les conduites discriminantes envers ce groupe. Le groupe considéré subit alors une exclusion sociale et une disqualification. La domination a des effets au niveau social, matériel et symbolique (Bourdieu, 2002).

La domination masculine repose sur la supériorité supposée des hommes par rapport aux femmes. On attribue des caractéristiques innées aux femmes et aux hommes. Par exemple, l'homme est perçu comme culturellement incompetent pour la fonction soignante alors que la femme se voit attribuée des compétences relationnelles et de maternage (Bonah et al., 2011; Hirata & Molinier, 2012; Molinier, 2016). La femme est censée être naturellement douée pour s'occuper de la sphère privée et faire preuve d'un « don de soi oblatif\* » (Bonah et al., 2011, p. 11). Ainsi cantonnées à la sphère domestique, les femmes ont eu un accès tardif à l'éducation et au savoir, à l'exception des religieuses (Bonah et al., 2011; Gabe & Monaghan, 2013; Nettleton, 2020; Schuller, 2018). Ces dernières ont de fait contribué à initier les formations infirmières, mais reposaient sur une ségrégation. En effet, jusqu'à la fin du vingtième siècle dans les formations d'infirmières, de sages-femmes (Gabe & Monaghan, 2013; Nettleton, 2020) ou de masseuses (Macron, 2015a; Monet, 2003), on refuse d'inscrire les hommes, selon les pays et les professions. C'est par exemple le cas de la formation de sage-femme qui était

interdite aux hommes en France jusqu'en 1989 (Bonah et al., 2011). Les facultés de médecine ont quant à elles été ouvertes aux femmes un siècle plus tôt (Gabe & Monaghan, 2013; Nettleton, 2020; Schuller, 2018). Ces dynamiques d'exclusion sont ancrées dans des structures patriarcales majoritaires dans la société civile, sans pour autant que cette discrimination soit systématiquement inscrite dans les lois (Nettleton, 2020). Cette dynamique de discrimination genrée est concomitante avec une dynamique de discrimination de groupe professionnel (la domination médicale) : l'exclusion intragroupe et une démarcation intergroupe voir une disqualification (Nettleton, 2020) par rapport aux autres groupes professionnels. Ces groupes disqualifiés sont souvent exclusivement féminins et créés par la division du travail qui décharge les médecins (hommes) des tâches chronophages et dévalorisantes (Arborio, 1995; Freidson, 1970). Il en découle une domination des médecins sur les autres professions de santé alors même qu'il y a interrelation et interdépendance (Gabe & Monaghan, 2013). Elle s'est exercée également sur les non-professionnels qui avaient une pratique de soins profanes transmise oralement. Ces pratiques étaient majoritairement réalisées par des femmes, les plaçant en position de contre-pouvoir ou de concurrent selon les auteurs (Bonah et al., 2011; Nettleton, 2020; Schuller, 2018). Le contrôle professionnel nécessaire à la domination repose sur une triple autonomie : économique, politique, clinique (Nettleton, 2020; Peneff, 2005). Ce contrôle permet de délimiter les contours du travail du groupe dominant (Freidson, 1970) et par extension des groupes dominés, hiérarchiquement dépendant. La médecine occidentale a opéré une domination culturelle par des processus d'appropriation et de dévalorisation de pratiques de soins profanes. Officiellement pour l'éthique : la médecine est un groupe présumé « manifester un altruisme collectif » [notre traduction] (Nettleton, 2020, p. 213); pour des motivations socio-économiques plus pragmatiques, mais également à des fins de « politique, de pouvoir et de prestige » [notre traduction] (Nettleton, 2020, p. 223). « L'émergence de la profession médicale a vu le transfert du contrôle de la guérison vers les secteurs formels des

soins de santé, des mains des femmes au contrôle des hommes » (Nettleton, 2020, p. 216) de la sphère domestique à la sphère institutionnelle. La dévalorisation de pratiques de soins profanes suppose une hiérarchie épistémologique au bénéfice des connaissances biomédicales construites selon le paradigme positiviste (Gibson et al., 2018; Nettleton, 2020). Cette hégémonie biomédicale s'étend aux autres professions. Par exemple, l'épistémologie de la réadaptation et de la physiothérapie contemporaine s'est principalement développée dans le monde entier au sein du paradigme biomédical positiviste occidental (Gibson et al., 2018) alors même que d'autres modèles existent dans le domaine de la réhabilitation (Jahan & Ellibidy, 2017). Progressivement la ténacité de certaines femmes et le soutien de quelques hommes ont conduit les groupes à réduire la ségrégation intra-professionnelle et à donner ou redonner de l'autonomie aux groupes en interrelation avec les médecins. Cette reconquête de l'autonomie est par exemple passée par une « tactique légaliste » dans le cas des sages-femmes (Nettleton, 2020, p. 219). Actuellement, même en médecine, il subsiste des disparités au niveau des salaires ou des spécialités entre hommes et femmes (French, 2013; Nettleton, 2020). Au plan mondial, la profession de physiothérapeute est toujours majoritairement féminisée (*World physiotherapy annual membership census 2020: global report*, 2020) bien qu'il existe de grandes disparités selon les régions et les pays. En 2020, le taux de féminisation varie de 50 à 95% en Europe (*World physiotherapy annual membership census 2020: region europe*, 2020). En France, ce taux était de 54% en 2019 (CNOMK, 2019), il serait de fait intéressant d'étudier ce phénomène.

Ces recueils mettent en évidence l'évolution des soins entre deux conceptions diamétralement opposées : tantôt scientifique, indifférenciée, objective, tantôt clinique, singulière, soutenue par la relation médecin-malade (Lefève et al., 2012, 2016). Cependant la révélation des dynamiques de domination (Arborio, 1995; Freidson, 1970; French, 2013; Nettleton, 2020; Peneff, 2005) légitime également notre questionnement sur les composantes identitaires et groupales à l'œuvre dans la construction des modèles du soin.

## 5.2 Les composantes du soin : Care, Cure et Cura

Pour apporter une définition du soin, différents auteurs se sont attachés à faire un repérage sémantique et étymologique (Arborio, 1995; Bautzer, s. d.; Hirata & Molinier, 2012; Keller & Pierret, 2000, 2000; Lefève et al., 2012, 2016; Morvillers, 2015; Noël-Hureau, 2015; Pierre et al., 2014). Cette tâche a mis au jour que le sens des mots soin et soigner est double. Pour Keller et Pierret, soigner signifie répondre aux besoins, se soucier de quelqu'un ; les auteurs font remarquer que le mot « qualité » que l'on retrouve souvent associé dans l'expression « qualité des soins » a un sens proche. Selon eux le soin inclut nécessairement une dimension de qualité. Mais soigner signifie également « traiter » depuis la naissance de la clinique (2000). Pour Molinier « en français, la notion de soins englobe aussi bien la dimension curative du soin que sa dimension d'attention » (2016, p. 128). On retrouve ces deux dimensions dans les termes anglo-saxons de *care* et de *cure*. Morvillers (2015) fait d'ailleurs remarquer que le terme *care* découlerait du terme *cure*. Il ajoute que le mot français *cure* renvoie à la spiritualité et est issue de la religion chrétienne.

Dans le soin, le *cure* est associé à l'aigu, il est composé de gestes hautement techniques et est accentué par la division des compétences (Morvillers, 2015). Le *care* est associé au chronique, sauf dans certaines situations psychiatriques où la temporalité du *cure* et du *care* sont remises en question lorsque les soignants sont face à des patients agités en crise aiguë de délire (Morvillers, 2015). Il est historiquement et socialement marqué (mal vu), le plus souvent associé au féminin. Il présente une dimension personnelle et affective (Morvillers, 2015). Pour Molinier (2016) la dévalorisation sociale du *care* a un ancrage historique. Cette dévalorisation est mise en évidence selon elle, grâce aux recherches sur le *care* qui ont débuté dans les années 80 aux USA. À cette époque l'augmentation du travail salarié a induit une diminution des actes

de *care* gratuits qui étaient habituellement réalisés par les mères auprès des jeunes enfants. Ces études pensent le *care* dans des rapports de domination, dans un rapport hommes/femmes, et dans des rapports de classe ou de race. Il est catégorisé historiquement comme du « non-travail », car il était réservé à la sphère privée, il est non spécialisé, non technique, en bas de la hiérarchie. Il est souvent confondu avec de l'amour ou de la solidarité et par conséquent il est basé sur des savoirs et des pratiques populaires difficilement mesurables (Molinier, 2016).

Keller et Pierret développent la notion de fonctions du soin pour les soignants (2000). *Traiter* correspond à la fonction thérapeutique, elle contient des procédures diagnostique et thérapeutique, elle est valorisée socialement. *Soigner* correspond à la fonction soignante qui est dévalorisée et négligée socialement. Ces deux fonctions sont considérées différemment, elles sont complémentaires, mais diffèrent à trois niveaux : les connaissances requises, le sens, et la mise en œuvre. Dans la fonction thérapeutique les connaissances reposent idéalement sur des compétences spécifiques et des savoirs scientifiques actualisés. Les auteurs soulignent qu'elles sont souvent empiriques basées sur des habitudes, des légitimations et des expériences personnelles. Dans la fonction soignante, la connaissance se base sur l'analyse des besoins du malade et permet l'élaboration d'un programme de soins qui est presque exclusivement réalisé par les infirmières. Le sens attribué à la fonction thérapeutique est de lutter contre la maladie et ses symptômes grâce au diagnostic et à la thérapeutique pour prolonger la vie. Le sens de la fonction soignante est basé sur une prise en compte des besoins physiologiques matériels et spirituels dans une recherche de confort et de qualité relationnelle dans le but de libérer, c'est-à-dire donner de l'espoir, sortir de l'isolement, rompre la dépendance, dissiper l'angoisse par la parole, assumer ses choix et parfois apprendre à mourir. La mise en œuvre de la fonction thérapeutique repose sur un programme thérapeutique fait d'algorithme à partir de recommandations scientifiques. Elle aboutit à l'accord ou au refus du malade et peut se réaliser sans sa présence par l'analyse du dossier médical. La mise en œuvre de la fonction soignante

s'appuie sur un programme de soins qui consistent en une analyse personnalisée des besoins dans laquelle la rencontre avec le malade est obligatoire. La fonction thérapeutique a comme spécificité d'être un ensemble d'activités professionnelles qui concernent la maladie : diagnostic, évaluation de la gravité, guérison, atténuation des symptômes. Alors que la fonction soignante a comme spécificité de construire une relation avec le malade, sa famille, et repose sur des activités qui ne sont pas directement liées à la maladie (Keller & Pierret, 2000).

Pour Morin, les aspects techniques et relationnels sous-tendus par les composantes de *care* et de *cure* s'expriment différemment selon que l'on est centré sur la maladie ou sur le malade. Cette polarisation est selon lui due à l'évolution conjointe de la place du malade et de son discours avec celle des démarches de légitimation du travail infirmier (2004). Mais cette opposition se rencontre également entre les spécialités médicales. L'auteur souligne que globalement les praticiens orientés vers le relationnel sont moins reconnus socialement (revenus inférieurs) que ceux dont la pratique est essentiellement tournée vers la technique. Les professionnels peuvent choisir librement de développer ou non la part relationnelle du soin, en fonction de la « marge de liberté (...) matérielle et symbolique » et ainsi jouer de pouvoir d'autorité (Morin, 2004, p. 214).

Mais la confrontation aux données empiriques nous a amenée à introduire une composante du soin rarement évoquée dans la littérature grise. Cette composante qui renvoie au « souci de soi » (*cura*) (Trépos, 2013) a été développée récemment par certains sociologues (Bigot & Hoibian, 2014; Drulhe & Sicot, 2011; Pawin, 2014; Pierre et al., 2014; Trépos, 2013) ou historien (Liogier, 2012). Elle renvoie au « bien-être » qui s'avèrera significatif dans les données recueillies auprès des patients. Nous ajoutons donc *a posteriori*<sup>6</sup>, la « cura » aux autres

---

<sup>6</sup> En effet, c'est un processus de retour à la théorie lors de l'analyse des données des questionnaires (à la vue de la place significative du terme « bien-être » dans la représentation des Patients), qui a permis d'ajouter le concept de cura. L'étude des RS au moyen de questions ouvertes autorise l'apparition de nouveaux éléments qui jusque-là n'entrent pas dans la définition classique du concept de soin. La particularité de cette démarche mixte, inductive et déductive, est décrite et discutée dans les chapitres méthodologie.



composantes du soin<sup>7</sup>. En effet, d'après les auteurs, ce « souci de soi » vaut pour chaque protagoniste. Si le bien-être est largement étudié dans les pays anglo-saxons, ce champ de recherche est moins développé en France. Son étude intéresse des organisations comme les Nations-Unies qui développent des enquêtes à très grande échelle. Pourtant, le bien-être porté par le souci de soi est étudié tant au niveau individuel qu'au niveau groupal, voire sociétal et renvoie à une vision du monde portée par une valeur morale du souci : de soi, de l'autre et de l'interaction soi/autre (Trépos, 2013).

Les composantes du soin, à l'origine pensées comme duelles, opposant technique (le *cure*) et relationnel (le *care*), voient émerger une troisième composante qui serait identitaire (la *cura*).

### 5.3 Approche interactionniste du soin

Dans ce chapitre, nous présentons le soin selon l'approche interactionniste. Cette démarche constitue en réalité plus qu'une méthodologie développée en sociologie, c'est un courant de pensée qui centre son analyse sur l'interaction entre les sujets observés. Appliquée au soin, l'interactionnisme étudie la relation de soin.

Il y a eu une diversité de transformations dans différents domaines de la santé : une chronicisation des états de santé, l'évolution du droit des malades et un changement d'organisation des soins. Cela a créé des tensions au cours des relations patients-soignants pouvant aboutir à une régulation de l'organisation professionnelle ou de l'organisation domestique. Dans leurs approches interactionnistes du soin, Douguet, Le Borgne-Uguen et Pennec proposent de « centrer l'analyse sur les soins prescrits, entrepris, différés ou non

---

<sup>7</sup> Cet ajout au modèle du soin ne fait pas l'unanimité notamment chez les physiothérapeutes critiques qui le substituent au Care dans les SK (Ahlsen et al., 2020).

réalisés. » (2014, p. 7). Elles étudient le soin comme un « état polymorphe, aux issues indéterminées toujours entre compositions et négociations, marchandage et régulation, ajustement et transgression » (Thuderoz, 2009, cité par Douguet et al., 2014, p. 9). Cette sociologie a analysé les rapports de pouvoir entre la médecine et le monde des malades. Elle met en évidence des points de négociations comme « la construction de la confiance (...) soumise aux rapports sociaux et aux inégalités de ressources contingentes » (Douguet et al., 2014, p. 8). Elles montrent également que les interactions seraient dans différentes temporalités : longue pour les malades, courte pour les professionnels. Par ailleurs, le droit du malade régi par le code de la santé publique suppose que les décisions professionnelles, déontologiques sont bénéfiques pour le malade ce qui en limite la contestabilité. Mais dans l'actuelle décision partagée, le patient peut chercher à influencer les professionnels par des processus de négociation qui renvoient aux ressources en entourage ou organisationnelles disponible et reposent sur elles. Les analyses interactionnistes ont mis en évidence la construction de soins collectifs où le patient est considéré comme actif. On reconnaît au patient des pratiques et des savoirs profanes qui hybrident des dimensions de bien-être et les dimensions médicales. Du fait de cette symétrie constitutive de la relation de soin négocié, les points de négociation de la relation entre le médecin et le malade concernent le « pacte de confiance et de reconnaissance réciproque » (Douguet et al., 2014, p. 10). Du côté du malade, on passe de la délégation, à l'autonomisation ou à la mise en question de l'expertise. Du côté du médecin « de la bienveillance à l'indifférence » (Douguet et al., 2014, p. 10).

Calvez quant à lui préfère l'expression « négociation du soin plutôt que soin négocié ce qui permet de mettre l'accent sur les interactions et les ajustements entre les acteurs qui concourent aux soins » (2010, p. 6). Pour lui (2010) le manque de définition et le caractère polymorphe du soin appellent à réaliser une analyse multiniveau qui articule le niveau institutionnel (organisation/ domestique), le niveau des pratiques (profanes/ professionnelles), le niveau des

acteurs (statuts) et les représentations associées. Nous présenterons, dans la partie méthodologie, les outils mis en place pour étudier ces différents niveaux (variable de statut, variable de pratiques, variable de situation d'exercice).

En somme, cette négociation révélée par ce courant de recherche est une rupture épistémologique qui introduit de l'horizontalité dans les rapports jusqu'alors verticaux (Freidson, 1970). Sur le modèle de la division du travail, professionnels et profanes se répartissent les tâches : les tâches techniques aux professionnels, les tâches relationnelles aux profanes. Mais l'approche des représentations sociales nous montre que les professionnels utilisent également leur savoir profane pour gérer l'incertitude (Restivo et al., 2016). Qu'en est-il de cette négociation quand les savoirs professionnels se sont constitués historiquement à partir de savoir et de pratiques ancestrales et profanes comme le massage et les thérapies manuelles ?

Ce qui aboutit au cadre catégoriel a priori présenté dans le Tableau III:

| Catégorie              | Indicateur  |
|------------------------|---|
| Scientifique           | Indifférencié<br>Objectif   |
| Empirique              | Clinique<br>Singulier<br>Relationnel  |
| « Cure »               | Statut social supérieur<br>Stade aigu<br>Fonction thérapeutique<br>Technique<br>Division des compétences<br>Traiter   |
| Fonction thérapeutique | Diagnostique<br>Technique<br>Savoir expert spécialisé<br>Compétences spécifiques<br>Sens : Lutte contre la maladie, prolongation de la vie<br>Raisonnement algorithmique<br>Pas obligation d'interaction avec le malade |
| « Care »               | Statut social inférieur<br>Relationnel<br>Associé au féminin<br>Dévalorisé socialement<br>Non-travail   |

|                    |  |
|--------------------|--|
|                    | Sphère privée<br>Non-technique<br>Savoirs et pratiques populaires<br>Spirituel   |
| Fonction soignante | Individualisé pour le malade<br>Relation<br>Interaction : construction-négociation<br>Sens : recherche du confort pour le malade |
| Cura               | Souci de soi<br>Négociation  |

Tableau III : Cadre catégoriel du Soin

## 6 Les relations de soins médecins-patient-kinésithérapeute

Ce chapitre nous permet de nous attarder sur les relations entre les acteurs dans les diades suivantes : médecin-patient, patient-kinésithérapeute et sur la relation médecin-kinésithérapeute. Il fait écho au questionnement de la pertinence de l'étude de la dialogie soignant-soigné développée dans le chapitre 2.3 de la partie 1.

Dans un récent article, Genet, Lheureux et Truchot réalisent une revue de littérature des études sur la relation soignant-soigné (Genet et al., 2017). Ils rappellent que la relation soignant-soigné est étudiée selon différents points de vue. Du point de vue du patient certaines études montrent qu'il existe un lien entre la santé globale du patient et divers aspects de la relation comme les aspects communicationnels (qualité et style) ou le décryptage des demandes implicites. Du point de vue du soignant, les recherches portant sur l'épuisement professionnel ou l'insatisfaction au travail montrent qu'une mauvaise qualité relationnelle les conduit vers la maltraitance et le mal-être au travail. Cet article met en évidence que la relation soignant-soigné fait l'objet de recherches disparates en lien avec les évolutions sociétales et atteste d'un manque de cohérence scientifique et pratique. Il décrit une prégnance des démarches quantitatives correspondant aux standards de la recherche scientifique internationale. Les auteurs montrent l'émergence d'études portant sur la relation soignant-soignant et leur impact sur la prise en charge des patients. Il y a une surreprésentation, dans les populations étudiées, de certaines

professions (médecin généraliste, psychiatre, oncologue). La variabilité de la relation soignant-soigné est principalement étudiée selon trois axes transversaux : la satisfaction du patient, les compétences communicationnelles des soignants et le choix du traitement. Les auteurs ont remarqué que les études incluant soignants et soignés conjointement sont très peu nombreuses.

Cette étude appuie notre constat et surtout notre démarche de questionner les relations P-M-MK\*. C'est ce que nous proposons de faire dans la suite de ce chapitre en faisant un rapide état des lieux pour chaque diade, puisque notre démarche d'étudier les trois acteurs en même temps n'existe pas. Ces constats nous serviront de base pour décoder les corpus\* en nous fournissant des cadres catégoriels a priori, mais en nous laissant également l'ouverture d'esprit pour découvrir de nouveaux éléments que les approches dyadiques n'ont pas révélés. Nous débuterons par la relation médecin-patient, suivie de la relation Patient-MK\* et continuerons par la relation médecin-kiné. Enfin nous proposerons une synthèse conceptuelle des chapitres 5 et 6.

## **6.1 La relation médecin-patient**

Pour Adam et Herzlich cette relation médecin-patient (aussi appelée relation médecin-malade) a répondu à différents modèles selon les époques ou les situations (Adam & Herzlich, 2014). Dans le modèle « consensuel, fondé sur le cas des maladies aiguës » la sociologie structuro-fonctionnaliste de Parsons étudie la place de la maladie et de la médecine dans les sociétés modernes occidentales, mais aussi les rôles sociaux des différents acteurs (médecins et malades). Dans ce modèle, la relation est asymétrique et consensuelle. L'asymétrie concerne la capacité d'action : « le médecin est actif et le malade passif » (2014, p. 77). Elle repose sur la reconnaissance du pouvoir et de l'expertise médicale. Cette relation implique des rôles et donc des obligations inhérentes à chaque acteur. Le malade doit chercher à « aller mieux » et le

médecin par une objectivité désintéressée (affectivement et financièrement) doit le guider. Ce modèle met en évidence la fonction de régulation sociale de la médecine. Mais l'exemple des maladies chroniques ainsi que des études portant sur le rôle de la distance sociale dans la relation médecin-malade, pointe les limites de ce modèle.

Le « modèle de la relation médecin-malade conflictuelle » issue de la sociologie interactionniste de Freidson pointe les « divergences de perspective et d'intérêt » attestant d'un conflit (Adam & Herzlich, 2014, p. 83). L'intérêt personnel et professionnel du médecin est encadré par le code de déontologie médicale ce qui atteste qu'il peut diverger de celui du malade car « les codes éthiques et les lois régulant l'exercice médical, loin d'être seulement institués pour protéger le public, sont aussi des mécanismes qui protègent la profession des interférences du public et de la concurrence d'autres professionnels » (Adam & Herzlich, 2014, p. 83). Dans ce modèle le rôle du malade n'est plus passif et on lui reconnaît une culture profane qui peut s'opposer au savoir médical. Dès lors le savoir médical est reconnu comme capable de construire une réalité sociale par le diagnostic de la maladie. Suite à ce constat, émerge chez Becker, la conception de la maladie comme déviance au décours d'un processus d'étiquetage socialement élaboré à géométrie variable suivant la classe sociale (Adam & Herzlich, 2014). Le modèle de la négociation fait émerger l'idée d'une « pluralité des modalités d'interaction » (2014, p. 87). Là encore les études des relations dans des maladies chroniques comme le diabète attestent d'une relation plus égalitaire, symétrique entre médecins et malades. L'interaction peut donc être négociée dans la relation. Pour Strauss, le processus de négociation revêt des dimensions temporelles essentielles qui impliquent une redéfinition des accords régulant chaque situation (Adam & Herzlich, 2014). Mais la capacité de négociation du malade dépend pour partie de l'information dont il dispose. Et cette information peut évoluer dans le temps pour lui permettre de faire évoluer la relation asymétrique initiale vers une relation symétrique.

On pourrait croire que cette évolution vers une relation plus horizontale est récente, or une synthèse de 2015 de l'histoire de la relation médecin-malade réalisée par Poisson (2015) tend à démontrer le contraire. Selon lui, dans la Grèce antique la pratique médicale regroupe des conceptions éthiques et techniques ; il y a alors des pratiques qui prennent en compte les limites des possibilités de guérison. Il y a ce qui se guérit et ce qui ne se guérit pas. Quand la guérison est possible, le médecin met en place une forme d'expression éthique, « l'amitié médicale » qui est associée aux techniques. Cette amitié prend la forme d'un respect dû aux malades qui est conçu comme « naturellement doté d'une capacité de guérir » et doit s'appropriier l'aide, car il est considéré comme libre de la refuser. Mais à cette époque, tous les individus ne sont pas considérés de la même manière de sorte que cette conception s'applique aux hommes (mâles) libres et riches. Il y a en effet trois catégories distinctes qui bénéficient de différents modes de pratique de la médecine. Les esclaves sont soignés par « des médecins de second ordre » (Poisson, 2015, p. 29), eux-mêmes esclaves de médecins ; là la pratique se limite aux aspects techniques. Les hommes libres et riches sont suivis par des médecins formés qui pratiquent des soins techniques et *éthiques* (Poisson, 2015). Les hommes libres et pauvres bénéficient des soins techniques de ces mêmes médecins formés à traiter des pathologies aiguës. À cette époque, la nature aiguë ou chronique de la pathologie oriente le type de prise en charge, uniquement dans le cas des plus riches qui ont le « le temps de se soigner », un traitement « résolutif » pour les pathologies aiguës et un traitement éthique et technique pour les pathologies chroniques. Le *traitement éthique* au fondement de l'amitié médicale repose sur l'information, l'adaptation et la persuasion du malade (Poisson, 2015).

Au Moyen Âge, la domination de l'Église et de la religion chrétienne pousse les médecins à faire évoluer leurs pratiques vers « un égalitarisme » même envers les pauvres et vers un rôle « consolateur » associé à des pratiques religieuses (prières, sacrements). On rencontre deux types de pratiques : l'une monastique chrétienne dispensée dans les monastères et l'autre laïque,

moins représentée, mais plus présente en ville et qui se transforme avec l'apparition du prêtre médecin. Les pauvres, esclaves, serfs, vont dans les hôpitaux où règne la promiscuité et l'insalubrité. Les bourgeois et les artisans ont des médecins à domicile. Les personnes puissantes et les seigneurs ont un médecin exclusif. Cette emprise du religieux qui s'immisce dans la pratique médicale jusqu'au XIXe siècle introduit le statut « de patients » en substitution au statut de malade. Ce rôle repose sur la résistance à la douleur, car « endurer » est une vertu (Foucault, 1963; Poisson, 2015).

Le XIXe siècle voit s'estomper l'emprise de l'Eglise et du surnaturel dans la médecine du fait d'un processus global de sécularisation. Cela produit un changement de regard du médecin sur le patient. Ce dernier devient capable d'appropriation et « doué d'intimité et de liberté » (Poisson, 2015, p. 32). Le médecin développera alors deux types d'approches : Des approches où l'Homme est un être souffrant, à aider dans une relation laïcisée ; et des approches où l'Homme est un objet de connaissance scientifique en soi. Cette évolution est en partie due au progrès de la science qui améliore le diagnostic et les traitements par exemple grâce à la chimie. Comme pour les époques précédentes, il subsiste des différences de traitement selon la classe sociale du patient. Les pauvres sont pris en charge à l'hôpital et rencontrent soit des cliniciens, soit des expérimentalistes. La connaissance scientifique est alors produite à l'hôpital grâce aux pauvres qui sont « objets et sources de connaissances » (Poisson, 2015, p. 32). La dimension personnelle relationnelle est variable d'un individu à l'autre, en fonction de la classe sociale ou du genre (Gabe & Monaghan, 2013; Nettleton, 2020). Les classes moyennes sont suivies par des médecins de famille qui viennent à leur domicile avec ici une relation personnelle. Les classes supérieures ont affaire à des spécialistes ou des médecins célèbres qui consultent en cabinet. Les relations sont fondées sur la science et sur le gain.

Au XXIe siècle, la relation médecin-malade fait l'objet d'une modélisation dont la plus emblématique est celle du « *cure* et du *care* » (M. Morin, 2004, 2006) qui regroupe dans une



même relation les aspects techniques et relationnels hérités des évolutions historiques de la médecine. Ces aspects étant décrits dans toutes les professions au contact des malades, mais avec des modulations.

Jusqu'au XXe siècle la relation médecin-malade était caractérisée par deux éléments : relationnel et curatif, en lien avec deux rôles possibles : passif ou actif. Ces éléments et rôles varient selon certains critères : l'aspect aigu ou chronique de la maladie, l'aspect social (différencié selon le statut) et la domination (religieuse, scientifique ou masculine). Ces variables font partie de notre cadre catégoriel a priori et nous les mettons en perspectives avec les outils théoriques (Représentations Sociales et triades) dans les chapitres méthodologies.

On peut s'interroger sur la transposition de ces aspects socio-historiques de la relation médecin-malade à la relation patient-kinésithérapeute ainsi que dans la relation médecin-kinésithérapeute ; car, déjà dans l'antiquité, une division du travail fut opérée entre les aspects techniques et relationnels en même temps qu'elle était liée aux distinctions sociales entre les malades.

## **6.2 La relation patient-kinésithérapeute**

Différents aspects de la relation patient-kinésithérapeute ont fait l'objet d'études en Europe du Nord, aux USA ou en Australie. Le premier constat est que ces études sont rares dans la littérature. Cependant nous les avons catégorisées selon les aspects qu'elles questionnent. Une première catégorie de recherche aborde des aspects éthiques en jeux dans cette relation. Elles portent sur les barrières professionnelles à l'érotisation de la relation (Cooper & Jenkins, 2008), le questionnement quant à l'asymétrie des pouvoirs (Praestegaard & Gard, 2011) , ou encore la gestion de comportements agressifs (Szczegielniak et al., 2012). Une seconde catégorie opère

un croisement des points de vue et met en évidence des divergences malgré une expérience partagée (Galvin et al., 2009; Wottrich et al., 2004). Une dernière catégorie d'étude s'attache à comprendre et décrire les déterminants psychosociaux des interactions. Elles mettent en évidence que les kinésithérapeutes développent des compétences d'interaction (Thornquist, 1997), mais qu'ils ont recours à des stéréotypes (Thomson & Love, 2013), des routines et que le climat socioaffectif les influence (Talvitie, 2000). Selon une étude récente sur les points de vue et la pratique des stratégies psychosociales par les physiothérapeutes australiens, si les répondants accordent une grande importance à ces stratégies dans leur pratique, les résultats ont révélé que ces stratégies étaient principalement mises en œuvre de manière empirique et que les répondants ressentaient un besoin de formation (Driver et al., 2019).

Ce bref état des lieux des études portant sur la relation P-MK\*, nous permet d'ajouter de nouvelles catégories à notre cadre. Ce sont : les aspects éthiques, psychosociaux et ontologiques de cette relation de soin. Ils seraient corrélés à l'effet des soins sans être reconnus par les Patients ; mais sont-ils reconnus ou connus par les Médecins ?

### **6.3 La relation médecin-kinésithérapeute**

Le caractère non prescrit de la relation médecin-kinésithérapeute, rencontré dans de nombreux pays étrangers, n'interdit pas certains chercheurs de la questionner (Davenport et al., 2006; Fruth & Wiley, 2016; Shoemaker, 2012).

La relation médecins-kinésithérapeutes est décrite comme une relation asymétrique, plaçant le médecin en dominant omniscient (Freidson, 1970, 1984; Øvretveit, 1985), dérangeant voire même les kinésithérapeutes américains, pourtant exempts de prescription (Bourne, 1978; Gyllensten et al., 1999; Hulme, Bach, & Lewis, 1988). En France, cette inhibition est considérée comme symptomatique d'une barrière symbolique hiérarchique (Dellandrea, 2013). Les

médecins généralistes construisent des réseaux informels de soins avec les paramédicaux, dans lesquels règne « un ensemble de règles, de normes, de contraintes et d'attentes réciproques qui soit limitent les échanges, soit favorisent des stratégies d'alliance entre certains professionnels » (Sarradon-Eck et al., 2008, p. 201). Cette relation, nécessaire à l'exercice libéral, est décrite comme satisfaisante malgré un manque d'interaction et de formation de médecins (Sarradon-Eck et al., 2008). La prescription de kinésithérapie est intégrée dans la pratique des généralistes et de certains spécialistes, mais ne repose pas sur une expertise. La pratique de prescription se construit empiriquement, sans réelle formation sur les compétences des professionnels auxquels ils délèguent leurs patients (Bonnal et al., 2009; Delauney, 2010; Dellandrea, 2013). Certaines études pointent un usage différencié de la prescription de kinésithérapie selon le sexe du patient (Hamberg, Risberg, Johansson, & Westman, 2002) ou à visée placebo (Bourne, 1978; Delauney, 2010; Uili et al., 1984).

D'après la littérature, l'accès direct aux SK ne semble pas suffire à l'instauration d'une relation interprofessionnelle symétrique.

L'aspect chronique des pathologies traitées en MK\* implique, d'après la littérature, une forte présence de la fonction soignante (*care*) dans la relation avec le Patient. Cet aspect est-il important pour l'identité de chaque groupe ? Cela a-t-il des répercussions sur les relations intergroupes comme décrit dans le chapitre sur les RS ?

Ce qui aboutit au cadre catégoriel a priori présenté dans le Tableau IV

|          | Catégories  | Indicateurs  |
|----------|-------------|--|
| Relation | Horizontale | Négociation<br>Savoir partager<br>Temporalité longue<br>Maladie chronique<br>Reconnaissance réciproque<br>Rôle actif du malade |
|          | Verticale   | Asymétrie<br>Rôle passif du malade<br>Rôle social du médecin   |

|                |  |   |
|----------------|--|---|
|                |  | Travail du patient<br>Maladie = déviance  |
| Relation M-P   | Vertical<br>Horizontal<br>Différenciée<br><br>Indifférencié  | Soin différencié selon la position sociale ou le genre (« amitié médicale »,)<br><br>Temps de soin (le corps guérit seul naturellement),<br>Égalitarisme (hôpital). |
| Relation P-MK* | Éthique<br>Horizontale<br>Négociée<br>Divergence de point de vue<br>Déterminants psycho-sociaux  | Érotisation<br><br>Relation<br>Stéréotypes<br>Climat socio-affectif   |
| Relation M-MK* | Asymétrie<br>Domination<br>Omniscience du médecin<br>Barrière hiérarchique psychologique<br>Réseaux informels<br><br>Prescription empirique<br>Choix délégué au patient<br>Pas de formation à la prescription de SK<br>Prescription différente selon le sexe du patient<br>Visée placebo | Statut et expertise<br><br>Attentes, contraintes<br>Freins, alliances   |

Tableau IV : Cadre catégoriel des relations MK-P-M

## 7 Conclusion des chapitre 5 et 6

À partir des chapitres 5 sur le soin et 6 sur la relation de soin M-P-K, nous souhaitons réaliser une synthèse des apports de la littérature qui corrèle certaines caractéristiques des situations de soin avec les formes hiérarchiques verticales et horizontales. Cette synthèse permet d'articuler les éléments théoriques et d'amener à la problématique. Nous proposons ici, notre synthèse des modèles sociologiques convoqués précédemment. Ces deux modèles se distinguent principalement par l'éclairage qu'ils portent pour étudier la réalité. Dans le modèle structuro-

fonctionnaliste l'étude se porte sur la fonction sociale à partir de la professionnalisation de certains métiers de haut niveau hiérarchique (Vézinat, 2010). Dans le modèle interactionniste, l'éclairage est mis sur l'interaction dans des métiers moins valorisés socialement. Ce courant s'est construit en rupture avec le précédent par des outils méthodologiques empiriques tels que l'observation participante (Vézinat, 2010). Ces courants théoriques traversent différents champs comme la sociologie des professions et la sociologie de la médecine et de la maladie (Adam & Herzlich, 2014; Vézinat, 2010). Notre réflexion étant à la croisée de ces chemins, certains de leurs apports mettent en lumière des aspects de notre questionnement notamment les rôles, les statuts, les relations et les hiérarchies.

Pour le modèle structuro-fonctionnaliste (Adam & Herzlich, 2014) la relation de soin est verticale dans le cadre des maladies aiguës, autres que psychiatriques (Morvillers, 2015). Mais la maladie chronique investiguée par le modèle interactionniste (Adam & Herzlich, 2014; Calvez, 2010) montre une horizontalisation de la relation par la négociation.

Dans le domaine de la santé, les critères communs sont : la temporalité de la maladie, la situation, mais également l'information disponible pour le malade. Pour une situation donnée de maladie aiguë, le modèle structuro-fonctionnaliste décrit des relations verticales où le patient est passif. Mais l'évolution temporelle de la phase aiguë vers une phase chronique où le patient devient acteur et informé, bascule la hiérarchie pour la rendre horizontale (Carricaburu & Ménoret, 2004). Nous pouvons citer l'exemple du cancer, où dans la suite de la découverte, le patient se voit proposer des traitements chirurgicaux et chimiothérapeutiques en urgence. Puis, lors de la phase de stabilisation, les rôles évoluent. La temporalité pourrait contribuer au passage d'un modèle relationnel à l'autre. Cependant, l'apport des RS ainsi que le regard historique porté sur ces mêmes éléments montrent que ce ne sont pas les seuls facteurs à prendre en compte. Aussi dans les chapitres suivants nous nous tournons vers la Triade\* afin d'en extraire des éléments d'analyses pour finalement construire notre cadre catégoriel a priori.

## **8 La Triade et la sociologie des formes**

Entreprenons, à présent, de compléter l'apport des représentations sociales afin d'éclairer certains aspects du phénomène grâce à la sociologie des formes et en particulier à la Triade\*.

### **8.1 L'interaction sociale dans la sociologie formelle**

La sociologie formelle est aussi appelée « sociologie des formes d'associations ou d'interactions » (Vandenberghe, 2001, p. 38). Dans ce courant, l'unité élémentaire de l'analyse est l'action réciproque ou l'interaction. Elle centre son analyse sur les interactions sociales au moyen d'une « démarche abstractive » (Vandenberghe, 2001, p. 39). Cette démarche consiste à mettre en évidence par induction et de manière systématique, des formes d'association dans le monde social. Cette sociologie, fondée par Georg Simmel au début du XX<sup>e</sup> siècle en Allemagne, est à l'origine de courants sociologiques contemporains (l'interactionnisme symbolique), et a participé à la fondation de la psychologie sociale (Boudon, 2016; Vandenberghe, 2001). Soulignons la concordance épistémologique de ces approches qui bien qu'appartenant à des disciplines distinctes (la sociologie et la psychosociologie), sont toutes deux interactionnistes au sens où elles s'intéressent aux effets de l'interaction, « à la relation d'interdépendance » (Doiron Fabien, 2015). Marc et Picard définissent l'expression « interactions sociales » comme une « relation interpersonnelle entre deux individus au moins par laquelle les comportements de ces individus sont soumis à une influence réciproque, chaque individu modifiant son comportement en fonction des réactions de l'autre » (2002, p. 189). Toutefois « La notion d'interaction désigne tantôt un processus, tantôt un objet, et tantôt un point de vue, une manière de concevoir et d'appréhender les phénomènes. » (Marc & Picard, 2002, p. 190). C'est ce point de vue centré sur le processus d'interaction qui nous paraît concordant et nous autorise ainsi à les mobiliser conjointement.

La sociologie des formes est présentée par certains auteurs comme une synthèse de néokantisme (opposition forme et contenu) et de vitalisme (interaction) (Marc & Picard, 2002; Vandeveld-Rougale & Fugier, 2019). Pour Simmel, ces associations sont « le résultat d'une mise en forme interne par les acteurs eux-mêmes. (...) Des formes formantes que les acteurs reconnaissent implicitement comme telles et qui structurent tacitement leurs interactions » (Vandenberghe, 2001, p. 40).

D'après Simmel, forme et contenu sont deux aspects des faits sociaux que l'analyse doit séparer, car la « forme, c'est la manière dont s'opère la relation entre les individus impliqués dans l'interaction » (Coenen-Huther, 2008, p. 70).

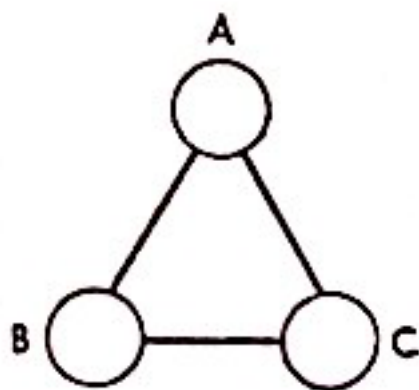
## 8.2 La Triade et ses formes d'organisations

Un des apports de cette démarche a été de montrer que dans les formes d'associations du groupe, l'aspect quantitatif (le nombre de sujets qui le compose) a des implications qualitatives sur celui-ci. En particulier qu'un groupe de deux personnes n'a pas les mêmes propriétés qu'un groupe de trois personnes. A ce propos, de nombreux travaux ont été développés sur la dynamique des groupes restreints (De Visscher, 2006, 2013; Lewin, 1947; Simmel, 2013)(De Visscher, 2006, 2013). Nous proposons de nous situer dans la lignée de Simmel, en faisant appel à Théodore Caplow (sociologue américain du milieu du XX<sup>e</sup> siècle). Caplow va utiliser le terme de « Triade\* » et les étudier. Pour lui, le mot « Triade\* » est apparu au XVI<sup>e</sup> siècle, son origine est grecque, il vient de *triados*, qui signifie groupe de trois personnes (Picoche & Firmin, 1992, p. 517). Le terme de Triade\* est aujourd'hui associé à des recherches en psychanalyse (Black triads), en science de l'éducation, en psychologie cognitive ou encore en économie (Siltaloppi & Vargo, 2017), mais c'est aux postulats de Simmel et Caplow que nous nous référerons.

À ce stade, il nous paraît important de noter que cette sociologie et la Triade\* en particulier procèdent à l'abstraction des phénomènes internes aux individus pour se concentrer sur ce qui se produit entre les individus (les interactions). Pour l'étude des relations triadiques, Caplow va préalablement poser quelques axiomes comme autant de points de repère nécessaires à la solidité de sa démarche. Nous en présenterons certains pour la clarté de l'analyse que nous avons entreprise. Ils concernent les constituants de la Triade\* (individus ou groupes, forces relatives, hiérarchies), son contexte d'étude (Famille, Organisations, Jeux expérimentaux, Pays, etc.), sa situation (établies, épisodiques, terminales) et les coalitions possibles (conservatrices, révolutionnaires, illégitimes).

Caplow définit la Triade\* comme un « système social comprenant trois éléments, liés entre eux par une relation durable », précisant « qu'un système social est un système dont les éléments sont des individus ou des groupes d'individus (les acteurs) et dont les relations sont régies par des phénomènes d'interactions sociales. » (Caplow, 1984, p. 17). C'est précisément la spécificité du contexte français des SK liant P, M et K qui rend pertinent l'usage du modèle de la Triade\* pour questionner la diversité des situations d'interactions malgré le statut social. Caplow étudie les triades en considérant que les éléments qui la composent, en interagissant entre eux, peuvent s'influencer directement (ou non) et ainsi modifier leurs comportements. Il postule que « la force d'un acteur est le pouvoir qu'il a de modifier la conduite des autres acteurs avec lequel il est en interaction » et que « dans les observations sur les triades réelles, la représentation des forces est le reflet de l'influence relative de chacun des éléments. Dans l'étude des institutions, la répartition des forces attendues est fonction du statut formel des trois protagonistes » (Caplow, 1984, p. 21). Il utilise des diagrammes géométriques pour faciliter la compréhension. Par convention, il figure la Triade\* comme trois cercles représentant chaque élément (individus ou groupes) uni par des liens. Ces liens symbolisent leurs relations.



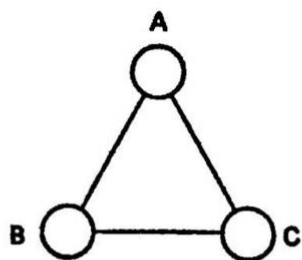


**Figure 6 : Schéma de la Triade (Caplow, 1984 p 19)**

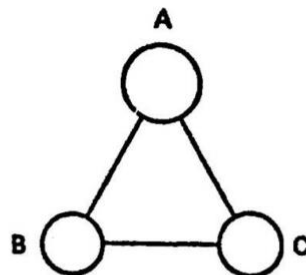
Notez qu'on retrouve quelques similarités entre le regard psychosocial (cf. chapitre 1.1) et la Triade\*, tout particulièrement sur la façon de représenter les faits au moyen de la géométrie et spécialement du triangle comme le montre la Figure 6.

Puis il introduit dans ses schémas la notion de force relative en présentant des cercles de rayons différents, le plus grand étant par convention le plus fort. Ce qui lui permet de déterminer huit types de triades (Figure 7). Ce qui est intéressant, car cela nous permet de penser différentes configurations possibles des liens entre les trois acteurs (relations horizontales, verticales et pyramidales). Dans notre présentation des différentes approches des soins (chapitre 3), ces hiérarchies étaient appliquées à des relations dyadiques. Grâce à la Triade\* et en prenant en compte un troisième acteur, nous introduisons une nouvelle voie de compréhension de la diversité des phénomènes.

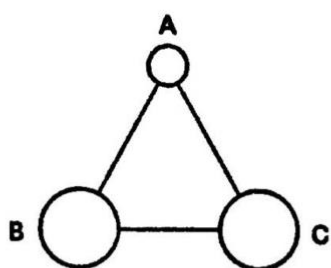
**Type 1**  
 $A=B=C$



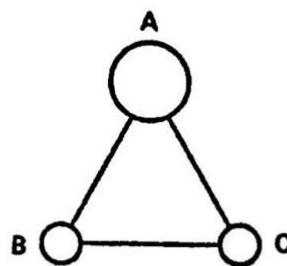
**Type 2**  
 $A > B$   
 $B = C$   
 $A < (B+C)$



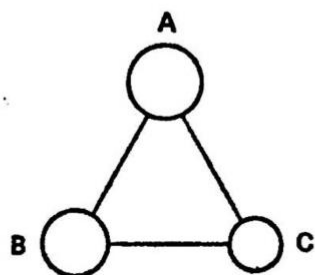
**Type 3**  
 $A < B$   
 $B = C$



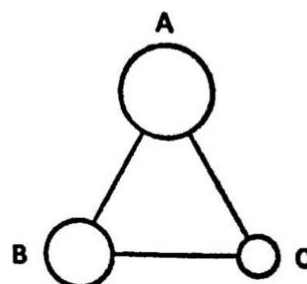
**Type 4**  
 $A > (B+C)$   
 $B = C$



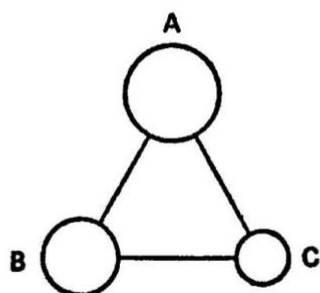
**Type 5**  
 $A > B > C$   
 $A < (B+C)$



**Type 6**  
 $A > B > C$   
 $A > (B+C)$



**Type 7**  
 $A > B > C$   
 $A = (B+C)$



**Type 8**  
 $A = (B+C)$   
 $B = C$

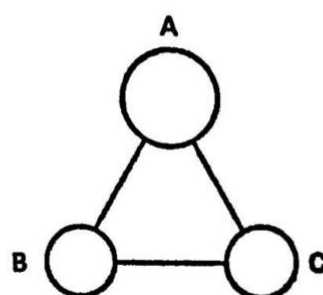


Figure 7 : Les huit formes de triades (Caplow, 1986, p16)

La force et sa répartition lui servent de préalable à des analyses plus poussées qu'il réalise dans différents contextes. Il envisage l'interaction avec la notion de coalition. Dans son livre « deux contre un » (Caplow, 1984), il présente des recherches effectuées en contextes divers : jeux expérimentaux, sur les organisations, la famille, les États ou encore la littérature. Concernant les « situations », Caplow les décrit selon une combinaison d'aspect temporel, de but et de taille des groupes. Selon lui, elles sont de trois types : établies (liens permanents dans un système social plus vaste), épisodiques (législature, exemple du vote au parlement), terminales (exemple de résolution de conflit entre pays).

Dans les triades organisationnelles<sup>1</sup>, il classe les huit types de triades d'après le nombre de niveaux hiérarchiques et selon les types de coalitions. « La caractéristique essentielle de la Triade\* est sa tendance à se diviser pour former des coalitions de deux éléments contre le troisième » (Caplow, 1984, p. 2) Ces dernières sont de trois sortes : « révolutionnaire » (qui domine l'élément supérieur d'une Triade\* organisationnelle), « conservatrice » (qui ne dérange pas l'ordre hiérarchique normal) ou « illégitime » (l'élément le plus fort sape l'autorité légitime). Caplow transcrit en équations la chaîne de forces qui règne dans la Triade\*. Il les présente dans le Tableau V :

| Type | Distribution des forces | Coalitions possibles |                 |            |
|------|-------------------------|----------------------|-----------------|------------|
|      |                         | Conservatrice        | Révolutionnaire | Illégitime |
| 1    | $A=B=C$                 | —                    | AB, BC, AC      | —          |
| 2    | $A>B, B=C, A<(B+C)$     | —                    | BC              | AB, AC     |
| 3    | $A=B, B>C$              | AB                   | AC, BC          | —          |
| 4    | $A>(B=C), B=C$          | BC                   | —               | AB, AC     |
| 5    | $A>B>C, A<(B+C)$        | AB                   | BC              | AC         |
| 6    | $A>B>C, A>(B+C)$        | AB, BC               | —               | AC         |
| 7    | $A>B>C, A=(B+C)$        | AB                   | —               | BC, AC     |

|   |                  |   |   |            |
|---|------------------|---|---|------------|
| 8 | $A = (B+C), B=C$ | — | — | AB, BC, AC |
|---|------------------|---|---|------------|

**Tableau V : Coalitions conservatrices, révolutionnaires et illégitimes dans les triades organisationnelles (Caplow, T. 1984, p73)**

Selon Ferréol (2010), cette modélisation mathématique fait du travail de Caplow une application de la théorie des jeux. En effet, ce courant théorique issu des mathématiques a pour ambition de prédire et anticiper les comportements lors de situations de jeux (Rougetet, 2014). Il s'est disséminé, comme nous venons de le voir, en sociologie mais également dans d'autres disciplines et pour ce qui nous concerne, également en psychologie sociale. Dans son livre de 1987, Abric propose d'étudier les représentations sociales dans les situations de jeux expérimentaux (Abric, 1987; Dany, 2019). Outre l'intérêt de créer des situations expérimentales contrôlées, Abric a pour finalité de prouver l'importance des dimensions symboliques dans les interactions de jeux, parce que les joueurs participent à la situation de façon active par un processus d'appropriation-reconstruction interne de l'objet (jeux, joueur, situation de jeux, etc.). « Cette activité de reconstruction et son résultat correspondent à ce que Moscovici appelle une « représentation sociale » » (Abric, 1987, p. 12) . À la lumière de ces précisions épistémologiques à un niveau interdisciplinaire, l'articulation théorique transparait et nous permet de la replacer dans notre contexte spécifique dans le prochain chapitre.

### **8.3 Analyse de notre situation de soin au regard du modèle théorique de la Triade**

Pour mémoire, le recours aux soins de kinésithérapie met en jeu trois protagonistes. Le patient (P) qui va recevoir les soins de kinésithérapie. Le médecin (M) qui juge que P nécessite des soins kinés et les lui prescrit, le masseur-kinésithérapeute (K) qui va réaliser les soins de kinésithérapie auprès de P.

Ces acteurs entretiennent entre eux, au minimum une relation à distance. C'est d'ailleurs le cas le plus fréquent. Ils sont unis dans le système de santé français par la prescription. Nous sommes donc en présence de la Triade\* Patient-Médecin-Kinésithérapeute ou Triade\* P-M-K. Chaque

membre peut appartenir à différentes triades selon la situation ou le moment. Par exemple, un même médecin peut appartenir à tel type de Triade\* avec ce patient A et cette MK\* C, et un autre type avec d'autres individus. Cette diversité de situation apparaît compréhensible avec le modèle de Caplow.

Comme le recommande Caplow, nous devons définir le contexte de cette Triade\*, sa situation, les forces en présence et la hiérarchie qui en découle, puis envisager les coalitions possibles. Pour l'OCDE « Traditionnellement, les systèmes de santé ont été décrits en termes rudimentaires basés principalement sur les modalités de financement » (Paris et al., 2010, p. 6). En psychologie sociale des organisations, une organisation est un système, car il y a interdépendance des éléments qui la composent (individus ou groupes) pour « produire un objectif officiellement commun : produire un bien ou un service. L'interdépendance fonde l'unité de l'organisation » (Petit & Dubois, 1979, p. 10). Nous considérons ici le système de santé comme une organisation dont l'objectif est de fournir des prestations de soins, de prévention ou de diagnostic. Il en découle que la Triade\* qui nous occupe est une Triade\* organisationnelle, car elle « est une Triade\* dont les éléments appartiennent à une organisation qui par son programme les forcent à entrer en interaction » (Caplow, 1984, p. 65). Ces éléments peuvent être soit des individus, soit des groupes (Caplow, 1984).

Nous sommes dans ce que Caplow nomme la situation établie, car les éléments de la Triade\* sont liés entre eux de façon permanente, à l'intérieur d'un système social plus vaste qui les contraint à agir les uns sur les autres (Caplow, 1984). Ce système social plus vaste est le système de santé.

Dans la Triade\*, la force relative des éléments est calculée selon le statut, mais il semble qu'en santé, le « savoir » est autant d'importance. Ce savoir est présent chez les trois groupes ; il y a le savoir professionnel, le savoir profane, et le savoir expérientiel (Flora, 2013; Haas, 2006; Jeoffrion et al., 2016; Jodelet, 2017). Chez les médecins et les kinés, on parle plutôt de savoir

théorique médical et empirique médical, ainsi que la connaissance que chaque professionnel a du patient dans sa globalité. Cependant, ces professionnels mobilisent parfois des savoirs profanes par exemple pour gérer les situations d'incertitude (Restivo et al., 2016). Le patient quant à lui a un savoir au sujet de sa maladie qui peut être fondé sur l'expérience sensible de sa maladie (Flora, 2013; Jodelet, 2006a, 2014, 2017) autant que sur des savoirs théoriques accessibles sur internet (Peneff, 2005).

Ajoutons que la hiérarchie dépend aussi de l'expertise des sujets, ainsi que de caractéristiques psychologiques personnelles. Il faut, pour déterminer la hiérarchie et donc le type de Triade\* en présence, prendre en compte de multiples facteurs : asymétrie des savoirs, asymétrie des statuts sociaux, expertise du professionnel, expertise du patient, etc. Le modèle de la Triade\* de Caplow, permet d'ajouter d'autres facteurs que celui du statut social qui dans le modèle sociodynamique (Doise, 1992) fige les rapports et ne semble pas répondre à la diversité des situations observées.

Concernant les modalités « d'union de deux acteurs de la Triade\* contre le troisième » (Caplow, 1984), elles dépendent de la hiérarchie ainsi que des circonstances qui amènent les acteurs à prendre parti.

Ce qui aboutit au cadre catégoriel a priori présenté dans le Tableau VI :

|                         | Catégories                  | Indicateurs  | Remarques   |
|-------------------------|-----------------------------|--|---|
| Éléments de la Triade*  | Individu                    |  |   |
|                         | Groupe                      |  |   |
| Force de la Triade*     | Force attendue              | Coefficient attribué dans les jeux expérimentaux<br>Position hiérarchique dans l'organisation  | La force « est le pouvoir qu'il a de modifier la conduite des autres acteurs avec lesquels il est en interaction » p178 |
|                         | Force en Triade* « réelle » | Statut social<br>Influence relative<br>Caractéristiques individuelles (caractère, état émotionnel, motivation personnelle)<br>Histoire de la Triade* (précédentes négociation et répartitions des forces)<br>Sentiment d'appartenance (identité)<br>Processus de coalition (peut transformer les forces en faiblesses et vice versa) |   |
| Propriétés des triades  | Effet catalyseur            | Renfort des coalitions (« La Triade* existe même en l'absence d'un élément, si ce dernier vient à être réellement présent, cela catalyse la relation entre les éléments précédemment en présence » p20)<br>Modification du statut organisationnel  |   |
|                         |                             |  |   |
| Situation de la Triade* | Situation établie           | Lien permanent des éléments  |   |
|                         | Situation épisodique        | Lien épisodique à l'occasion de coalition (e.g. coalitions parlementaires en politique)<br>« Chaque protagoniste cherche une position avantageuse » p23  |   |
|                         | Situations terminales       | Lien ponctuel par une coalition dans un but agressif ou défensif (e.g. relations entre pays à l'échelle mondiale)  |   |

|                  |                             |   |   |
|------------------|-----------------------------|---|---|
|                  |                             | Toute coalition redéfinit les forces relatives  |   |
| Forme de Triade* | Verticale                   | Chaque membre a une force différente (2 ; 3 ; 4 ; 8)<br>3 niveaux hiérarchiques                                       | Selon la situation ou le modèle, la force de l'acteur change ; dans le modèle fonctionnaliste, $M > MK^* > P$<br>Dans le modèle interactionniste $M = P = MK^*$   |
|                  | Pyramidale                  | Deux éléments ont une force égale (5 ; 6 ; 7)<br>Deux niveaux hiérarchiques   |   |
|                  | Horizontales                | Tous les éléments ont la même force (1)<br>Même niveau hiérarchique   |   |
| Coalitions       | Conservatrices              | « Coalition qui ne dérange pas l'ordre hiérarchique normal dans une Triade* organisationnelle » p66                   | Facteur limitants les coalitions : p73 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Norme ou règle de l'organisation</li> <li>- Normes sociales</li> <li>- Schisme hiérarchique interdit la fraternisation entre partenaires de niveau supérieur et ceux de niveau inférieur.</li> </ul> S'apparente à la distance sociale<br>La solidarité entre pairs (intragroupe) versus les autres (intergroupe) |
|                  | Révolutionnaires            | « Coalition gagnante qui domine l'élément supérieur d'une organisation » p66  |   |
|                  | Illégitimes                 | L'élément le plus fort sape l'autorité de l'élément à force intermédiaire   |   |
|                  | Coalition gagnante          | « Celle qui domine son adversaire » p178  |   |
|                  | Coalition gagnante à minima | « Celle qui domine l'adversaire avec la plus faible marge par rapport aux autres coalitions gagnantes possible » p179 |   |



|           |  |   |  |
|-----------|--|---|--|
| Programme | Programme officiel de l'organisation       | « Est un plan d'activités, visant un but précis et imposé aux membres par l'organisation » p179<br>Recherche de réduction des coûts pour l'organisation   |  |
|           | Programme privé de l'élément de la Triade* | « Sont les plans d'activité, visant un but précis, dans l'intérêt personnel de chacun des membres » p179<br>« Besoins inconscients » personnels p67<br>« Vestiges d'émotions éprouvées dans le passé »<br>Appartenances à d'autres organisations<br>Recherche de la rémunération maximale<br>Buts privés<br>Défenses des privilèges ou des droits |  |

Tableau VI : Cadre catégoriel de la Triade

## 9 Synthèse des apports théoriques des RS et de la Triade

L'association de l'apport théorique de la Triade\* et des représentations sociales nous permet de proposer une schématisation du phénomène que nous souhaitons investiguer (Figure 8). Elle reprend l'idée de la pyramide décrite au chapitre 8.2 et propose de placer le regard à chaque angle de la base de la pyramide, c'est-à-dire d'adopter le point de vue de chaque acteur de la Triade\*. Cette modélisation permet d'appréhender du point de vue considéré, plusieurs aspects : premièrement, la représentation que le groupe observé se fait de l'objet de représentation, secondairement la représentation projetée (Marie et al., 2010) qu'a (selon lui) les autres groupes avec l'objet ; enfin, la représentation qu'il a des relations ( avec les groupes et celle des groupes entre eux). A partir de la figure 8, si nous nous plaçons du point de vue de M, nous pouvons accéder à ce que M se représente des SK (a), à la représentation qu'il se fait des représentations de MK\* et P des SK (représentations projetées : b et c) ; nous accédons

également aux relations qu'il a avec MK\* (d) et P (e), ainsi qu'à la représentation qu'il se fait de la relation entre MK\* et P (f).

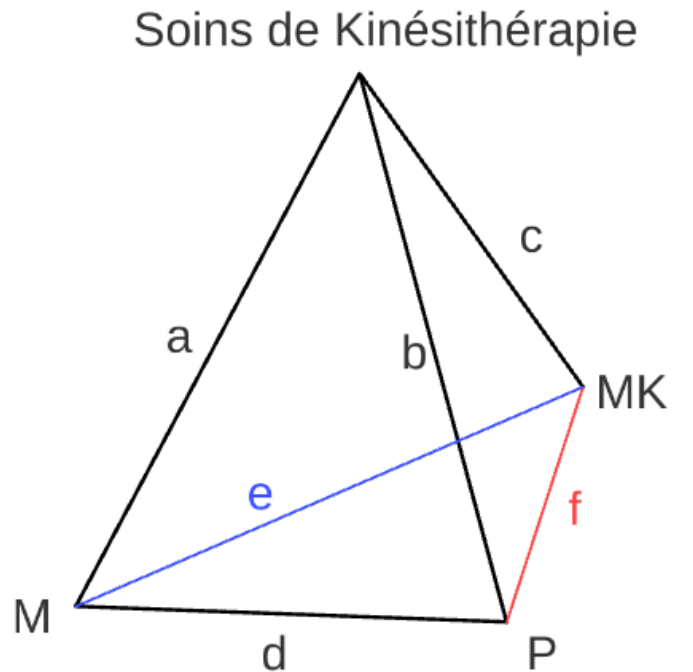


Figure 8 : Modélisation pyramidale de la Triade P-M-MK appliquée au SK

Toutes ces dimensions seront investiguées dans les différentes méthodologies.

La formule proposée dans le chapitre 1.2 peut être adaptée à notre situation de la façon suivante :

$$(RS)^{SK} = \sum_{fonctionnelle}^P (RI)SK + \sum_{fonctionnelle}^{MK} (RI)SK + \sum_{fonctionnelle}^M (RI)SK$$

L'ajout du modèle additif permet, selon nous, de compléter l'approche mathématiques, géométrique offertes par la triade et ainsi mettre en évidence pour un public non spécialiste que nous réalisons des additions de représentation individuelles (Lalhou, 2021) pour chaque groupe.

## **PARTIE 2 : Problématique générale**

### **1 Question de recherche**

Dans cette partie, nous présentons la problématique générale, puis nous développons les hypothèses de recherche et les outils et méthodes permettant leur investigation.

Depuis 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de préférer les thérapeutiques non médicamenteuses (Picoche & Rolland, 2008) pour « Sortir d'une prise en charge essentiellement centrée sur le médicament et de l'influence symbolique qu'il exerce constitue un enjeu de santé publique » (HAS, 2011a).

Les soins de kinésithérapie sont considérés comme des thérapeutiques non médicamenteuses qui reposent sur l'intervention d'un professionnel spécialisé prescrit (HAS, 2014). « Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale » (Code de la santé publique, Article L4321-1). Cet accès indirect (prescription ou a minima adressage) implique de facto la Triade\* Médecin, Patient, Kinésithérapeute (M, P, MK\*).

La compréhension des différents aspects de la santé, de la maladie et de la médecine repose sur des approches en silo centrées sur les pathologies, les professions ou encore les relations interindividuelles (relations soignant-soigné et soignant-soignant). Or, ces relations sont aussi des relations sociales (asymétrie des statuts, multiples acteurs) (Adam & Herzlich, 2014; Apostolidis & Dany, 2012; Carricaburu & Ménoret, 2004; Cosnier, 1993; Dany, Rousset, Salas, Duffaud, & Favre, 2009; Fainzang, 2001, 2006; Pennec, Douguet, & Le Borgne-Uguen, 2014). Toutefois, des études réalisées auprès de libéraux soulignent une hétérogénéité de pratique des kinésithérapeutes dans un « cadre autonome de fait » où « le processus de « formation du jugement (du médecin) repose sur les patients » (Bonnal et al., 2009, p. 9). D'autres pointent le

manque de relations interprofessionnelles et le manque d'expertise des prescripteurs (Dellandrea, 2013).

Ainsi, les soins de kinésithérapie se négocient dans la relation entre kinésithérapeutes, médecins et patients, sous une multitude de formes et de pratiques (Bonnal et al., 2009). Ce constat souligne l'intérêt de développer des enquêtes auprès des trois groupes pour connaître leurs représentations, leurs pratiques des soins de kinésithérapie et ipso facto leurs perceptions relatives des autres membres de la Triade\* (Bouchayer, 2010). Pour ce faire, nous réalisons une étude pluriméthodologique à partir d'entretiens ouverts, de questionnaires et d'analyse de trace (littérature académique et professionnelle) ; chacune de ces méthodologies permet d'apporter des éléments de compréhension sur les pratiques, sur les représentations, sur les formes de triades et leurs perceptions relatives.

Avant d'entrer dans le vif du sujet en annonçant précisément les questions de recherche, nous dressons la liste de différents éléments qui devront préalablement être déterminés :

- Quelles sont les représentations sociales des soins de kinésithérapie de chaque acteur de la Triade\* ?

- Quelles sont les représentations projetées entre les acteurs ?

- Quels sont les points communs et différences entre les représentations sociales ?

- Quels sont les éléments qui modulent les représentations sociales, les caractéristiques des populations, l'expérience, etc. ?

- Quels sont les rapports symboliques et identitaires présents dans les différents groupes sociaux et les relations intergroupes (formes des triades) ?

- Quelle est l'influence des situations de soins (pathologies traitées, spécialisation, autonomie) sur leurs pratiques (qualité, freins, attentes) ?

- Quels sont les enjeux psychosociaux des soins de kinésithérapies ?

Notre première question de problème est prospective. **Retrouve-t-on, dans la réalité des SK, les trois modalités de triades (verticale, horizontale et pyramidale) théorisées dans le chapitre 9 ?**

Deuxièmement, selon le cadre théorique, la Triade\* est en lien avec les RS, ce qui légitime notre volonté de comprendre les liens entre les formes de triades et les représentations sociales des SK.

## **2 Hypothèses de recherches et méthodologies idoines**

### **2.1 Axe 1 : Hypothèse 1 : les RS des trois acteurs sont différentes et contiennent certaines catégories a priori ainsi que de nouveaux éléments**

La validation de cette hypothèse nécessite la mise en œuvre d'outils méthodologiques dont certains sont spécifiques à l'étude des représentations sociales dans l'approche structurale. Ils permettent de recueillir les éléments du contenu et d'appréhender la structure des représentations sociales des trois groupes.

Pour cette hypothèse, nous utilisons différents outils : des entretiens, des traces (littéraires et académiques), des questionnaires (évocations hiérarchisées et question de caractérisation).

Ces procédures sont appliquées dans un premier temps à chaque groupe, puis dans un second temps nous réalisons une comparaison pour mettre en évidence les points communs et les divergences. Nous réalisons des analyses thématiques \*, lexicométrique \*, et prototypique\*.

### **2.2 Axe 1 : Hypothèse 2 : Les représentations sociales réciproques supposées sont différentes des représentations sociales réellement mesurées**

Pour cette hypothèse, nous utilisons des évocations hiérarchisées en contexte de substitution intergroupe.

Nous procédons à une thématique\* puis à une analyse prototypique\*.

### **2.3 Axe 2 : Hypothèse 3 : on rencontre les trois formes de triades**

Pour confirmer cette hypothèse, nous réalisons des entretiens exploratoires non directifs.

Nous mettons en œuvre une analyse catégorielle avec détermination des variables indépendantes potentiellement associées.

### **2.4 Axe 2 : Hypothèse 4 : Certaines formes de triades sont liées à des éléments du noyau**

Cette hypothèse est imbriquée avec la précédente. En effet, l'hypothèse 3 permet d'élaborer une suite de questions en lien avec les variables indépendantes associées aux formes de triades.

Nous réalisons des statistiques descriptives, des statistiques inférentielles\* entre les variables indépendantes et des AFC\*.

## PARTIE 3 : Méthodologie du projet

### 1 Recherche aux méthodologies interdisciplinaires

Les différentes étapes de la thèse se sont déroulées selon une démarche méthodologique en deux temps. Un premier temps préparatoire a permis de construire l'outil de la deuxième étape (cf. Figure 9).

La phase exploratoire est composée d'une revue de littérature, d'un recueil de traces et de définitions, et d'entretiens non directifs. La seconde phase correspond à un questionnaire de recherche.

Ce projet associe des méthodes de recueils et d'analyses mixtes : qualitatives et quantitatives.

La logique théorique est également mixte (inductive et déductive).

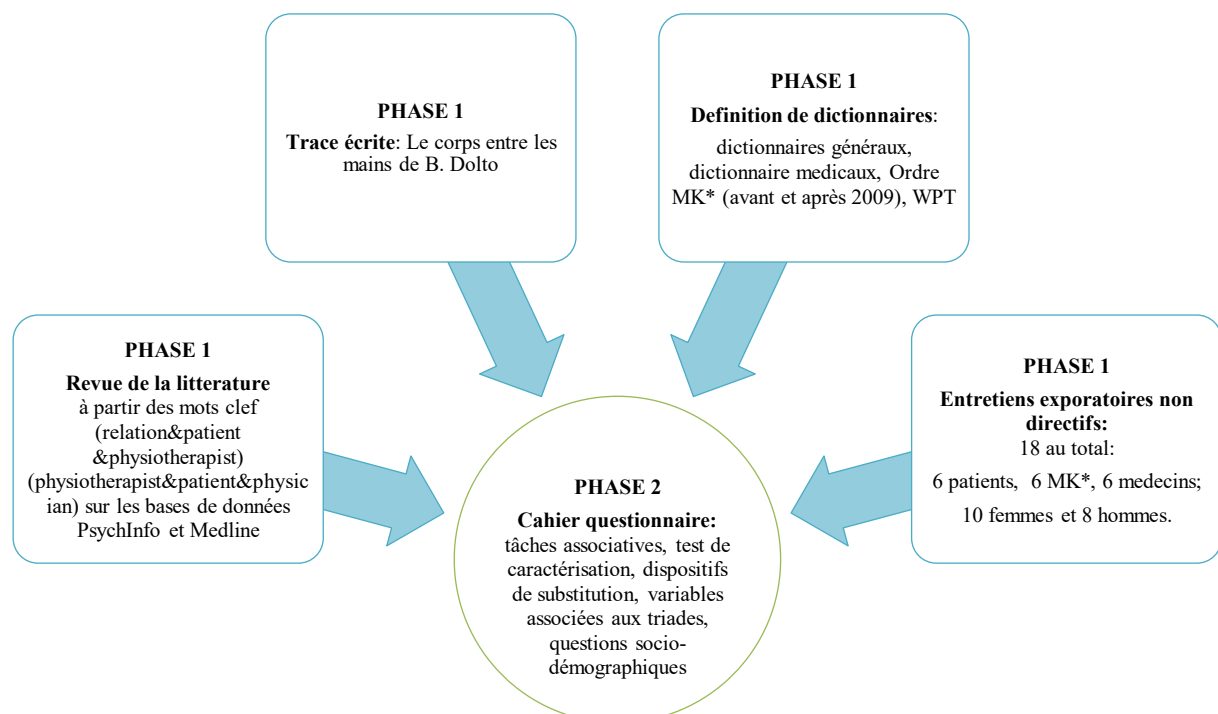


Figure 9 : Organisation des phases de cette recherche

Chacune des phases comprend des étapes de recueil puis de traitement, de comparaison et d'analyse. Les hypothèses de recherche sont construites au début du processus de façon provisoire puis sont affinées et développées au cours de la première phase. De façon synthétique, la première étape a permis d'aborder les hypothèses 1 et 3 alors que la seconde étape a davantage répondu aux hypothèses 2 et 4.

## **2 Procédures de recueil de données**

### **2.1 Dictionnaires**

Nous avons constitué un corpus\* à partir de définition du terme « kinésithérapie ». Une partie des définitions avaient été étudiées lors du master. Les autres ont été recueillies en ligne sur des sites proposant des dictionnaires francophones. Chaque définition a été copiée dans un fichier commun et indexée en vue d'une analyse par le logiciel IRaMuteQ. Nous avons défini des variables :

- Le nom de la source de production
- L'année de production du document
- La population source : médecin, MK\*, juridique, grand public
- Le public cible : médecin, MK\*, grand public

### **2.2 Traces écrites**

Nous avons retranscrit intégralement le livre « Le corps entre les mains » de Boris Dolto. L'exemplaire analysé est issu de la bibliothèque personnelle de l'auteur principal de l'étude. Pour cette retranscription nous avons utilisé une première méthode par numérisation associée à une reconnaissance de caractères. Les passages non reconnus sont dictés. Le texte retranscrit correspond au titre des chapitres, à la préface, à l'avant-propos, aux légendes de schéma et au



texte de l'auteur principal. Ce corpus\* est produit par quatre auteurs différents. Nous avons codé trois variables :

- Le genre de l'auteur : Homme et Femme
- Le groupe de l'auteur: MK\*, pédiatre psychanalyste, médecin
- La partie du document : introduction, préface, avant-propos, corps du texte, mise en perspective, quatrième de couverture.

### **2.3 Littérature académique**

La sélection des articles s'est réalisée par les étapes successives présentées à la Figure 10. Une revue bibliographique systématique visant à sélectionner les articles qui portent sur la relation entre les patients, les kinésithérapeutes et les médecins.

Nous avons dans un premier temps cherché à définir des mots-clefs pertinents pour les moteurs de recherche booléenne. Nous avons donc, pour cibler la relation patient-médecin-kinésithérapeute, utilisé les mots « physiotherapist AND relations AND patient » et « physiotherapist AND physician AND patient ». Nous avons retenu les articles en langue anglaise ou française publiés à partir de 1995 jusqu'à 2014. Nous avons ajouté des critères de restriction concernant les Humains et les catégories d'âges « All adult : +19 years » pour Medline. Les critères de restriction de PsycINFO concernaient les groupes d'âges « adulthood (18 years & older) » et le groupe de population « Human ».

La sélection des articles s'est parachevée par les trois étapes successives de lecture des titres, de lecture des résumés et de lecture des contenus. Les articles présents dans les deux bases de données ne sont comptés qu'une fois.

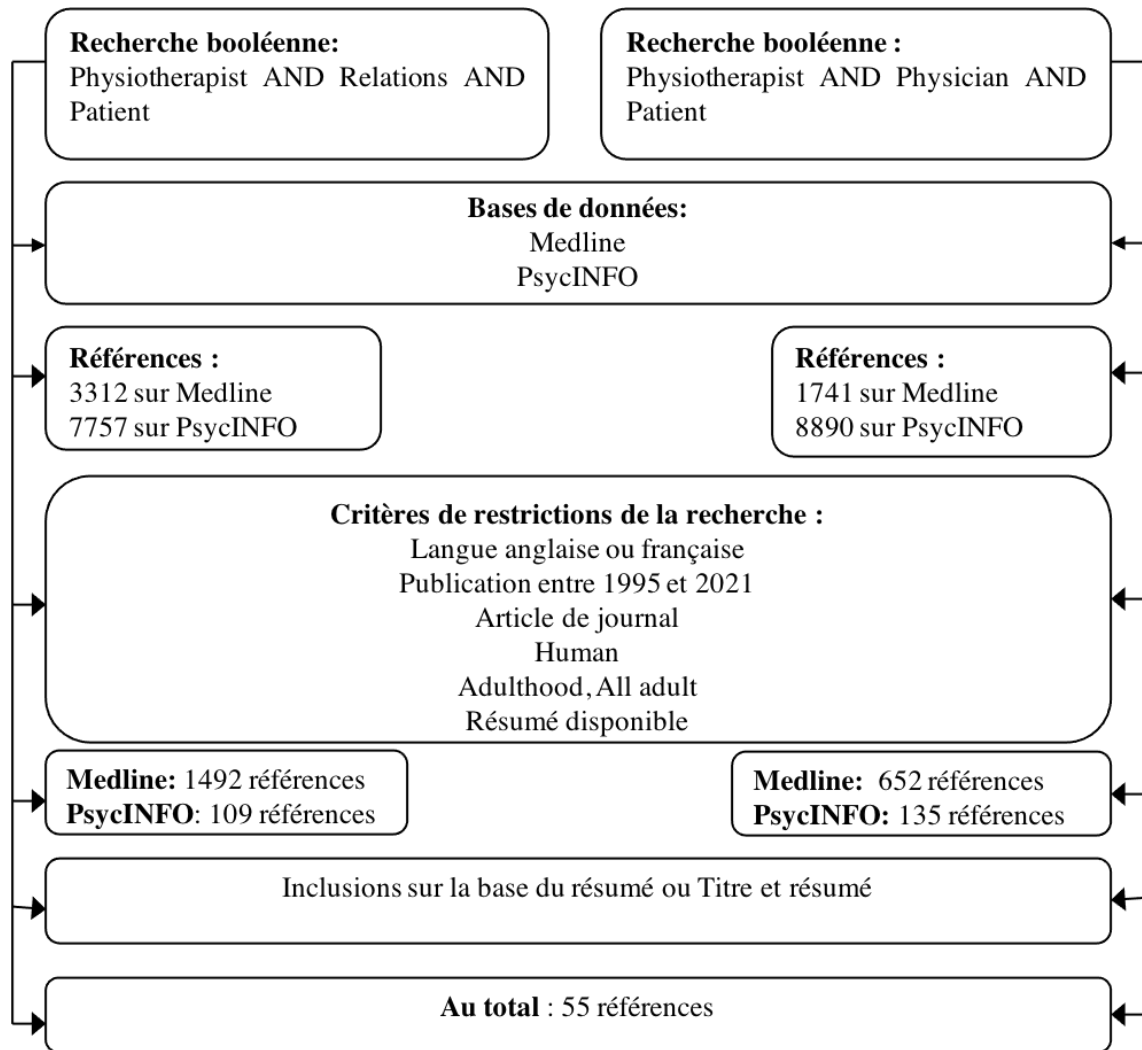


Figure 10 : Stratégie de sélection d'articles

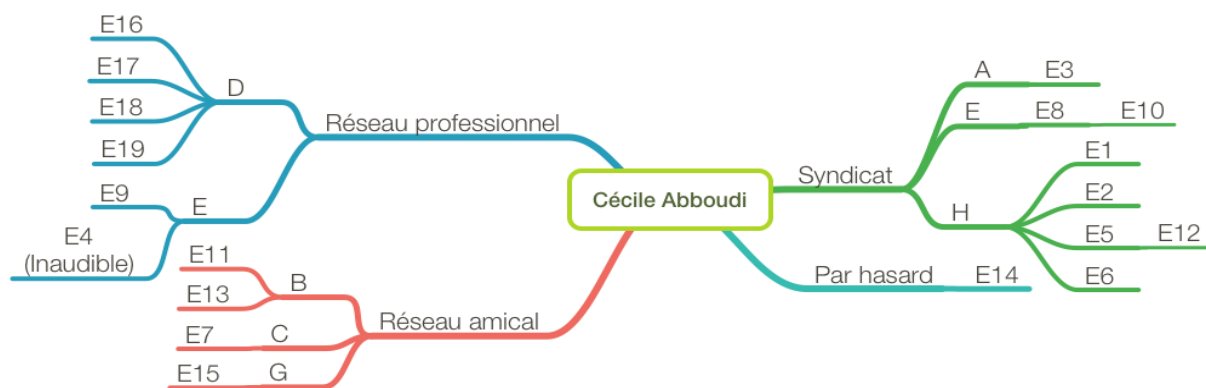
Chaque article a été lu intégralement pour en extraire des éléments descriptifs généraux tels que le nom de l'auteur principal et l'année de publication.

Concernant les populations d'étude, nous avons noté les statuts (patients, physiotherapist, physician, professionnel), le sexe (men, women); les méthodologies utilisées et les principaux résultats ont été recensés. Enfin, nous avons procédé à une analyse des thèmes généraux ainsi qu'une analyse par classification hiérarchique descendante selon la méthode Reynert au moyen du logiciel d'analyse textuel IRaMuteQ.

## 2.4 Entretiens

Nous avons procédé à une campagne d'entretiens exploratoires pour laquelle nous avons réalisé des entretiens non-directifs qui avaient pour but de faire un inventaire des éléments de la représentation sociale de la kinésithérapie : les connaissances, les croyances, les usages, les opinions ou les savoirs associés. Parallèlement, cette étape permettait de problématiser les objectifs de la recherche et de préciser les étapes ultérieures du protocole.

Le recrutement de sujets s'est fait au moyen de réseau personnel, syndical et par l'effet « boule de neige » (Figure 11). Nous nous sommes assurées que le chercheur réalisant l'interview leur était inconnu, ils ne devaient pas savoir non plus que l'intervieweur était kinésithérapeute en plus d'être chercheur ; et ce afin d'éviter un biais de positivité.



**Figure 11 : Méthodologie de recrutement des sujets interviewés**

Nous avons procédé à un échantillonnage qualitatif des populations permettant d'accéder à une diversité de situations. Ainsi nous avons des effectifs équilibrés entre hommes et femmes, entre secteurs d'activités salariées ou libérales, et pour des pathologies variées (Figure 12).

Chaque interview s'est réalisée avec le consentement éclairé du sujet, en respectant son anonymat. Tous les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits.

Lors des premiers entretiens, nous avons convenu de poser la question inaugurale suivante : « que pensez-vous du recours à la Masso kinésithérapie ? », mais cette question semblait incomprise par les sujets qui demandaient en retour des précisions. Nous avons donc changé la formulation de la question inaugurale en « qu'est-ce que c'est, pour vous, la kinésithérapie ? ».

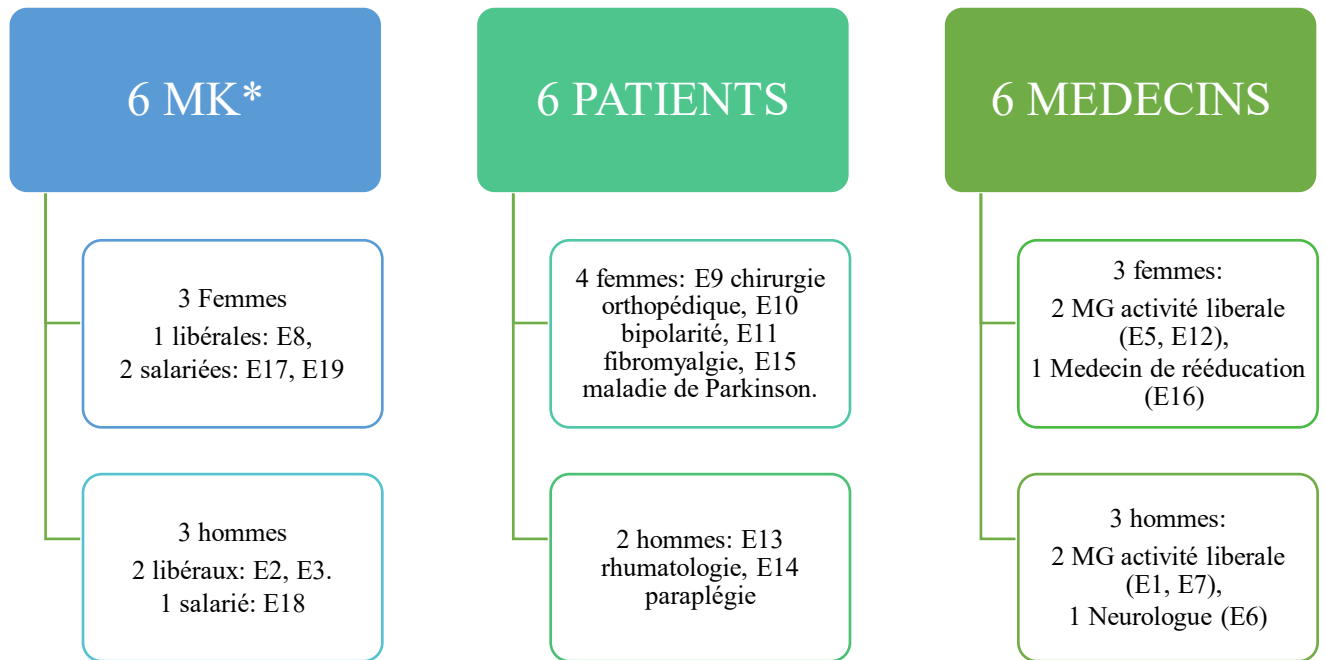


Figure 12 : Population recrutée pour les entretiens

## 2.5 Questionnaire

Le recueil de données par questionnaire est l'étape finale du protocole de recueil. Dans ce chapitre, nous décrivons les modes de passations.

### 2.5.1 Passation

Nous avons créé 2 formats de questionnaire : un format papier et un format informatisé. Les populations ciblées sont les trois acteurs de la Triade\* : les kinésithérapeutes, les patients et les médecins. Ce sont des adultes, hommes ou femmes, ayant ou non une expérience des soins de kinésithérapie (qui correspondent au groupe Patient).

Le protocole de recueil a fait l'objet d'une déclaration CNIL (n°2018-CIL-06).

Enfin, nous recueillons pour chaque participant, son consentement éclairé à la suite d'une notice d'information qui précise les objectifs de l'étude. La notice est adaptée à la population et aux modalités de passation du questionnaire.

- **Questionnaire papier**

Le recrutement au format papier a permis de cibler la population des médecins spécialistes qui ont été contactés aléatoirement par téléphone. Certains répondants ont été recrutés par effet boule de neige. Nous avons créé six versions de questionnaires papier, soit deux versions par population du fait des questions de substitutions.

- **Questionnaire en ligne**

Le lien questionnaire est diffusé sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, LinkedIn) ou des blogs via le lien internet suivant : <https://rs-sk.limequery.com/179252?lang=fr>

Il a également été diffusé par différents organismes :

- L'URPS\* kinés d'Occitanie (8000 courriels)
- La direction de l'IFMKN\* à tous les anciens étudiants (600 courriels)
- sur le site de 66 millions d'impatisiens en lien avec France Assos santé : <http://www.66millionsdimpatisiens.org/enquete-aupres-des-usagers-sur-les-soins-de-kinesitherapie/>

La base de données des sites contactés est consultable en Annexe 6.

### **2.5.2 Objectif de l'outil**

Cette étape a plusieurs ambitions : la première est de déterminer la représentation sociale des soins de kinésithérapie pour chaque groupe d'acteurs ; la seconde est de comparer la RS des acteurs ; enfin, de déterminer les autres éléments la faisant varier.

Des objectifs connexes issus des résultats de l'enquête exploratoire sont de chercher des liens éventuels des représentations avec les pathologies traitées par kinésithérapie. Les autres variables étudiées sont : les situations de soin (libéral ou institution, cabinet seul ou en groupe), l'arrêt des soins et la pratique de médecines non conventionnelles.

### **2.5.3 Plan des questionnaires en ligne**

Le questionnaire est composé de cinq parties et 120 questions (cf.

Annexe 7). La première correspond à la présentation de la recherche et au recueil du consentement. Les parties 2 à 4 interrogent la représentation sociale des sujets à propos des soins de kinésithérapie. La partie 5 contient des questions sociodémographiques et des questions permettant d'étudier des variables de pratiques telles que l'expérience de soin, la pratique de prescription ou les expériences d'interruption de soin. Ces variables sont décrites en Annexe 8. L'ordre des questions, sa programmation différera selon la population.

Les deux questionnaires diffèrent au niveau de la structure des premières questions. Nous avons choisi de distribuer et recueillir les questionnaires de manière automatisée par Internet au moyen du logiciel Lime Survey. Une administration de questionnaire papier a été réalisée. Son objectif est de toucher les personnes non familières des outils numériques.

#### **2.5.4 Partie étude des RS**

- **Repérage du contenu et de la structure des RS**

Nous allons, dans ce chapitre détailler la procédure qui a permis l'élaboration de ce questionnaire. Puis nous procéderons à l'analyse des résultats, pour finir nous les discuterons.

- Contenu et hypothèse de structure : évocations hiérarchisées

L'approche structurale des représentations sociales propose des outils de recueil du contenu explicite de la représentation et de son organisation parmi lesquels figure la technique des évocations hiérarchisées.

Cette méthode consiste en deux étapes successives (Figure 13), réalisées par le sujet interrogé (Abric, 2003a; Moliner & Lo Monaco, 2017; Vergès, 2001).

En premier lieu, il est proposé un mot ou groupe de mots pour lequel on demande au répondant de produire tous les mots ou expressions qui lui viennent à l'esprit de manière spontanée.

D'après les résultats des études exploratoires menées sur l'objet « soins de kinésithérapie », nous

proposons la consigne suivante : « *Quand je vous dis « soins de kinésithérapie » ... quels sont les 5 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ?* »

Dans un second temps le répondant est invité à proposer un classement de ces termes en fonction de l'importance qu'il accorde à chacun. La consigne est : « *Maintenant nous vous demandons de relire ces cinq mots, puis de les classer dans l'ordre d'importance que vous leur accordez pour penser les « soins de kinésithérapie ». Entourez le chiffre 1 si ce mot est très important pour vous et 5 si ce mot est moins important pour vous* ».

## Quand je vous dis "soins de kinésithérapie"...

Quels sont les 5 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit?

Mot A

Mot B

Mot C

Mot D

Mot E

🔔 Inscrivez-les dans les cases suivantes

Maintenant nous vous demandons de relire ces cinq mots, puis de les classer dans l'ordre d'importance que vous leur accordez pour penser les « soins de kinésithérapie ».

|  | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

🔔 Cochez le chiffre 1 si ce mot est très important pour vous et 5 si ce mot est moins important pour vous.

**Figure 13 : Évocation hiérarchisée dans le questionnaire en ligne**

Pour chaque population donnée, on dispose d'un corpus\* de mots ou expressions (items) produit par les sujets, qui correspondent au contenu de la représentation. Pour chaque item produit, on note sa fréquence d'apparition et le score de l'importance accordée par les sujets.

Grâce à ces données, il est réalisé un tableau à quatre entrées (Figure 14) en fonction de l'importance et de la fréquence attribuée à chaque thème (Abric, 2003, p. 64).

|                  |        | <i>IMPORTANCE</i>             |                                      |
|------------------|--------|-------------------------------|--------------------------------------|
|                  |        | GRANDE                        | FAIBLE                               |
| <i>FRÉQUENCE</i> | FORTE  | Case 1<br>ZONE DU NOYAU       | Case 2<br>1 <sup>re</sup> périphérie |
|                  | FAIBLE | Case 3<br>ÉLÉMENTS CONTRASTES | Case 4<br>2 <sup>e</sup> périphérie  |

Figure 14 : Analyse des évocations hiérarchisées (Abric, 2003, p 64)

La case 1 contient des éléments significatifs de la représentation ainsi que le noyau.

La case 2 contient les éléments de la première périphérie.

La case 3, contient des éléments très importants, mais peu cités, c'est la zone des éléments contrastés.

La case 4, est constituée d'éléments peu importants et de fréquence faible ; c'est la deuxième périphérie.

- Repérage des éléments contrastés : substitution intergroupe

La case 3 est appelée « zone muette » par Abric (2003, p. 75). Elle concerne principalement des éléments qui sont « masqués » ou « affichés » par le sujet, car ils marquent un écart par rapport à la norme de son groupe d'appartenances (Flament & Milland, 2010). Lorsque le groupe social prescrit un comportement ou une pensée, la pression normative amène les sujets à l'énoncer davantage en contexte normal plutôt qu'en contexte de substitution. Les mots associés sont plus souvent positifs. Mais un groupe social peut aussi proscrire une pensée ou un comportement ; ces éléments seront plus évoqués en contexte de substitution. Ils sont plus souvent connotés



négativement. Pour Flament et Milland, « on peut donc parler de phénomène de « masquage/affichage » » (2010, p. 197).

La méthode proposée permet de « réduire la pression normative » afin de permettre au répondant d'exprimer les éléments contrastés en réduisant les risques de jugement négatif de la part de son interlocuteur (Abric, 2003; Flament & Milland, 2010; Marie et al., 2010; Salas et al., 2008).

En outre comme nous appliquons cette méthode aux trois groupes de la Triade\* dont nous cherchons la représentation d'un objet qui leur est commun, cette question permettra aussi de mettre en évidence la façon dont les autres groupes sont perçus par celui qui est interrogé.

Cette méthode consiste à proposer au sujet la même question que l'évocation hiérarchisée qu'il vient de produire, en l'invitant à s'exprimer au nom d'un groupe en général. Puis de procéder à la hiérarchisation au nom du groupe convoqué.

Dans notre questionnaire, nous avons proposé trois groupes de substitutions : « les patients en général », « les médecins en général » et « les kinésithérapeutes en général ».

La consigne est toujours formulée de la même manière (Figure 15). Par exemple, dans la condition de substitution « médecins en général » : « Nous vous demandons de vous mettre à la place des médecins en général... quels sont les 5 mots ou expressions que les médecins en général donneraient, selon vous, quand on leur dit « soins de kinésithérapie » ? ».

Puis vient la seconde consigne : « Maintenant nous vous demandons de relire ces 5 mots, puis de les classer dans l'ordre d'importance, que selon vous les médecins en général leurs accordent pour penser les « soins de kinésithérapie ». Entourez le chiffre 1 si ce mot est très important pour eux selon vous et 5 si ce mot est moins important pour eux selon vous ».

Nous vous demandons de vous mettre à la place des "*patients en général*" ...

Quels sont les 5 mots ou expressions que les *patients* en général donneraient, selon vous, quand on leur dit "soins de kinésithérapie"?

Mot A

Mot B

Mot C

Mot D

Mot E

Inscrivez-les dans les cases suivantes

Maintenant nous vous demandons de relire ces cinq mots, puis de les classer dans l'ordre d'importance que selon vous les *patients* en général leur accordent pour penser les « soins de kinésithérapie ».

|  | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Cochez le chiffre 1 si ce mot est très important pour eux selon vous et 5 si ce mot est moins important pour eux selon vous

**Figure 15 : Technique de substitution Patient**

Nous avons donc six questionnaires différents, deux par groupes, car chaque groupe se voit proposer certaines questions de substitutions dans un ordre différent pour éviter d'induire un biais dû à l'ordre de présentation des questions (Figure 16). La première est systématiquement la question de substitution de l'endogroupe, puis viennent les questions de substitution des exogroupes. Le groupe concerné se voit proposé aléatoirement les deux questionnaires dont la trame est la suivante :

- selon vous, selon l'endogroupe en général, selon l'exogroupe A en général, selon l'exogroupe B en général.
- selon vous, selon l'endogroupe en général, selon l'exogroupe B en général, selon l'exogroupe A en général.

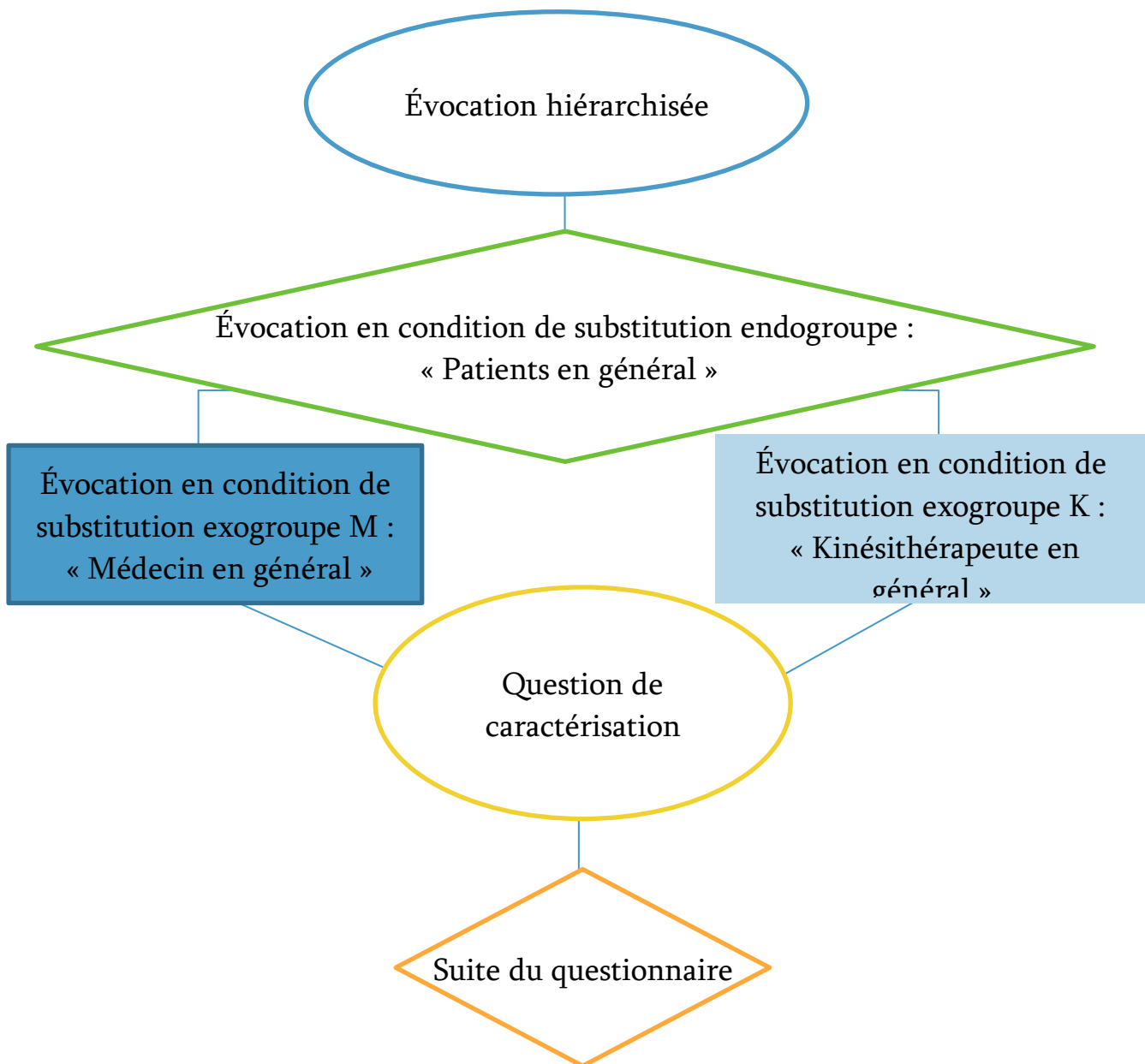


Figure 16 : Plan des questions proposées aux Patients avec les deux possibilités de substitutions

- **Hypothèse de centralité : question de caractérisation**

Un test de caractérisation présuppose, à la différence des associations hiérarchisées, qu'on a une certaine connaissance de l'objet, des hypothèses et des objectifs de recherche. Cette méthode permet de voir comment se distribuent les thèmes pour une population donnée, mais surtout de mettre en lumière les liens que les acteurs font entre les éléments de la représentation étudiée (Lo Monaco et al., 2016; Moliner & Lo Monaco, 2017). Elle permet de comparer

quantitativement l'importance relative de certains éléments de la RS dans des groupes différents. Elle consiste à « *demander au sujet de produire lui-même un travail cognitif d'analyse, de comparaison et de hiérarchisation* » (Abric, 2003). Elle « *réduit la part d'interprétation ou d'élaboration de la signification du chercheur* ». Son « *analyse est plus facile et plus pertinente* » que pour d'autres méthodologies.

À partir de l'analyse exploratoire, nous dégagons des catégories de discours, qui renvoient à la

|  |   |
|--|---|
| 1- contribuent au bien-être  | 2- sont des thérapeutiques « gadget »               |
| 3- peuvent aider à guérir  | 4- demandent des explications pour se laisser faire |
| 5- peuvent faire des miracles  | 6- agissent sur les douleurs                        |
| 7- créent un lien particulier entre patients et kiné                             | 8- il faut y croire pour que ça marche              |
| 9- il faut l'avoir expérimenté pour savoir ce que c'est                          | 10- redonnent de l'autonomie                        |
| 11- permettent de prévenir certaines pathologies ou complications de pathologies | 12- évitent de prendre des médicaments              |
| 13- travail sur et avec le corps   | 14- c'est des méthodes de brute                     |
| 15- si le patient est content c'est qu'il y a des résultats                      | 16- impliquent un rôle passif du patient            |
| 17- leurs prescriptions sont différentes de celle des médicaments                | 18- c'est des techniques mécaniques déshumanisées   |
| 19- c'est une façon de soigner   | 20- peuvent provoquer des désirs inavoués           |
| 21- sont fonctions de ce que demande le patient                                  | 22- prennent du temps sur la vie de tous les jours  |
| 23- reposent sur les compétences du kinésithérapeute                             | 24- permettent de maintenir un lien social          |
| 25- se font sur prescriptions médicales  |   |

Figure 17 : Texte de la question de caractérisation (questionnaire en ligne)

attendus ou inattendus sur la santé somatique, psychique, relationnelle, et/ou sociale. Ces thématiques permettent de dégager trente-cinq items, parmi lesquels nous retiendrons les vingt-cinq qui sont proposés dans le test (cf. Figure 17). Le choix de ces items repose sur l'analyse comparée des résultats des méthodes exploratoires par thématiques et par populations.

### 3 Méthodologies d'analyses

Comme nous l'avons annoncé dans la partie 3 chapitre 1, cette approche utilise plusieurs méthodologies issues de différentes disciplines (Linguistique, Statistiques, Psychosociologie, Sociologie). Pour faciliter la compréhension de l'organisation de cette étude, nous proposons un schéma général (cf. Figure 18).

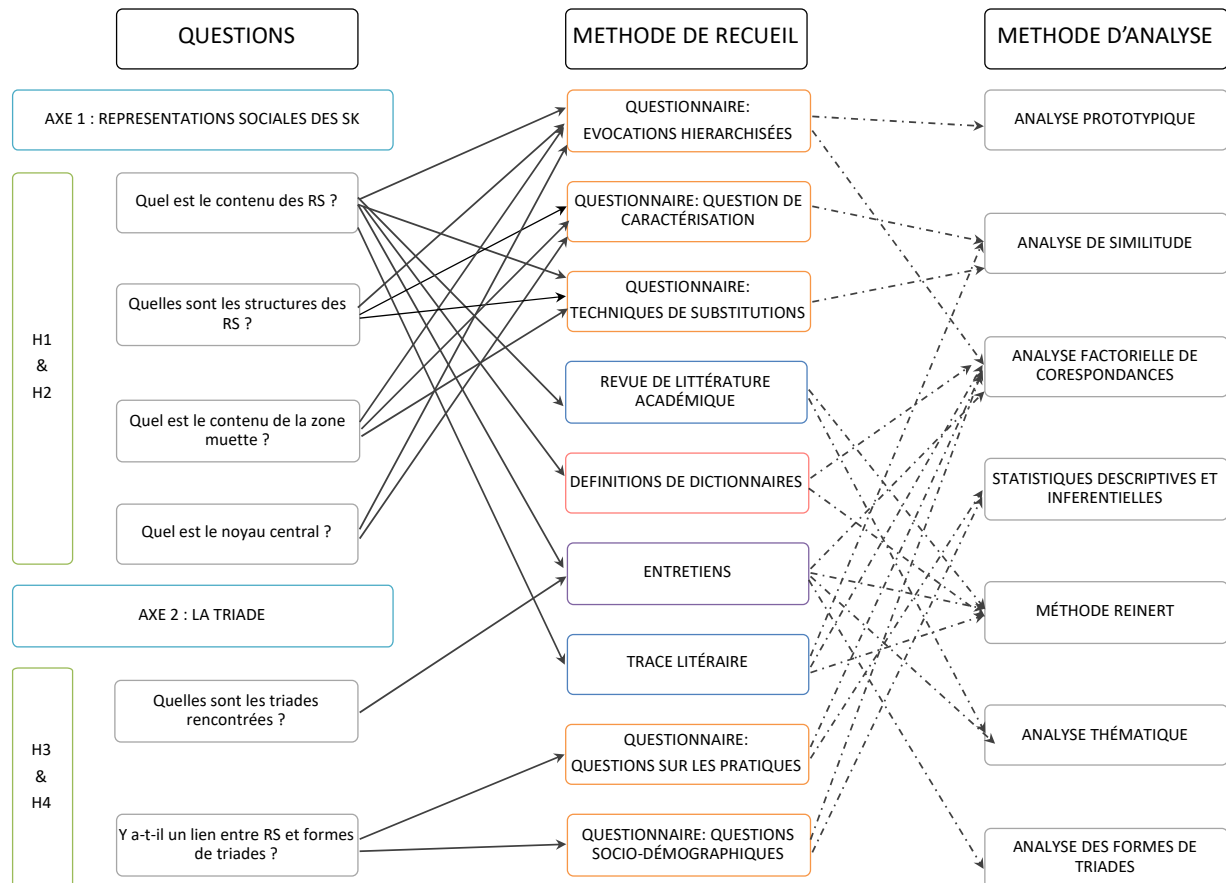


Figure 18 : Démarche méthodologique

Nous y mettons en évidence les liens entre hypothèses de recherche et l'ensemble des méthodes de recueil et d'analyse opérationnalisées. Par exemple pour répondre à la sous-question sur les zones muettes dans l'hypothèse 1, nous avons réalisé un recueil par des évocations hiérarchisées, des évocations hiérarchisées en contexte de substitution et une question de caractérisation; puis nous avons procédé à une analyse thématique\* du contenu des évocations auquel nous avons appliqué une analyse prototypique\* pour chaque population. Nous avons réalisé une analyse statistique descriptive des items de la question de caractérisation. Et enfin,

nous avons réalisé une comparaison des résultats entre les trois groupes. Ainsi, les différents corpus\* sont soumis à différentes étapes successives selon le schéma général décrit dans la Figure 19. Dans la suite de cette partie, nous détaillons les différentes méthodes d'analyses qui ont contribué à ce travail.

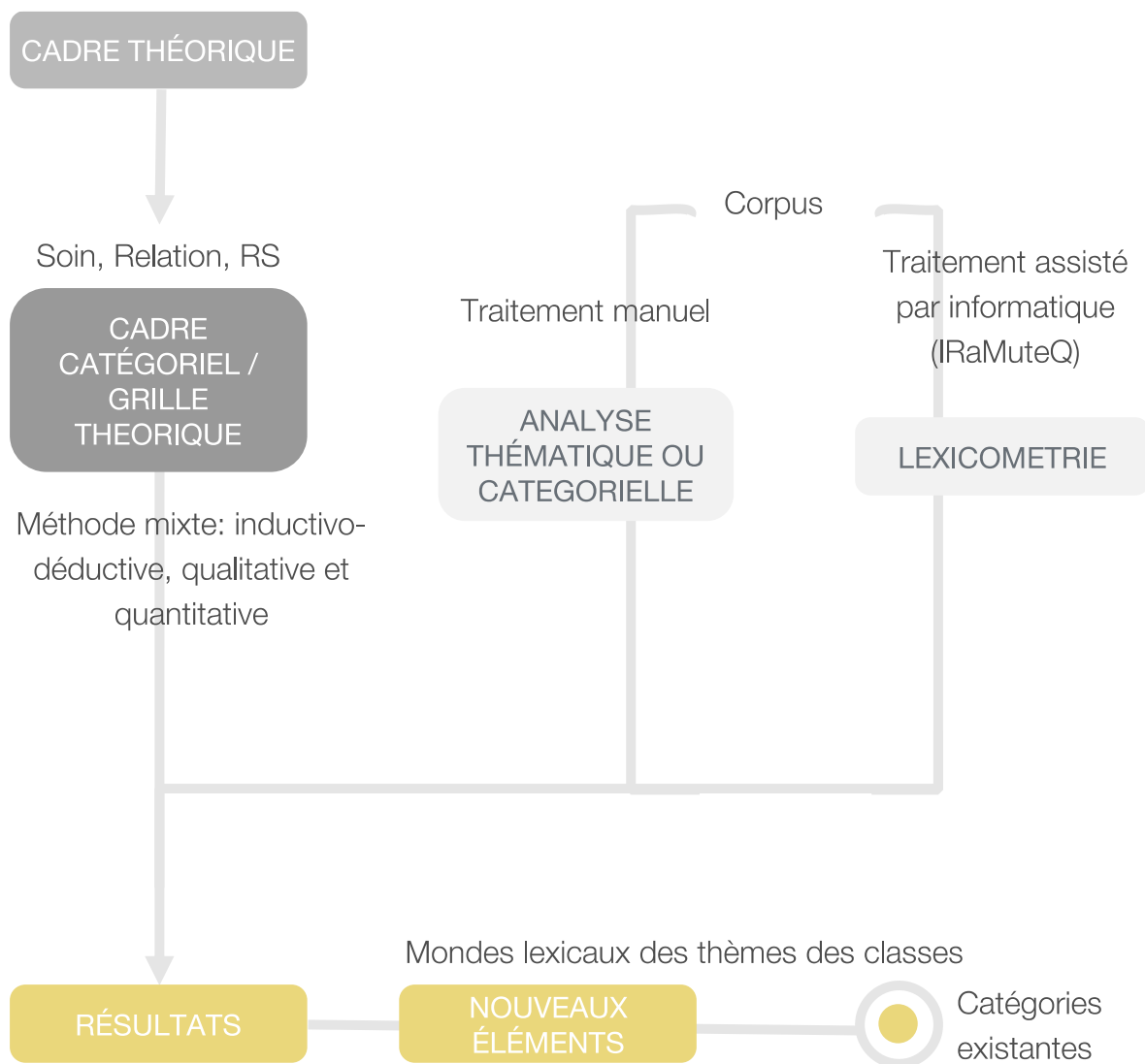


Figure 19 : Design général des opérations méthodologiques

### 3.1 Analyse de contenu thématique

Les entretiens (exemple en Annexe 3 ) ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique (exemple en Annexe 4) qui a permis de dégager des thèmes<sup>8</sup> et des sous-thèmes présents dans le discours des interviewés (Figure 20). Une grille d'analyse réalisée à partir de six entretiens, deux par groupes, a inventorié ces dernières et servi de grille pour explorer le reste du corpus\* d'entretien (Annexe 1). Les données ont été répertoriées dans un fichier Excel regroupant les verbatims\* des thématiques de chaque sujet (extrait en Annexe 5 ).

Une étude de l'ensemble des thématiques obtenues a permis de dégager des thématiques générales organisant le discours au sujet des soins de kinésithérapies (catégories de discours) (Annexe 2). Elles renvoient à la nature du soin, au sens qui lui est donné, aux processus qui se mettent en place, aux effets attendus ou inattendus sur la santé somatique, psychique, relationnelle, et/ou sociale.

Nous avons réalisé une analyse statistique de la fréquence d'apparition d'un sous-thème pour chaque groupe de sujets<sup>9</sup>. Puis, plusieurs analyses successives de ces données en croisant le tableau de fréquence des sous thématiques avec les verbatims\*.

---

<sup>8</sup> Unité de signification qui se dégage naturellement (Afrell & Rudebeck, 2010; Air, 2009; Arias & Smith, 2007; Cooper & Jenkins, 2008; Dahlgren, Almquist, & Krook, 2000; Galvin et al., 2009; Gard, 2007; Gyllensten et al., 1999; Hamberg et al., 2002; Josephson, Hedberg, & Bülow, 2013; Lindahl, Hvalsoe, Poulsen, & Langberg, 2013; Peersman et al., 2013; Pellatt, 2007; Perreault & Dionne, 2005, 2006; Persson & Gard, 2013; Potter, Gordon, & Hamer, 2003; Praestegaard & Gard, 2011; Remennick & Shakhar, 2003; Stenberg, Fjellman-Wiklund, & Ahlgren, 2012; Szczegielniak et al., 2012; Talvitie, 2000; Thomson & Love, 2013; Thornquist, 1997; Vos, Verhagen, Passchier, & Koes, 2007; Wallin, Talvitie, Cattan, & Karppi, 2008; Wood, Connors, Dogan, & Peel, 2013; Wottrich et al., 2004; Wright, Galtieri, & Fell, 2014)

<sup>9</sup> cf. annexe

Nous avons retenu le seuil de 0.5 de fréquence<sup>10</sup> de la sous-thématique comme indice de sa saillance\* pour le groupe concerné. Nous avons également été attentive à des sous-thématiques spécifiques à un groupe, celles abordant un sujet sensible, celles chargées affectivement lors de l'entretien ou encore communes aux thèmes issus dans la revue de la littérature.

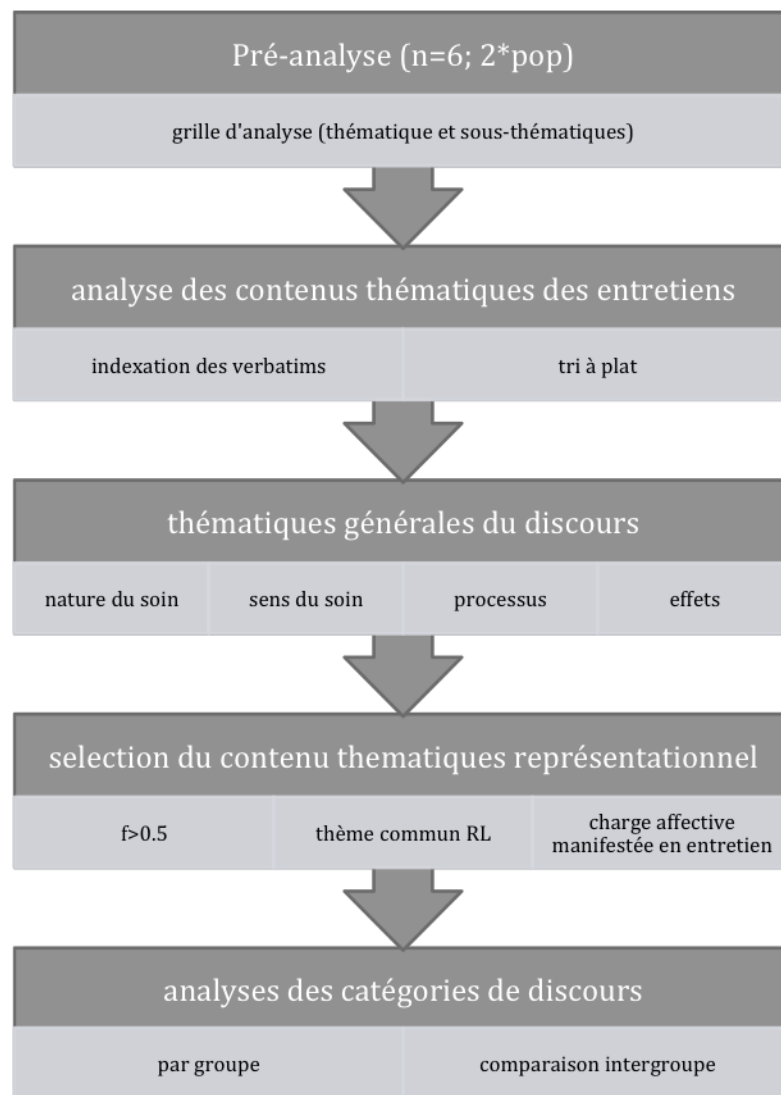


Figure 20 : Méthodologie pour l'analyse de contenu thématique

<sup>10</sup> Ce qui correspond à 3 sujets par groupes



## **3.2 Lexicométrie et méthode Reinert**

### **3.2.1 Préparation des corpus\***

Pour l'analyse informatisée des différents corpus\* de texte, un paramétrage est nécessaire. Il varie selon format du texte recueilli, mais aussi, et surtout en fonction du logiciel choisi. Pour ce travail, nous avons utilisé principalement deux logiciels : IRaMuTeQ et Modalisa. Ils permettent l'exploitation de données issues de textes comme celles de questionnaires.

Le corpus\* de textes est constitué sous le format texte à partir d'un fichier Word nettoyé, c'est-à-dire sans caractères spéciaux, ni majuscule, ni accent.

La matrice de questionnaire est au format Xls, les réponses aux questions ouvertes doivent être lemmatisées\*.

### **3.2.2 Lexicométrie**

Cette méthode d'analyse est issue de la linguistique. Elle est apparue en France dans les années 1970 avec le développement des méthodologies d'analyse du discours appliquées au discours politique (Scholz, 2019). Elle repose sur une posture de rupture épistémologique par rapport aux approches classiques de l'époque. Ainsi, cette approche considère que ce n'est pas le nombre de mots qui révèle les soubassements idéologiques des textes, mais les cooccurrences et les métadonnées (c'est-à-dire l'auteur, la période, le type de texte, etc.) (Scholz, 2019). Elle est relativement rapide et le chercheur y a une faible implication. Elle est particulièrement adaptée aux corpus\* de taille importante et de faible homogénéité (Fallery & Rodhain, 2007).

Le logiciel procède en premier lieu à une lemmatisation\* : ce terme issue de la linguistique signifie que le mot (occurrence) est mis sous une forme de lemme. Puis le logiciel procède à un comptage des mots (nombre d'occurrences) et un recensement des différentes formes. Il procède aussi à une segmentation du texte en unités de 40 occurrences. Lors de cette première

analyse, le logiciel calcule des moyennes d'occurrence par forme, par texte, mais également nous informe sur le nombre de mots uniques (hapax).

Ces informations permettent d'évaluer le corpus\* quant à la distribution des unités de sens produites (diversité, rareté, fréquence). Elles seront produites pour toutes les méthodologies utilisant du texte (retranscription d'entretien ou question ouverte) (Moliner & Lo Monaco, 2017).

### 3.2.3 Méthode Reinert

Cette méthode d'analyse, créée par A. Reinert, consiste en une classification descendante hiérarchique de segments de texte. L'objectif de ce logiciel est d'obtenir un *classement d'énoncés* d'un corpus\* en fonction de la ressemblance ou de la dissemblance statistique du vocabulaire (mots) qui les composent afin de mettre en évidence des *mondes lexicaux*. IRaMuTeQ procède à un découpage du texte, explore la distribution du vocabulaire pour extraire du corpus\* des *classes lexicales* possédant un vocabulaire propre. Le profil de chaque classe correspond à l'ensemble des mots les plus significativement présents dans celle-ci. Le degré d'appartenance d'un mot et/ou d'une variable à une classe est calculé par un test du Chi2 ou  $\chi^2$  d'association. Elle se fait à partir d'un tableau qui croise les formes et les segments (nommées unités de contexte). Elle est réalisée en trois étapes : AFC\*, permutations et suppression des formes spécifiques d'une classe.

Ces analyses aboutissent à une représentation graphique en dendrogramme qui se lit comme un arbre phylogénétique d'espèces. C'est-à-dire qu'on lit la proximité sémantique des classes entre elles grâce à la proximité géométrique (Ratinaud & Déjean, 2009). Chaque classe correspond un univers sémantique (Kalampalikis, 2003; Lahlou, 1995) qui doit être mis en perspective avec le contexte et repose dans cette phase sur la subjectivité du chercheur. Cette méthode est utilisée pour révéler le contenu des représentations sociales et la proximité

sémantique entre les classes et elles révèlent des spécificités propres à chaque groupe (Kalampalikis, 2003; Lahlou, 2003).

Ces d'analyses sont réalisées pour les méthodologies suivantes (cf. figure 17) : entretiens, traces écrites (articles scientifiques, définitions de dictionnaires et trace littéraire), et questionnaire (évocations hiérarchisées et questions ouvertes).

### **3.3 Analyses factorielles**

Cette technique statistique permet de visualiser des variations des réponses en fonction des différentes variables. Elle permet donc d'associer les variables sociodémographiques ainsi que les variables des triades et le contenu des représentations sociales. Les données sont associées dans un tableau de contingence qui croise les unités de sens avec les variables que l'on souhaite étudier (Moliner et al., 2002; Moliner & Lo Monaco, 2017). La représentation graphique montre les principaux mots de chaque classe sur un plan cartésien. La fréquence est représentée par la taille du mot ; sa couleur l'identifie à une classe. Chaque axe correspond à un facteur d'inertie représentant une proportion du corpus\*.

Cette analyse est utilisée pour plusieurs méthodologies, en particulier le questionnaire. Elle répond à différentes hypothèses sur les variables en lien avec les contenus des représentations sociales. Elle montre les thèmes préférentiels des différents groupes (Rateau & Lo Monaco, 2016).

### **3.4 Analyse prototypique**

C'est une analyse spécifique à l'étude des représentations sociales par taches associatives. Nous l'utilisons pour les évocations hiérarchisées. Pour la réaliser, il faut inclure les données dans un tableau à double entrée croisant, dans notre cas, la fréquence des items évoqués (élevée ou faible) avec le rang que les répondants lui ont attribué (élevé ou faible)(Abric, 2003; Moliner

& Lo Monaco, 2017). Ce tableau (cf. figure 12) répartit les termes dans quatre zones. Selon l'approche structurale abordée dans le chapitre 2.6.3.1, la zone fréquence élevée/ rang élevé correspond à la zone du noyau central. La zone de fréquence faible/ rang élevé correspond à la zone des éléments contrastés, également centrale ; les autres zones correspondent à la périphérie.

Une analyse prototypique\* permet de faire des hypothèses sur la structure de la représentation sociale. La comparaison entre les analyses prototypique\*s des évocations hiérarchisées de chaque groupe permet de distinguer les structures communes ou distinctes.

La comparaison des analyses prototypique\*s des évocations hiérarchisées du groupe A avec celle produite par le groupe B (au nom du groupe A) montre les représentations projetées et leur concordance éventuelle A-A projeté. On accède ainsi à une forme de clairvoyance intergroupe (Marie et al., 2010; Salas et al., 2008).

Des éléments contrastés, s'ils passent dans le noyau lors de la consigne de substitution, ont une forte probabilité d'être ce que Milland et Flament nomment les facettes des représentations sociales, car le contexte de substitution est propice à l'élicitation des thèmes qu'une situation normale n'encourage pas à exprimer (2010).

### **3.5 Analyse de similitude**

Cette analyse permet de montrer le lien entre les éléments de la représentation sociale. Elle est représentée sous forme d'un réseau de thèmes. Il s'agit d'une méthode spécifique pour l'étude des représentations sociales, très répandue en France. Elle a été développée dans les années soixante par Claude Flament et a pour base théorique la théorie des graphes (Moliner et al., 2002). Les liens entre les thèmes correspondent aux évocations citées ensemble (cooccurrences) (Rateau & Lo Monaco, 2016). Cependant si elle montre la logique de la représentation sociale

sur la base d'un lien quantitatif, elle n'est pas suffisante pour déterminer la centralité des éléments ou de la nature des liens qui les unit (Lo Monaco et al., 2017).

### 3.6 Analyse des formes de triades

La dernière analyse, distincte des précédentes, s'est centrée sur la mise en évidence des différentes formes d'organisations de triades<sup>11</sup> (horizontale, verticale et pyramidale) illustrées dans le discours des groupes. Pour ce faire nous avons procédé à une relecture des entretiens et répertorié les segments de textes où l'interviewé fait référence aux autres groupes de manière explicite ou implicite, ainsi que le récit de pratiques associés à des interactions avec les autres groupes. Ces données ont ensuite été catégorisées selon qu'elles exemplifiaient une forme de Triade\* et, le cas échéant, une variante de cette forme (Tableau VII).

#### Formes de triades

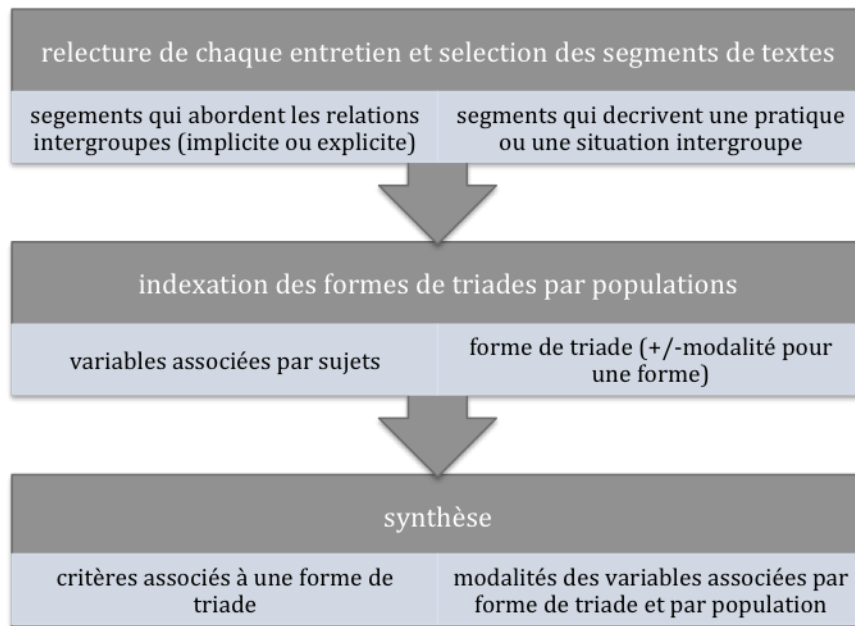
| Horizontale | VERTICALE | PYRAMIDALE             |
|-------------|-----------|------------------------|
| A=B=C       | A>B>C     | A> ET B=C<br>A< ET B=C |

Tableau VII : Modalités et formes des Triades

Parallèlement, pour chaque extrait, nous avons indexé les variables associées : le groupe, l'âge, le genre, le secteur d'expérience (libéral ou établissement), la profession (ou csp), la pathologie rééduquée et des éléments de distance à l'objet (comme par exemple avoir un membre de sa famille kiné). Cela a permis d'en extraire les critères et les variables associées pour chaque forme et par population (Figure 21 : Procédure de l'Analyse des Formes de Triades).

<sup>11</sup> cf. chapitre 8 partie 1

**Figure 21 : Procédure de l'Analyse des Formes de Triades**



## PARTIE 4 : Résultats

### 1 Description des populations enquêtées

Dans ce chapitre nous présentons la description de la population recrutée pour la campagne d'entretien ainsi que ceux de l'enquête par questionnaire (Tableau VIII).

|                                       | Entretiens       | Questionnaire |
|---------------------------------------|------------------|---------------|
|                                       | Effectif (%)     | Effectif (%)  |
| <b>Nombre total de sujets retenus</b> | 18               | 439           |
| <b>Age moyen (en années)</b>          | 46,4             | 42,2          |
|                                       | Patient          | 40,7          |
|                                       | Médecin          | 43,65         |
|                                       | Kinésithérapeute | 42,2          |
| <b>Sexe</b>                           |                  |               |
|                                       | Masculin         | 205 (46,7)    |
|                                       | Féminin          | 234 (58,2)    |
| <b>Groupe patient</b>                 | 6 (33)           | 46 (10,5)     |
|                                       | Masculin         | 33 (71,7)     |
|                                       | Féminin          | 13 (28,3)     |
| <b>Groupe médecin</b>                 | 6 (33)           | 46 (11,2)     |
|                                       | Masculin         | 19 (41,3)     |
|                                       | Féminin          | 27 (58,7)     |
| <b>Groupe kinésithérapeute</b>        | 6 (33)           | 347 (84,2)    |
|                                       | Masculin         | 202 (58,2)    |
|                                       | Féminin          | 145 (41,8)    |

Tableau VIII : Description des populations d'enquête

## **1.1 Entretiens**

Nous avons réalisé 19 entretiens or le quatrième c'est révélé inaudible, nous avons donc retranscrit 18 entretiens.

Au total 18 sujets (6 patients, 6 médecins et 6 kinésithérapeutes) ont consenti à participer aux interviews. L'âge des sujets varie de 26 à 80 ans, avec un âge moyen global de 46 ans (Annexe 10).

Parmi les médecins, nous avons rencontré quatre médecins généralistes, un neurologue, un médecin de rééducation. Quatre d'entre eux ont une expérience personnelle en lien avec les soins de kinésithérapie en raison d'un lien familial, amical ou une expérience en tant que patient traité par ces soins. L'âge des médecins est compris entre 46 ans et 62 ans, pour un âge moyen de 52 ans. Les patients rencontrés ont décrit une grande variété de pathologies traitées couvrant diverses spécialités médicales (orthopédie, rhumatologie, traumatologie sportive, traumatologie médullaire, neurologie, psychiatrie). Un sujet du groupe de patients a relaté un lien personnel avec les soins de kinésithérapie. Parmi les patients, nous avons rencontré 3 en activité (employé et cadre), une retraitée et deux en invalidité. L'âge des sujets du groupe patient est compris entre 45 ans et 80 ans, pour un âge moyen de 54 ans. Parmi les Kinésithérapeutes rencontrés, deux avaient une activité secondaire d'ostéopathe. L'âge des sujets du groupe des kinésithérapeutes est compris entre 26 ans et 41 ans, pour un âge moyen de 32 ans.

## **1.2 Questionnaire**

Nous avons recueilli 439 questionnaires exploitables. L'âge des répondants varie de 19 ans à 73, avec un âge moyen 42,2 ans. L'ensemble de résultats présenté ci-après est exposé en Annexe 18 et la population est décrite en Annexe 11 .

Parmi les personnes ayant répondu au questionnaire médecins, l'âge moyen est de 43,65 ans ; cette population représente 11,2 % de l'effectif total soit 46 sujets, dont 19 hommes et 27



femmes. Les spécialités de ces professionnels sont : la médecine générale (52,1% des réponses à la question ouverte N=23), la chirurgie, la gynécologie-obstétrique, l'anesthésie-réanimation, la pneumologie, l'hématologie et la médecine physique et de réadaptation. La durée moyenne d'exercice est de 19,83 ans et l'écart-type de 12 ans. La majorité des répondants ont des MK\* dans leur entourage (amis ou connaissances). Les répondants exercent principalement en libéral (43,5%) et les exercices mixtes ou hospitaliers sont également représentés (près d'un tiers chacun). Lorsqu'ils exercent en libéral, ils sont soit en groupe de médecins (52,9%), soit en groupe en présence de MK\* (41,2%). Moins d'un tiers exerce seul. Les répondants sont majoritairement affiliés au secteur I (76,5%) et plus de la moitié a assisté à des formations sur les SK. Seulement 30,4 % des répondants au questionnaire Médecin disent avoir interrompu des SK. Le motif d'interruption concerne les résultats (absence, aggravation, guérison), les moyens inadaptés (manuels ou instrumentaux), le relationnel entre patient et kinésithérapeute. L'interruption par un MK\* des soins prescrits par eux est fréquente (65,2%). Ils ignorent le plus souvent le motif du MK\*, bien que certains évoquent des difficultés relationnelles ou de coopération avec le patient. Selon eux, de nombreux SK prescrit par eux ont été interrompus par le Patient pour des motifs qui concernent l'absence de résultats pour certains, ainsi que le relationnel ou des aspects organisationnels (temps) et socio-économiques. Près des 2/3 des répondants ont reçu des SK qui leur ont été principalement prescrits par un confrère pour des pathologies traumatologique (entorse, fracture), de la rhumatologie, de la périnéologie et de la neurologie. La durée des traitements évoqués va d'une séance jusqu'à 2 ans, le plus souvent traité en libéral par des kinés exerçants seuls ou en groupe de MK\*. Ils n'ont majoritairement jamais arrêté leurs séances (66,7%) ; ceux qui l'ont fait évoquent principalement des résultats précoces, un petit nombre abordent le manque d'efficacité. Les répondants au questionnaire Médecin sont une majorité à avoir déjà eu recours à l'ostéopathie pour des rachialgies et des lumbagos. Le recours aux médecines non conventionnelles est

reconnu par près de 39,1% des répondants pour les « petits maux » et le stress. Ils évoquent l'acupuncture, les guérisseurs et les « médecines naturelles » (plantes, huiles essentielles).

Le groupe des patients représente 10,5 % de l'effectif, avec 46 sujets, dont une majorité d'hommes (71,7 %). L'âge moyen des patients est de 40,7 ans. Les répondants du questionnaire Patient, a majoritairement une expérience libérale (81 %) ou le praticien est seul ou en groupe de MK\*. Moins de 10 % n'ont jamais reçu de SK, les autres y ont eu recours pour des pathologies en rhumatologie, en périnéologie, ou en traumatologie majoritairement. D'autres, dans le cadre de chirurgie orthopédique ou de neurologie. La durée des traitements de SK va de quelques jours à plusieurs années. Ils n'ont majoritairement pas interrompu leur traitement. Lorsqu'ils l'ont interrompu, les motifs d'arrêt varient de l'inutilité perçue à la guérison ou à l'autonomie ; mais ils concernent aussi des aspects relationnels par exemple une inadéquation des caractères. Selon eux les conditions d'arrêt du traitement par leurs médecins concernant la non-obtention des objectifs alors que les motifs d'arrêt par leur kiné concernent l'obtention de l'objectif plus tôt que prévu ou au contraire une aggravation de la douleur. Les répondants disent consulter occasionnellement un ostéopathe (41 %3 %); ce recours est associé principalement à une forte douleur ou une sensation de blocage et la démarche de consultation est décrite comme alternative ou complémentaire ou plus fréquemment comme prophylactique. Bien que 41,3 % des répondants disent n'avoir jamais recours aux médecines non conventionnelles, ceux qui admettent y recourir disent consulter des guérisseurs et des acupuncteurs dans une démarche « holistique », globale qui est selon eux absente de celle de la MK\*.

Le groupe des kinés est le plus représenté dans l'effectif avec 347 réponses (84,2 %). On y dénombre 58,2 % d'hommes. L'âge moyen des MK\* est de 42,2 ans. La spécialisation de MK\* répond aux spécialités médicales, mais peut être fonction d'approches thérapeutiques (reprogrammation posturale globale, pilâtes), de technique (Mc Kenzie, Dry Needling,

Busquet, massage chinois), de pathologie (cicatrice, troubles musculo-squelettiques). Les autres diplômes obtenus par les répondants (N=123) concernent des techniques (massage, drainage), des diplômes universitaires (droit, vestibulaire). Mais de nombreux répondants ont un master 2 et un petit nombre ont un doctorat. Ils côtoient tous des MK\* et la majorité (77,5 %) en a comme ami. Ils exercent en moyenne depuis 18,10 ans et l'écart-type est de 11,99 ans. Près de la moitié dit exercer en libéral et 38,2 % en exercice mixte. Ils ont des expériences d'activité libérale majoritairement en groupe ou seuls. 16,3 % des répondants ne prescrivent jamais de dispositifs médicaux. Les répondants qui prescrivent abordent les pathologies pour lesquelles ils y ont recours, les dispositifs prescrits, ainsi que pour certains la revendication professionnelle et pour d'autres la dynamique intergroupe avec les médecins (aide ou suppléances). Plus de la moitié des répondants proposent des prestations en accès direct (56,1 %). Les répondants abordent le type de prise en charge (massage, bien-être, ostéopathie, prévention), parfois à la demande du patient, mais le plus souvent pour un intérêt financier ou une diversification de leurs pratiques ainsi que par souci d'autonomie professionnelle en dehors de la prescription médicale. Peu de MK\* n'ont jamais interrompu de soins (6,5 %). Le motif invoqué pour l'interruption concerne les résultats (guérison ou aggravation) et le relationnel (caractère ou motivation du patient). Parmi les répondants au questionnaire MK\*, 41,5 % disent n'avoir jamais eu un traitement interrompu par un médecin. Ceux qui l'ont vécu évoquent l'aggravation, la survenue de nouvelle pathologie, l'inutilité perçue ou la méconnaissance des compétences du MK\*. L'interruption des soins par le patient est relativement fréquente. Selon les répondants, les motifs d'interruption concernent les résultats (atteints ou au contraire aggravation), le déplacement (déménagement, vacances), la reprise du travail, mais également une inadéquation entre les attentes du patient et la proposition de traitement du MK\*. Une majorité de répondants a reçu des SK (71,7 %) pour de la rhumatologie (scoliose, capsulite, lombalgie, tendinite), de la cancérologie, de la maxillo-faciale, de la traumatologie (fracture,

luxation, entorse) et l'uro-gynécologie. Les soins ont duré de quelques jours à un an et demi. Ils ont principalement été administrés en libéral chez des confrères exerçant seuls ou en groupe. La majorité n'a jamais interrompu les SK. Ceux qui les ont interrompus ont évoqué des objectifs atteints, le manque de temps ou de motivation. Les MK\* interrogés ont majoritairement déjà consulté un ostéopathe pour des lombalgies ou des blocages, dans une recherche d'efficacité pour certains ; d'autres évoquent la proximité avec ces professionnels (famille, amis). Bien que la moitié des répondants disent ne jamais avoir recours aux médecines non conventionnelles, ceux qui l'admettent évoquent différents praticiens (acupuncteur, guérisseur, magnétiseur, réflexologue, homéopathe) avec une démarche essentiellement globale qui prend en compte corps et esprit et repose sur les croyances.

## **2 Description des corpus issus des traces écrites**

### **2.1 Dictionnaires**

Nous avons recueilli 16 définitions des termes « masso-kinésithérapie ». Les données sont extraites d'ouvrages (5) ou de site internet (11). Nous avons codé le corpus en fonction de trois variables :

- La date : de publication pour les ouvrages et de consultation pour les sites internet
- La source : MK, grand public, Médecin, juridique
- Le public cible : grand public, Médecin, MK

Le corpus\* contient 16 définitions et on y dénombre 2647 occurrences, dont 740 lemmes\* et 410 hapax. IRaMuTeQ découpe le corpus\* en 76 segments de textes (Annexe 16).

## 2.2 Littérature académique

Au total, 55 articles ont été retenus pour cette revue. La synthèse des éléments descriptifs est présentée dans l'Annexe 14. Les publications se concentrent après 2014.

Le premier auteur des articles s'inscrit majoritairement dans les disciplines suivantes : Caring Sciences, médecine, réhabilitation et physiothérapie. Quatre articles sont issus des revues SHS (sociologie, anthropologie, histoire et interdisciplinaire). Les articles ont été publiés par des équipes originaires du monde entier. Trois articles sont issus d'une université française. L'Europe du Nord publie 74,55% des articles, principalement la Suède (23,6%). Autrement dit, ce sujet de recherche intéresse principalement les professionnels européens puisque ces articles sont produits par les acteurs pour eux même.

Nous nous sommes demandé pourquoi la Suède a un tel taux de publications en comparaison des autres pays publiant. Nous avons donc cherché le niveau des formations au métier de physiothérapeute dans ces pays, les critères d'accessibilité des professionnels par les patients et le type de système de soins (financement principalement privé ou public). Il en ressort que dans tous ces pays, le niveau est universitaire, au minimum Bachelors degree et permet de poursuivre les études jusqu'en Doctorat.

Plus de la moitié des articles (64,64 %) s'intéresse à une seule catégorie de population à la fois (patients seuls : 27,27% ; physiothérapeutes seuls : 33,73%), les autres articles concernent a minima deux populations (Patients & physiothérapeutes, professionnel & patient) ; 18,18 % concernent des groupes en interrelations (dyades physiothérapeutes-patients). Les méthodologies sont majoritairement qualitatives pour 72,73% (entretiens individuels, focus groups, observation, groupe nominal). Les questionnaires standardisés sont utilisés dans 27,27% des recherches décrites.

### 2.3 Ouvrage littéraire : le corps entre les mains de Boris Dolto

Boris Dolto (1899 - 1981) était un médecin et kinésithérapeute français. Il a dirigé la première école française de kinésithérapie pendant près de trente ans et est considéré comme l'un des fondateurs de la kinésithérapie moderne française (Macron, 2015b). Selon WorldCat Identities, il est l'auteur de 26 publications entre 1931 et 2006. Le livre en question, " Le corps dans les mains ", compte 18 éditions en français et en espagnol, qui ont été publiées entre 1976 et 2006 (Dolto, Boris J., s. d.). Dans ce livre, considéré comme une contribution emblématique à l'histoire de la physiothérapie française, Dolto développe sa vision de la pratique (Heuleu, 1982). Son héritage est perpétué par une fondation qui porte son nom et dont l'objectif premier est « d'assurer la formation initiale et continue des professions de santé dans l'esprit de Boris Dolto » (La fondation EFOM Boris Dolto, s. d.). Des thèses de doctorat récentes font également référence à lui et perpétuent son héritage (Choplin, 2015; Guyet, 2019; Macron, 2015b). Nous avons transcrit l'intégralité de l'édition française 2006 du livre de Dolto « Le corps dans les mains », à partir d'un exemplaire personnel. Pour cette transcription, nous avons d'abord numérisé le texte en utilisant la reconnaissance de caractères. Les sections non reconnues ont été dictées à l'aide d'une fonction dictée. Le texte transcrit correspond au titre, aux titres des chapitres, à la préface, à l'avant-propos, aux légendes des plans et au texte des auteurs. Le livre complet compte 398 pages écrites en français. Ce corpus\* global est produit par quatre auteurs différents. Le corpus\* final analysé et présenté correspond au seul texte de Boris Dolto soit un total de 359 pages. Ce corpus est soumis au droit d'auteurs des enfants de Mr Dolto et ne figure donc pas dans ce manuscrit. Nous le fournirons sur demande aux seuls membres du jury.

Le texte est découpé en 3064 segments de texte de 40 occurrences. Il comporte 112080 occurrences avec 7699 formes différentes et 3279 hapax après lemmatisation\* soit 42,59% des formes et 2,93% des occurrences.

### **3 H1 : Organisation et contenu des représentations sociales différent dans chaque groupe**

#### **3.1 Extractions de contenu à partir des entretiens**

##### **3.1.1 Résultats de l'analyse des catégories de discours selon les groupes**

Les thématiques rencontrées renvoient à la nature du soin, au sens qui lui est donné, aux processus qui se mettent en place, aux effets attendus ou inattendus sur la santé somatique, psychique, relationnelle, et/ou sociale. La première analyse s'intéresse, pour chaque groupe, à dégager le sens donné aux catégories de discours (Annexe 9). Secondairement, nous avons procédé à une comparaison intergroupe de ces catégories de discours pour en dégager, en premier lieu les éléments distincts, c'est-à-dire propres à chaque groupe ; puis, nous avons mis en évidence les éléments communs aux trois groupes ; enfin, nous avons extrait les éléments communs aux groupes deux à deux.

- Le groupe Patients

Les thématiques abordées par le groupe Patient sont développées dans les paragraphes suivants à partir du Tableau IX. Chaque thématique est illustrée avec des verbatims\* issus des interviews.

|                        |               |   |
|------------------------|---------------|---|
| NATURE DU SOIN         |               | Attitude Négative (67%)<br>Par pathologies (67%)<br>Par praticiens (67%)<br>TOUCHER- Toucher technique (50%)<br>Adhésion (50%)<br>Durée des actes/ rythme (50%)<br>Organisation du cabinet (67%)<br>Organisation temporelle des soins (67%) |
| SENS DU SOIN           |               | Bien-être (83%)<br>Soigner (care) (50%)   |
| PROCESSUS              |               | Information/ négociation (50%)<br>Compétence/savoir-faire du kiné (67%)<br>Relation médecin/patient (50%)<br>Propre aux patients (50%)<br>Voie hiérarchique (67%)<br>Temps que ça prend pour le malade (67%)                                |
| EFFETS<br>DES<br>SOINS | SOMATIQUES    | Fonctionnel (67%)<br>Ne plus avoir mal (67%)  |
|                        | PSYCHOLOGIQUE | Attitude positive (100%)<br>Psychologique Positif (50%)   |
|                        | RELATIONNEL   | Ecoute, dialogue, empathie (67%)  |

**Tableau IX : Thématiques du groupe Patients (proportion de la population qui aborde le thème)**

- Nature des soins

Le discours des patients interrogés semble être le reflet de leur expérience.

Pour eux, la nature des soins de kinésithérapie est pensée en termes de traitement de pathologie en traumatologie, comme pour ce patient paraplégique « *Bon au départ quand on parlait de kiné, c'était bon quelqu'un qui se casse un bras ou une opération ou quelque chose* » (homme, 52 ans, expérience mixte, paraplégique, en invalidité).

Les patients mettent l'accent sur l'aspect technique du toucher. Ils décrivent des actions mécaniques comme des massages, des étirements, des tractions ou des pressions à l'instar de ce patient « *il s'agit, oui, d'une traction dans différents sens du corps, je ne sais pas comment le dire précisément, pour arriver à rééquilibrer peut-être l'alignement des vertèbres, aussi ramener le bassin dans sa position normale. Donc elle va agir à différents niveaux du corps, je sais qu'il y a des exercices qui nécessitent d'être sur le dos d'autres sur le ventre, d'autres assis.*



*Heu, elle peut, il peut y avoir des tractions sur les membres, il peut y avoir une pression de son corps au niveau de la poitrine. Qu'est-ce qu'elle fait d'autre, oui, des poussées heu voilà »* (Homme, 45 ans, expérience libérale, Rhumatologie et traumatologie sportive, cadre secteur social).

Ces soins nécessitent une confiance réciproque entre le kiné et le patient, comme nous l'explique cette patiente qui est suivie pour une fibromyalgie et qui souligne l'importance d'être crue par son kiné *« être comprises parce j'ai le sentiment que la personne me croit quand je dis que je souffre alors que déjà ça ne se voit pas, je trouve que c'est, c'est vraiment important. Voilà donc elle, elle me croit, elle connaît la maladie en plus »* (femme, 54 ans, expérience libérale, fibromyalgie).

Leurs expériences de ces soins, qui peuvent être individuels ou en groupe, s'ancrent dans leur vie quotidienne comme l'atteste l'impact organisationnel et temporel de ces pratiques dans leurs discours. Soit que leur vie est entièrement organisée autour de la prise en charge rééducative en centre spécialisé, soit que le patient doit dégager du temps pour suivre le traitement. L'extrait d'entretien qui suit illustre comment s'organise le quotidien lors d'une hospitalisation en centre de réadaptation pour traumatisés médullaires : *« J'ai eu un accident de route, un accident de moto voilà ça fait dix ans et de là j'étais sur Marseille dans un centre et là vraiment ou j'ai, ben connu, je vais pas dire connu, où j'ai eu affaire aux kinés parce que j'avais kiné tous les jours matins, après-midi, ça a duré, ça a duré pendant des mois »* (homme, 52 ans, expérience mixte, paraplégique, en invalidité). Cette autre patiente décrit avec précision les implications temporelles de ces soins *« parce que c'était quand même un investissement d'aller, d'aller là-bas, au centre, il fallait se garer, trouver une place, passer du temps, ça prenait du temps »* (femme, 54 ans, expérience libérale, fibromyalgie).

La possibilité d'auto-traitement, voire de résolution sans avoir recours à ce type de soins semble nuancer l'utilité qu'ils lui accordent. Une patiente explique dans cet extrait ce qui l'a conduite à

s'auto-rééduquer : « *je ne voyais pas d'évolution, je n'allais pas mieux, pas plus mal donc je m'en suis vite passée et puis j'ai fait avec ma douleur et puis maintenant je l'ai oubliée, j'ai plus mal* » (Femme, 45 ans, expérience libérale, suite de chirurgie de l'épaule, Cadre supérieur fonctionnaire).

- Sens des soins

Pour ce groupe, le sens des soins est orienté vers le bien-être ; c'est ce que décrit cette patiente pour qui le recours à ses soins lui apporte une détente : « *moi qui ai des problèmes de cervicales et de dos heu... Ça me ça me ça me fait du bien, ça me détend* » (Femme, 50 ans, expérience libérale, bipolaire, sœur kiné, invalidité); l'autre sens donné est le « care » par exemple pour ce patient paraplégique qui décrit les effets du traitement par kinésithérapies d'une ténosynovite secondaire à son handicap : « *Pour moi, ça m'a soigné, ça a fait du bien parce que soigné après bon, c'est bon, ça peut revenir ou pas* » (homme, 52 ans, expérience mixte, paraplégique, en invalidité).

- Processus en jeu dans ces soins

Les patients mettent l'accent sur les processus nécessaires à la réalisation des soins ; ces processus sont marqués par l'expérience personnelle : le rôle propre supposé, la négociation et l'impact temporel des soins.

Ils abordent des processus relationnels en jeu entre les trois acteurs. La négociation du soin avec le kiné est faite en fonction des compétences et savoir-faire qu'ils lui attribuent ; pour cette patiente atteinte de fibromyalgie, ces compétences s'acquièrent par la formation continue et reposent sur la curiosité du praticien « *Ben voilà, c'est que le thérapeute lui-même, sa capacité aussi à se, enfin se remettre en question, à apprendre toujours et ne pas se confiner dans des gestes systématiques* » (femme, 54 ans, expérience libérale, fibromyalgie).

Un autre point de négociation dépend des attentes en termes d'information ou de communication sur la prestation ; dans l'extrait suivant, le patient a décrit une expérience qui

l'a amené à interrompre la prise en charge « *je voulais qu'il puisse y avoir un échange aussi, lui il était guère là-dedans, il était plus à donner des ordres sur ce qu'il fallait faire qu'à, qu'à échanger et à vraiment parler... je sais pas... de problèmes que l'on peut avoir, etc., donc moi je voulais pas de cette relation-là* » (Homme, 45 ans, expérience libérale, Rhumatologie et traumatologie sportive cadre secteur social) .

Les patients semblent se baser sur leur expérience de relation médecin/patient pour penser le rôle de patients passifs disposés à recevoir des soins de kinésithérapie de la même manière qu'on attend d'eux de suivre une prescription médicamenteuse, comme l'illustre l'extrait d'entretien de cette patiente, pour qui le système de santé implique cette posture passive dans toutes les relations soignant-soigné : « *Ah oui dans la façon, mais globalement, dont on traite le patient. Déjà rien que ne serait-ce que le terme patient. Pourquoi doit-on être patient quand on est malade ? Enfin voilà, donc moi je suis pas du tout quelqu'un de patient et puis en plus je veux, je veux contribuer quoi, enfin quoi, voilà être contributeur de, de l'amélioration de mon état de santé. Si ça ne va pas, ou qu'on me dise ce qu'il faut que je fasse et c'est vrai qu'on rend les gens passifs et on déresponsabilise* » (Femme, 45 ans, expérience libérale, suite de chirurgie de l'épaule, Cadre supérieur fonctionnaire).

- Effets des soins

Les effets des soins, escomptés ou constatés, relèvent de la santé somatique, de la santé psychique et d'aspect relationnel centré sur l'écoute.

Pour ce groupe de patients ces soins ont des effets de lutte contre la douleur comme le décrit le patient « *c'était sortir d'un vécu physique douloureux, puisque que quand on est, on se sent confiné par, se sentir un peu prisonnier de la douleur, de la douleur physique lorsqu'elle est permanente et qu'elle était un peu aiguë donc voilà ça, ça, ça, ça libère d'un dysfonctionnement physique heu ça, ça, c'est un sentiment que j'ai oui c'est, c'est clair* » (Homme, 45 ans, expérience libérale, Rhumatologie et traumatologie sportive, Cadre secteur social) .

Ils ont aussi des effets de maintien ou recouvrement des capacités fonctionnelles, c'est ce qu'explique cette patiente atteinte de la maladie de Parkinson à propos du suivi à son domicile depuis de nombreuses années : *« Ça fait partie des mouvements qui faut faire pour se réadapter, je pense, parce qu'avec tout ce que j'ai passé c'est difficile après de se remettre en route »* (Femme, 80 ans, expérience mixte, maladie de Parkinson, retraitée).

Les effets sur la santé psychique sont décrits comme une expérience marquée positivement ; dans l'extrait suivant, la patiente atteinte de troubles bipolaires partage son soulagement d'être accompagnée par sa kiné : *« parce que vous êtes rongés par la, par cette maladie qui fait que vous êtes bien, un coup vous êtes en phase dépressive, vous prenez un stock de médicaments, vous avez des cycles qui sont pas réguliers, heu, faut trouver un traitement... c'est dur de trouver un traitement pour que vous soyez toujours dans la même humeur, quand vous êtes pas bien vous vivez pas, on est pas bien en soi, comme si quelque chose vous rongerait ; pour la personne qui s'occupe de vous aussi c'est super angoissant, et c'est vrai que quand, quand on a la chance d'avoir des gens comme G. qui, qui s'y intéressent c'est, c'est bien quoi »* (Femme, 50 ans, expérience libérale, bipolaire, sœur kiné, invalidité)

Enfin, les aspects relationnels centrés sur l'écoute amènent cette patiente à expliquer que dans son expérience de ces soins, elle est amenée à se confier au kiné : *« ben déjà connaître mes problèmes savoir ces douleurs que j'éprouve sont vraiment ben font partie de ma vie et m'handicapent à la limite, sont invalidantes, sont, m'empoisonnent la vie et par rapport à ça elle le sait et voilà après on peut parler de, d'autres choses un peu plus personnelles »* (femme, 54 ans, expérience libérale, fibromyalgie).

- Le groupe des Médecins

Comme précédemment, nous développons l'analyse des thématiques produites par le groupe des médecins à partir du Tableau X

|                  |               |   |
|------------------|---------------|---|
| NATURE DU SOIN   |               | La vision des médecins sur le métier de MK* (100%)<br>Attitude Négative (50%)<br>Par pathologies (67%)<br>Par spécialités/ Techniques (83%)<br>Par praticiens (67%)<br>Adhésion, engagement, confiance (50%)<br>Différent de prescrire des médicaments (67%)<br>Faire une ordonnance (100%)<br>La consultation médicale (50%) |
| SENS DU SOIN     |               | Prévenir (50%)<br>Guérir (cure) (50%)<br>Soigner (care) (83%)<br>Alternatif (50%)<br>Pour faire plaisir au malade (50%)   |
| PROCESSUS        |               | Relation médecin/patient (50%)<br>Travail d'équipe (83%)<br>Communication Indirecte (83%)<br>Communication directe (83%)<br>Évaluation (67%)  |
| EFFETS DES SOINS | SOMATIQUE     | Fonctionnel (83%)<br>Ne plus avoir mal (50%)  |
|                  | PSYCHOLOGIQUE | Attitude positive (83%)   |

**Tableau X : Synthèse des thématiques du groupe médecin**

- Nature des soins

Le groupe des médecins interrogés a exprimé une vision de la nature des soins qui est construite par différentes catégories d'expérience venant combler les lacunes de leurs formations, comme l'explique ce neurologue « *on croit connaitre, mais, heu, on ne comprend rien en fait. En tant que médecin, on ne sait pas ce que font les kinés, on ne sait pas bien du tout* » (Homme, 50 ans, expérience mixte, neurologue, ami kiné).

L'expérience peut être intime comme pour ce médecin généraliste qui a fait évoluer son point de vue depuis son expérience de patient : « *Là moi j'ai un problème de hanche, ça fait trois ans que ça dure, donc probablement y aura une intervention chirurgicale. Parce que je n'ai pas le choix, faut bien que... Et c'est vrai que là, du coup j'expérimente le kiné sur le long terme, sur le long cours, je dirais... Et ben voilà, bon il a fallu qu'en tant que médecin je sois patient pour*

*m'apercevoir que c'est important* » (Homme, 62 ans, expérience libérale, médecin généraliste, expérience de patient de kiné).

D'autres se basent sur leurs expériences amicale ou familiale pour évoquer la nature de ces soins ; dans l'exemple présenté, le médecin généraliste a expliqué avoir commencé sa carrière dans un service de rééducation où elle entretenait des liens personnels avec l'équipe de kinésithérapeutes sous ses ordres : *« c'est-à-dire que quand j'avais mon service à la clinique A. à Aix, je veux dire tous les après-midis, je voyais mes kinés. Et ils venaient me parler de leurs patients, « ça s'améliore, ça ne s'améliore pas », enfin je veux dire. Et puis on est partis, on est partis en vacances ensemble, enfin bon, il y avait d'autres relations* » (Femme, 46 ans, expérience mixte, médecin généraliste, ami kiné, expérience de patient de kiné)

La nature des soins, pour ce groupe, est déterminée par plusieurs aspects. Le choix du recours peut se faire selon la spécialité ou les techniques comme en témoigne ce médecin de rééducation salarié d'un centre spécialisé pour traumatisés *« Voilà, alors la kinésithérapie, après bon elle couvre des champs de spécialisations, heu, un peu différents que ce soit sur la partie respiratoire, la partie heu, musculaire* » (Femme, 50 ans, expérience en établissement, médecin de rééducation).

Un second mode de recours est réalisé selon la pathologie ; dans cet extrait le médecin généraliste a recours à la kinésithérapie si la pathologie est diagnostiquée alors que les mêmes symptômes sans diagnostic ne le justifient pas selon lui : *« Bon je pense, par exemple à la fibromyalgie, par exemple, bon ben qui est une pathologie qui associe heu, souvent un état dépressif, anxiodépressif, heu, plus, heu des douleurs, plus de la fatigue, et cetera, bon, si vous voulez, c'est pas classique d'envoyer quelqu'un de fatigué chez un kiné, mais si c'est dans le cadre d'une fibromyalgie* » (Homme, 62 ans, expérience libérale, médecin généraliste, expérience de patient de kiné).

Un dernier aspect qui détermine le choix du recours à ces soins repose sur les caractéristiques personnelles du kinésithérapeute, ici, le médecin révèle son recours à différents professionnels de son réseau informel de soin en fonction de leurs forces physiques ou de leurs traits de caractère (supposé ou constaté dans leurs relations à ses patients) : « *j'en ai d'autres qui sont plus spécialisés chez les personnes âgées parce que leur contact est différent* » (Homme, 56 ans, expérience libérale, médecin généraliste).

La nature des soins est pensée au prisme d'une relation de confiance double ; d'une part entre kinésithérapeute et patients à l'instar de ce médecin généraliste pour qui la confiance est associée à des soins adaptés au patient « *On sait que, euh, les protocoles, ça aide, y'a des cadres, précis, dans la rééducation des épaules, dans la rééducation de la colonne lombaire, y'a des protocoles précis, mais il faut savoir aussi les adapter au patient, à ses pathologies associées, parce que, euh, lorsqu'on vous donne un protocole de rééducation d'une hernie discale, y'a une chose, voilà, mais lorsque vous avez affaire à un unijambiste, voilà j'exagère, mais c'est pas la même chose, voilà, tout simplement. Donc il faut que la relation kiné, euh, patient, elle soit bonne, très bonne, parce qu'il faut que les gens soient en confiance* » (Homme, 56 ans, expérience libérale, médecin généraliste). D'autre part, la confiance toucherait aussi la relation entre médecins et kinésithérapeutes ; dans l'exemple qui suit, le médecin généraliste fait part de sa réaction de dénigrement envers le kiné lorsque son patient n'en est pas satisfait « *Nous, c'est ça, c'est de trouver le kiné qui va soulager nos patients, et chez qui ils seront contents de retourner. Voilà, parce que c'est vrai qui en a quand même beaucoup des kinés, donc il faut un petit peu faire le tri* » (Homme, 62 ans, expérience libérale, médecin généraliste, expérience de patient de kiné).

Pour ce groupe de médecins, ces soins seraient pensés en lien avec les pratiques au cœur de leur identité professionnelle comme la consultation ou le diagnostic. Lors de l'entretien ce médecin généraliste, a verbalisé de façon vigoureuse son attachement au diagnostic comme monopole

de la pratique médicale qu'il considère comme sans commune mesure avec le diagnostic kinésithérapique ou ostéopathique « *le point de départ du diagnostic dans un certain nombre de pathologies, il ne peut pas être fait par des gens qui n'ont pas la formation pour être des médecins* » (Homme, 56 ans, expérience libérale, médecin généraliste).

La prescription de ces soins serait différente de celle des médicaments et reposerait sur la prise en compte de multiples facteurs distincts de ceux aboutissant à la prescription de remèdes. Dans l'extrait suivant, le médecin généraliste fait une distinction tranchée entre actes et remèdes « *c'est pas du tout un soin comme un autre, c'est un soin à part entière dans un domaine bien particulier, c'est pas du tout la même chose que la prescription de médicament justement* » (Femme, 55 ans, expérience libérale, médecin généraliste, mariée à un kiné).

Ce groupe de médecins paraît nuancer l'utilité de ces soins ; c'est ainsi que ce médecin généraliste a exprimé des attitudes négatives en relatant les propos de collègues qui jugent ces soins inefficaces ou inutiles « *beaucoup de médecins ne sont pas comme moi. Au contraire ils sont même très agressifs sur la médecine douce en disant « tout ça c'est des conneries »* » (Homme, 62 ans, expérience libérale, médecin généraliste).

Ils expriment une difficulté à déléguer à l'instar de ce neurologue pour qui le soin repose sur le kinésithérapeute qui, de par sa formation, est seul capable d'en connaître la nature. Il avoue ne pas savoir les prescrire de manière pertinente « *on sait très bien, comment prescrire un médicament, il suffit d'ouvrir un dictionnaire de médicament, le Vidal ou autre et on sait que le traitement doit être pris matin, midi et soir, à huit heures d'intervalle, une fois par jour, heu, à une demi-heure du petit, de tout aliment, en injection sous-cutanée ou intramusculaire. Donc tout ça est extrêmement ciselé, précis, et cette grande précision destinée au médicament ne peut pas s'appliquer à la kinésithérapie, parce que on n'a pas de dictionnaire de références et heureusement que ce genre de dictionnaire n'existe pas, parce qu'il faut quatre ans d'études pour, heu, pour être kiné, donc on ne peut pas le faire* » (Homme, 50 ans, expérience mixte,



neurologue, ami kiné). Certains relatent une volonté de contrôle du patient/client ; ce médecin généraliste rend compte de la pratique de certains confrères libéraux consistants à ne pas recourir à ces soins par peur de perdre le patient « *y'a des médecins qui préfèrent faire venir les patients plusieurs fois avant de, de renvoyer sur, sur, sur un autre métier quoi* » (Femme, 55 ans, expérience libérale, médecin généraliste, mariée à un kiné).

- Sens des soins

Pour ce groupe, le sens des soins paraît avoir diverses orientations. La plus importante semble être orientée vers le « care », c'est ce que relate ce médecin de rééducation pour qui ces soins contribuent avec, d'autres à la prise en charge globale des patients « *Alors la kinésithérapie pour moi, c'est un acte exercé par des paramédicaux sur prescription médicale qui vont permettre de, ben de venir compléter les actions thérapeutiques* » (Femme, 50 ans, expérience en établissement, médecin de rééducation).

Ces soins seraient aussi tournés vers le « cure » ; pour ce premier médecin généraliste, le recours à ces soins irait dans le sens de la guérison, au sens du retour à une vie normale, pour certaines pathologies « *la kinésithérapie peut très bien aider à guérir* » (Homme, 62 ans, expérience libérale, médecin généraliste) ; le neurologue quant à lui semble se baser sur la méthodologie reposant sur des interventions physiques voire manuelle du spécialiste pour apporter une solution au problème de santé du patient, par opposition aux traitements chimiques « *Dans cette rubrique, heu de thérapie donc les chirurgiens, les kinés, heu, les ostéos, sont des gens qui soignent par des méthodes qui nous sont un peu, heu, pas étrangère, mais éloignées puisqu'on a plus, on est plus familiarisés tout au long de notre cursus médical à, à la médecine chimique* » (Homme, 50 ans, expérience mixte, neurologue, ami kiné).

La prévention est un autre aspect du sens donné aux soins pour ce groupe de médecins ; dans le cas de ce médecin généraliste, proposer ces soins relève d'une démarche prophylactique dans certaines situations où la pathologie s'installe progressivement dans le temps « *après, oui je*

*pense que aller faire des massages ou du travail par exemple en piscine heu, pour un bien-être, heu bon on sort peut être un peu du cadre de la thérapie , on est dans de la prévention »* (Homme, 62 ans, expérience libérale, médecin généraliste, expérience de patient de kiné).

Par ailleurs, le sens donné aux soins s'inscrirait dans une démarche alternative, à la place des médicaments quand la situation n'est pas considérée comme grave ainsi qu'en témoigne cette médecin généraliste « *quand on a un petit peu des petits bobos et on est pas vraiment dans l'acte thérapeutique comme on le voit le plus classiquement quoi, hein, le patient se plaint d'une douleur ou d'une gêne fonctionnelle et on voit si on traite médicalement ou si on prend effectivement des techniques de kinésithérapie*» (Femme, 55 ans, expérience libérale, médecin généraliste, mariée à un kiné).

Enfin, l'objectif serait de faire plaisir à leurs malades soit en prescrivant ces soins sur demande explicite du patient, soit comme l'affirme ce médecin généraliste comme une marque symbolique de la reconnaissance de la plainte du patient à qui elle fait la prescription « *moi j'agis beaucoup en fonction de, enfin, pour faire plaisir à mon patient* » (Femme, 46 ans, expérience mixte, médecin généraliste, ami kiné, expérience de patient de kiné).

- Processus en jeu dans ces soins

Ils abordent des processus relationnels en jeux entre les trois acteurs qui paraissent être perçus comme un travail d'équipe avec le kiné et les autres paramédicaux, quel que soit le mode d'exercice ; cette médecin de rééducation salariée en centre spécialisé témoigne de l'importance que revêt à ces yeux le rôle des autres soignants pour la prise en charge des patients « *le médecin ne peut pas être seul* » (Femme, 50 ans, expérience en établissement, médecin de rééducation) ; de la même manière, cette médecin généraliste constitue une équipe de soins informelle pluridisciplinaire « *je pense que un kiné, ça fait partie de, il a une place importante autant qu'une infirmière, heu je veux dire c'est, heu, voilà c'est un trio, c'est médecin-infirmière-kiné*

» (Femme, 46 ans, expérience mixte, médecin généraliste, ami kiné, expérience de patient de kiné).

Les processus d'évaluation des soins et de communication avec le kinésithérapeute sont réalisés par l'intermédiaire du patient lors des interactions médecin-patients à l'instar de cette médecin généraliste pour qui la satisfaction du patient est perçue comme un gage d'efficacité des soins de kinésithérapie « *ça va de soi si le patient est content c'est qu'il a eu des résultats* » (Femme, 46 ans, expérience mixte, médecin généraliste, ami kiné, expérience de patient de kiné).

La communication directe avec le kinésithérapeute serait réservée aux situations complexes à la manière de ce neurologue qui indique qu'il a recours à une lettre d'accompagnement à destination du kinésithérapeute dont la prise en charge ne convient pas « *je peux aussi faire un mot au kiné en disant voilà, heu, voilà ce qui se passe pour que, en me disant il a peut-être pas toutes les informations, heu, je vais essayer de l'éclairer pour, heu, rectifier les choses* » (Homme, 50 ans, expérience mixte, neurologue, ami kiné).

- Effets des soins

Les effets des soins, escomptés ou constatés, relèvent de deux dimensions : de la santé somatique et de la santé psychologique.

Les effets somatiques concernent la lutte contre la douleur et le maintien ou recouvrement des capacités fonctionnelles, nuancés par le risque de conséquences physiques iatrogène de ces soins ; cette médecin de rééducation relate les effets secondaires dans les prises en charge rééducatives des patients blessés médullaires « *les mobilisations, les verticalisations, heu, le travail de renforcement ça peut générer des stimuli qui en, dans un deuxième temps vont réveiller éventuellement ces douleurs ou postopératoire nociceptives ou heu, neuropathiques* » (Femme, 50 ans, expérience en établissement, médecin de rééducation). Les effets sur la santé psychique relèvent d'une expérience marquée positivement ; ce médecin généraliste témoigne de l'évolution favorable qu'il a constatée de l'attitude vis-à-vis de ces soins « *au jour*

*d'aujourd'hui, utiliser par exemple dans une pathologie de la kinésithérapie, de l'ostéopathie, de l'acupuncture, ça paraissait y'a dix ans complètement bizarre. Au jour d'aujourd'hui, ça se fait couramment, la preuve, l'institut Paoli-Calmette le fait. Donc euh... Voilà. On peut utiliser tous les moyens, y'a pas que les médicaments, même si c'est très utile » (Homme, 56 ans, expérience libérale, médecin généraliste).*

- Le groupe des Masseurs-kinésithérapeutes

Enfin, nous développons l'analyse des thématiques produites par le groupe MK\* à partir du Tableau XI.

|                  |               |   |
|------------------|---------------|---|
| NATURE DU SOIN   |               | Attitude Négative (67%)<br>Par spécialités/ Techniques (50%)<br>TOUCHER- Contact physique corporel et sensoriel (50%)<br>Adhésion, engagement, confiance (83%)<br>Durée des actes/ rythme (67%)<br>Organisation du cabinet (83%)<br>Organisation temporelle des soins (67%) |
| SENS DU SOIN     |               | Soigner (care) (83%)  |
| PROCESSUS        |               | Travail d'équipe (50%)<br>Communication Directe (83%)<br>Communication Indirecte (50%)<br>Voie hiérarchique (67%)<br>Rentabilité (50%)  |
| EFFETS DES SOINS | SOMATIQUE     | Fonctionnel (50%)<br>Ne plus avoir mal (50%)  |
|                  | PSYCHOLOGIQUE | Attitude positive (100%)<br>Psychologique Positif (50%)   |
|                  | RELATIONNEL   | Déshumanisé (85%)<br>TOUCHER- Communication non verbale (empathie, connaissance de l'autre) (50%)<br>Ecoute, dialogue, empathie (83%)<br>Fusion, lien fort (50%)  |
|                  | SOCIAL        | Gestion du handicap/autonomie (50%)<br>Social (50%)   |

**Tableau XI : Synthèse des thématiques du groupe MK**

- Nature des soins

Pour ce groupe de kinés, la nature des soins est pensée en lien avec leurs pratiques professionnelles. Elles font principalement référence aux dimensions spatio-temporelles du travail de kinésithérapeute et sont exprimées grâce à la comparaison intergroupe avec les médecins. Ils mettent ainsi en évidence des éléments qui leur permettent de se singulariser et de se spécifier. Dans l'extrait qui suit, ce kinésithérapeute libéral insiste sur le caractère répétitif et la durée des actes comme facteur concourant, selon lui, à une meilleure connaissance du patient comparée au médecin « *ils les voient quinze minutes, une personne elle ne se confie pas en quinze minutes. Nous les gens se confient plus, on les voit une demi-heure, quinze, vingt, trente fois, des fois toute l'année, donc à la fin on sait plus de choses, heu sur le patient lui-même, sur sa vie ou quand on fait les domiciles, on va chez eux* » (Homme, 34 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

La comparaison des deux modes d'exercice libéral et salarié leur permet de mettre en lumière des différences comme le fait de devoir organiser dans le temps les soins selon la pathologie ou certaines phases de rééducation spécifique. Ainsi, cette kiné salariée en centre pour traumatisés médullaire a recours à la comparaison des deux modes d'exercice pour marquer la spécificité de sa prise en charge, à savoir le caractère intensif : « *Voilà en fonction de l'intensité de la rééducation dont ils ont besoin de faire travailler et à travailler avec eux ; mais voilà des patients, en libéral c'est peut-être une demi-heure par jour, enfin peut-être une demi-heure deux fois par semaine, donc ce n'est pas pareil.* » (Femme, 26 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute).

La confiance dans la relation est pensée du patient envers le kiné, elle est le corollaire de l'adhésion aux soins de kinésithérapie qui dépend elle-même, selon eux, de leur implication dans la prise en charge. À l'instar de ce kinésithérapeute-ostéopathe libéral pour qui la mise en confiance repose sur le kiné lors des premiers contacts avec le patient. Dans cet extrait, ce dernier nous décrit sa stratégie : « *Il faut arriver à cerner les gens, établir une relation de soin*

*et après on, arriver à déployer notre, heu, notre acte technique, j'allais dire pur, de soin. Après, l'acte de soin c'est la finalité de tout ça, puisque de toute manière, au fur et à mesure, si vous faites la deuxième, la troisième séance, vous allez en principe avoir quelqu'un qui arrive plus en confiance qui commence à vous connaître, qui du coup va plus adhérer à votre démarche de soins, qui va vous faire confiance, je vous disais, c'est après qu'on a établi ça on a une relation de confiance ou des gens arrivent à se détendre, ils savent pourquoi vous leur faites ça, si vous avez bien expliqué, si vous avez fait votre part d'éducation, à un moment faut expliquer pourquoi, comment, ce qui se passe et pourquoi ils avaient mal, etcetera. Les gens savent déjà que vous savez, c'est bien et donc du coup ils sont plus en confiance et donc du coup vous allez pouvoir mettre en place votre, enfin tout votre protocole de soin, mais le soin ce n'est pas, ce n'est pas juste l'acte technique, tout ça, je pense que c'est la globalité des deux, c'est l'acte technique accompagné de tout l'environnement psychologique, la confiance, etcetera » (Homme, 41 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).*

Le travail est pensé dans son rapport au toucher et au corps ; il se fait avec le corps du kiné sur le corps du malade, pour ce kiné, le corps est à la fois un outil de travail et un objet de travail : « *par rapport au corps, ben on travaille dessus, on travaille dessus* » (Homme, 34 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

Le recours à leurs soins selon des caractéristiques techniques est décrit par la prescription du médecin ; pour ce kiné-ostéopathe, ce sont les médecins qui font de lui un technicien, par là il exprime à mots couverts ce qu'il ressent comme une dévalorisation et une limitation de ses compétences « *Les gens viennent pour avoir un acte technique que le médecin leur a demandé de faire* » (Homme, 41 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

Les kinés expriment leurs attitudes négatives envers un stéréotype du « mauvais kiné ». Il y a trois niveaux de gradations : le premier niveau est celui du praticien inefficace en raison de son attrait pour l'argent qui le conduirait à ne pas aller « au fond des choses » comme en témoigne

cet homme dont l'expérience est mixte, mais qui au moment de l'entretien est salarié dans un centre pour traumatisés médullaires « *et bien dans des cabinets un peu plus « usine », ils vont juste traiter la douleur et pas les conséquences du déficit* » (Homme, 32 ans, expérience mixte, kinésithérapeute). Le second niveau est celui du praticien négligeant par fatigue, comme le pense de cette kiné salariée en centre pour blessés médullaires « *je pense que c'est peut-être la contrainte physique et psychologique, la lourdeur de la chose qui fait que peut être quand on est un peu plus âgé, on est, peut-être un peu moins à même d'avoir autant de patience avec certains patients ou autres* » (femme, 28 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute). Enfin, ce « mauvais kiné » peut être dangereux pour le malade et pour le groupe du fait de son incompetence comme l'exprime cette kiné libérale « *C'est, on a quand même, enfin moi je pense que j'ai choisi ce métier pour soulager et pour aider les gens, pas pour les massacrer les uns après les autres* » (Femme, 29 ans, expérience libérale, kinésithérapeute).

- Sens des soins

Pour ce groupe de kinésithérapeutes, le sens donné à ces soins est pensé dans sa dimension de proximité relationnelle, le « care ». Dans cet extrait, cette kiné salariée ancre cette proximité dans sa pratique quotidienne professionnelle « *pour moi, c'est un travail heu, vraiment, enfin, pour moi c'est pratiquer le côté médical des choses, mais de façon très pratique, d'être très en contact avec les patients. C'est, heu, pour moi c'est, heu, voilà ; en fait c'est soigner les gens, mais vraiment au plus proche* » (femme, 28 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute).

- Processus en jeu dans ces soins

Les processus qui se jouent dans ces soins, sont décrits entre les 3 acteurs et sont dans le champ de la pratique professionnelle, avec d'une part, l'aspect relationnel aux médecins pouvant être hiérarchique et d'autre part l'aspect financier.

La communication directe entre kiné et médecin est facilitée par le partage de liens amicaux ou familiaux, mais reste réservée aux situations problématiques. Pour les kinés se pose le problème de divergence de diagnostic ou d'indication des soins. Le monopole du diagnostic par les médecins conduit les kinés à craindre la confrontation intergroupe du fait de la remise en question de l'autorité du médecin. Ici, la kiné qui exerce en libéral relate une situation où elle a alerté un médecin et le patient de sa mauvaise cicatrisation. Ce dernier a eu une infection qui aurait pu nécessiter une amputation du membre si elle n'avait pas persisté à contredire le médecin « *quand tu sais que la personne ne va pas t'écouter, euh, là tu peux être amené à appeler le médecin. Mais c'est rare, mais c'est rare, parce qu'en général les médecins t'écoutent quoi* » (Femme, 29 ans, expérience libérale, kinésithérapeute).

La communication est le plus souvent indirecte entre médecin et kiné, par l'intermédiaire du patient, considéré comme le premier concerné et responsable. Cependant, pour ce kiné libéral, le patient est un intermédiaire peu fiable qui peut mettre en danger la relation au médecin « *le principal facteur de communication avec un médecin, c'est le patient ; ce qui est un facteur qui est quand même très, très, très, très biaisé, quoi, hein, ils disent un peu ce qu'ils ont envie de dire, hein, « non, non il ne m'a pas fait bosser, non, non tout va bien », ou voilà. Donc c'est limité ça par contre, ouai* » (Homme, 34 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

La hiérarchie, pour les kinés, est liée à la prescription. Elle est décrite comme un lien de dépendance symptomatique de la dominance médicale. Dans l'extrait de l'entretien de cette kiné exerçant en centre de rééducation, elle précise les conditions qui l'amènent à prendre en charge un patient hospitalisé « *on dépend beaucoup, quand même, des prescriptions médicales. C'est-à-dire que on n'intervient pas seul comme ça. On ne peut pas débarquer dans la chambre*



du patient et dire ben, « aujourd'hui moi je vais faire si », non, comme on travaille sur prescription médicale » (femme, 28 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute).

La rentabilisation de l'activité est décrite par les kinés comme un phénomène principalement libéral, mais qui peut se rencontrer dans certains services hospitaliers tournés vers les soins ambulatoires. Ce kiné libéral relate ici comment la rentabilisation d'une structure libérale impacte la qualité des soins « c'est-à-dire qu'il faut arriver à bien travailler en voyant suffisamment de patients pour justement faire tourner le cabinet. Donc souvent, heu, j'ai travaillé dans de très gros cabinets, ou effectivement on faisait quand même le minimum » (Homme, 41 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

Pour le groupe de kinés salariés, le travail se fait en équipes, avec une première équipe kinés-patients comme le décrit cette kiné salariée : « c'est vraiment un accompagnement, pour moi c'est un travail d'équipe avec le patient, que l'on fait pour vraiment les pousser au maximum de leurs possibilités motrices et fonctionnelles » (Femme, 26 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute). Et une deuxième équipe avec les autres soignants, du fait de l'interconnexion des différents soins ainsi que le décrit cette autre kiné salariée « on travaille tous, ben c'est vraiment un travail d'équipe, c'est-à-dire on discute aussi avec les infirmiers et les aides-soignants parce qu'il faut qu'ils soient aussi au courant des capacités du patient pour eux en chambre être à même de, d'être le plus proche possible des besoins du patient. Et le médecin, il a un retour forcément de, dès qu'on fait un bilan dès qu'on a quelque chose qui évolue, dès qu'on veut passer à une étape supérieure, on a des comptes à rendre, voilà il faut qu'on le tienne au courant de l'évolution du patient, de, du bilan d'entrée déjà de notre, de nos objectifs, de ce qu'on estime pouvoir faire avec et progressivement en cours de rééducation ben, on fait des points assez régulièrement pour voir un petit peu, heu, où on en est, en fait, dans la rééducation » (Femme, 28 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute).

- Effets des soins

Pour le groupe des kinés, les effets des soins abordent toutes les dimensions du somatique au social.

Les effets somatiques ont des aspects physiques et fonctionnels. Dans cet extrait, le kiné salarié décrit comment se réalise et agit un drainage respiratoire sur un patient tétraplégique trachéotomisé dont les voies respiratoires sont encombrées par des sécrétions : *« nous, c'est vrai qu'on essaie de drainer les poumons, heu, pour essayer de recréer l'action de muscles qui ont été perdus afin de, ça plus heu, des instruments qu'on a, heu, qui, le percussionnaire\* qui permet de faire remonter les sécrétions avec une insufflation d'air, heu dans les poumons une pression positive qui permet de, de faire remonter progressivement »* (Homme, 32 ans, expérience mixte, kinésithérapeutes).

Les effets fonctionnels sont secondaires à la récupération mécanique pour cette kiné *« pour moi la kinésithérapie c'est, c'est rééduquer des gens après une pathologie ou après un traumatisme pour améliorer leur capacité fonctionnelle et améliorer leur vie quotidienne »* (Femme, 26 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute).

Les effets psychologiques que pensent produire les kinés sont éducationnels et motivationnels. Dans cet extrait, la kiné salariée en centre pour blessés médullaires décrit comment elle adapte sa rééducation et motive le patient ayant une « baisse de moral » : *« Ben, c'est en les dynamisant, s'ils n'ont pas le moral, on va les chercher dans leur chambre pour les motiver pour qu'ils viennent travailler. Faire des exercices en progressif, mais des choses qui sont à leur portée pour pas les mettre en situation d'échec, essayer de proposer des exercices variés pour changer, pour que ce soit pas toujours la même chose, qu'ils ne s'ennuient pas. Et voilà pour faire des choses fonctionnelles et valoriser le fait qu'ils arrivent à faire des choses »* (Femme, 26 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute).

Les effets relationnels sont pensés par les kinés selon quatre thématiques : l'écoute, la connaissance sensorielle de l'autre, le lien affectif et la distance. L'écoute consiste au recueil

bienveillant, neutre et secret des paroles du patient ; cette kiné libérale indique ici en quoi consiste son écoute : « *ce n'est pas être un peu psy, c'est être à l'écoute des gens. Parce que en fait je, notamment les personnes âgées, elles n'ont pas forcément des personnes autour d'elles avec qui parler, donc c'est vraiment leur demi-heure où elles peuvent se lâcher, elles vont pouvoir parler du tout et du rien, ça leur fait plus de bien de discuter que les soins que tu peux prodiguer* » (Femme, 29 ans, expérience libérale, kinésithérapeute).

Cette écoute est complétée par le toucher qui apporte des informations au sujet du patient. Cette forme de communication non verbale permet à ce kiné libéral de s'ajuster au patient et à la situation de soin « *Déjà sur la prise de contact, quand vous massez quelqu'un, vous voyez à peu près qui vous avez sous les doigts, quoi. Les gens qui se défendent, les gens qui se laissent faire, les gens qui parlent, qui ont une logorrhée, Blablabla, ils vident leurs trucs, ceux qui ne mouftent pas, ceux qui se défendent, vous le sentez à peu près, quoi* » (Homme, 34 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

Écoute et toucher aboutissent, pour le kiné, à la création d'un lien affectif fort qui peut être vécu difficilement comme dans le cas de cette kiné salariée qui noue des liens avec ses patients traumatisés médullaires: « *ça affecte aussi parce que du coup c'est des patients avec lesquels on a une relation quand même assez particulière parce que on les prend en charge pendant longtemps, on veut vraiment qu'ils évoluent vers le maximum d'autonomie et du coup et ben on est un peu touché et affecté quand ça ne va pas. Voilà comme c'est des patients qu'on suit pendant un an, un an et demi, deux ans, ça nous touche aussi* » (Femme, 26 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute).

Cette proximité affective pousse les kinés à procéder à une déshumanisation de la relation qui vise la protection affective, à l'instar de cette kiné salariée que la blouse protège symboliquement « *c'est mon métier que je fais et j'avouerais que ben oui, une fois que j'enlève*

*ma blouse et que je rentre chez moi, je reste pas forcément à ressasser, heu, le cas des patients ou ce qu'ils vivent » (Femme, 28 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute).*

La déshumanisation permettrait l'efficience des soins comme le décrit ce kiné libéral qui décrit le regard mécaniste qu'il pose sur tous les corps qui passent à sa portée : *« enfin moi ça m'arrive encore, souvent, de voir quelqu'un dans la rue et de pas voir une personne, mais de voir une pathologie. C'est-à-dire qu'en le voyant marcher, en la voyant marcher, on va se dire « tiens, y doit y avoir une scoliose, un problème de cheville, une épaule trop basse ». Et en fait je pense qu'on peut développer une vision déshumanisée et un peu mécaniciste de, heu, du corps, qui pour nous du coup est, n'est plus un corps habité par un être humain » (Homme, 41 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).*

Enfin, cette déshumanisation a une fonction de désérotisation de la relation, ainsi que le décrit ce kiné libéral : *« Nous on a une caution parce que les, les soignants les gens se laissent toucher, parce que c'est légal, quoi. Mais encore une fois ça fait un rapport qui est très, heu, professionnel, technique et voilà, c'est complètement désérotisé par contre, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de, de, de sensualité ni quoi que ce soit » (Homme, 34 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).*

Les effets sociaux sont pensés selon des thématiques d'autonomie et de projet de vie des patients. L'autonomie telle que la pensent les kinés s'articule entre indépendance fonctionnelle et « normalité » à l'instar de cette kiné salariée *« ben a priori c'est de redonner de l'autonomie heu, à un patient qui a un déficit que ce soit du handicap lourd, heu, un déficit plus léger suite à une opération ; c'est à partir du moment où y a une défaillance heu, de ce qu'on peut appeler la normalité, et on essaie de redonner au patient une certaine autonomie pour qu'il puisse vivre normalement si on peut dire ou améliorer ses conditions de travail, si c'est un problème ; par exemple pour si c'est un problème d'épaule ou un problème de hanche de genoux, heu, puis après tout dépend l'âge bien sûr si c'est un patient qui travaille encore ou pas du tout »*

(Femme, 26 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute). Le projet de vie du patient permet au kiné d'anticiper les efforts et difficultés que le patient pourrait rencontrer et de se comporter en conséquence pour, comme l'exprime ce kiné libéral, atteindre le résultat déclaré attendu par le patient *« avec leurs objectifs à eux, qu'ils sont prêts à endurer, aussi, parce que parfois ça peut être un peu dur, heu, jusqu'où ils veulent aller, dans leur récupération, ce qui est important pour eux dans leurs projets de vie, ce sont ces facteurs-là que de toute façon on examine avec nos patients, et qui échappe à toute prescription médicale puisque c'est une relation très personnelle une rééducation »* (Homme, 34 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

### **3.1.2 Synthèse des résultats de l'analyse de qualitative des entretiens**

Les chapitres suivants présentent de manière synthétique les résultats des comparaisons des productions discursives des différents groupes. Nous illustrons ces paragraphes par la Figure 22.

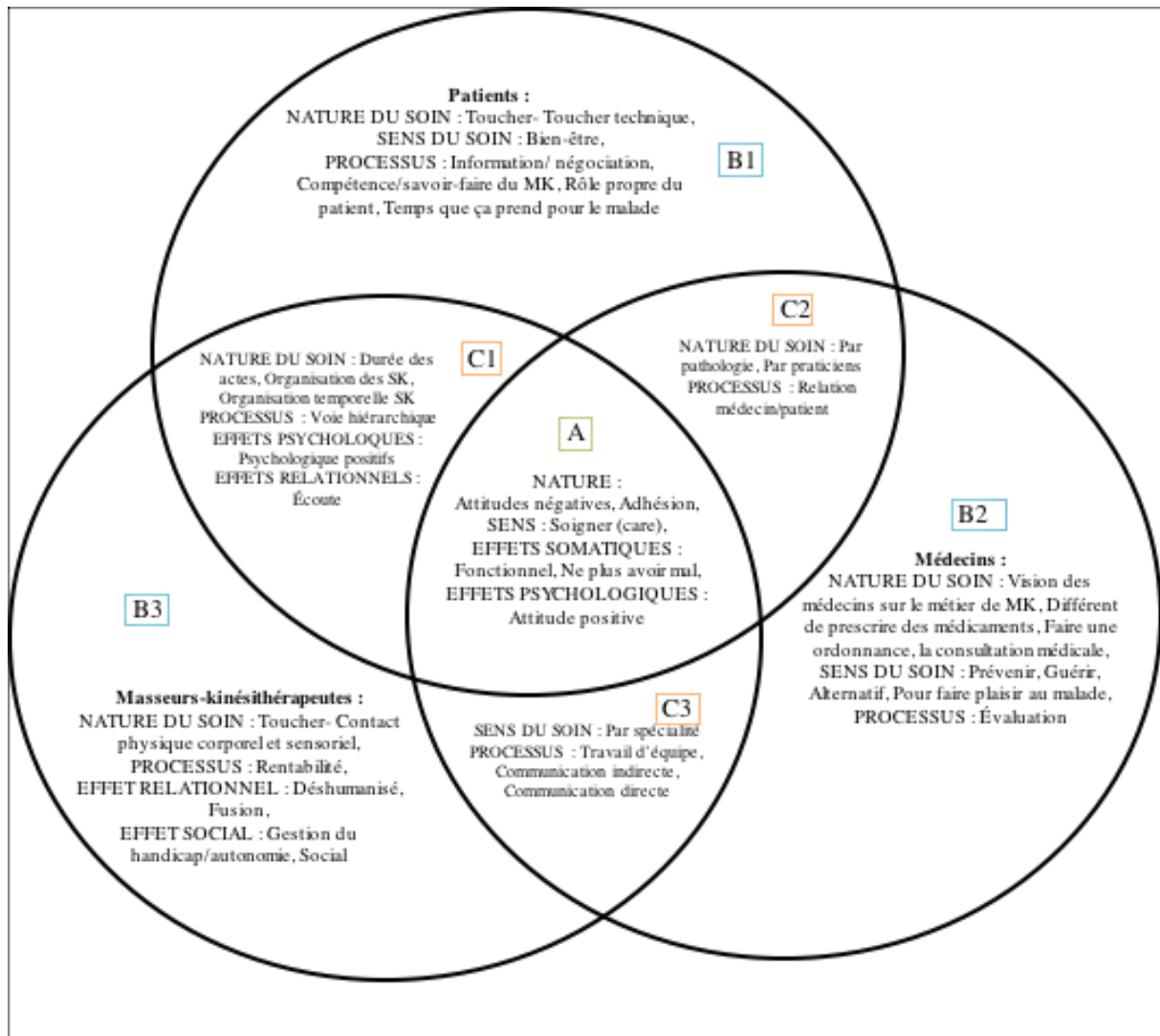


Figure 22 : Schéma des répartitions des thématiques des groupes. A : points communs aux trois groupes ; B : points distinctifs ; C : points communs entre deux groupes.

- Thèmes spécifiques pour chaque groupe

Chaque groupe a abordé des thématiques qui lui sont propres et qui sont fréquemment citées par ces membres. Nous présentons les propos du groupe patients (B1 sur la figure 22) ; puis nous rappelons ceux du groupe médecin (B2 sur la figure 22) ; enfin, nous terminons par les thématiques propres au groupe des MK\* interrogés (B3 sur la figure 22).

- ◇ Groupe des patients (B1 sur la figure 22) :

Pour le groupe des patients, les thématiques spécifiques (B1 sur la figure 22) reposent sur un soin de nature tactile dont le sens va vers le bien-être et qui se réalise par des processus de négociation reposant conjointement sur le rôle propre du patient et sur les compétences du MK\*. Ils abordent l'impact temporel de ces soins sur leur quotidien.

◇ Groupe des médecins (B2 sur la figure 22) :

Le diagnostic est défendu vigoureusement comme monopole de la pratique médicale considéré sans commune mesure avec le diagnostic kinésithérapique ou ostéopathique ; il y a une différenciation intergroupe qui repose sur le diagnostic. Le diagnostic serait le fondement de l'autorité et de la légitimité médicales. Tous les médecins interrogés ont exprimé une vision de la nature des soins construite à travers différentes catégories d'expérience qui viendraient combler les lacunes de leurs formations. L'expérience peut être intime basée sur un vécu de soins ; d'autres se basent sur leurs expériences amicales ou familiales pour évoquer la nature de ces soins. La prescription de ces soins est évoquée par tous les médecins rencontrés ; elle serait différente de celle des médicaments et reposerait sur la prise en compte de multiples facteurs distincts de ceux aboutissant à la prescription de remèdes. Parmi eux, on trouve une démarche symbolique de reconnaissance de la plainte du malade. Faire une ordonnance de kinésithérapie serait un acte complexe basé sur la bonne connaissance du patient.

Les sens du soin sont peuvent être dans une démarche de recherche de bonne relation avec le malade, mais peuvent être aussi bien curatif, que préventif ou alternatif.

L'évaluation passe par la communication indirecte entre médecin et kinésithérapeute. C'est la règle, au sens où elle est la plus fréquente façon pour un médecin de faire savoir ce qu'il attend des soins de kiné en l'expliquant à son patient et rédigeant une ordonnance qu'il remet au patient. Pour les médecins rencontrés, le patient est considéré comme le premier concerné et responsable. Ce mode de communication peut concourir à une influence indirecte sur les soins de kinés par l'intermédiaire du patient.

◇ Groupe des kinésithérapeutes (B3 sur la figure 22) :

La spécificité du discours des MK\* est que la nature du soin est marquée par le toucher. La rentabilité est un processus abordé dans une dimension professionnelle propre à l'exercice libéral. Sur le plan des effets relationnels, ils abordent la difficulté de doser entre un rapport déshumanisé, centré sur les aspects anatomique et mécanique, et un rapport fusionnel dans une « bulle d'intimité » construit durant des semaines, voire des années. Cette proximité affective pousserait les kinés de ce groupe à procéder à une déshumanisation de la relation qui viserait la protection affective. La déshumanisation permettrait l'efficacité des soins. Enfin, cette déshumanisation aurait une fonction de désérotisation de la relation. Sur le plan social, les kinés font référence à des thématiques d'autonomie et de projet de vie des patients. L'autonomie telle que la pensent les kinés s'articule entre indépendance fonctionnelle et « normalité », le projet de vie du patient permet au kiné d'anticiper les efforts et difficultés que le patient pourrait rencontrer et de se comporter en conséquence pour atteindre le résultat déclaré attendu par le patient.

• Éléments communs aux trois groupes (A sur la figure 22)

Si les trois groupes ont abordé des thématiques communes, elles n'ont pas la même importance pour tous. Nous les présentons dans la suite de ce paragraphe.

La verbalisation d'attitudes négatives, chez les médecins et chez les patients, prend le sens d'une relativisation de l'utilité de ces soins. Avec une particularité pour les médecins qui ont exprimé des attitudes négatives au nom d'un sous-groupe de collègues. Alors que pour les kinésithérapeutes, ces attitudes négatives s'expriment envers un stéréotype du « mauvais kiné » inefficace en raison de son attrait pour l'argent qui le conduirait à ne pas aller « au fond des choses », négligent du fait des contraintes professionnelles psychologiques et physiques. Ce « mauvais kiné » peut être dangereux pour le malade et donc pour le groupe du fait de son incompétence. Les trois groupes partagent l'idée d'une relation de confiance comme condition



nécessaire aux soins. Cette confiance, pour les médecins, vaut autant dans la relation kiné-patient que dans la relation kiné-médecin. Les trois s'accordent à penser que le « care » est un des sens des soins. Il y a consensus sur les effets somatiques des soins qui sont fonctionnels et antalgiques. Là encore l'importance relative des effets pour chaque groupe diffère. Enfin, chacun s'accorde à attribuer une valeur positive aux soins ; pour les médecins et les patients, c'est l'expression d'une expérience personnelle positive, pour les kinés cette attitude est en lien avec l'identité professionnelle.

- Éléments de représentation distincts entre les trois groupes selon les thématiques
- Nature du soin

Médecins et kinés développent des éléments de langage qui font référence à leur identité et leurs pratiques professionnelles : pour les médecins ce sera la prescription et la consultation.

Pour les kinés, le contact physique et sensoriel dû au toucher permet de penser leur travail ; il se fait avec le corps du kiné sur le corps du malade, le corps est à la fois un outil de travail et un objet de travail.

Les patients pensent le toucher dans sa dimension technique. Ils décrivent des actions mécaniques comme des massages, des étirements, des tractions ou des pressions.

- Sens du soin

Pour les médecins le sens des soins couvre plusieurs aspects : guérir, prévenir, faire plaisir au malade, alternatif ; il est bien moins diversifié pour les Patients ou les MK\*.

Il y a peu de consensus entre les trois groupes concernant le sens des soins : le « care » est très saillant pour les médecins et les kinésithérapeutes alors qu'il l'est moins pour les patients. Le bien-être est très présent dans le discours des patients alors qu'il paraît contre-normatif pour les médecins et les kinés. Le « cure » serait relativement saillant pour les médecins et alors que pour les kinés, il semble exister 2 sous-groupes : ceux pour qui l'aspect curatif ne fait pas de doute ; et ceux qui rejettent cette idée, car ils l'associent au religieux et à l'ésotérique. Mais le

« cure » est également contre-normatif dans le discours de certains patients interrogés. Ces derniers exemplifient leur point de vue au prisme de leur expérience de malade chronique.

- Processus

Les patients mettent l'accent sur les processus nécessaires à la réalisation des soins ; ces processus sont marqués par l'expérience personnelle : le rôle propre supposé passif, l'information négociée et l'impact temporel des soins.

Les médecins se singularisent en abordant l'évaluation des soins réalisée par l'intermédiaire du patient lors des interactions médecin-patients.

Les MK\* évoquent la rentabilité ; pour eux c'est un phénomène qui impacte la qualité des soins. Selon eux, ce phénomène principalement libéral peut se rencontrer dans certains services hospitaliers tournés vers les soins ambulatoires.

- Effets des soins

Seuls les MK\* abordent des éléments qui distinguent leurs discours de ceux des autres groupes. La singularité porte sur les effets relationnels et sociaux des soins.

- Éléments de représentation partagés par deux groupes

Les trois groupes partagent deux à deux certains éléments de représentations.

- Éléments de représentations partagés entre médecins et patients (C2 sur la figure 22)

Médecins et patients s'accordent à penser que la nature des soins de kinésithérapies varie selon les praticiens et selon les pathologies.

La relation médecin/patient est un processus commun qui leur permet de négocier ces soins par et pour la relation médecins-malades dans son ensemble ; par la relation, car c'est dans l'interaction que se prévoient ces soins ; pour l'interaction, car les soins de kinés peuvent être prescrits ou réclamés comme un contre-don à d'autres dimensions de leur relation.

- Éléments de représentations partagés entre kinésithérapeutes et patients (C1 sur la figure 22)

La nature des soins partagée entre kinésithérapeutes et patients s'objective par leurs soucis communs de l'impact temporel et organisationnel de ces pratiques de soins. Les kinés la pensent dans sa perspective professionnelle ; les soins se pensent en séries d'actes coordonnés, un acte étant lui-même composé de plusieurs techniques de durée différentes, pouvant aller au-delà de la demi-heure légale. Les patients la pensent dans son versant individuel au regard de la nécessité de leur dédier un temps spécifique qui retentit sur les autres aspects de leur vie quotidienne. Ils s'accordent à penser les processus en jeu dans ces soins en lien avec une notion de hiérarchie entre les acteurs, sans pour autant trouver un terrain d'entente immuable sur la place relative de chacun. Ils partagent l'idée que ces soins ont des effets psychologiques positifs, sur la confiance en soi ou sur la motivation du patient. Au niveau relationnel, ils trouvent un terrain d'entente sur l'écoute qui consiste en un recueil bienveillant, neutre et secret des paroles du patient.

- Éléments de représentations partagés entre médecins et kinésithérapeutes (C3 sur la figure 22)

Médecins et kinésithérapeutes s'accordent à penser que la nature des soins de kinésithérapie varie selon les spécialités comme dans les cas de l'urologie, la pneumologie ou encore la gériatrie. Plusieurs processus en jeu dans ces soins sont partagés entre médecins et kinésithérapeutes. Premièrement, le travail d'équipe est pensé par les médecins comme un phénomène interactif, quel que soit le mode d'exercice. Alors que cette conception concerne uniquement les kinés salariés pour qui le travail se fait en deux équipes distinctes : une première équipe kiné-patient et une deuxième équipe avec les autres soignants, du fait de l'interconnexion des différents soins.

Les processus communicationnels sont directs ou indirects. Pour les deux groupes, la communication indirecte est la règle, au sens où elle est la façon la plus fréquente pour un médecin de faire savoir ce qu'il attend des soins de kiné en l'expliquant à son patient et réciproquement pour le kiné. La communication directe entre kiné et médecin, en dehors d'un cadre amical ou familial qui les lierait, est réservée aux situations médicales complexes. Les situations décrites par les groupes semblent en lien avec la composante identitaire du monopole de diagnostic revendiqué par les médecins.

### **3.1.3 Méthode Reinert et lexicométrie des entretiens**

Nous avons procédé à une analyse lexicométrique\* automatisée au moyen du logiciel IRaMuTeQ afin de vérifier l'impact de notre subjectivité dans l'analyse qualitative. Le corpus\* est décrit au chapitre 2.1 Partie 4. Le corpus\* contient 18 textes, pour 85723 occurrences, 3622 formes et 1512 hapax (1.76% des occurrences - 41.74% des formes). La moyenne d'occurrences par texte est de 4762.39. L'analyse selon la méthode Reinert a 2443 segments de textes répartis en quatre classes (Annexe 12 ) représentées sur le dendrogramme de la Figure 23 .



Figure 23 : Dendrogramme issu du corpus d'entretien

La classe 1 est celle du soin (médical et kinésithérapique) articulé entre technique (« cure ») et relationnel (« care ») correspond à 33,01% du discours. Elle est produite par des médecins ( $\chi^2=31,88$ ) ou les sujets exerçant en établissement ( $\chi^2=7,71$ ). La classe 4 fait référence au corps touché et à l'expérience sensible qui en découle ; elle correspond à 18,19% du discours et est produite par des patients ( $\chi^2=12,77$ ) avec une expérience libérale ( $\chi^2=21,78$ ). Enfin, les classes 2 et 3 sont fortement liées entre elles ; elles couvrent le thème général du travail de kinésithérapeute. La classe 2 correspond au lieu (ou secteur) de travail et aux relations professionnelles. Elle correspond à 26,29% du discours. Elle est produite par des personnes dont l'expérience est mixte ( $\chi^2=47,51$ ). Enfin, la classe 3 correspond à la gestion du temps et ses effets psychologiques. Elle correspond à 22,51% du discours et est produite par des femmes ( $\chi^2=36,84$ ), kinés ( $\chi^2=19,78$ ) dont l'expérience est institutionnelle ( $\chi^2=3,85$ ).

### 3.1.4 Hypothèse pour la suite du travail

Les entretiens ont permis de dégager des thématiques dont on fait l'hypothèse qu'elles constituent le contenu des représentations :

- Représentations des patients centrées sur l'expérience et le bien-être
- Représentation des médecins liée à l'identité professionnelle et modulée par un vécu personnel : soit comme patient, soit comme proche d'un MK\*, la prescription de SK est un processus complexe différent de la prescription médicamenteuse et qui serait associé à des caractéristiques non-biomédicales.
- Représentation des kinésithérapeutes liée à l'identité professionnelle : présence d'un stéréotype de groupe visant sa protection (inefficace, négligent ou dangereux), différenciation intergroupe avec les M sur la connaissance approfondie du patient (temporalité et perception sensorielle).
- Relativisation de l'utilité (attitudes négatives des médecins et patients)
- Possible lien avec les situations d'interaction triadique
- Possible effet du genre sur le contenu

### 3.2 Extraction d'éléments issus de la littérature académique

Dans une nouvelle étape, nous avons cherché à analyser le contenu des articles afin d'en extraire des thématiques de contenu représentationnel. Dans cette optique, nous avons lu chaque article et dégagé une thématique générale pour chacun ; il se dégage trois centres d'intérêts principaux : le rôle des professionnels de la santé ; la relation entre professionnels de santé et patients ; les attentes, perceptions ou expériences en matière de physiothérapie ou de réadaptation.

La thématique la plus représentée renvoie à divers aspects de la relation soignant-soigné, comme la communication (verbale ou non), mais aussi la description des interactions ; ainsi que les critères de qualité permettant de définir cette relation, ou encore l'évaluation de cette dernière. On trouve aussi des recherches sur l'Éthique comportementale, au sens des principes moraux régulant la relation, qui s'intéresse aux comportements des protagonistes en situation d'attraction sexuelle ou d'agressivité du soigné.

Un autre centre d'intérêt concerne les rôles professionnels. Là, les articles décrivent les rôles perçus ou pratiqués selon le point de vue des soignants ou des patients. Le dernier groupe d'articles se penche sur les attentes, perception et expérience de la physiothérapie, là aussi selon le point de vue des patients ou des professionnels de santé.

Puis nous avons procédé à une analyse par classification hiérarchique descendante selon la méthode Reinert des 55 articles. Ce corpus\* a été analysé au moyen du logiciel IRaMuTeQ. Ce dernier le découpe en 3936 segments de textes et dénombre plus de 267514 occurrences, dont 8586 lemmes\* et 3157 hapax.

L'analyse par le logiciel du corpus\* fait ressortir quatre classes qui rendent compte des centres d'intérêt des chercheurs (Annexe 15). Chacune de ces classes est marquée par la présence d'un nombre restreint de sous-thèmes qui permet l'émergence du thème général de la classe sur la Figure 24. La Classification Descendante Hiérarchique (CDH) permet d'étudier la distribution des classes et de mettre en évidence leurs relations de proximité et d'opposition. Autrement dit, certaines classes sont d'un point de vue sémantique (et par conséquent thématique) plus proche les unes des autres. Les résultats indiquent que les classes sont scindées en deux branches : la première associée à la classe 4 et la seconde qui regroupe les trois autres. Les classes 2 et 3 sont fortement liées.



**Figure 24 : Dendrogramme du corpus de littérature académique**

La première classe, qui représente 31,5 % du corpus\* total des articles, couvre le champ de l'expérience vécue des populations. Il semble que les auteurs cherchent à décrire les ressorts qui sous-tendent les situations vécues par les populations étudiées. Les mots *feel*, *think*, *know*, *express* ou encore *live*, illustrent cette idée.

La deuxième classe, la plus grande partie du corpus\* (32,8%) correspond à l'épistémologie des pratiques de soins en réhabilitation ou en physiothérapie. Cette dernière paraît montrer que la recherche s'intéresse principalement à la description de la réalité telle que pensée par les acteurs. On le retrouve par l'utilisation des mots comme *care*, *practice*, *professionnal*, *patient*, *knowledge*, *ebp*, *process*, *theoretical*.

Dans la troisième classe (10,8%), le champ lexical de la recherche scientifique qualitative est représenté. Dans la quatrième classe (25%), on retrouve aussi des éléments de langage associés aux méthodologies d'enquêtes quantitatives par questionnaire.



### 3.3 Extraction à partir des dictionnaires

Le corpus\* (cf. Annexe 16) après analyse se répartit en 5 classes (cf. Figure 25). Les classes 1 (18,75%) et 3 (22,92%) sont liées par une vision globale : la classe 3 issue de sources MK\* ( $\chi^2=8,08$ ) et à destination de ce public ( $\chi^2=6,7$ ) décrit un soin curatif global qui propose une diversité de méthodes et touche de nombreuses fonctions et affections. Le mot « ensemble » est particulièrement lié à cette classe ( $\chi^2=18,77$ ). La classe 1 est majoritairement produite par des sources médicales ( $\chi^2=2,23$ ) à destination des médecins ( $\chi^2=2,23$ ), véhicule une vision globale à moyens et finalités curatifs. L'adjectif « général » est fortement lié à cette classe ( $\chi^2=18,91$ ).

Les classes 2 (20,83%) et 4 (16,67%) contextualisent en France, une discipline (classe 2 :  $\chi^2=11,85$ ) décrite comme curative à dominante technique (actif, passif), proposée par le monde médical. Elles sont produites majoritairement, sans être significatives ( $p=0,121$ ), par des sources grand public (classe 4 :  $\chi^2=2,4$ ).

La classe 5 (20,83%) propose une définition orientée vers un soin curatif essentiellement technique avec une composante de « care », car le verbe « aider » est lié à cette classe ( $\chi^2=12,16$ ). Cette classe est produite par des sources juridiques ( $\chi^2=3,88$ ), mais également par la définition de l'Ordre des MK\* ( $\chi^2=4,08$ ) ainsi que celle de Légifrance ( $\chi^2=3,88$ ). Elle est à destination du grand public ( $\chi^2=5,21$ ).

Une remarque s'impose sur la quasi-absence de termes appartenant au champ du « care » présent uniquement dans la classe 5 et totalement absent des autres classes.

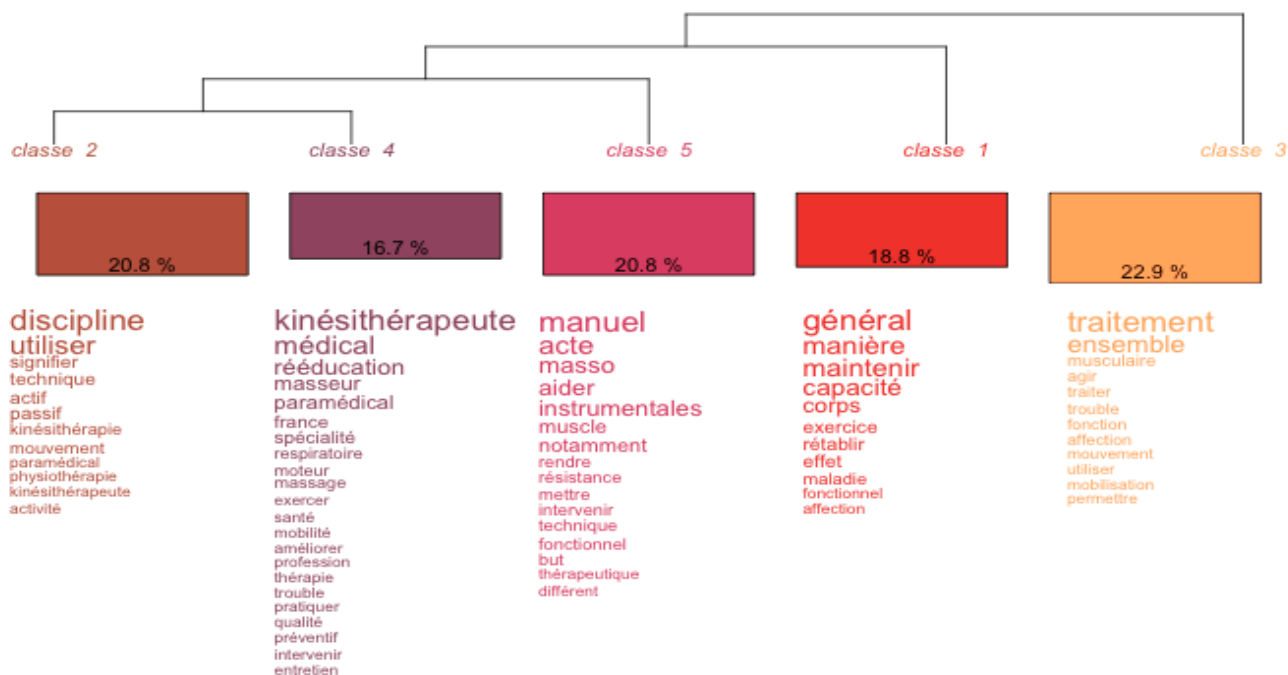


Figure 25 : Dendrogramme du corpus de définitions

L'AFC\* des classes du corpus\* de définitions (Figure 26) fait ressortir 4 facteurs distincts. Les deux premiers expliquent 59,42% et les cinq classes du discours.

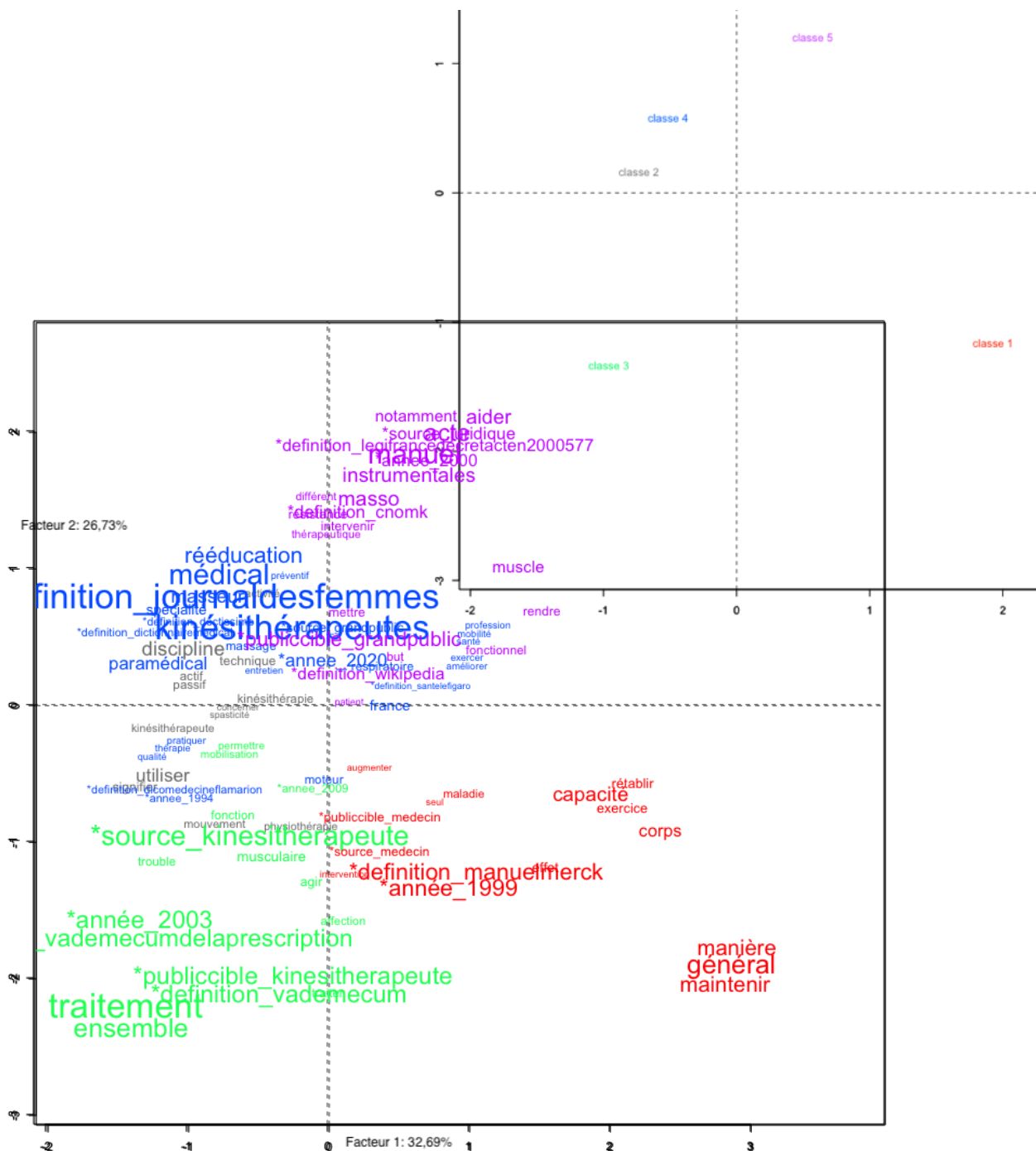


Figure 26 : AFC des classes du corpus de définitions

Il semble que la thématique du facteur 1 (32,69%) se réfère à des dimensions allant des moyens techniques (de 0 à -2) produite par des sources MK\*, grand public et juridique, aux effets (de 0 à +2) issus de sources médicales. Le facteur 2 (26,73%) se réfère à des aspects théoriques des soins, selon un axe qui oppose une vision spécifique curative (de 0 à -2) à destination du grand

public et une vision plus globale (de 0 à +2) majoritairement destinée aux professionnels (médecins et MK\*). L'AFC\* révèle donc une communauté de pensée globale des professionnels par rapport aux publics. Ce qui est ici à relever concerne la vision produite par et pour les médecins, centrée sur des effets dans une dimension globale.

### 3.4 Extraction de contenus à partir de la littérature (Le corps entre les mains)

La classification hiérarchique descendante révèle cinq classes qui constituent 70,43% des segments classés. Les formes actives principales sont présentées dans le Tableau XII. Le dendrogramme des classes (Figure 27) permet une visualisation de leurs corrélations. Nous observons deux branches distinctes : une branche qui regroupe les classes 1, 3 et 5 ; une autre avec les classes 2 et 4.

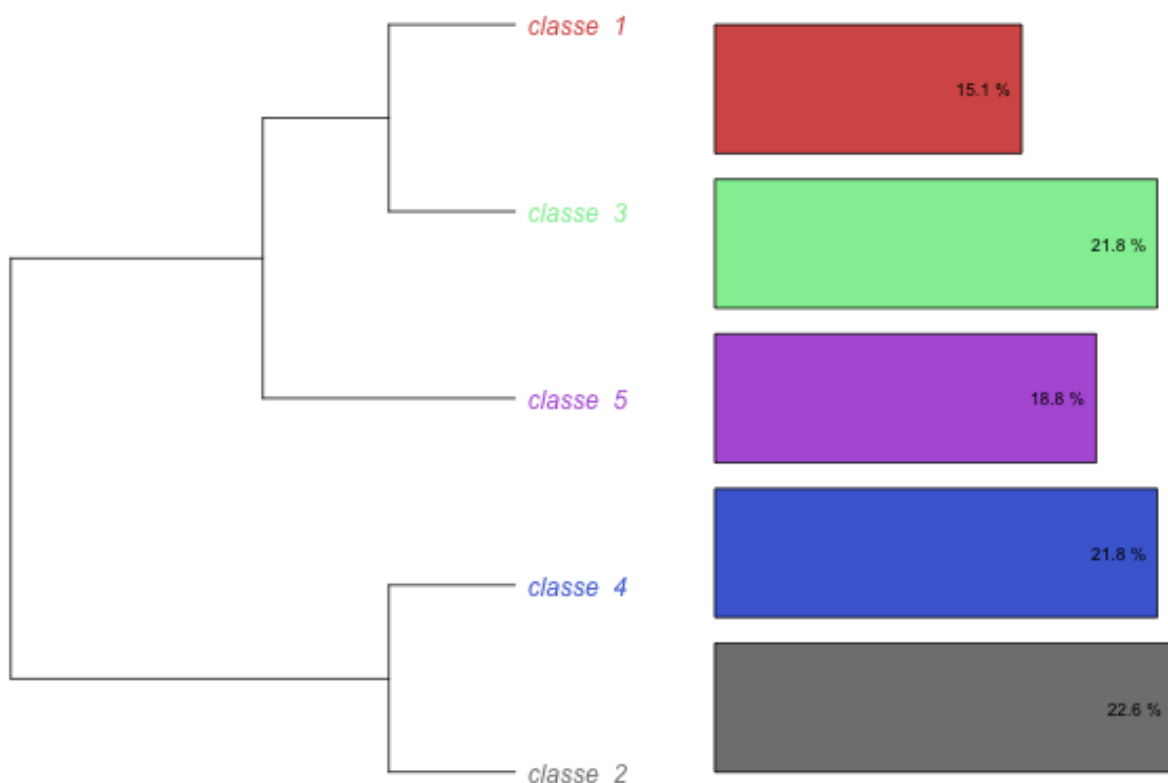


Figure 27 : Dendrogramme du corpus de B. Dolto

Le Tableau XII présente les contenus des classes en fonction des Chi2.

Tableau XII : Tableau associé aux classes de discours de B. Dolto

| Classes | Formes actives principales | Chi-carré | Segments caractéristiques (score= somme des Chi-carré)   | Thèmes  |
|---------|----------------------------|-----------|--|---|
| 1       | Corps                      | 102.28    | "en lui faisant <b>parcourir le chemin inverse</b> l'aider à <b>déchiffrer le langage</b> de son <b>corps</b> , quels que soient les avatars de parcours du <b>traitement manuel</b> et les accidents qui jalonnent, le masseur <b>kinésithérapeute élabore</b> les rapports du <b>corps</b> et de la <b>parole</b> " (score : 364.15) (p357)                                    | Relationnel   |
|         | Sortir                     | 62.13     |  |   |
|         | Médecin                    | 60.31     |  |   |
|         | Langage                    | 47.43     |  |   |
|         | Parler                     | 41.56     |  |   |
|         | Thérapeutique              | 38.68     |  |   |
| 2       | Main                       | 240.6     | "on peut <b>utiliser la technique manipulatrice</b> dite de verrouillage le <b>patient</b> toujours dans la même <b>position</b> de sa <b>main gauche</b> l' <b>opérateur saisit et maintient fermement</b> les deux condyles fémoraux du <b>genou droit</b> de sa <b>main droite</b> il <b>empaume le talon</b> " (score : 1229.10) (p294)                                      | Description des techniques et positions du corps du praticien |
|         | Pouce                      | 85.25     |  |   |
|         | Opérateur                  | 47.74     |  |   |
|         | Saisir                     | 43.09     |  |   |
|         | Résistance                 | 27.63     |  |   |
|         | Lentement                  | 22.11     |  |   |
| 3       | Douleur                    | 174.79    | "la kinésithérapie des pieds <b>douloureux</b> est aussi nécessaire que celle des <b>douleurs lombo sacrées</b> il s'agit dans la situation qui nous <b>concerne le syndrome douloureux primitif ou secondaire survenant</b> au <b>niveau</b> des pieds à l'exclusion de ceux causés par des <b>affections organiques évolutives et inflammatoires</b> " (score : 497.13) (p330) | Indication  |
|         | Scoliose                   | 74.24     |  |   |
|         | Affection                  | 47.46     |  |   |
|         | Troubles                   | 44.67     |  |   |
|         | Coxarthrose                | 40.18     |  |   |
|         | Problème                   | 25.24     |  |   |
| 4       | Pied                       | 201.45    | "cette <b>rotation externe</b> est transmise au <b>pied</b> par l' <b>articulation</b> sous <b>talienn</b> e ou sous <b>astragalienn</b> e schéma du <b>jambier postérieur coupe transversale</b> du médiotarse le pas <b>antérieur</b> est conditionné par l' <b>équilibre pelvis</b> podal <b>pieds taliens internes</b> calcaneus <b>externes</b> " (score : 998.01) (p320)   | Biomécanique du corps   |
|         | Orteil                     | 91.73     |  |   |
|         | Angle                      | 54.63     |  |   |
|         | Pronation                  | 54.25     |  |   |
|         | Horizontal                 | 33.46     |  |   |
|         | Déverrouiller              | 18.0      |  |   |
| 5       | Système                    | 125.72    | « la <b>maturation</b> du <b>système nerveux</b> comme la socialisation <b>aboutissent</b> à négliger l' <b>expression</b> physique au profit des symboles qui sont les <b>mots</b> le kinésithérapeute est aux confins des deux <b>mondes</b> il doit savoir <b>écouter</b> le discours du patient » (score : 272.15) (p357)  | Approche systémique   |
|         | Circuit                    | 60.99     |  |   |
|         | Cybernétique               | 42.67     |  |   |
|         | Comportement               | 26.16     |  |   |
|         | Conditionnement            | 34.76     |  |   |
|         | Processus                  | 19.25     |  |   |
|         | Unité                      | 9,00      |  |   |

Les classes 2 et 4 correspondent à 44,4% du corpus\* (classe 2 : 22,6% ; classe 4 : 21,8%) et sont marquées par un vocabulaire anatomique et descriptif. En effet, la classe 4 a pour thématique principale la biomécanique du corps. La classe 2 correspond à des descriptions de technique manuelle appliquées au malade, mais également les positions que prend l'opérateur. La seconde branche regroupe la majorité du discours classé (55,7%) avec les classes 1,3 et 5. La classe 3 (21,8%) aborde les indications de la masso-kinésithérapie. La classe 1 (15,1%) a une thématique centrée sur des aspects relationnels comme dans le segment suivant : « en lui faisant parcourir le chemin inverse, l'aider à déchiffrer le langage de son corps. Quels que soient les avatars de parcours du traitement manuel et les accidents qui jalonnent, le masseur kinésithérapeute élabore les rapports du corps et de la parole » (Dolto et al., 2006, p. 357). Nous avons procédé à une analyse du sous-corpus\* de cette classe qui ne produit aucun résultat significatif. Dans la classe 5 (18,5%), le monde lexical montre l'approche systémique de l'auteur. Cette approche est marquée par des termes comme « systèmes » (Chi2 : 125.72), ou « cybernétique » (Chi2 : 42.67). L'auteur relie différents niveaux de systèmes : chimiques, biologiques, physiologiques, psychologiques, sociaux et épistémologiques. Dans l'extrait suivant, dont le cumul de Chi2 est de 272.15, il s'inscrit dans une approche systémique complexe : « La maturation du système nerveux comme la socialisation aboutissent à négliger l'expression physique au profit des symboles qui sont les mots. Le kinésithérapeute est aux confins des deux mondes : il doit savoir écouter le discours du patient » (Dolto et al., 2006, p. 356-357).

### **3.4.1 Analyse Factorielle des Correspondances**

*L'analyse factorielle des correspondances* des classes fait ressortir 4 facteurs distincts (Figure 28). Les deux premiers expliquent 58,2% du corpus\* et les cinq classes.

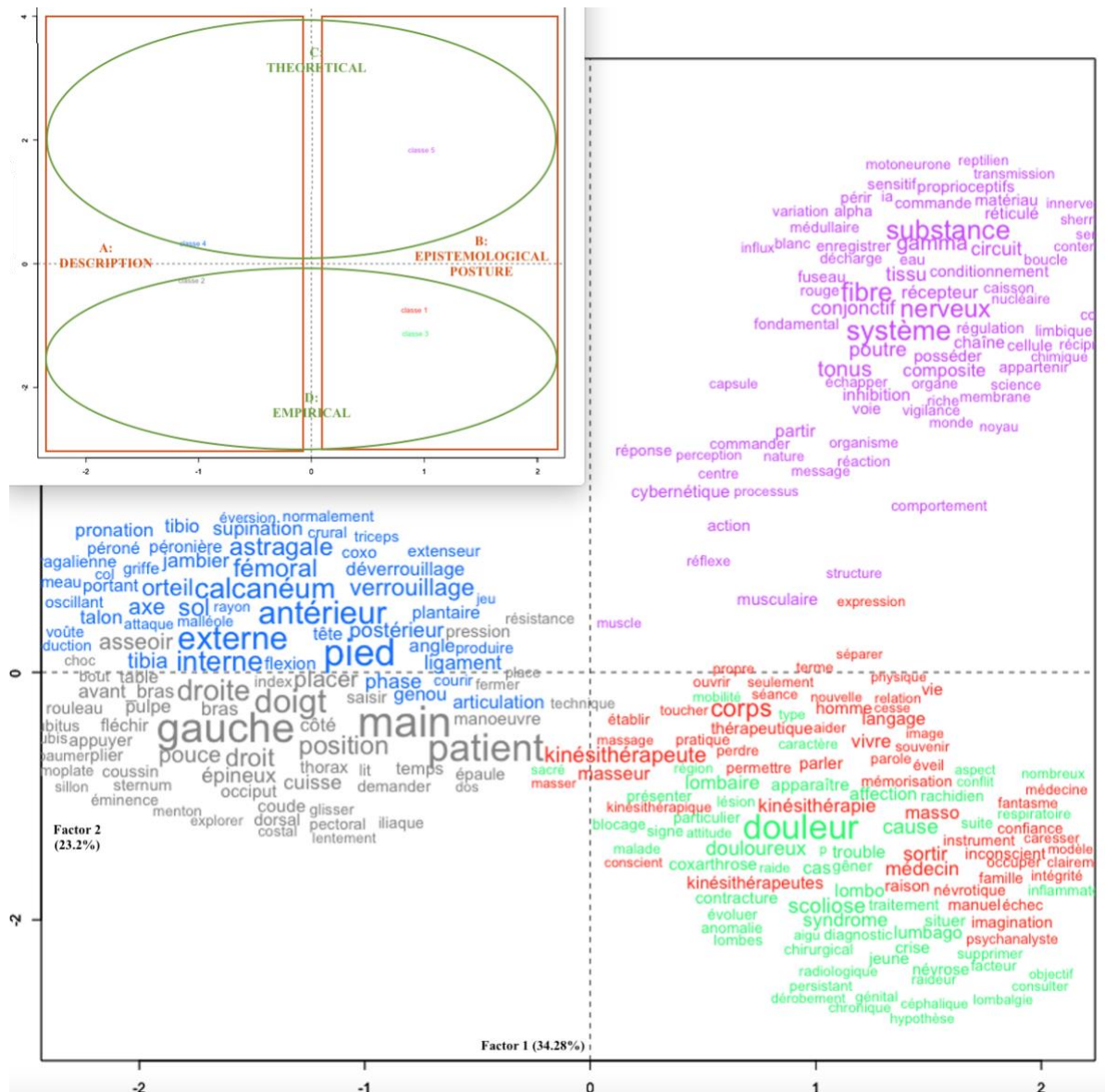


Figure 28 : AFC réalisée sur les classes du discours de B. Dolto

Le facteur 1 (34,28%) renvoie aux dimensions des soins de santé allant des descriptions techniques (A de 0 à -2) aux postures épistémologiques (B de 0 à +2). Le long de cet axe, on trouve d'une part des thèmes de description biomécanique (classe 4) et des techniques et positions du thérapeute (classe 2). D'autre part, on trouve des descriptions liées à l'expérience : les relations thérapeutiques (classe 1), les indications (classe 3) et le point de vue théorique de l'auteur (classe 5). Il existe une grande proximité sémantique entre les termes des classes 1 et

3, ainsi les relations thérapeutiques et les indications sont fortement corrélées pour cet auteur. Le facteur 2 (23,92%) fait référence aux aspects théoriques, selon un axe qui oppose les situations empiriques (D de 0 à -2) et la théorie (C de 0 à +2). Cet axe est associé à la classe 4, qui traite des descriptions de la biomécanique du corps, et à la classe 5, qui fait référence à la position théorique de l'auteur (pensée systémique).

### 3.4.2 Analyse de similitude

L'analyse de similitude produit des graphes des cooccurrences qui permettent de visualiser les relations des mots entre eux. Cette analyse est produite sur certaines des classes (1 et 5) ainsi que sur le corpus\* global.

La Figure 29 représente l'ensemble du texte de l'auteur, indépendamment de la classification hiérarchique descendante. Elle illustre la connexion logique des champs sémantiques des descriptions techniques centrées sur les mouvements volontaires (A). Elles sont en lien avec les thèmes de catégories d'actions appliquées (B) sur les différents éléments anatomiques (C) et fonctionnels (D). Elles sont produites dans une succession de situations d'interactions patient-kinésithérapeute qui constituent le traitement (E). L'utilisation des mains et du corps du kinésithérapeute (F) est réalisée dans une logique qui considère successivement les différents niveaux des systèmes physiopathologiques locorégionaux du malade (H, I, J). Cette démarche empirique fonctionne par boucle cybernétique d'action du thérapeute / réaction du malade (G) où le temps et la relation sont thérapeutiques (L) et où la douleur est un indicateur important d'ajustement (K).





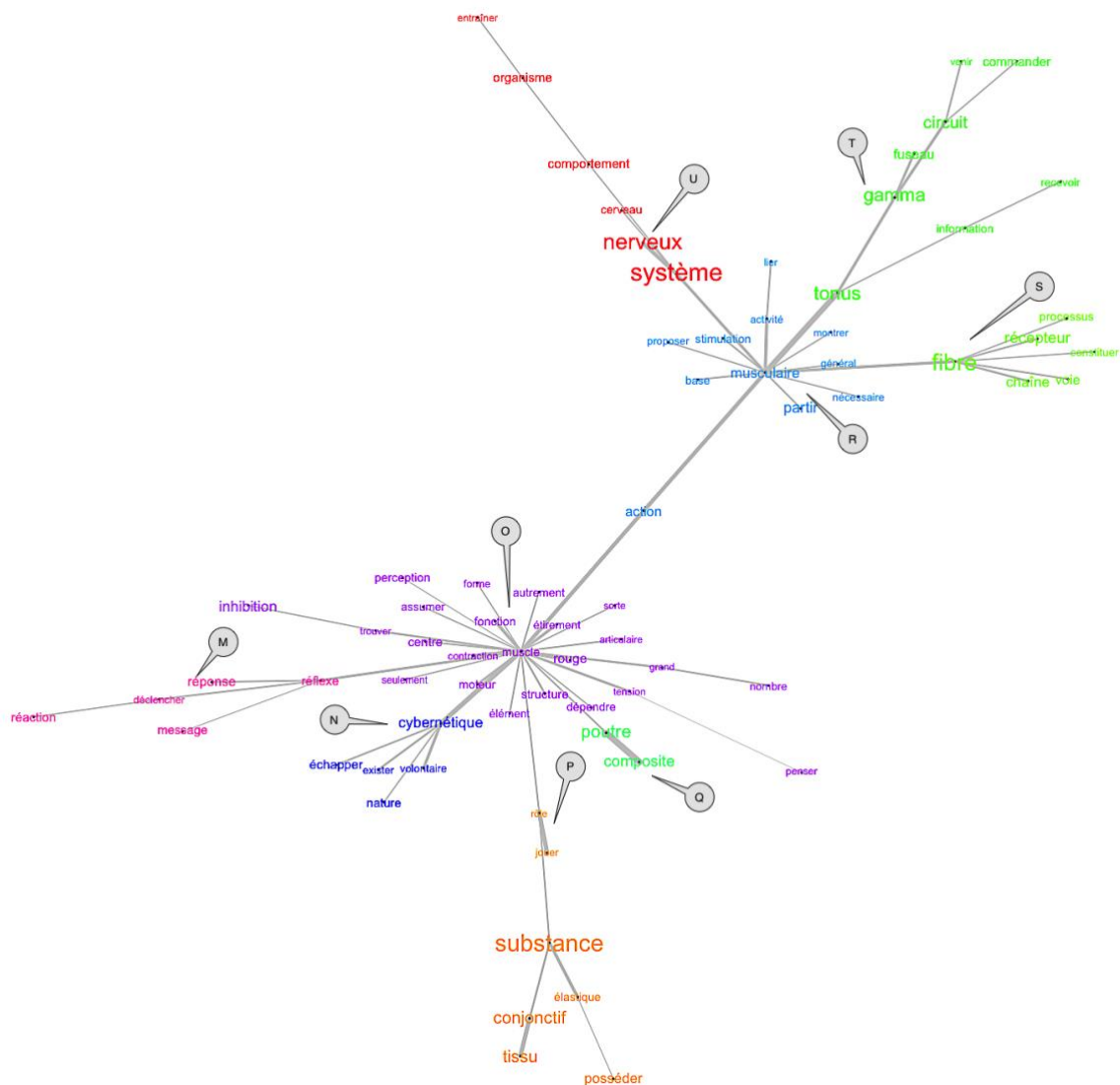


Figure 30 : Graphe de similitude de la classe 5

Le graphe de la classe 1 (Figure 31) illustre la représentation de la relation patient-kinésithérapeute (Y, Z). Elle permet au patient de comprendre son problème pour guérir (Y) par une relation thérapeutique (V) lors des séances où le kinésithérapeute doit exprimer qu’il se soucie du cas du malade (W) et où il est indispensable de sentir et percevoir (X). Selon l’auteur, pour le kinésithérapeute c’est un travail, une pratique qui tente d’aider et de guérir en prenant en compte divers aspects dont la parole ou la famille (Z). Il place les kinésithérapeutes dans le champ médical en lien avec le médecin (AA). Pour Dolto, c’est une subtile médecine manuelle

qui permet l'expression et la mobilisation des sentiments (CC). Elle a un intérêt en pédiatrie (BB). Le graphe montre également que le kinésithérapeute a un lien privilégié avec le corps (EE) qui est à la fois un instrument qui permet d'atteindre des dimensions fonctionnelles (GG) ; mais également le lieu d'un langage psychoaffectif à décrypter (FF).

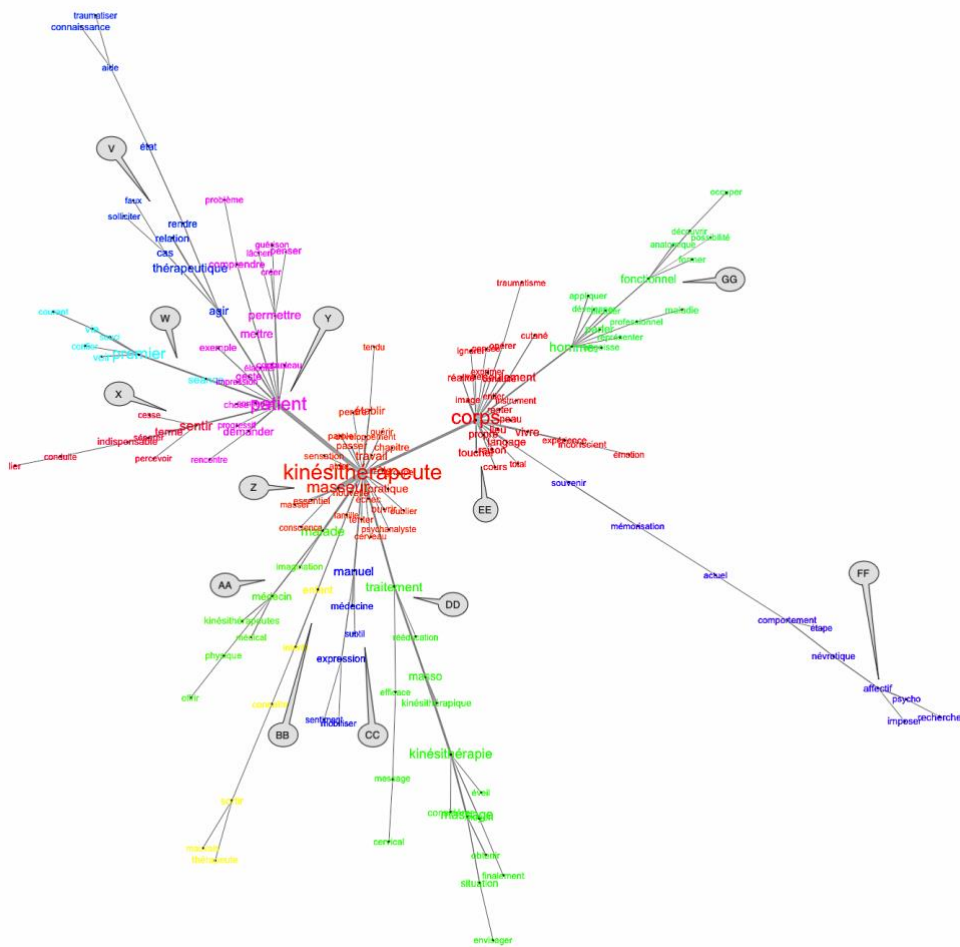


Figure 31 : Graphe de similitude de la classe 1

### 3.4.3 Synthèse des résultats de l'analyse du corpus littéraire

L'exploration du contenu de la représentation sociale des soins de kinésithérapie de Boris Dolto dans l'œuvre de « Le corps entre les mains » (Dolto et al., 2006) révèlent que l'auteur propose

une contribution à la fois technique et épistémologique de sa discipline. On trouve ainsi la trace d'une démarche théorique systémique. Il expose par ailleurs dans son discours des éléments relatifs aux savoirs, aux pratiques, aux indications et aux relations en jeu dans les soins de kinésithérapie.

La mise en perspective de ces résultats avec notre cadre théorique met en lumière trois points significatifs : la démarche théorique systémique, un modèle fusionné du soin, un modèle relationnel horizontal avec un rôle actif du malade. L'approche théorique de l'auteur repose sur une démarche intégrative empirique systémique multi-niveaux en situation. Elle est caractéristique de l'approche systémique par son raisonnement analogique, sa démarche récursive, son ancrage à différents niveaux (du micro au macro) et son interdisciplinarité (biologie, biochimie, biomécanique, psychologie, etc.) (Durand, 2010; Lugan, 2009). Cette contribution de Dolto propose une approche complexe des soins, comme le dit Morin, « un tout qui ne se réduit pas à la « somme » des parties constitutives » (E. Morin, 2015, p. 29). Elle est complexe selon nous, car « cette notion de complexité implique celle d'imprévisibilité d'un système donné » (Lugan, 2009, p. 100). C'est un exemple innovant à la fois pour l'époque (1976) et pour la médecine « parcellisée » (Durand, 2010, p. 94). Nous retrouvons dans ce raisonnement, une similitude avec la démarche diagnostique décrite par Delplanque en 2009 (Delplanque, 2009). Elle s'apparente selon nous aussi à un raisonnement clinique mixte (Nendaz et al., 2005, p. 239) parce qu'elle combine la « reconnaissance de similarités » (cas cliniques similaires, système physiologique ou physiopathologique) et « confirmation hypothético-déductive » passant principalement par le toucher. Le deuxième point concerne le modèle du soin convoqué. En effet, traditionnellement, on retrouve une dichotomie entre cure et care (Molinier, 2016; M. Morin, 2004) et entre fonction soignante et fonction thérapeutique (M. Morin, 2004; Morvillers, 2015). Ici, l'auteur fusionne les modèles et donne un nouveau sens à l'expression « relation thérapeutique » où les termes sont liés et d'égale importance. Il

semble que pour Dolto, le traitement correspond à une combinaison de relations patient-masseur-kinésithérapeute répétées dans le temps, que le symptôme douleur module dans une logique systémique multi-niveaux (biomécanique et physiopathologique). Le troisième point permet de compléter cette interprétation en particulier au regard du contexte de production de l'ouvrage. En effet, le modèle relationnel médical dominant à l'époque était vertical avec une posture passive du patient (Adam & Herzlich, 2014; M. Morin, 2004; Pierre et al., 2014). Pourtant, l'auteur témoigne d'une prise en compte du contexte psychosocial et affectif du malade. Le corps ne se limite pas à un objet de traitement ; le patient et son corps en particulier, sont actifs dans l'expression du problème et dans le processus de guérison grâce à une relation thérapeutique empathique. Cette conception est proche du modèle relationnel psychanalytique (Durand, 2010), ce qui est cohérent avec la situation maritale de l'auteur. Sa femme Françoise Dolto (Ricaud-Droisy, 2008) a probablement influencé sa vision et sa pratique. Mais cette conception s'inscrit également dans la démarche de la médecine psychosomatique (Del Volgo, 2003). Car ce champ interdisciplinaire étudie « les relations entre les processus psychiques et des manifestations physiques pathologiques, qu'elles soient fonctionnelles ou organiques » (Del Volgo, 2003, p. 127).

### **3.5 Résultats du questionnaire**

Les résultats du questionnaire sont regroupés dans un fichier Excel (extrait en Annexe 17 ). Nous présentons dans les chapitres suivant les résultats des différentes parties : évocations, lien avec les variables et question de caractérisation. Le tri à plat (statistiques descriptives) est regroupé en Annexe 18.

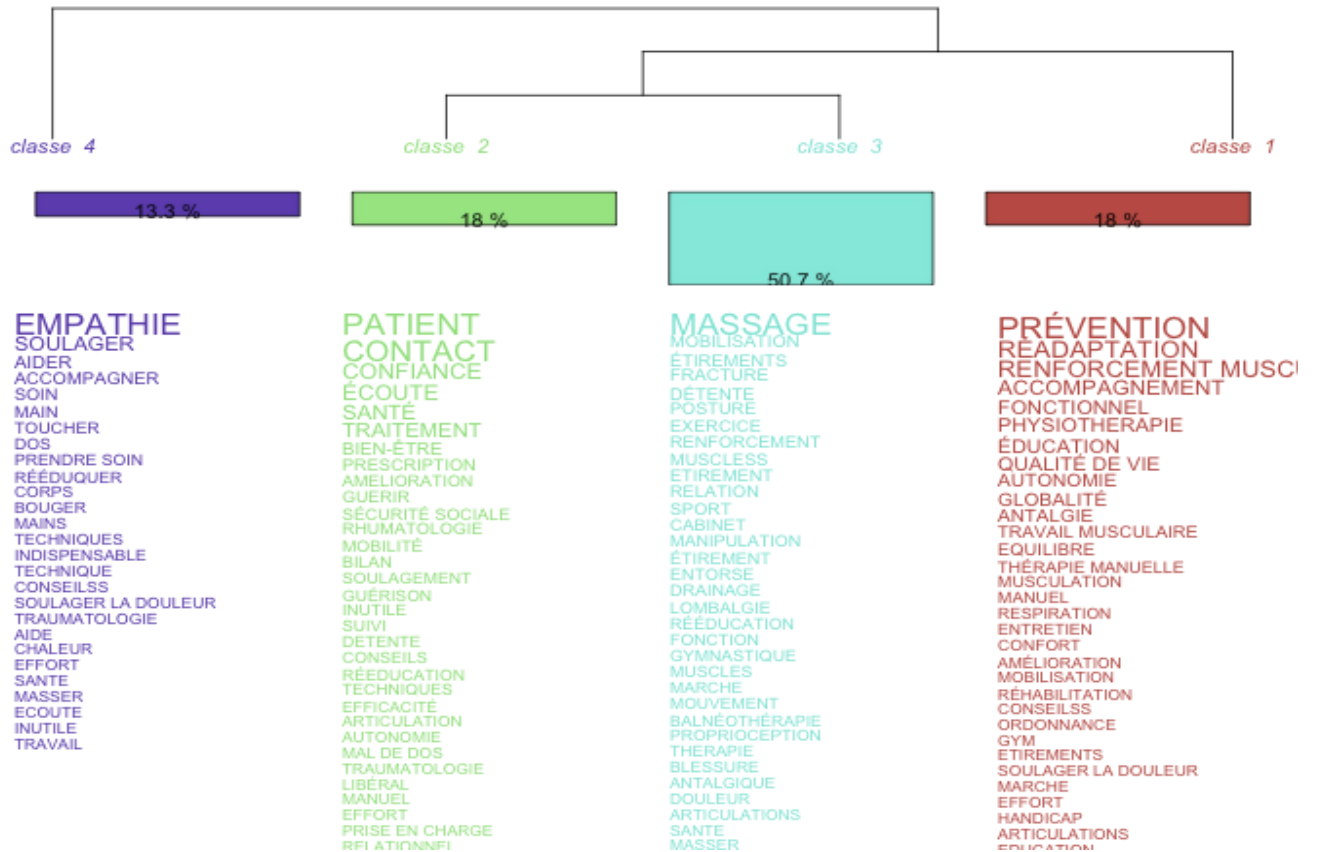
### 3.5.1 Évocations hiérarchisées

Nous allons à présent, aborder les contenus des représentations récoltées dans la partie 2 des questionnaires. Nous avons eu recours à des évocations hiérarchisées à partir d'une même expression inductrice qui était : « les soins de kinésithérapie ». Cette question spécifique à l'étude des représentations sociales propose aux répondants d'associer cinq expressions à propos de l'inducteur\*, puis de les classer. Ce sont donc des questions ouvertes qui nous ont permis de recueillir un corpus\* global de plus de 7000 occurrences, dont 470 hapax et plus de 1000 formes différentes. Nous avons réalisé deux types d'analyses de contenu des évocations : une classification hiérarchique descendante (méthode Reinert) et une analyse de contenu thématique.

- Méthode Reinert appliquée au corpus des 3 populations confondues

IRaMuTeQ nous a permis de réaliser une première analyse par la méthode Reinert illustrée par ce dendrogramme (Figure 32). Nous avons lemmatisé le corpus\* présenté en matrice et dichotomisé sur la médiane les variables associées. L'analyse met en évidence 4 classes qui renverraient à une proximité relationnelle (classe 2), à la fonctions soignante (classe 4), aux moyens techniques (classe 3) et à la dimension sociale (classe 1).

Figure 32: Dendrogramme des contenus d'évocation hiérarchisée des 3 populations confondues.



- Analyse thématique du contenu des évocations hiérarchisées des 3 populations confondues

Nous avons réalisé une analyse thématique\* manuelle qui nous a permis de dégager 10 grandes thématiques, dont certaines étaient découpées en sous-thématiques (Tableau XIII). Par exemple le sens du soin avec les sous-thématiques de « Care », de « Cure » et de « soucis de soi », ou d'autonomie, pour ne citer qu'elles ; on retrouve également des catégories qui renvoient à l'anatomie, aux effets des soins, à des attitudes négatives ou encore à son utilité. Les thèmes et corpus sont regroupés en Annexe 20.

| Méta-Thématique | Thématique                            |
|-----------------|---------------------------------------|
| Sens du soin    | Préventif                             |
|                 | Alternatif                            |
|                 | Symptomatique                         |
|                 | « Cure »                              |
|                 | « Cura » « souci de soi »             |
|                 | « Care »                              |
|                 | Social-autonomie                      |
|                 | Social-éducation                      |
|                 | Holistique                            |
| Population      |                                       |
| Effets du soin  | Psycho-affectif                       |
|                 | Physiologie/fonction                  |
|                 | physique                              |
| Nature du soin  | Temps                                 |
|                 | Référentiel pro MK*- Système de santé |
|                 | Référentiel pro MK*- Travail          |
|                 | Cure-Technique                        |
|                 | Pathologie/ spécialité                |
| Anatomie/ corps |                                       |
| Attitude        | Utilité                               |
|                 | Attitude négative                     |

Tableau XIII : grille thématique issue du corpus des évocations hiérarchisées

- Analyse prototypique\* des 3 populations confondues et comparaison

Ce sont les résultats des analyses prototypiques\* qui nous permettent de confirmer l'hypothèse selon laquelle les représentations des trois groupes diffèrent. Ce sont les données issues des quatre évocations hiérarchisées qui ont été soumises à ces analyses. Nous les avons réalisées sur les données lemmatisées, mais également sur les données thématiques.

Il semble que la zone du noyau n'ait que peu d'éléments communs aux trois groupes. Ce sont les termes *rééducation* et *douleur*, qui sont communs. Le deuxième et dernier élément commun du noyau renvoie aux thématiques des symptômes.

On rencontre d'autres éléments communs, mais ils ne semblent pas appartenir à la même zone des représentations. Par exemple des éléments les plus saillants pour les kinésithérapeutes renverraient aux thèmes du « Care » (*accompagner, aider, prendre soin*) et du « Cure » (*thérapie, diagnostic, réparer, guérir*), alors qu'ils semblent faire partie des éléments contrastés



pour les médecins et de la première périphérie pour les patients. La conception holistique, c'est-à-dire globale n'est pas retrouvée dans la représentation des médecins.

Autre exemple pour les patients, la zone muette contiendrait des éléments qui renvoient au « souci de soi » ; par exemple : *bien-être, aller mieux, la qualité de vie, bienfait*. Ces éléments n'apparaîtraient pas dans le noyau pour les médecins et kinésithérapeutes.

- Analyse prototypique\* des MK\*

Pour les kinés, les termes et thématiques les plus saillants concernent les dimensions principales du soin, à savoir le « care » (soins, empathie, relations, écoute) et le « Cure » ; mais on retrouve également des termes en lien avec les thématiques éducatives ou symptomatologiques (douleur). Les autres termes importants pour les kinés renvoient à une vision globale (holistique), ainsi qu'à un manque de reconnaissance sociale (Tableau XIV).

<=2.81                      RANGS                      >2.81

|                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| <40.07<br>FREQUENCE<br>>=40.07 | <b>Zone du noyau</b>   | <b>Première périphérie</b>   |
|                                | CARE – 170-2.6<br>Social-education-154-2.2<br>Physiologie_fonction-101-2.6<br>CURE-92-2.28<br>Symptomatique-78-2.5                           | CURE_technique-193-3.2   |
|                                | <b>Éléments contrastés</b>   | <b>Seconde périphérie</b>  |
|                                | Holistique-34-2.4<br>Population-26-2.5<br>Attitude négative_RECONNAISSANCE SOCIALE-23-2.6<br>Référentiel PRO_TRAVAIL-23-2.6<br>GROS MOTS-3-2 | Social_autonomie-31-3.3<br>anatomie_corps-29-3.4<br>Cura_souci de soi-27-2.9<br>spécialité-20-3.2<br>Préventif-19-3.2<br>effets du soin_PHYSIQUE_15_3.1<br>effets du soin_PSYCHOAFFECTIF-12-4.1<br>Temps-10-4.1<br>référentiel PRO_INTERPRO-8-3.4<br>CURE_technique_RELATION-5-3.4<br>Alternatif-4-3.8<br>MAGIE-2-3<br>Attitude négative_UTILITÉ-2-4.5 |

Tableau XIV : Résultats de l'analyse prototypique du corpus thématisé des EH des MK

L'analyse prototypique\* de l'évocation hiérarchisée en contexte de substitution (Tableau XV) permet de finaliser les hypothèses de structure des représentations pour les MK\*. Ainsi, les thèmes présents dans les deux conditions et dans la même case sont très probablement associés à cette case. Il y a une concordance des thèmes exprimés par les individus et au nom du groupe des MK\*.

Nous pouvons donc proposer la structure de représentation suivante :

-Zone du noyau : Social éducation, Care, Cure et symptomatique.

-Éléments contrastés (qui appartiennent au noyau mais dont l'expression dépend du contexte, notamment des normes sociales) : Holistique, population (MK\*, patients et médecins) et le manque de reconnaissance sociale.

-Première périphérie : cure technique

-Deuxième périphérie : la cura, l'autonomie, le préventif, le recours alternatif, la dimension temporelle, le recours par spécialité, l'anatomie et les effets physiques.

|            |         | <=2.69  | RANGS | >2.69   |
|------------|---------|---|-------|---|
| FREQUENCES | >=27.95 | <b>Zone du noyau</b>  |       | <b>Première périphérie</b>  |
|            |         | Social-education-100-2<br>CARE – 57-2.5<br>CURE-54-2.6<br>Symptomatique-33-2.6            |       | CURE_technique-145-3<br>Physiologie_fonction-46-3.3   |
|            |         | <b>Éléments contrastés</b>  |       | <b>Seconde périphérie</b>   |
|            | <27.95  | Population-16-1.9<br>Holistique-11-1.5<br>Attitude négative_RECONNAISSANCE SOCIALE-10-1.9 |       | Cura_souci de soi-19-2.9<br>effets du soin_PHYSIQUE-13-3.2<br>référentiel PRO_SYSTEME SANTE-13-2.8<br>spécialité-11-3.2<br>Social_autonomie-11-2.8<br>anatomie_corps-11-3.9<br>référentiel PRO_TRAVAIL-9-2.9<br>Pathologie-8-2.8<br>Préventif-7-3.3<br>Temps-7-3.1<br>UTILE-4-3.5<br>Alternatif-2-4 |

Tableau XV : Analyse prototypique thématifiée de l'EH en condition de substitution endogroupe MK

- Analyse prototypique\* des Médecins

Pour les médecins, les termes les plus saillants sont *rééducation*, *renforcement musculaire* et *soulagement*. Les autres termes les plus importants pour eux renvoient à la physiologie (*respiration*), aux dimensions du « Care » (*aide*, *prendre soin*, *soulager*), mais également au « Cure » (*thérapie*) (Tableau XVI).

|                               |  | <=2.89  | RANGS | >2.89 |
|-------------------------------|--|---|-------|-------|
| <9.78<br>FREQUENCES<br>>=9.78 | <b>Zone du noyau</b>   | <b>Première périphérie</b>  |       |       |
|                               | Social-education-25-1.9<br>Symptomatique-15-2.8  | CURE technique-52-3.2<br>Pathologie-15-3<br>Physiologie_fonction-13-3.1   |       |       |
|                               | <b>Éléments contrastés</b>   | <b>Seconde périphérie</b>   |       |       |
|                               | CARE – 9-2.9<br>CURE-6-2<br>Temps-5-4.2<br>Population-4-2.5<br>Social_autonomie-3-2.7<br>Attitude négative_RECONNAISSANCE<br>SOCIALE-2-2.5 | Attitude négative_UTILITÉ-7-3.6<br>Préventif-6-3.8<br>Cura_souci de soi-5-3.2<br>référentiel PRO_INTERPRO-3-3.3<br>effets du soin_PHYSIQUE-2-3.5<br>anatomie_corps-2-3<br>référentiel PRO_SYSTEME SANTE-2-5 |       |       |

Tableau XVI : Résultats de l'analyse prototypique du corpus thématisé des EH des M

Il y a une discordance des thèmes exprimés par les individus et au nom du groupe des M. La consigne de substitution révèle ici la norme sociale du groupe des médecins (Tableau XVII). En effet, certains thèmes évoqués par les individus en leur nom sont masqués lorsqu'ils sont écrits au nom du groupe en général. On peut donc supposer que de nombreux médecins adhèrent à l'idée que les SK mobilisent Care et Cure en concourant à l'autonomie mais subissent un manque de reconnaissances sociale ; alors qu'ils perçoivent que leur groupe néglige ou minimise ces aspects.

<=2.68                      RANGS                      >2.68

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| >=8<br>FREQUENCES<br><8 | <b>Zone du noyau</b>   | <b>Première périphérie</b>   |
|                         | CURE_technique-34-2.5<br>Social-education-15-2.3<br>Symptomatique-13-2.4 | anatomie_corps-7-3.3<br>Physiologie_fonction-6-2.8<br>CARE – 6-2.8<br>Cura_souci de soi-4-3.2<br>Pathologie-4-3.5<br>spécialité-3-3.7<br>Préventif-2-4.5 |
|                         | <b>Éléments contrastés</b>   | <b>Seconde périphérie</b>  |
|                         |  | CURE-5-2.6<br>effets du soin_PHYSIQUE-2-3.5<br>Social_autonomie-2-2.5  |

Tableau XVII : Analyse prototypique thématifiée de l'EH en condition de substitution endogroupe M

- Analyse prototypique\* des Patients

Pour les patients, le terme rééducation est le plus saillant. D'autres termes sont relativement importants. Ils renvoient à des notions de physiologie (*mouvement*) et à des effets (*soulager*). L'analyse conduite à partir des données thématifiées révèle que les thèmes saillants concernent les techniques curatives, les dimensions éducatives, les symptômes et les fonctions physiologiques. Pour les éléments contrastés, on retrouve des thématiques du « souci de soi », une vision holistique et l'utilité (Tableau XVIII).

<=2.8 RANGS >2.8

<10.1 FREQUENCES >=10.1

| Zone du noyau   |  | Première périphérie   |  |
|---|--|---|--|
| CURE_technique-50-2.7<br>Social-education-23-2<br>Physiologie_fonction-18-2.4<br>Symptomatique-13-2.6 |  | CARE -15-2.9<br>anatomie_corps-13-2.8<br>CURE-11-3.2  |  |
| Éléments contrastés   |  | Seconde périphérie  |  |
| Cura_souci de soi-3-2<br>Holistique-3-1.5<br>UTILE-2-1.5  |  | effets du soin_PHYSIQUE-10-3.7<br>Pathologie-7-2.9<br>Temps-7-4<br>effets du soin_PSYCHOAFFECTIF-7-3.1<br>Social_autonomie-6-3.8<br>référentiel PRO_SYSTEME SANTE-5-4.4<br>spécialité-3-3<br>Préventif-2-3.5<br>référentiel PRO_TRAVAIL-2-3.5 |  |

Tableau XVIII : Résultats analyse prototypique thématisée des Patients

Comme pour le groupe des médecins répondants, la comparaison des analyses selon le contexte montre une discordance dans la structure des représentations exprimées. Mais, contrairement aux médecins, les Patients expriment une norme de groupe (Tableau XIX) où les composantes du soin (Cure et Care) seraient centrales, alors que les expressions individuelles les relèguent en périphérie. La Cura (souci de soi) serait périphérique pour le groupe mais centrale pour l'individu.

<=2.72    RANGS    >2.72

|                           |  |  |
|---------------------------|--|--|
| <10.54 FREQUENCES >=10.54 | <b>Zone du noyau</b>   | <b>Première périphérie</b>   |
|                           | CURE_technique-45-2.6<br>Social-education-15-1.7<br>CARE -12-2.5 | Symptomatique-20-2.8   |
|                           | <b>Éléments contrastés</b>                                       | <b>Seconde périphérie</b>  |
|                           | CURE-8-2.6<br>référentiel PRO_SYSTÈME SANTE-2-2                  | Pathologie-8-3.6<br>anatomie_corps-7-3.3<br>effets du soin_PHYSIQUE-6-2.8<br>Cura_souci de soi-5-3.2<br>Physiologie_fonction-5-3.8<br>référentiel PRO_TRAVAIL-2-4.5<br>Temps-2-3.5 |

Tableau XIX : Analyse prototypique thématifiée de l'EH en condition de substitution endogroupe P

- Synthèses des résultats des EH

La figure 33 présent de manière synthétique les résultats des comparaisons des productions des différents groupes.

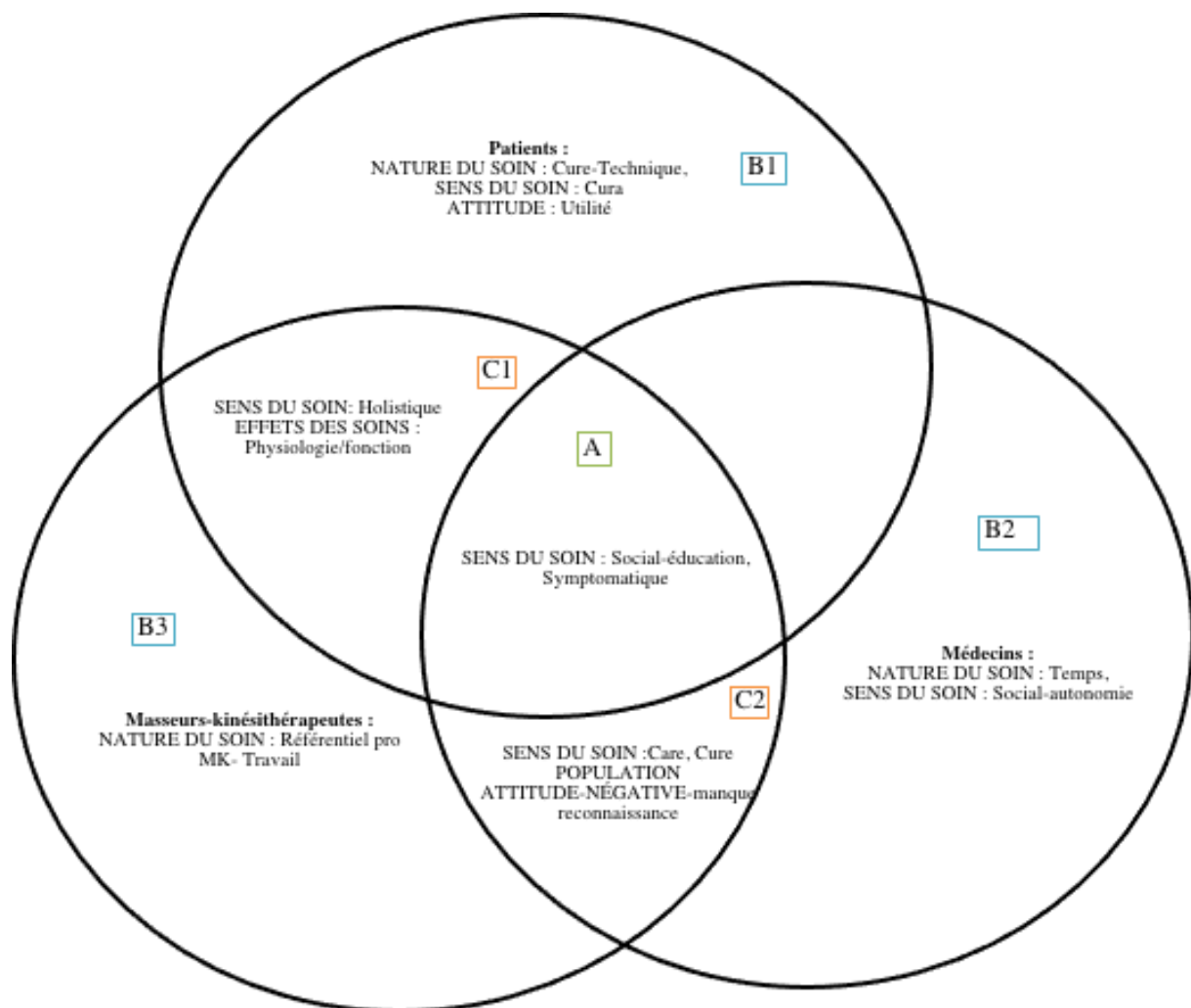


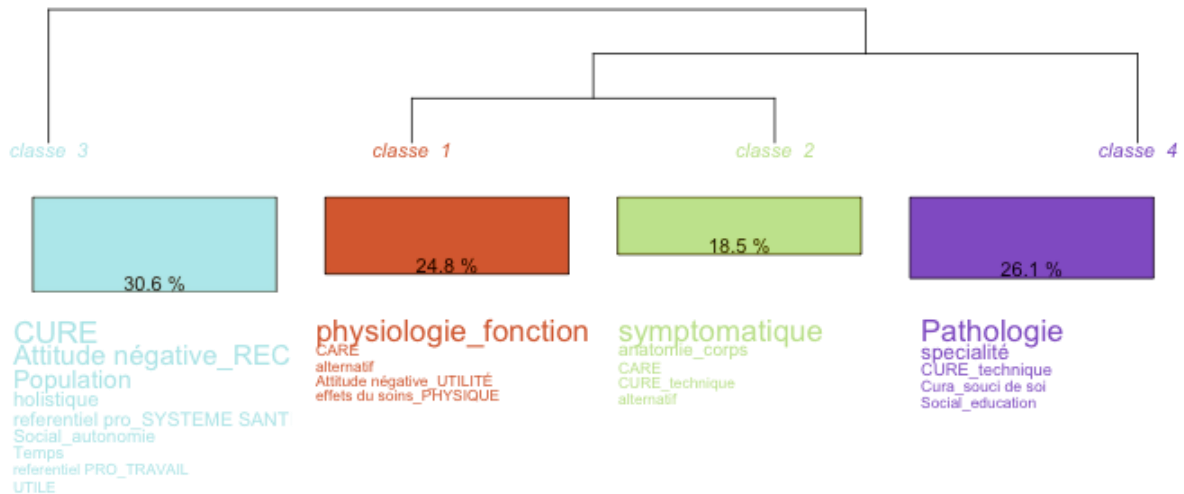
Figure 33 : Schéma des répartitions des thématiques des groupes. A: points communs aux trois groupes; B: points distinctifs; C: points communs entre deux groupes.

### 3.5.2 Liens avec les variables associées pour le corpus global des EH

Nous réalisons des AFC\* à partir des classes du corpus\* thématisé. La classification (Figure 34) produit quatre classes divisées en deux branches. Une première branche est constituée de la classe 3 (30,6 %) où les dimensions thématiques sociales (autonomie, système de santé, travail, population) sont associées au curatif, à la vision holistique, à l'utilité ou au manque de reconnaissance. La deuxième branche est formée par : la classe 1 (24,8%), la classe 2 (18,5%) et la classe 4 (26,1%). Certaines thématiques sont présentes dans deux classes. Le Care est

présent dans les classes 1 et 2. Le thème « Cure\_technique » est présent dans les classes 2 et 4. Cette branche concerne donc des aspects physiopathologiques associés au Care.

Une AFC\* est produite à partir de cette classification hiérarchique descendante du corpus



**Figure 34 : Dendrogrammes du corpus global thématisé**

thématisé. Elle fait ressortir 3 facteurs distincts ( Figure 35 et Figure 36), mais les deux premiers expliquent 83,6% du corpus\* et les quatre classes. L’axe du facteur 2, vertical, explique 30,96% du corpus\*. Le facteur 1, horizontal, explique 50,64% du corpus\*.

La classe 1 (en rouge) et la classe 2 (en vert) sont proches et situées à l’opposé des deux autres. Dans ce cadran, les thématiques de physiologie, d’anatomie, de symptomatologie, d’effet physique, d’inutilité et de Care sont proches. La classe 1 (en rouge) est associée à modalité opposée à celle de la classe 2 (en vert). Dans la classe 2, où la représentation est anatomo-symptomatique centrée sur le Care, les femmes sont fortement représentées, l’expérience est libérale, avec une pratique de l’accès direct et des médecines non conventionnelles et une interruption des SK par le MK\* ou par le patient. Dans la classe 1, la vision est fonctionnelle, associée aux effets physiques et à une remise en cause de l’utilité des SK. Dans cette classe, l’expérience est principalement institutionnelle ou mixte sans interruption des SK ni pratique d’accès direct.





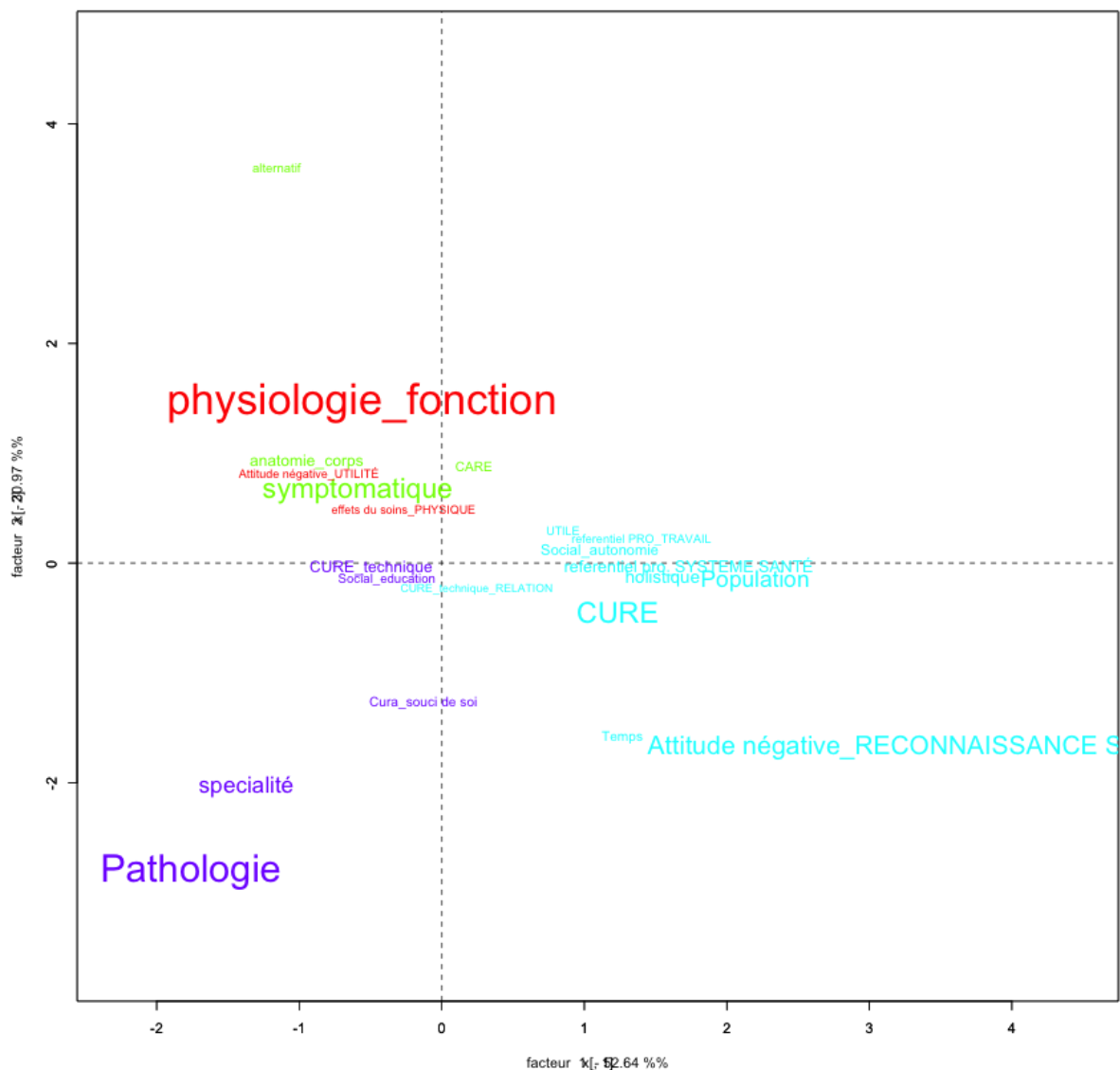


Figure 36 : AFC des thématiques associées aux classes

### 3.5.3 Questionnaire de caractérisation

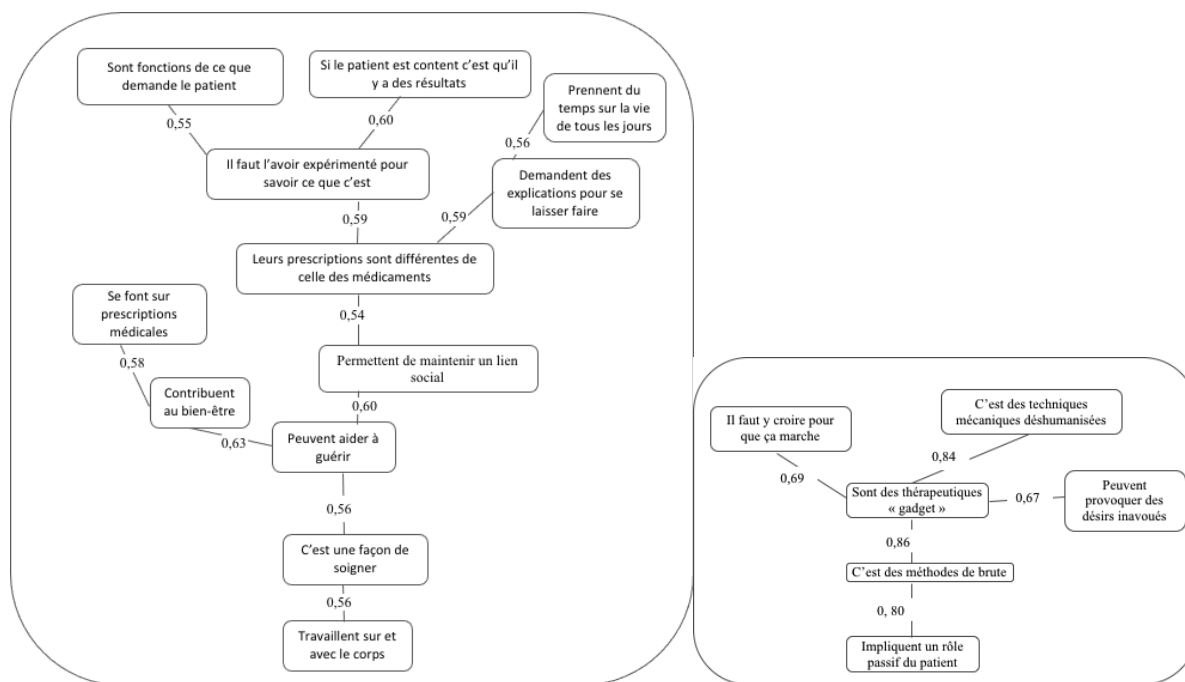
Une première analyse des fréquences (Annexe 18) pour chaque population permet de repérer, parmi les thèmes proposés, les potentiels éléments de la structure. La répartition graphique des thèmes par population peut prendre différentes formes (Abric, 2003). Chaque forme permet d'associer un thème à une hypothèse de la place dans la structure de la RS. Les éléments potentiellement centraux sont associés à une forme en « J ». Dans notre exemple, les thèmes des M et des P sont proches et concernent les compétences des MK\*, la dimension préventive

et l'autonomie. Pour les MK\* c'est une alternative aux médicaments. Les éléments potentiellement périphériques sont associés à une courbe en cloche. Les 3 groupes partagent l'idée que la prescription des SK diffère de celle des médicaments ; MK\* et M s'accordent sur la contribution au maintien du lien social. Les éléments potentiellement contrastés sont associés à des courbes en « U ». Ils permettent d'émettre l'hypothèse de l'existence de sous-groupes de population en désaccord sur la centralité d'un élément. Pour un sous-groupe de P, les SK demandent des explications pour se laisser faire, prennent du temps sur la vie de tous les jours et permettent le maintien d'un lien social. Pour un sous-groupe de M, les SK évitent de prendre des médicaments.

- Analyse de similitude des MK\*

L'analyse de similitude des items de la question de caractérisation sélectionnée par les MK\* révèle deux logiques différentes et opposées (Figure 37). Une première logique apparentée à un stéréotype négatif où les SK sont des « thérapeutiques gadget » qui emploient « des méthodes de brute » et des « techniques mécaniques déshumanisées » sur un patient au rôle nécessairement passif qui doit « y croire pour que ça marche » et qui peut éprouver en réaction des « désirs inavoués ».

Dans la seconde logique, c'est une façon de soigner qui travaille sur et avec le corps. Les SK peuvent aider à guérir en contribuant au bien être sur prescription médicale, mais ils permettent également de maintenir un lien social. Ils sont prescrits selon une démarche qui diffère de celle de la prescription médicamenteuse.



**Figure 37 : Arbre maximum produit à partir de l'analyse de similitude de la question de caractérisation des MK (N=134)**

- Analyse de similitude des médecins

Comme pour les MK\*, l'analyse révèle deux logiques opposées (Figure 38). La première logique négative repose sur la croyance et l'expérience, place le patient à la fois comme sujet passif mais également comme acteur par l'expression de sa demande. Cette représentation négative place les SK dans le champ de l'ésotérique. Dans la seconde logique, ce sont des soins qui reposent sur les compétences des kinésithérapeutes en évitant de prendre des médicaments, ils agissent sur les douleurs et créent un lien particulier entre patient et MK\* qui contribue au bien-être. C'est donc une façon de soigner prescrite qui peut aider à guérir en redonnant de l'autonomie par un travail sur le corps. Elle permet également de prévenir certaines pathologies ou complications. Leurs prescriptions sont différentes de celles des médicaments elles impliquent de prendre du temps sur la vie de tous les jours, supposent des explications et permettent de maintenir un lien social.

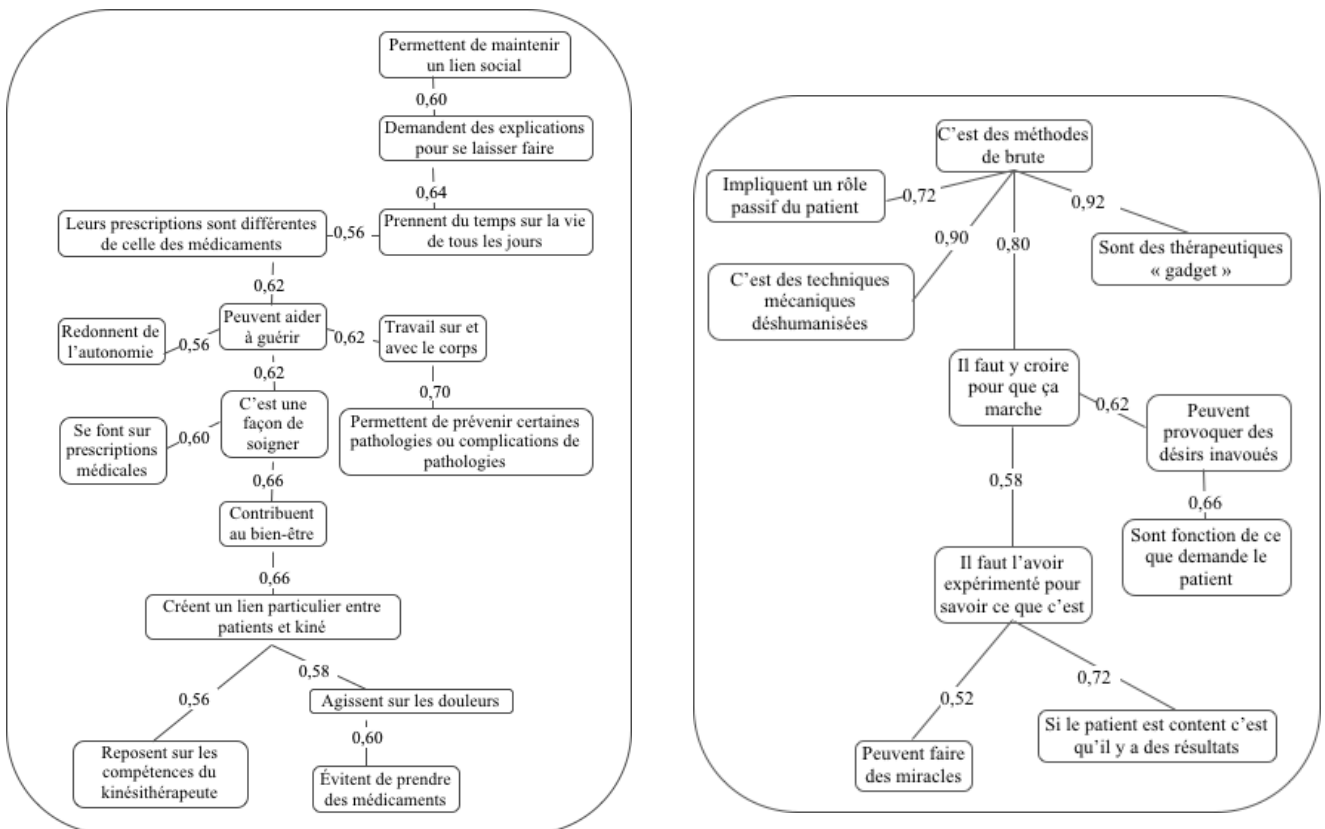


Figure 38 : Arbre maximum des Médecins (N=25)

- Analyse de similitude de patients

L'analyse de similitude de la question de caractérisation des patients (Figure 39) révèle également 2 logiques opposées. La logique négative est assez proche de celle produite par le kiné. Par contre la seconde logique repose sur l'expérience personnelle des patients dont la satisfaction est conditionnée au résultat et nécessite des explications pour se laisser faire. Pour les patients, la prescription diffère de celle des médicaments, en contribuant au bien-être ; elle travaille sur le corps et les douleurs. Elles peuvent aider à guérir en créant un lien particulier entre patient et MK\* ce qui participe au maintien du lien social. Elle peut également s'inscrire dans une démarche préventive et être une façon de soigner qui repose sur la compétence des MK\*.

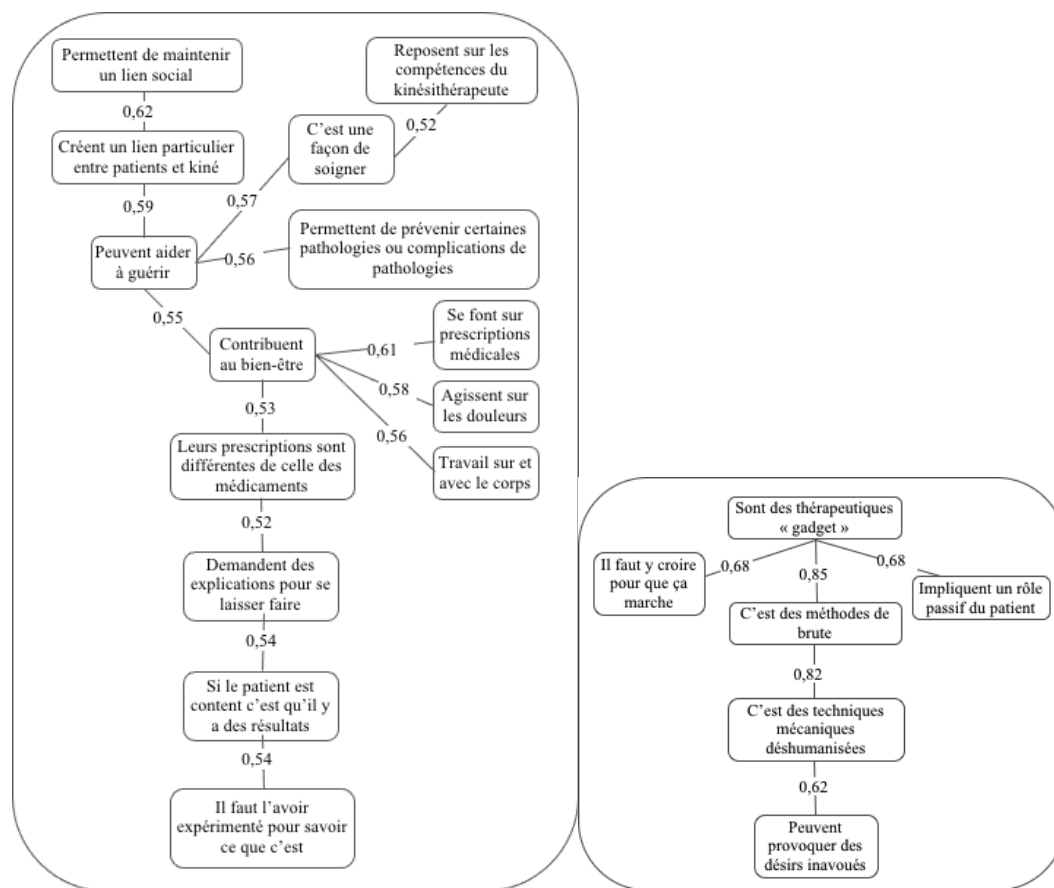


Figure 39 : Arbre maximum des P (N=98)

- Synthèses des résultats des analyses de similitudes de la question de caractérisation

Les MK\* partent de leur expérience professionnelle du corps (le leur et celui du patient) pour construire leur logique autour des composantes du soin : Cure, puis Care suivi de Cura.

Pour les patients cette logique est initiée par l'expérience personnelle constitutive de la connaissance pour construire les composantes du soin : Cura, Cure puis Care.

Dans le cas des M, la logique part d'une démarche thérapeutique non médicamenteuse qui prend en considération la relation MK\*-P pour construire les composantes du soin : Cura, Care puis Cure.

L'articulation des composantes du soin dans la logique de chaque groupe est donc différente.

Mais la place respective de l'expérience comme condition de connaissance est également un élément discriminant entre les M d'un côté et les P et MK\* de l'autre. En effet, cette expérience s'inscrit dans la logique du stéréotype négatif chez les M.

#### **4 H2 : Les représentations sociales réciproques supposées sont différentes des représentations sociales réellement mesurées : Résultat des techniques de substitution intergroupe**

Nous leur avons également demandé de répondre comme le ferait, selon eux, chaque autre groupe. Cela permet de recueillir une représentation « attribuée » ou « projetée d'un groupe sur un autre groupe » (Marie et al., 2010, p. 580; Salas et al., 2008, p. 132).

En résumé, les médecins et les kinés sont assez clairvoyants quant à la représentation des patients ; contrairement aux patients qui semblent ignorer les aspects saillants pour les professionnels ; mais on peut également souligner que kinés et médecins méconnaissent mutuellement le contenu et l'importance de leur représentation respective des soins de kinésithérapie.

##### **4.1 La représentation des SK attribuée aux P**

On peut constater que la représentation projetée par les K et les M se rapproche de la représentation réelle. Les résultats sont présentés en Annexe 21. Les M sont relativement « clairvoyants » notamment concernant l'importance du *souci de soi* ou de la dimension technique du Cure, mais les M semblent ignorer la vision holistique pourtant importante pour les P répondant en leur nom propre. De leur côté, les kinésithérapeutes imaginent que les dimensions du « Cure » sont présentes alors qu'elles sont absentes pour les réponses des P en leurs nom propre ; ils sous-estiment également la place des dimensions technique curative. M et K, surestiment l'importance de l'effet physique des soins dans la représentation des P.

## **4.2 La représentation des SK attribuée aux M**

Les résultats sont présentés en Annexe 22. Les patients perçoivent l'importance de la dimension éducative, mais ils leurs attribuent une vision globale qu'ils n'ont pas et semblent ignorer les dimensions de « care » et de « Cure » pourtant très significatives. Dans l'ensemble, ils paraissent méconnaître l'importance relative des thèmes selon les M.

D'un autre côté, la représentation attribuée aux médecins par les kinés diffère quant à son contenu, mais également sur l'importance des quelques éléments communs. Par exemple, le caractère curatif est considéré comme peu important par les kinés alors qu'en fait il est important, mais peu fréquent pour les médecins (éléments contrastés). La dimension temporelle des SK est également sous-évaluée.

## **4.3 La représentation des SK attribuée aux K**

Les résultats sont présentés en Annexe 23. Les patients sont clairvoyants sur quelques éléments saillants (dimension éducative, fonctionnelle et symptomatologique), mais omettent les éléments les plus saillants que sont le « Care », le « Cure » et la vision holistique.

Les médecins sont quant à eux relativement clairvoyants concernant la dimension curative des soins de kiné attribué au kiné. Ils n'évoquent pas des termes en lien avec les dimensions du « Care » ni avec la vision globale ou le manque de reconnaissance sociale, thèmes pourtant très importants pour les kinésithérapeutes.

## **5 H3 : On retrouve les trois formes de triades**

Les trois formes de triades apparaissent dans le discours des sujets (Tableau XX).



Si la forme verticale est présente chez 83% des sujets, on la retrouve sous deux modalités. La première modalité place médecins et kinés en position supérieure (M>K>P) ; la deuxième modalité place le kiné en position inférieure (M>P>K).

La forme horizontale est retrouvée dans 72% des entretiens, et la forme pyramidale dans 61%.

La forme pyramidale est retrouvée sous différentes modalités, celles où médecins et kinés sont égaux plaçant le patient en position supérieure ou inférieure ; une autre modalité met kinés et patients sur un pied d'égalité, le médecin en position supérieure ; une dernière modalité place le kiné en position supérieure, médecins et patients étant considérés au même niveau.

**Formes de triades**

| HORIZONTALE : 72% | VERTICALE : 83% | PYRAMIDALE : 61% |
|-------------------|-----------------|------------------|
| M=P=K             | M>K>P           | P> ET M=K        |
|                   | M>P>K           | P< ET M=K        |
|                   |                 | M> ET K=P        |
|                   |                 | K> ET M=P        |

**Tableau XX : Formes des Triades dans le corpus**

**5.1.1 Le groupe Patients**

Tous les sujets s'expriment sur l'organisation des relations. Les positions dans l'organisation prennent les trois formes distinctes, en fonction des situations et des autres membres de la Triade\*. Un même sujet peut produire un discours à propos de plusieurs formes (Tableau XXI).

L'organisation verticale a deux variantes ; une forme verticale où le kinésithérapeute est en position inférieure selon la hiérarchie médicale. Dans cet extrait, la patiente interviewée explicite la hiérarchie entre médecin et kiné, le kiné étant un exécutant : « *c'est le médecin qui dit le but de la rééducation, qui fait la prescription dans le but de rééduquer quelque chose* » (femme, 54 ans, expérience libérale, fibromyalgie).

Les patients ont également produit un discours qui correspond à une forme hiérarchique où ils sont en position inférieure. Pour cette patiente, le recours aux soins de kinésithérapie s'inscrit dans une démarche paternaliste : *« Je suis arrivée chez Gladys par mon généraliste parce que j'étais très tendue et j'ai mal, j'ai souvent mal aux cervicales, et ben du jour au lendemain il m'a dit « faut que tu fasses des séances de kiné au lieu de prendre des, des médicaments », il m'a dit « on va essayer ». Depuis je fais mes séances et ça me fait et ça me fait beaucoup de bien. »* (Femme, 50 ans, expérience libérale, bipolaire, invalidité) ;

Si la forme verticale semble être la plus couramment exprimée lors des entretiens, les autres formes abordées paraissent être une réaction aux multiples expériences parfois conflictuelles. Elles sont soit en lien avec les soins de kinésithérapie, soit avec le « système de santé » dans son ensemble. L'autonomie de décision, voire l'émancipation semble être à l'origine des pratiques, ce qui renseigne sur la forme que prend l'organisation pour ces sujets.

La forme horizontale où le patient agit de son propre chef est verbalisée par cette patiente. Elle relate dans cet extrait que le manque de communication pris comme un manque de considération l'a conduite à s'émanciper de la domination médicale : *« on ne me parle pas, on ne me dit pas, on te fait faire ça pour ça, heu « tu auras besoin de tant de séances et tu verras », enfin donc aucune explication. Ben c'est moi qui finalement y ai mis un terme parce que je ben parce que je me suis affranchie de l'obligation. Je suis une femme libre, on ne m'impose pas ce que je ne veux pas »* (Femme, 45 ans, expérience libérale, suite de chirurgie de l'épaule, Cadre supérieur fonctionnaire)

La forme pyramidale où le patient est en position supérieure est illustrée par ce sujet qui a une démarche préventive du fait de sa pratique sportive. Il anticipe les conséquences de cette activité en ayant recours à des soins visant à empêcher l'installation de troubles fonctionnels : *« j'ai fait appel à ce soin-là, oui lorsque, y'a suite à des traumatismes, mais voilà pour de l'entretien. Heu, quand je dis entretien pour être peut-être plus clair je parle de, enfin moi je*

*fais un sport qui s'appelle Jujitsu et dans le jujitsu y'a des chutes et heu ce n'est pas tant les, les roulades avant qui sont traumatisantes, mais éventuellement plutôt les, les chutes sur le dos, les chutes arrière voilà. Ça c'est traumatisant enfin ça peut l'être éventuellement. Heu et petit à petit ça peut créer un décalage et au final des douleurs et au final la nécessité de, d'aller voir un, un kinésithérapeute et donc l'idée c'est de faire une espèce d'entretien du corps, une à deux fois par saison de manière à replacer ce qui a pu légèrement se décaler sans que ça cause forcément des douleurs ou avant que ça n'en cause. En amont de, en amont de problèmes quoi, voilà » (Homme, 45 ans, expérience libérale, Rhumatologie et traumatologie sportive, cadre secteur social)*

| Forme de Triade* | Critères pour P   |
|------------------|---|
| Verticale        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- K en position inférieure et M en position supérieure selon la hiérarchie médicale</li> <li>- P est en position inférieure : domination médicale par asymétrie des savoirs</li> </ul>                     |
| Horizontale      | Une forme horizontale où le patient agit de son propre chef : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liberté de choix du praticien, du traitement : consentement éclairé et négocié</li> <li>- Relation de confiance de longue durée</li> </ul> |
| Pyramidale       | Une forme pyramidale où le patient est en position supérieure : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrêt des soins si ne conviennent pas</li> <li>- Démarche prophylactique</li> </ul>  |

**Tableau XXI : Critères associés aux formes des Triades pour les Patients**

### 5.1.2 Le groupe des Médecins

Leurs positions dans l'organisation paraissent prendre trois formes distinctes (Tableau XXII); tous abordent deux formes d'organisation des relations qui selon ce médecin généraliste libéral repose sur l'interaction et sur la situation : *« bah je vous dis rien du tout, tout dépend du problème de dos, tout dépend de ce que je vais vous prescrire, voilà, donc j'ai pas de discours*

*généraliste là-dessus, j'ai un discours qui va s'adapter à chaque pathologie, à chaque patient »*

(Homme, 56 ans, expérience libérale, médecin généraliste).

| Forme de Triade* | Critères pour M   |
|------------------|---|
| Verticale        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certaines situations médicales (complexe protocole précis)</li> <li>- Mécanismes identitaire :</li> <li>Différenciation intra-catégorielle (prescription, accès direct)</li> <li>Biais discriminatoire pro-endogroupe (croyance sur une éthique pro de K différente de M)</li> <li>- Prescription quantitative et qualitative</li> <li>- Contrôle du patient/client</li> </ul> |
| Horizontale      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proximité : famille, ami, être patient de kiné</li> <li>- M s'appuie sur les compétences spécifiques des kinés selon leur spécialité (urologie, etc.)</li> <li>- Déontologie : respect du choix du patient</li> <li>- Pratiques de coopération, car concordance de valeurs</li> </ul>  |
| Pyramidale       | Patient en position inférieure : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respect des compétences professionnelles non partagées entre M et K : déontologie</li> <li>Selon :</li> <li>- L'organisation de l'établissement</li> <li>- Famille</li> <li>- Ami</li> <li>- Être patient de kiné</li> </ul>  |

**Tableau XXII : Critères des Triades dans le discours des Médecins**

La forme verticale est avant tout pensée avec le médecin en position supérieure. L'analyse des extraits d'entretiens met en avant des critères de justification qui reposent, pour certains, sur la nature de la situation médicale (complexe ou régie par un protocole précis connu du médecin) ; pour ce médecin généraliste, l'intervention dans la rééducation se justifie au regard du protocole à appliquer « *Y'a, y'a un point sur lequel je suis très chatouilleux, c'est le, la rééducation de rachis lombaire, faut faire très attention à ce qu'on fait, il faut être relativement protocolaire là et... Il faut vraiment que les gens travaillent, qu'ils apprennent qu'ils participent, qu'ils fassent eux-mêmes aussi les exercices, et vraiment qu'on leur fasse de l'apprentissage de ce qu'ils doivent faire. C'est très important. Parce que c'est une kiné qui est*

---

*une kiné de soin, mais qui est souvent aussi une kiné de prophylactique, et préventive. Donc là-dessus, on peut intervenir » (Homme, 56 ans, expérience libérale, médecin généraliste).*

Un second type de critère repose sur des mécanismes identitaires. Les médecins qui se comparent aux kinés produisent d'une part un biais discriminatoire pro-endogroupe par exemple la croyance en une éthique professionnelle des kinés différente de celle des médecins. Dans l'extrait qui suit, le neurologue interrogé parle d'un centre de rééducation où il exerce « *avec d'autres, c'est, le terme codifié est pas adapté, mais, heu, je, je suis pas tout à fait sur la même ligne que les kinés de certains, de certaines structures, heu, donc je suis pas sur la même ligne dans les objectifs à atteindre pour le patient, ben, je vais pas avoir à communiquer parce que forcément on va pas avoir d'échanges fructueux de quoi que ce soit » (Homme, 50 ans, expérience mixte, neurologue, ami kiné).*

D'autre part, un second mécanisme identitaire repose sur une différenciation intra-catégorielle en particulier à propos du droit de prescription et de l'accès direct ; Ici, ce médecin généraliste évoque une situation vécue où un kiné a encouragé son patient à prendre un traitement médicamenteux directement auprès du pharmacien sans se référer à lui « *Ah, si il le fait deux ou trois fois, je lui dit « je préfère que tu m'appelles, que tu me dises « je pense qu'il faut qu'il prenne un anti-inflammatoire parce qu'on avance pas », plutôt que tu l'envoies chez le pharmacien ». Heu, parce que c'est le, c'est comment le patient prend la chose, si vous voulez, c'est-à-dire que le patient s'imagine que le kiné peut et doit éventuellement prescrire, un traitement. Or, ce n'est pas, il n'a pas à le faire parce que c'est, il n'a pas été formé pour ça. Alors que vous vous savez si votre patient il n'est pas dans des risques gastriques par exemple, donc vous allez lui prescrire peut-être l'anti-inflammatoire, mais vous allez lui mettre un protecteur, vous n'allez pas prescrire un qu'il a déjà pris et avec qui il a fait de l'allergie, quoi. Voyez le kiné, le kiné il va, il le fait pour arranger, hein. De dire, « bon ben je vois que vous allez très, très mal donc il vaudrait mieux que vous preniez un anti-inflammatoire, ben je n'en*

*ai pas, ben sinon, heu, descendez à ; la pharmacie à côté vous dites que c'est moi qui vous l'ai dit puis après vous ferez régulariser par votre médecin ». Bon, ben, ça, il faut faire attention, pare que on peut avoir des, des problèmes. Donc quand un kiné fait ça, je préfère lui dire je préfère que « tu m'appel avant, parce que moi je connais mieux le patient que toi sur ces antécédents et sur ces possibilités éventuellement de, d'avoir un traitement chimique, en plus de la kiné » » (Homme, 62 ans, expérience libérale, médecin généraliste, expérience de patient de kiné).*

Ces critères se concrétiseraient par une pratique de prescription de kinésithérapie quantitative (nombre précis de séances et rythme) et qualitative (type de techniques ou méthode) ; dans l'extrait ci-après, le médecin généraliste décrit sa pratique de rédaction de l'ordonnance, son degré de précision et l'information délivrée au malade *« je le marque, oui. Si je veux de la physiothérapie je le marque, si je veux, si je veux à visée myorelaxante, je vais bien le préciser. Je le dis au patient et je le marque sur l'ordonnance »* (Homme, 62 ans, expérience libérale, médecin généraliste, expérience de patient de kiné).

Ce médecin relate également des pratiques visant au « contrôle » du patient perçu comme un client à garder en limitant l'intervention d'autres professionnels *« Voilà je pense que, heu, nous on n'a pas connu ça par la force des choses, c'est-à-dire qu'il a fallu qu'on se débrouille, heu, parce que c'était comme ça. Parce que même entre confrères on est jaloux de nos patients, on est, heu, c'est notre clientèle, possessif, etc. »* (Homme, 62 ans, expérience libérale, médecin généraliste, expérience de patient de kiné).

Enfin, sont aussi décrites des pratiques d'évitement de l'interaction, ce neurologue décrit qu'il évite consciemment les interactions avec les kinés *« dans certaines structures, heu, c'est, ça a pas d'influence et je pense que dans ces endroits y a des progrès à faire et de la restructuration des soins à mener, mais après chacun à son rôle, voilà ; y a des endroits où clairement, je ne vais pas parler avec des kinés parce que ça peut, ça va pas être très productif pour le patient,*

*donc je vais laisser faire son travail de son côté et je vais faire le mien, heu. Voilà, ça arrive, généralement, je sais que ce sont des endroits où, si on me pose la question je dirais « on peut progresser dans l'organisation des soins de kinésithérapie » » (Homme, 50 ans, expérience mixte, neurologue, ami kiné).*

Dans la forme horizontale, les médecins de ce groupe justifient le non-respect de la hiérarchie statutaire par trois éléments :

- le recours à des compétences spécifiques des kinésithérapeutes spécialisés (urologie, etc.) impliquant un savoir non partagé pour répondre à une problématique de santé. Dans l'extrait d'entretien de ce médecin généraliste, le professionnel relate les situations dans lesquelles il ne ressent pas le besoin d'intervenir pour recadrer le soin « *Par exemple dans la rééducation vésicale après intervention sur la prostate, je n'interviens quasiment jamais parce que ce n'est pas la peine quoi, parce que ça se fait, voilà* » (Homme, 56 ans, expérience libérale, médecin généraliste).

- la proximité aux soins de kinésithérapie (membre de la famille kiné, ami kiné, avoir été patient) amène les médecins à reconnaître leur méconnaissance de l'objet par le groupe ou à mieux le connaître comme membre du groupe en comparaison aux autres médecins. Ce médecin généraliste avoue que sa représentation des soins a changé du fait de les avoir vécus personnellement « *Alors, vous seriez venu l'année dernière, j'aurai eu beaucoup de mal à vous parler de tout ce que je suis en train de vous raconter parce que je n'avais aucune raison d'aller voir des kinés et de me faire soigner. Donc depuis j'y vais, donc j'ai fait les ostéos, la kiné classique, les massages et la balnéo. Donc je peux effectivement me rendre compte ce que on peut ressentir, quand on est patient. Parce que, quand on le prescrit si on n'a pas l'expérience, le vécu, de ce que c'est on ne peut pas le savoir,* » (Homme, 62 ans, expérience libérale, médecin généraliste, expérience de patient de kiné).

Ce médecin généraliste considère qu'être mariée à un kiné l'amène à une meilleure connaissance de l'objet « *Ce n'est pas parce que mon mari est kiné que j'aime la kinésithérapie, mais peut-être que je la connais mieux comme ça quoi aussi* » (Femme, 55 ans, expérience libérale, médecin généraliste, mariée à un kiné).

Enfin, l'amitié et la proximité professionnelle que cette autre praticienne a vécue au début de sa carrière expliquent, selon elle, sa pratique et sa représentation des soins de kinés ce qui permettrait de diminuer la distance sociale et faciliterait l'interaction « *En plus, mais, bon après voilà j'ai toujours depuis, le début de, de mon exercice en médecine j'ai travaillé comme ça puisque j'ai commencé par travailler dans un service de rééducation, sans être, puisqu'à l'époque ils ne demandaient pas d'être, ils ne demandaient pas d'avoir la spécialité de médecin rééducateur, moi je suis pas médecin rééducateur. Mais j'ai toujours travaillé, c'est-à-dire que quand j'avais mon service à la clinique A. à Aix, je veux dire tous les après-midis, je voyais mes kinés. Et ils venaient me parler de leurs patients, « ça s'améliore, ça ne s'améliore pas », enfin je veux dire. Et puis on est partis, on est partis en vacances ensemble, enfin bon, il y avait d'autres relations ; mais j'ai toujours travaillé avec des kinés, et j'ai gardé ça en cabinet.* » (Femme, 46 ans, expérience mixte, médecin généraliste, ami kiné, expérience de patient de kiné).

- le respect du choix du patient par déontologie illustre la mise en pratique d'une norme du groupe dominant à l'égard des autres membres de la Triade\* qui régule les interactions en interdisant un contrôle intempestif ; cette médecin généraliste rappelle ainsi que la déontologie est une règle de conduite édictée par le groupe « *Le choix du patient et puis en fonction de la qualité, enfin la qualité on peut pas appeler ça une qualité, mais heu la façon de travailler du kiné ; avant tout quand il choisit un kiné, je vais pas l'empêcher d'aller voir un kiné qu'il a choisi, voilà, ça c'est évident, on reste déontologique* » (Femme, 55 ans, expérience libérale, médecin généraliste, mariée à un kiné).



Dans cette forme, l'interaction est fréquemment décrite comme étant à l'initiative des médecins. Ces critères aboutiraient à des pratiques de coopération comme le relate ce neurologue qui motive ses interactions par la concordance de valeurs identitaires et pour un objectif commun « *Là où je perçois que les kinés ont des objectifs qui sont proches des miens, ben je vais, on va davantage parler de certaines personnes et du coup on va arriver à avancer un petit peu ou à s'imprégner de ce que les autres ont pu noter et essayer de franchir des étapes, mettre en place des, des objectifs plus précis, heu, pour l'intérêt du patient* » (Homme, 50 ans, expérience mixte, neurologue, ami kiné).

Dans la forme pyramidale, le médecin s'appuie sur les compétences spécifiques des kinés reconnus réglementairement ce qui implique là aussi de se comporter déontologiquement en n'intervenant pas dans les soins à l'instar de cette médecin de rééducation qui prescrit avec le souci du respect des compétences professionnelles « *Prescriptions qui sont pensées, tout en étant respectueux de leur activité professionnelle, qui de façon récente par décret, leurs donne une plus grande liberté sur les nombres de séances, les actes, à faire ; donc y a ce souci de ce champ de compétences professionnelles qui leur est propre* » (Femme, 50 ans, expérience en établissement, médecin de rééducation)

Mais leurs discours semblent aussi varier en fonction de l'organisation dans l'établissement où ils exercent, et selon la proximité à l'objet (ami, famille, être patient) comme pour ce neurologue « *Les rapports sont plus fluides et plus faciles avec certaines personnes où il y a une entente suffisante et correcte entre les, heu, les gens qui mettent leurs énergies y a alors suffisamment de convergences, je dirais, peut-être dans la façon de faire, je partage plus de points de vue avec certains, avec des kinés de certains centres, de certains établissements* » (Homme, 50 ans, expérience mixte, neurologue, ami kiné).

### 5.1.3 Le groupe des kinés

Leurs positions dans l'organisation paraissent prendre trois formes distinctes qui ne sont pas exprimées par tous. (Tableau XXIII)

| Forme de Triade* | Critères pour MK*  |
|------------------|--|
| Verticale        | Kiné en bas :<br>-contrôle des informations concernant P<br>-prescription de technique<br>-prescription précise<br>-préconisation, orientation, interdiction de certains actes<br>-rendre des comptes<br>-médecin décideur   |
| Horizontale      | -formation médicale : jeunes M + coopératifs<br>-situation médicale complexe<br>-Proximité avec les prescripteurs (ami, famille) distance sociale diminuée (?)<br>-équipe pluridisciplinaire médico-sociale où chacun apporte une expertise (neutralise la domination médicale ?)<br>-> remise en question du diagnostic ou de l'indication des soins<br>-> négociation des objectifs de la rééducation avec M au regard de l'expertise du K                               |
| Pyramidale       | -P en position supérieure : premier concerné<br>-P et K au même niveau, car relation de longue durée quasi amicale, ou philosophie de co-construction du soin<br>-M en position inférieure si situation urgente non prise en compte, K adresse P aux urgences<br>-P en position inférieure :<br>1) si non suivi des recommandations de M et K : comme si M et K = groupe prof de santé<br>2) P captif d'un centre de réadaptation : partage d'expertise et de savoir sur P |

**Tableau XXIII : Critères des formes de Triades dans le discours des MK**

L'un d'eux relate la difficulté qu'il perçoit à faire converger des points de vue considérés comme divergents, « alors y a un décalage entre ce qu'on peut faire, ce que le patient voudrait faire et ce que le médecin imagine qu'on puisse faire. Il y a ces trois points de vue très différents qu'il faut arriver à accorder parce que même sur une opération super bien réussie, une chirurgie, ou quoi que ce soit, qui paraît parfaitement réalisée, derrière en fonction du patient, de sa

récupération, de son état psychologique, de son, de son environnement même » (Homme, 41 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

Dans la forme verticale, tous les kinés du groupe font référence à un moment de leur interview à un positionnement inférieur, le médecin en positionné en supérieur. En particulier du fait de sa connaissance globale du patient concernant ses données médicales comme les antécédents ou ses traitements. Cette idée est illustrée par les propos de ce kiné-ostéopathe qui relate le défaut d'informations fourni par le médecin prescripteur et concourant, selon lui, a une moins bonne prise en charge « *on a pas forcément tous l'historique, parce que on le connaît pas, il veut pas nous dire son opération de l'appendicite, tout ça il le dit pas forcément ; on pense pas forcément à poser la question et par contre derrière ça peut avoir des incidences ; alors après, on lui demande en général, son traitement médical, mais on a pas tous le background que peut avoir un médecin de famille ou un généraliste, qui, qui peut être peut nous éclairer aussi, pourquoi on arrive pas à avoir des performances, peut-être aussi parce qu'il prend un médicament pour le cœur qui empêche de récupérer vite , plein de petits éléments qui pourraient nous être utile,* » (Homme, 41 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

Les kinés libéraux font état de pratiques médicales telles que les prescriptions quantitatives et qualitatives, décrites comme symptomatiques de la domination des médecins. Ici, le kiné-ostéo cite les propos de médecins avec agacement, montrant son mécontentement « *On a encore des, des, des, des, comment ça s'appelle, des médecins qui vous disent « voilà je voudrais que vous me travailliez ci », « que vous me travaillez ça » »* (Homme, 34 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

Les kinés salariés font référence, pour étayer cette forme d'organisation, au rôle décisionnaire du médecin, qui préconise, oriente ou interdit certains actes, et à qui il faut rendre des comptes ainsi que le relate cette kiné salariée « *ben, on travaille tous, ben c'est vraiment un travail*

*d'équipe, c'est-à-dire on discute aussi avec les infirmiers et les aides-soignants parce qu'il faut qu'ils soient aussi au courant des capacités du patient pour eux en chambre être à même de , d'être le plus proche possible des besoins du patient. Et le médecin, il a un retour forcément de, dès qu'on fait un bilan, dès qu'on a quelque chose qui évolue, dès qu'on veut passer à une étape supérieure, on a des comptes à rendre, voilà il faut qu'on le tienne au courant de l'évolution du patient, de, du bilan d'entrée, déjà de notre, de nos objectifs, de ce qu'on estime pouvoir faire avec et progressivement en cours de rééducation ben , on fait des points assez régulièrement pour voir un petit peu, heu, ou on en est en fait dans la rééducation. Voilà » (Femme, 28 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute). Mais le médecin est aussi celui sur qui s'appuyer en cas de difficultés comme en témoigne cette kiné salariée qui évoque le cas d'un patient aux propos suicidaires « *On parle au patient qui a la psychologue, après souvent quand on sent que vraiment ça va pas on en parle au médecin qui va voir le patient généralement et reparler de la prise en charge psychologique et qui va voir la psychologue pour dire un tel patient a besoin d'un suivi, parce que là c'est une période difficile, ça va pas. Et après il y a la prise en charge médicamenteuse aussi, où le médecin peut mettre en place des antidépresseurs* » (Femme, 26 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute).*

Dans la forme horizontale, les kinés de ce groupe justifient le non-respect de la hiérarchie statutaire par quatre éléments :

- la formation médicale rendrait les jeunes médecins plus coopératifs, ce qui contribuerait selon ce kiné-ostéopathe à favoriser les échanges et optimiser les prescriptions « *Après je ne sais pas la vision des médecins sur notre métier, hein. Je, heu, enfin j'ai la conviction que, heu, contrairement aux médecins d'avant qui nous prenaient vraiment pour leurs petites mains, je pense que maintenant ils ont pris conscience quand même de la valeur de ce qu'on pouvait apporter au patient, de l'amélioration qu'on pouvait avoir, heu, et donc ils sont plus ouverts à la discussion* » (Homme, 41 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

- une situation médicale complexe impliquant un contact régulier avec le malade. Cette notion est illustrée par cette kiné qui fait le récit d'une situation de soin « *là tu commences à faire les soins, ça m'est arrivé une fois, tu fais deux ou trois séances, dans le pire des cas, normalement, t'améliores rien du tout, ou alors t'as de bons résultats, là des douleurs plus importantes. Je fais, ce n'est pas que, mais ce n'est pas normal. Donc j'ai fait, au bout de trois séances, j'ai fait bon au bout de trois séances vous retournez voir votre médecin, ce n'est pas très logique. Il retourne voir le médecin, donc le médecin qu'est-ce qu'il fait il va voir ce qui se passe devant, et là effectivement y'avait un cancer du pancréas. Donc t'appuyais, tu fais enfin tu crées une contre-pression t'es, t'es sur le dos, mais la personne est à plat ventre, t'inflammais encore plus en abdominal et là, pas bon quoi, faut tout arrêter quoi. Après c'est une question de logique. La personne elle vient te voir, elle te dit vous m'avez démonté j'ai eu super mal pendant quatre cinq jours, t'as la petite ampoule qui s'allume, tu te dis « pas bon » là y'a un truc qui n'est pas bon » (Femme, 29 ans, expérience libérale, kinésithérapeutes).*

- la proximité avec les prescripteurs (ami, famille) permettrait de diminuer la distance sociale et faciliterait l'interaction à l'instar de ce kiné-ostéopathe ; la relation amicale lui permet de franchir la distance sociale et statutaire et d'adresser des patients directement sans faire appel au médecin traitant « *Ben moi j'ai la chance d'avoir des amis médecins et par exemple là c'est un peu l'inverse c'est moi qui adresse des patients en fonction des pathologies. Dernièrement on a vu une dame avec, heu, une, heu, un gros problème de colonne vertébrale et, heu, j'ai un copain qui est chirurgien du rachis donc je lui ai adressé, et heu, au détour d'une soirée, enfin, je sais plus que, on est allé boire un verre ensemble, on en parle, après lui il me fait des courriers pour que ce soit officiel, pour que si la patiente me demande de choses, voilà, j'ai le papier, mais là ça se passe, mais c'est facile, c'est, c'est mon copain avant d'être, d'être un médecin et quand je lui envoie, je l'ai appelé avant, je lui dis voilà je t'envoie untel, je t'envoie*

---

*untel et il me répond sur son temps privé quoi » (Homme, 34 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).*

- l'exercice en équipe pluridisciplinaire médico-sociale où chacun apporte une expertise neutraliserait la domination médicale. C'est ce qu'explique cette kiné lorsqu'elle fait la liste des membres de l'équipe autour du patient hospitalisé en centre pour traumatisés médullaires « *Eh bien c'est surtout dans un centre de rééducation, les patients ne sont pas pris en charge par un kiné, il y a déjà le médecin, après il y a toute l'équipe de soins donc infirmière, aide-soignante, et pour la rééducation même, il y a le kinésithérapeute, mais aussi l'ergothérapeute qui lui travaille des choses beaucoup plus fonctionnelles ; l'aménagement du domicile par exemple, ou comment faire des courses, la conduite en voiture, des choses comme ça. Après il y a l'activité physique adaptée, réalisée par un prof de sport où là c'est des choses beaucoup plus ludiques, donc ça c'est bien aussi pour le patient, ça lui fait du bien d'avoir des choses plus ludiques tout en travaillant la rééducation, du renforcement musculaire, du travail de l'équilibre, des choses comme ça. Et après il y a la psychologue, qui est importante là surtout pour les moments où ça va pas bien, ou il faut discuter du traumatisme qu'il y a eu, du deuil, etc. et après il y a aussi tout ce qui est orthophoniste, leurs neuropsychologues et les assistantes sociales. Voilà nous c'est vraiment plein de gens qui s'occupent des patients, qui gravitent autour des patients pour organiser la vie après le centre de rééducation. [...] Eh bien qui gravitent, on échange, on discute entre professionnels, pour se mettre d'accord sur la prise en charge du patient et voir comment éventuellement on peut aussi améliorer notre prise en charge qu'on se mette d'accord sur les choses qu'on fait » (Femme, 26 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute).*

Ces critères permettraient aux kinés de négocier (directement ou indirectement) les objectifs de la rééducation avec le médecin. Dans des cas extrêmes, ils remettent en question le diagnostic ou l'indication des soins établie par le médecin. Ainsi, ce kiné-ostéo admet éviter l'interaction

avec les médecins et la réserver à certains qu'il apprécie « *Après y a quelques médecins à qui je peux me permettre de passer un coup de fil, ou avec qui j'ai envie de passer un coup de fil, de le tenir informé* » (Homme, 41 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

Dans le discours des kinés, la forme pyramidale est explicitée par des croyances ou des pratiques qui peuvent refléter quatre types de positions ou d'interactions :

- les patients sont en position supérieure, car ils sont les premiers concernés par les soins. C'est le point de vue de ce kiné-ostéo qui justifie, selon lui, d'interagir préférentiellement avec le malade « *Alors moi très personnellement je préfère discuter avec le patient qu'avec le médecin, parce que je pense que c'est le premier concerné et je suis convaincu que on doit passer par une éducation du patient avant de, je pense que c'est lui qui souffre, c'est avec lui qu'on bâtit. Donc la relation, elle se fait beaucoup plus avec le patient qu'avec le médecin. Mais c'est parce que je suis convaincu que c'est eux qui ont besoin de ça. Qui ont besoin d'être drivés j'allais dire, d'être informés, d'être rassurés, d'être accompagnés, donc oui, le patient est au même niveau que moi* » (Homme, 41 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

- Patients et kinés sont au même niveau, car il y a une relation co-construite du soin (posture du kiné ou relation longue quasi amicale) comme dans le cas de ce kiné-ostéopathe « *Passé un certain nombre de séances, on arrive à une autre relation de confiance c'est-à-dire que là on est amis, donc on est amis et là du coup, ben il ne se passe rien. C'est-à-dire qu'eux n'ont plus leur esprit critique ou le regard critique qu'ils peuvent avoir au début, heu, et voilà. Alors là ils font totalement confiance, donc du coup y a aussi une drôle d'alchimie qui se passe puisque, heu, comme on est amis ben, ils n'osent pas nous dire si ça marche ou si ça marche pas, heu, nous comme on est amis, ben, peut-être on prend plus de latitudes, donc on fait moins attention et donc y a une drôle de dynamique, heu, qui peut devenir même négative à certains moments puisque quand on est entre amis finalement c'est pas grave* » (Homme, 41 ans, expérience libérale, kinésithérapeute-ostéopathe).

- le médecin est en position inférieure s'il n'a pas pris en compte une situation urgente reconnue par le kiné qui adresse alors le patient aux urgences. Cette kiné témoigne d'une situation, où bien qu'elle ait contacté le médecin pour l'informer du caractère préoccupant de la situation, ce dernier n'en ayant pas tenu compte, elle a transgressé ses prérogatives, puis adressé le patient aux urgences « *c'était y'a quatre cinq ans, un jeune qui vient me voir il s'était fait une fracture « tibia-péroné » ; on lui avait donc mis une plaque, vis, radio de contrôle, nickel chrome, euh... On devait être à ... J'ai dû commencer une semaine après, tout doucement, mais par contre juste à côté de la cicatrice, y'avait une grosse plaque rouge, dès le début, alors ça peut être un point, ça peut être l'inflammation, tout, « tiens pas très belle votre cicatrice », mais sans arrière-pensée, et en fait, au fil des jours, toujours super chaude ; euh et limite on aurait dit qu'elle avait l'air de s'étendre, donc là je lui ai fait, « ce serait peut-être bien » donc ça faisait peut-être 15 jours post-op, « ça serait bien d'aller voir votre médecin, peut-être passer une écho ou quoi, peut-être un point qui s'est pas résorbé, mais je trouve que la plaque elle est grosse » et tout, ouais, ouais, donc genre lundi, mercredi, « alors vous l'avez vu, vous lui en avez parlé ? » « Ouais j'ai pas le temps, machin », vendredi pareil donc franchement, j'ai appelé son médecin traitant, je lui dis « bonjour voilà je me permets de vous appeler, j'ai untel en soin, et je sais pas, enfin je pense que sa cicatrice elle est pas jolie, qu'est-ce que vous en pensez et tout, peut-être de voir de faire une écho, elle est toujours super chaude ». On devait être à trois semaines post op, « euh je sais pas je la trouve luisante, enfin tous les signes d'une infection en fait, donc ouais, ouais, ouais, ouais... » Et entre temps, la semaine d'après, « vous avez vu votre médecin et tout », enfin je pensais qu'il allait presque rigoler quoi, enfin, et donc bon lui il finit par y aller, donc ça faisait genre un mois. Et le médecin il lui dit « faites des compresses d'alcool... » je ne suis pas docteur, des compresses d'alcool, au bout de quarante jours, limite encore bien rouge et tout, franchement ça ne me plaisait pas et je regarde mon patient, je m'en rappellerai toujours, « je vais faire une dernière fois la casse-couilles, mais si*



*j'ai raison, vous allez directement aux urgences », et je prends une aiguille et je la désinfecte et tout et je perce : du pus, du pus. Il était en train de faire un rejet de la plaque, de nécroser, il aurait pu y perdre la jambe. Après peut-être le dialogue s'était pas bien fait avec le médecin ou quoi, mais même lui enfin je l'ai croisé il m'a encore remercié, je me dis t'as bien fait d'insister, de faire la chieuse de base de dire « putain elle me plait pas votre truc », je fais, façon, je désinfecte l'aiguille, au bout de quarante jours, toujours chaud, inflammatoire, mais il me disait j'ai pas mal, un moment donné, de pas avoir mal c'est pas très bon, c'est que les terminaisons nerveuses à l'intérieur, t'en as plus beaucoup quoi, enfin y'a un souci quoi, parce qu'elles se réveillent au début tu sens pas parce qu'elles ont été coupées non, mais j'ai pas mal, j'ai pas mal, « t'as pas mal ? Je fais juste une petite expérience, de toute façon vous ne sentirez pas, de toute façon vous ne sentez rien », j'ai pris ouah, t'aurais dû voir sa tête, enfin... Bah du coup ils lui ont enlevé le matos, et heureusement ça n'avait pas attaqué l'os. Mais c'est rare, parce qu'en général les médecins t'écoutent quoi » (Femme, 29 ans, expérience libérale, kinésithérapeute)*

- le patient est en position inférieure dans deux cas :

Premièrement si le patient ne suit pas les recommandations du médecin et du kiné, qui réalisent une sorte de « coalition » entre professionnels de santé comme l'illustre cette kiné « *Si tu vois que la personne va pas forcément le faire, ou quoi, tu vas peut-être directement t'adresser au médecin, ça m'est déjà arrivé, quand tu vois que la personne t'écoute et tout, tu le laisses gérer parce que tu vas pas non plus dire au médecin faites ci, faites ça, toi tu signales juste qu'il y a un souci. Ça dépend, quand tu sais que la personne ne va pas t'écouter, euh, là tu peux être amené à appeler le médecin. Mais c'est rare hein* » (Femme, 29 ans, expérience libérale, kinésithérapeute)

Deuxièmement, lorsque le patient est « captif » d'un centre de réadaptation, il y aurait un partage d'expertise et de savoir à son propos lorsque le cas du patient pose problème. Dans cet

extrait, la kiné relate des exemples dans ce sens « à moment donné, y a des fois on est un petit peu bloqué, on voit que ça n'évolue pas, on va pas rester là non plus à, le médecin il est là pour ça aussi, c'est des médecins rééducateurs donc du coup on leur fait parvenir certaines, heu problématiques certaines choses qui nous gênent et tout et du coup, heu, eux ils nous disent quoi faire, heu, comment améliorer, ou d'essayer tel truc, ou heu, donc oui y a quand même un échange ,heu, d'informations et puis je pense quand même qu'on est obligé d'être à l'écoute l'un de l'autre parce que chacun on a notre domaine particulier, mais si on veut faire avancer le patient, on est obligé de coordonner, en tous cas tous nos soins, donc voilà » (femme, 28 ans, expérience en établissement, kinésithérapeute).

#### **6 H4 : Lien entre triades et éléments de représentations sociales**

Dans ce chapitre, nous explorons l'hypothèse du lien entre les formes de Triade\* et les représentations. L'analyse des formes de Triade\* relatée dans les entretiens d'enquête a permis de dégager des variables potentiellement en lien à la fois avec la forme de Triade\* et avec les composantes de la représentation sociale. Ces variables sont :

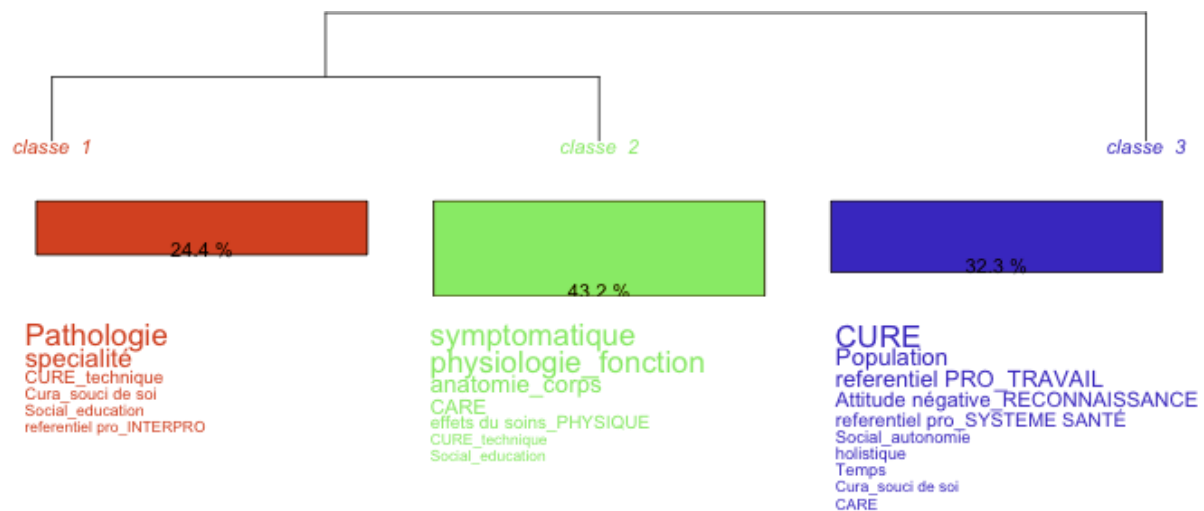
- la connaissance du kiné
- l'expérience de soins de kiné
- l'interruption des soins (par le P, par M, par K, par le sujet pour leur propre soin)
- l'accès direct de P
- l'accès direct proposé par les K
- la formation des M en matière de soins de kiné
- la pratique de prescription des kinés.

Nous accédons à ces variables par des échelles d'accord en 7 points (échelle de Likert). L'ensemble des questions est regroupé dans un indice de Triade\* dont la somme individuelle reflète, selon nous, le style des triades auxquelles le sujet déclare avoir participé. Cet indice ne contient pas le même nombre de questions pour les 3 groupes. L'indice pour M et K a sept

questions et l'indice des P en a six. Pour permettre la comparaison nous procédons à un calcul des indices en fonction du nombre de réponses de l'individu.

Pour le calcul de cet indice, 192 sujets ont été retenus. Parmi les MK\*, 123 sont retenus dont 54,5 % de femmes ; les trois formes de Triade\* sont représentées et la forme pyramidale domine avec 94,3 % suivies de la forme verticale (3,3 %) et de la forme horizontale (2,4 %). Les répondants au questionnaire P représentent 23,4 % de l'échantillon avec une majorité de femmes. Dans cette population la forme pyramidale est majoritaire, mais la verticale est présente. Les répondants au questionnaire M représentent 12,5 % de l'effectif, dont une proportion équivalente d'hommes et de femmes. La forme pyramidale est majoritaire (95,8 %). Indépendamment des populations ou des genres, les 3 formes de Triade\* sont représentées : la forme pyramidale est majoritaire (93,2 %), la forme verticale représente 5,2 % des réponses et la forme horizontale correspond à 1,6 % des réponses.

La CHD produit sur les évocations hiérarchisées thématiques et associées à la variable « indice de Triade\* », type de questionnaire (P, M, K) et genre (homme ou femme). Elle produit trois classes qui correspondent à 58,9 % du corpus\* (Figure 40). Les classes 1 et 2 recourent des thématiques en lien avec les spécificités médicales d'une part ou expérientielles de l'autre. La classe 3 recoupe les dimensions conceptuelles avec les thèmes « holistique » et « curatif » associés à des dimensions professionnelles comme la « population » et la position dans le système de santé. Certains thèmes ne sont pas spécifiques d'une classe et sont retrouvés dans deux classes comme le Care ou le Cure-technique.



**Figure 40 : CHD des évocations hiérarchisées seules**

Les AFC\* sont produites à partir des classes en fonction donc des variables thématiques, de Triade\*, de genre, de population et de style de questionnaire. Elles sont réalisées à partir de 2 facteurs : le facteur 1 sur l'axe horizontal explique 58,9 % du corpus\* et le facteur 2 sur l'axe vertical explique 41,1 % du corpus\*. Nous les présentons dans les Figure 41 et Figure 42. La répartition des thématiques se fait sur un troisième cadran et selon les deux axes. La zone supérieure où se trouvent des thématiques individuelles (les symptômes, les parties du corps, les fonctions physiologiques) ; la zone inférieure correspond aux dimensions médicales (travail, spécialité, pathologies techniques, système de santé). Sur cet axe horizontal sont retrouvés principalement les thèmes de la classe 3, très fortement liés au masculin au questionnaire MK\*.

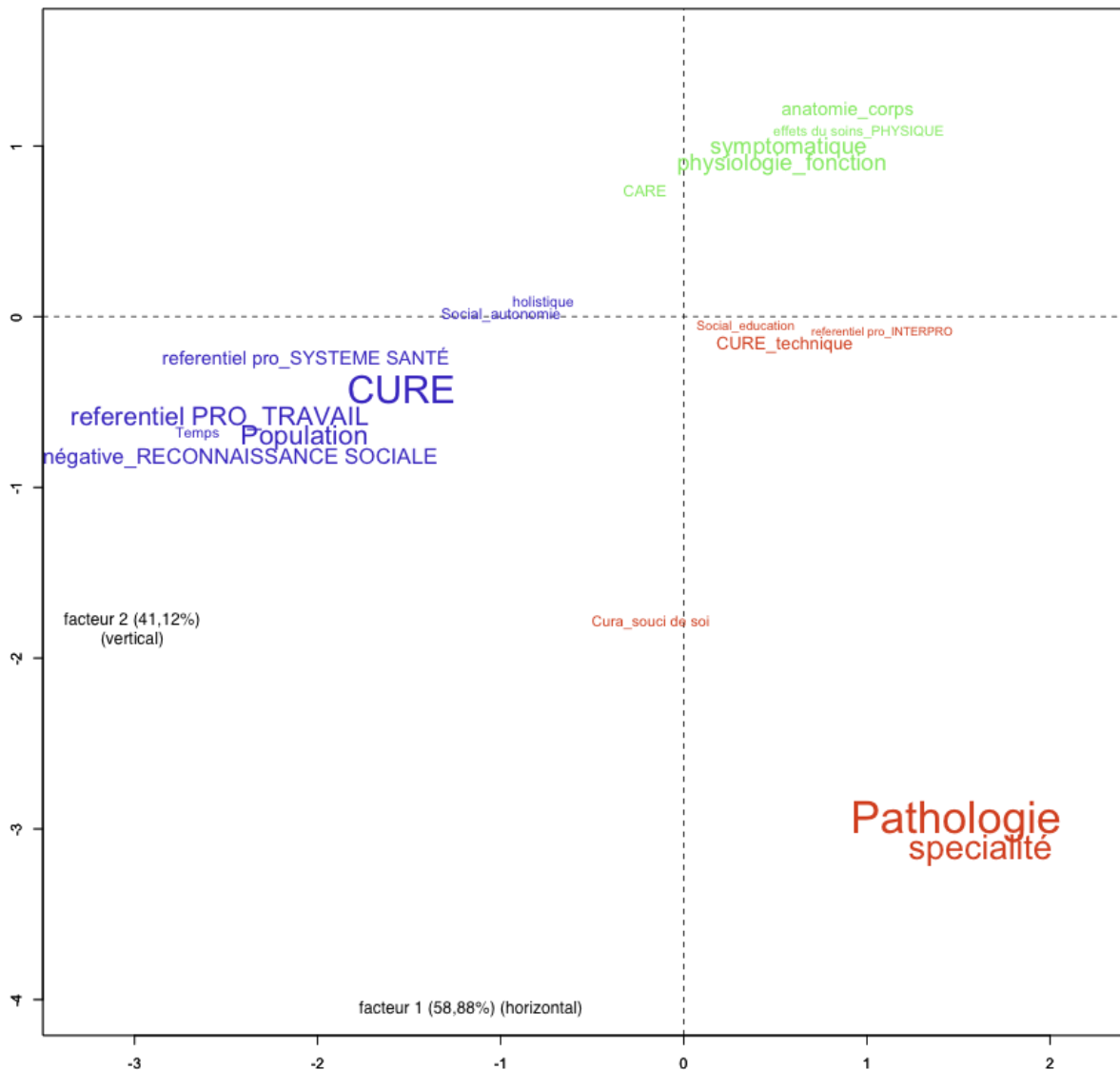


Figure 41 : Représentation des AFC (thématiques)

De l'autre côté de l'axe vertical se trouve les thèmes de la classe 1, associés au questionnaire M. L'axe vertical délimite la zone gauche où sont retrouvés des thèmes conceptuels (cure, care, cura, holistique). La zone droite contient les thématiques plus spécifiques comme les éléments du corps, le technique, les pathologies. Dans les AFC\*, seule la forme pyramidale de Triade\* est représentée ; elle est associée à la classe 2 dans le cadran supérieur gauche. Le thème du quadrant est lié à l'expérience individuelle.

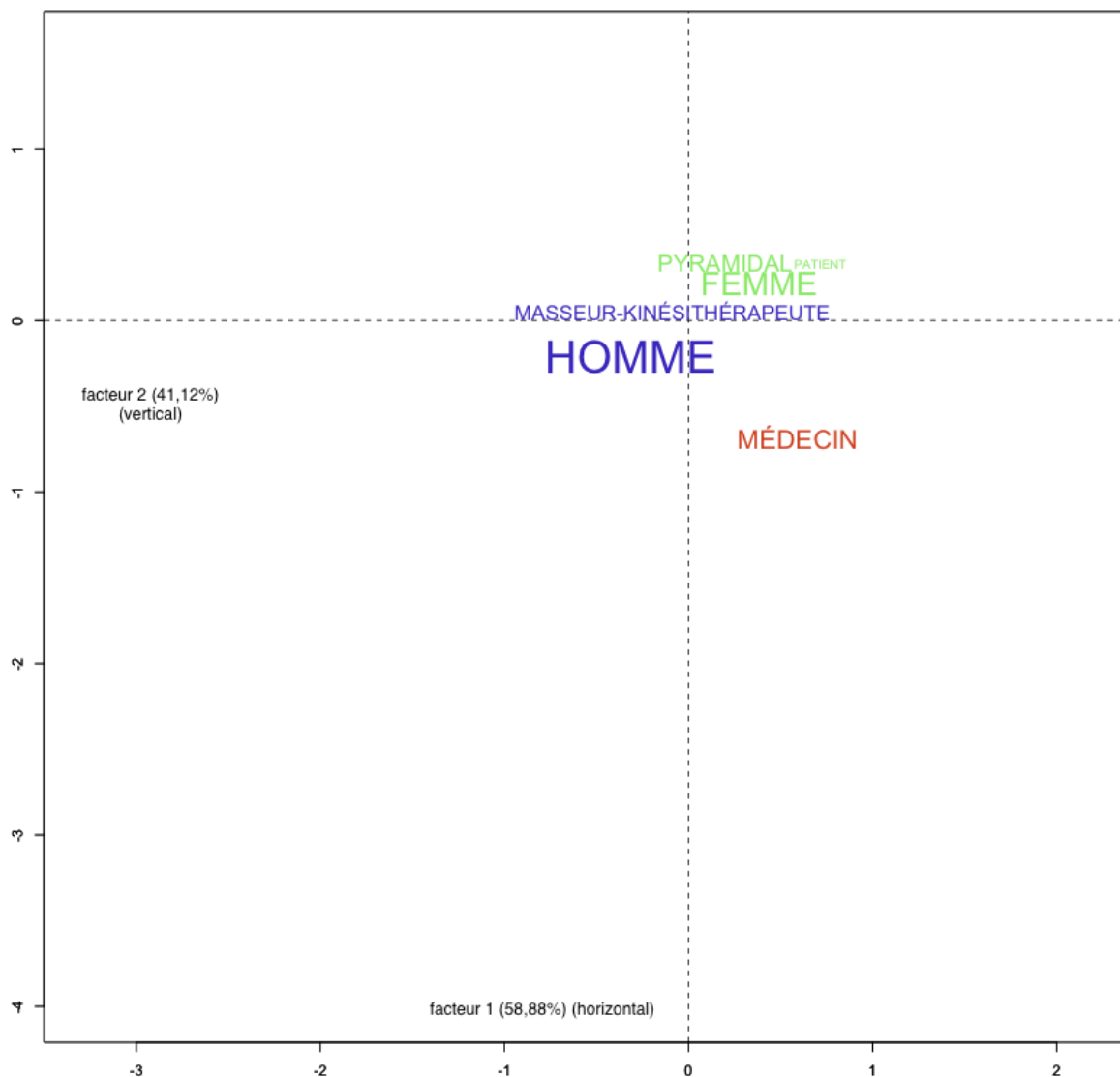


Figure 42: Représentation des AFC (variables associées)

## 7 Apports des différentes analyses

Dans ce chapitre, nous présentons l'apport des analyses des différentes méthodologies.

### 7.1 Apport de l'analyse des définitions de dictionnaires

Cette analyse de différentes sources va dans le sens de l'argumentaire produit au chapitre 2.1 partie 1 ; elle met en évidence une opposition des définitions proposées au public par rapport à

celles à destination des professionnels. Pour les premiers, l'accent est mis sur les moyens techniques alors que pour les seconds, c'est la dimension globale et le sens qui est véhiculé. En d'autres termes, les définitions à destination du public sont situées dans le modèle biomédical, alors que celles à destination des professionnels (M et MK) renvoient à un modèle non biomédical sans pour autant permettre de les relier à un modèle conceptuel précis de réhabilitation (Jahan & Ellibidy, 2017).

La dimension curative des soins est plus représentée que le « care », notamment comme finalité de l'approche globale ce qui pourrait distinguer cette discipline de la médecine ou des sciences infirmières (M. Morin, 2004).

Les définitions produites pour et par les professionnels sont fortement marquées par un univers sémantique qui relève des fondements épistémiques des soins. Ce qui nous amène à penser que ces traces écrites apportent des éléments de compréhension théorique des représentations professionnelles (Mias & Piasser, 2016).

## **7.2 Apport de l'analyse de la littérature académique**

La revue de la littérature avait pour objectif de comprendre comment l'objet « soin kinésithérapique » est étudié dans la recherche scientifique internationale, ou nationale, de révéler comment les articles décrivent cette situation thérapeutique ; ainsi que de répondre aux questions suivantes : où, quand, par qui et dans quels buts ces recherches ont été réalisées ? Les analyses ont permis de révéler une thématique qui est devenue une hypothèse de travail pour déterminer le contenu des représentations. La revue de la littérature a permis de mettre en évidence le thème de l'érotisation (Bismark et al., 2020; Cooper & Jenkins, 2008; Roush et al., 2015) de la relation de soin entre kinésithérapeute et patients. Ce thème est introduit dans la question de caractérisation. Cette question éthique, pourtant soulevée en France dans des travaux de thèse (Choplin, 2015; Macron, 2015a; Prayez, 1993; Samé, 2009), est absente des

productions scientifiques françaises récentes. L'analyse de l'ensemble des articles académiques met également au jour la démarche de construction sociale des savoirs en physiothérapie et réhabilitation par les acteurs en réponse à des problématiques de terrain. Ainsi ce corpus de données témoigne d'une démarche compréhensive qualitative des situations de soins alors même que la production scientifique globale est majoritairement inscrite dans une logique biomédicale positiviste (Gibson, 2018). Ce qui relève, selon nous d'une approche constructionniste des professionnels, car c'« est un point de vue scientifique sur la manière dont les hommes arrivent à percevoir le monde et à agir dans ce monde interprété par eux » (Mucchielli, 2005a, p. 5). La portée de ces travaux gagnerait en légitimité à intégrer un questionnement sur l'implication et les objectifs des chercheurs ce qui constituerait un positionnement épistémologiquement constructiviste au lieu de faire un état des lieux témoin des représentations des professionnels (Mucchielli, 2005a, 2005b; Paillé & Mucchielli, 2016). On peut aussi questionner la rareté de travaux en SHS ou de financements malgré la volonté de l'OMS de promouvoir la réhabilitation (*Rehabilitation 2030*, s. d.). Les études croisant les points de vue et comparant les pratiques entre M et MK sont rares mais attestent de l'intérêt toujours d'actualité des chercheurs malgré un contexte de production où la physiothérapie est autonome (Matifat et al., 2019).

### **7.3 Apport des résultats des entretiens**

Cette recherche conforte l'étude de Bonnal qui évoque l'interdépendance des trois groupes d'acteurs même en l'absence du troisième acteur (Staerklé, Clémence, & Spini, 2011). En effet chaque acteur évoque spontanément les autres groupes ce qui atteste du lien systémique, et nous invite à penser que les relations intergroupes font partie des représentations sociales des SK.

En mettant en évidence que les éléments saillants des représentations de chaque groupe diffèrent, cette étude confirme les résultats de l'étude de Matharan sur la perception des SK et



du groupe kiné comme hétérogène (2009). Cette étude met en évidence des processus d'influence réciproques entre médecin et kiné par l'intermédiaire du patient, ce qui apporte de nouvelles perspectives à l'approche interactionniste des soins (Becker, 2002; Calvez, 2010; Cosnier et al., 1993; Douguet et al., 2014; Pennec et al., 2014; Sarradon-Eck et al., 2008). La prescription d'actes délégués prend en compte de manière significative les aspects relationnels entre patient et kinésithérapeute ainsi que des caractéristiques individuelles des membres de la diade créée, ces résultats prolongent ceux de Fainzang sur l'ordonnance (2001) ou ceux plus récents de Restivo (2016) sur l'usage de caractéristiques personnelles des oncologues dans le processus de prescription en situation d'incertitude. Le processus de prescription d'actes délégués semble reposer sur des catégorisations (Greco, 2012; Moscrop, 2011; Sarradon-Eck et al., 2020) à la fois des patients et des MK de leur réseau informel (Sarradon-Eck et al., 2008) qui, au-delà de l'acte de reconnaissance d'une plainte (Fainzang, 2001) propose de construire une diade thérapeutique à la manière des « marieuses ». Ce fait est relaté en centre de rééducation et en pratique libérale. Cette étude s'inscrit dans les considérations épistémologiques de Denise Jodelet (Jodelet, 2017) sur l'ancrage expérientiel des RS des patients, car leurs représentations est fonction de leurs savoirs profanes construits empiriquement selon leur(s) pathologie(s). Ces représentations sont orientées vers le bien-être, thématique rare dans le discours des professionnels.

Cette étude est conforme à l'idée de Staerklé sur les liens entre représentations sociales et relations intergroupes (2016; 2011) en mettant en évidence que médecins et kinés mobilisent leurs identités professionnelles en lien avec les relations intergroupes (catégorisations intra et intergroupes, stéréotypes) pour penser les SK. Ces dynamiques de groupe ainsi que le recours au stéréotype pourraient avoir un rôle dans la protection du système central de la représentation SK et des groupes comme le suggèrent Zouhri et Rateau (2015). Par ailleurs, cette approche est très peu présente pour étudier les représentations sociales dans le domaine de la santé. Notre

étude montre que pour les médecins, l'expérience personnelle et l'expérience du patient viennent moduler l'impact de l'identité professionnelle et des relations intergroupes. Pour les kinés, les RS sont centrées sur les identités professionnelles en relation avec les deux autres acteurs. Leurs RS se construisent autour des relations intergroupes.

Notre recherche met en évidence que la RS des SK se distingue des autres soins présentés par Morin (2016). En effet, l'utilité par rapport à une résolution naturelle des problèmes qu'elle entend traiter est ici remise en question. En outre, ces soins s'inscrivent majoritairement dans une démarche fonctionnelle où « cure » et « care » sont d'égale importance. Enfin, la confiance est partagée entre les trois acteurs, même en l'absence de l'un d'entre eux.

L'analyse lexicométrique va dans le sens de l'analyse thématique en confirmant le poids de l'expérience personnelle dans le discours des Patients interrogés ; les MK\* ont un discours logiquement centré sur leur pratique professionnelle ; alors que pour les médecins le discours est davantage centré sur le sens et le but de ces soins. Elle confirme également que notre analyse a été réalisée avec une certaine objectivité malgré l'implication décrite dans la partie 1 au chapitre 3.

Enfin, l'analyse des formes de triades est focalisée sur les rapports de statuts sociaux ; elle permet de penser différentes configurations d'interaction possible en dehors de la situation d'équilibre prévue alors par le système de soin. Ce modèle théorique au lieu de s'appliquer au travers des coalitions possibles, semble plus pertinent s'il est mobilisé au seul niveau hiérarchique car il révèle de potentiels facteurs de variabilité des hiérarchies en situation ainsi que la présence significative des trois formes de hiérarchies. Ces résultats ouvrent la voie à des recherches à la croisée des chemins entre approches systémiques (Lahlou, 2018a; Tramonti et al., 2021) et interactionnisme (Sarradon-Eck et al., 2020).

## **7.4 Apports des résultats de l'analyse du texte de Dolto**

Les apports de l'étude du corpus de Dolto sont multiples. Nous les présentons au prisme des différents champs théoriques présentés au début de ce travail : les représentations sociales, les modèles du soin et les modèles relationnels. Une nouvelle théorie (la théorie systémique) est également convoquée en réponse aux thèmes émergeant des données.

### **7.4.1 La représentation sociale des soins de physiothérapie chez Boris Dolto**

Cette étape explore la représentation sociale des SK de Boris Dolto dans le livre « Le corps dans les mains » (Dolto et al., 2006). Les résultats révèlent que l'auteur offre une contribution à la fois technique et épistémologique. Ainsi, nous trouvons des preuves de pensée systémique. Dans son discours, il expose également des éléments relatifs aux connaissances, aux pratiques, aux indications et aux relations patient-praticien. Ces résultats complètent et élargissent les résultats sur les représentations sociales des SK que nous avons obtenus avec les autres méthodologies (entretiens, questionnaires, littérature académique et définitions du dictionnaire) (Abboudi, 2019a, 2019b; Abboudi et al., 2019). L'étude de l'ensemble des thèmes obtenus permet d'identifier des thèmes généraux qui organisent les discours sur les soins de kinésithérapie (catégories de discours). Ils renvoient à la nature des soins, au sens qui leur est donné, aux processus qui se déroulent, aux effets attendus ou inattendus sur la santé somatique, psychique, relationnelle et/ou sociale. Dans le domaine des représentations sociales, notre recherche introduit la possibilité d'approfondir les études sur les représentations professionnelles à partir d'un corpus\* historiquement construit dans un groupe donné. D'une part, le caractère descriptif de la représentation exprimée est une caractéristique commune des représentations professionnelles (Mias & Piasser, 2016). D'autre part, il permet d'éclairer les fondements conceptuels du discours, ce qui constitue une innovation. Dans le domaine de la réadaptation, la réflexion de l'auteur est un exemple précurseur de la « Classification

internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé » (modèle CIF) de l'OMS (Jahan & Ellibidy, 2017, p. 48) car elle considère le soin comme faisant partie de processus dynamiques, interactifs et contextualisés. Ce corpus\* communique la vision du monde de Dolto et lui permet de développer sa pensée (ses connaissances, son expérience, ses pratiques et son sens ou raison d'être) qui a conduit à la genèse de la représentation (Jodelet, 2015a) de la kinésithérapie en France. Du point de vue de la construction socio-historique de la réhabilitation, cela montre la difficulté d'introduire des philosophies de soins avant-gardistes dans un contexte majoritairement anglophone, fragmenté par le corps médical où le paradigme de pensée dominant est positiviste (Conti, 2014; Freidson, 1970; Gibson, 2018; Giraldo-Pedroza et al., 2021; Jahan & Ellibidy, 2017; Pettman, 2007; Sharma, 2012). La mise en perspective des résultats de ces articles avec notre cadre théorique met en évidence trois points importants : la pensée systémique, un modèle de soins fusionné et un modèle relationnel horizontal avec un rôle actif étendu pour le patient. Ces points sont développés dans les chapitres suivants.

#### **7.4.2 Preuve de la pratique empirique de la pensée systémique**

Les analyses des classes 1, 3 et 5 (CHD et AFC\* voir Tableau XII et figures 27 - 28) et les analyses de similitude de l'ensemble du corpus\* et de la classe 5 (figures 29 et 30) révèlent l'approche théorique de l'auteur. Elle est basée sur une approche systémique empirique intégrative à plusieurs niveaux. Elle est caractéristique de la pensée systémique par son raisonnement analogique, son approche récursive, son ancrage à différents niveaux (du niveau microscopique au niveau social) et son ancrage pluridisciplinaire (biologie, biochimie, biomécanique, psychologie, etc.) (Durand, 2010; Lugan, 2009; Von Bertalanffy et al., 1973). La contribution de Dolto propose une approche complexe du soin, comme le dit Morin, « un tout qui ne se réduit pas à la « somme » de ses parties constitutives » (E. Morin, 2015, p. 29).

Elle est complexe car « cette notion de complexité implique celle de l'imprévisibilité d'un système donné » (Lugan, 2009, p. 100). Cette complexité est sous-tendue par des processus récursifs qui modulent le traitement dans chaque situation de soins. C'est un exemple innovant de « modèle bio-psycho-social » (Jahan & Ellibidy, 2017, p. 49) à la fois pour l'époque (1976) et pour la « médecine spécialisée fragmentée » (Durand, 2010, p. 94). Comme le dit Gibson, la pensée non positiviste est encore marginalisée (2018) alors même que les modèles de réhabilitation sont principalement construits autour de facteurs psychosociaux et de contexte (Jahan & Ellibidy, 2017). L'intégration de stratégies psychosociales dans la réadaptation et la physiothérapie a des effets positifs : résultats fonctionnels, adhésion, réduction de la durée du traitement, amélioration de la confiance du patient, de son autonomie et de son bien-être psychosocial (Archer et al., 2016; Driediger et al., 2006; Driver et al., 2019; McGrane et al., 2015; Medley & Powell, 2010; Rock & Jones, 2002; Skolasky et al., 2013; M. J. Sullivan et al., 2005; M. J. L. Sullivan & Adams, 2010). Mais dans une étude récente sur les points de vue et la pratique des stratégies psychosociales par les physiothérapeutes australiens (Driver et al., 2019), si les répondants accordent une grande importance à ces stratégies dans leur pratique, les résultats ont révélé que ces stratégies étaient principalement mises en œuvre de manière empirique et que les répondants ressentaient un besoin de formation (Driver et al., 2019). Dans le raisonnement de Dolto, nous observons une similitude avec la démarche diagnostique décrite par Delplanque (2009). Il s'apparente également à un raisonnement clinique mixte (Nendaz et al., 2005, p. 239) car il combine la « reconnaissance des similitudes » (cas cliniques similaires, système physiologique ou physiopathologique) et la « confirmation hypothético-déductive » principalement par le toucher. L'élément le plus significatif qui montre la pensée systémique de Dolto est l'importance accordée aux processus dynamiques et aux interrelations. Cette vision est l'antithèse de la tradition platonicienne à l'origine de la pensée cartésienne et du positivisme où « la vérité est éternelle » [notre traduction] (Herfel et al., 2011, p. 1). En France,

l'universitarisation de la MK\* a conduit à l'expérimentation et à la mise en œuvre de l'application d'approches systémiques au système de formation (Cochet, 1996; Guyet, 2019; Panchout et al., 2019; Signeyrole, 2015). Cette démarche tend à se généraliser dans d'autres pays pour d'autres formations en santé (Soussi et al., 2021). Cependant, nos résultats suggèrent que la pensée systémique ne devrait pas seulement être appliquée au système de formation mais qu'elle devrait également être enseignée dans les programmes de formation. C'est-à-dire qu'une initiation à l'approche systémique pourrait être intéressante dans la formation initiale ou continue (« Can We Train for Systems Thinking? », 2012; Yatchinovsky, 2018) des MK\* et des autres praticiens de la rééducation. Une telle formation fournirait les outils théoriques nécessaires à la compréhension et à la mise en pratique des différentes couches de connaissances associées à des compétences et des attitudes. Cela permettrait de passer d'une pratique empirique et non consciente de la pensée systémique et psychosociale à une pratique réflexive (Hallo et al., 2021; Schon, 1994; Tramonti et al., 2021).

### **7.4.3 Un modèle de soins fusionné**

Les analyses successives des termes de la classe 1 (AFC\* et analyse de similitude dans les figures 28 et 31) nous permettent d'explorer le deuxième point. Ce point concerne le modèle de soins. Traditionnellement, il existe une dichotomie entre cure et care (Molinier, 2016; M. Morin, 2004) et entre fonctions soignantes et fonctions thérapeutiques (M. Morin, 2004; Morvillers, 2015). Nous avons également observé cette dichotomie dans le discours des patients et des médecins dans les autres méthodologies de notre cadre (Abboudi, 2019a, 2019b; Abboudi et al., 2019). Ici, l'auteur fusionne les modèles et donne un sens personnel à l'expression « relation thérapeutique » où les termes sont liés et d'importances égales. Cette posture n'est pas sans rappeler la posture médicale de la Grèce antique adoptée par les médecins de l'époque avec leurs patients fortunés. Selon Poisson, la pratique médicale de la Grèce antique combinait des

conceptions éthiques et techniques, et prenait parfois en compte les limites des possibilités de guérison (2015). Certaines choses peuvent être guéries, d'autres non. Lorsque la guérison est possible, le médecin met en place une « amitié médicale », qui est une expression éthique, associée à des techniques. Cette amitié prend la forme du respect dû au patient qui est considéré comme « naturellement doué de la capacité de guérir » et qui est libre d'accepter ou de refuser l'aide. À l'époque, tous les individus ne bénéficiaient pas de la même considération, ce concept ne s'appliquait donc qu'aux hommes libres et riches (Poisson, 2015, p. 28-29). On peut faire référence à cette idée car Dolto, en tant que médecin de formation, a nécessairement prêté le serment d'Hippocrate qui est un héritage de cette époque. Il semble que pour Dolto, le traitement corresponde à une combinaison de relations patient-physiothérapeute répétées dans le temps, que le symptôme douloureux module dans une logique systémique à plusieurs niveaux (biomécanique, physio pathologique, psychologique et social). Cette conception du traitement est innovante pour trois raisons. La première est fondée sur sa représentation du corps. Dans le paradigme biomédical positiviste, le corps est décrit comme une machine (Adam & Herzlich, 2014; McPherson et al., 2015; Nettleton, 2020), alors que pour Dolto, le corps du patient peut être représenté par analogie avec un orchestre où les instruments jouent, s'expriment et résonnent en interaction les uns avec les autres, avec l'environnement et avec le praticien (qui n'est pas le chef d'orchestre ou le compositeur). Deuxièmement, sa représentation de la douleur s'oppose également au positivisme. Pour lui, la douleur ne se limite pas à un processus physiologique (Péoc'h, 2014) mais joue le rôle d'une boussole pour le thérapeute. Elle guide le processus de traitement et sert à changer la direction et le diagnostic, et à accélérer, ralentir ou arrêter le traitement. Cependant, pour être une boussole, cette représentation doit prendre en compte différentes dimensions (phénoménologique, praxéologique, biologique et culturelle), où « la douleur peut être vue comme une forme dynamique, en constante évolution, dont les interactions, les transactions et les rétroactions entre quatre dimensions suggèrent une approche

complexe » (Péoc'h, 2014, p. 12). Enfin, la composante temporelle de la prise en charge permet aux processus de guérison de se produire au fur et à mesure que le patient s'approprie (intellectuellement et sensoriellement) le traitement. Cela se rapproche du concept de « cure psychanalytique » qui sera développé dans le paragraphe suivant.

#### **7.4.4 Un modèle relationnel horizontal avec un rôle actif étendu pour le patient**

Le troisième point nous permet de compléter cette interprétation, notamment au regard du contexte de production de l'œuvre. En effet, le modèle relationnel médical dominant à l'époque est vertical avec l'attente d'un patient passif (Adam & Herzlich, 2014; Freidson, 1970; M. Morin, 2004; Pierre et al., 2014). L'auteur fait cependant preuve de considération pour le contexte psychosocial et émotionnel du patient. Le corps ne se limite pas à un objet de traitement ; le patient et son corps en particulier sont à la fois actifs dans l'expression du problème et dans le processus de guérison à travers une relation thérapeutique empathique. Cette conception est proche du modèle relationnel psychanalytique (Durand, 2010), ce qui est cohérent avec la situation maritale de l'auteur. Son épouse Françoise Dolto, pédiatre psychanalyste a probablement influencé sa pratique. « L'aspect novateur apporté par Françoise Dolto à l'époque est de considérer l'enfant comme un être à part entière, capable de s'exprimer, quel que soit son âge » (Ricaud-Droisy, 2008, p. 1). Mais cette conception fait également partie de l'approche de la médecine psychosomatique (Del Volgo, 2003). Ce champ interdisciplinaire étudie « les relations entre les processus psychiques et les manifestations physiques pathologiques, qu'elles soient fonctionnelles ou organiques » (Del Volgo, 2003, p. 127). Il fait également écho au modèle bio-psycho-social proposé ultérieurement par Engel (Engel, 1980) ou plus récemment par Hallo (Hallo et al., 2021) et par Tramonti (Tramonti et al., 2021) comme expliqué précédemment.

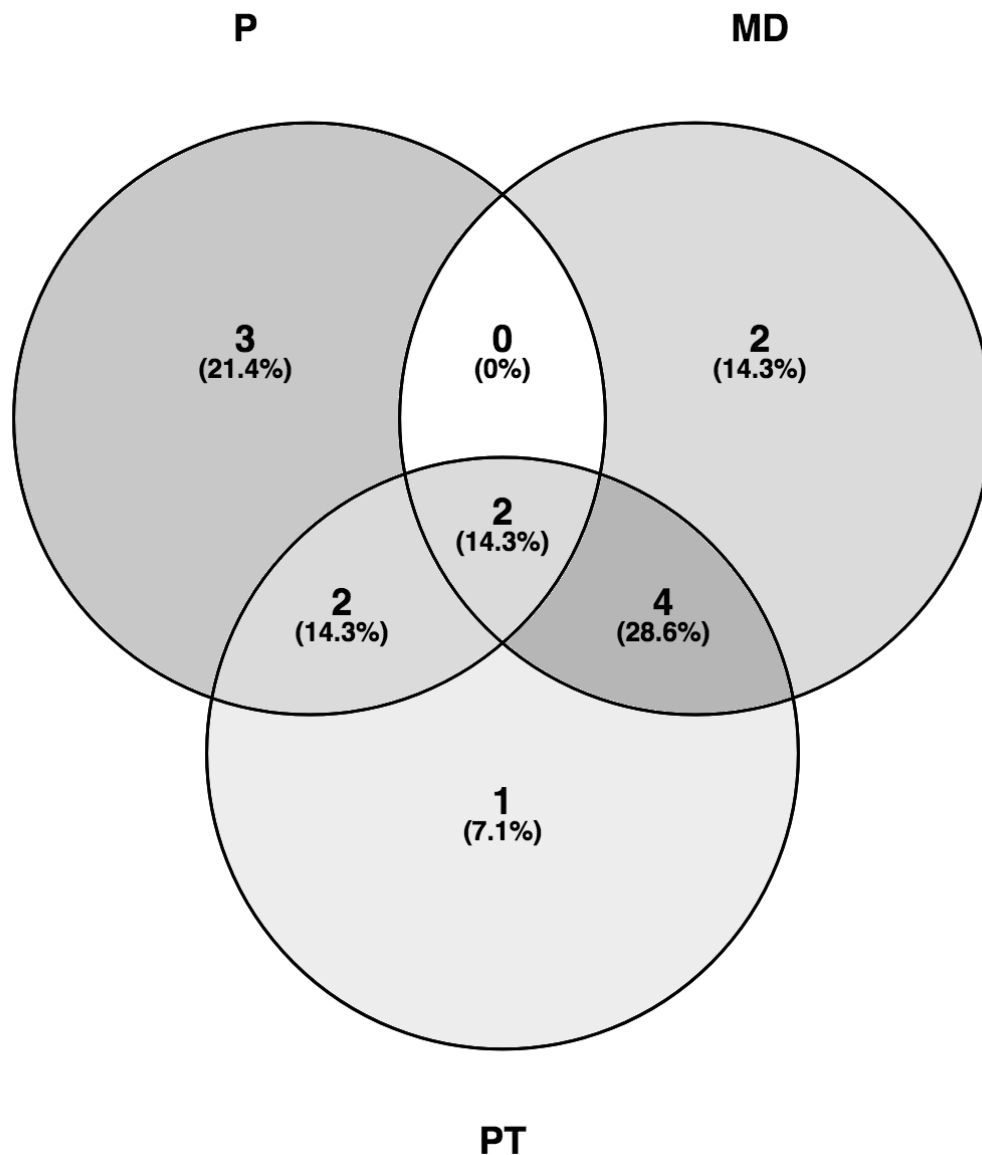


## **7.5 Apport de l'analyse des questionnaires**

L'apport des questionnaires est double : premièrement il éclaire sur la position au sein du noyau de différentes catégories de contenus ; deuxièmement il révèle les points critiques entre les groupes sous-tendus par différentes logiques et pratiques.

L'étude structurale des représentations des trois groupes révèle que les noyaux contiennent des éléments qui donnent le sens des soins. Les éléments contrastés des trois groupes contiennent des attitudes négatives, des éléments qui renvoient à un sens controversé ou à la nature du soin selon la situation. Ces résultats sont conformes à la littérature abondamment produite dans l'approche structurale (Abric, 2003; Lo Monaco et al., 2016; Moliner & Abric, 2015; Moliner & Lo Monaco, 2017). Selon ces résultats le système central confère le sens et les éléments contrastés sont exprimés ou cachés en fonction du contexte (situation ou contexte contre-normatif). Par exemple, les attitudes négatives qui soutiennent une catégorisation intergroupe seront exprimées par les médecins plus facilement en présence d'autres médecins du fait de la norme prescrite par le code de déontologie médical (Article R4127-68 - Code de la santé publique - Légifrance, s. d.) qui valorise l'inter-professionnalité.

Les représentations sociales des trois acteurs (P, M ou MD, MK ou PT) sont différentes. Bien que tous les acteurs expriment certaines composantes qui donnent leur sens au soin, leur place diffère et seules deux thématiques (symptomatique et sens socio-éducatif) font consensus (voir Figure 43). Une nouvelle dimension (Cura ou "souci de soi") (Bigot & Hoibian, 2014; Pawin,



**Figure 43: Comparison of cores items (n=14) extracted from the hierarchical Evocations (N=439)**

2014; Pierre et al., 2014; Trépos, 2013) a été ajoutée au modèle de soins classiquement décrit (Cure and Care) (Keller & Pierret, 2000; M. Morin, 2004).

Cette analyse confirme que chaque représentation de groupe contient un élément absent ou secondaire chez les autres. Comme le thème de la cura, celui de la vision holistique. Pour les P

et les M interrogés, il existe un décalage entre les items exprimés par les individus et au nom de leur groupe. Ce qui tend à penser que des sous-groupes adhèrent à un stéréotype négatif. Celui des M placerait les SK dans le champ ésotérique puisqu'il reposerait sur des croyances (cf. chapitre 3.5.3 et figure 38).

L'analyse des RS croisée avec les pratiques déclarées des répondants révèle des différences de représentations au sein des M entre secteurs d'activité, mais également une pratique de prescription des SK différente pour soi ou pour autrui. Cela atteste le rôle de l'expérience personnelle du M dans sa représentation.

Il est confirmé une opposition entre deux visions par l'analyse des définitions des dictionnaires : la première est fonctionnelle associée au « care » ; la seconde est globale associée au « cure ». Cette absence de consensus dans la définition était évoquée en partie 1 chapitre 2.1.

L'articulation logique des composantes diffère et varie selon son thème de départ entre les groupes : Les MK partent de leur expérience professionnelle du corps (le leur et celui du patient). La logique du P est initiée par l'expérience personnelle. La logique des M part d'une approche thérapeutique non médicamenteuse qui prend en considération la relation MK-P.

La clairvoyance réciproque (Marie et al., 2010) permet d'étudier l'adéquation entre la RS réellement exprimée par un groupe et l'image que s'en font les autres groupes : M et MK sont assez clairvoyants quant à la représentation du P. Les P semblent ignorer les aspects saillants des professionnels (Cure, Care et vision holistique). MK et M sont mutuellement inconscients du contenu et de l'importance de leur représentation respective. En particulier, M n'évoquent pas les termes liés aux dimensions de Care et de vision holistique.

Enfin, le questionnaire soulève la question de la prescription non médicamenteuse qui est majoritairement décrite comme singulière et alternative aux médicaments. Ce point a été évoqué à partir du corpus d'entretien (chapitre 7.3).



## **PARTIE 5 : Discussion générale et perspectives**

Cette dernière partie est l'occasion de synthétiser les résultats apportés par les différentes étapes de ce travail. Les apports de ces résultats sur les plans théoriques, méthodologiques et des connaissances concernant les soins de kinésithérapie seront mis en relief avant d'introduire les perspectives de recherche et d'application.

### **1 Discussion générale**

Dans ce travail de thèse, nous nous sommes intéressés à la façon dont les acteurs engagés dans la réalisation de soins de kinésithérapie se représentaient ces mêmes soins dans le contexte français qui encourage les thérapeutiques non médicamenteuses (HAS, 2011b). Le caractère systémique de la triade constitué par les acteurs (Médecin, Patient et Kinésithérapeute) est posé comme cadre. Le contexte général de ce travail a largement évolué depuis le début de notre réflexion, en particulier avec la récente universitarisation de la masso-kinésithérapie ainsi que l'accès direct pour deux situations précises. Cette nouvelle discipline appelle la pratique réflexive et la construction de savoirs par la recherche, savoirs auxquels notre travail de thèse entend contribuer. Dans le cadre de la psychologie sociale et de la sociologie des formes, l'objectif général posé visait à comprendre les enjeux psychosociaux de la réalisation des soins de kinésithérapie dans la triade P-M-K alors que les trois acteurs sont rarement ensemble en même temps. Un premier objectif était de vérifier sur le terrain la présence des modalités de hiérarchies de la triade (verticale, horizontale et pyramidale). Le second était de comprendre les représentations sociales des acteurs. Pour ce faire, nous avons mobilisé les outils méthodologiques et théoriques des représentations sociales et de la triade pour appréhender les pratiques, les savoirs et les croyances des différents acteurs. Nous avons, à chaque fois que la méthodologie s'y prêtait, chercher à dégager les points communs et les éléments distinctifs. De façon transversale, notre travail a cherché à valider que 1) les RS des trois acteurs sont

différentes et contiennent certaines catégories a priori ainsi que de nouveaux éléments, 2) les représentations sociales réciproques supposées sont différentes des représentations sociales réellement mesurées, 3) on rencontre les trois formes de triades et 4) certaines formes de triades sont liées à des éléments du noyau.

Dans le chapitre suivant nous revenons sur les différentes opérations méthodologiques fondées sur une stratégie de recherche mixte pour répondre à ces différentes hypothèses. Les principaux résultats y sont synthétisés et discutés.

## **1.1 Principaux résultats**

Les principaux résultats présentés dans les cinq méthodologies sont regroupés dans le Tableau XXIV. Notre stratégie pluriméthodologique permet d'approfondir certains aspects des représentations étudiées. Si les thématiques générales rencontrées dans cette étude renvoient à différents aspects comme le sens, la nature des soins, ses effets, d'autres éléments attirent notre attention. Ce sont des éléments qui sont rarement décrits comme faisant partie des représentations des soins : les composantes intergroupes, les processus d'influences par personne interposée, les stéréotypes négatifs ou encore le processus de prescription d'actes délégués. La redondance de la thématique de la vision holistique présente chez le MK a pu être approfondie par l'étude de l'ouvrage de Boris Dolto. Bien que cette représentation soit celle de l'auteur, son rôle actif dans la construction de la MK française pendant plusieurs décennies et perpétuée dans une fondation à son nom, permet de comprendre le sens que revêt cette expression pour les MK français. Cette analyse et celle des définitions des dictionnaires, grâce à la lexicométrie, mettent en lumière les fondements épistémologiques de ces textes qui les distinguent du cadre positiviste biomédical. Un fait marquant de ces résultats concerne le manque de congruences entre les représentations des P d'un côté et des MK et M de l'autre. Pourtant les professionnels sont clairvoyants concernant la représentation des P. Du point de

vue des modèles du soin, le souci de soi est une nouvelle composante qui est saillante pour les P et qui oriente nécessairement leurs pratiques. Il est également surprenant de constater que la représentation des SK des M se construit à partir de la relation MK-P dans le cadre de prescriptions non-médicamenteuses. Enfin, il apparaît que les statuts ne suffisent pas à figer les acteurs dans une hiérarchie verticale.

| Hypothèses   | Méthode  | Principaux résultats   |
|--|--|--|
| 1) les RS des trois acteurs sont différentes et contiennent certaines catégories a priori ainsi que de nouveaux éléments | Revue de Littérature académique (n=55 articles) sur les bases de données Pub Med et PsycINFO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thème de l'érotisation de la relation</li> <li>• Lié aux vécu et problématique de terrain : construction sociale des connaissances par les MK</li> </ul>  |
| 2) Les représentations sociales réciproques supposées sont différentes des représentations sociales réellement mesurées  | Définitions de dictionnaires (n=16) généraux, médicaux, Ordre MK* (avant et après 2009), WPT | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux visions opposées : technique associée à la fonction soignante à destination du grand public versus globale associée à la fonction curative à destination des soignants</li> <li>• Dimension épistémologique dans le contenu représentationnel des définitions professionnelles</li> </ul>  |
| 3) on rencontre les trois formes de triades  | Trace écrite (n=1) Le corps entre les mains de Boris Dolto (359 pages)                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La représentation individuelle contient des éléments épistémiques des SK</li> <li>• Pensée systémique empirique : vision holistique</li> <li>• Modèle de soin fusionné</li> <li>• Modèle relationnel horizontal avec rôle actif étendu du patient</li> </ul>  |
| 4) Certaines formes de triades sont liées à des éléments du noyau.   | Entretiens (n=18) auprès de 6 P, 6M et 6MK en PACA   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdépendance des trois groupes d'acteurs même en l'absence du troisième acteur</li> <li>• Processus d'influence réciproques entre médecin et kiné par l'intermédiaire du patient</li> <li>• Le processus de prescription d'actes délégués semble reposer sur des catégorisations à la fois des patients et des MK de leur réseau informel qui propose de construire une diade thérapeutique à la manière des « marieuses » (en exercice libéral et centre de rééducation).</li> <li>• Les thématiques rencontrées renvoient à la nature du soin, au sens qui lui est donné, aux processus qui se mettent en place, aux effets attendus ou inattendus sur la santé somatique, psychique, relationnelle, et/ou sociale.</li> <li>• RS des P et des M associée à l'expérience personnelle</li> <li>• Relation intergroupe (catégorisation intra et inter) présente dans la RS des M et des MK</li> <li>• Présence d'un stéréotype du « mauvais kiné » gradué inefficace, négligent, dangereux dans le but de protéger le groupe ou la RS</li> <li>• Présence des trois formes de hiérarchies</li> </ul> |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Questionnaires (n=439) administré en papier et par internet | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure : le noyau contient les thèmes de sens des soins, les éléments contrastés contiennent les attitudes négatives et les thèmes de sens controversés des soins</li> <li>• RS différentes : seulement deux thématiques font consensus (dimension socio-éducative et dimension symptomatique)</li> <li>• Nouvelle dimension dans les modèles du soin : Cura ou souci de soi</li> <li>• Dimension de vision holistique saillante pour les MK</li> <li>• Stéréotype négatif chez M (placerait les SK dans le champ ésotérique puisqu'il reposerait sur des croyances et des pratiques profanes)</li> <li>• Pratique de prescription différenciée entre secteur d'activité et personne destinataire de l'ordonnance (soi versus les autres)</li> <li>• opposition entre deux visions : la première est fonctionnelle associée au « care » ; la seconde est globale associée au « cure »</li> <li>• Les MK partent de leur expérience professionnelle du corps (le leur et celui du patient), puis Cure, puis Care suivi de Cura</li> <li>• La logique du P est initiée par l'expérience personnelle, puis Cura, Cure puis Care</li> <li>• La logique des M part d'une approche thérapeutique non médicamenteuse qui prend en considération la relation MK-P, Cura, Care puis Cure</li> <li>• M et MK sont assez clairvoyants quant à la représentation du P</li> <li>• P semblent ignorer les aspects saillants des professionnels (Cure, Care et vision holistique).</li> <li>• MK et M sont mutuellement inconscients du contenu et de l'importance de leur représentation respective. En particulier, M n'évoquent pas les termes liés aux dimensions de Care et de vision holistique</li> <li>• Prescription non médicamenteuse qui est majoritairement décrite comme singulière et alternative aux médicaments</li> <li>• La forme pyramidale est associée aux femmes de la population P</li> </ul> |
|--|---|--|

Tableau XXIV : Synthèse des hypothèses, des méthodes et des résultats des analyses

## 1.2 Limites

Notre travail présente certaines limites aux regards des usages et méthodes courantes en psychologie sociale : il n'y a pas de triangulation de chercheurs pour certaines analyses (Apostolidis, 2006) ; nous n'avons pas réalisé de techniques de confirmation du noyau central (MEC ou TIC) (Aim et al., 2018; Dany & Apostolidis, 2007; Lo Monaco et al., 2008) ; nous n'avons pas réalisé de mesures de distances à l'objet ou de mesures de la distance au groupe (Boussoco et al., 2016; Dany, 2016; Dany et al., 2014; Dany & Abric, 2007; Flament & Milland, 2010).



Une limite évoquée dès le début de ce travail concerne notre implication avec l'objet de recherche. Cette proximité avec l'objet de recherche a orienté notre regard mais a aussi potentiellement biaisé notre analyse. Cela peut également avoir produit un biais pour les entretiens de médecins qui ont pu nous identifier comme MK car ils n'ont pas développé le stéréotype négatif. Nous regrettons également le faible nombre de médecins ayant répondu au questionnaire. La longueur du questionnaire a pu faire perdre des répondants.

Pour combler en partie ces manques, nous avons déployé une double analyse (thématique et lexicométrique) des corpus et une diversification de ces derniers. La redondance des thèmes et des résultats conforte notre démarche.

### **1.3 Contribution du travail de thèse**

Le chapitre suivant présente les contributions théoriques de notre travail.

#### **1.3.1 Implication théorique de la lexicométrie**

La particularité et l'intérêt de la lexicométrie\* est qu'elle fait basculer la phase subjective et qualitative dans le processus d'interprétation et de contextualisation des données après une première phase quantitative. Cette inversion des étapes permet une « rupture épistémologique » et s'inscrit dans la pensée de Bachelard et Foucault qui considèrent, avec l'approche constructiviste, que le chercheur influence nécessairement l'interprétation des données et qu'il faut en tenir compte (Scholz, 2019, p. 127). Selon Wiedemann, « cela rend ces outils compatibles avec une série d'approches méthodologiques poststructuralistes d'analyses de textes telles que l'analyse du discours (foucauldienne), la sémantique historique, la méthodologie de la Grounded Theory ou la Frame Analysis » (2016, p. 47). Cependant, si ses partisans considèrent qu'il s'agit d'une méthode heuristique, les chercheurs en sciences sociales ont été difficiles à convaincre. Cela repose sur une incompréhension à la fois culturelle et épistémologique. La première est due à une traduction tardive de la recherche française, la

seconde à l'ambiguïté résultant de l'image négative de l'analyse assistée par ordinateur traditionnellement associée au paradigme positiviste (Lejeune, 2010; Lejeune & Bénel, 2012; Santiago Delefosse et al., 2017; Scholz, 2019; Wiedemann, 2016).

### **1.3.2 Initier la compréhension des logiques épistémologiques sous-jacente des pratiques de soins**

L'idée selon laquelle toutes les pratiques de soins sont similaires est répandue mais elle est remise en question ici grâce à la nature des documents étudiés ainsi que, comme nous l'avons dit plus haut, grâce à la méthode d'analyse. S'intéresser aux SK pouvait faire émerger ses spécificités du fait de sa forte imprégnation par des pratiques profanes comme le massage ou la gymnastique mais également en raison de leur usage dans la sphère du bien-être. Cet usage semble d'ailleurs faire converger le sens du soin du point de vue des patients (place de la Cura dans la RS des P). Notre contribution offre par ailleurs une clef de compréhension (approche empirique de la théorie systémique) des processus d'articulation entre les couches de savoirs, les interaction P-MK et les objectifs spécifiques de la situation de soin.

### **1.3.3 Approfondir la compréhension des aspects relationnels pris en compte dans la prescription de soins non-médicamenteux**

La prescription médicamenteuse étant investie de dimensions symboliques en jeu entre le prescripteur (médecin) et le patient. La dimension non-médicamenteuse, pouvait apporter un éclairage nouveau puisque certains actes sont réalisés par un tiers à qui le médecin délègue la réalisation. Notre travail montre que dans certaines situations cela revient à prescrire une relation et peut conduire, si le médecin a plusieurs MK dans son réseau, à proposer préférentiellement un professionnel ou des techniques en fonction de critères psychologiques

(e.g. caractère ou trait psychologique) ou morphologiques (e.g. corpulence ou force physique) des patients comme des MK.

### **1.3.4 Approfondir la compréhension des spécificités relationnelles entre MK et P**

Bien que la pratique libérale des MK conduise à un cadre d'autonomie, le statut et le rôle prescrits semblait figer les relations dans une hiérarchie verticale. Notre contribution vient nuancer cette acception par la mise au jour de négociations où l'effet du statut est modulé par d'autres variables telles que l'expérience, le lien affectif etc. Il se produit également des processus d'influences réciproques par l'intermédiaire du patient.

## **2 Perspectives**

Les apports des différentes méthodologies présentées suscitent des pistes tant scientifiques qu'appliquées que nous présentons dans le chapitre suivant.

### **2.1.1 Perspectives de recherche**

Nos résultats et notre posture de recherche nous conduisent à proposer des perspectives de recherches entremêlées (avec les MK, les SK ou les professionnels de la réhabilitation comme point commun). Nous proposons de les différencier en trois axes : un axe s'intéressant aux pratiques de soins (professionnelles et interprofessionnelles) ; le second axe considérant les pratiques à forte dimension éthique ; enfin un axe reposant sur une lecture historique et interculturelle des pratiques de soin.

*Axe pratiques professionnelles et interprofessionnelles en réhabilitation :*

Nous imaginons approfondir les travaux sur les pratiques en convoquant la théorie de l'Installation (Lahlou, 2018b) qui aborde la perpétuation des comportements dans un système

construit autour de trois couches (physique, psychologique et institutionnelle). Cette théorie est idéalement opérationnalisée par un système de vidéo-ethnographie (lunettes avec caméra) auto-confrontée. Elle peut se décliner dans de nombreuses situations décrites ci-dessous. Elle a la particularité de s'intégrer à la recherche ainsi qu'à la formation ou l'enseignement par la simulation (cf. infra).

- Sur la prescription non médicamenteuse :
  - En cabinet de ville par les médecins (comment prescrit-on une relation ?) ainsi que par les MK (comment se réalise la prescription de dispositifs ou d'exercices dans un contexte triadique ? Car les stratégies interprofessionnelles sont exprimées par les MK (acte symbolique de revendication d'autonomie, coopération pour décharger le médecin, reconnaissance de la plainte).
  - En soin intensif, réanimation ou service de grands brûlés, la dimension holistique globale des MK pourrait-elle être prise en compte lors des staffs dans des situations où le réanimateur est convaincu de l'issue défavorable (Penven et al., 2019) ?
- Réunions interprofessionnelles en CPTS : les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé se développent en France et « sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner » (*Les communautés professionnelles territoriales de santé*, s. d.)
- Gestion de groupe en réhabilitation : la réhabilitation peut être réalisée en séance individuelle, en séance commune (présences d'autres patients pendant le soin) ou en séance collective (un praticien gère un groupe de patients). Les situations communes ou collectives nous paraissent revêtir un potentiel heuristique touchant aux dynamiques de groupes comme aux modèles du soin.
- Sur le raisonnement clinique en SK (soin global incluant le diagnostic MK) : afin de confirmer l'ancrage empirique systémique des séances de SK, il conviendrait de varier

les spécialités ainsi que les types de séances (manuelles ou agrémentées d'instruments, individuelles ou collectives).

*Axe éthique des soins de réhabilitation*

- Reproduire l'enquête sur les « sexual boundaries » dans le contexte français et comparer les résultats avec ceux des autres pays.
- Annonce diagnostic en MK pédiatrique : avec le développement du diagnostic MK notamment en pédiatrie, l'annonce ou la révélation de handicap de l'enfant peut logiquement être réalisée par le MK. Cette dimension sous-tendue par la reconnaissance du diagnostic MK nous paraît importante à investiguer et à questionner.

*Axe historique, culturel et interculturel*

- Prolonger les études sur l'histoire des SK français :
- Entretiens de MK fondateur à la manière des études historiques menées en Amérique latine (Giraldo-Pedroza et al., 2021).
- Évolution historique de la NGAP et comparatif interprofessionnel des actes similaires
- Prolonger l'étude de la RS par l'analyse d'autres matériaux comme, par exemple, la série TV (La kiné) ou le film le Patient.
- Étude des pratiques de réhabilitation anthropologie ou ethnologie du soin
- Développer l'étude de l'histoire des pratiques de réhabilitation par l'archéologie du soin : réinterprétation de données existantes ou recherche de preuves (picturales, textes, outils, traces de blessures consolidées, sont des sources possibles de données)

Chaque point peut être décliné en programme de recherche avec si possible une démarche comparative incluant les patients et les dimensions groupales avec une démarche qualitative ou mixte. Nous pensons que ces axes trouveraient leur pertinence dans un écrin institutionnel (laboratoire ou fondation) de recherche critique en réhabilitation ; par exemple « Critical and

systemic rehabilitation research » (csr2) » Ou « Interdisciplinaire Santé, Réhabilitation, Handicap (ISRéHa). Cette entité réunirait les praticiens-chercheurs, les acteurs de terrain, les patients-chercheurs et les chercheurs des disciplines s'intéressant aux soins (Épistémologie, anthropologie du soin, ethnologie, archéologie, psychosociologie et sociologie) et poserait un regard critique et bienveillant sur la réhabilitation.

### **2.1.2 Perspectives appliquées**

Les perspectives appliquées que nous proposons intéressent la formation (initiale et continue) et la politique de santé publique (campagne de vulgarisation des compétences professionnelles, regroupement interprofessionnel et NGAP). Leurs objectifs généraux sont de modifier la RS ; soit par le renforcement des éléments du système central mis en évidence dans notre travail, soit au contraire de les critiquer.

#### *Perspectives pour la formation en santé*

- Intégrer le vécu des patients dans les contenus des formations (initiale ou continue) : inclure systématiquement dans le dispositif de formation (sous forme de vidéos ou de conférences) des patients experts (par famille de pathologies et/de spécialités) afin qu'ils fassent part de leur expérience positive comme négative, de leurs attentes par rapport au vécu de la maladie.
- Simulation en santé (des acteurs allant des agents jusqu'aux décideurs en passant par les cadres de santé) et intégrant les RS des SK :
  - Simulation d'interaction : soignant soigné en consultation médicale, ou interprofessionnelle
  - Patient virtuel
  - Système multi-agents : ce système de modélisation des systèmes complexes peut permettre d'appréhender les différentes couches de savoir pour opérationnaliser

l'approche systémique ; mais également les interactions, par exemple, dans les parcours de soin.

- Formation prise en charge systémique
- Introduction de la théorie systémique en formation initiale : l'intérêt d'apprendre la systémique est d'appréhender la complexité sans passer par le réductionnisme ni par l'holisme.

*Perspectives pour la politique et les organismes de santé publique*

- Intégrer dans les campagnes de vulgarisation des compétences professionnelles la représentation au cœur de la profession ; par exemple pour les MK accompagner à guérir de façon globale, sans se focaliser sur les aspects techniques des soins.
- Création d'une société interprofessionnelle aboutissant à terme à une profession de praticien en réhabilitation intégrant comme spécialité les ergothérapeutes, les MK, les psychomotriciens, les orthésistes, tous les professionnels réalisant des actes de rééducation ou de réhabilitation (y compris les médecins de rééducation) sans oublier les professionnels en activité physique adaptée.
- Créations d'actes dans la NGAP Française :
  - Un acte de prise en charge globale pour combler le manque d'adéquation entre la perspective globale inhérente à la MK et la nomenclature parcellisée (loco-régionale ou fonctionnelle)
  - Un acte de Coopération Inter Professionnel remboursé par l'assurance maladie uniquement lors de la visite d'un professionnel à un autre professionnel (validation par les CPS dans le logiciel) afin de valoriser la communication interprofessionnelle en santé. Un tel acte permettrait de lutter à la fois contre les préjugés et stéréotypes interprofessionnels, réduirait l'asymétrie des statuts sociaux, la distance sociale et participerait à la réduction des luttes de pouvoir

en encourageant les paramédicaux et les médicaux à franchir la porte de leurs collègues. Un tel dispositif prolonge bien sûr les efforts déjà engagés dans le décloisonnement des formations.



## **Conclusion**

Ce travail avait pour objectif de comprendre la complexité des relations triadiques dans les SK français. Comme tout exercice qui effleure la réalité complexe, il est inachevé, mais il participe à la compréhension de notre monde.

Nous souhaitons souligner le trait, selon nous majeur de notre démarche : la réunion des points de vue. Car au-delà de la confrontation, c'est bien une volonté d'apporter des éléments de compréhension mutuelle qui a constitué la toile de fond de notre contribution. C'est aussi la réponse à un questionnement initié sur le terrain qui peut à ce titre revêtir un caractère personnel que nous avons pondéré par notre démarche et nos choix théoriques. En écho à notre discours introductif, nous répondons aux interrogations préliminaires dans les paragraphes suivants.

Notre questionnement initial nous a poussés à étudier les facteurs intervenant dans la prescription des SK. Ainsi, il apparaît que la connaissance de MK ou le vécu personnel de SK modifient la représentation des SK des médecins et donc leur prescription. Cette prescription proposée dans le colloque singulier médecin-patient est en réalité le résultat d'un processus complexe dans lequel interviennent différents facteurs qui modulent l'algorithme de prescription classique dicté par la pathologie. Ces facteurs sont relationnels (entre P-M, M-MK et MK-P) et représentationnels (des SK, de la médecine, des autres groupes et de l'individu dans la situation précise de prescription). Finalement, la prescription est autant adaptée à la pathologie du patient qu'à des présupposés sur ses attentes ou ses besoins (p. ex. psychologique, sociologique, économique). Le temps nécessaire, la motivation ou le budget sont autant d'éléments que le médecin prend en compte et qui vont jusqu'à déterminer la prescription ou non des soins. Mais pour qu'un médecin prescrive ou pas des SK, c'est avant tout une question qui touche à sa représentation des soins dans la dichotomie connaissance scientifique versus connaissance profane. La catégorisation en soin profane (voire ésotérique) entraînant une

bascule vers le stéréotype négatif sous-tendu par la dominance médicale et aboutissant à la différenciation intergroupe par dénigrement, bien que ces mécanismes psychosociologiques soient encadrés par le code de déontologie. L'attachement profond de ce groupe au diagnostic comme expertise exclusive participe à la non-reconnaissance des compétences des autres groupes que ce soient celles du P (expertise de sa maladie par exemple) ou celles du MK (expertise reposant sur une approche systémique). Les ressorts de cet attachement paraissent en lien avec leur représentation de la médecine ainsi qu'avec le caractère dominant de ce groupe historiquement construit.

Notre questionnement secondaire nous a amenés à interroger les spécificités de la relation MK-P. Nous pouvons, à partir des apports de notre travail, mettre en lumière trois dimensions significatives. En premier lieu, cette relation est potentiellement le fruit d'un « mariage arrangé » orchestré par M. Cette pratique se réalise en dehors du clientélisme proscrit par le code de déontologie, mais s'inscrit dans des réseaux de soins informels en pratique libérale. Elle pourrait être courante en centre de rééducation ou dans les petites unités de service hospitalier. En second lieu, le rôle actif étendu du patient paraît être un marqueur singulier. Dans ce rôle, P et son corps verbalisent et participent à la fois à la compréhension du problème ou du besoin de P et à sa résolution dans une double logique fonctionnelle et de bien-être (cura). Ce qui nous amène à la troisième dimension. La place de la cura (souci de soi) est centrale pour les P (bien que contre-normative dans le système de santé conventionnel). Elle oriente leur recours et leurs attentes dans la relation avec les MK. Mais le fait marquant de cette relation est l'absence de connaissance de la part des P de la place de la vision holistique des MK alors même que cette prise en charge globale est importante à leurs propres yeux.

Le questionnement principal de notre travail reposait sur l'articulation des modèles de la triade et des RS. En d'autres termes, nous avons cherché à comprendre en quoi les RS des SK interagissent dans la triade P-MK-M. À cette question, notre travail permet de répondre que les

RS participent au basculement des hiérarchies. Cette bascule peut s'opérer en fonction de deux facteurs principaux : 1) les situations spécifiques de soins pour une triade donnée. Par exemple, pour une pathologie donnée, l'aggravation, l'absence de résultats ou l'amélioration peut conduire un des membres à remettre en question la triade. Pareillement, dans le cas de divergence de RS ( des SK ou de la médecine) entre M et MK. 2) Les configurations relationnelles avec des interactions en dyade favorisent la négociation et l'influence réciproque des acteurs les uns sur les autres afin de faire évoluer le SK vers sa logique de représentation (fonctionnelle soignante ou globale curative).

Notre travail ouvre différentes perspectives. L'usage de la triade peut être transposé à d'autres groupes professionnels, par exemple médecin, infirmière, patient ; sage-femme, gynécologue, patiente ; ou encore ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, médecin de rééducation, pour ce qui concerne le champ médical. Il peut aussi être transposé dans d'autres contextes culturels afin de mettre éventuellement en relief la place des pratiques profanes. Ensuite, cette triade sera-t-elle toujours pertinente en cas d'autonomie des MK ? Dans le champ des représentations sociales de la santé, une perspective pourrait étudier l'articulation des RS entre RS des SK et RS de la médecine chez les médecins après une étude de la RS de la médecine par les médecins. Enfin, une ouverture dans la perspective de la théorie des jeux appliquée à la triade permettrait (en incluant les facteurs significatifs et les patterns de RS) d'envisager des modélisations des soins par exemple à des fins de formation ou d'audit.

**Bibliographie :**

- Abboudi, C. (2019a). Regards croisés sur les soins de kinésithérapie : Une approche socio-représentationnelle. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(206), 92-93. <https://doi.org/Doi : 10.1016/j.kine.2018.12.010>
- Abboudi, C. (2019b, octobre). *Patients, Médecins, masseurs-kinésithérapeutes : Quelles représentations ont-ils des soins en masso-kinésithérapie ? Du qualitatif au quantitatif*, Nice.
- Abboudi, C., Choplin, A., & Maignant, G. (2019, mai). « *Beaucoup de médecins sont pas comme moi ...* » : *Exploration des représentations des soins de kinésithérapie*. Journées du GROUmf Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone, Nice.
- Abboudi, C., Ravestain, J., & Hauberg, V. (2011). *Les Masseurs-Kinesithérapeutes et leurs partenaires de soins : Quelles représentations sociales?* [https://www.researchgate.net/publication/278131754\\_Les\\_Masseurs-Kinesitherapeutes\\_et\\_leurs\\_partenaires\\_de\\_soins\\_quelles\\_representations\\_sociales](https://www.researchgate.net/publication/278131754_Les_Masseurs-Kinesitherapeutes_et_leurs_partenaires_de_soins_quelles_representations_sociales)
- Abric, J.-C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. DelVal.
- Abric, J.-C. (Éd.). (1996). *Exclusion sociale, insertion et prévention*. Erès.
- Abric, J.-C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Erès.
- Adam, P., & Herzlich, C. (2014). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Armand Colin.
- Ahlsen, B., Ottesen, A., & Askheim, C. (2020). Care in physiotherapy—A ghost story. In D. A. Nicholls, K. S. Groven, E. A. Kinsella, & R. L. Anjum (Éds.), *Mobilizing Knowledge in Physiotherapy: Critical Reflections on Foundations and Practices* (1<sup>re</sup> éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780367855338>
- Aim, M.-A., Decarsin, T., Bovina, I., & Dany, L. (2018). Cross-Validation of Representational Structures Using the Attribute-Challenge Technique and the Test of Context

- Independence : The Social Representation of Health. *International Review of Social Psychology*, 31(1). <https://doi.org/10.5334/irsp.87>
- Albarello, L. (2012). *Apprendre à chercher*. De Boeck.
- Apostolidis, T. (2006). Représentations Sociales et Triangulation : Une Application en Psychologie Sociale de la Santé. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 211-226. psych. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200011>
- Apostolidis, T., Duveen, G., & Kalampalikis, N. (2002). Représentations et croyances. *Psychologie & Société*, 5, 7-11. Shs Univ-lyon2 Univ-amu Test-iuem Lps-aix. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00516850>
- Arborio, A.-M. (1995). Quand le «sale boulot» fait le métier : Les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. In *Sciences sociales et santé* (Vol. 13, p. 93-126).
- Archer, K. R., Devin, C. J., Vanston, S. W., Koyama, T., Phillips, S., George, S. Z., McGirt, M. J., Spengler, D. M., Aaronson, O. S., Cheng, J. S., & Wegener, S. T. (2016). Cognitive-behavioral based physical therapy for patients with chronic pain undergoing lumbar spine surgery : A randomized controlled trial. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 17(1), 76-89. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.09.013>
- Ardoino, J. (1990). Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant. *Les nouvelles formes de la recherche en éducation*, 2, 79-87.
- Arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination au Conseil national des universités pour les disciplines de santé, Pub. L. No. 0299 (2019).
- Article R4127-68—Code de la santé publique—Légifrance, Pub. L. No. R4127-68, Code de la santé publique. Consulté 3 août 2021, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025843591/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843591/)

- Bautzer, E. R. (s. d.). *Care/caring Cure/curing in Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. Consulté 24 février 2019, à l'adresse [https://www.academia.edu/37595842/Care\\_caring\\_Cure\\_curing\\_in\\_Dictionnaire\\_des\\_concepts\\_en\\_sciences\\_infirm%C3%A8res](https://www.academia.edu/37595842/Care_caring_Cure_curing_in_Dictionnaire_des_concepts_en_sciences_infirm%C3%A8res)
- Becker, H. S. (2002). *Boys in white : Student culture in medical school*. Transaction publishers.
- Bigot, R., & Hoibian, S. (2014). L'évolution du bien-être en France depuis 25 ans : Un bilan mitigé, une augmentation des inégalités. *L'Année sociologique*, 64(2), 331-358. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/anso.142.0331>
- Bismark, M. M., Studdert, D. M., Morton, K., Paterson, R., Spittal, M. J., & Taouk, Y. (2020). Sexual misconduct by health professionals in Australia, 2011–2016 : A retrospective analysis of notifications to health regulators. *Medical Journal of Australia*, 213(5), 218-224. <https://doi.org/10.5694/mja2.50706>
- Bonah, C., Haxaire, C., Moullié, J. M., Penchaud, A.-L., & Visier, L. (2011). *Médecine, santé et sciences humaines* (Les belles lettres).
- Bonardi, C. (2010). Postures de recherche et regard sur soi : Une ouverture vers l'altérité ? *Bulletin de psychologie*, Numéro 505(1), 49-59. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/bupsy.505.0049>
- Bonnal, C., Matharan, J., & Micheau, J. (2009). *La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux*. Observatoire National de la Démographie des professions de Santé. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_prescription\\_de\\_masso-kinesitherapie\\_par\\_les\\_medecins\\_generalistes\\_et\\_rhumatologues\\_liberaux\\_.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso-kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf)
- Bourdieu, P. (2002). *La domination masculine*. Éditions du Seuil.
- Bourne, S. (1978). Doctors, physiotherapists, and placebo pharmacology. *British Medical Journal*, 2(6154), 1761-1763. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6154.1761>

- Boussoco, J., Dany, L., Giboreau, A., & Urdapilleta, I. (2016). « Faire la cuisine » : Approche socio-représentationnelle et distance à l'objet. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2016-3(n°111), 367-395.
- Calvez, M. (2010). La négociation du soin et la situation de maladie. *Ethica Clinica*, 57, 6-13. Shs Univ-nantes Cnrs Univ-lemans Univ-angers Ao-sociologie Sociologie Ur2-hb Eso Agreenium Unam Univ-rennes2 Univ-caen Comue-normandie Eso-rennes Test-univ-rennes Univ-rennes Unicaen. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00524091>
- Can We Train for Systems Thinking? Or, Is Systems Thinking Ability Inherited (Innate) or Learned (Acquired)? (2012). *INSIGHT*, 15(3), 25-26. <https://doi.org/10.1002/inst.201215325>
- Caplow, T. (1984). *Deux contre un, les coalitions dans les triades*. ESF.
- Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004). Chapitre 6—Maladies chroniques et normalisation. In *Sociologie de la santé* (p. 91-106). Armand Colin; Cairn.info. <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-sante--9782200262297-p-91.htm>
- Castorina, J. A. (2020). Understanding Social Representation Theory as a Paradigm : Some Problems. *Papers on Social Representations*, 1-21.
- Chokier, N., & Moliner, P. (2006). La « zone muette » des représentations sociales, pression normative et/ou comparaison sociale ? *Bulletin de psychologie*, Numéro 483(3), 281-286. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/bupsy.483.0281>
- Choplin, A. (2015). *Imitation socioconstructivist the service of efficiency Palpatory students physiotherapists : Massothérapie emergence of skill in the treatment of fibromyalgia* [Faculté d' Aix-Marseille1]. Theses-en-ligne-dagrocampus-ouest Univ-amu.
- Cieza, A. (2019). Rehabilitation the Health Strategy of the 21st Century, Really? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(11), 2212-2214. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.05.019>

- Classen, C. (Éd.). (2005). *The book of touch*. Berg.
- CNOMK. (2019). *Rapport annuel*. CNOMK.
- Cochet, H. (1996). *Complexité en formation : Défi..diversité..dérive*. Harmattan.
- Coenen-Huther, J. (2008). Pour une sociologie des formes. *Revue européenne des sciences sociales*, 46(140), 67-83.
- Consoli, S., & Harrus Revidi, G. (2012). Interview de Vincent de Gaulejac. La honte dans la peau. *Champ psy*, 62(2), 9. <https://doi.org/10.3917/cpsy.062.0009>
- Conti, A. A. (2014). Western Medical Rehabilitation through Time : A Historical and Epistemological Review. *The Scientific World Journal*, 2014, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2014/432506>
- Cooper, I., & Jenkins, S. (2008). Sexual boundaries between physiotherapists and patients are not perceived clearly : An observational study. *The Australian Journal Of Physiotherapy*, 54(4), 275-279. cmedm. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=19025508&lang=fr&site=ehost-live>
- Cosnier, J., Grosjean, M., & Lacoste, M. (Éds.). (1993). *Soins et communication : Approche interactionniste des relations de soins*. Presses Universitaires de Lyon.
- Critical physiotherapy network*. (s. d.). Critical Physiotherapy Network. Consulté 30 juin 2021, à l'adresse <https://criticalphysio.net/>
- Dany, L. (2016). From the Study of Social Practices to the Study of " Distance to the Object". *Papers on Social Representations*, 25(2).
- Dany, L. (2019). *Jeux, Représentations, Structures Compilation de textes rares de de l'oeuvre de Jean-Claude Abric*. Édition des archives contemporaines.
- Dany, L., & Abric, J.-C. (2007). Distance à l'objet et représentations du cannabis. = Distance to the object and representations of cannabis. *Revue Internationale de Psychologie*



- Sociale*, 20(3), 77-104. psych.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2014-30638-004&lang=fr&site=ehost-live> lionel.dany@univ-provence.fr
- Dany, L., & Apostolidis, T. (2007). Approche structurale de la représentation sociale de la drogue : Interrogations autour de la technique de mise en cause. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 1, 11-26.
- Dany, L., Apostolidis, T., & Harabi, S. (2014). Distance to the object and social representations : Replication and further evidences. *The Spanish Journal of Psychology*, 17. psych. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2014-56570-001&lang=fr&site=ehost-live> Lionel.Dany@univ-amu.fr
- Davenport, T. E., Kulig, K., & Resnik, C. (2006). Diagnosing Pathology to Decide the Appropriateness of Physical Therapy : What's Our Role? *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 36(1), 1-2. <https://doi.org/10.2519/jospt.2006.0101>
- David, J.-P. D., Anthony. (2014). *Guide de la mobilité internationale à destination des étudiants et des jeunes diplômés en masso-kinésithérapie*. Ordre National des Masseurs-Kinesithérapeutes. <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2014/06/Guide-de-la-Mobilit%C3%A9-Internationale-2014.pdf>
- De Visscher, P. (2006). Un construct égaré : Celui de la dynamique des groupes restreints. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2, 53-61.
- De Visscher, P. (2013). *Petit groupe ou groupe restreint ? Réduire ou décanter ? Un construct lewinien de la dynamique des groupes: Vol. Numéro 97.* <https://doi.org/10.3917/cips.097.0095>
- de Gaulejac, V. (2019). Névrose de classe. (Class neurosis – neurosis de clase). In *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 430-432). ERES; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0430>

- Del Volgo, M.-J. (2003). La médecine psychosomatique d'hier et d'aujourd'hui. In *La douleur du malade* (p. 127-136). ERES; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-douleur-du-malade--9782749201887-p-127.htm>
- Delauney, É. (2010). Kinés et médecins généralistes : Peut mieux faire ? Une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire. *Médecine*, 6(6), 277-281.
- Dellandrea, A. (2013). *Étude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains*. Université de Lorraine.
- Delouée, S. (2016). La théorie des représentations sociales : Quelques repères socio-historiques. In G. Lo Monaco, S. Delouée, & P. Rateau (Éds.), *Les représentations sociales—Théories, méthodes et applications* (Deboeck Supérieur, p. 39-50).
- Delplanque, D. (2009). *La démarche diagnostique en Kinésithérapie : Un concept de soins*.
- Doiron Fabien. (2015). *Antidote*. Druide informatique inc.
- Doise, W. (1988). Individual And Social Identities In Intergroup Relations. *European Journal of Social Psychology*, 18(2), 99-111. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180202>
- Doise, W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de psychologie*, 45(405), 189-195.
- Dolto, B. J., Dolto, F., & Dolto-Tolitch, C. (2006). *Le corps entre les mains*. Vuibert.
- Dolto, Boris J.* (s. d.). WorldCat Identities. Consulté 20 novembre 2020, à l'adresse <http://worldcat.org/identities/viaf-36917378/>
- Douguet, F., Le Borgne-Uguen, F., & Pennec, S. (2014). *Des négociations en santé : Entre souhait de développement et maintien des tensions*.
- Driediger, M., Hall, C., & Callow, N. (2006). Imagery use by injured athletes : A qualitative analysis. *Journal of Sports Sciences*, 24(3), 261-271. <https://doi.org/10.1080/02640410500128221>

- Driver, C., Lovell, G. P., & Oprescu, F. (2019). Physiotherapists' views, perceived knowledge, and reported use of psychosocial strategies in practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(1), 135-148. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1587798>
- Drulhe, M., & Sicot, F. (2011). *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*. Presses universitaires du Mirail.
- Durand, D. (2010). *La systémique*. Presse Universitaire de France.
- Durkheim, É. (1968). *Les formes élémentaires de la vie religieuse* (5th ed). PUF.
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Fainzang, S. (2001). *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Presses Universitaires de France.
- Fallery, B., & Rodhain, F. (2007). *Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : Lexicale, linguistique, cognitive, thématique*. pp 1-16.
- Ferréol, G. (2010). *Grands domaines et notions clés de la sociologie*. Armand Colin.
- Flament, C., & Milland, L. (2010). La substitution dans les études de représentations sociales : Quel processus impliqué? = The use of substitution in the study of social representations : What process is involved? *Psychologie Française*, 55(3), 195-210. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2010.05.003>
- Flora, L. (2013). Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : État des lieux. *Education Permanente*, 195. [https://www.academia.edu/16298492/Savoirs\\_exp%C3%A9rientiels\\_des\\_malades\\_pratiques\\_collaboratives\\_avec\\_les\\_professionnels\\_de\\_sant%C3%A9\\_%C3%A9tat\\_des\\_lieux](https://www.academia.edu/16298492/Savoirs_exp%C3%A9rientiels_des_malades_pratiques_collaboratives_avec_les_professionnels_de_sant%C3%A9_%C3%A9tat_des_lieux)
- Foucault, M. (1963). Naissance de la clinique Paris, PUF, coll. *Quadrige Grands Textes*.

- Freidson, E. (1970). *Professional dominance: The social structure of medical care*. Transaction.
- French, S. (2013). *Physiotherapy a Psychosocial Approach*. Butterworth-Heinemann.
- Fruth, S. J., & Wiley, S. (2016). Physician Impressions of Physical Therapist Practice in the Emergency Department: Descriptive, Comparative Analysis Over Time. *Physical Therapy*, 96(9), 1333-1341. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150306>
- Gabe, J., & Monaghan, L. (2013). *Key concepts in medical sociology*. Sage.
- Galvin, R., Cusack, T., & Stokes, E. (2009). Physiotherapy after stroke in Ireland : A qualitative insight into the patients' and physiotherapists' experience. *International Journal Of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift Für Rehabilitationsforschung. Revue Internationale De Recherches De Réadaptation*, 32(3), 238-244. cmedm. <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e32832b083c>
- Gélar, M.-L., & Sirost, O. (2010). Corps et langages des sens. *Communications*, 1, 7-14.
- Genet, M., Lheureux, F., & Truchot, D. (2017). *La relation soignant–soigné dans la littérature académique : Tendances générales, limites et perspectives futures*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.
- Gibson, B. E. (2018). Author Reflection : Rehabilitation : A Post-Critical Approach. *Journal of Humanities in Rehabilitation*, 249(5453), 193-194.
- Gibson, B. E., Nicholls, D. A., Setchell, J., & Groven, K. S. (Éds.). (2018). *Manipulating practices A critical physiotherpay reader*. Cappelen Damm Akademisk.
- Giraldo-Pedroza, A., Robayo-Torres, A. L., Guerrero, A. V. S., & Nicholls, D. A. (2021). Narrative histories of physiotherapy in Colombia, Ecuador, and Argentina. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(3), 447-459. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1887059>

- Greco, M. (2012). The classification and nomenclature of 'medically unexplained symptoms' : Conflict, performativity and critique. *Social Science & Medicine* (1982), 75(12), 2362-2369. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.010>
- Guéguen, N., & Gail, M.-A. de. (2000). Le toucher : Un indicateur culturel implicite du statut et du rôle. *Communication et organisation*, 18.
- Guyet, D. (2019). *Apprendre à lire le patient en formation initiale de masso-kinésithérapie : Approches cliniques*. Normandie Université.
- Haas, V. (2006). *Les savoirs du quotidien. Transmissions, appropriations, représentations*.
- Hallo, L., Gorod, A., & Merchant, S. (2021). The evolution of healthcare towards patient-centred care and the need for systemic approaches. *Systems Research and Behavioral Science*, 38(2), 191-196. <https://doi.org/10.1002/sres.2722>
- HAS. (2011a). *Changer le regard sur les thérapies non médicamenteuses*. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1060771/fr/changer-le-regard-sur-les-therapeutiques-non-medicamenteuses](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1060771/fr/changer-le-regard-sur-les-therapeutiques-non-medicamenteuses)
- HAS. (2011b). *Développement de la prescription de thérapies non médicamenteuses validées*. Recommandation en santé publique. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees)
- HAS. (2014). *Approches thérapeutiques non médicamenteuses*. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1781393/fr/approches-therapeutiques-non-medicamenteuses](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1781393/fr/approches-therapeutiques-non-medicamenteuses)
- Herfel, W. E., Gao, Y., & Rodrigues, D. J. (2011). Chinese Medicine and Complex Systems Dynamics. In *Philosophy of Complex Systems* (p. 675-719). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52076-0.50023-7>
- Heuleu, J. (1982). Le Docteur Boris Dolto n'est plus... *Annales de Kinesithérapie*. [https://www.kinedoc.org/dc/api/dc/html?f=LONG\\_HTML&l=fr&q=KDOC\\_46994](https://www.kinedoc.org/dc/api/dc/html?f=LONG_HTML&l=fr&q=KDOC_46994)

- Hirata, H., & Molinier, P. (2012). Les ambiguïtés du care. *Travailler*, 2, 9-13.
- Jahan, A., & Ellibidy, A. (2017). A Review of Conceptual Models for Rehabilitation Research and Practice. *Rehabilitation Sciences*, 2(2), 46-53.  
<https://doi.org/10.11648/j.rs.20170202.14>
- Jeoffrion, C., Dupont, P., Tripodi, D., & Roland-Lévy, C. (2016). Représentations sociales de la maladie : Comparaison entre savoirs « experts » et savoirs « profanes ». *L'Encéphale*, 42(3), 226-233. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.007>
- Jeulin, J.-C. (2014). *Approche anthropologique du développement des compétences des masseurs-kinésithérapeutes : Conception d'un environnement informatique pour l'apprentissage en masso-kinésithérapie*.  
<http://www.theses.fr/2014AIXM3031/document>
- Jodelet, D. (2002). Perspectives d'études sur le rapport croyance/représentations sociales. *Psychologie & Société*, 5, 157-178.
- Jodelet, D. (2006a). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. In V. Hass (Éd.), *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations*, (p. 235-255). Les Presses universitaires de Rennes.
- Jodelet, D. (2006b). Représentation sociale. In *Le dictionnaire des sciences humaines* (p. 1003-1005). PUF.
- Jodelet, D. (2014). A propos des jeux et enjeux de savoir dans l'Education Thérapeutique des Patients. In *Nouvelles coopérations réflexives en santé* (Editions des archives contemporaines, p. 59-76).  
[https://www.academia.edu/37785446/A\\_propos\\_des\\_jeux\\_et\\_enjeux\\_de\\_savoir\\_dans\\_l\\_Education\\_Th%C3%A9rapeutique\\_des\\_Patients](https://www.academia.edu/37785446/A_propos_des_jeux_et_enjeux_de_savoir_dans_l_Education_Th%C3%A9rapeutique_des_Patients)
- Jodelet, D. (2015a). Introduction : Un faire sur la pensée sociale. In *Représentations sociales et monde de vie* (Édition des archives contemporaines, p. 12).

- Jodelet, D. (2015b). *Représentations sociales et mondes de vie* (Vol. 1). Archives contemporaines.
- Jodelet, D. (2017). Le savoir expérientiel des patients, son statut épistémologique et social. In A. O. & C. Silva B. V. (Éd.), *Representações sociais do envelhecimento e da saúde* (p. 270-294). EDUFRN.
- Kalampalikis, N. (2003). L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales. In *Méthodes d'études des représentations sociales* (Édition Erès, p. 147-163).
- Kalampalikis, N. (2006). Affronter la complexité : Représentations et croyances. In *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations*. (p. 229-237). Presses Universitaires de Rennes.
- Keller, P.-H., & Pierret, J. (2000). *Qu'est-ce que soigner? : Le soin, du professionnel à la personne*. Syros.
- La fondation EFOM Boris Dolto*. (s. d.). Consulté 27 avril 2021, à l'adresse <https://www.efom.fr/fondation/qui-sommes-nous>
- Lagniaux, F. (2013). *Epistémologie des savoirs enseignés, appropriés et utilisés en masso-kinésithérapie. : Contribution des résultats de recherche en sciences de l'éducation à la création d'une discipline en masso-kinésithérapie pour garantir la sécurité des patients et la qualité des soins*.
- Lahlou, S. (1995). *Vers une théorie de l'interprétation en analyse statistique des données textuelles*. 3rd International Conference on Statistical Analysis of Textual Data., Rome.
- Lahlou, S. (2003). L'exploration des représentations sociales à partir des dictionnaires. In J.-C. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales*. (p. 37-58). Erès.
- Lahlou, S. (2015). Social representations and social construction : The evolutionary perspective of installation theory. In G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell, & J. Valsiner (Éds.), *The*

- Cambridge Handbook of Social Representations* (p. 193-209). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107323650.017>
- Lahlou, S. (2018a). *Installation theory : The societal construction and regulation of behaviour*. Cambridge University Press.
- Lahlou, S. (2018b). *Installation Theory : The Societal Construction and Regulation of Behaviour* (1<sup>re</sup> éd.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316480922>
- Lahlou, S. (2021). Social Representations and Individual Representations : What is the Difference? And Why are Individual Representations Similar? *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*, 18(2), 315-331. <https://doi.org/10.22363/2313-1683-2021-18-2-315-331>
- Le Breton, D. (2008). Pour une anthropologie des sens. *VST-Vie sociale et traitements*, 4, 45-53.
- Lefève, C., Benaroyo, L., & Worms, F. (2012). *Les classiques du soin*. Presses universitaires de France.
- Lefève, C., Mino, J.-C., & Zaccai-Reyners, N. (2016). *Le soin : Approches contemporaines*. puf, Presses universitaires de France.
- Lejeune, C. (2010). Montrer, calculer, explorer, analyser. Ce que l'informatique fait (faire) à l'analyse qualitative. *Recherches qualitatives*, 9, 18. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/61098>
- Lejeune, C., & Bénel, A. (2012). Lexicométrie pour l'analyse qualitative : Pourquoi et comment résoudre le paradoxe ? *Lexicometrica*, 12.
- Les communautés professionnelles territoriales de santé*. (s. d.). [Gouvernemental]. [ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante). Consulté 4 août 2021, à l'adresse <http://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>



- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics : II. Channels of group life; social planning and action research. *Human relations*, 1(2), 143-153.
- Liogier, R. (2012). *Souci de soi, conscience du monde : Vers une religion globale?* Armand Colin.
- Lo Monaco, G., Delouvé, S., & Rateau, P. (2016). *Les représentations sociales Théories, méthodes et applications* (G. Lo Monaco, Éd.). De Boeck Supérieur.
- Lo Monaco, G., Lheureux, F., & Halimi-Falkowicz, S. (2008). Test d'indépendance au contexte (TIC) et structure des représentations sociales. = Test of context independence (TCI) and structure of social representations. *Swiss Journal of Psychology / Schweizerische Zeitschrift für Psychologie / Revue Suisse de Psychologie*, 67(2), 119-123. pdf. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.67.2.119>
- Lo Monaco, Rateau, & Tavani. (2017). Methods for studying the structure of social representations : A critical review and agenda for future research. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 47(3), 306-331.
- Lorenzi-Cioldi, F. (2009). Dominants et dominés. *Les identités des collections et des agrégats. Grenoble: Presses Universitaires.*
- Lugan, J.-C. (2009). *La systémique sociale.* Presses universitaires de France.
- Macron, A. (2015a). *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30 avril 1946 : Genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée.* Université Montpellier.
- Macron, A. (2015b). *The Profession Of Physiotherapist Introduced By Law N ° 46-857 Dated 30 April 1946 : Genesis And Evolutions Of Regulated Health Profession* [Université Montpellier]. Star Cnrs Ao-droit Shs Dynamiquesdroit Dsp Univ-montpellier. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01342656>

- Marc, E., & Picard, D. (2002). Interaction. In J. Barus-Michel, E. Enriquez, & A. Lévy, *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 189-196). ERES.
- Marie, D., Dany, L., Cannone, P., Dudoit, E., & Duffaud, F. (2010). Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie: Enjeux pour la définition de la situation thérapeutique. *Bulletin du cancer*, 97(5), 577-587.
- Markovà, I., & Muller, S. (2007). *Dialogicité et représentations sociales*. Presses universitaires de France.
- Matifat, E., Perreault, K., Roy, J.-S., Aiken, A., Gagnon, E., Mequignon, M., Lowry, V., Décary, S., Hamelin, B., Ambrosio, M., Farley, N., Pelletier, D., Carlesso, L., & Desmeules, F. (2019). Concordance between physiotherapists and physicians for care of patients with musculoskeletal disorders presenting to the emergency department. *BMC Emergency Medicine*, 19(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0277-7>
- McGrane, N., Galvin, R., Cusack, T., & Stokes, E. (2015). Addition of motivational interventions to exercise and traditional physiotherapy: A review and meta-analysis. *Physiotherapy*, 101(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.04.009>
- McPherson, K., Gibson, B. E., & Leplege, A. (Éds.). (2015). Rethinking Movement: Postmodern Reflections on a Dominant Rehabilitation Discourse. In *Rethinking Rehabilitation* (0 éd., p. 118-137). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/b18118-11>
- Medley, A. R., & Powell, T. (2010). Motivational Interviewing to promote self-awareness and engagement in rehabilitation following acquired brain injury: A conceptual review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(4), 481-508. <https://doi.org/10.1080/09602010903529610>
- Mias, C., & Piasser, A. (2016). Les représentations professionnelles. In G. Lo Monaco, S. Delouvé, & P. Rateau (Éds.), *Les représentations sociales, Théories, méthodes et applications* (p. 318-322). De Boeck Supérieur.

- Moliner, P., & Abric, J.-C. (2015). Central core theory. In G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell, & J. Valsiner (Éds.), *The Cambridge Handbook of Social Representations* (p. 83-95). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107323650.009>
- Moliner, P., & Lo Monaco, G. (2017). *Méthodes d'association verbale pour les sciences humaines et sociales*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Moliner, P., Rateau, P., & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales : Pratique des études de terrain*. Presses universitaire de Rennes.
- Molinier, P. (2016). De la civilisation du travail à la société du care. *Vie sociale*, 2, 127-140.
- Monet, J. (2003). *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*. Université De Paris I – Pantheon Sorbonne.
- Morin, E. (2015). *Introduction à la pensée complexe*. Le Seuil.
- Morin, M. (2004). *Parcours de santé, Des malades, des biens portants et de ceux qui les soignent : Comment intervenir pour modifier les conduites de santé et de maladie*. Armand Colin.
- Morin, M. (2006). Nouvelles définitions de la santé : Un regard psychosocial. *Spirale*, 1, 29-41.
- Morvillers, J.-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 3, 77-81.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public : Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984a). *Psychologie Sociale*. Presse Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984b). *Psychologie Sociale. Puf Fondamental*.
- Moscovici, S. (1993). La crainte du contact. *Communications*, 57(1), 35-42.
- Moscrop, A. (2011). 'Heartsink' patients in general practice : A defining paper, its impact, and psychodynamic potential. *British Journal of General Practice*, 61(586), 346-348.

- Mucchielli, A. (2005a). *Etude des communications : Approches constructivistes*. Armand Colin.
- Mucchielli, A. (2005b). Recherche qualitative et production de savoirs. *Recherches qualitatives, 1*.
- Nendaz, M., Charlin, B., Leblanc, V., & Bordage, G. (2005). Le raisonnement clinique : Données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie médicale, 6*(4), 235-254.
- Nettleton, S. (2020). *The sociology of health and illness*. John Wiley & Sons.
- Noël-Hureaux, E. (2015). Le care : Un concept professionnel aux limites humaines? *Recherche en soins infirmiers, 3*, 7-17.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://international.scholarvox.com/book/88855469>
- Panchout, E., Panchout, F. D., Launay, F., Kamin, G., Belliot, A., & Couillandre, A. (2019). Modélisation complexe de la maquette de formation de masseur-kinésithérapeute : Un outil de compréhension et de support à l'organisation pédagogique universitaire de la formation en masso-kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue, 19*(214), 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.05.011>
- Paris, V., Wei, L., & Devaux, M. (2010). *Health Systems Institutional Characteristics* (Health working paper N° 50). OECD. </content/workingpaper/5kmfxfq9qbnr-en> <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbnr-en>
- Paturel, D. (2008). L'implication au cœur d'un processus de recherche. *Pensée plurielle, 19*(3), 51-61. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/pp.019.0051>
- Pawin, R. (2014). Le bien-être dans les sciences sociales : Naissance et développement d'un champ de recherches. *L'Année sociologique, 64*(2), 273-294. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/anso.142.0273>

- Penneff, J. (2005). *La France malade de ses médecins*. LE SEUIL.
- Pennec, S., Borgne-Uguen, F. L., & Douguet, F. (2014). *Les négociations du soin : Les professionnels, les malades et leurs proches*. Presses universitaires de Rennes.  
<https://books.google.fr/books?id=fkCvoAEACAAJ>
- Penven, G., de Saint Blanquat, L., Bordet, F., Dray, S., Série, M., & Commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française. (2019). Quand le réanimateur devient prophète, la décision part en biais. *Médecine Intensive Réanimation*, 28(4), 333-338.  
<https://doi.org/10.3166/rea-2019-0122>
- Péoc'h, N. (2014). Représentations sociales de la douleur. La mise en perspective praxéologique des pratiques d'accompagnement et d'éducation à la santé. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 31, 81-99. <https://doi.org/10.4000/dse.593>
- Petit, F., & Dubois, M. (1979). *Introduction à la psychosociologie des organisations*. Dunod.
- Pettman, E. (2007). A History of Manipulative Therapy. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 15(3), 165-174. <https://doi.org/10.1179/106698107790819873>
- Picoche, J., & Firmin, G. (1992). *Dictionnaire étymologique du français*. Robert.
- Pierre, T., Fernandes, A., La Mura, Q. M., Kessler-Bilthauer, D., & Megherbi, S. (2014). *Autour du soin. Pratiques, représentations, épistémologie*. PUN-Éd. universitaires de Lorraine.
- Poisson, M. (2015). Au-delà du cure et du care : L'histoire de la relation médecin-malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au XXIème siècle. *Recherche en soins infirmiers*, 3, 26-38.
- Praestegaard, J., & Gard, G. (2011). The perceptions of Danish physiotherapists on the ethical issues related to the physiotherapist-patient relationship during the first session : A phenomenological approach. *BMC Medical Ethics*, 12, 21-21. [cmedm. https://doi.org/10.1186/1472-6939-12-21](https://doi.org/10.1186/1472-6939-12-21)
- Prayez, P. (1993). *Le toucher en psychothérapie : L'érotisation contenante*. Paris 7.

- Rateau, P., & Lo Monaco. (2016). La théorie structurale ou l'horlogerie des nuages. In *Les représentations sociales théories, méthodes et applications* (p. 113-130). De Boeck Supérieur.
- Ratinaud, P., & Déjean, S. (2009). *IRaMuTeQ: implémentation de la méthode ALCESTE d'analyse de texte dans un logiciel libre*. [http://repere.no-ip.org/Members/pratinaud/mes-documents/articles-et-presentations/presentation\\_mashs2009.pdf](http://repere.no-ip.org/Members/pratinaud/mes-documents/articles-et-presentations/presentation_mashs2009.pdf).
- Raudsepp, M. (2005). Why Is It So Difficult to Understand the Theory of Social Representations? *Culture & Psychology*, *11*(4), 455-468. <https://doi.org/10.1177/1354067X05058587>
- Rehabilitation 2030*. (s. d.). WHO; World Health Organization. Consulté 7 janvier 2021, à l'adresse <http://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030/en/>
- Restivo, L., Apostolidis, T., Bouhnik, A.-D., Garciaz, S., Aurrán, T., & Julian-Reynier, C. (2016). Patients' Non-Medical Characteristics Contribute to Collective Medical Decision-Making at Multidisciplinary Oncological Team Meetings. *PloS ONE*, *11*(5), e0154969.
- Ricaud-Droisy, H. (2008). Françoise Dolto. *Spirale*, *48*(4), 168-170. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spi.048.0168>
- Rock, J. A., & Jones, M. V. (2002). A Preliminary Investigation Into the Use of Counseling Skills in Support of Rehabilitation From Sport Injury. *Journal of Sport Rehabilitation*, *11*(4), 284-304.
- Rougetet, L. (2014). *Des récréations arithmétiques au corps des nombres surréels et à la victoire d'un programme aux Échecs. Une histoire de la théorie des jeux combinatoires au XXème siècle*. [Histoire des sciences et épistémologie, Université Lille1]. <https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/EDSMRE/2014/50376-2014-Rougetet.pdf>

- Roush, S. E., Cox, K., Garlick, J., Kane, M., & Marchand, L. (2015). Physical therapists' perceptions of sexual boundaries in clinical practice in the United States. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(5), 327-336. <https://doi.org/10.3109/09593985.2014.1003420>
- Salas, S., Dany, L., Michel, R., Cannone, P., Dudoit, É., Duffaud, F., & Favre, R. (2008). Représentations, attitudes et pratiques associées aux soins palliatifs : Une enquête auprès des responsables d'unités et d'équipes de soins palliatifs en France. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 7(3), 130-139. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2007.01.001>
- Samé, M. (2009). *Le toucher suspendu*. Université Paris-Est.
- Santiago Delefosse, M., del Rio Carral, M., & Cairn.info. (2017). *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*. Dunod. <https://go.openathens.net/redirector/umoncton.ca?url=https%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Fles-methodes-qualitatives-en-psychologie--9782100742301.htm>
- Sarradon-Eck, A., Dias, M., & Pouchain, R. (2020). Ces patients « particuliers ». Comment les jeunes médecins (dé)médicalisent les symptômes médicalement inexplicables ? *Sciences sociales et santé*, 38(1), 5-30. <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2020-1-page-5.htm>
- Sarradon-Eck, A., Vega, A., Faure, M., Humbert-Gaudart, A., & Lustman, M. (2008). Créer des liens : Les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56(4).
- Scholz, R. (2019). Lexicometry : A Quantifying Heuristic for Social Scientists in Discourse Studies. In R. Scholz (Éd.), *Quantifying Approaches to Discourse for Social Scientists* (p. 123-153). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-97370-8\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-97370-8_5)

- Schon, D. A. (1994). *Le praticien réflexif: À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Logiques,.
- Schuller, M.-P. (2018). *Pionnières des soins : Et autres pionnières dans l'histoire des femmes*. Editions LC.
- Sharma, K. N. (2012). *Exploration of the History of Physiotherapy*. 5.
- Shoemaker, M. J. (2012). Direct Consumer Access to Physical Therapy in Michigan : Challenges to Policy Adoption. *Physical Therapy*, 92(2), 236-250. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100421>
- Signeyrole, J. (2015). En quoi une réforme peut-elle changer les pratiques de formation ? Une question de lecture et de perspectives. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(167), 37-41. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2015.09.031>
- Sitaloppi, J., & Vargo, S. (2017). Triads : A review and analytical framework. *Marketing Theory*, 17, 395-414. <https://doi.org/10.1177/1470593117705694>
- Simmel, G. (2013). *Sociologie : Études sur les formes de la socialisation* (L. Deroche-Gurcel & S. Muller, Trad.). Presses universitaires de France.
- Skolasky, R. L., Riley, L. H., Maggard, A. M., Bedi, S., & Wegener, S. T. (2013). Functional recovery in lumbar spine surgery : A controlled trial of health behavior change counseling to improve outcomes. *Contemporary Clinical Trials*, 36(1), 207-217. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.06.018>
- Soussi, S., Naceur, A., Berger, D., Ghérissi, A., Belgacem, A., & Zairi, I. (2021). Impact de l'apprentissage systémique sur la motivation à apprendre des étudiants dans un contexte d'apprentissage en milieu clinique. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 37(2). <https://doi.org/10.4000/ripes.2900>



- Staerklé, C. (2016). Représentations sociales et relations intergroupes. In G. Lo Monaco Delouvé, S. ., & Rateau, P. (Éd.), *Les représentations sociales, Théories, méthodes et applications* (p. 458-467). de Boeck supérieur.
- Staerklé, C., Clémence, A., & Spini, D. (2011). Social representations : A normative and dynamic intergroup approach. *Political Psychology*, 32(5), 759-768.
- Sullivan, M. J., Feuerstein, M., Gatchel, R., Linton, S. J., & Pransky, G. (2005). Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 475-489.  
<https://doi.org/10.1007/s10926-005-8029-9>
- Sullivan, M. J. L., & Adams, H. (2010). Psychosocial Treatment Techniques to Augment the Impact of Physiotherapy Interventions for Low Back Pain. *Physiotherapy Canada*, 62(3), 180-189. <https://doi.org/10.3138/physio.62.3.180>
- Szczegieliak, A., Skowronek, A., Krysta, K., & Krupka-Matuszczyk, I. (2012). Aggression in the work environment of physiotherapists. *Psychiatria Danubina*, 24(Suppl 1), 147-152. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2012-26285-033&lang=fr&site=ehost-live> [anna.szczegieliak@gmail.com](mailto:anna.szczegieliak@gmail.com)
- Talvitie, U. (2000). Socio-affective characteristics and properties of extrinsic feedback in physiotherapy. *Physiotherapy Research International: The Journal For Researchers And Clinicians In Physical Therapy*, 5(3), 173-189. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=10998774&lang=fr&site=ehost-live>
- Thomson, D., & Love, H. (2013). Exploring the negative social evaluation of patients by specialist physiotherapists working in residential intermediate care. *Physiotherapy*, 99(1), 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2011.09.003>

- Thornquist, E. (1997). Three voices in a Norwegian living room : An encounter from physiotherapy practice. *Medical Anthropology Quarterly*, 11(3), 324-351. cmedm. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=9292861&lang=fr&site=ehost-live>  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/maq.1997.11.3.324/abstract>
- Tramonti, F., Giorgi, F., & Fanali, A. (2021). Systems thinking and the biopsychosocial approach : A multilevel framework for patient-centred care. *Systems Research and Behavioral Science*, 38(2), 215-230. <https://doi.org/10.1002/sres.2725>
- Trépos, J.-Y. (2013). *Les dispositifs modestes du souci : Expérimentation, réflexivité et modélisation dans l'intervention sociale*. Presses universitaires de Nancy.
- Uili, R. M., Shepard, K. F., & Savinar, E. (1984). Physician knowledge and utilization of physical therapy procedures. *Physical therapy*, 64(10), 1523-1530.
- Valence, A., & Roussiau, N. (2014). Le rôle de l'implication et des systèmes de croyances au sein des représentations sociales. *Psychologie Française*, 59(4), 301-315. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2013.12.003>
- Vandenbergh, F. (2001). *La sociologie de Georg Simmel*. La Découverte.
- Vandeveldt-Rougale, A., & Fugier, P. (2019). *Dictionnaire de sociologie clinique*. ERES; Cairn.info. <https://www.cairn.info/dictionnaire-de-sociologie-clinique--9782749257648.htm>
- Vézinat, N. (2010). Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009). *Sociologie*, N°3, vol. 1. <http://journals.openedition.org/sociologie/517>
- Von Bertalanffy, L., Chabrol, J.-B., László, E., & Paulre, B. (1973). *Théorie générale des systèmes*. Dunod.
- WCPT. (2012). *World confederation for physical therapy*. <http://www.wcpt.org/members>

- Wiedemann, G. (2016). Computer-Assisted Text Analysis in the Social Sciences. In G. Wiedemann, *Text Mining for Qualitative Data Analysis in the Social Sciences* (p. 17-54). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-15309-0\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-658-15309-0_2)
- World physiotherapy annual membership census 2020: Global report.* (2020). World Physiotherapy.
- World physiotherapy annual membership census 2020: Region europe.* (2020). World Physiotherapy.
- Wottrich, A. W., Stenström, C. H., Engardt, M., Tham, K., & von Koch, L. (2004). Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 26(20), 1198-1205. <https://doi.org/10.1080/09638280410001724889>
- Yatchinovsky, A. (2018). *L'approche systémique : Pour gérer l'incertitude et la complexité.* ESF Sciences Humaines.
- Zouhri, B., & Rateau, P. (2015). Valeur sociale des éléments du noyau central : La norme représentationnelle de centralité. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 106*(2), 129-148. <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2015-2-page-129.htm>
- ic, J.-C. (2003a). Méthodes d'étude des représentations sociales.
- Abric, J.-C. (2003b). *Pratiques sociales et représentations.* Paris: Presses Universitaires de France.
- Adam, P., & Herzlich, C. (2014). *Sociologie de la maladie et de la médecine.* Paris: Armand Colin.
- Afrell, M., & Rudebeck, C. E. (2010). 'We got the whole story all at once': Physiotherapists use of key questions when meeting patients with long-standing pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 281-289. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00718.x

- Aïach, P., & Fassin, D. (Eds.). (1994). *Les métiers de la santé enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos.
- Air, M. (2009). Health care seeking behavior and perceptions of the medical profession among pre- and post-retirement age dutch dancers. *Journal Of Dance Medicine & Science: Official Publication Of The International Association For Dance Medicine & Science*, 13(2), 42-50.
- Albarello, L. (2004). *Devenir praticien-chercheur: Comment réconcilier la recherche et la pratique sociale*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Albarello, L. (2012). *Apprendre à chercher*. Bruxelles: De Boeck
- Antidote. (2015). *Antidote (Version v9)*. Montréal: Druides informatique inc.
- Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : Le regard des représentations sociales. *Psychologie Française*, 57(2), 67-81.
- Apostolidis, T., & Kalampalakis, N. (2016). La perspective socio-génétique des représentations sociales. In G. Le Monaco, S. Delouée, & P. Rateau (Eds.), *Les représentations sociales*, (pp. 69-84). Bruxelles: De Boeck.
- Arborio, A.-M. (1995). Quand le «sale boulot» fait le métier: Les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 93-126.
- Ardoino, J. (1990). Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant. *Les nouvelles formes de la recherche en éducation*, 2, 79-87.
- Arias, M., & Smith, L. N. (2007). Early mobilization of acute stroke patients. *Journal Of Clinical Nursing*, 16(2), 282-288. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01488.x
- Bessin, M., Bourgeois, I., Marchand, A., Restivo, L., & Rollin, Z. (2015a). Agir pour chercher, chercher pour agir : Introduction aux recherches interventionnelles en shs sur le cancer. [Action as Research, Research for Action: an Introduction to Human and Social Science-Based Interventional Research on Cancer]. *Santé publique*, 27(3), 308.

- Bessin, M., Bourgeois, I., Marchand, A., Restivo, L., & Rollin, Z. (2015b). Agir pour chercher, chercher pour agir: Introduction aux recherches interventionnelles en shs sur le cancer. *Santé publique*, 27(3), 305-308.
- Bonardi, C. (2006). Le regard psychosocial. Réalité ou fiction scientifique commode? *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 71(3), 29-40.
- Bonardi, C. (2010). Postures de recherche et regard sur soi : Une ouverture vers l'altérité ? [Self-Research and Introspection Paves the Way to Alterity]. *Bulletin de Psychologie*, Numéro 505(1), 49-59. doi:10.3917/bupsy.505.0049
- Bonnal, C., Matharan, J., & Micheau, J. (2009). *La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux*. Paris: Observatoire National de la Démographie des professions de Santé Retrieved from [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La prescription de masso-kinesitherapie par les medecins generalistes et rhumatologues liberaux .pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso-kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf).
- Bouchayer, F. (2010). Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité: Médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux. In Bloy (Ed.), *Singuliers généralistes* (pp. 169-188). Paris: Presses de L'EHESP.
- Boudon, R. (2016). Simmel georg - (1858-1918) *Encyclopædia Universalis [en ligne]*: Encyclopædia Universalis France.
- Bourdieu, P. (1978). Sur l'objectivation participante. Réponse à quelques objections. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 23(1), 67-69.
- Bourne, S. (1978). Doctors, physiotherapists, and placebo pharmacology. *British Medical Journal*, 2(6154), 1761-1763. doi:10.1136/bmj.2.6154.1761
- Boussoco, J., Dany, L., Giboreau, A., & Urdapilleta, I. (2016). « faire la cuisine » : Approche socio-représentationnelle et distance à l'objet. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2016-3(n°111), p. 367-395.
- Bury, T., & Stokes, E. (2013). Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: A review of contemporary practice within the european union. *Physiotherapy*, 99(4), 285-291.

- Calvez, M. (2010). La négociation du soin et la situation de maladie. *Ethica Clinica*, 57, 6-13.
- Caplow, T. (1984). Deux contre un, les coalitions dans les triades. Paris: ESF.
- Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé. Institution, professions et maladies*. Paris: ARMAND COLIN.
- Charaudeau, P. (2013). Le chercheur et l'engagement. Une affaire de contrat. *Argumentation et Analyse du Discours*(11).
- Choplin, A. (2015). Imitation socioconstructivist the service of efficiency palpatory students physiotherapists: Massothérapie emergence of skill in the treatment of fibromyalgia. Faculté d' Aix-Marseille1. Theses-en-ligne-dagrocampus-ouest Univ-amu database.
- Classen, C. (Ed.) (2005). *The book of touch*. New York: Berg
- Coenen-Huther, J. (2008). Pour une sociologie des formes. *Revue européenne des sciences sociales*, 46(140), 67-83.
- Cooper, I., & Jenkins, S. (2008). Sexual boundaries between physiotherapists and patients are not perceived clearly: An observational study. *The Australian Journal Of Physiotherapy*, 54(4), 275-279.
- Cosnier, J. (1993). Les interactions en milieu soignant. In J. Cosnier, Grosjean, & Lacoste. (Ed.), *Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soin* : . Lyon: PUL.
- Cosnier, J., Grosjean, M., & Lacoste, M. (Eds.). (1993). *Soins et communication: Approche interactionniste des relations de soins*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Dahlgren, M. A., Almquist, A., & Krook, J. (2000). Physiotherapists in balint group training. *Physiotherapy Research International: The Journal For Researchers And Clinicians In Physical Therapy*, 5(2), 85-95.

- Dany, L. (2016). From the study of social practices to the study of "distance to the object". *Papers on Social Representations*, 25(2).
- Dany, L., & Abric, J.-C. (2007). Distance à l'objet et représentations du cannabis. = distance to the object and representations of cannabis. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 20(3), 77-104.
- Dany, L., Apostolidis, T., & Harabi, S. (2014). Distance to the object and social representations: Replication and further evidences. *The Spanish Journal of Psychology*, 17.
- Dany, L., Rousset, M.-C., Salas, S., Duffaud, F., & Favre, R. (2009). Les internes et les soins palliatifs: Attitudes, représentations et pratiques. *Médecine Palliative: Soins de Support-Accompagnement-Éthique*, 238-250.
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur: Un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 3, 28-43.
- Delauney, É. (2010). Kinés et médecins généralistes: Peut mieux faire? Une enquête qualitative en pays-de-la-loire. *Médecine*, 6(6), 277-281.
- Dellandrea, A. (2013). Étude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains. (Thèse de Doctorat en médecine), Université de Lorraine, Nancy.
- Douguet, F., Le Borgne-Uguen, F., & Pennec, S. (2014). Des négociations en santé: Entre souhait de développement et maintien des tensions: Presses universitaires de Rennes (PUR).
- Fainzang, S. (2001). *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades: Information et mensonge*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Flament, C., & Milland, L. (2010). La substitution dans les études de représentations sociales: Quel processus impliqué? = the use of substitution in the study of social representations: What process is involved? *Psychologie Française*, 55(3), 195-210. doi:10.1016/j.psfr.2010.05.003
- Freidson, E. (1970). Professional dominance: The social structure of medical care. New Brunswick: TRANSACTION.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.
- French, S. (2013). *Physiotherapy a psychosocial approach*: Butterworth-Heinemann.
- Galvin, R., Cusack, T., & Stokes, E. (2009). Physiotherapy after stroke in ireland: A qualitative insight into the patients' and physiotherapists' experience. *International Journal Of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift Für Rehabilitationsforschung. Revue Internationale De Recherches De Réadaptation*, 32(3), 238-244. doi:10.1097/MRR.0b013e32832b083c
- Gard, G. (2007). Factors important for good interaction in physiotherapy treatment of persons who have undergone torture: A qualitative study. *Physiotherapy Theory And Practice*, 23(1), 47-55.
- Gaubert, C. (2006). Le sens des limites: Structuration du corps des masseurs-kinésithérapeutes, définition sociale de leur compétence et imposition scolaire de la domination médicale. (PhD), Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.
- Genet, M., Lheureux, F., & Truchot, D. (2017). *La relation soignant-soigné dans la littérature académique: Tendances générales, limites et perspectives futures*. Paper presented at the Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.
- Guéguen, N., & Gail, M.-A. d. (2000). Le toucher: Un indicateur culturel implicite du statut et du rôle. *Communication et organisation*(18).
- Guigue, M. (2005). Les dynamiques de la familiarité dans la recherche. *Les Sciences de l'éducation-Pour l'Ère nouvelle*, 38(1), 7-10.



- Gyllensten, A. L., Gard, G., Salford, E., & Ekdahl, C. (1999). Interaction between patient and physiotherapist: A qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International: The Journal For Researchers And Clinicians In Physical Therapy*, 4(2), 89-109.
- Hamberg, K., Risberg, G., Johansson, E. E., & Westman, G. (2002). Gender bias in physicians' management of neck pain: A study of the answers in a swedish national examination. *Journal Of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11(7), 653-666.
- HAS. (2011a). Changer le regard sur les thérapeutiques non médicamenteuses. Retrieved from [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1060771/fr/changer-le-regard-sur-les-therapeutiques-non-medicamenteuses](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1060771/fr/changer-le-regard-sur-les-therapeutiques-non-medicamenteuses)
- HAS. (2011b). Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. *Recommandation en santé publique*. Retrieved from [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees)
- HAS. (2014). Approches thérapeutiques non médicamenteuses. Retrieved from [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1781393/fr/approches-therapeutiques-non-medicamenteuses](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1781393/fr/approches-therapeutiques-non-medicamenteuses)
- Hulme, J. B., Bach, B. W., & Lewis, J. W. (1988). Communication between physicians and physical therapists. *Physical therapy*, 68(1), 26-31.
- Jodelet, D. (2017). Le savoir expérientiel des patients, son statut épistémologique et social. In A. O. C. Silva, B.V. (Ed.), *Representações sociais do envelhecimento e da saúde* (pp. 270-294). Natal: EDUFRN.
- Josephson, I., Hedberg, B., & Bülow, P. (2013). Problem-solving in physiotherapy—physiotherapists' talk about encounters with patients with non-specific low back pain. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 35(8), 668-677. doi:10.3109/09638288.2012.705221
- Keller, P.-H., & Pierret, J. (2000). *Qu'est-ce que soigner?: Le soin, du professionnel à la personne*. Paris: Syros.

- Le Breton, D. (2008). Pour une anthropologie des sens. *VST-Vie sociale et traitements*(4), 45-53.
- Le Breton, D. (2011). *Anthropologie du corps et modernité*: Presses universitaires de France.
- Lefève, C., Benaroyo, L., & Worms, F. (2012). *Les classiques du soin*: Presses universitaires de France.
- Lefève, C., Mino, J.-C., & Zaccai-Reyners, N. (2016). *Le soin: Approches contemporaines*: puf, Presses universitaires de France.
- Lerbet-Sereni, F. (2014). L'expérience de l'indicible/invisible: L'inaccessible comme mode d'accès renouvelé au connaître. *Glottopol, Inaccessibles, altérités, pluralités: trois notions pour questionner les langues et les cultures en éducation*, 23, 148-160.
- Lindahl, M., Hvalsoe, B., Poulsen, J. R., & Langberg, H. (2013). Quality in rehabilitation after a working age person has sustained a fracture: Partnership contributes to continuity. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 44(2), 177-189.
- Lo Monaco, G., Delouvé, S., & Rateau, P. (2016). *Les représentations sociales théories, méthodes et applications* (G. Lo Monaco, S. Delouvé, & P. Rateau Eds.). Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Lo Monaco, G., Lheureux, F., & Halimi-Falkowicz, S. (2008). Test d'indépendance au contexte (tic) et structure des représentations sociales. = test of context independence (tci) and structure of social representations. *Swiss Journal of Psychology / Schweizerische Zeitschrift für Psychologie / Revue Suisse de Psychologie*, 67(2), 119-123. doi:10.1024/1421-0185.67.2.119
- M.L., G. l., & O., S. (2010). Corps et langages des sens. *Communication*.
- Macron, A. (2015). La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30 avril 1946 : Genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée. Université Montpellier.

- Marc, E., & Picard, D. (2002). Interaction *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 189-196): ERES.
- Markovà, I., & Muller, S. (2007). *Dialogicité et représentations sociales*: Presses universitaires de France.
- Marzano, M., Le Breton, D., Benoist, J., Jouannet, P., Dejourn, C., & Dreifuss-Netter, F. (2007). Dictionnaire du corps.
- Matharan, J., Micheau, J., & Rigal, E. (2009). *Le métier de masseur-kinésithérapeute- rapport d'étude*. Paris: Observatoire National de la démographie des Professions de Santé Retrieved from [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS\\_etude\\_masseur-kinesitherapeute.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_etude_masseur-kinesitherapeute.pdf).
- Moliner, P., & Lo Monaco, G. (2017). Méthodes d'association verbale pour les sciences humaines et sociales. Grenoble PUG.
- Molinier, P. (2016). De la civilisation du travail à la société du *care*. *Vie sociale*(2), 127-140.
- Monaco, G. L., Apostolidis, T., & Dany, L. (2016). De l'implication" personnelle" a l'implication" psychosociale": Bilan, approche critique et nouvelles propositions. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 23(1y2).
- Monet, J. (2003). Emergence de la kinésithérapie en France  
à la fin du XIX<sup>ème</sup> et au début du XX<sup>ème</sup> siècle. (doctorat), Université De Paris I – Pantheon Sorbonne. (3)
- Morin, M. (2004). Parcours de santé, des malades, des biens portants et de ceux qui les soignent: Comment intervenir pour modifier les conduites de santé et de maladie. Paris: Armand Colin.
- Morlot, R., & Sales-Wuillemin, E. (2008). Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d'un objet : Application à l'hygiène hospitalière. = effects of the practices and knowledge on the social representation of an object: The case of hospital hygiene. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 21(4), 89-114.

- Morvillers, J.-M. (2015). Le *care*, le *caring*, le *cure* et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*(3), 77-81.
- Moscovici, S. (1961). La psychanalyse, son image et son public: Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse: Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1993). La crainte du contact. *Communications*, 57(1), 35-42.
- Moscovici, S. (2005). Le regard psychosocial. *Hermès, La Revue*(1), 17-24.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête. Archives de la revue Enquête*(1), 71-109.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. *Lectures, Publications reçues*.
- OMK\*. (2016). *Rapport d'activité*. Retrieved from Paris: [http://www.ordreMK\\*.fr/actualites/ordre/rapport-dactivite-2016/](http://www.ordreMK*.fr/actualites/ordre/rapport-dactivite-2016/)
- Øvretveit, J. (1985). Medical dominance and the development of professional autonomy in physiotherapy. *Sociology of Health & Illness*, 7(1), 76-93.
- Paturel, D. (2008). L'implication au cœur d'un processus de recherche. *Pensée plurielle*, 19(3), 51-61. doi:10.3917/pp.019.0051
- Peersman, W., Rooms, T., Bracke, N., Van Waelvelde, H., De Maeseneer, J., & Cambier, D. (2013). Patients' priorities regarding outpatient physiotherapy *care*: A qualitative and quantitative study. *Manual Therapy*, 18(2), 155-164. doi:10.1016/j.math.2012.09.007
- Pellatt, G. C. (2007). Patients, doctors, and therapists perceptions of professional roles in spinal cord injury rehabilitation: Do they agree? *Journal Of Interprofessional Care*, 21(2), 165-177. doi:10.1080/13561820701195567
- Peneff, J. (2005). *La france malade de ses médecins*. Paris: LE SEUIL.

- Penneec, S., Douguet, F., & Le Borgne-Uguen, F. (Eds.). (2014). *Les négociations du soin: Les professionnels, les malades et leurs proches*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Perreault, K., & Dionne, C. E. (2005). Patient-physiotherapist agreement in low back pain. *The Journal Of Pain: Official Journal Of The American Pain Society*, 6(12), 817-828.
- Perreault, K., & Dionne, C. E. (2006). Does patient-physiotherapist agreement influence the outcome of low back pain? A prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 7, 76-76.
- Persson, A. L., & Gard, G. (2013). Tortured refugees' expectations of a multidisciplinary pain rehabilitation programme: An explorative qualitative study. *Journal Of Rehabilitation Medicine: Official Journal Of The UEMS European Board Of Physical And Rehabilitation Medicine*, 45(3), 286-292. doi:10.2340/16501977-1101
- Picoche, J., & Rolland, J.-C. (2008). Triade\*. In D. Le Fur (Ed.), *Dictionnaire étymologique du français* (Nouvelle édition ed., pp. 517). Paris: Le Robert.
- Pinsault, N., & Monvoisin, R. (2014). *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*. Grenoble: PUG.
- Poisson, M. (2015). Au-delà du *cure* et du *care*: L'histoire de la relation médecin-malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au xxième siècle. *Recherche en soins infirmiers*(3), 26-38.
- Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003). The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. *The Australian Journal Of Physiotherapy*, 49(3), 195-202.
- Praestegaard, J., & Gard, G. (2011). The perceptions of danish physiotherapists on the ethical issues related to the physiotherapist-patient relationship during the first session: A phenomenological approach. *BMC Medical Ethics*, 12, 21-21. doi:10.1186/1472-6939-12-21
- Prayez, P. (1993). *Le toucher en psychothérapie: L'érotisation contenante*. Paris 7.

- Remennick, L., & Shakhar, G. (2003). You never stop being a doctor: The stories of russian immigrant physicians who converted to physiotherapy. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 7(1), 87-108. doi:10.1177/1363459303007001620
- Restivo, L., Apostolidis, T., Bouhnik, A.-D., Garciaz, S., Aurrant, T., & Julian-Reynier, C. (2016). Patients' non-medical characteristics contribute to collective medical decision-making at multidisciplinary oncological team meetings. *PloS one*, 11(5), e0154969.
- Samé, M. (2009). *Le toucher suspendu*. Université Paris-Est.
- Santé, M. d. S. e. d. l. (2015a). La démographie des autres professions de santé (rpps et adeli). Retrieved from <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-autres-professions-de-sante-rpps-et-adel/article/la-demographie-des-autres-professions-de-sante-rpps-et-adel>
- Santé, M. d. S. e. d. l. (2015b). La démographie des médecins (rpps). Retrieved from <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/>
- Sarradon-Eck, A., Vega, A., Faure, M., Humbert-Gaudart, A., & Lustman, M. (2008). Créer des liens: Les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56(4).
- Soulé, B. (2007). Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives*, 27(1), 127-140.
- Staerklé, C. (2016). Représentations sociales et relations intergroupes. In G. Lo Monaco, Delouvé, S., & Rateau, P (Ed.), *Les représentations sociales, théories, méthodes et applications* (pp. 458 - 467). Bruxelles: de Boeck supérieur.
- Staerklé, C., Clémence, A., & Spini, D. (2011). Social representations: A normative and dynamic intergroup approach. *Political Psychology*, 32(5), 759-768.

- Stenberg, G., Fjellman-Wiklund, A., & Ahlgren, C. (2012). "Getting confirmation": Gender in expectations and experiences of healthcare for neck or back patients. *Journal Of Rehabilitation Medicine: Official Journal Of The UEMS European Board Of Physical And Rehabilitation Medicine*, 44(2), 163-171. doi:10.2340/16501977-0912
- Szczegieliński, A., Skowronek, A., Krysta, K., & Krupka-Matuszczyk, I. (2012). Aggression in the work environment of physiotherapists. *Psychiatria Danubina*, 24(Suppl 1), 147-152.
- Talvitie, U. (2000). Socio-affective characteristics and properties of extrinsic feedback in physiotherapy. *Physiotherapy Research International: The Journal For Researchers And Clinicians In Physical Therapy*, 5(3), 173-189.
- Thomson, D., & Love, H. (2013). Exploring the negative social evaluation of patients by specialist physiotherapists working in residential intermediate care. *Physiotherapy*, 99(1), 71-77. doi:10.1016/j.physio.2011.09.003
- Thornquist, E. (1997). Three voices in a norwegian living room: An encounter from physiotherapy practice. *Medical Anthropology Quarterly*, 11(3), 324-351.
- Vandenbergh, F. (2001). *La sociologie de georg simmel*. Paris: La Découverte.
- Vega, A. (2010). Les faces cachées des pratiques soignantes. Des professionnels ni neutres, ni réductibles à de simples individus. *Médecine*, 6(8), 382-386.
- Vergès, P. (2001). L'analyse des représentations sociales par questionnaires. *Revue française de sociologie*, 537-561.
- Vos, C., Verhagen, A., Passchier, J., & Koes, B. (2007). Management of acute neck pain in general practice: A prospective study. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, 57(534), 23-28.
- Wallin, M., Talvitie, U., Cattan, M., & Karppi, S.-L. (2008). Physiotherapists' accounts of their clients in geriatric inpatient rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 543-550. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00569.x

- WCPT. (2012). World confederation for physical therapy. Retrieved from <http://www.wcpt.org/members>
- Wood, H., Connors, S., Dogan, S., & Peel, T. (2013). Individual experiences and impacts of a physiotherapist-led, non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 27(6), 499-507. doi:10.1177/0269216312464093
- Wottrich, A. W., Stenström, C. H., Engardt, M., Tham, K., & von Koch, L. (2004). Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 26(20), 1198-1205. doi:10.1080/09638280410001724889
- Wright, B. J., Galtieri, N. J., & Fell, M. (2014). Non-adherence to prescribed home rehabilitation exercises for musculoskeletal injuries: The role of the patient-practitioner relationship. *Journal Of Rehabilitation Medicine*, 46(2), 153-158. doi:10.2340/16501977-1241



## Index des annexes

|  |     |
|--|-----|
| <i>Annexe 1 : Grille d'analyse préliminaire des entretiens avec le codage visuel des thèmes</i> .....                | 273 |
| <i>Annexe 2 : Grille d'analyse des entretiens après répartition dans les méta-thématiques</i> .....                  | 275 |
| <i>Annexe 3 : Entretien n°17 brut</i> .....  | 280 |
| <i>Annexe 4 : Entretien n°6 analysé</i> .....  | 298 |
| <i>Annexe 5 : Extrait du fichier d'analyse des entretiens (verbatim)</i> .....                                       | 312 |
| <i>Annexe 6 : Base de données des sites où une demande de diffusion du questionnaire en ligne a été déposée</i> .... | 323 |
| <i>Annexe 7 : Plan du questionnaire diffusé en version électronique</i> .....  | 327 |
| <i>Annexe 8 : Liste des variables du questionnaire et codage associé</i> .....                                       | 334 |
| <i>Annexe 9 : Répartition des thèmes de la grille d'analyse par population</i> .....                                 | 338 |
| <i>Annexe 10 : Description de la population d'entretien</i> .....  | 341 |
| <i>Annexe 11 : Description de la population recrutée par questionnaires</i> .....                                    | 343 |
| <i>Annexe 12 : Classes de discours issues de l'analyse IRaMuteQ appliquée aux entretiens</i> .....                   | 345 |
| <i>Annexe 13 : Description du corpus d'article</i> .....   | 347 |
| <i>Annexe 14 : Corpus des articles académiques (1995-2021)</i> .....   | 349 |
| <i>Annexe 15 : Contenu des classes issu de la méthode Reinert appliquée aux articles académiques</i> .....           | 364 |
| <i>Annexe 16 : Corpus de définitions de dictionnaire</i> .....   | 365 |
| <i>Annexe 17 : Extrait du tableau de données du questionnaire après traitement</i> .....                             | 373 |
| <i>Annexe 18 : Tri à plat des réponses au questionnaire</i> .....  | 374 |
| <i>Annexe 19 : Résultats des analyses descriptives des questions de caractérisation des 3 groupes</i> .....          | 439 |
| <i>Annexe 20 : Thèmes et corpus des Évocations Hiérarchisées</i> .....   | 440 |
| <i>Annexe 21 : RS attribuée à P</i> .....  | 443 |
| <i>Annexe 22 : RS attribuée à M</i> .....  | 445 |
| <i>Annexe 23 : RS attribuée à K</i> .....  | 447 |

## Index des figures

|  |     |
|--|-----|
| <i>Figure 1 : Plan général du manuscrit</i> .....  | 16  |
| <i>Figure 2 : Schéma logique de la démarche de présentation du cadre théorique</i> .....   | 18  |
| <i>Figure 3 : Ego-Alter-Objet chez Moscovici d'après Markova (2007, p221)</i> .....  | 20  |
| <i>Figure 4 : Regard psychosocial appliqué au Soin de Kinésithérapie</i> .....   | 22  |
| <i>Figure 5 : Schématisation analogique des systèmes périphériques et centraux dans la RS</i> .....  | 25  |
| <i>Figure 6 : Schéma de la Triade (Caplow, 1984 p 19)</i> .....  | 68  |
| <i>Figure 7 : Les huit formes de triades (Caplow, 1986, p16)</i> .....   | 69  |
| <i>Figure 8 : Modélisation pyramidale de la Triade P-M-MK appliquée au SK</i> .....  | 77  |
| <i>Figure 9 : Organisation des phases de cette recherche</i> .....   | 82  |
| <i>Figure 10 : Stratégie de sélection d'articles</i> .....   | 85  |
| <i>Figure 11 : Méthodologie de recrutement des sujets interviewés</i> .....  | 86  |
| <i>Figure 12 : Population recrutée pour les entretiens</i> .....   | 87  |
| <i>Figure 13 : Évocation hiérarchisée dans le questionnaire en ligne</i> .....   | 90  |
| <i>Figure 14 : Analyse des évocations hiérarchisées (Abric, 2003, p 64)</i> .....  | 91  |
| <i>Figure 15 : Technique de substitution Patient</i> .....   | 93  |
| <i>Figure 16 : Plan des questions proposées aux Patients avec les deux possibilités de substitutions</i> .....   | 94  |
| <i>Figure 17 : Texte de la question de caractérisation (questionnaire en ligne)</i> .....  | 95  |
| <i>Figure 18 : Démarche méthodologique</i> .....   | 96  |
| <i>Figure 19 : Design général des opérations méthodologiques</i> .....   | 97  |
| <i>Figure 20 : Méthodologie pour l'analyse de contenu thématique</i> .....   | 99  |
| <i>Figure 21 : Procédure de l'Analyse des Formes de Triades</i> .....  | 105 |
| <i>Figure 22 : Schéma des répartitions des thématiques des groupes. A : points communs aux trois groupes ; B : points distinctifs ; C : points communs entre deux groupes.</i> ..... | 137 |
| <i>Figure 23 : Dendrogramme issu du corpus d'entretien</i> .....   | 144 |
| <i>Figure 24 : Dendrogramme du corpus de littérature académique</i> .....  | 147 |
| <i>Figure 25 : Dendrogramme du corpus de définitions</i> .....   | 149 |
| <i>Figure 26 : AFC des classes du corpus de définitions</i> .....  | 150 |
| <i>Figure 27 : Dendrogramme du corpus de B. Dolto</i> .....  | 151 |

---

|  |     |
|--|-----|
| Figure 28 : AFC réalisée sur les classes du discours de B. Dolto .....   | 154 |
| Figure 29 : Graphe de similitude issu du corpus global de B. Dolto.....  | 156 |
| Figure 30 : Graphe de similitude de la classe 5.....   | 157 |
| Figure 31 : Graphe de similitude de la classe 1.....   | 158 |
| Figure 32: Dendrogramme des contenus d'évocation hiérarchisée des 3 populations confondues. ....   | 162 |
| Figure 33 : Schéma des répartitions des thématiques des groupes. A: points communs aux trois groupes; B:<br>points distinctifs; C: points communs entre deux groupes. .... | 170 |
| Figure 34 : Dendrogrammes du corpus global thématisé.....  | 171 |
| Figure 35 : AFC des variables associées aux classes hiérarchiques.....   | 172 |
| Figure 36 : AFC des thématiques associées aux classes.....   | 173 |
| Figure 37 : Arbre maximum produit à partir de l'analyse de similitude de la question de caractérisation des MK<br>(N=134).....   | 175 |
| Figure 38 : Arbre maximum des Médecins (N=25) .....  | 176 |
| Figure 39 : Arbre maximum des P (N=98) .....   | 177 |
| Figure 40 : CHD des évocations hiérarchisées seules.....   | 199 |
| Figure 41 : Représentation des AFC (thématiques).....  | 200 |
| Figure 42: Représentation des AFC (variables associées).....   | 201 |
| Figure 43: Comparison of cores items (n=14) extracted from the hierarchical Evocations (N=439).....  | 213 |

## Index des tableaux

|   |            |
|---|------------|
| <i>Tableau I : Cadre catégoriel de la théorie des RS (Abric, 2003; Moliner, Abric, 2015).....</i>   | <i>26</i>  |
| <i>Tableau II : Cadre catégoriel de la MK.....</i>  | <i>35</i>  |
| <i>Tableau III : Cadre catégoriel du Soin .....</i>   | <i>55</i>  |
| <i>Tableau IV : Cadre catégoriel des relations MK-P-M.....</i>  | <i>63</i>  |
| <i>Tableau V : Coalitions conservatrices, révolutionnaires et illégitimes dans les triades organisationnelles (Caplow, T. 1984, p73).....</i> | <i>71</i>  |
| <i>Tableau VI : Cadre catégoriel de la Triade .....</i>   | <i>76</i>  |
| <i>Tableau VII : Modalités et formes des Triades .....</i>  | <i>104</i> |
| <i>Tableau VIII : Description des populations d'enquête.....</i>  | <i>106</i> |
| <i>Tableau IX : Thématiques du groupe Patients (proportion de la population qui aborde le thème).....</i>                                     | <i>115</i> |
| <i>Tableau X : Synthèse des thématiques du groupe médecin.....</i>  | <i>120</i> |
| <i>Tableau XI : Synthèse des thématiques du groupe MK.....</i>  | <i>127</i> |
| <i>Tableau XII : Tableau associé aux classes de discours de B. Dolto .....</i>  | <i>152</i> |
| <i>Tableau XIII : grille thématique issue du corpus des évocations hiérarchisées.....</i>   | <i>163</i> |
| <i>Tableau XIV : Résultats de l'analyse prototypique du corpus thématisé des EH des MK .....</i>  | <i>164</i> |
| <i>Tableau XV : Analyse prototypique thématisée de l'EH en condition de substitution endogroupe MK .....</i>                                  | <i>165</i> |
| <i>Tableau XVI : Résultats de l'analyse prototypique du corpus thématisé des EH des M.....</i>  | <i>166</i> |
| <i>Tableau XVII : Analyse prototypique thématisée de l'EH en condition de substitution endogroupe M .....</i>                                 | <i>167</i> |
| <i>Tableau XVIII : Résultats analyse prototypique thématisée des Patients .....</i>   | <i>168</i> |
| <i>Tableau XIX : Analyse prototypique thématisée de l'EH en condition de substitution endogroupe P .....</i>                                  | <i>169</i> |
| <i>Tableau XX : Formes des Triades dans le corpus.....</i>  | <i>180</i> |
| <i>Tableau XXI : Critères associés aux formes des Triades pour les Patients.....</i>  | <i>182</i> |
| <i>Tableau XXII : Critères des Triades dans le discours des Médecins.....</i>   | <i>183</i> |
| <i>Tableau XXIII : Critères des formes de Triades dans le discours des MK.....</i>  | <i>189</i> |
| <i>Tableau XXIV : Synthèse des hypothèses, des méthodes et des résultats des analyses.....</i>  | <i>219</i> |

## **Annexes : Détail des opérations empiriques**

Ces annexes se composent d'éléments de travail bruts, intermédiaires et finaux correspondant à la collecte, à l'analyse des données et aux résultats des entretiens, des questionnaires, de trace littéraire, de définitions de dictionnaire et de littérature académique.

## Annexe 1 : Grille d'analyse préliminaire des entretiens avec le codage visuel des thèmes

|  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| EFFETS DE LA KINESITHERAPIE                        | Physique (mécanique et physiologique)  | Physique Positif-C      |
|  |  | Physique Négatif-D      |
|  | Psychologique  | Psychologique Positif-E |
|  |  | Psychologique Négatif-F |
|  |  | Social-G                |
|  | Ésotérique-H   |                         |
|  | Placebo/Nocébo-I   |                         |
| ATTITUDE A L'EGARD DE LA KINESITHERAPIE            | Attitude Positive-C  |                         |
|  | Attitude Négative-D  |                         |
| CHOIX DU RECOURS A LA KINESITHERAPIE               | Par pathologies-C  |                         |
|  | Par spécialités/ Techniques-D  |                         |
|  | Par praticiens (réseau famille, ami ; caractéristique spécifique du kiné : force, patience...)-E |                         |
|  | Choix Géographique-F   |                         |
|  | Alternatif (au médicament, oriental, exotique, naturel) -G                                       |                         |
|  | le cas social-H  |                         |
|  | Critères d'orientation libéral/institution-I   |                         |
|  | Le choix du patient-J  |                         |
|  | Pour faire plaisir au malade-K   |                         |
| LA DEMARCHE, LE BUT DU RECOURS A LA KINESITHERAPIE | Soigner (care)-C   |                         |
|  | Guérir (cure)-D  |                         |
|  | Prévenir-E   |                         |
|  | Bien-être-F  |                         |
|  | Sociétal (prendre soin de soi) -G  |                         |
|  | Plaisir, aimer se faire masser-H   |                         |
|  | Pour parler-I  |                         |
|  | Ne plus avoir mal-J  |                         |
|  | Inconnu, ne savent pas-K   |                         |
|  | BILAN-L  |                         |
|  | GESTION DU HANDICAP/AUTONOMIE-M  |                         |
| Fonctionnel-N                                      |  |                         |
| REFERENTIEL PROFESSIONNEL                          | Propre aux kinés-C   |                         |
|  | Compétences/avoir faire du kiné-D  |                         |
|  | C'EST DE L'ART-E   |                         |
|  | RELATION MÉDECIN/PATIENT-F   |                         |
|  | LA CONSULTATION MÉDICALE-G   |                         |
|  | LE TOUCHER DANS LA RELATION MÉDECIN/PATIENT-H  |                         |
|  | CRAINTE DE POURSUITE JUDICIAIRE-I  |                         |
|  | Propre aux patients-J  |                         |
|  | Propre aux médecins-K  |                         |
|  | Durée des actes/ rythme-C  |                         |

|                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| Dimension spatio-temporelle         | Temps que ça prend pour le malade-D                             |   |
|                                     | Rentabilité-E   |   |
|                                     | enfermés dans nos petits cabinets-F                             |   |
|                                     | Organisation temporelle des soins -G                            |   |
|                                     | ORGANISATION DU CABINET-H                                       |   |
|                                     |   | Organisation personnelle/qualité de vie personnelle-I |
| PRESCRIRE DE LA KINE C'EST :        | DIFFERENT DE PRESCRIRE DES MEDICAMENT Non-C                     |   |
|                                     | DIFFERENT DE PRESCRIRE DES MEDICAMENT oui-D                     |   |
|                                     | faire une ordonnance-E  |   |
| TRAVAIL D'EQUIPE                    | TRAVAIL D'EQUIPE Oui-C  |   |
|                                     | TRAVAIL D'EQUIPE Non-D  |   |
| DESCRIPTION DE LA RELATION MG/MK*   | DOSSIER INFORMATIQUE-C  |   |
|                                     | Communication Direct-D  |   |
|                                     | Communication Indirecte par l'intermédiaire du patient-E        |   |
|                                     | réunion de service-F  |   |
|                                     | Voie hiérarchique-G   |   |
|                                     | la vision des médecins sur le métier de MK*-H                   |   |
| Dimension relationnel MK* : Patient | Touché  | Intimité, pudeur-C                                    |
|                                     |   | Dégoutant-D   |
|                                     |   | part intuitive-E                                      |
|                                     |   | Contact physique corporel et sensoriel-F              |
|                                     |   | Touché technique-G                                    |
|                                     |   | Contact physique manuel-H                             |
|                                     |   | Fusion, lien FORT-I                                   |
|                                     |   | Adhésion, engagement, confiance-J                     |
|                                     | Communication non verbale (empathie, connaissance de l'autre)-K |   |
|                                     | Déshumanisé, TROP technique-L                                   |   |
|                                     | Ecoute, dialogue, empathie-M                                    |   |
|                                     | « ne me touche pas »-N  |   |
|                                     | Commerciale-O   |   |
|                                     | On s'occupe de moi-P  |   |
|                                     | Fusion, lien fort-Q   |   |
|                                     | Adhésion, engagement, confiance-R                               |   |
|                                     | Communication non verbale-S                                     |   |
|                                     | Barrière personnelle-T  |   |
|                                     | Pudeur, -U  |   |
|                                     | on fait ce qu'il nous demande-V                                 |   |
|                                     | Information/ négociation-W                                      |   |
|                                     | la méthode brise-fer  |   |

## Annexe 2 : Grille d'analyse des entretiens après répartition dans les méta-thématiques

| Thématiques    | Thème  | Sous-thème                                      |
|----------------|--|---|
| Nature du soin | La démarche, le but du recours à la kinésithérapie | Inconnu, ne savent pas                          |
|                | Description de la relation médecin/kiné            | la vision des médecins sur le métier de kiné    |
|                |  | Dossier informatique                            |
|                | Attitude à l'égard de la kinésithérapie            | Attitude Négative                               |
|                | Choix du recours à la kinésithérapie               | Critères d'orientation libéral/institution      |
|                |  | Par pathologies                                 |
|                |  | Par spécialités/ Techniques                     |
|                |  | Par praticiens                                  |
|                |  | Choix géographique                              |
|                | Dimension relationnelle kiné/patient               | Toucher- Touché technique                       |
|                |  | Toucher- Contact physique manuel                |
|                |  | Toucher- Contact physique corporel et sensoriel |
|                |  | « ne me touche pas »                            |
|                |  | Adhésion, engagement, confiance                 |
| Pudeur         |  |   |



|                                       |                                |   |                         |
|---------------------------------------|--------------------------------|---|-------------------------|
|                                       | Prescrire de la kiné c est ... | Comme prescrire des médicaments                         |                         |
|                                       |                                | Différent de prescrire des médicaments                  |                         |
|                                       |                                | faire une ordonnance                                    |                         |
|                                       | Référentiel professionnel      | La consultation médicale                                |                         |
|                                       | Dimension spatio-temporelle    | Durée des actes/ rythme                                 |                         |
|                                       |                                | Organisation du cabinet                                 |                         |
|                                       |                                | Organisation personnelle/qualité de vie personnelle     |                         |
|                                       |                                | Organisation temporelle des soins                       |                         |
|                                       | Sens du soin                   | La démarche, le but du recours à la kinésithérapie      | Bien-être               |
|                                       |                                |   | Prévenir                |
| Guérir (cure)-                        |                                |   |                         |
| Soigner (care)                        |                                |   |                         |
| Sociétal (prendre soin de soi)-       |                                |   |                         |
| Pour parler                           |                                |   |                         |
| Choix du recours à la kinésithérapie- |                                | Alternatif (au médicament, oriental, exotique, naturel) |                         |
|                                       |                                | le cas social   |                         |
|                                       |                                | Pour faire plaisir au malade                            |                         |
| Processus                             |                                | Dimension relationnelle kiné / patient                  | Toucher- part intuitive |
|                                       |                                |   | Commerciale             |
|                                       |                                |   | On s'occupe de moi      |

|  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
|  |  | on fait ce qu'il nous demande     |
|  |  | Information/ négociation          |
|  | Choix du recours à la kinésithérapie               | Le choix du patient               |
|  | Référentiel professionnel                          | Propre aux kinés                  |
|  |  | Compétence/savoir-faire du kiné   |
|  |  | C'est de l'art                    |
|  |  | Relation médecin/patient          |
|  |  | Crainte de poursuite judiciaire   |
|  |  | Propre aux patients               |
|  |  | Propre aux médecins               |
|  | La démarche, le but du recours à la kinésithérapie | Bilan                             |
|  | Travail d'équipe                                   | Travail d'équipe : oui            |
|  | Description de la relation médecin / kiné          | Communication directe             |
|  |  | Communication indirecte           |
|  |  | Voie hiérarchique                 |
|  |  | Évaluation                        |
|  | Effets de la kinésithérapie                        | Placebo/Nocébo                    |
|  |  | Ésotérique                        |
|  | Dimension spatio-temporelle                        | Temps que ça prend pour le malade |
|  |  | Rentabilité                       |
|  |  | Enfermés dans nos petits cabinets |

|                  |               |  |  |
|------------------|---------------|--|--|
| Effets des soins | Somatique     | La démarche, le but du recours à la kinésithérapie | Fonctionnel  |
|                  |               |  | Ne plus avoir mal  |
|                  |               | Effets de la kinésithérapie                        | Physique Positif   |
|                  |               |  | Physique Négatif   |
|                  | Psychologique | Dimension relationnelle kiné / patient             | la méthode brise-fer   |
|                  |               |  | Toucher- Dégoûtant   |
|                  |               |  | Toucher- Intimité, pudeur  |
|                  |               | La démarche, le but du recours à la kinésithérapie | Plaisir, aimer se faire masser   |
|                  |               | Attitude à l'égard de la kinésithérapie            | Attitude positive  |
|                  |               | Effets de la kinésithérapie                        | Psychologique Négatif  |
|                  |               |  | Psychologique Positif  |
|                  | Relationnel   | Dimension relationnelle kiné/patient               | Déshumanisé  |
|                  |               |  | Toucher- Communication non verbale (empathie, connaissance de l'autre) |
|                  |               |  | Toucher- Adhésion, engagement, confiance                               |
|                  |               |  | Toucher- Fusion, lien fort   |

---

|  |        |   |                               |
|--|--------|---|-------------------------------|
|  |        |   | Ecoute, dialogue, empathie    |
|  |        |   | Fusion, lien fort             |
|  | Social | La démarche, le but du recours<br>à la kinésithérapie | Gestion du handicap/autonomie |
|  |        | Effets de la kinésithérapie                           | Social                        |

**Annexe 3 : Entretien n°17 brut.**

**Dans le verbatim la grammaire issue du langage oral est conservée ; le texte en majuscule correspond aux discours de l'interviewer et celui en minuscule de l'interviewé.**

ALORS LA QUESTION C'EST QU'EST-CE QUE C'EST POUR VOUS LA KINESITHGERAPIE ?

Qu'est-ce que c'est pour moi dans le sens du travail en lui-même

COMME VOUS VOULEZ, CE QUE VOUS VOULEZ ME DIRE SUR LA KINESITHERAPIE

D'accord, ben à la base pour moi c'est un travail heu, vraiment, enfin, pour moi c'est pratiquer le coté médical des choses mais de façon très pratique d'être très en contact avec les patients. C'est, heu, pour moi c'est, heu, voilà ; en fait c'est soigner les gens mais vraiment au plus proche , avoir ,heu, limite des liens assez intimes en fait avec les patients ; donc voilà c'est soigner en étant au plus proche de la personne , en ayant vraiment un contact qui soit vraiment réel avec les gens, en fait, heu, après je pense que c'est lié aussi au fait de travailler ici à [REDACTED] où y, heu, enfin ça fait déjà deux ans et demi et du coup c'est vrai qu'on a beaucoup de, on crée un lien assez fort avec les patients , on les voit régulièrement, on est, donc, heu ; ouai, pour moi vraiment c'est ça , c'est vraiment soigner avec heu, soigner les gens, les aider , les soutenir , voilà, mais en étant très très proche d'eux ; on a un contact qui est physique mais , heu mais heu, humain, voilà pour moi c'est ça.

L'HUMAIN ET LE PHYSIQUE VOUS AVEZ DIT ?

C'est-à-dire que c'est physique dans le sens ou on voit souvent le kiné qui masse, qui touche, on est vraiment dans le contact physique, du contact physique y a beaucoup de , y a un rapprochement qui est très, heu, psychologiquement aussi, enfin on est très proche des patients parce que les patients nous confient énormément de choses qui , limite personne d'autre ne sait parce que oui y a ce contact qui est physique mais aussi cet espèce de bulle d'intimité qu'on crée avec le patient qui fait qu'on est très proches aussi psychologiquement du patient ; donc

voilà c'est vraiment, comme je dis voilà c'est vraiment un métier de contact et voilà c'est un métier de contact mais on est vraiment très très proche au-delà du physique parce que souvent les gens disent « ha, vous massez des gens, vous, heu » mais on fait pas que ça parce que on est vraiment là pour la personne, on, c'est ce que je trouve dommage c'est qu'y a plein de gens qui voient que ce côté de caresse, pas de caresse, de massage, de toucher, de chose comme ça et en fait on dit oui, oui mais on leur apporte aussi beaucoup plus, on gagne des choses avec eux, on va chercher, heu, en terme de rééducation y a pas beaucoup de personnes qui en parlent mais on dit mais si dans la rééducation on est très très proche parce que ici par exemple on me dit « mais qu'est-ce que tu leur fait alors à tes patients ? Puisqu'ici ils sont pas » ha, ben on les fait gagner en autonomie, on les fait, heu, c'est la vie de la personne qui est bousculée et nous on est là pour les aider à progresser dans leur vie, donc psychologiquement c'est fort aussi, donc y a le physique mais y a le psychologique aussi qui est fort je trouve. Donc c'est vraiment un ensemble comme ça mais c'est vraiment être au contact de plus proche, c'est vraiment ce qui a de plus, heu, je trouve en terme médical d'être aussi proche d'un patient c'est heu, voilà. C'est tout.

C'EST TOUT ?

Heu, ouai non mais en fait voilà, ben c'est globalement pour moi c'est ça après je saurais pas dire

PAR EXEMPLE VOUS POUVEZ, EST-CE QUE VOUS POUVEZ DEVELOPPER HEU CE QUE C'EST POUR VOUS LA BULLE D'INTIMITE ?

Ben en fait c'est heu, ha, c'est pas, fait pas comment, je pense pas que ce soit heu, c'est pas non plus, c'est pas une intimité très ferme c'est une relation qui reste quand même très professionnelle hein, c'est-à-dire que on reste dans le cadre patient soignant mais par contre on a le patient, le fait que on apprend beaucoup de chose sur lui du coup il sait qu'on sait plein de chose sur lui, donc du coup il est plus à même des fois de nous dire des choses qu'il oserait pas

peut être dire , heu, a d'autre personnes ce qui fait que voilà on a ce lien qui reste quand même particulier, c'est pas un lien , heu, alors je sais pas si c'est lié à tous les kinés, hein, parce que peut être que c'est moi qui suis plus comme qui ai peut-être tendance à parler beaucoup aussi, du coup on discute beaucoup avec les patients des choses comme ça enfin je pense que ça dépend des caractères des gens mais , heu, y a ce lien quand même qu'un patient avec son kiné en tout cas dans un centre comme celui-ci, peut-être, je dirais peut-être pas partout pareil parce que en libéral je pense pas qu'on crée les mêmes liens comme dans d'autres ; mais dans un centre comme celui-ci où ce que vit un patient ici c'est très très difficile parce que c'est un bouleversement de sa vie et c'est vrai que nous on arrive, heu, on les voit régulièrement, on apprend des choses sur eux, des choses qui sont vraiment, qui peuvent aller dans l'ordre de l'intime mais ils savent qu'on est au courant de ça et du coup ils , ils ont peut-être moins de genre à venir nous parler ou à nous dire des choses qu'ils oseraient peut être pas dire a d'autre personne et peut être même voir des personnes , des intenses qui sont là pour ça , je parle d'un point de vu peut être psychologique , y a des fois de patients qui nous disent des choses psychologiquement, heu, limite très dure à entendre en tant que kiné , c'est dure à entendre , mais des choses qu'ils nous disent mais que peut être même la psychologue qui est là pour ça et qui est là pour entendre ce genre de chose, n'aura jamais, enfin,

VOUS AVEZ UN EXEMPLE ?

Heu, ha si quand même, heu u a pas si longtemps que ça j'ai quand même une patiente qui m'a dit une fois , y a pas si longtemps , y a peut-être un moi de ça, a peu près, qui m'a dit , euh bon qu'elle avait réfléchi un petit peu et qu'elle se disait ; alors c'est une jeune patiente, tétraplégique, et qui m'a dit, « ben, tu sais moi je vois le médecin , heu, pour eux ils pensent qu'il nous sauvent , hein, mais en fait ils nous privent de notre mort » donc c'est des choses qui sont quand même des choses qu'on ne dit pas à tout le monde

OUI

C'est particulier comme information je trouve et heu, c'est vrai que je pense, enfin, c'est quelque chose qu'elle a jamais dit à, c'est à moi qu'elle le dit ça . C'est-à-dire qu'elle l'a pas partagé avec d'autres , elle l'a pas partagé avec, heu, sa famille , je pense que sa famille n'a jamais entendu ça, heu, elle l'a pas partagé avec d'autres soignants mais à moi elle se sent quand même à même de pouvoir me le dire, donc c'est des choses qui rentre un petit peu , heu qui sont particulière quand même en fait. Et c'est vrai que la psychologue en question qui est là pour suivre le truc, n'avait jamais entendu ce type de discours de la part de cette patiente,

VOUS EN AVEZ DISCUTÉ AVEC ELLE, AVEC LA PSYCHOLOGUE ?

Voilà, c'est-à-dire que quand ce , des choses comme ça apparaissent, mon ben , oui il faut quand même un peu en discuter , en faire remonter quand même ce type d'informations, après voilà ça c'est juste une chose parmi tant d'autres c'est parce que la phrase elle était tellement bien formulée qu'elle m'est restée en tête , mais après c'est vrai qui a plein d'autres petites choses ; j'ai un jeune patient qui a dix-neuf ans, par exemple , et qui pareil , lors de la rééducation on partage beaucoup de temps parce que voilà les rééducations on les fait le matin et l'après-midi donc c'est assez soutenu quand même en termes de séances de temps, avec le patient et ce petit jeune qui pour lui, il tient un discours, que pareil je ne pense pas que que, qui ai beaucoup de personnes qui soient au courant, mais son discours c'est de dire « mais écoute moi ma vie, heu, je pense que c'est fini, heu, j'aurais pas de copine, heu, j'aurais , jamais je pourrais envisager d'avoir une personne comme je l'avais imaginé , une personne, heu, qui soit belle intelligente, tout, ouais je vais me contenter de ce qui arrivera » ; c'est , ben, c'est un , voilà c'est un peu brut, mais , enfin c'est quelque chose qui, c'est quelque chose quand même de me dire et que c'est des choses qu'il dit pas à d'autres en fait , qu'il discute pas avec d'autre, c'est pour ça que je dis qui a quand même , heu, un lien qui est créé et de partage qui peut être autre aussi, hein, ça peut-être du positif aussi, c'est pas que du négatif comme ça ; c'est aussi du positif, des choses que, et voilà , heu, c'est vraiment je pense qu'on est vraiment dans un contact , heu, c'est



pour ça que je parle de limite un peu , une bulle d'intimité, mais c'est pas vraiment un truc fermé, ou on est là ; non, non, non, c'est pas , ça reste quand même dans un une, dans un cadre professionnel, et ça je pense que nous, on le vit comme tel et on sait ; parce que je , si , enfin dans un sens si il faut qu'on soit tout le temps dans l'empathie pour faire, enfin il faut être dans l'empathie, mais si on est tout le temps à se mettre à la place des patients ou à vivre ce qu'ils vivent avec autant d'intensité ben c'est sûr qu'on va pas, heu, il faut qu'on ait quand même un certain recul vis-à-vis des choses, et qu'on garde notre œil professionnel , parce que sinon c'est sûr que, heu,

ET COMMENT ÇA SE MANIFESTE CE REcul ? COMMENT VOUS LE ?

Ha, heu, en fait, heu, le recul en lui-même il est pas, heu, c'est-à-dire qu'automatiquement on sait, c'est bizarre à dire, mais c'est vrai qu'une fois qu'on met la blouse, heu, qu'on s'habille, et tout qu'on se prépare à aller travailler

OUI

Et on sait qu'on travaille en fait, on sait qu'on est quand même, alors oui, on sait qu'on est en contact des gens et c'est tellement plus facile d'être en contact des gens ; enfin je pense que ça dépend des gens, mais pour moi, enfin je trouve que c'est assez facile de discuter de parler, de, mais tout en sachant quand même que ça reste de l'ordre du professionnel, c'est mon métier que je fais et j'avouerais que ben oui, une fois que j'enlève ma blouse et que je rentre chez moi, je reste pas forcément à ressasser , heu, le cas des patients ou ce qu'ils vivent ; parce que ici ils vivent vraiment des choses très dures, mais je reste pas à ressasser tout ça ou à me dire ou même durant la journée , c'est-à-dire que j'essaie d'être la plus naturelle avec les patients sans avoir à ressasser forcément ce qu'ils vivent comme pourrait peut-être le faire quelqu'un de leur famille ou quelqu'un de leurs amis ou, voilà ! on sait qu'on est pas, on est pas dans ce cadre-là, y a quand même un cadre qui est là et qui est fixé, mais qui fait que oui c'est cadre ben je pense que dès qu'on est en contact avec des gens , obligé qu'on soit un petit peu , heu, on aura

forcément un peu plus d'affinité avec certains ou d'autre, qu'on créera un peu plus de liens avec certains autres, mais toujours en restant quand même professionnel, on sachant que bon, ben , c'est notre métier et je pense que les patients eux aussi ils sont pas si dupes que ça parce que y a des fois , il te ont, ils font des réflexions du genre « oui, mais oui, mais toi t'es quand même payée pour ça », ou , heu pour certaines choses donc , enfin, je pense qu'ils sont pas dupes non plus, enfin ils se disent pas « je faire de mon kiné mon ami » ou c'est pas un lien qui se crée automatiquement je pense , parce que on se côtoient beaucoup ; ils sont enfermés dans le centre , bon, nous voient énormément , après plus ou moins avec certaines personnes on a plus de liens que d'autres , ben après c'est , je pense qu'on reste quand même dans des cadres , heu

ÇA DEVIENT PAS UNE RELATION AMICALE ?

Ça peut devenir une relation qui peut être amicale, oui, mais qui tend, je parle dans mon cas, c'est-à-dire que tant que cette personne est dans le centre de rééducation, heu, c'est pour moi il est encore vu comme patient ; c'est-à-dire que je ne le vois pas comme forcément un ami, ou une amie, ça reste un patient, c'est mon patient ; on m'a dit qu'il faut pas dire mon patient, mais je dis oui j'y tiens, c'est mon patient, c'est le mien quand même ; mais après, heu,

POURQUOI IL FAUT PAS DIRE « MON PATIENT » ? « MON » ?

Parce que, enfin je pense que c'est pas, parce que dans un sens il nous appartient pas ;

D'ACCORD

Ouais, je pense que dans un sens il nous appartient pas, c'est un patient de [REDACTED],

POURQUOI VOUS DITES IL FAUT PAS, ÇA VIENT DE QUI CETTE ?

Non je pense pas qui, on va pas non plus nous saquer pour ça, mais c'est vrai que on m'a déjà fait la réflexion ; ben oui , je dis oui, non, mais c'est mon patient , ou c'est mon stagiaire, on me dit « non, non, non, c'est un stagiaire, c'est un patient, il faut quand même c'est pas ton patient monsieur », je pense que c'est pas , heu, c'est parce qu'on m'a déjà fait la réflexion que

je dis, mais après je saurais pas vous dire exactement si y a un truc particulier . Je comprends l'idée de , heu,

C'EST HIÉRARCHIQUE COMME, HEU, C'EST QUELQU'UN DE L'ÉQUIPE ?

Ha c'est quelqu'un de l'équipe, heu, voilà, non, non, c'est pas arrêté avec ton patient, c'est un patient et heu, bon ok bon, mais j'aime bien dire quand même que oui, ben c'est moi qui m'en occupe donc oui ça reste e mon patient ; heu, et sinon c'est vrai que ben, oui, moi je vais pas m'en cacher y a des patients qui en dehors, une fois qu'ils sortent de [REDACTED] et qui , et ben oui je continu a avoir des contacts ou ils me disent un peu comment est-ce qu'ils vont ; mais je peux pas dire, enfin, c'est plus je prends des nouvelles , pour savoir un petit peu comment quelle est l'évolution du la situation comment ça se passe parce que après c'est vrai que quand ils sortent du centre c'est, mais c'est vrai que je les vois un peu moins comme mes patients c'est-à-dire que du coup je prends pas des nouvelles de tout le monde y a juste que quelques-uns avec qui j'ai eu un bon contact et avec qui éventuellement je vais rester , heu, ben, je vais peut-être garder le contact, savoir comment est-ce qu'ils vont parce que c'est des gens qui peuvent habiter très loin d'ici qui , heu, donc, du coup voilà ; mais c'est vrai que je peux pas dire que oui y a une relation amicale, c'est peut-être pas amical, pour moi c'est peut-être un peu même trop fort, parce que c'est pas des amis ça reste des patients , après c'est un lien qui peut être proche parce que on a un lien qui est cordial, ouai, qui est amical, qui heu, mais je peux pas dire que mon patient soit mon ami en tout cas pas , moi après ouai, voilà c'est plus mon ressenti à moi, je pense que encore une fois ça dépend de chacun ; mais moi c'est vrai que temps que le patient est encore dans le centre ou je travaille pour lui, dans un sens , ben, pour moi c'est mon patient et je travaille pour lui ; et oui je peut-être , enfin, globalement j'essaie d'être sympathique avec tous les patients, mais après ça peut varier heu, ça peut varier, quoi, enfin

D'ACCORD EST-CE QUE VOUS POUVEZ M'EXPLIQUER DANS QUEL CONTEXTE SE CRÉE CETTE BULLE D'INTIMITÉ DONT ON A PARLÉ TOUT À L'HEURE ? JE REVIENS LÀ-DESSUS UNE DERNIÈRE FOIS.

Dans quel contexte dans quel sens ?

HEU , EST-CE QUE C'EST PARCE QUE LA JE VOIS VOUS AVEZ UNE SALLE DE TRAVAIL OU VOUS ÊTES NOMBREUX À TRAVAILLER EN TANT QUE KINÉ APPAREMMENT , EST-CE QUE C'EST PAR EXEMPLE ICI QUE , LE GENRE DE PROPOS DONT ON VOUS A PARLÉ ?

Ben en fait c'est la tenue, ça peut être ici, enfin la plupart des propos c'est plutôt ici, parce que c'est vrai au tout début quand on connaît le patient et où il arrive et qu'on le voit exclusivement en chambre au début ;

OUI

Y a pas vraiment de , c'est-à-dire c'est vraiment le début du , c'est les premiers contact donc on a pas trop de liens réellement, avec le patient et puis le, c'est le temps qu'il s'habitue aussi au centre, qu'il s'habitue ; enfin il faut quand même qui ai certain temps qui ; c'est à dire que les patients ils restent quasiment, il faut compter ici, six mois à un an quand même ; donc c'est , on les a sur une longue période et ils sont ici avant quatre cinq mois ils sortent pas du tout du centre, donc c'est vrai qu'ils sont ici , avec nous, on les voit quotidiennement, et donc c'est petit à petit que oui un lien va se former plus ou moins et que oui, on va échanger plus , on va échanger plus ou moins ; parce qu'après on travaille avec eux, on travaille sur des plans sur des choses comme ça, on travail quasiment en tête à tête avec le patient et c'est vrai bon y a des choses, bon quand il fait de la muscu, des choses on va pas rester là à discuter, pendant qu'il fait de la muscu, mais c'est vrai que ça peut nous arriver d'être sur le plan de travailler certains choses et oui , bon ben le patient bon , ben il est au calme , il est là donc ben oui on est là donc on peut discuter un petit peu ; pareil on a des moments d'échange comme ça avec et oui il peut

se créer des liens ; c'est pour ça que je dis , ben , au final même si on est dans une salle ou y a du monde on est quand même en tête à tête avec le patient c'est-à-dire que on est pas non plus enfermés dans une pièce sombre à discuter, non, non, non. On est quand même la on discute et puis voilà, le ; enfin, voilà l'idée quand j'ai dit cette espèce de bulle d'intimité c'est quand même qu'on a ; je pense qu'en termes de ; alors peut être ici, peut être pas partout, on a quand même un lien particulier avec le patient, c'est-à-dire que le patient il sait reconnaître son kiné , après tout comme je pense que les aides-soignants aussi on des liens particuliers avec certains patients , avec d'autres plus ou moins et tout puis que tout dépend de la profession et de ce qu'on fait avec , chaque patient ; mais c'est vrai que , heu, l'intimité dont je parle c'est pas une intimité , heu, c'est pas forcément une intimité ni profonde ni rien , on va pas forcément rentrer dans , dans, dans la vie, dans les détails de vie du patient on va pas tout savoir de sa vie forcément , on sait , on a certaines informations quand il arrive, ce qu'il a vécu et tout et puis petit à petit , y a forcément un contact qui se crée et en fonction, avec certains avec qui on va discuter, on va parler ; on va se connaître progressivement, et puis on va se connaître plus ou moins , heu, intimement en fonction des patients et en fonction de leurs caractères aussi , en fonction de notre caractère , enfin, je pense que et c'est vrai que, mais le lien qu'on a quand même ; qu'un kiné a avec son patient ici est quand même assez fort, c'est-à-dire que le patient, je pense , et même nous je pense qu'on est assez attaché , même les patients difficile, hein, c'est-à-dire que même les patients qui sont assez difficile, qui sont coriace, même des fois, heu, qui ont des caractères, heu, dur

#### EXPLIQUEZ-MOI CE QUE C'EST QU'UN PATIENT DIFFICILE OU CORIACE

Après on comprend la difficulté de ce qu'ils vivent et des épreuves qu'ils vivent, enfin on peut qu'imaginer, on peut pas se mettre à la place du patient on peut qu'imaginer parce qu'ici on a que des tétraplégiques ou des paraplégiques, mais c'est vrai qu'on, après ça dépend du caractère de chacun, mais y a des patients qui sont durs quand même dans leurs propos dans, et qui enfin,

y a des patients qui sont difficiles à gérer qui, heu, soit parce qu'ils vivent la chose difficilement psychologiquement alors du coup ils, alors oui, ça peut arriver qui ait des patients ou, qui soit voilà, qui d'un coup s'énervent heu, crient ou alors qui tiennent des propos assez, heu, assez dure vis-à-vis de certains collègues, vis-à-vis de certaines personnes donc c'est vrai que, par exemple ça peut être, heu, moi j'ai eu un patient par exemple qui très vite si on s'occupe pas très vite de lui, c'est-à-dire qui comprenait pas qu'on avait d'autres patients en charge ça heu, c'est un cas assez récent qui ne comprenait pas ça qui avait d'autres patients qui fallait peut-être patienter cinq minutes ou dix minutes le temps qu'on vienne qu'on voit et du coup qui s'énervait très vite qui criait dans la salle, heu, qui disait que oui qu'on s'occupait pas de lui, qu'on en avait rien à fiche de lui, que il était là et puis, mais c'était vraiment par période donc, je pense, qui a eu des moments où il avait un morale un peut à plat et à ces moments-là, ben oui ,ben il était assez dur dans ces propos, mais bon c'est vrai que c'était dure à gérer quand même parce qu'il fallait savoir le calmer ,heu, savoir nous ne pas nous énerver, parce que il pouvait rester là, partir, revenir, heu, crier encore dans la salle, partir, revenir crier dans la salle, enfin, rester zen, malgré ça

## ET L'ÉQUIPE ?

Heu au-delà de l'équipe, moi surtout parce que c'est moi qui prenais énormément de ce patient qui venait me dire « oui tu vois tu t'occupes beaucoup de lui, tu t'occupes pas de moi, et tu vois tu t'occupes beaucoup de lui » il partait il revenait, savoir lui dire « écoute il faut que tu te calmes , heu, je m'occupe pas plus de lui que de toi, la en ce moment en tout cas je travaille avec lui, si tu veux après on en reparle » ; mais qui revenait quand même et enfin ne pas s'énerver nous contre, heu ; et je dis que même des patients comme ça qui sont difficiles aussi à gérer parce que bon il faut savoir un peut y faire et être un peu patient aussi, du coup, heu même avec ce type de patients ben, on , bizarrement , en tout cas moi, enfin même lui je me suis un peu attaché à lui, malgré la difficulté de gérer le patient parce que ; après dans un sens

moi je , enfin, moi, je peux pas lui en vouloir d'être comme ça parce que je me dis vue ce qu'il vit la difficulté, enfin, j'arrive pas à en vouloir au patient d'être des fois difficiles et j'ai eu d'autres patients , oui qui était à leur propos qui disaient « à non, mais c'est pas comme si qui faut faire , à vous faite mal », heu pour des choses ,heu, voilà des choses très bêtes, mais euh qui disent « à non , ha non non non, c'est pas comme ça que j'ai vu » , heu, à un point que moi j'ai une de mes remplaçantes qui en a pleuré , donc heu, donc c'était vraiment quelqu'un qui ,heu, limite, voilà, pour moi c'était quelqu'un qui était méchant dans ces propos dans sa façon de faire , mais en même temps je me dis vue ça situation des fois, est-ce que je peux lui en vouloir d'être méchant ou de pas être forcément comme nous on aurait souhaité qu'il soit , ben non donc, moi j'y arrive ; peut-être c'est mon caractère, aussi je passe assez rapidement je m'attarde pas trop sur heu, et même ce type de patients , encore une fois, je dis oui, enfin j'aurais peut-être pas de contacte après avec lui, mais je reste quand même, je me dis ben « oui c'est mon patient » et je m'y attache un petit peu et ça m'empêche pas de faire mon travail comme je dois le faire de m'impliquer autant dans sa rééducation que dans la rééducation de quelqu'un d'autre ou d'un patient que j'apprécie , enfin voilà, enfin je m'implique de la même façon , il me semble que je m'implique de la même façon quel que soit le caractère et je pense que oui, on s'attache à ce type de patients aussi ; parce que ben après ça va nous faire évoluer un petit peu en y repensant , peut-être sur le coup on rigole pas beaucoup, hein, mais après on en rigole quand même en se disant ben , « et oui, on a des cas comme ça » .

#### DONC C'EST IMPORTANT DE S'IMPLIQUER ?

Heu, je pense qu'il faut s'impliquer parce qu'on est dans la vie de la personne, donc pour moi oui, c'est important, parce que c'est, on a pas un métier, heu, notre implication , enfin de notre implication va dépendre la vie que la personne va mener, en tout cas , enfin , encore une fois je parle de ■■■■■, nous , l'intervention qu'on fait c'est vrai de les rendre les plus autonomes possible c'est dire que quel que soit leurs , hue, on part de leurs capacités qu'ils ont , donc

paraplégique ou tétraplégiques, ou heu, et quelques soit le niveau de tétraplégie, paraplégie, et on va toujours chercher à les rendre le plus autonomes possible, donc si on , c'est vrai que je pense que si on s'implique pas beaucoup , ou que bon, on se , on peut pas se contenter de faire une rééducation basique et classique , chaque cas est différent , chaque patient est différents, donc on peut pas faire quelque chose de classique, on peut pas se dire, ben, pour un paraplégique c'est ça la rééducation et je me contente de lui faire ça, ça, ça et puis je le regarde faire ; non on est obligé de réfléchir à chaque fois pour , pour chaque patient différent, ils ont des capacités différentes, alors oui, y aura peut-être deux tétraplégiques de même niveau, mais qui auront pas les mêmes facultés parce que ben ils ont pas la même morphologie , ils ont pas le même mental, ils ont pas tout ça qui fait que bon ben ils arriveront pas forcément à la même , heu autonomie donc ça nous demande quand même oui, de nous implique de savoir qu'est-ce qu'on va leur proposer, comment on va essayer de les rendre les plus autonomes pour que oui, dans leurs vie future et oui c'est la vie , c'est, au stade ou ils arrivent , parce que y a plus trop, enfin on peut pas dire que ce soit vital, mais c'est quand même, on essaie quand même de les rendre les plus , leur vie la plus, heu, agréable qu'elle soit quand même malgré l'état quand laquelle ils arrivent en fait ; enfin, malgré ce qu'il leur arrive malgré le, heu, malgré le, enfin on sait que leurs avens est difficiles, que ben oui ce sera toujours plus compliqué, hein, c'est toujours plus compliqué d'être en fauteuil que, mais on sait que ça va être plus difficile, mais malgré ça on reste assez optimiste là-dessus et on dit « mais si ne t'inquiète pas, heu, t'arriveras quand même à », on reste toujours sur le positif ; « t'arriveras quand même à faire beaucoup de choses, même si t'es comme ça , on essaiera de te faire faire le maximum de choses pour que tu puisses te débrouiller par toi-même » ; donc , heu, voilà, enfin, je pense que oui l'implication elle est là, hein, on est obligé de s'impliquer, ben après peut-être pas une implication non plus trop émotionnelle pour qu'on soit là au bord des larmes tout le temps, heu, avec le patient parce qu'au contraire on est là pour positiver un petit peu lui dire ben écoutes « oui, c'est , on peut



pas comprendre, pas se mettre à ta place, parce qu'on y est pas , mais par contre on peut te dire que oui enfin logiquement tu es censé pouvoir faire ci, ça, ça, ça » et puis bon après y a certains patients ils ont vraiment très très peu de capacités, mais même à ce stade-là essayer de trouver le matériel qui sera le plus adapté possible pour le patient pour qu'il soit au mieux dans sa vie, donc, heu, l'implication elle est là forcément ; oui.

EST-CE QU'ON A ENCORE UN PETIT PEU DE TEMPS, ÇA VA ALLER ?

Oui ça va aller,

ALORS JE VOUDRAIS , HEU, SAVOIR UN PETIT PEU CE QUE VOUS ENTENDEZ PAR, HEU , ÉVALUATION , VOUS M'AVEZ PARLÉ D'UNE ÉVALUATION, DU CARACTÈRE ? DE CE QU'ILS PEUVENT FAIRE. QU'EST-CE QUE

c'est-à-dire qu'en fait on fait, à l'arrivée du patient, on fait des bilans, des bilans kiné donc c'est un peu nous qui sommes chargés de suivre l'évolution des différents muscles du patient , par exemple ; donc on fait un bilan qui est de l'ordre, heu, c'est très analytique nous ce qu'on fait comparativement aux ergo, donc on fait beaucoup de bilans musculaires heu, de bilans articulaires, de bilan de sensibilité, on évalue un petit peu tout ça , on quantifie tout ça, pour pouvoir après en cours de rééducation voire si y a une amélioration ou pas ; ce qui est important pour le médecin c'est de savoir si y a une amélioration ou pas et de suivre si y a des limitations qui apparaissent ou pas, et en fonction de ça , donc ça nous permet d'avoir une idée des capacités du patient, donc au niveau musculaire parce qu'en fonction , parce qu'on sait qu'en fonction de certains muscles le patient pourra plus ou moins faire certaines choses, si des muscles sont présents ben ça permettra de faire certaines choses, il pourra se débrouiller sur certains domaines de sa vie dans sa toilette, dans son habillage, heu, pour ces transferts, pour des choses comme ça, et heu, pour d'autres patients, ben, enfin ça nous permet d'évaluer ça, donc on fait de l'analytique pour voir voire si d'un point de vue fonctionnel le patient pourra se débrouiller après, donc cette évaluation on la fait assez régulièrement , au moins trois, heu, au moins trois

fois dans le séjour du patient, au minimum trois fois, c'est à dire , un bilan d'enté, un bilan intermédiaire , un bilan de sorti ; et ça peut se renouveler si on constate peut être des améliorations ou peut être des régressions aussi ça peut arriver qui ai des régressions donc on renouvela en fonction des besoins du patient, mais , heu, voilà ça nous permettra de voir les capacités de bases quand le patient arrive au centre , il a ça comme capacités, et en fonction de ça on se met des objectifs ça nous permet d'élaborer des objectifs de rééducation , donc sur du court terme, hei, au début, mais aussi sur du long terme, et heu, voilà, et pareil à chaque bilan et à chaque évaluation on essaie de de refaire un point pour voire est-ce qu'on va atteindre ces objectifs-là ? Ou alors il faut les revoir à la baisse ou peut-être à la hausse, en fonction des patients, et heu, voilà ; donc c'est un peu , puis c'est un peu , c'est un travail de collaboration avec les ergos, aussi, beaucoup parce que les ergo elles sont un petit peu plus dans le fonctionnel , c'est-à-dire qu'elles vont plus parler, quand nous on va parler d'un muscle présent, elles vont parler d'une pince par exemple, heu quand nous on va parler de notre patient il peut tendre le bras, il peut faire si il peut lever le corps, elle dira ha bon ben oui il sera capable de faire sont transfert , elles vont plus parler en termes de fonctionnel et nous un petit peu plus d'analytique, enfin pas voilà, plus de au niveau musculaire des choses qui sont présentées ou pas , voilà ; et c'est sur ça qu'on va travailler, on va élaborer, on a une rééducation classique de base, on sait que bon , ben il faudra renforcer ci, travailler sur ça , travailler sur ça et après on est , on adapte par rapport au patient ; voilà ;

**ET VOUS TRANSMETTEZ, VOUS AVEZ PARLÉ DU MÉDECIN, QUE LE MÉDECIN**

Si ben on travaille tous , ben c'est vraiment un travail d'équipe, c'est-à-dire on discute aussi avec les infirmiers et les aides-soignants parce qu'il faut qu'ils soient aussi au courant des capacités du patient pour eux en chambre être à même de , d'être le plus proche possible des besoins du patient et le médecin il a un retour forcément de, dès qu'on fait un bilan dès qu'on a quelque chose qui évolue , dès qu'on veut passer à une étape supérieure, on a des comptes à

rendre , voilà il faut qu'on le tienne au courant de l'évolution du patient , de du bilan d'entré déjà de notre , de nos objectifs de se qu'on estime pouvoir faire avec et progressivement en cours de rééducation ben , on fait des points assez régulièrement pour voir un petit peu, heu, ou on en est en fait dans la rééducation. Voilà.

EST-CE QUE Y A UNE SITUATION RETOUR, C'EST A DIRE, ENFIN, C'EST UN ÉCHANGE OU C'EST ,HEU, C'EST VOUS C'EST TOUJOURS LE KINE QUI DONNE DES INFORMATIONS SUR LE

Non, enfin c'est-à-dire qu'y a un échange parce que on dopant beaucoup quand même des prescriptions médicales c'est-à-dire qu'on intervient pas seul comme ça , on peut pas débarquer dans la chambre du patient et dire ben, aujourd'hui moi je vais faire si, non ; comme on travaille sur prescription médicale, c'est vrai que les médecins ici ont tendance à bien nous prescrire les choses qu'ils demandent et qu'ils souhaitent ; en sachant que vraiment c'est un échange c'est-à-dire que si on dit des fois, bon ben écoutez-vous avez demandé ça, mais à mon avis le patient il ne pourra pas le faire ou il est pas à même ou alors vous avez demandé ça, mais franchement le patient il peut faire beaucoup plus, donc y a vraiment un échange, mais c'est vrai qu'on travail sur la prescription du médecin et donc quand on donne , heu, l'évolution en discutant un petit peu de l'évolution du patient des choses comme ça , c'est vrai que le médecin il peut nous dire, il nous donne sont avis aussi ; c'est-à-dire que lui aussi il a des informations a nous donner là-dessus , c'est-à-dire qu'y a des choses que nous kiné, de prime abord ne devrais pas trop nous intéresser parce qu'on se dit bon, niveau urologique par exemple le patient , heu, le médecin peut nous avertir que ben, oui au niveau urologique ce patient-là il a des fuites , c'est important pour nous en termes de rééducation, mais y a que le médecin qui peut nous donner ce type d'informations ; nous dire que oui, ben , le patient il va passer à tant de trucs ou on a fait tel traitement pour lui ou il est sous tel traitement , tel truc médicamenteux ; c'est important qu'on

sache, bon ben oui si on voit le patient un peu plus fatigué c'est parce qu'il est sous tel traitement donc y a quand même un échange d'information qui est assez importante quand même parce que c'est vraiment un travail, ici, c'est vraiment un travail pluri disciplinaire, c'est vraiment une équipe de travail et on a besoin de ces échanges pour savoir quoi faire aussi avec certains patients , à moment donné y a des fois on est un petit peu bloqué, on voit que ça n'évolue pas , on va pas rester là non plus à , le médecin il est là pour ça aussi, c'est du médecin rééducateur donc du coup on leur fait parvenir certaine , heu problématiques certaines choses qui nous gênent et tout et du coup , heu, eux ils nous disent quoi faire, heu, comment améliorer, ou d'essayer tel truc, ou heu, donc oui y a quand même un échange ,heu, d'informations et puis je pense quand même qu'on est obligé d'être à l'écoute l'un de l'autre parce que chacun on a notre domaine particulier, mais si on veut faire avancer le patient on est obligé de coordonner en tout cas tous nos soins ; donc voilà ;

EST-CE QUE VOUS AVEZ ENCORE UN AUTRE TRUC QUE VOUS SOUHAITERIEZ DIRE À PROPOS DE

Non, enfin, heu, non je pense que vraiment là, je pense avoir tout dit , je crois que j'ai jamais autant parlé de la kiné ; non, j'ai jamais autant parlé de la kiné, mais après , heu, oui enfin franchement

NON, MAIS C'EST TRES BIEN NE VOUS INQUIÉTER PAS ? SI VOUS PENSEZ AVOIR ENCORE UN TRUC À DIRE ? BON, ON PEUT CONTINUER, MAIS SI

Franchement je pense que voilà c'est un métier qu'on fait pas heu, je pense que voilà la plupart des kinés je pense qu'ils aiment ce qu'ils font et heu, je pense que ça se ressent, je sais pas si vous avez eu l'occasion de parler avec d'autres kinés ou d'avoir vu d'autre kiné, mais

AH BEN J'EN AI RENCONTRE BEAUCOUP

Voilà donc je pense que globalement, après je viens de commencer, enfin je viens de commencer, ça fait que quatre ans que je suis diplômée, donc peut-être dans quelques années vous allez peut-être revenir et me poser la question ce sera peut-être pas la même chose, mais pour l'instant c'est vrai que ben moi je, moi je me plais dans ce que je fais et je pense que si on veut travailler au plus proche des gens et avoir de, heu, il faut aimer ce qu'on fait parce que sinon, heu, je pense que on est vite lassé à moment donné, hein, donc voilà ; mais sinon non, je crois que j'ai tout dit

ET BEN QU'EST-CE QUI À VOTRE AVIS POURRAIT LASSER ?

Heu, parce que c'est lourd physiquement, déjà, physique c'est dure parce que ça demande quand même de manipuler beaucoup de personnes, donc physiquement je pense qu'on prend un coup, je sais pas moi dans quelques années qu'est-ce que ça va donner, mais heu, ; et puis après peut être qu'on peut être lassé aussi d'entendre heu, je pense que voilà, je me dit voilà dans ma vie en général j'ai pas de soucis j'ai pas de problèmes particuliers, mais je pense que peut être des gens qui ont des familles des choses comme ça, qui ont des, heu, un peu plus de contraintes de vie familiale, je pense, peut-être que du ben oui venir ici et réentendre encore des problèmes des choses, enfin je pense que oui ça peut fatiguer au bout d'un moment, enfin je sais pas je pense que c'est juste, le fait, le temps en fait hein, de toujours faire des, je saurais pas dire si oui on va finir lassé ou pas, mais ça m'étonnerais pas que peut être dans dix ans ou dans onze ans je serais peut-être, ben oui je serais peut-être un petit peu fatiguée, un plus fatigué par la vie comme on dit ; mais, heu, je sais pas, je pense que ce serait, je pense que déjà voilà la contrainte physique fait que y aura une, heu, peut-être la contrainte physique déjà, après peut-être psychologiquement aussi parce que je trouve que c'est dur psychologiquement, hein, d'avoir à faire à ce type de patients donc c'est vrai que je me dis je sais pas si je ferais en tout cas travailler ici à [REDACTED], heu, toute ma vie j'en sais rien, mais je pense que c'est peut-être la contrainte physique et psychologique la lourdeur de la chose qui fait que peut être quand on est

un peu plus âgés on est , peut-être un peu moins à même d'avoir autant de patience avec certains patients ou autre, je sais pas , je sais pas ; mais moi en tout cas j'adore venir ici, donc ,heu, voilà je suis venue pour deux mois à la base et ben ça fait deux ans et demi, que j'y suis ; donc voilà  
HO C'EST GÉNIAL OK MERCI BEAUCOUP

## Annexe 4 : Entretien n°6 analysé.

Dans le verbatim la grammaire issue du langage oral est conservée ; le texte en majuscule correspond aux discours de l'interviewer et celui en minuscule de l'interviewé.

| SOUS-THEME   | ENTRETIEN   |
|--|---|
| <p>Physique Positif<br/>Guérir (cure)</p> <p>la vision des<br/>médecins sur le<br/>métier de MK*<br/>Par pathologies<br/>Attitude Positive</p> | <p>DONC LA QUESTION QUE JE VOULAIS VOUS POSER, C'EST QU'EST CE, À QUOI VOUS FAIT PENSER LA KINÉSITHÉRAPIE, LE MOT KINÉSITHÉRAPIE ?</p> <p>Traitement par le mouvement, donc c'est, heu, un domaine d'activité thérapeutique qui est très lié à la spécialité médicale que je pratique. Donc la kiné c'est le mouvement, c'est une thérapie physique qui est donc un peu à côté de celle que, heu, qu'on conçoit souvent comme étant l'activité médicale ou on, on est plus chimiste que physicien ou physique, physiothérapeute, mais donc c'est déjà un, heu. Dans cette rubrique, heu de thérapie donc les chirurgiens, les kinés, heu, les ostéo, sont des gens qui soignent par des méthodes qui nous sont un peu, heu, pas étrangère mais éloignées puisqu'on a plus, on est plus familiarisés tout au long de notre cursus médical à, à la médecine chimique. Donc c'est une petite, heu, une dichotomie artificielle que je fais mais qui, heu, qui montre bien que en fait on, on croit connaître mais, heu, on comprend rien en fait. En tant que médecin, on ne sait pas ce que font les kinés, on ne sait pas bien du tout ; on se dit, ils font faire des mouvements, des massages, masseur-kinésithérapeute, hein, c'est le terme qui ; alors ils font des massages, ils font des mouvements, ils font des étirements, donc c'est, voilà ce que je peux en penser. Après, évidemment on va aller chercher un petit peu plus précisément, la, selon la pathologie, ce qui ce passe et ce qui peut être fait, ce qui peut être utile pour le patient mais, heu, enfin voilà ; c'est une petite réflexion. On sait que c'est bien, on ne sait pas trop comment, pourquoi et en tout cas dans notre monde ou tout doit être basé sur, heu, l'évidence, les preuves, c'est un peu la tendance médicale actuelle aujourd'hui, on se rend compte que le domaine de la kinésithérapie, échappe un petit peu à, à cette règle, c'est pour ça que j'ai dit y a une certaine, une grande familiarité et une opacité.</p> <p>VOUS AVEZ PARLÉ DE PRESCRIRE DE LA CHIMIE ET VOUS AVEZ FAIT UN PARALLÈLE OU, AVEC PRESCRIRE DE LA KINÉSITHÉRAPIE</p> <p>Oui</p> <p>HEU, VOUS POUVEZ M'EXPLIQUER CE QUE VOUS VOULIEZ DIRE PAR, HEU, VOUS AVEZ DIT QUE CE N'ÉTAIT PAS PAREIL À PAREMENT POUR VOUS. EST-CE QUE VOUS POUVEZ M'EXPLIQUER CE QUE C'EST DE PRESCRIRE DE LA KINÉSITHÉRAPIE ? POURQUOI C'EST PAS PAREIL QUE DE PRESCRIRE DES MÉDICAMENTS ?</p> <p>Heu, je suis nettement plus, heu ; alors d'abord la pratique, heu , médicale dans le domaine de la neurologie c'est quelque chose qui est , heu, comme des lignes communes, et puis des spécificités, heu;</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p>Propre aux médecins</p> <p>LA<br/>CONSULTATION<br/>MÉDICALE</p> <p>faire une ordonnance</p> <p>DIFFERENT DE<br/>PRESCRIRE DES<br/>MÉDICAMENT ou<br/>la vision des<br/>médecins sur le<br/>métier de MK*</p> | <p>lorsque je vois un patient je, heu, je vais faire, heu, je vais être dans une situation différente, soit celle de, heu, d'une évaluation d'un bilan, soit celle d'une prise en charge qui implique, heu, quelque chose de plus évolutif, de suivi, hein. Donc soit je suis dans quelque chose de ponctuel, soit une organisation de la prise en charge des soins. Je fais un diagnostic, je fais un diagnostic topographique, un diagnostic étiologique, je dis à la personne de faire des examens, j'arrive, heu, si je suis dans cette, heu, logique d'avis ponctuel, je vais être très technique ; si je suis amené à prendre en charge quelqu'un, je vais inévitablement à un moment donné prescrire quelque chose puisque sur le plan médical ; ben quand je dis inévitablement, c'est, heu, dans les limites des possibilités, mais, parfois c'est pas le cas et, et c'est une question d'accompagnement. Sinon je suis sensé aider mon prochain et pour cela, cela ce fait par le biais d'une prescription. Bon alors, heu, une prescription médicale, je rédige mon ordonnance qui va aller chez le pharmacien et lorsque je prescris des soins de kinésithérapie, heu, je marque, heu, que la personne doit pratiquer tant d'actes de kinésithérapie, heu, pour tel motif. Je peux détailler et mettre beaucoup de précisions qui parfois, heu, à mon avis donne surtout au kiné qu'on lui apprend son métier, c'est-à-dire que si je dis au kiné, heu, pour quelqu'un qui a une sclérose en plaque, faire des massages étirements, exercices de renforcement musculaires, etc., je lui récite un cours, mais qui n'ai ni très compétant parce que le kiné a appris son métier pendant plusieurs années et donc il est censé savoir ce qu'il faire ; heu, soit je vais oublier certaines choses ou noter certaines informations qui sont peut-être pas les plus appropriées, enfin, je peux peut être donner certaines lignes, renforcer certains points mais la prescription de kinésithérapie est, à mon avis, moins détaillée que celle du médicament, parce que je connais moins la kinésithérapie, parce que je connais moins et les médecins en générale, les médecins connaissent moins la kinésithérapie que les médicaments ; on sait très bien, comment prescrire un médicament, il suffit d'ouvrir un dictionnaire de médicament, le Vidal ou autre et on sait que le traitement doit être pris matin, midi et soir, à huit heure d'intervalle, une fois par jours, heu, à une demi-heure du petit, de tout aliment, en injection sous cutané ou intramusculaire. Donc tout ça est extrêmement ciselé, précis, et cet grande précision destinée au médicament ne peut pas s'appliquer à la kinésithérapie, parce que on a pas de dictionnaire de références et heureusement que ce genre de dictionnaire n'existe pas, parce qu'il faut quatre ans d'études pour, heu, pour être kiné, donc on peut pas le faire. Alors, heu, voilà c'est ce qui fait la distinction des prescriptions et en même temps, heu, je me suis posé la question ; je me suis dit pourquoi d'abord cette distinction, pourquoi idéologiquement, de façon presque idéologique y a un affrontement entre certains domaine de la médecine ou des thérapies ; je pense que l'ostéopathie, les médecines physique, heu, la distinction qui existe entre les chirurgiens et les médecins, heu, n'est pas seulement dictée par des questions de corporatisme qu'on trouve dans tous les domaines ou</p> |
|--|--|



|   |  |
|---|--|
| <p>la vision des médecins sur le métier de MK*</p> <p>Propre aux médecins</p> <p><u>CRAINTE DE POURSUITE C'EST DE L'ART</u></p> | <p>chacun défend son clocher ; mais c'est sans doute aussi parce que, historiquement, entre la chimie et la physique il devait y avoir, il y a sans doute des racines très profondes qui explique cette, heu, cette , c'est pas une dualité mais enfin c'est une, heu deux versants. A mon avis i, ils sont surtout complémentaires mais on les met souvent en confrontation l'un avec l'autre.</p> <p>VOUS AVEZ PARLE DU NIVEAU DE PREUVE QUI S'APPLIQUE EN MEDECINE ? EN REGLE GENERALE, VOUS POUVEZ DEVELOPER CE POINT ?</p> <p>Alors, oui, les termes consacrés, c'est l'évidence base médecine, heu, ce genre de chose, c'est, heu. Les, heu, tous nouveau médicaments, doit aujourd'hui passer au crible des essais thérapeutique, avec des, ce qu'on appelle des niveau de preuves, un essai, enfin plusieurs essais en double aveugle, contre placebo, etc. enfin, avec une méthodologie qui dite très stricte, qui est stricte, effectivement et qui n'était pas appliquée au médicament par le passé, et qui n'est tout simplement pas, pas applicable dans les autres domaine que sont la kinésithérapie ; parce que si le kiné fait un massage, heu, faire un placebo c'est difficile que le malade ne soit pas au courant que c'est un massage placebo. Donc, techniquement il y a des choses qui ne sont pas possible, en chirurgie, c'est éthiquement compliqué dire, heu, faire une cicatrice, et dire on vous a opéré alors que c'est une opération placebo, c'est pas très simple, enfin il y a des situations ou on se pose des questions mais c'est... ça renvoie a des interrogations étiques qui sont assez logiques ; <u>et ce niveau de preuve, cette exigence, pour l'aspect médicamenteux, qui paraît très scientifique, et très codifié, heu, ben, il s'est imposé comme un espèce de dictat, qui va au-delà de la preuve des fait d'un médicament, mais qui, heu, devient ce que l'on retrouve dans des sociétés savantes, soit dans des autorités et les organismes qui représente l'autorité de santé , l'has, les sociétés savantes dans chacun des domaines édictent des recommandations qui sont maintenant presque des procédures, dont il devient compliqué de s'écarter. Donc, <u>l'art médical tel qu'on pourrait l'évoquer, c'est quelque chose qui est un peu compliqué à pratiquer aujourd'hui, parce que la codification est assez stricte.</u> Alors que dans le domaine de la médecine physique, alors il s'agit pas d'être fantaisiste, mais heu, l'intervention du thérapeute, ne serait-ce que manuel est quelque qui reste, qui donne la place à quelque chose de personnel. Le chirurgien, attention, doit, heu, faire un protocole opératoire, qu'il dicte, qui décrit parfaitement toute la procédure, dans laquelle bien sûr il suit une méthode, ça va de soi. Le kiné est sensé, également, faire la même chose, il suit chaque différente méthode, dont on, pour lesquels on entend parfois des noms, heu, des éponymes qui décrivent tel ou tel méthode de kinésithérapie ce qui sous-entend qu'il y a une rigueur ou une codification mais, heu, on est heu. Enfin, si ces méthodes existent de façons très précises, elles sont connues par les kinés, mais pas par les médecins. Qu'est-ce que c'est que la méthode Mézières, heu, la méthode, ça je suis incapable de le décrire et d'aller très loin dans l'explication. Et je</u></p> |
|---|--|

|  |   |
|--|---|
| <p><u>part intuitive</u></p> <p>Propre aux médecins</p> <p><u>CRAINTE DE POURSUITE</u></p> <p>Propre aux médecins</p> <p><u>CRAINTE DE POURSUITE</u></p> <p>la vision des médecins sur le métier de MK*</p> <p>Fusion, lien FORT</p> <p><u>ORGANISATION DU CABINET</u></p> <p><u>RELATION MÉDECIN/PATIENT</u></p> <p>Fusion, lien FORT</p> <p>Intimité, pudeur</p> | <p>vais par contre, pouvoir donner des explications plus précises sur la partie médicamenteuse du traitement de la maladie de parkinson, de la sclérose en plaque, heu, voilà, de différentes pathologies, je vais être plus prolix sur la partie chimique que sur la partie physique, voilà, je suis un chimiothérapeute.</p> <p>D'ACORD, VOUS AVEZ SOULIGNE LE FAIT QUE C'EST QUELQUE CHOSE DE PROPRE AU PRATICIEN, AU THERAPEUTE, HEU, L'UTILISATION DE CERTAINES TECHNIQUES, DE KINESITHERAPIE PAR EXEMPLE</p> <p>Oui,</p> <p>VOUS POUVEZ M'EXPLIQUER UN PETIT PEU PLUS</p> <p>Je sais pas si c'est propre, mais</p> <p>VOUS AVEZ UTILISÉ LE MOT PERSONNEL, EN FAIT,</p> <p>Ah, <u>j'ai l'espoir ou l'illusion, de, heu, que les chirurgiens et les kinés puisqu'ils sont dans une médecine de contact direct, leur permet de mettre quelque chose de personnalisé qui, qui fait qu'il y a une part intuitive quasiment, heu, qui alimente leur pratique même si dérive ,il y a, heu, une formation, une connaissance et des méthodes.</u> Mais, heu, alors que sur le plan médical, le fait d'être derrière un stylo et une feuille de papier, fait qu'il y a quelque chose qui, il y a un médiateur dans les soins qui va être l'ordonnance, le pharmacien, il y a quelque chose qui est clairement noté et qui fait que, heu, <u>c'est plus lisible, c'est plus contestable, on tout de suite dans quelque chose de, qui oblige a avoir une prudence, un recul,</u> heu. On a l'idée que l'ordonnance qu'on a rédigée va être utilisé, alors on est pas persécuté, heu, on est pas dans la paranoïa, mais heu, <u>l'ordonnance va être utilisé comme un document a charge contre un médecin parce qu'il y a eu tel ou tel allergie, ou tel problème tel effet secondaire.</u> Finalement on est, donc heu, très attentif a tous l'environnement périphérique qui tourne autour de ce <u>colloque singulier</u> ; la notion de cette, heu de la confidentialité s'applique au contenu de la consultation, mais il y a beaucoup de monde qui gravite autour de, de la consultation, heu, et il y a beaucoup d'éléments qui sont, qui sont exportés de la consultation, ce qui n'est pas faisable, pour un soin de kiné ou pour une intervention chirurgicale. Il faut qu'il y ai des choses qui soient exportée, il faut qu'il y ai des prélèvements, des étiquetages, des comptes rendus opératoires, tout un suivi, mais il y a quand même quelque chose qui est un peu heu sacralisé ; par exemple on rentre pas dans le bloc opératoire comme ça, voilà, alors que en consultations, quand on est en train de consulté, combien de fois heu, on a un coup de file, quelqu'un tape à la porte, donc on est pas seul face au patient. La confidentialité de la consultation à beaucoup de porosité, voilà c'est ça que je veux dire. Heu, donc le coté personnel est sans doute plus prononcé dans les soins de kinésithérapie, a priori ; enfin c'est pas toujours le cas, si les gens font de la kinésithérapie dans une salle ou il y a plusieurs personnes, l'un en train de pédaler, l'autre, donc il y a aussi une proximité des personnes, mais dans l'idée, il y a quelque chose d'un peu plus, heu, d'un peu plus personnel. Kinésithérapie, j'ai pas l'idée, d'une</p> |
|--|---|

|  |  |
|--|--|
| <p>Contact physique manuel</p> <p>Intimité, pudeur</p> <p>Propre aux médecins</p> <p>LE TOUCHER<br/>DANS LA<br/>RELATION<br/>MÉDECIN/PATIENT</p> <p>Intimité, pudeur</p> <p>Contact physique manuel</p> <p>Propre aux médecins</p> | <p>séance de kiné comme une psychothérapie, on est pas, c'est pas tout à fait, c'est pas la même ambiance ; mais il y a quelque chose qui peut à certains moments être, heu, plus personnel, ou le thérapeute met nécessairement un part de lui-même dans le soin, ce qui n'est pas envisageable dans, heu, dans le traitement médicamenteux tel qu'on le pratique. Alors, <u>il y en a d'autres moyen au niveau médical de, d'être le rapport, le suivi, quelque chose de personnel, mais ça ce passe pas sur l'aspect, sur le versant traitement</u> ; je sais pas si ma vision est idéalisée ou si heu, <u>le coté personnel est inhérent au soin de, au soin physique, finalement.</u></p> <p>QUE POUVEZ VOUS ME DIRE DU CONTACTE ? VOUS AVEZ EVOQUE LE MOT CONTACTE ?</p> <p>Oui,<br/>ÇA VA AVEC SOIN PHYSIQUE,<br/>Oui,<br/>VOUS POUVEZ ME DEVELOPPER CETTE IDEE,</p> <p>Il fait partie de la médecine d'aujourd'hui, mais là aussi c'est très, heu, très, heu, très influencé par le coté anglo-saxon, l'espace péricorporel c'est quelque chose qui est pas simple. Les latins sont plus dans un contact familial, l'on se touche en se parlant, on se tape sur l'épaule ; heu, et on a <u>au niveau médical, un enseignement qui nous apprend à comment examiner une personne, donc c'est un moment particulier de la consultation ; bon, on sait que beaucoup de chose peuvent passer et être influencées par l'existence d'un contact ou pas ;</u> et donc il y a , heu, <u>il y a une évolution de la médecine parce qu'il y a un aspect technique, parce qu'il y a un aspect de la société qui fait que on ne touche plus les gens comme ça ; c'est , heu, je dis pas que c'est compliqué, c'est qu'il faut que ce soit tout de suite dans les procédures, il va y avoir une notion d'abus, heu, donc on l'entend régulièrement, c'est, c'est, les media qui rapportent ces histoires d'un contact inapproprié,</u> alors que la palpation est un temps d'examen qui fait partit de la pratique médicale fondamentale, et heu, les patients, eux-mêmes sont parfois surpris que ça ce fasse encore ; je dirais que c'est une formule que je rapporte parce que c'est ce que les gens me disent. Lorsque, heu, je tape les réflexes à un malade, il est là, « ha bon ça ce fait encore ce type d'examen » ; donc le coté très technologique et la distance corporelle font que la médecine évolue et que l'examen ou le médecin posait son oreille dans le dos du malade pour écouter la respiration, ou pour l'ausculter c'est quelque chose qui se fait plus, bien sur ; mais avant on posait son oreille directement sur la paroi thoracique pour écouter la respiration du patient et bon, <u>cette notion de contact physique est devenu quelque chose de, un petit peu, c'est pas compliquer à gérer, ça fait parti de l'examen, mais c'est devenu un peu quelque chose de , ça a une dimension un peu particulière, dans la pratique médicale, forcément c'est, c'est aussi le cas certainement chez les kiné .</u> Je suppose, je sais pas ce qu'ils en disent, mais, heu ça doit rester le fondement même de leur pratique alors que en médecine on va plus facilement prescrire une prise de sang ou une irm pour avoir une information que l'on récupérait sans</p> |
|--|--|

|   |   |
|---|---|
| <p>LA<br/>CONSULTATION<br/>MÉDICALE<br/><u>CRAINTE DE<br/>POURSUITE</u></p> <p><u>CRAINTE DE<br/>POURSUITE</u></p> <p>Propre aux médecins</p> <p><u>CRAINTE DE<br/>POURSUITE</u></p> <p><u>CRAINTE DE<br/>POURSUITE</u></p> <p><u>CRAINTE DE<br/>POURSUITE</u></p> <p><u>C'EST DE L'ART</u></p> | <p>doute avant par le principe de l'examen physique. Alors je caricature un petit peu mais c'est quand même la réalité , heu, donc le contact c'est quelque chose qui est devenu dans le domaine de la médecine quelque chose d'un peu moins réalisé au même titre que les autres parties de l'examen médical de base l'inspection , la palpation la percussion sont des choses qui, la percussion c'est quelque chose qui se fait avec le marteau, donc c'est quelque chose qui se fait aussi moins, est-ce que c'est l'évolution de la médecine parce qu'il y a plus de technologie, ou une évolution de la société qui fait que le contact, heu, de l'individu est quelque chose qui est trop latin et pas assez anglo-saxon, donc c'est, voilà, je sais , je suis pas capable de dire quelle est la part, des deux phénomènes, je pense qu'il y a peut être un peu des deux.</p> <p>D'ACCORD, VOUS AVEZ PARLE A PLUSIEURS REPRISES DE, VOUS AVEZ UTILISE LE MOT ABUS, VOUS AVEZ UTILISE LE MOT DOCUMENT A CHARGE EN PARLANT DE L'ORDONNANCE ? HEU ? ÇA ME PARAÎT ÊTRE DANS LA MEME LIGNEE,</p> <p>Oui, bien sure</p> <p>EST-CE QUE VOUS POUVEZ M'EXPLIQUER CE QUE VOUS VOULEZ DIRE PAR LA ?</p> <p>Heu, la médecine se pratique aujourd'hui avec, heu, l'idée qu'on est là pour essayer d'apporter une réponse aux questions que les patients se posent et proposer un traitement, mais il y a aussi cette arrière-pensée, heu, qui est celle d'une éventuelle procédurisation de la médecine, d'un impacte médico-légal qui est, heu, pas une menace, mais ça fait partie de la vie, heu, <u>actuelle de notre société moderne, est on doit être attentif à bien faire les choses, mais aussi enfin pour, pour le patient, mais aussi mettre la forme parce que la forme peut être utilisée heu, contre nous par le biais de la judiciarisation, des plaintes, et cetera. Alors, heu je ne crois pas que les condamnations de médecins aient fortement augmenté pas à ma connaissance, mais le nombre de plaintes, oui. Donc, heu, donc il faut faire les choses le mieux possible pour le patient qu'on a en face de soi, et en même temps prendre, avoir a l'esprit que , heu, que dans certains cas, le déroulement de la consultation, les actes fournis, a cette occasion peuvent être utilisés contre nous. Alors bon, on s'assure pour monter dans une voiture, pour son habitation, pour sa pratique médicale et cetera ; mais enfin, quand on a un dégât des eaux et qu'il faut faire une déclaration de plainte c'est embêtant, ça prend du temps, enfin, c'est, et quand on a un accident de voiture c'est la même chose, hors-mis ces papiers d'assurance il faut faire réparer sa voiture, bon ; quand on est professionnel et que lorsque ça se produit, je dirais moi je suis , je me sent concerné comme tous le monde, j'ai pas été amené à, à aller à des expertises ou on va trainer, ou attaqué, mais ça fait partie de l'environnement médical tout simplement, donc on est obligé d'être attentif à la forme dont tout doit se passer, le fond c'est une chose, la forme de la consultation, du dossier, de l'ordonnance, tout ça doit être, heu, doit répondre à des règles nécessaire pour qu'il n'ai pas d'erreur pour le</u></p> |
|---|---|

## C'EST DE L'ART

patient, qu'il n'en subisse pas les conséquences mais aussi pour nous éviter nous même d'en être victime; donc c'est , c'est une réalité tout simplement mais c'est quelque chose à laquelle on a appris a penser tout le temps, heu, et la bascule s'est faite, moi je dirais il y a une bonne vingtaine d'années, alors c'est peut-être moi qui est pris conscience de ça, à ce moment-là mais c'était moins heu, moins exprimé. On sait qu'il faut faire attention, on dit, « bon, fait attention à rédiger les choses comme ça parce que ça », et on sait que cette attention n'est pas portée parce que la qualité du traitement proposé sera meilleur, mais parce que la forme évitera d'avoir des déconvenues administratives, donc c'est devenu une des attention qu'on porte dans ce qu'on fait. Ce qui n'est pas nécessaire à la pratique , à la qualité des soins, voilà je fais la distinction, il y a une part d'attention qui est nécessaire au soin et une part d'attention qui est lié à l'influence à l'évolution de la société et , heu, voilà bon, le médecin n'est pas tout puissant et il peut être attaqué devant les tribunaux, c'est logique et puis en plus ça peut être assez lucratif parce que forcément on a des assurances , heu, et si on est solvable on peut être attaqué, donc ceux qui ne sont pas solvable ne sont pas, n'ont pas de plainte contre eux, donc c'est . Enfin je connais pas assez le monde des assurances et des, le monde de la loi pour savoir de quoi il s'agit, mais je présume que, heu, on sait très bien que tout médecin à une assurance et si on est assuré on a une solvabilité potentielle, voilà. Donc, heu, c'est pas l'essentiel de la médecine, c'est pas une angoisse, ça n'envahi pas mon esprit, en permanence mais c'est un des point sur lequel on fait, on porte son attention, c'est un automatisme.

QU'EST CE QUE VOUS ATENDEZ PAR ATTENTION NECESSAIRE AU SOIN ?

Ben je suis attentif quand je fais de la cuisine pour éviter d'oublier le sel, mais, heu. je pense que je suis plus attentif parce que, heu, la rédaction d'un traitement, la proposition d'un schéma thérapeutique, le projet thérapeutique d'un patient c'est quelque chose qui n'ai pas du domaine d'application d'une recette, y a quelque chose qui à chaque fois doit être personnalisé, doit être , heu, façonné sur mesure et l'attention que ça implique est lié au fait que le traitement que je vais proposer doit être le plus adapté à la personne mais aussi je veux m'assurer que la personne a compris, du mieux possible, le message a été reçu, les objectifs sont clairs ; la méthode qui va consister à appliquer un traitement sera claire, les enjeux, les risque et finalement le fait que le patient, à la sortie ai un petit peu autonome dans la prise en charge, qu'il porte son traitement , heu, c'est quelque chose qui est nécessaire, donc qu'il ait bien compris, qu'il se le soit approprié, heu, que je lui ai proposé un traitement le plus personnel, tout ça nécessite une attention qui est plus du domaine de la sculpture que celle du domaine de la cuisine. Voilà, parce que je suis pas un grand chef et pas assez sophistiqué, mais, à un moment donné la pâtisserie quand elle arrive dans l'assiette peut ressembler à de la sculpture, c'est une question de compétences je dirais.

|   |  |
|---|--|
| <p><u>RELATION MÉDECIN/PATIENT</u></p> <p>Propre aux médecins</p> | <p>C'EST DE L'ART ?</p> <p>C'est ce que je disais tout au début, <u>l'art médical c'est quelque chose qui était considéré, enfin le terme était lié. La médecine n'a jamais été une science exacte, les scientifiques n'ont jamais pensé que la médecine était une science exacte.</u> Et je crois qu'ils ont raison, lorsque les médecins s'arrêteront de penser que ce qu'ils font est de l'art ils deviendront des techniciens. Si, on appris quand même une technique, si on oublie que ce que l'on fait n'ai pas une science et si l'on abandonne le côté personnalisé de ce que l'on fait, on sort plus de la part personnalisé de la médecine, le côté intuitif que ça représente et comme on a pas dans notre champ d'action, on peut pas avoir la compétence d'être des scientifiques parce que c'est pas une science suffisamment exacte pour l'être, ben, <u>on sera ni des scientifiques, ni des artistes donc on appliquera des techniques qui seront dupliquées et qui seront éditées par des organismes très officiels qui nous donneront la procédure à exécuter; voilà. Donc, je trouve que c'est bien qu'il y ait des procédures et des recommandations, ça permet de donner des axes, donner un axe au soin, une logique, quelque chose de structuré qui est, ou il y a un squelette, voilà, sur lequel on va s'appuyer et on va aménager tout ça. Si on veut s'en tenir uniquement au squelette, ben on aura désossé ce qu'on fait, il faut y mettre quelque chose d'un peu différent de personnel un peu, et puis ne serait-ce que s'assurer que le message est reçu.</u> On devrait instaurer un système de notation à l'américaine à la fin du cours les élèves, les étudiants sont censés noter leur enseignant, heu, ou ne serait que maître un curseur pour, sur le principe des appareils écologique, a, b, c, d, e ; « vous m'avez compris comment ? Là ? à vingt-cinq, cinquante, soixante-quinze pour cent ? » ; voilà. « Le message que je vous ai donné, le diagnostic, le pronostic, le traitement, le projet thérapeutique, tout ça vous l'avez compris comment ? Un peu, beaucoup, passionnément ? », vous voyez ? Je sais pas si il faut faire une marguerite, un petit curseur d'écoresponsabilité ou pile chargée, mais on devrait être obligé d'avoir ce retour des patients, une fois qu'on leur a prescrit l'ordonnance pour savoir si il l'ont... Voilà, <u>on leur prescrit un traitement, comment est-ce qu'ils l'ont intégré et compris ? Et cette par-là elle n'est pas visible, elle est extrêmement difficile à documenter, c'est ce qui fait la partie artistique du, enfin l'art médical est là.</u> Et ça il faut, ça demande un peu d'attention, voilà.</p> <p>VOUS FAITES ALLUSION À LA RELATION AVEC LE MALADE QUI FAIT PARTIE DE CET ART ?</p> <p>Forcément, oui, oui, oui, alors, heu. Y a forcément une relation qui s'instaure, après, y a, on dit, votre domaine, celui de la psychologie, nous dit qu'il y a des, des règles qui régissent tout cela, bon ça se, heu. C'est toujours intéressant de les connaître, du moins pas de les maîtriser mais de comprendre pour savoir comment ça se passe mais pour, après c'est pas forcément nécessaire de se baser sur ces trucs pour structurer les ce qu'on a à faire mais ça fait parti des, ça influence nécessairement la pratique de la médecine qu'on peut</p> |
|---|--|



|  |   |
|--|---|
| <p>LA<br/>CONSULTATION<br/>MÉDICALE</p> <p>Propre aux médecins</p> <p>LA<br/>CONSULTATION<br/>MÉDICALE</p> | <p>avoir, et <u>la relation permet d'établir les bases d'un suivi et de ce qu'il y a de contractuel dans, dans, de façon implicite : y a un contrat de soin qu'on établit avec le patient qu'on se propose de prendre en charge.</u> Voilà ça c'est, enfin pris en charge d'ailleurs c'est un mot un peu galvaudé et puis qui paraît excessif, heu. C'est l'accompagnement qu'on propose, le terme d'accompagnement serait plus approprié. Parfois on me téléphone, on me dit, « oui, j'ai vu un de tes malades », je dis « mais, heu, il ne m'appartient pas ». Cette personne ne m'appartient pas, j'ai un accompagnement, j'ai un contrat thérapeutique, voilà, c'est donc, heu, tout est un petit peu dans la définition des rapport. <u>Le bureau médical a une forme qui est souvent particulière et c'est souvent un bureau rectangulaire, comme celui-ci, la plupart des bureaux, ce ne sont jamais des tables rondes, on est pas là pour faire une table ronde avec le malade.</u> Mais en même temps ces formes rectangulaires a quand même une représentation qui est quand même assez tranchée. Heu, c'est la raison pour laquelle dans mon cabinet j'ai un bureau ovale. Alors c'est peut-être pas là, <u>j'ai pas d'objectif politique mais je trouve que c'est plus dans la représentation de ce que peut être une consultation c'est à dire que, heu, je ne suis pas là pour faire une table ronde avec vous, je, mais mon objectif c'est d'arriver au bout, arriver à un point de rencontre qui permet de reprocher ce qui vous amène ici et mon but c'est d'arriver à un point de rencontre qui n'est pas une question de face à face mais qui va nécessiter de progresser sur le chemin de, sur le chemin de quoi, on est pas sur le même chemin, absolument, je suis pas malade et je peux pas comprendre, ce que dise les malades donc, heu, je ne sais pas ce qu'ils vivent, heu, donc je peux essayer d'écouter de me rapprocher mais ils doivent aussi faire un chemin pour atteindre heu, les objectifs que je vais leurs proposer, heu,. <u>Parce que les choses ne se font pas toute seules et que je vais pas faire tout le chemin tout seul, je vais pas les prendre en charge, les prendre à bout de bras, les soulever</u> et voilà. Donc, en tout cas c'est comme ça que je conçois les choses, donc, c'est pour ça que mon bureau est ovale mais après c'est un petit détail, c'est rigolo mais de temps en temps quand je suis face au malade la forme me permet de me rappeler de ça, voilà. Je m'éloigne un peu de la question que vous posiez au départ mais c'est quand même, la question de la relation ; moi je préféré plus la mettre sur la forme de la table, sur quelque chose de matériel plutôt que sur un principe, heu, théorique et heu, parce que c'est difficile de, d'avoir en tête des données théorique qui concerne tout le monde ou qui me concerne peu de façon directe, ou qui me concerne parce qu'on est impliqué mais si on est impliqué, on est pas, c'est difficile d'avoir le recul de heu, y a un peu quelque chose qui est du domaine de la mêlée, alors là on revient dans le contacte ; mais de toute façon il y a quand même quelque chose qui est dans la mêlée, la mêlée c'es pas un tête à tête, heu, au rugby les joueurs sont liés, les deux mêlée sont liées, donc, heu, les joueurs se tiennent ils sont pas comme des buffles qui se percutent après avoir fait beaucoup de poussière au sol ; heu, donc, <u>il y a quelque chose qui peut-être du domaine de la</u></u></p> |
|--|---|

TRAVAIL  
D'EQUIPE Oui

|   |  |
|---|--|
| <p><b>TRAVAIL D'EQUIPE</b> Oui</p> <p>Communication Directe<br/><u>Triade* P</u></p> <p><u>Triade* V</u></p> <p><u>DOSSIER INFORMATIQUE</u></p> | <p>mêlée dans une consultation , il faut mettre de l'engagement, voilà. Et quand on est dans cet engagement, c'est plus compliqué de se dire, « oui mais là attention, là je suis dans une relation soignant-soigné » donc ce, cette perception assez théorique des chose c'est pas évident sur la pratique, et donc le bureau permet de se rappeler de ça. Voilà, ça permet de se dire « bon, là je suis sur une ligne droite », « là, je dois essayer d'avancer », voilà. C'est peut-être moi qui fait, chacun fait comme il peut avec ses propres moyens. Donc la relation , oui, mais, heu, pas au sens totalement abstrait , heu qu'on peut percevoir quand on est en, quand on est pas dans la sphère des psychologues parce que c'est quelque chose qui, heu, quand je dis y a un engagement physique, heu, lorsqu'on est en train d'évaluer le , heu le problème d'un patient, y a quelque chose de spatiale, c'est a dire que j'explore mentalement le système nerveux de la personne et je, je me promène, heu, géographique dans le système nerveux de cette personne donc il y a quelque chose qui est très physique au sens abstraction, c'est à dire que je vois le système nerveux de la personne qui me dit, « j'ai des fourmillements dans la main », bon ben là je suis en train de me dire, hop, je vois le circuit qui s'allume ; un peu comme quand on arrive dans une ville nouvelle et on se dit quelle est la ligne de métro que je dois prendre, alors on appuis sur le bouton pour aller de tel point à tel point , on appuis et on voit les petits qui s'allument ; et je vois un petit peu ce système nerveux comme ça et la personne me dit « la main » et hop, y a tout ce circuit qui s'allume et je dois me promener la dedans , donc y a quelque chose ; c'est en ce sens-là que je dis qu'y a un engagement physique, il faut heu, faire un effort, se projeter dans le corps de la personne qui va donner des informations qui seront pertinentes pour moi et puis beaucoup d'autres qui vont être , heu, accessoire, parce que ça s'est produit le soir, je descendais les poubelles, etc. et donc il faut arriver à canaliser, donc il faut faire un effort pour , de pas laisser passer un petit détail qui va être important et donc, dans ce combat, dans cette lutte ou il faut manœuvrer le pack de la partie adverse pour avancer et pour tirer, mais c'est , heu, la relation théorique soignant soigné est , elle devient, on la perd un petit peu de vu, là. C'est, heu, donc, la forme du bureau, à ce moment-là me rappelle que j'ai les même objectifs que, heu, voilà.</p> <p>DANS CETTE DE LA MELEE, LES AUTRES PROFESSIONNEL DE SANTÉ INTERVIENNENT OU PAS ?</p> <p>Ça peut oui, heu, ça, heu. Oui, ça dépend du problème du patient, mais régulièrement ça je, je vois, alors je parlais de mon bureau, là je suis pas à mon cabinet, mais, lorsque les gens sont hospitalisés, bien sûr que là on est, heu, on est, en effet dans une mêlée organisée, heu, dans une équipe médicale, là il y a quelque chose qui est complètement structuré ou on est sensés être tous ensemble, en tout cas on est obligés de communiquer entre nous, oui. Oui, bien sur après l'idée c'est quand même pas de rester dans la mêlée parce que c'est l'idée, c'est quand même de , au rugby c'est de faire sortir le ballon et de qu'il s'envole et qu'il vive, dans l'idée du soin c'est qu'on est pas toujours crispés dans des moments de tension, heu, y</p> |
|---|--|





|   |  |
|---|--|
| <p>Communication Directe</p> <p><u>Triade* V</u></p> <p><u>Triade* H</u></p> <p>Voie hiérarchique,</p> <p>Communication Indirecte par l'intermédiaire du patient</p> <p>Communication Directe</p> | <p><u>progresser dans l'organisation des soins de kinésithérapie</u> » mais, heu. Après on, le problème, enfin le problème, dans beaucoup d'endroit, les procédures, les dossier, les dossier informatisés font que chacun communique et ça c'est, heu, c'est une réflexion que je me suis fait. Enfin, <u>on communique, on déverse, on note les informations que l'on a recueilli qui alimentent le dossier médical mais heu, mais l'informatique informe moins bien, c'est à dire qu'il y a des passerelles qui sont un peu cloisonnée et les dossiers médicaux sont souvent faits comme ça avec un espèce d'axe ou il y a les soins kinés, les soins orthophoniques, les bilans biologique les observations des médecins et rarement des choses transversales qui font que les choses sont liées</u> ; pour aller chercher les informations, dans l'organisation même du dossier, heu, je suis dans mon dossier médical, si je veux avoir des informations sur ce que fait le kiné je dois sortir et aller chercher chez lui, ce qui fait que, heu, je pense que <u>les concepteurs de dossier médicaux ont peut-être besoin de travailler avec les médecins pour savoir, enfin pas que les médecins, les utilisateurs de leurs logiciels qui sont pas que les médecins, pour que l'information puisse mieux passer. Bon avant, on parlait plus, on avait plus de communication par l'échange verbal et donc il faut faire des réunions, des choses qui sont tout de suite plus immobilisantes en termes de temps, réunir beaucoup de monde en même temps pour parle des chose, c'est pas très simple, voilà, donc, heu. L'informatique n'a pas, ne règle pas toujours les problèmes, n'apporte pas toujours des solutions parce que ça peut être aussi un carcan, heu, technique qui fait que les gens ne sont pas rapprochés et parfois même c'est le contraire.</u> Je fais une petite aparté, mais je l'utilise facilement, hein, j'arrive à taper sur le clavier, heu, j'utilise une souris, mais, heu, y a un poids technique qui, qui fait que le logiciel idéal n'est pas forcément inspiré de notre mode de pensée mais il est construit à partir de ce qui est visible ou que l'on a fait ; or, avant de restituer quelque chose dans le dossier il y a un cheminement mental qui est peut-être pas très facile à suivre mais qui, heu, ben qui est nécessaire pour que les choses prennent, les informations soient hiérarchisées, soient misent en perspectives, et quand j'ai vu, j'ai fait une consultation pour quelqu'un qui est hospitalisé je vais pas faire le listing de ce que j'ai noté, heu, je vais construire quelque chose qui est dans un volume sur le plan du diagnostic, sur le plan des informations étiologiques, heu topographiques, historiques personnel du patient et puis il va y avoir quelque chose qui est pondéré par rapport à l'importance que ça va avoir, pour mon diagnostic et donc tout ça, cette mise en perceptive c'est quelque chose qui est nécessaire mais qui n'ai pas applicable dans un logiciel parce que on est dans une filière et voilà. <u>Donc la communication entre les soignants n'est pas forcément quelque chose qui est, qui est très simplifiée par les outils, qui nous sont imposés aujourd'hui,</u> ; enfin, si on fait partie du monde moderne. VOUS AVEZ PARLÉ DE CODIFICATION, DE STRUCTURES DANS LEQUEL LA RELATION EST CODIFIÉ, QU'EST CE QUE VOUS ENTENDEZ PAR LÀ ?</p> |
|---|--|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Heu, le terme codifié est peut-être excessif, heu. J'ai peut-être utilisé le mot de façon inapproprié. Heu, je me rappelle plus dans quel, heu, IL AVAIT DES ENDROITS, OÙ VOUS POUVIEZ ENTRER EN CONTACT OU EN RELATION PROFESSIONNEL ET COMMUNIQUER AVEC LES PROFESSIONNELS</p> <p>Oui</p> <p>EN PARTICULIER LES KINÉ, PAR EXEMPLE, ET VOUS AVEZ DIT QU'IL Y AVAIT D'AUTRES ENDROIT OU C'EST PAS POSSIBLE, QUAND VOUS AVEZ PARLÉ DU PREMIER ENDROIT VOUS M'AVEZ DIT C'EST CODIFIÉ, C'EST CE QUE J'AI COMPRIS, PEUT ETRE QUE</p> <p><u>Les rapports sont plus fluide et plus facile avec certaines personnes ou il y a une entente suffisante et correcte entre les , heu , les gens qui mettent leurs énergies, y a alors suffisamment de convergences, je dirais , peut-être dans la façon de faire, je partage plus de point de vu avec certains, avec des kinés de certains centre, de certains établissements ; avec d'autre, c'est , le terme codifié est pas adapté mais, heu, je, je suis pas tout a fait sur la même ligne que les kinés de certains , de certaines structures, heu, donc je suis pas sur la même ligne dans les objectifs à atteindre pour le patient , ben , je vais pas avoir à communiquer parce que forcément on va pas avoir d'échange fructueux de quoi que ce soit. Là où je perçois que les kiné ont des objectifs qui sont proches des miens, ben je vais, on va d'avantage parler de certaines personnes et du coup on va arriver à avancer un petit peu ou à s'imprégner de ce que les autres ont pu noter et essayer de franchir des étapes, mettre en place des, des objectifs plus précis, heu, pour l'intérêt du patient. Dans d'autres situations, heu, c'est pas le cas donc chacun fait son truc et le lien est pas forcément, est pas ; le lien existe de façon très artificielle mais heu, donc c'est pas.</u></p> <p>ET EST CE QUE VOUS INTERVENEZ, VOUS INTERROMPER À CE MOMENT-LÀ, LA RELATION ENTRE LE, L'INTERACTION KINÉ PATIENT, ENFIN VOUS, ÇA VOUS EST DEJA ARRIVÉ QUE LES OBJECTIFS SOIENT DISTANT ET QU'A CE MOMENT LA VOUS INTERVENIEZ ?</p> <p>Oui, j'ai pas l'objectif de stopper, je suis pas dans le contrôle, je suis pas un contrôleur. Donc il y aura peut-être besoin qu'il y ai des contrôleurs mais, je suis pas un contrôleur donc je peux difficilement dire « il faut stopper », mais, heu, si je pense que le travail qui est fait est plutôt vu de façon superficielle, je vais , heu, aller voir, aller m'adresser aux personne qui sont là pour faire le lien, parce qu'il y a beaucoup de personnes qui sont là pour faire le rôle d'intermédiaire, et je suis pas chargé d'être le , heu, le contrôleur des kiné, dans les établissements, ils ont. C'est très militarisé, donc, heu, ils ont un cadre supérieur ou quelqu'un qui, voilà donc je respecte la loi hiérarchique et si c'est nécessaire, heu, sinon,</p> <p>ET EN LIBERAL ?</p> <p><u>En libéral, je vais dire au gens, ça ce passe pas bien avec votre kiné, ben écoutez on va essayer de trouver quelqu'un avec qui vous allez</u></p> |
|--|---|

|  |  |
|--|--|
|  | <p><u>pouvoir atteindre les objectifs qu'on s'est fixés, bien sur. A ce moment-là je vais, le principe même de l'activité libérale, je vais réorienter les gens</u>, heu, ou leur donner un conseil, ou les , heu, dire de changer, mais pas forcément, <u>je peux aussi faire un mot au kiné en disant voilà, heu , voilà ce qui se passe pour que, en me disant il a peut-être pas toute les informations , heu, je vais essayer de l'éclairer pour , heu, rectifier les chose</u>, c'est quand même assez exceptionnel, c'est exceptionnel.</p> <p>D'ACCORD.</p> <p>C'est dans des situations un peu complexes, c'est tout, voilà. Donc, je trouve que les choses se passent bien, et puis les cas complexes sont quand même pas la majorité , la plupart des gens ont des situations quand même , assez classique, enfin classique, c'est la vie normale de la pathologie médicale.</p> <p>ON VA S'ARRETER</p> |
|--|--|

## Annexe 5 : Extrait du fichier d'analyse des entretiens (verbatim).

Les cellules jaunes correspondent aux extraits d'entretiens sélectionnés pour la rédaction.

| ENTRETIEN | LA DEMARCHE, LE BUT DU RECOURS A LA KINESITHERAPIE |               |          |           |                              |                                |             |                   |                                 |       |                               | EXTRAITS |   |
|-----------|--|---------------|----------|-----------|------------------------------|--------------------------------|-------------|-------------------|---------------------------------|-------|-------------------------------|----------|---|
|           | SOIGNER (CARE)                                     | GUERIR (CURE) | PREVENIR | BIEN-ÊTRE | SOCIÉTAL PRENDRE SOIN DE SOI | PLAISIR, AIMER SE FAIRE MASSER | POUR PARLER | NE PLUS AVOIR MAL | INCONNU, NE SAVENT PAS POURQUOI | BILAN | GESTION DU HANDICAP/autonomie |          | FONCTIONNEL   |
| E9        |  |               |          | 3         |                              |                                |             |                   |                                 |       |                               |          | <p>Vous touchez à des côtés très personnels mais j'ai du mal à accepter que je puisse bénéficier de ce genre comment je pourrais dire, de bienfaits, de bien-être de dispositifs qui, qui aident à la recherche, je sais pas du bien-être, de la détente je vous disais de la méditation etc.</p> <p>En tout cas le but commun c'est le bien être, c'est les uns ont des douleurs et les autres ont des maux au cerveaux enfin voilà tout à l'heure ce que je disais on a des mais c'est souvent lié je pense que quand l'esprit, enfin quand vous êtes bien dans votre tête et vous êtes en paix avec vous même ben, ça rejaillit sur le corps, je pense qu'on est moins en tension et puis à l'inverse si vous avez des douleurs, c'est que la douleur peut, peut, peut paralyser la pensée, on, vous êtes tellement envahis par la douleur que vous arrivez même plus à penser, à vous extraire de ça</p> <p>Donc quand vous en êtes là, bon c'est pas grave c'est remis mais là tout d'un coup vous y pensez à votre corps et quand tout est en place ben vous êtes bien, voilà, oui y'a une dimension bien être c'est évident.</p> |

|    |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| E9 |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  | Je comprends très bien que beaucoup de personnes puissent en avoir.. Y avoir recours puisqu'on est dans un monde qui justement ne laisse peu de place à, peu de place à l'expression du corps et de l'inconscient,   |
|    |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  | Vous avez vous avez de nombreuses préoccupations dans de nombreuses préoccupations dans différents domaines de, de votre vie heu et heu et je pense qu'on a pas le temps, on a pas le on prend pas on prend pas, le temps de souffler ; on a des rythmes, les rythmes de vie font qu'on a pas des temps de respiration voilà dans nos vies. Et heu et donc quand je parlais de méditation c'est ça c'est ces temps de respiration ces temps de réflexion qui permettent de, peut-être remettre les priorités ou de régler des préoccupations qui en sont peut-être pas, de relativiser, de prendre la distance enfin tout ça et tout ce cheminement qui nécessite qu'on s'extrait de, on s'extrait de ses préoccupations, de ses problèmes quotidiens. Aujourd'hui on se les accorde plus et soit on se les accorde pas ou on se les laisse plus, j'en sais rien parce que, mais on se les accorde pas |
|    |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  | Oui ça peut être quand on s'occupe de quand on s'occupe d'une partie de son corps on peut très bien enfin ça permet de libérer l'esprit aussi de penser à autre chose, c'est comme les sportifs. Ça permet, c'est un temps que vous accordez plutôt à votre corps qu'à votre esprit ;  |
| E9 |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  | Je suis pas en situation de prendre de prendre du plaisir, de penser à moi   |
| E9 |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  | J'ai mon mari puisque je parle des expériences, j'ai mon mari qui lui est très souvent chez des kiné et un ostéopathe qui lui fait beaucoup de bien, enfin c'est ce qu'il m'en dit, voilà il a des tensions partout, il a été opéré deux fois du dos etc. Et donc pour lui c'est une nécessité   |
|    |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  | , Moi je respecte je respecte les choix de mon mari quand il y va, il revient de ses séances, il est mieux, j'ai l'impression que ça lui enlève des tensions des douleurs  |





















## Annexe 6 : Base de données des sites où une demande de diffusion du questionnaire en ligne a été déposée

| Nom du site/ du forum/ de la page  | Site internet   | Dépôt effectif après accord des modérateurs |
|--|---|---|
| Facebook   |   |   |
| Forum Amélie   | <a href="https://forum-assures.ameli.fr/pages/lescontributeurs">https://forum-assures.ameli.fr/pages/lescontributeurs</a>                                 |   |
| Forum d'information sur les maladies et leur traitement.                     | <a href="http://www.atoute.org/n/article8.html">http://www.atoute.org/n/article8.html</a>   |   |
| Whatsupdoc   | <a href="http://www.whatsupdoc-lemag.fr/">http://www.whatsupdoc-lemag.fr/</a>   | ✓   |
| Atoute.org   | <a href="http://www.atoute.org/">http://www.atoute.org/</a>   |   |
| Fmf  | <a href="https://www.facebook.com/FMFofficiel/">https://www.facebook.com/FMFofficiel/</a>   |   |
| Whatsupdoc   | <a href="https://www.facebook.com/WUDmagazine/?ref=py_c">https://www.facebook.com/WUDmagazine/?ref=py_c</a>   |   |
| Remede.org   | <a href="http://forums.remede.org/la_profession_de_kine/509.html">http://forums.remede.org/la_profession_de_kine/509.html</a>                             |   |
| Remede.org   | <a href="http://forums.remede.org/forum_des_jeunes_medecins/138.html">http://forums.remede.org/forum_des_jeunes_medecins/138.html</a>                     |   |
| Le réseau des kinés - coachs - ostéo - médecins - chirurgiens - paramédicaux | <a href="https://www.facebook.com/groups/407377335972302/">https://www.facebook.com/groups/407377335972302/</a>   |   |
| Les médecins ne sont pas des pigeons   | <a href="https://www.facebook.com/groups/lesmedecinsnesontpasdespigeons/">https://www.facebook.com/groups/lesmedecinsnesontpasdespigeons/</a>             |   |
| Polyarthrite Rhumatoïde##auquotidien##Patients##Echange##                    | <a href="https://www.facebook.com/groups/polypotes/">https://www.facebook.com/groups/polypotes/</a>   |   |
| Kinésithérapie france  | <a href="https://www.facebook.com/groups/122887261046055/?ref=group_browse_new">https://www.facebook.com/groups/122887261046055/?ref=group_browse_new</a> | ✓   |



|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Conviviakiné.</b>                              | <a href="https://www.facebook.com/groups/541805029309283/?ref=group_browse_new">https://www.facebook.com/groups/541805029309283/?ref=group_browse_new</a> | ✓ |
| <b>Kinés parisiens</b>                            | <a href="https://www.facebook.com/groups/212409112254827/?ref=group_browse_new">https://www.facebook.com/groups/212409112254827/?ref=group_browse_new</a> |   |
| <b>Kinés PACA</b>                                 | <a href="https://www.facebook.com/groups/168194773384/?ref=group_browse_new">https://www.facebook.com/groups/168194773384/?ref=group_browse_new</a>       | ✓ |
| <b>Je participe aux recherches en psychologie</b> | <a href="https://www.facebook.com/groups/45226015376/?ref=group_browse_new">https://www.facebook.com/groups/45226015376/?ref=group_browse_new</a>         | ✓ |
| <b>Conviviavenir</b>                              | <a href="https://www.facebook.com/groups/343204029384739/?ref=group_browse_new">https://www.facebook.com/groups/343204029384739/?ref=group_browse_new</a> | ✓ |
| <b>Conviviavenir</b>                              | <a href="https://www.facebook.com/groups/1647157442235740/">https://www.facebook.com/groups/1647157442235740/</a>   | ✓ |
| <b>France parkinson</b>                           | <a href="https://www.facebook.com/chaquepasestuneconquete/">https://www.facebook.com/chaquepasestuneconquete/</a>   |   |
| <b>Patient world _meniere</b>                     | <a href="https://www.entrepaticients.net/fr/communautes/groupes/meniere">https://www.entrepaticients.net/fr/communautes/groupes/meniere</a>               |   |
| <b>Doctissimo</b>                                 | <a href="http://forum.doctissimo.fr/">http://forum.doctissimo.fr/</a>   |   |
| <b>Physiorama</b>                                 | <a href="http://www.physiorama.com/forum/index.html">http://www.physiorama.com/forum/index.html</a>   | ✓ |
| <b>Actukine</b>                                   | <a href="https://www.actukine.com/forum/">https://www.actukine.com/forum/</a>   | ✓ |
| <b>Le bon coin 15</b>                             | <a href="https://www.facebook.com/groups/220282638103867/?ref=br_rs">https://www.facebook.com/groups/220282638103867/?ref=br_rs</a>                       | ✓ |
| <b>Le bon coin corse</b>                          | <a href="https://www.facebook.com/groups/247246685611931/about/">https://www.facebook.com/groups/247246685611931/about/</a>                               | ✓ |
| <b>Le bon coin doubs</b>                          | <a href="https://www.facebook.com/groups/1421916231406336/?ref=br_rs">https://www.facebook.com/groups/1421916231406336/?ref=br_rs</a>                     | ✓ |
| <b>Le bon coin cuersois</b>                       | <a href="https://www.facebook.com/groups/897585793594719/?ref=br_rs">https://www.facebook.com/groups/897585793594719/?ref=br_rs</a>                       | ✓ |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Le bon coin du 77 78 75 91 92 93 94 95</b> | <a href="https://www.facebook.com/groups/514569415382508/?ref=br_rs">https://www.facebook.com/groups/514569415382508/?ref=br_rs</a> | ✓ |
| <b>Le bon coin du 64</b>                      | <a href="https://www.facebook.com/groups/369815756488046/about/">https://www.facebook.com/groups/369815756488046/about/</a>         | ✓ |
| <b>Le bon coin 06 83</b>                      | <a href="https://www.facebook.com/groups/boncoin.06.83/about/">https://www.facebook.com/groups/boncoin.06.83/about/</a>             | ✓ |
| <b>Le bon coin Finistère</b>                  | <a href="https://www.facebook.com/groups/1828101917514284/about/">https://www.facebook.com/groups/1828101917514284/about/</a>       | ✓ |
| <b>Le bon coin du 16</b>                      | <a href="https://www.facebook.com/groups/vente16achat/about/">https://www.facebook.com/groups/vente16achat/about/</a>               | ✓ |
| <b>Le bon coin du 08</b>                      | <a href="https://www.facebook.com/groups/417127121778405/about/">https://www.facebook.com/groups/417127121778405/about/</a>         | ✓ |
| <b>Le bon coin de calais</b>                  | <a href="https://www.facebook.com/groups/1413523088901045/about/">https://www.facebook.com/groups/1413523088901045/about/</a>       | ✓ |
| <b>Le bon coin du puy</b>                     | <a href="https://www.facebook.com/groups/344458639037253/about/">https://www.facebook.com/groups/344458639037253/about/</a>         | ✓ |
| <b>Le bon coin 28</b>                         | <a href="https://www.facebook.com/groups/1399880840274017/about/">https://www.facebook.com/groups/1399880840274017/about/</a>       | ✓ |
| <b>Le bon coin du 64</b>                      | <a href="https://www.facebook.com/groups/155193621239053/about/">https://www.facebook.com/groups/155193621239053/about/</a>         | ✓ |
| <b>Le bon coin du 31800</b>                   | <a href="https://www.facebook.com/groups/811449768980807/about/">https://www.facebook.com/groups/811449768980807/about/</a>         | ✓ |
| <b>LinkedIn</b>                               |   | ✓ |
| <b>Facebook perso</b>                         |   | ✓ |
| <b>Univ-kiné</b>                              | <a href="https://www.facebook.com/groups/1801242953220480/">https://www.facebook.com/groups/1801242953220480/</a>                   | ✓ |
| <b>Twitter</b>                                |   | ✓ |
| <b>Alorsvoila</b>                             | <a href="https://www.alorsvoila.com/contact/">https://www.alorsvoila.com/contact/</a>   |   |
| <b>Homo medicus</b>                           | <a href="http://www.homomedicalus.com/contact/success">http://www.homomedicalus.com/contact/success</a>                             |   |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Allodocteur</b>                     | <a href="https://www.allodocteurs.fr/contact">https://www.allodocteurs.fr/contact</a>   |   |
| <b>66 million d'impaticients</b>       | <a href="http://www.66millionsdimpaticients.org/enquete-aupres-des-usagers-sur-les-soins-de-kinesitherapie/">http://www.66millionsdimpaticients.org/enquete-aupres-des-usagers-sur-les-soins-de-kinesitherapie/</a> | ✓ |
| <b>Syndicats médecins rééducateurs</b> | <a href="http://www.syfmer.org/qui-sommes-nous/nous-contacter.html">http://www.syfmer.org/qui-sommes-nous/nous-contacter.html</a>   |   |
| <b>Sphp&amp; fnphg</b>                 | <a href="https://www.sphp.fr/contact-organisation/">https://www.sphp.fr/contact-organisation/</a>   |   |
| <b>Snamhp</b>                          | <a href="http://www.snamhp.org/">http://www.snamhp.org/</a>   |   |
| <b>Inph</b>                            | <a href="http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com/contacts">http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com/contacts</a>   |   |
| <b>Csmf</b>                            | <a href="http://www.csmf.org/">http://www.csmf.org/</a>   |   |
| <b>Fmf</b>                             | <a href="http://www.fmfpro.org/la-fmf-a-votre-ecoute.html#formulaire_formidable-12">http://www.fmfpro.org/la-fmf-a-votre-ecoute.html#formulaire_formidable-12</a>   |   |
| <b>Umepspe</b>                         | <a href="https://umespe.com/node/16">https://umespe.com/node/16</a>   |   |
| <b>Sml</b>                             | <a href="http://www.lesml.org/fr/56-comment-contacter-le-sml.php">http://www.lesml.org/fr/56-comment-contacter-le-sml.php</a>   |   |
| <b>Sofmer</b>                          | <a href="https://www.sofmer.com/?pageID=966c33aff775d03654bd60153078072b">https://www.sofmer.com/?pageID=966c33aff775d03654bd60153078072b</a>   |   |
| <b>Snjmg</b>                           | <a href="http://www.snjmg.org/actualites/coups-de-pouces">http://www.snjmg.org/actualites/coups-de-pouces</a>   |   |
| <b>Reagir</b>                          | <a href="https://www.reagir.fr/">https://www.reagir.fr/</a>   |   |
| <b>Pratiques</b>                       | <a href="https://pratiques.fr/">https://pratiques.fr/</a>   | ✓ |
| <b>Outils du soin</b>                  | <a href="http://www.outilsdusoin.fr/">http://www.outilsdusoin.fr/</a>   | ✓ |

## Annexe 7 : Plan du questionnaire diffusé en version électronique

|  |   |   |
|--|---|---|
| PARTIE 1.1<br><u>Consentement</u>  |   |   |
| PARTIE 1.2<br>Qsoca : Vous êtes<br>-Une Femme<br>-Un Homme<br>Qsobc : Quel est votre âge ?<br>Qsocc : êtes-vous professionnel de santé ?<br>-Oui<br>-Non<br>Qsocd : Quelle est votre profession ? <b><u>Présenté si Qsocc : Oui</u></b><br>-Médecin<br>-Sage-femme<br>-Infirmière<br>-Masseur-kinésithérapeute<br>-Orthophoniste<br>-Podologue<br>-Ergothérapeute<br>-autre : précisez |   |   |
| Questionnaire Patient<br><b><u>Présenté si :</u></b><br><b><u>-Qsocc : NON</u></b><br><b><u>-Qsocd : sage-femme, infirmière, orthophoniste, podologue, ergothérapeute, autre.</u></b>  | Questionnaire Médecin<br><b><u>Présenté si</u></b><br><b><u>Qsocd : médecin</u></b>   | Questionnaire Kinésithérapeutes<br><b><u>Présenté si</u></b><br><b><u>Qsocd : kinésithérapeute</u></b>  |
| QP1 ; QP2 : <u>Évocation hiérarchisée</u>  | QM1 ; QM2 : <u>Évocation hiérarchisée</u>   | QK1 ; QK2 : <u>Évocation hiérarchisée</u>   |
| TEXTE P : <u>Technique de substitution</u> « Patients en général »<br>QP3, QP4<br><u>Technique de substitution</u> « Médecins en général »<br>QP5, QP6<br><u>Technique de substitution</u> « Kinésithérapeutes en général »<br>QP7, QP8  | TEXTE M : <u>Technique de substitution</u> « Médecins en général »<br>QM3, QM4<br><u>Technique de substitution</u> « Patients en général »<br>QM5, QM6<br><u>Technique de substitution</u> « Kinésithérapeutes en général »<br>QM7, QM8 | TEXTE K : <u>Technique de substitution</u> « Kinésithérapeutes en général »<br>QK3, QK4<br><u>Technique de substitution</u> « Patients en général »<br>QK5, QK6<br><u>Technique de substitution</u> « Médecins en général »<br>QK7, QK8 |
| TEXTE : <u>Question de caractérisation</u><br>Procédure de choix des 20 items parmi les 25<br>QP9 QP10 QP11 QP12   | TEXTE : <u>Question de caractérisation</u><br>Procédure de choix des 20 items parmi les 25<br>QM9 QM10 QM11 QM12  | TEXTE : <u>Question de caractérisation</u><br>Procédure de choix des 20 items parmi les 25<br>QK9 QK10 QK11 QK12  |
| TEXTE : DITES-NOUS-EN UN PEU PLUS SUR VOUS   | TEXTE : DITES-NOUS-EN UN PEU PLUS SUR VOUS  | TEXTE : DITES-NOUS-EN UN PEU PLUS SUR VOUS  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>QP13 : Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Agriculture</li> <li>-Artisans, Commerçants et Chefs</li> <li>-Cadres, Professions intellectuelles supérieures</li> <li>-Professions intermédiaires</li> <li>-Employés</li> <li>-Ouvriers</li> <li>-Retraités</li> <li>-Autres</li> </ul> <p>QP14 : Pratiquez-vous des techniques ostéopathiques ou de thérapies manuelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Oui</li> <li>-Non</li> </ul> <p>QP15 : Quel est votre niveau d'étude ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sans diplôme</li> <li>-CAP</li> <li>-BEP</li> <li>-Bac</li> <li>-Bac + 2</li> <li>-Bac + 3</li> <li>-Bac + 4</li> <li>-Bac + 5</li> <li>-Bac + 8</li> </ul> | <p>QM13 : Quelle est votre spécialité ?</p> <p>QM14 : Pratiquez-vous des techniques ostéopathiques ou de thérapies manuelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Oui</li> <li>-Non</li> </ul> <p>QM15 : Avez-vous d'autres diplômes ?</p>  | <p>QK13 : Quelle est votre spécialité ?</p> <p>QK14 : Pratiquez-vous des techniques ostéopathiques ou de thérapies manuelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Oui</li> <li>-Non</li> </ul> <p>QK15 : Avez-vous d'autres diplômes ?</p>  |
| <p>QP16 : Connaissez-vous personnellement des kinésithérapeutes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun</li> <li>Très peu</li> <li>Quelques-uns</li> <li>Plusieurs</li> <li>Beaucoup</li> </ul> <p>QP17 : Avez-vous des kinés dans votre entourage ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-aucun</li> <li>-connaissance</li> <li>-ami(s)</li> <li>-famille proche</li> <li>-conjoint</li> </ul>  | <p>QM16 : Connaissez-vous personnellement des kinésithérapeutes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun</li> <li>Très peu</li> <li>Quelques-uns</li> <li>Plusieurs</li> <li>Beaucoup</li> </ul> <p>QM17 : Avez-vous des kinés dans votre entourage ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-aucun</li> <li>-connaissance</li> <li>-ami(s)</li> <li>-famille proche</li> <li>-conjoint</li> </ul> | <p>QK16 : Côté-yez-vous personnellement des kinésithérapeutes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun</li> <li>Très peu</li> <li>Quelques-uns</li> <li>Plusieurs</li> <li>Beaucoup</li> </ul> <p>QK17 : Avez-vous des kinés dans votre entourage ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-aucun</li> <li>-connaissance</li> <li>-ami(s)</li> <li>-famille proche</li> <li>-conjoint</li> </ul> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>QP18 : Avez-vous déjà reçu des soins de kiné ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jamais</li> <li>-Très rarement</li> <li>-Rarement</li> <li>-Occasionnellement</li> <li>-Souvent</li> <li>-Assez souvent</li> <li>-Très souvent</li> </ul> <p>QP19 : Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) ?</p> <p>QP20 : Si oui, pendant combien de temps ont durés ces soins ?</p> <p>QP21 : si oui, dans quelle(s) situations ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Libéral</li> <li>- Institution</li> <li>- Les 2</li> </ul> <p>QP22 : Si vous avez une expérience du libéral, comment travaillait le/la kiné qui vous a pris en charge ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-kiné seul(e)</li> <li>-kiné en groupe avec des kinés</li> <li>-kiné en groupe interdi</li> </ul> | <p>QM18 : Depuis quand exercez-vous ?</p> <p>QM19 : Dans quelle situation avez-vous exercé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Libéral</li> <li>Institution</li> <li>Les 2</li> </ul> <p>QM20 : Si vous avez une expérience du libéral, vous étiez :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Seul(e)</li> <li>-en groupe de médecins</li> <li>En groupe interdisciplinaires dont des kinés</li> <li>-en groupe interdisciplinaires sans kinés</li> </ul> <p>QM21 : Prescrivez-vous des soins de kinésithérapie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jamais</li> <li>-Très rarement</li> <li>-Rarement</li> <li>-Occasionnellement</li> <li>-Souvent</li> <li>-Assez souvent</li> <li>-Très souvent</li> </ul> <p>QM22 : Si jamais ou très rarement, pourquoi ?</p> <p>QM23 : Pouvez-vous nous indiquer le volume d'actes de kinésithérapie que vous avez prescrit qui figure sur votre dernier SNIR ?</p> <p>QM24 : Quel est votre secteur d'activité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Secteur 1</li> <li>-Secteur 2</li> </ul> <p>QM25 : Avez-vous participé à des formations en lien avec ces soins ou leurs prescriptions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jamais</li> <li>-Très rarement</li> <li>-Rarement</li> <li>-Occasionnellement</li> </ul> | <p>QK18 : Depuis quand exercez-vous ?</p> <p>QK19 : Dans quelle situation avez-vous exercé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Libéral</li> <li>Institution</li> <li>Les 2</li> </ul> <p>QK20 : Si vous avez une expérience du libéral, vous étiez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Seul(e)</li> <li>-en groupe avec des kinés</li> <li>-en groupe interdisciplinaire sans médecins</li> <li>-en groupe interdisciplinaire avec médecins</li> </ul> <p>QK21 : Prescrivez-vous des dispositifs médicaux (attelles, ceinture lombaire, coussins, etc.) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jamais</li> <li>-Très rarement</li> <li>-Rarement</li> <li>-Occasionnellement</li> <li>-Souvent</li> <li>-Assez souvent</li> <li>-Très souvent</li> </ul> <p>QK22 : Si oui, pourquoi ?</p> <p>QK23 : Proposez-vous des prestations en accès direct (par exemple : massage bien-être, prévention, etc.) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jamais</li> <li>-Très rarement</li> <li>-Rarement</li> <li>-Occasionnellement</li> <li>-Souvent</li> <li>-Assez souvent</li> <li>-Très souvent</li> </ul> <p>QK24 : Si oui, pourquoi ?</p> |
|---|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
| sciplin<br>aire<br>sans<br>médec<br>ins<br>-en<br>groupe<br>interdi<br>sciplin<br>aire<br>avec<br>médec<br>ins   | -Souvent<br>-Assez souvent<br>-Très souvent  | QK25 : À quelle fréquence<br>pratiquez-vous ces<br>prestations ?<br>-Jamais<br>-Très rarement<br>-Rarement<br>-Occasionnellement<br>-Souvent<br>-Assez souvent<br>-Très souvent                        |
| QP23 : Avez-vous<br>interrompu vos séances<br>avant la fin de l'ordonnance<br>?  | QM26 : Avez-vous<br>interrompu une prise en<br>charge avant la fin de<br>l'ordonnance ?<br>-Jamais<br>-Très rarement<br>-Rarement<br>-Occasionnellement<br>-Souvent<br>-Assez souvent<br>-Très souvent | QK26 : Avez-vous<br>interrompu une prise en<br>charge avant la fin de<br>l'ordonnance ?<br>-Jamais<br>-Très rarement<br>-Rarement<br>-Occasionnellement<br>-Souvent<br>-Assez souvent<br>-Très souvent |
| -Jamais<br>-Très rarement<br>-Rarement<br>-Occasionnellement<br>-Souvent<br>-Assez souvent<br>-Très souvent  | QM27 : Si<br>Oui,<br>pourquoi ?  | QK27 : Si<br>Oui,<br>pourquoi ?  |
| QP24 : Si oui,<br>pourquoi ?   | QM28 : un kiné a –il<br>interrompu une prise en<br>charge que vous aviez<br>prescrite ?<br>-Jamais<br>-Très rarement<br>-Rarement<br>-Occasionnellement<br>-Souvent<br>-Assez souvent<br>-Très souvent | QK28 : Un médecin a<br>interrompu votre prise en<br>charge ?<br>-Jamais<br>-Très rarement<br>-Rarement<br>-Occasionnellement<br>-Souvent<br>-Assez souvent<br>-Très souvent                            |
| QP25 : Un médecin vous a-<br>t-il fait interrompre des<br>séances ?<br>-Jamais<br>-Très rarement<br>-Rarement<br>-Occasionnellement<br>-Souvent<br>-Assez souvent<br>-Très souvent | QM29 : Si<br>Oui,<br>pourquoi ?  | QK29 : Si<br>Oui,<br>pourquoi ?  |
| QP26 : Si oui,<br>pourquoi ?   | QP30 : Un patient a-t-il<br>interrompu des séances que<br>vous aviez prescrites ?<br>-Jamais<br>-Très rarement<br>-Rarement<br>-Occasionnellement<br>-Souvent<br>-Assez souvent<br>-Très souvent       | QP30 : Un patient a-t-il<br>interrompu des séances<br>avant la fin de l'ordonnance<br>?<br>-Jamais<br>-Très rarement<br>-Rarement<br>-Occasionnellement<br>-Souvent<br>-Assez souvent<br>-Très souvent |
| QP27 : Un Kiné vous a-t-il<br>fait interrompre des<br>séances ?<br>-Jamais<br>-Très rarement<br>-Rarement<br>-Occasionnellement<br>-Souvent<br>-Assez souvent<br>-Très souvent     | QP31 : Si oui,<br>pourquoi ?   | QP31 : Si oui,<br>pourquoi ?   |
| QP28 : Si oui,<br>pourquoi ?   | QM32 : Avez-vous déjà reçu<br>des soins de kiné ?<br>-Jamais<br>-Très rarement<br>-Rarement<br>-Occasionnellement  |  |

QP29 : Avez-vous consulté un ostéopathe ?

- Jamais
- Très rarement
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Assez souvent
- Très souvent

QP30 : Si oui, pourquoi ?

QP31 : Avez-vous eu recours à des médecines « non-conventionnelles » (naturelles, acuponcture, shiatsu, Âyurveda, médecine chinoise, réflexologie, coupeur de feu, guérisseur, rebouteux, etc.)

- Jamais
- Très rarement
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Assez souvent
- Très souvent

QP32 : Si oui, pourquoi ?

QP33 : Savez-vous si les soins de kiné sont tous remboursés ?

- Aucun
- Très peu
- Certains
- Quelques un
- Beaucoup
- Presque tous
- Tous

QP34 : les soins de kiné ne sont pas nécessairement prescrits par un médecin ?

- Aucun
- Très peu
- Certains
- Quelques un
- Beaucoup
- Presque tous
- Tous

-Souvent

-Assez souvent

-Très souvent

QM33 : Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) ?

QM34 : Si oui, pendant combien de temps ont durés ces soins ?

QM35 : si oui, dans quelle(s) situations ?

- Libéra
- 1
- 
- Institu
- tion
- Les 2

QM36 : Si vous avez une expérience du libéral, comment travaillait le/la kiné qui vous a pris en charge ?

- kiné
- seul(e)
- kiné
- en
- groupe
- avec
- des
- kinés
- kiné
- en
- groupe
- interdi
- sciplin
- aire
- sans

QK32 : Avez-vous déjà reçu des soins de kiné ?

- Jamais
- Très rarement
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Assez souvent
- Très souvent

QK33 : Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) ?

QK34 : Si oui, pendant combien de temps ont durés ces soins ?

QK35 : si oui, dans quelle(s) situations ?

- 
- Libéra
- 1
- 
- Institu
- tion
- Les 2

QK36 : Si vous avez une expérience du libéral, comment travaillait le/la kiné qui vous a pris en charge ?

- kiné
- seul(e)
- kiné
- en
- groupe
- avec
- des
- kinés
- kiné
- en
- groupe



|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>QP35 : Avez-vous déjà consulté un kiné sans passer par un médecin ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jamais</li> <li>-Très rarement</li> <li>-Rarement</li> <li>-Occasionnellement</li> <li>-Souvent</li> <li>-Assez souvent</li> <li>-Très souvent</li> </ul> <p>QP36 : Si oui, pourquoi ?</p> | <p>médec<br/>ins<br/>-en<br/>groupe<br/>interdi<br/>sciplin<br/>aire<br/>avec<br/>médec<br/>ins</p>  | <p>interdi<br/>sciplin<br/>aire<br/>sans<br/>médec<br/>ins<br/>-en<br/>groupe<br/>interdi<br/>sciplin<br/>aire<br/>avec<br/>médec<br/>ins</p>   |
|   | <p>QM37 : Si vous avez reçu des soins de kiné, qui vous les a prescrits ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Moi-même</li> <li>-Un autre médecin</li> <li>-les deux</li> </ul>  | <p>QK37 : Avez-vous interrompu vos séances avant la fin de l'ordonnance ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jamais</li> <li>-Très rarement</li> <li>-Rarement</li> <li>-Occasionnellement</li> <li>-Souvent</li> <li>-Assez souvent</li> <li>-Très souvent</li> </ul>   |
|   | <p>QM38 : Avez-vous interrompu vos séances avant la fin de l'ordonnance ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jamais</li> <li>-Très rarement</li> <li>-Rarement</li> <li>-Occasionnellement</li> <li>-Souvent</li> <li>-Assez souvent</li> <li>-Très souvent</li> </ul> <p>QM38 : Si oui, pourquoi ?</p> | <p>QK38 : Si oui, pourquoi ?</p> <p>QK39 : Avez-vous consulté un ostéopathe ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jamais</li> <li>-Très rarement</li> <li>-Rarement</li> <li>-Occasionnellement</li> <li>-Souvent</li> <li>-Assez souvent</li> <li>-Très souvent</li> </ul>   |
|   | <p>QM39 : Avez-vous consulté un ostéopathe ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jamais</li> <li>-Très rarement</li> <li>-Rarement</li> <li>-Occasionnellement</li> <li>-Souvent</li> <li>-Assez souvent</li> <li>-Très souvent</li> </ul> <p>QM40 : Si oui, pourquoi ?</p>                              | <p>QK40 : Si oui, pourquoi ?</p> <p>QK41 : Avez-vous eu recours à des médecines « non-conventionnelles » (naturelles, acuponcture, shiatsu, Âyurveda, médecine chinoise, réflexologie, coupeur de feu, guérisseur, rebouteux, etc.) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jamais</li> <li>-Très rarement</li> </ul> |
|   | <p>QM41 : Avez-vous eu recours à des médecines « non-conventionnelles » (naturelles, acuponcture,</p>  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>shiatsu, Âyurveda, médecine chinoise, réflexologie, coupeur de feu, guérisseur, rebouteux, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Jamais</li><li>-Très rarement</li><li>-Rarement</li><li>-Occasionnellement</li><li>-Souvent</li><li>-Assez souvent</li><li>-Très souvent</li></ul> <p>QM42 : Si oui, pourquoi ?</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>-Rarement</li><li>-Occasionnellement</li><li>-Souvent</li><li>-Assez souvent</li><li>-Très souvent</li></ul> <p>QK42 : Si oui, pourquoi ?</p> |
|--|--|---|

## Annexe 8 : Liste des variables du questionnaire et codage associé

| VARIABLE                               | POPULATION |   |    | CODAGE                      | Nature de la variable   |
|--|------------|---|----|-----------------------------|-------------------------|
|  | M          | P | MK |                             |                         |
| Évocations hiérarchisées (Q1, Q2)      | ✓          | ✓ | ✓  |                             | RS contenu et structure |
| Substitution (Q3 à Q8)                 | ✓          | ✓ | ✓  |                             | RS contenu et structure |
| Question de caractérisation (Q9 à Q12) | ✓          | ✓ | ✓  |                             | RS contenu et structure |
| Qsoca: sexe                            | ✓          | ✓ | ✓  | H/F                         | Sociodémographique      |
| Qsobc: Age                             | ✓          | ✓ | ✓  |                             | Sociodémographique      |
| QP13: csp                              |            | ✓ |    | CSP+/CSP-                   | Sociodémographique      |
| Qsocc                                  | ✓          |   | ✓  |                             | Sociodémographique      |
| Qsocd                                  | ✓          |   | ✓  |                             | Sociodémographique      |
| Q14 Pratique ostéo                     | ✓          | ✓ | ✓  | êtreOSTEO+/êtreOSTEO-       | Socioprofessionnel      |
| Q16 connaissance de kiné               | ✓          | ✓ | ✓  | Connaissance+/connaissance- | Socio-personnel         |
| Q17 kiné dans l'entourage              | ✓          | ✓ | ✓  | entourage+/entourage-       | Socio-personnel         |
| QP18;QK32;QM32; Reçu SK                | ✓          | ✓ | ✓  | reçuSK+/reçuSK-             | Vécu personnel          |

|  |   |   |   |                                   |                |
|--|---|---|---|-----------------------------------|----------------|
| QP21;Pk35;QM<br>35; reçu en<br>libéral ou<br>institut        | ✓ | ✓ | ✓ | Libéral/Institution               | Vécu personnel |
| QP22;QM36;Q<br>K36: type<br>cabinet libéral                  | ✓ | ✓ | ✓ | IndiceInterproK+/IndiceInterproK- | Vécu personnel |
| QP23; QM38;<br>QK37: stop<br>séances<br>personnelles         | ✓ | ✓ | ✓ | stopPerso+/stopPerso-             | Pratique       |
| QP25;QM26;Q<br>K28:<br>interruption<br>séances reçu par<br>M | ✓ | ✓ | ✓ | stopM+/stopM-                     | Vécu personnel |
| QP27;QM28;Q<br>K26:<br>interruption<br>séance reçu par<br>K  | ✓ | ✓ | ✓ | stopK+/stopK-                     | Vécu personnel |
| QP23 ; QM30 ;<br>QK30 :<br>Interruption<br>séances par P     | ✓ | ✓ | ✓ | stopP+/stopP-                     | Vécu personnel |
| QP29;QM40;Q<br>K39:  | ✓ | ✓ | ✓ | consultOstéo+/consultOstéo-       | Pratique       |

|   |   |   |   |   |                    |
|---|---|---|---|---|--------------------|
| consultation<br>ostéopathie   |   |   |   |   |                    |
| QP31;QM42;Q<br>K41:<br>consultation de<br>médecines non<br>conventionnelle<br>s | ✓ | ✓ | ✓ | consultMedNonConv+/<br>consultMedNonConv-   | Pratique           |
| QM19;QK19:<br>situation<br>d'exercice   | ✓ |   | ✓ | Libéral/Institution/Mixte                   | Socioprofessionnel |
| QM20;QK20:<br>type d'ex libéral   | ✓ |   |   | Interdisciplinaire+/<br>Interdisciplinaire- | Socioprofessionnel |
| QM21;QK21:<br>prescription  | ✓ |   | ✓ | Prescription+/<br>prescription-             | Pratique           |
| QM30;QK30:<br>interruption de<br>séances par P                                  | ✓ |   | ✓ | StopP+/<br>StopP-                           | Vécu pro           |
| QM22: secteur<br>d'activité   | ✓ |   |   | I/II  | Socioprofessionnel |
| QK23:<br>prestations en<br>accès<br>direct;qp35: sk<br>sans prescription        |   | ✓ | ✓ | dierct+/<br>dierct-                         | Pratique           |

---

|                                      |   |  |  |                                       |          |
|--------------------------------------|---|--|--|---------------------------------------|----------|
| QM25:<br>formation sur la<br>kiné    | ✓ |  |  | formation+/formation-                 | Vécu pro |
| QM37: auto-<br>prescription de<br>sk | ✓ |  |  | prescriptionperso+/prescriptionperso- | Pratique |

## Annexe 9 : Répartition des thèmes de la grille d'analyse par population

| Thématiques    | Thème  | Sous-thème  | Fréquence /population |      |     |
|----------------|--|---|-----------------------|------|-----|
|                |  |   | P                     | M    | K   |
| Nature du soin | La démarche, le but du recours à la kinésithérapie | Inconnu, ne savent pas                              | 33%                   | 0%   | 17% |
|                | Description de la relation MG/MK*                  | La vision des médecins sur le métier de MK*         | 0%                    | 100% | 17% |
|                |  | Dossier informatique                                | 17%                   | 33%  | 0%  |
|                | Attitude à l'égard de la kinésithérapie            | Attitude Négative                                   | 67%                   | 50%  | 67% |
|                | Choix du recours à la kinésithérapie               | Critères d'orientation libéral/institution          | 0%                    | 0%   | 33% |
|                |  | Par pathologies                                     | 67%                   | 67%  | 33% |
|                |  | Par spécialités/<br>Techniques                      | 17%                   | 83%  | 50% |
|                |  | Par praticiens                                      | 67%                   | 67%  | 17% |
|                |  | Choix géographique                                  | 33%                   | 33%  | 17% |
|                | Dimension relationnelle MK*/PATIENT                | TOUCHÉ- Touché technique                            | 50%                   | 17%  | 33% |
|                |  | TOUCHER- Contact physique manuel                    | 17%                   | 33%  | 17% |
|                |  | TOUCHER- Contact physique corporel et sensoriel     | 17%                   | 0%   | 50% |
|                |  | « Ne me touche pas »                                | 17%                   | 17%  | 33% |
|                |  | Adhésion, engagement, confiance                     | 50%                   | 50%  | 83% |
|                |  | Pudeur  | 17%                   | 0%   | 17% |
|                | Prescrire de la kiné c'est :                       | Comme prescrire des médicaments                     | 0%                    | 0%   | 17% |
|                |  | Différent de prescrire des médicaments              | 0%                    | 67%  | 0%  |
|                |  | Faire une ordonnance                                | 17%                   | 100% | 33% |
|                | Référentiel professionnel                          | La consultation médicale                            | 17%                   | 50%  | 0%  |
|                | Dimension spatio-temporelle                        | Durée des actes/ rythme                             | 50%                   | 33%  | 67% |
|                |  | Organisation du cabinet                             | 67%                   | 33%  | 83% |
|                |  | Organisation personnelle/qualité de vie personnelle | 0%                    | 0%   | 17% |
|                |  | Organisation temporelle des soins                   | 67%                   | 0%   | 67% |
| Sens du soin   | La démarche, le but du recours à la kinésithérapie | Bien-être   | 83%                   | 17%  | 17% |
|                |  | Prévenir  | 17%                   | 50%  | 17% |
|                |  | Guérir (cure)-                                      | 33%                   | 50%  | 33% |
|                |  | Soigner (care)                                      | 50%                   | 83%  | 83% |

|           |                                       |   |                                   |     |     |     |
|-----------|---------------------------------------|---|-----------------------------------|-----|-----|-----|
|           |                                       | Sociétal (prendre soin de soi) -                        | 17%                               | 17% | 0%  |     |
|           |                                       | Pour parler   | 17%                               | 0%  | 17% |     |
|           | Choix du recours à la kinésithérapie- | Alternatif (au médicament, oriental, exotique, naturel) | 17%                               | 50% | 0%  |     |
|           |                                       | Le cas social   | 0%                                | 0%  | 17% |     |
|           |                                       | Pour faire plaisir au malade                            | 0%                                | 50% | 0%  |     |
| Processus | Dimension relationnelle MK*/Patient   | Toucher- part intuitive                                 | 0%                                | 17% | 33% |     |
|           |                                       | Commerciale   | 17%                               | 0%  | 17% |     |
|           |                                       | On s'occupe de moi                                      | 33%                               | 33% | 17% |     |
|           |                                       | On fait ce qu'il nous demande                           | 17%                               | 0%  | 17% |     |
|           |                                       | Information/ négociation                                | 50%                               | 0%  | 17% |     |
|           |                                       | Choix du recours à la kinésithérapie                    | Le choix du patient               | 33% | 17% | 0%  |
|           |                                       | Référentiel professionnel                               | Propre aux kinés                  | 17% | 0%  | 33% |
|           |                                       |   | Compétence/savoir-faire du kiné   | 67% | 33% | 0%  |
|           |                                       |   | C'est de l'art                    | 0%  | 17% | 0%  |
|           |                                       |   | Relation médecin/patient          | 50% | 50% | 0%  |
|           |                                       |   | Crainte de poursuite judiciaire   | 0%  | 33% | 33% |
|           |                                       |   | Propre aux patients               | 50% | 0%  | 33% |
|           |                                       |   | Propre aux médecins               | 17% | 0%  | 17% |
|           |                                       | La démarche, le but du recours à la kinésithérapie      | Bilan                             | 33% | 17% | 17% |
|           |                                       | Travail d'équipe  | Travail d'équipe : oui            | 17% | 83% | 50% |
|           |                                       | Description de la relation MG/MK*                       | Communication directe             | 0%  | 83% | 83% |
|           |                                       |   | Communication indirecte           | 0%  | 83% | 50% |
|           |                                       |   | Voie hiérarchique                 | 67% | 33% | 67% |
|           |                                       |   | Évaluation                        | 0%  | 67% | 0%  |
|           |                                       | Effets de la kinésithérapie                             | Placebo/Nocébo                    | 33% | 0%  | 17% |
|           |                                       |   | Ésotérique                        | 17% | 0%  | 17% |
|           |                                       | Dimension spatio-temporelle                             | Temps que ça prend pour le malade | 67% | 17% | 17% |
|           |                                       |   | Rentabilité                       | 33% | 33% | 50% |
|           |                                       |   | Enfermés dans nos petits cabinets | 0%  | 0%  | 33% |



|                  |                       |  |  |      |     |      |
|------------------|-----------------------|--|--|------|-----|------|
| Effets des soins | Somatique             | La démarche, le but du recours à la kinésithérapie | Fonctionnel  | 67%  | 83% | 50%  |
|                  |                       |  | Ne plus avoir mal  | 67%  | 50% | 33%  |
|                  |                       | Effets de la kinésithérapie                        | Physique Positif   | 33%  | 83% | 50%  |
|                  |                       |  | Physique Négatif   | 33%  | 50% | 17%  |
|                  | Psychologique         | Dimension relationnelle MK*/PATIENT                | La méthode brise-fer   | 17%  | 0%  | 0%   |
|                  |                       |  | TOUCHER- Dégoûtant   | 17%  | 17% | 17%  |
|                  |                       |  | TOUCHER- Intimité, pudeur  | 33%  | 33% | 33%  |
|                  |                       | La démarche, le but du recours à la kinésithérapie | Plaisir, aimer se faire masser   | 33%  | 0%  | 17%  |
|                  |                       | Attitude à l'égard de la kinésithérapie            | Attitude positive  | 100% | 83% | 100% |
|                  |                       | Effets de la kinésithérapie                        | Psychologique Négatif  | 17%  | 17% | 0%   |
|                  | Psychologique Positif |  | 50%  | 33%  | 50% |      |
|                  | Relationnel           | Dimension relationnelle MK*/PATIENT                | Déshumanisé  | 33%  | 0%  | 83%  |
|                  |                       |  | Toucher- communication non verbale (empathie, connaissance de l'autre) | 33%  | 17% | 50%  |
|                  |                       |  | Toucher- adhésion, engagement, confiance                               | 17%  | 17% | 33%  |
|                  |                       |  | Toucher- fusion, lien fort   | 17%  | 33% | 33%  |
|                  |                       |  | Ecoute, dialogue, empathie   | 67%  | 0%  | 83%  |
|                  |                       |  | Fusion, lien fort  | 33%  | 33% | 50%  |
|                  | Social                | La démarche, le but du recours à la kinésithérapie | Gestion du handicap/autonomie  | 33%  | 17% | 50%  |
|                  |                       | Effets de la kinésithérapie                        | Social   | 17%  | 17% | 50%  |

**Annexe 10 : Description de la population d'entretien**

| <b>N = 18</b>                    | <b>Moyenne</b>      |
|----------------------------------|---------------------|
| Age en années                    | 46,4                |
| Patient                          | 54,3                |
| Médecin                          | 53,2                |
| Kinésithérapeute                 | 31,7                |
|                                  | <b>Effectif (%)</b> |
| Sexe                             |                     |
| Masculin                         | 8 (44)              |
| Féminin                          | 10 (56)             |
| Groupe Patient                   | 6 (33)              |
| Sexe                             |                     |
| Masculin                         | 2 (33)              |
| Féminin                          | 4 (67)              |
| Catégories socio-professionnelle |                     |
| Cadre                            | 2 (33)              |
| Employé                          | 1 (17)              |
| Retraité                         | 1 (17)              |
| Sans activité                    | 2 (33)              |
| Catégories de pathologies        |                     |
| Chirurgie                        | 1 (17)              |
| Neurologie                       | 2 (33)              |
| Orthopédie                       | 1 (17)              |
| Psychiatrie                      | 1 (17)              |
| Rhumatologie                     | 3 (50)              |
| Traumatologie sportive           | 1 (17)              |
| Expérience                       |                     |
| Libéral                          | 4 (67)              |
| Établissement                    | 0 (0)               |
| Mixte                            | 2 (33)              |
| Lien avec amical ou familiale    | 1 (17)              |
| Groupe Médecin                   | 6 (33)              |
| Sexe                             |                     |
| Masculin                         | 3 (50)              |
| Féminin                          | 3 (50)              |
| Spécialité                       |                     |
| Généraliste                      | 4 (67)              |
| Spécialiste                      | 2 (33)              |
| Expérience                       |                     |
| Libéral                          | 3 (50)              |
| Établissement                    | 1(17)               |
| Mixte                            | 2 (33)              |
| Lien avec amical ou familiale    | 2 (33)              |
| Expérience personnelle des SK    | 2 (33)              |
| Groupe Kinésithérapeute          | 6 (33)              |

---

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| Sexe                          |        |
| Masculin                      | 3 (50) |
| Féminin                       | 3 (50) |
| Spécialité                    |        |
| Généraliste                   | 1 (17) |
| Spécialiste                   | 5 (83) |
| Expérience                    |        |
| Libéral                       | 3 (50) |
| Établissement                 | 2 (33) |
| Mixte                         | 1(17)  |
| Lien avec amical ou familiale | 1 (17) |
| Expérience personnelle des SK | 0 (0)  |

---

## Annexe 11 : Description de la population recrutée par questionnaires

| N = 439  | Effectif |         |
|--|----------|---------|
| <b>Age en années</b>                                 |          |         |
| Moins de 28,2  | 84       |         |
| De 28,2 à 37,3                                       | 104      |         |
| De 37,3 à 46,5                                       | 82       |         |
| De 46,5 à 55,7                                       | 84       |         |
| De 55,7 à 64,8                                       | 66       |         |
| 64,8 et plus   | 19       |         |
| Minimum=19 Maximum=73 Moyenne=42,20 Écart-type=13,23 |          |         |
| <b>Effectif (%)</b>                                  |          |         |
| <b>Sexe</b>  |          |         |
| Masculin   | 205      | (46,7%) |
| Féminin  | 234      | (58,2%) |
| <b>Groupe Patient</b>                                |          |         |
| Sexe   |          |         |
| Masculin   | 33       | (71,7%) |
| Féminin  | 13       | (28,3%) |
| <b>Catégories socio-professionnelle</b>              |          |         |
| Agriculture  | 1        | 2,2%    |
| Autres   | 15       | 32,6%   |
| Cadres, Professions intellectuelles supérieures      | 17       | 37,0%   |
| Employés   | 4        | 8,7%    |
| Ouvriers   | 1        | 2,2%    |
| Professions intermédiaires                           | 7        | 15,2%   |
| Retraités  | 1        | 2,2%    |
| <b>Catégories de pathologies</b>                     |          |         |
| Rhumatologie   | 27       | 48,2 %  |
| Pelvi-périnéologie                                   | 3        | 5,4 %   |
| Traumatologie  | 16       | 28,6 %  |
| Pneumologie  | 1        | 1,8 %   |
| Phlébologie  | 1        | 1,8 %   |
| Neurologie   | 2        | 3,6 %   |
| Chirurgie orthopédique                               | 5        | 8,9 %   |
| Médecine du sport                                    | 1        | 1,8 %   |
| <b>Expérience</b>                                    |          |         |
| Libéral  |          |         |
| Établissement  |          |         |
| Mixte  |          |         |
| <b>Lien avec amical ou familiale</b>                 |          |         |
| Aucun  | 9        | 19,60%  |
| Connaissance   | 16       | 34,80%  |
| Ami(e)   | 18       | 39,10%  |
| Famille proche                                       | 8        | 17,40%  |
| Conjoint   | 0        | 0       |
| <b>Groupe Médecin</b>                                |          |         |
| Sexe   |          |         |
| Femme  | 27       | 58,70%  |
| Homme  | 19       | 41,30%  |
| <b>Spécialité</b>                                    |          |         |
| Médecine générale                                    | 12       | 52,20%  |
| Gynécologie  | 3        | 13,00%  |
| Chirurgie  | 3        | 13,00%  |
| Médecine Physique et réadaptation                    | 1        | 4,30%   |
| Pneumologue  | 1        | 4,30%   |
| Hématologue  | 1        | 4,30%   |
| Anesthésie   | 2        | 8,70%   |
| <b>Expérience</b>                                    |          |         |
| En institution                                       | 4        | 26,70%  |
| En libéral   | 10       | 66,70%  |
| Les deux   | 1        | 6,70%   |
| <b>Lien avec amical ou familiale</b>                 |          |         |
| Aucun  | 4        | 0,174   |

---

|                               |     |        |
|-------------------------------|-----|--------|
| Connaissance                  | 10  | 0,435  |
| Ami(e)                        | 9   | 0,391  |
| Famille proche                | 4   | 0,174  |
| Conjoint                      | 0   | 0      |
| <br>                          |     |        |
| Groupe Kinésithérapeute       | 347 | 84,20% |
| Sexe                          |     |        |
| Femme                         | 145 | 41,80% |
| Homme                         | 202 | 58,20% |
| Expérience                    |     |        |
| En institution                | 12  | 9,80%  |
| En libéral                    | 64  | 52,00% |
| Les deux                      | 47  | 38,20% |
| Lien avec amical ou familiale |     |        |
| Aucun                         | 7   | 5,70%  |
| Connaissance                  | 49  | 39,80% |
| Ami(s)                        | 88  | 71,50% |
| Famille proche                | 19  | 15,40% |
| Conjoint                      | 16  | 13,00% |

---

## Annexe 12 : Classes de discours issues de l'analyse IRaMuteQ appliquée aux entretiens

| N° de la classe                           | Classe 1   | Classe 2  | Classe 3   | Classe 4   |
|---|--|---|--|--|
| Thème général de la classe                | Soin articulé entre technique et relationnel   | Lieu (ou secteur) de travail et aux relations professionnelles  | Gestion du temps et ses effets psychologiques  | Le corps toucher comme expérience sensible   |
| Pourcentage par rapport au discours total | 33,01%   | 26,29%  | 22,51%   | 18,19%   |
| Variables associées ( $\chi^2$ )          | Médecins (31,88)<br>Établissements (7,71)  |   | Femme (36,84)<br>Kiné (18,78)<br>Établissement (3,85)  | Patient (12,77)<br>Libéral (21,78)<br>Femme (3,22)   |
| Sous-thèmes                               | <p><b>Technique :</b><br/>objectifs, physiques, pratiques, utilisés, traitements, thérapeutiques, domaines, moyens, formation, techniques, pratiqués, méthodes, études, preuves...</p> | <p>Lieux ou secteurs de travail :<br/>Libéral, public, boulot, venir, service, maison, centre, cabinet, travail, hôpital, privé, Marseille, clinique, salariés, Aix, gériatrie.</p> | <p><b>Gestion du temps :</b><br/>voir, aller, semaine, passer, séance, foi, mois, année, jour, minute, heure, rester, temps, arriver, dernier, revenir, demi-heure, journée, matin, repas, coucher, évolution.</p> | <p>Corps<br/>Corps, niveau, membres, dos, tension, épaule, rachis, bras, muscles, contractures, articulaires, colonnes, genoux, pieds, musculaires, passent, jambe, prothèses, chevilles, cou, asseoir, abdominale, cancer, consolider, squelette, zone.</p> |
|   | <p><b>Relationnel :</b><br/>relation, professionnelle, information, liée, dossier, impliquer, société, particuliers, situations, communication,</p>                                    | <p><b>Relations professionnelles :</b><br/>travailler, occuper, dépendre, envoyer, connaître, kinés, copains, chance, correspondre, regarder, équipes,</p>                          | <p><b>Effets psychologiques :</b><br/>content, dur, résultat, normalement, confiance, respecter, énerver, parole, choix,</p>   | <p><b>Ressenti :</b><br/>retrouver, déplacer, mobilité, alléger, agréable, étirement, soulager, souffrir, entraîner, ressortir, besoin, problèmes,</p>   |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | compétences, communiqués, proposer, comprendre, système, imposer, distance, réflexion.      | infirmier, insister, aimer, trouver, compliqué, remplacement, vacances, sympathiques, confrères, croisés, ostéopathes, appeler, contraint, super, rare, patient. | valoir, détendre, dire, confier, vivre, crier, ressasser.                | jouets, remontées, état.   |
|  | <b>Soin médical :</b><br>médical, kinésithérapie, médecine, diagnostic, santé, soin, direct |  | <b>Lexique de santé :</b><br>kiné, bottes, anti-inflammatoires, docteur. | <b>Touché :</b><br>massage, bouger, agir, tirer, ressortir, pression, usage, traction, ramené. |

**Annexe 13 : Description du corpus d'article**

| <b>Méthodologie</b> | <b>Effectifs</b> | <b>pourcentage</b> |
|---------------------|------------------|--------------------|
| Qualitative         | 40               | 72.73 %            |
| Quantitative        | 15               | 27.27 %            |
|                     | 55               | 100%               |

| <b>Discipline</b> | <b>Effectifs</b> | <b>pourcentage</b> |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Caring sciences   | 5                | 9.09 %             |
| Education         | 1                | 1.82 %             |
| Medicine          | 21               | 38.18 %            |
| Nursing           | 1                | 1.82 %             |
| Physiotherapy     | 12               | 21.82 %            |
| Rehabilitation    | 11               | 20%                |
| SHS               | 4                | 7.27 %             |
|                   | 55               | 100%               |

| <b>Pays étudié</b> | <b>Effectifs</b> | <b>pourcentage</b> |
|--------------------|------------------|--------------------|
| Australia          | 3                | 5.45 %             |
| Belgium            | 1                | 1.82 %             |
| Brazil             | 1                | 1.82 %             |
| Canada             | 4                | 7.27 %             |
| China              | 1                | 1.82 %             |
| Denmark            | 3                | 5.45 %             |
| Finland            | 3                | 5.45 %             |
| France             | 3                | 5.45 %             |
| Germany            | 2                | 3.64 %             |
| Ireland            | 1                | 1.82 %             |
| Israel             | 1                | 1.82 %             |
| Kuwait             | 1                | 1.82 %             |
| Netherland         | 3                | 5.45 %             |



|              |    |         |
|--------------|----|---------|
| Norway       | 4  | 7.27 %  |
| Poland       | 1  | 1.82 %  |
| Sweden       | 13 | 23.64 % |
| UK           | 8  | 14.55 % |
| UK Australia | 1  | 1.82 %  |
| US           | 1  | 1.82 %  |
|              | 55 | 100%    |

| <b>Population</b>       | <b>Effectifs</b> | <b>pourcentage</b> |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| Patient                 | 15               | 27.27 %            |
| Patient physiotherapist | 10               | 18.18 %            |
| Physician               | 2                | 3.64 %             |
| Physiotherapist         | 18               | 33.73 %            |
| Professional            | 6                | 10.91 %            |
| Professional patient    | 4                | 7.27 %             |
|                         | 55               | 100 %              |

## Annexe 14 : Corpus des articles académiques (1995-2021)

| N° | PMI<br>D     | Title   | Authors                       | Journal                                  | Year | DOI                              | publis<br>her | Code  |
|----|--------------|---|-------------------------------|--|------|----------------------------------|---------------|---|
| 1  |              | We got the whole story all at once': Physiotherapists use of key questions when meeting patients with long-standing pain. | Afrell, M., & Rudebeck, C. E. | Scandinavian Journal of Caring Sciences  | 2010 | 10.1111/j.1471-6712.2009.00718.x | Sweden        | **** *n_1<br>*auteur_alfred<br>*date_2010<br>*paysetudie_sweden<br>*population_patientphysiotherapist |
| 2  | 1950<br>8808 | Health care seeking behavior and perceptions of the medical profession among pre- and post-retirement age Dutch dancers.  | Air, M.                       | Journal Of Dance Medicine & Science      | 2009 |                                  | Germany       | **** *n_2<br>*auteur_air<br>*date_2009<br>*paysetudie_germany<br>*population_patient                  |
| 3  |              | Early mobilization of acute stroke patients.  | Arias, M., & Smith, L. N.     | Journal Of Clinical Nursing              | 2007 | 10.1111/j.1365-2702.2005.01488.x | uk            | **** *n_3<br>*auteur_arias<br>*date_2007<br>*paysetudie_uk<br>*population_professional                |
| 4  |              | Sexual boundaries between physiotherapists and patients are not perceived clearly: an observational study.                | Cooper, I., & Jenkins, S.     | The Australian Journal Of Physiotherapy, | 2008 | 10.1016/S0004-9514(08)70007-2    | australie     | **** *n_4<br>*auteur_cooper<br>*date_2008<br>*paysetudie_australia<br>*population_physiotherapist     |

|   |              |  |  |   |          |                              |         |  |
|---|--------------|--|--|---|----------|------------------------------|---------|--|
| 5 | 1086<br>3715 | Physiotherapists in Balint group training.   | Dahlgren, M. A., Almquist, A., & Krook, J.             | Physiotherapy Research International: The Journal For Researchers And Clinicians In Physical Therapy, England | 20<br>00 | 10.1002/pri.188              | sweden  | **** *n_5<br>*auteur_dahlgren<br>*date_2000<br>*paysetudie_sweden<br>*population_physiotherapist       |
| 6 | 1938<br>1097 | Physiotherapy after stroke in Ireland: a qualitative insight into the patients' and physiotherapists' experience.            | Galvin, R., Cusack, T., & Stokes, E.                   | International Journal Of Rehabilitation Research, England   | 20<br>09 | 10.1097/MRR.0b013e32832b083c | ireland | **** *n_6<br>*auteur_galvin<br>*date_2009<br>*paysetudie_ireland<br>*population_patientphysiotherapist |
| 7 | 1745<br>4798 | Factors important for good interaction in physiotherapy treatment of persons who have undergone torture: a qualitative study | Gard, G.   | Physiotherapy Theory And Practice, England  | 20<br>07 | 10.1080/09593980701209584    | sweden  | **** *n_7<br>*auteur_gard<br>*date_2007<br>*paysetudie_sweden<br>*population_physiotherapist           |
| 8 | 1044<br>4760 | Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective.           | Gyllensten, A. L., Gard, G., Salford, E., & Ekdahl, C. | Physiotherapy Research International: The Journal For Researchers And Clinicians In Physical Therapy,         | 19<br>99 | 10.1002/pri.156              | Sweden  | **** *n_8<br>*auteur_gyllensten<br>*date_1999<br>*paysetudie_sweden<br>*population_physiotherapist     |
| 9 |              | Gender bias in physicians'   | Hamberg, K., Risberg, G., Johansson,                   | Journal Of Women's Health &   | 20<br>02 | 10.1089/152460902760360595   | Sweden  | **** *n_9<br>*auteur_hamberg<br>*date_2002<br>*paysetudie_sweden                                       |

|    |  |   |   |   |      |                              |         |   |
|----|--|---|---|---|------|------------------------------|---------|---|
|    |  | management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination                                       | E. E., & Westman, G.  | Gender-Based Medicine   |      |                              |         | n<br>*population_physician  |
| 10 |  | Problem-solving in physiotherapy—Physiotherapists' talk about encounters with patients with non-specific low back pain. | Josephson, I., Hedberg, B., & Bülow, P.   | Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal, | 2013 | 10.3109/09638288.2012.705221 | Sweden  | **** *n_10<br>*auteur_josephson<br>*date_2013<br>*paysetudie_sweden<br>*population_physiotherapist    |
| 11 |  | Quality in rehabilitation after a working age person has sustained a fracture: Partnership contributes to continuity.   | Lindahl, M., Hvalsoe, B., Poulsen, J. R., & Langberg, H.                                | Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation                    | 2013 | 10.3233/WOR-121498           | denmark | **** *n_11<br>*auteur_lindahl<br>*date_2013<br>*paysetudie_denmark<br>*population_professionalpatient |
| 12 |  | Patients' priorities regarding outpatient physiotherapy care: a qualitative and quantitative study.                     | Peersman, W., Rooms, T., Bracke, N., Van Waelvelde, H., De Maeseneer, J., & Cambier, D. | Manual Therapy  | 2013 | 10.1016/j.math.2012.09.007   | Belgium | **** *n_12<br>*auteur_peersman<br>*date_2013<br>*paysetudie_belgium<br>*population_patient            |
| 13 |  | Patients, doctors, and therapists perceptions of  | Pellatt, G. C.  | Journal Of Interprofessional Care   | 2007 | 10.1080/13561820701195567    | UK      | **** *n_13<br>*auteur_pellatt<br>*date_2007<br>*paysetudie_unitedkingdom                              |

|    |  |   |                                |  |      |                             |         |   |
|----|--|---|--------------------------------|--|------|-----------------------------|---------|---|
|    |  | professional roles in spinal cord injury rehabilitation: Do they agree?   |                                |  |      |                             |         | *population_professionalpatient   |
| 14 |  | Patient-physiotherapist agreement in low back pain.   | Perreault, K., & Dionne, C. E. | The Journal Of Pain: Official Journal Of The American Pain Society   | 2005 | 10.1016/j.jpain.2005.07.008 | Canada  | **** *n_14<br>*auteur_perreault<br>*date_2005<br>*paysetudie_canada<br>*population_patientphysiotherapist |
| 15 |  | Does patient-physiotherapist agreement influence the outcome of low back pain? A prospective cohort study.              | Perreault, K., & Dionne, C. E. | BMC Musculoskeletal Disorders  | 2006 | 10.1186/1471-2474-7-76      | Canada  | **** *n_15<br>*auteur_perreault<br>*date_2006<br>*paysetudie_canada<br>*population_patientphysiotherapist |
| 16 |  | Tortured refugees' expectations of a multidisciplinary pain rehabilitation programme: an explorative qualitative study. | Persson, A. L., & Gard, G.     | Journal Of Rehabilitation Medicine : Official Journal Of The UEMS European Board Of Physical And Rehabilitation Medicine | 2013 | 10.2340/16501977-1101       | Denmark | **** *n_16<br>*auteur_person<br>*date_2013<br>*paysetudie_denmark<br>*population_patient                  |

|    |  |   |                                     |   |      |                               |           |  |
|----|--|---|-------------------------------------|---|------|-------------------------------|-----------|--|
| 17 |  | The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective.  | Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. | The Australian Journal Of Physiotherapy   | 2003 | 10.1016/s0004-9514(14)60239-7 | Australia | **** *n_17<br>*auteur_potter<br>*date_2003<br>*paysetudie_australia<br>*population_patient         |
| 18 |  | The perceptions of Danish physiotherapists on the ethical issues related to the physiotherapist-patient relationship during the first session: a phenomenological approach. | Praestegaard, J., & Gard, G.        | BMC Medical Ethics  | 2011 | 10.1186/1472-6939-12-21       | Sweden    | **** *n_18<br>*auteur_praestegaard *date_2011<br>*paysetudie_sweden<br>*population_physiotherapist |
| 19 |  | You never stop being a doctor: The stories of Russian immigrant physicians who converted to physiotherapy.  | Remennick, L., & Shakhar, G.        | Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine | 2003 | 10.1177/1363459303007001620   | Israel    | **** *n_19<br>*auteur_remennick<br>*date_2003<br>*paysetudie_israel<br>*population_physician       |

|    |          |  |   |  |      |                              |         |  |
|----|----------|--|---|--|------|------------------------------|---------|--|
| 20 |          | "Getting confirmation": gender in expectations and experiences of healthcare for neck or back patients.    | Stenberg, G., Fjellman-Wiklund, A., & Ahlgren, C.                     | Journal Of Rehabilitation Medicine : Official Journal Of The UEMS European Board Of Physical And Rehabilitation Medicine | 2012 | 10.2340/16501977-0912        | Sweden  | **** *n_20<br>*auteur_stenberg<br>*date_2012<br>*paysetudie_sweden<br>*population_patient                  |
| 21 | 22945210 | Aggression in the work environment of psychotherapists   | Szczegielniak, A., Skowronek, A., Krysta, K., & Krupka-Matuszczyk, I. | Psychiatria Danubina   | 2012 |                              | Poland  | **** *n_21<br>*auteur_szcsegielniak *date_2012<br>*paysetudie_poland<br>*population_physiotherapist        |
| 22 |          | Socio-affective characteristics and properties of extrinsic feedback in physiotherapy.                     | Talvitie, U.  | Physiotherapy Research International: The Journal For Researchers And Clinicians In Physical Therapy,                    | 2000 | 10.1002/pri.197              | Finland | **** *n_22<br>*auteur_talvitie<br>*date_2000<br>*paysetudie_finland<br>*population_patientphysiotherapist  |
| 23 |          | Exploring the negative social evaluation of patients by specialist physiotherapists working in residential | Thomson, D., & Love, H.   | Physiotherapy  | 2013 | 10.1016/j.physio.2011.09.003 | Norway  | **** *n_23<br>*auteur_thornquist<br>*date_1997<br>*paysetudie_norway<br>*population_patientphysiotherapist |

|    |          |  |   |  |      |                                  |             |  |
|----|----------|--|---|--|------|----------------------------------|-------------|--|
|    |          | intermediate care.   |   |  |      |                                  |             |  |
| 24 |          | Three voices in a Norwegian living room: an encounter from physiotherapy practice  | Thornquist, E.  | Medical Anthropology Quarterly   | 1997 | 10.1525/maq.1997.11.3.324        | Netherlands | **** *n_24<br>*auteur_vos<br>*date_2007<br>*paysetudie_netherlands<br>*population_patient        |
| 25 | 17244420 | Management of acute neck pain in general practice: a prospective study.            | Vos, C., Verhagen, A., Passchier, J., & Koes, B.      | The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners | 2007 |                                  | Finland     | **** *n_25<br>*auteur_wallin<br>*date_2008<br>*paysetudie_finland<br>*population_physiotherapist |
| 26 |          | Physiotherapists' accounts of their clients in geriatric inpatient rehabilitation. | Wallin, M., Talvitie, U., Cattan, M., & Karppi, S.-L. | Scandinavian Journal of Caring Sciences,   | 2008 | 10.1111/j.1471-6712.2007.00569.x | uk          | **** *n_26<br>*auteur_wood<br>*date_2013<br>*paysetudie_unitedkingdom<br>*population_patient     |



|    |          |  |  |   |      |                              |           |  |
|----|----------|--|--|---|------|------------------------------|-----------|--|
| 27 |          | Individual experiences and impacts of a physiotherapist-led, non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy: a qualitative study. | Wood, H., Connors, S., Dogan, S., & Peel, T.                             | Palliative Medicine   | 2013 | 10.1177/0269216312464093     | Sweden    | **** *n_27<br>*auteur_wottrich<br>*date_2004<br>*paysetudie_sweden<br>*population_patientphysiotherapist       |
| 28 |          | Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective.  | Wottrich, A. W., Stenström, C. H., Engardt, M., Tham, K., & von Koch, L. | Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal, | 2004 | 10.1080/09638280410001724889 | Australia | **** *n_28<br>*auteur_wright<br>*date_2014<br>*paysetudie_australia<br>*population_patient                     |
| 29 |          | Non-adherence to prescribed home rehabilitation exercises for musculoskeletal injuries: the role of the patient-practitioner relationship.                                 | Wright, B. J., Galtieri, N. J., & Fell, M.                               | Journal Of Rehabilitation Medicine  | 2014 | 10.2340/16501977-1241        | UK        | **** *n_29<br>*auteur_thomson<br>*date_2013<br>*paysetudie_unitedkingdom<br>*population_patientphysiotherapist |
| 30 | 23578006 | 'I am afraid to make the damage worse'--   | Stenberg G, Fjellman-Wiklund A, Ahlgren C.                               | Scand J Caring Sci  | 2014 | 10.1111/scs.12043            | Sweden    | **** *n_30<br>*auteur_stenberg<br>*date_2014<br>*paysetudie_sweden   |

|    |          |   |  |  |      |                             |         |   |
|----|----------|---|--|--|------|-----------------------------|---------|---|
|    |          | fear of engaging in physical activity among patients with neck or back pain--a gender perspective   |  |  |      |                             |         | *population_patient   |
| 31 | 31054486 | 'It's very complicated': Perspectives and beliefs of newly graduated physiotherapists about the biopsychosocial model for treating people experiencing non-specific low back pain in Brazil | França AA, Santos VD, Filho RL, Pires KF, Lagoa KF, Martins WR.                                      | Musculoskeletal Sci Pract                        | 2019 | 10.1016/j.msksp.2019.04.011 | Brazil  | **** *n_31<br>*auteur_frança<br>*date_2019<br>*paysetudie_brazil<br>*population_physiotherapist             |
| 32 |          | Achieving a climate for patient safety by focusing on relationships   | Manojlovich, Milisa;Kerr, Mickey;Davies, Barbara;Squires, Janet;Mallick, Ranjeeta;Rodger, Ginette L. | International Journal for Quality in Health Care | 2014 | 10.1093/intqhc/mzu068       | Canada  | **** *n_32<br>*auteur_manojlovich<br>*date_2014<br>*paysetudie_canada<br>*population_professionals          |
| 33 |          | Algorithmic assemblages of care: Imaginaries, epistemologies and repair work  | Schwennsen, Nete   | Sociology of Health & Illness                    | 2019 | 10.1111/1467-9566.12900     | Denmark | **** *n_33<br>*auteur_schwennsen<br>*date_2019<br>*paysetudie_denmark<br>*population_patientphysiotherapist |

|    |                  |  |   |                          |      |                              |        |  |
|----|------------------|--|---|--------------------------|------|------------------------------|--------|--|
| 34 | IDE M-1-25287732 | An individual rehabilitation program: evaluation by Parkinsonian patients and their physiotherapists   | Ory Magne F, Fabre N, Gu C, Pastorelli C, Tardez S, Marchat JC, Marque P, Brefel Courbon C.                             | Rev Neurol (Paris)       | 2014 | 10.1016/j.neurol.2014.05.009 | France | **** *n_34<br>*auteur_ory<br>*date_magne<br>*paysetudie_france<br>*population_patientphysiotherapist |
| 35 | 32265015         | Assessment of primary lymphedema and post-thrombotic lower limb edema patient's pathway  | Bozon G, Mestre S, Godin S, Chorrion G, Nou Howaldt M, Laroche JP, LeCollen L, Calais C, Quéré I, Galanaud JP.          | J Med Vasc               | 2020 | 10.1016/j.jdmv.2020.01.186   | France | **** *n_35<br>*auteur_bozon<br>*date_2020<br>*paysetudie_france<br>*population_patient               |
| 36 | 30940806         | Asthma patients' perception on their care pathway: a qualitative study   | Hannane A, Misane L, Devouassoux G, Colin C, Letrilliart L.   | NPJ Prim Care Respir Med | 2019 | 10.1038/s41533-019-0121-2    | France | **** *n_36<br>*auteur_hannane<br>*date_2019<br>*paysetudie_france<br>*population_patient             |
| 37 |                  | Catastrophizing, solicitous responses from significant others, and function in individuals with neuropathic pain, osteoarthritis, or spinal pain in the general population | Glette, Mari;Landmark, Tormod;Jensen, Mark P.;Woodhouse, Astrid;Butler, Stephen;Borchgrevink, Petter C.;Stiles, Tore C. | The Journal of Pain      | 2018 | 10.1016/j.jpain.2018.03.010  | Norway | **** *n_37<br>*auteur_glette<br>*date_2018<br>*paysetudie_norway<br>*population_patient              |
| 38 | 31707978         | Concordance between physiothe  | Matifat E, Perreault K, Roy JS, Aiken A,  | BMC Emerg Med            | 2019 | 10.1186/s12873-019-0277-7    | Canada | **** *n_38<br>*auteur_matifat<br>*date_2019<br>*paysetudie_canad                                     |

|    |              |  |  |  |          |  |             |  |
|----|--------------|--|--|--|----------|--|-------------|--|
|    |              | rapists and physicians for care of patients with musculoskeletal disorders presenting to the emergency department  | Gagnon E, Mequignon M, Lowry V, Décary S, Hamelin B, Ambrosio M, Farley N, Pelletier D, Carlesso L, Desmeules F. |  |          |  |             | a<br>*population_patient   |
| 39 | 3363<br>1474 | Decision-Making on Referral to Primary Care Physiotherapy After Inpatient Stroke Rehabilitation  | Geerars M, Wondergem R, Pisters MF.  | J Stroke Cerebrovasc Dis                     | 20<br>21 | 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105667 | Netherlands | **** *n_39<br>*auteur_geerars<br>*date_2021<br>*paysetudie_netherlands<br>*population_professional |
| 40 |              | Giving hope, ticking boxes or securing services? A qualitative study of respiratory physiotherapists' views on goal-setting with people with chronic obstructive pulmonary disease | Summers, Rachael H.;Ballinger, Claire;Nikolietou, Dimitra;Garrod, Rachel;Bruton, Anne;Leontowitsch, Miranda      | Clinical Rehabilitation                      | 20<br>17 | 10.1177/0269215516658937                   | UK          | **** *n_40<br>*auteur_summers<br>*date_2016<br>*paysetudie_uk<br>*population_patient               |
| 41 | IDE<br>M-5   | How do physiotherapists perceive their role in work ability  | Stigmar, Kjerstin;Ekdhahl, Charlotte;Borgquist, Lars;Grahn, Birgitta   | Primary Health Care Research and Development | 20<br>14 | 10.1017/S1463423613000170                  | Sweden      | **** *n_41<br>*auteur_stigmar<br>*date_2014<br>*paysetudie_sweden<br>*population_physiotherapist   |

|    |                   |   |  |  |      |                               |                |   |
|----|-------------------|---|--|--|------|-------------------------------|----------------|---|
|    |                   | assessments? A prospective focus group study  |  |  |      |                               |                |   |
| 42 | IDE M-6-2586 9289 | How does injury compensation affect health and disability in patients with complaints of whiplash? A qualitative study among rehabilitation experts-professionals | van der Meer S, Pieterse M, Reneman M, Verhoeven J, van der Palen J.                               | Disabil Rehabil  | 2016 | 10.3109/09638288.2015.1035455 | United Kingdom | **** *n_42<br>*auteur_vandermeer *date_2015<br>*paysetudie_germany<br>*population_physiotherapist |
| 43 |                   | Identifying key domains of health-related quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease: Interviews with healthcare professionals       | Paap, Muirne C. S.;Bode, Christina;Lernerink, Lonneke I. M.;Terwee, Caroline B.;van der Palen, Job | Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation | 2015 | 10.1007/s11136-014-0860-z     | Germany        | **** *n_43<br>*auteur_paap *date_2015<br>*paysetudie_germany<br>*population_professional          |
| 44 | 2828 8580         | Important aspects in relation to patients' attendance at exercise-based cardiac rehabilitation - facilitators, barriers and                                       | Bäck M, Öberg B, Krevers B.  | BMC Cardiovascular Disord  | 2017 | 10.1186/s12872-017-0512-7     | Sweden         | **** *n_44<br>*auteur_back *date_2017<br>*paysetudie_sweden<br>*population_patient                |

|    |                  |  |  |                         |      |                               |                |   |
|----|------------------|--|--|-------------------------|------|-------------------------------|----------------|---|
|    |                  | physiotherapist's role: a qualitative study  |  |                         |      |                               |                |   |
| 45 |                  | Improving people's access to community-based back pain treatment through an inclusive design approach    | Liu, Yuanyuan; Dickerson, Terry; Waddingham, Paula; Clarkson, P. John  | Applied Ergonomics      | 2019 | 10.1016/j.apergo.2019.102876  | UK             | **** *n_45<br>*auteur_liu<br>*date_2019<br>*paysetudie_uk<br>*population_physiotherapist              |
| 46 | 30204535         | Patient education in physiotherapy in total hip arthroplasty (THA) - The perspective of physiotherapists | Jäppinen AM MSc, PT, Hämäläinen H MD, Kettunen T PhD, Piirainen A PhD. | Physiother Theory Pract | 2020 | 10.1080/09593985.2018.1513617 | Finland        | **** *n_46<br>*auteur_jappinen<br>*date_2018<br>*paysetudie_finland<br>*population_physiotherapist    |
| 47 | 28912383         | Physiotherapists as detectives : investigating clues and plots in the clinical encounter                 | Ahlens B, Mengshoel AM, Bondevik H, Engebretsen E.                     | Med Humanit             | 2018 | 10.1136/medhum-2017-011229    | Norway         | **** *n_47<br>*auteur_ahlsen<br>*date_2017<br>*paysetudie_norway<br>*population_physiotherapist       |
| 48 |                  | Professional identity in clinician-scientists: Brokers between care and science                          | Kluijtmans, Manon; de Haan, Else; Akkerman, Sanne; van Tartwijk, Jan   | Medical Education       | 2017 | 10.1111/medu.13241            | Netherlands    | **** *n_48<br>*auteur_kluijtmans<br>*date_2017<br>*paysetudie_netherlands<br>*population_professional |
| 49 | IDE M-8-31433546 | Promoting a sense of security in everyday life-A case study of patients and                              | Suutari AM, Areskoug-Josefsson K, Kjellström S, Nordin AMM, Thor J.    | Health Expect           | 2019 | 10.1111/hex.12955             | United Kingdom | **** *n_49<br>*auteur_suutari<br>*date_2019<br>*paysetudie_sweden<br>*population_professionalpatient  |

|    |                    |   |   |  |      |                              |        |   |
|----|--------------------|---|---|--|------|------------------------------|--------|---|
|    |                    | professionals moving towards co-production in an atrial fibrillation "learning café"                            |   |  |      |                              |        |   |
| 50 |                    | Religious faith and self-efficacy among stroke patients in Kuwait: Health professionals' views                  | Omu, Onutobor; Reynolds, Frances                        | Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal | 2014 | 10.3109/09638288.2014.892641 | Kuwait | **** *n_50<br>*auteur_omu<br>*date_2014<br>*paysetudie_kuwait<br>*population_professional             |
| 51 |                    | The diverging perception among physiotherapists of how to work with the concept of evidence                     | Snörljung, Åsa; Mattsson, Karin; Gustafsson, Lena-Karin | Journal of Evaluation in Clinical Practice                                 | 2014 | 10.1111/jep.12167            | Sweden | **** *n_51<br>*auteur_snörljung<br>*date_2014<br>*paysetudie_sweden<br>*population_physiotherapist    |
| 52 | IDE M-11-2400 1262 | Understanding through experience: information, experience and understanding in clinical rehabilitation practice | Ringstad Ø.   | Disability Rehabil   | 2014 | 10.3109/09638288.2013.829523 | Norway | **** *n_52<br>*auteur_ringstad<br>*date_2014<br>*paysetudie_norway<br>*population_professionalpatient |

|    |  |   |  |  |      |                               |               |  |
|----|--|---|--|--|------|-------------------------------|---------------|--|
| 53 |  | Professional sexual boundaries in Asian and Western perceptions: An observational study                           | Cooper, I., Jones, A., & Jenkins, S.                         | <i>Hong Kong Physiotherapy Journal</i>   | 2010 | 10.1016/j.hkpj.2010.11.003    | China         | **** *n_53<br>*auteur_cooper<br>*date_2010<br>*paysetudie_china<br>*population_physiotherapist     |
| 54 |  | Sexual professional boundaries perceived by undergraduate and graduate physiotherapists: A cross sectional survey | Soundy, A., Stubbs, B., Jenkins, S., & Cooper, I.            | <i>Physiotherapy</i>                     | 2013 | 10.1016/j.physio.2012.12.005  | UK; Australia | **** *n_54<br>*auteur_soundy<br>*date_2013<br>*paysetudie_australia<br>*population_physiotherapist |
| 55 |  | Physical therapists' perceptions of sexual boundaries in clinical practice in the United States                   | Roush, S. E., Cox, K., Garlick, J., Kane, M., & Marchand, L. | <i>Physiotherapy theory and practice</i> | 2015 | 10.3109/09593985.2014.1003420 | US            | **** *n_55<br>*auteur_roush<br>*date_2015<br>*paysetudie_us<br>*population_physiotherapist         |



## Annexe 15 : Contenu des classes issu de la méthode Reinert appliquée aux articles académiques

| N° de la classe de discours         | CLASSE 1  | CLASSE 2   | CLASSE 3   | CLASSE 4  |
|-------------------------------------|---|--|--|---|
| Thème général de la classe          | <b>Expérience vécu des acteurs</b><br>fell, think, know, express, live, yalk, situation, feelings, listen | <b>l'épistémologie des pratiques de soins en réhabilitation ou en physiothérapie</b><br>care, practice, professional, patient, knowledge, ebp, process, theoretical, communication, work | <b>Recherche qualitative</b><br>Interview, transcribe, researcher, thematic, inductive, qualitative, confidentiality | <b>Enquête par questionnaire</b><br>Variable, score, scale, intensity, limitation, questionnaire, rate, survey, agreement |
| Pourcentage par rapport au discours | 36,2%   | 32,8%  | 10,8%  | 25%   |

## Annexe 16 : Corpus de définitions de dictionnaire

| Nom de la source                   | Année (de publication ou de consultation) | Source       | Public cible | Définitions   |
|------------------------------------|---|--------------|--------------|---|
| CNOMK*                             | 2009                                      | MK*          | GRAND PUBLIC | La masso-kinésithérapie (physiothérapie) est une discipline de santé, une science clinique de l'Humain et un art. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne. La masso-kinésithérapie exercée dans un but thérapeutique ou non, intervient à partir d'un diagnostic kinésithérapique et de l'évaluation concomitante à l'acte, notamment au moyen de techniques éducatives, manuelles et instrumentales. Elle favorise le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux-être des personnes. Tenant compte de l'activité des autres professions de santé, la masso-kinésithérapie met au cœur de sa pratique le patient et vise à le rendre coauteur dans la gestion de ses capacités fonctionnelles, de son autonomie et de sa santé.   |
| LAROUSSE                           | 2020                                      | GRAND PUBLIC | GRAND PUBLIC | Kinésithérapie : nom féminin : discipline paramédicale utilisant des techniques passives et actives ou des agents physiques dans un dessein préventif ou thérapeutique (rééducation).   |
| DICTIONNAIRE DE MEDECINE FLAMARION | 1994                                      | MEDECIN      | MEDECIN      | Massage : manipulation des tissus mous, des masses musculaires ou des viscères dans un but thérapeutique. Physiothérapie : utilisation des agents physiques (air, eau, froid, chaud, lumière, irradiations par exemple). Rééducation : ensemble des moyens utilisés dans le but de permettre à un sujet frappé d'une affection motrice ou psychomotrice de recouvrer plus ou moins complètement l'usage de la fonction atteinte. Kinésithérapie : Littéralement : méthode de traitement basée sur la mobilisation active ou passive. A partir de cette définition restrictive, le terme a pris peu à peu une définition plus étendue et désigne aujourd'hui une discipline entière, exercée par des auxiliaires médicaux spécialisés, les kinésithérapeutes, et utilisant une série de techniques comprenant notamment le massage, la rééducation motrice et la mécanothérapie. |
| LEGIFRANC E DECRET D ACTE 2000-577 | 2000                                      | JURIDIQUE    | GRAND PUBLIC | La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de recourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.  |

|            |      |              |              |  |
|------------|------|--------------|--------------|--|
| DOCTISSIMO | 2020 | GRAND PUBLIC | GRAND PUBLIC | La kinésithérapie est une spécialité paramédicale qui utilise des mouvements actifs (gymnastique médicale) ou passifs (massages, mobilisation). Ces indications sont autant préventives que thérapeutiques (rééducation). Pratiquée par des masseurs-kinésithérapeutes et remboursée par la sécurité sociale, elle soulage les affections locomotrices, neurologiques ou respiratoires. La kinésithérapie est une spécialité paramédicale, dont le bien-fondé est démontré dans de nombreuses maladies. De plus en plus pratiquée, elle utilise différentes techniques, passives ou actives.   |
| WIKIPEDIA  | 2020 | GRAND PUBLIC | GRAND PUBLIC | La kinésithérapie, ou la physiothérapie, de manière plus générale – est une profession de santé et une science clinique. Elle emploie le mouvement dans le but de renforcer, maintenir ou rétablir les capacités fonctionnelles. La masso-kinésithérapie est la thérapie de la gestuelle humaine <sup>2</sup> (kinésis signifie le « mouvement » en grec). Elle utilise le mouvement ou, au contraire corrige et réduit ce dernier. Elle opère par différentes techniques, notamment par la mise en place d'orthèses, afin de rendre au corps une fonction qui s'est altérée. Ces thérapeutiques peuvent par exemple être utiles afin de retrouver l'usage d'une main : après une chirurgie réparatrice, le patient sera accompagné dans l'apprentissage et l'adaptation à son nouvel état. Peuvent aussi être concernés les patients amputés et appareillés à l'aide d'une prothèse, etc. la kinésithérapie signifie traitement par le mouvement. Elle peut agir au niveau de l'ensemble des tissus concernés par le soin pratiqué (tégumentaires, musculaires, articulaires, nerveux, pulmonaires, cardiaques, vasculaires...). Les techniques sont utilisées dans le but de la rééducation ou de la réadaptation de la personne. Ainsi, le kinésithérapeute cherchera à augmenter les capacités fonctionnelles de la personne (mouvement, posture) dans le cadre de la rééducation, ou à aider la personne à s'adapter à de nouvelles conditions dans le cas de la réadaptation. Un des actes de la masso-kinésithérapie est le massage, c'est-à-dire la sollicitation des tissus (peau, muscles, tendons ou encore tissus sous-cutanés) du patient par différentes techniques manuelles ou instrumentales. La kinésithérapie utilise la physiothérapie qui consiste en différents moyens physiques (la chaleur, le froid, des courants électriques, des ultrasons, des infrarouges) afin de prévenir ou de soigner des pathologies tégumentaires ou musculotendineuses. La kinésithérapie cherche à favoriser l'autonomie des personnes dans leurs actes de la vie quotidienne. Elle peut aussi appliquer ses compétences préventives en intervenant en milieu professionnel ; par exemple, en adaptant le poste de travail d'une personne dans le cadre de la prévention des maladies professionnelles ou encore afin de former le personnel manipulant des charges importantes. La masso-kinésithérapie concerne également les techniques de kinésithérapie respiratoire des |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  | <p>nourrissons atteints de bronchiolite, pour aider à l'entretien des volumes et des cinèses ainsi qu'au désencombrement. La réalisation d'une contention élastique (Strapping), souple (soutien du bras, bandage coude au corps) est également possible pour favoriser le maintien articulaire ou postural. Cette discipline comprend la rééducation de presque toutes les pathologies médicales. Ce métier appartient au corps des rééducateurs à l'instar des ergothérapeutes, neuropsychologues, orthophonistes, orthoptistes, pédicure-podologues et psychomotriciens.</p> |
|--|--|--|--|---|

|                 |      |              |              |  |
|-----------------|------|--------------|--------------|--|
| SANTÉ LE FIGARO | 2020 | GRAND PUBLIC | GRAND PUBLIC | <p>La kinésithérapie est une discipline paramédicale qui utilise des techniques actives ou passives et la physiothérapie. Le mot « masseur-kinésithérapeute » vient du grec « massein », qui signifie « pétrir », « kinésis », qui renvoie au mouvement, et « therapeuein » : soigner. La masso-kinésithérapie consiste à appliquer les mains sur le patient, effleurer, pétrir la peau, les muscles, imprimer aux membres des mouvements et leur en faire exécuter. Le masseur-kinésithérapeute est le spécialiste du mouvement perturbé. Son objectif est de rendre au patient ses « capacités fonctionnelles », c'est-à-dire sa capacité à mobiliser son corps. Parfois, il s'agit de maintenir des capacités qui se détériorent sous l'effet d'une maladie ou après un accident. Parfois encore, il s'agira d'apprendre aux patients comment compenser une perte fonctionnelle. Quelles techniques ? les techniques actives sont fondées sur l'activation des muscles de façon aidée, en piscine par exemple, ou en contre-résistance (poids, résistance manuelle). Elles ont pour but de renforcer la musculature et de permettre une meilleure mobilisation des articulations. Les techniques passives peuvent être manuelles ou instrumentales. Elles ont pour but de lutter contre la raideur, les rétractions ou la spasticité tout en améliorant la mobilité. Enfin, la physiothérapie a pour but d'utiliser des moyens physiques – courant électrique, vibrations, ondes, chaleur, froid – dans le traitement de la douleur ou pour la stimulation tissulaire. Les masseurs-kinésithérapeutes disposent d'un diplôme paramédical d'état dispensé à l'issue de 4 ans de formation (3 ans auparavant). Ils interviennent sur prescription médicale établie par un médecin. Ils peuvent ensuite adapter cette prescription médicale initiale dans le cadre d'un renouvellement (datant de moins d'un an). Ils peuvent aussi prescrire au patient des dispositifs médicaux en relation avec leur intervention. Certains kinésithérapeutes sont spécialisés dans certains troubles particuliers : gériatrie, affections respiratoires, pédiatrie, sport... sur les quelque 70 000 kinésithérapeutes en France recensés en 2014, environ 80% exercent leur métier de manière libérale (cabinet individuel ou cabinet de groupe) et les 20% restants exercent au sein d'une structure (hôpital public ou privé, centre de rééducation, maison de retraite, maison de santé, etc.).</p> |
|-----------------|------|--------------|--------------|--|

|                            |      |              |              |  |
|----------------------------|------|--------------|--------------|--|
| JOURNAL DES FEMMES         | 2020 | GRAND PUBLIC | GRAND PUBLIC | La kinésithérapie est une profession paramédicale dont le domaine d'activité est très vaste. Les kinésithérapeutes participent à la rééducation, à la réhabilitation et à l'entretien des personnes ayant des troubles moteurs ou respiratoires, d'origine traumatique ou liés à des maladies chroniques. La kinésithérapie est une spécialité paramédicale qui permet à un professionnel diplômé de travailler sur différentes formes de rééducation, de renforcement musculaire, de mobilité et d'endurance d'un patient. La kinésithérapie est très utilisée à la suite d'un traumatisme, d'une intervention chirurgicale ou d'un événement traumatisant pour l'organisme. La kinésithérapie concerne aussi bien le squelette que les fonctionnalités de l'organisme, en particulier la respiration. Elle améliore la qualité de vie du patient. Le titre de kinésithérapeute est uniquement réservé, en France, aux personnes ayant obtenu un diplôme d'état validé par le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et étant inscrites au conseil national de l'ordre. |
| DICTIONNAIRE MÉDICAL       | 2020 | MEDECI N     | MEDECI N     | La kinésithérapie est la forme la plus répandue en France de thérapie manuelle, d'autant qu'elle est remboursée par la sécurité sociale. Les kinésithérapeutes sont des paramédicaux qui travaillent soit en privé, comme libéraux, soit en public, en tant que salariés. En anglais, la kinésithérapie s'appelle Physiotherapy, ce qui explique que l'on qualifie parfois, à tort, le kiné de physiothérapeute.   |
| DICTIONNAIRE LE PARISIEN   | 2020 | GRAND PUBLIC | GRAND PUBLIC | Thérapie basée sur des mouvements de gymnastique et des massages. Utilisation des mouvements actifs (gymnastique médicale) ou passifs (massage, électricité) à des fins thérapeutiques   |
| DICTIONNAIRE REVERSO       | 2020 | GRAND PUBLIC | GRAND PUBLIC | Médecine, ensemble de traitements utilisant la mobilisation musculaire, comme les massages et la gymnastique   |
| DICTIONNAIRE NOTRE FAMILLE | 2020 | GRAND PUBLIC | GRAND PUBLIC | Terme de médecine. Procédé de gymnastique consistant à provoquer la contraction volontaire des muscles pendant qu'on s'oppose à leur raccourcissement, et à exercer des tractions sur eux pendant qu'ils sont raccourcis. Étymologie : terme grec signifiant mouvement, et thérapie.   |
| DICTIONNAIRE LITTRÉ        | 2020 | GRAND PUBLIC | GRAND PUBLIC | Terme de médecine. Procédé de gymnastique consistant à provoquer la contraction volontaire des muscles pendant qu'on s'oppose à leur raccourcissement, et à exercer des tractions sur eux pendant qu'ils sont raccourcis. Étymologie : mouvement, et thérapie.   |

|  |      |     |             |   |
|--|------|-----|-------------|---|
| VADÉ<br>MECUM                              | 2009 | MK* | MK*         | La kinésithérapie est, étymologiquement, « l'art de guérir qui utilise toutes les techniques du mouvement ». Elle fait partie d'un ensemble de thérapies qui emploient divers agents physiques (eau, électricité, ondes, chaleur. . .) qui se complètent suivant l'affection à traiter : ensemble appelé le plus souvent physiothérapie, ce mot ayant cependant une signification plus ou moins élargie suivant le pays ou même le milieu où il est utilisé, de même d'ailleurs que celui de kinésithérapie. La kinésithérapie dont le champ d'action s'est très fortement élargi dans les dernières décennies s'adresse à un grand nombre de maladies, affections, déficiences générales ou particulières et à leurs séquelles. Personnellement, dans le cadre de cet ouvrage, nous considérerons la kinésithérapie dans son optique la plus vaste, le kinésithérapeute ne pouvant se limiter aux seules techniques du mouvement et devant pouvoir faire appel à bon escient aux techniques adjuvantes annexes qui lui permettent d'obtenir un maximum d'efficacité dans son traitement et ce, bien entendu, en parfaite collaboration avec le médecin traitant et prescripteur. |
| VADÉ<br>MECUM DE<br>LA<br>PRESCRIPTI<br>ON | 2003 | MK* | MEDECI<br>N | Traitement du mouvement ou traitement par le mouvement ? Cette interrogation est ancienne. La kinésithérapie se définit comme le traitement du mouvement perturbé (la « kinésiopathie »), qu'il s'agisse de faiblesse musculaire, de trouble de la commande, de gênes dues à des douleurs ou de déficit ventilatoire. La kinésithérapie ne se résume pas à la musculation, une fois les douleurs évacuées. On peut y avoir recours à tous les stades : en urgence, à la phase très douloureuse d'une affection, à la phase chronique ou d'entretien. Les techniques mises en œuvre font la différence, et il s'agit le plus souvent d'interventions par la main. Le jugement sur la qualité du traitement est porté selon le résultat. En plus des techniques, de leur qualité et de la pertinence d'application, la kinésithérapie est une discipline où « l'effet-opérateur » est considérable. La satisfaction du patient résulte en grande part d'une entente forte entre le thérapeute et le patient.  |

|                 |      |             |             |   |
|-----------------|------|-------------|-------------|---|
| MANUEL<br>MERCK | 1999 | MEDECI<br>N | MEDECI<br>N | <p>Avant de prescrire un traitement physique, le médecin doit s'assurer que le patient est médicalement stable et informer le thérapeute des troubles cardiaques, pulmonaires, neurologiques ou musculo-squelettique dont souffre le patient. Le degré de mobilité des sites atteints doit être évalué avant le début du tt et par la suite à intervalles réguliers. Les valeurs de mobilité normales sont listées dans le tab. 291—1. Avant le bilan, un étirement (c.à.d. Appliquer des poids de 2,3 à 25 kg au moyen de poulies pendant 20 min/j) peut aider à relâcher les muscles contractés les degrés de force musculaire sont listés dans le tab. 291—2. On doit noter le caractère douloureux ou non du mouvement. Des exercices de mobilisation active seront utilisés quand un patient est en mesure de les pratiquer sans assistance. L'exercice de mobilisation active assistée est utilisé lorsque les muscles sont trop faibles ou lorsque les mouvements provoquent une gêne. Les exercices passifs de mobilisation sont utilisés lorsqu'un patient n'est pas en mesure de participer activement. L'étirement est habituellement plus efficace et moins douloureux lorsque la température tissulaire est augmentée, à environ 43°C (v. Chaud et froid sous traitement de la douleur et de l'inflammation, plus loin). La force musculaire peut être augmentée par des exercices de résistance progressive. Lorsqu'un muscle est très faible, la gravitation seule représente une résistance suffisante. Lorsque la force musculaire devient suffisante, une résistance supplémentaire manuelle ou mécanique devient nécessaire pour l'augmenter. La résistance mécanique utilise des poids, des ressorts et d'autres techniques. La facilitation neuromusculaire proprioceptive aide à promouvoir l'activité neuromusculaire chez les patients présentant une lésion de motoneurons supérieurs associée à une spasticité. Par exemple, l'application d'une résistance forte au niveau du fléchisseur du coude gauche (biceps) d'un patient atteint d'hémiplégie droite provoque la flexion du coude droit par contraction du biceps hémiplégique. Diverses méthodes (p. Ex. Bunnstom, rood, bobath) sont largement utilisées. Les exercices de coordination sont orientés vers des tâches. Ils font travailler plus d'une articulation ou muscle. Qu'il soit simple ou non, un mouvement (p. Ex. Soulever un objet, toucher une partie du corps) implique divers muscles qui doivent se contracter et se relâcher de manière coordonnée. Les exercices de coordination représentent une manière simple d'améliorer les capacités motrices. Les exercices de conditionnement général traitent les effets de l'affaiblissement, du repos prolongé au lit ou de l'immobilisation. Les exercices associent différentes interventions afin de rétablir l'équilibre hémodynamique, augmenter la capacité cardiorespiratoire et maintenir la mobilité et la force musculaire. L'objectif des exercices de déambulation est d'améliorer la marche. Si les</p> |
|-----------------|------|-------------|-------------|---|



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | <p>muscles isolés sont faibles ou spastiques, on peut utiliser une orthèse (p. Ex. Un corset) (v. Plus loin). Des barres parallèles seront utilisées chez les patients présentant des troubles de l'équilibre. Chez ceux ayant une faiblesse musculaire ou une spasticité, chez ceux qui ne peuvent se tenir sur une jambe, et chez ceux ayant d'autres causes d'instabilité. Il est d'usage de commencer les exercices de marche en utilisant des barres parallèles et de poursuivre par la marche à l'aide d'un cadre. De béquilles ou d'une canne puis sans aide. Une ceinture de soutien permet au thérapeute d'éviter les chutes de certains patients. Toutes les personnes qui assistent les patients doivent apprendre la manière de les soutenir correctement (v. Fig. 291—1). L'entraînement au déplacement est particulièrement important après une fracture de hanche, une amputation ou un AVC. La capacité de déplacement sans risque est fondamentale pour pouvoir raser à domicile. Les patients qui ne peuvent se déplacer seuls, du lit à la chaise, de la chaise à la chaise percée ou de la chaise à la position debout, ont en général besoin d'une assistance permanente. Les dispositifs de soutien peuvent parfois être utiles et pour les personnes assises qui ont des difficultés à se tenir debout, l'élévation du niveau de la chaise ou l'utilisation d'une chaise élévatrice peuvent être bénéfiques. Une table basculante peut aider à rétablir l'équilibre hémodynamique d'un patient paraplégique ou tétraplégique ayant une hypotension orthostatique. Le patient étendu sur le dos est attaché à une table avec une planche sous ses pieds puis la table est inclinée manuellement ou électriquement. L'angle est très lentement augmenté à 85° en position verticale, en fonction de la tolérance du patient. Au début, la durée de chaque traitement dépend de la tolérance du patient, mais ne doit pas excéder 45 min 1 ou 2 fois/). Soutien d'un patient pendant la marche. Si le patient porte une ceinture, la main gauche est utilisée pour la saisir par derrière.</p> |
|--|--|--|--|--|

## Annexe 17 : Extrait du tableau de données du questionnaire après traitement

Le traitement a consisté à la suppression des lignes vides, au déplacement de colonnes, puis à la dichotomisation et au codage des différentes variables.

| ID de la réponse | Dernière page | SEXE | âge | QSOCC | QSOCC= profession        | [Autre] profession | EVOCACTION HIERARCHISEE P |             |          |               |          |             |          |               |   |
|------------------|---------------|------|-----|-------|--------------------------|--------------------|---------------------------|-------------|----------|---------------|----------|-------------|----------|---------------|---|
|                  |               |      |     |       |                          |                    | [Mot A]                   | RANG MOT AP | [Mot B]P | RANG MOT BP   | [Mot C]P | RANG MOT CP | [Mot D]P | RANG MOT DP   |   |
| 28               | 20            | 2    | 39  | 0     |                          |                    | Soins                     |             | 3        | Soulager      | 1        | Massage     | 5        | Dos           | 4 |
| 39               | 20            | 2    | 48  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 69               | 17            | 2    | 55  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 73               | 20            | 2    | 55  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 119              | 20            | 2    | 36  | 0     |                          |                    | Massage                   |             | 5        | Reeducation   | 1        | Post partum | 1        | Entorse       | 1 |
| 179              | 14            | 1    | 33  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 186              | 20            | 1    | 33  | 1     | Autre                    | Ostéopathe         | Important                 |             | 1        | Rééducation   | 2        | Accompagne  | 3        | Entraînement  | 4 |
| 192              | 16            | 2    | 39  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 210              | 15            | 1    | 31  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 214              | 18            | 1    | 28  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 218              | 15            | 2    | 36  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 226              | 19            | 2    | 33  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 249              | 16            | 1    | 54  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 280              | 15            | 2    | 26  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 294              | 20            | 2    | 50  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 316              | 15            | 1    | 36  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 373              | 17            | 1    | 29  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 378              | 17            | 2    | 23  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 387              | 20            | 2    | 44  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 396              | 14            | 1    | 37  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 424              | 20            | 1    | 31  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 425              | 14            | 2    | 49  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 433              | 16            | 1    | 30  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 434              | 20            | 2    | 33  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 446              | 16            | 1    | 30  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 454              | 20            | 2    | 33  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 470              | 14            | 1    | 25  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 476              | 20            | 2    | 28  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 480              | 20            | 1    | 27  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 510              | 20            | 1    | 27  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 522              | 18            | 1    | 45  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 540              | 19            | 2    | 24  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 583              | 20            | 2    | 53  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 599              | 15            | 2    | 29  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 612              | 14            | 1    | 54  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 631              | 15            | 1    | 37  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 660              | 14            | 1    | 26  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 669              | 20            | 2    | 57  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 692              | 14            | 2    | 29  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 794              | 20            | 2    | 39  | 1     | Autre                    | dentiste           | rééducation               |             | 1        | massage       | 3        | séance      | 5        | lombaires     | 4 |
| 829              | 20            | 1    | 22  | 1     | Autre                    | Etudiant Ma        | Techniques c              |             | 2        | Empathie      | 3        | Antalgiques | 4        | Capacités foi | 5 |
| 834              | 20            | 1    | 50  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 896              | 19            | 2    | 22  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 1152             | 20            | 1    | 24  | 0     |                          |                    | Massage                   |             | 2        | Sport         | 4        | Musculaire  | 3        | Osteopathie   | 5 |
| 1176             | 20            | 1    | 46  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 1184             | 18            | 1    | 43  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 1185             | 14            | 1    | 45  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 1261             | 16            | 1    | 35  | 1     | Masseur-kinésithérapeute |                    |                           |             |          |               |          |             |          |               |   |
| 1283             | 20            | 2    | 19  | 0     |                          |                    | muscles                   |             | 1        | étirements    | 2        | positionnem | 5        | douleur       | 4 |
| 1287             | 20            | 1    | 20  | 0     |                          |                    | Rééducation               |             | 1        | Massage       | 2        | Douleurs    | 3        | Soins         | 4 |
| 1298             | 20            | 1    | 20  | 0     |                          |                    | Massage                   |             | 5        | Vibration     | 3        | Hebdomadaï  | 2        | Répétitif     | 4 |
| 1321             | 20            | 2    | 21  | 0     |                          |                    | Physiologie               |             | 1        | Travail analy | 2        | Muscles     | 3        | Massages      | 4 |
| 1327             | 20            | 2    | 20  | 0     |                          |                    | rééducation               |             | 4        | renforcement  | 2        | effort      | 5        | Soulager      | 1 |

**Annexe 18 : Tri à plat des réponses au questionnaire**

Groupe de questions : questions-fermées (les numéros correspondent aux numéros des questions du questionnaire)

**3. SEXE**

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| femme | 205       | 46,7%     | ±4,7% | [42,0% - 51,4%] |
| homme | 234       | 53,3%     | ±4,7% | [48,6% - 58,0%] |
| Total | 439       | 100,0%    |       |                 |

**3. SEXE (Sous-population : Sous-population KINESITHERAPEUTE)**

|       | Effectifs | Fréquence |
|-------|-----------|-----------|
| femme | 145       | 41,8%     |
| homme | 202       | 58,2%     |
| Total | 347       | 100,0%    |

**3. SEXE (Sous-population : Sous-population MEDECIN)**

|       | Effectifs | Fréquence |
|-------|-----------|-----------|
| femme | 27        | 58,7%     |
| homme | 19        | 41,3%     |
| Total | 46        | 100,0%    |

**3. SEXE (Sous-population : Sous-population PATIENT)**

|       | Effectifs | Fréquence |
|-------|-----------|-----------|
| femme | 33        | 71,7%     |
| homme | 13        | 28,3%     |
| Total | 46        | 100,0%    |

**4. âge**

| Classes        | Effectifs | %       |
|----------------|-----------|---------|
| Moins de 28,2  | 84        | 19,1 %  |
| de 28,2 à 37,3 | 104       | 23,7 %  |
| de 37,3 à 46,5 | 82        | 18,7 %  |
| de 46,5 à 55,7 | 84        | 19,1 %  |
| de 55,7 à 64,8 | 66        | 15,0 %  |
| 64,8 et plus   | 19        | 4,3 %   |
| Total          | 439       | 100,0 % |

Minimum=19 Maximum=73 Somme=18 524 Moyenne=42,20 Écart-type=13,23  
Classes d'amplitude égale : 6

## 5. êtes-vous professionnel de santé ?

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Non   | 27        | 6,2%      | ±2,2% | [4,0% - 8,4%]   |
| Oui   | 412       | 93,8%     | ±2,2% | [91,6% - 96,0%] |
| Total | 439       | 100,0%    |       |                 |

## 6. Quelle est votre profession ?

|                          | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|--------------------------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Autre                    | 11        | 2,7%      | ±1,6% | [1,1% - 4,3%]   |
| Ergothérapeute           | 6         | 1,5%      | ±1,2% | [0,3% - 2,7%]   |
| Infirmier(ère)           | 2         | 0,5%      | ±0,7% | [0,0% - 1,2%]   |
| Masseur-kinésithérapeute | 347       | 84,2%     | ±3,5% | [80,7% - 87,7%] |
| Médecin                  | 46        | 11,2%     | ±3,0% | [8,2% - 14,2%]  |
| Total                    | 412       | 100,0%    |       |                 |

## 7R4. [Autre] profession-2

|                                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)       |
|-----------------------------------|-----------|-----------|--------|----------------|
| Ostéopathe                        | 2         | 18,2%     | ±22,8% | [0,0% - 41,0%] |
| Chirurgien-dentiste               | 3         | 27,3%     | ±26,3% | [1,0% - 53,6%] |
| Étudiant masseur-kinésithérapeute | 1         | 9,1%      | ±17,0% | [0,0% - 26,1%] |
| Puéricultrice                     | 1         | 9,1%      | ±17,0% | [0,0% - 26,1%] |
| Psychanalyse                      | 1         | 9,1%      | ±17,0% | [0,0% - 26,1%] |
| Mezieriste                        | 1         | 9,1%      | ±17,0% | [0,0% - 26,1%] |
| Cadre de santé kinésithérapeute   | 1         | 9,1%      | ±17,0% | [0,0% - 26,1%] |
| Chirurgien de la main             | 1         | 9,1%      | ±17,0% | [0,0% - 26,1%] |
| Total                             | 11        | 100,0%    |        |                |

**QUESTIONNAIRE PATIENTS**

## 48. CSP

|   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|---|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Agriculture                                     | 1         | 2,2%      | ±4,2%  | [0,0% - 6,4%]   |
| Autres  | 15        | 32,6%     | ±13,5% | [19,1% - 46,1%] |
| Cadres, Professions intellectuelles supérieures | 17        | 37,0%     | ±13,9% | [23,1% - 50,9%] |
| Employés  | 4         | 8,7%      | ±8,1%  | [0,6% - 16,8%]  |
| Ouvriers  | 1         | 2,2%      | ±4,2%  | [0,0% - 6,4%]   |
| Professions intermédiaires                      | 7         | 15,2%     | ±10,4% | [4,8% - 25,6%]  |
| Retraités                                       | 1         | 2,2%      | ±4,2%  | [0,0% - 6,4%]   |
| Total   | 46        | 100,0%    |        |                 |

## 49. Pratiquez ostéo

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 27        | 58,7%     | ±14,2% | [44,5% - 72,9%] |
| Oui   | 19        | 41,3%     | ±14,2% | [27,1% - 55,5%] |
| Total | 46        | 100,0%    |        |                 |

## 50. Quel est votre niveau d'étude ?

|         | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|---------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Bac     | 4         | 8,7%      | ±8,1%  | [0,6% - 16,8%]  |
| Bac + 2 | 2         | 4,3%      | ±5,9%  | [0,0% - 10,2%]  |
| Bac + 4 | 3         | 6,5%      | ±7,1%  | [0,0% - 13,6%]  |
| Bac + 5 | 17        | 37,0%     | ±13,9% | [23,1% - 50,9%] |
| Bac + 8 | 8         | 17,4%     | ±11,0% | [6,4% - 28,4%]  |
| Bac +3  | 9         | 19,6%     | ±11,5% | [8,1% - 31,1%]  |
| BEP     | 3         | 6,5%      | ±7,1%  | [0,0% - 13,6%]  |
| Total   | 46        | 100,0%    |        |                 |

## 51. Connaissance kiné

|          | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)       |
|----------|-----------|-----------|-------|----------------|
| Aucun    | 2         | 4,3%      | ±5,9% | [0,0% - 10,2%] |
| Beaucoup | 6         | 13,0%     | ±9,7% | [3,3% - 22,7%] |

|              |    |        |        |                 |
|--------------|----|--------|--------|-----------------|
| Plusieurs    | 11 | 23,9%  | ±12,3% | [11,6% - 36,2%] |
| Quelques-uns | 15 | 32,6%  | ±13,5% | [19,1% - 46,1%] |
| Très peu     | 12 | 26,1%  | ±12,7% | [13,4% - 38,8%] |
| Total        | 46 | 100,0% |        |                 |

## 52. [aucun]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 37        | 80,4%     | ±11,5% | [68,9% - 91,9%] |
| Oui   | 9         | 19,6%     | ±11,5% | [8,1% - 31,1%]  |
| Total | 46        | 100,0%    |        |                 |

## 53. [connaissance]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 30        | 65,2%     | ±13,8% | [51,4% - 79,0%] |
| Oui   | 16        | 34,8%     | ±13,8% | [21,0% - 48,6%] |
| Total | 46        | 100,0%    |        |                 |

## 54. [ami(e)]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 28        | 60,9%     | ±14,1% | [46,8% - 75,0%] |
| Oui   | 18        | 39,1%     | ±14,1% | [25,0% - 53,2%] |
| Total | 46        | 100,0%    |        |                 |

## 55. [famille proche]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 38        | 82,6%     | ±11,0% | [71,6% - 93,6%] |
| Oui   | 8         | 17,4%     | ±11,0% | [6,4% - 28,4%]  |
| Total | 46        | 100,0%    |        |                 |

## 56. [conjoint]

|       | Effectifs | Fréquence | IC (95%) |
|-------|-----------|-----------|----------|
| Non   | 46        | 100,0%    |          |
| Total | 46        | 100,0%    |          |



## 57. reçu SK

|                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Assez souvent     | 5         | 10,9%     | ±9,0%  | [1,9% - 19,9%]  |
| Jamais            | 4         | 8,7%      | ±8,1%  | [0,6% - 16,8%]  |
| Occasionnellement | 11        | 23,9%     | ±12,3% | [11,6% - 36,2%] |
| rarement          | 9         | 19,6%     | ±11,5% | [8,1% - 31,1%]  |
| Souvent           | 7         | 15,2%     | ±10,4% | [4,8% - 25,6%]  |
| Très rarement     | 3         | 6,5%      | ±7,1%  | [0,0% - 13,6%]  |
| Très souvent      | 7         | 15,2%     | ±10,4% | [4,8% - 25,6%]  |
| Total             | 46        | 100,0%    |        |                 |

## 58R1. Rec. de Pathologie (P)

|                        | Effectifs | Fréquence |
|------------------------|-----------|-----------|
| Rhumatologie           | 27        | 48,2 %    |
| Pelvi-périnéologie     | 3         | 5,4 %     |
| Traumatologie          | 16        | 28,6 %    |
| Pneumologie            | 1         | 1,8 %     |
| Phlébologie            | 1         | 1,8 %     |
| Neurologie             | 2         | 3,6 %     |
| Chirurgie orthopédique | 5         | 8,9 %     |
| Médecine du sport      | 1         | 1,8 %     |
| Total / réponses       | 56        | 100,0 %   |

Interrogés : 439 / Répondants : 42 / Réponses : 56  
 Pourcentages calculés sur la base des réponses

## 59. DURÉE SK (P)

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| 1 à 2 mois   | 1         | 2,4 %     |
| 1 mois   | 5         | 11,9 %    |
| 1 mois et demi (20-25 séances, 2 fois par semaine)   | 1         | 2,4 %     |
| 10 ans   | 1         | 2,4 %     |
| 15 jours   | 1         | 2,4 %     |
| 15 mois  | 1         | 2,4 %     |
| 15 séances, deux fois par semaine  | 1         | 2,4 %     |
| 1mois  | 1         | 2,4 %     |
| 2 mois   | 2         | 4,8 %     |
| 2 mois fois deux :4  | 1         | 2,4 %     |
| 2 mois je crois  | 1         | 2,4 %     |
| 2 ou 3 séries d'une petite dizaine de séances par an   | 1         | 2,4 %     |
| 2-3 mois   | 1         | 2,4 %     |
| 2007 15 jours  | 1         | 2,4 %     |
| 3 à4 séances   | 1         | 2,4 %     |
| 3 ans  | 3         | 7,1 %     |
| 3 ans au total   | 1         | 2,4 %     |
| 3 mois   | 1         | 2,4 %     |
| 3 mois en moyenne à chaque fois  | 1         | 2,4 %     |
| 3 séances  | 1         | 2,4 %     |
| 3mois  | 1         | 2,4 %     |
| 5 ans  | 2         | 4,8 %     |
| 5 mois environ : 22 séances  | 1         | 2,4 %     |
| 6 mois   | 1         | 2,4 %     |
| 8 mois   | 1         | 2,4 %     |
| Cheville 1mois et demi, poignet 1 mois Dos je ne compte plus mais perlée sur plusieurs années depuis 2002 Entorse cervicale 3 mois | 1         | 2,4 %     |
| Depuis plusieurs années  | 1         | 2,4 %     |
| Depuis que je suis née ?   | 1         | 2,4 %     |
| Deux mois  | 1         | 2,4 %     |
| Dos : 10 ans (pré-ado à fin) après 06 à 09 mois  | 1         | 2,4 %     |
| Lombalgies : 3-4 mois entorses : 1 mois drainages : 1 mois   | 1         | 2,4 %     |
| Quelques semaines  | 1         | 2,4 %     |
| Régulièrement depuis l'âge de 19 ans   | 1         | 2,4 %     |
| Un an ou deux  | 1         | 2,4 %     |



|       |    |         |
|-------|----|---------|
| Total | 42 | 100,0 % |
|-------|----|---------|



## 60. SITUATION SK

|   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|---|-----------|-----------|--------|-----------------|
| En institution : hôpital, clinique, centre de rééducation, etc. | 3         | 7,1%      | ±7,8%  | [0,0% - 14,9%]  |
| En libéral  | 34        | 81,0%     | ±11,9% | [69,1% - 92,9%] |
| Les deux  | 5         | 11,9%     | ±9,8%  | [2,1% - 21,7%]  |
| Total   | 42        | 100,0%    |        |                 |



## 61. [Seul(e)]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 18        | 46,2%     | ±15,6% | [30,6% - 61,8%] |
| Oui   | 21        | 53,8%     | ±15,6% | [38,2% - 69,4%] |
| Total | 39        | 100,0%    |        |                 |



## 62. [en groupe avec des kinés]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 21        | 53,8%     | ±15,6% | [38,2% - 69,4%] |
| Oui   | 18        | 46,2%     | ±15,6% | [30,6% - 61,8%] |
| Total | 39        | 100,0%    |        |                 |



## 63. [en groupe interdisciplinaire sans médecin(s)]

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)         |
|-------|-----------|-----------|-------|------------------|
| Non   | 38        | 97,4%     | ±5,0% | [92,4% - 102,4%] |
| Oui   | 1         | 2,6%      | ±5,0% | [0,0% - 7,6%]    |
| Total | 39        | 100,0%    |       |                  |



## 64. [en groupe interdisciplinaire avec médecin(s)]

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Non   | 35        | 89,7%     | ±9,5% | [80,2% - 99,2%] |
| Oui   | 4         | 10,3%     | ±9,5% | [0,8% - 19,8%]  |
| Total | 39        | 100,0%    |       |                 |



## 65. ARRET TTT

|                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Jamais            | 28        | 66,7%     | ±14,3% | [52,4% - 81,0%] |
| Occasionnellement | 2         | 4,8%      | ±6,4%  | [0,0% - 11,2%]  |
| rarement          | 6         | 14,3%     | ±10,6% | [3,7% - 24,9%]  |
| Souvent           | 2         | 4,8%      | ±6,4%  | [0,0% - 11,2%]  |
| Très rarement     | 3         | 7,1%      | ±7,8%  | [0,0% - 14,9%]  |
| Très souvent      | 1         | 2,4%      | ±4,6%  | [0,0% - 7,0%]   |
| Total             | 42        | 100,0%    |        |                 |

## 66. Si oui, pourquoi ?

|   | Effectifs | Fréquence |
|---|-----------|-----------|
| Déménagements, lassitude et sensation d'inutilité (pour les drainages)  | 1         | 7,1 %     |
| Guérison  | 1         | 7,1 %     |
| Incompatibilité personnelle : remarques désobligeantes, critiques envers ses collègues, plaintes incessantes  | 1         | 7,1 %     |
| Intervention assez grave  | 1         | 7,1 %     |
| Je n'ai pas de souvenir exacte, mais il me semble que j'ai dû reporter le rdv et ensuite abandonné l'idée d'y retourner parce que l'horaire où la thérapeute était disponible ne m'a pas arrangée et la douleur dans ma cheville (pour laquelle j'ai fait les séances kiné) n'a pas amélioré comme j'aurais aimé. | 1         | 7,1 %     |
| Le traitement avait atteint son but, et le kiné m'a dit que si je voulais on pouvait s'arrêter là.  | 1         | 7,1 %     |
| Manque d'argent (pas de mutuelle)   | 1         | 7,1 %     |
| Manque de temps   | 1         | 7,1 %     |
| Mauvaise relation   | 1         | 7,1 %     |
| Parce j'allais mieux !  | 1         | 7,1 %     |

|   |    |         |
|---|----|---------|
| Parce que j'étais guérie  | 1  | 7,1 %   |
| Plus de douleur, plus de blocage  | 1  | 7,1 %   |
| Pour un autre kiné  | 1  | 7,1 %   |
| Techniques apprises au cabinet qu'on peut refaire chez soi sans l'aide du MK* | 1  | 7,1 %   |
| Total   | 14 | 100,0 % |



## 67. ARRET PAR MED

|                   | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)         |
|-------------------|-----------|-----------|-------|------------------|
| Jamais            | 40        | 95,2%     | ±6,4% | [88,8% - 101,6%] |
| Occasionnellement | 1         | 2,4%      | ±4,6% | [0,0% - 7,0%]    |
| Très souvent      | 1         | 2,4%      | ±4,6% | [0,0% - 7,0%]    |
| Total             | 42        | 100,0%    |       |                  |

## 68. Si oui, pourquoi?

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| Les fonctions de tous les jours ne sont pas acquises | 1         | 50,0 %    |
| Prescription non adaptée ou réalisation mal faite    | 1         | 50,0 %    |
| Total  | 2         | 100,0 %   |



## 69. ARRET PAR K

|                   | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Jamais            | 38        | 90,5%     | ±8,9% | [81,6% - 99,4%] |
| Occasionnellement | 2         | 4,8%      | ±6,4% | [0,0% - 11,2%]  |
| Très rarement     | 2         | 4,8%      | ±6,4% | [0,0% - 11,2%]  |
| Total             | 42        | 100,0%    |       |                 |

## 70. Si oui, pourquoi ?

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| Cf. explication précédente   | 1         | 25,0 %    |
| Les douleurs étaient devenues très raisonnables et occasionnelles. De plus, le kiné estimait m'avoir appris tous les exercices qu'il connaissait permettant de gérer mon problème. | 1         | 25,0 %    |

|                           |   |         |
|---------------------------|---|---------|
| Rééducation OK            | 1 | 25,0 %  |
| Séance trop douloureuse . | 1 | 25,0 %  |
| Total                     | 4 | 100,0 % |



## 71. CONSULTATION OSTEO

|                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Assez souvent     | 5         | 10,9%     | ±9,0%  | [1,9% - 19,9%]  |
| Jamais            | 11        | 23,9%     | ±12,3% | [11,6% - 36,2%] |
| Occasionnellement | 19        | 41,3%     | ±14,2% | [27,1% - 55,5%] |
| rarement          | 2         | 4,3%      | ±5,9%  | [0,0% - 10,2%]  |
| Souvent           | 5         | 10,9%     | ±9,0%  | [1,9% - 19,9%]  |
| Très rarement     | 3         | 6,5%      | ±7,1%  | [0,0% - 13,6%]  |
| Très souvent      | 1         | 2,2%      | ±4,2%  | [0,0% - 6,4%]   |
| Total             | 46        | 100,0%    |        |                 |

## 72. Si oui, pourquoi ?

|   | Effectifs | Fréquence |
|---|-----------|-----------|
| Mal très fort de dos -Sensation d'être complètement tordue avec plusieurs micro-douleurs inhabituelles  | 1         | 2,9 %     |
| Afin de voir comment ce professionnel traite mes douleurs en comparaison au kinésithérapeute  | 1         | 2,9 %     |
| Autre approche sur les douleurs   | 1         | 2,9 %     |
| C'est sans ordonnance sans passage par un médecin et l'ostéopathe n'a pas le même rôle qu'un kiné   | 1         | 2,9 %     |
| C'est une connaissance qui m'a invité à une séance  | 1         | 2,9 %     |
| Colonne vertébrale  | 1         | 2,9 %     |
| Complémentaire  | 1         | 2,9 %     |
| Cou bloqué et déplacement du cuboïde  | 1         | 2,9 %     |
| Dans le cadre de mes études et pour m'accompagner dans une meilleur gestion de mon corps  | 1         | 2,9 %     |
| De par mes expériences négatives de séances de kiné, j'accorde plus de confiance à l'efficacité des ostéopathes, je les trouve dans une approche plus globale sur les questions de bien-être du corps (tensions liées au stress) et plus proche et attentionnée dans la relation avec le soigné j'ai moins l'impression de venir en salle collective avec justes des appareils à électrodes placées sur une cheville pendant 20 minutes | 1         | 2,9 %     |

|  |    |         |
|--|----|---------|
| Douleurs bassin et dos post grossesse  | 1  | 2,9 %   |
| Douleurs cervicales  | 1  | 2,9 %   |
| Douleurs du dos  | 1  | 2,9 %   |
| En complément de la kiné   | 1  | 2,9 %   |
| Ergonomie au travail   | 1  | 2,9 %   |
| Les tensions musculaires liées à l'hyperexcitabilité neuromusculaire créent des déséquilibres toniques et des douleurs. Il est donc par moment nécessaire de faire un bilan. | 1  | 2,9 %   |
| Lombalgie  | 1  | 2,9 %   |
| Lombalgies   | 1  | 2,9 %   |
| Lumbago, torticolis  | 1  | 2,9 %   |
| Lumbago, torticolis  | 1  | 2,9 %   |
| Mal de dos   | 1  | 2,9 %   |
| Mal de dos et de genoux. Quelques soucis digestifs.  | 1  | 2,9 %   |
| Mes parents ont les deux formations  | 1  | 2,9 %   |
| Pour des contrôles annuels   | 1  | 2,9 %   |
| Pour des douleurs au dos.  | 1  | 2,9 %   |
| Pour des douleurs aux cervicales, pour des douleurs au bassin  | 1  | 2,9 %   |
| Pour éviter les douleurs avec le sport 1 fois par an un ostéopathe posturologue  | 1  | 2,9 %   |
| Pour le dos et le cou  | 1  | 2,9 %   |
| Pour remettre en route les muscles   | 1  | 2,9 %   |
| Pour soulager des problèmes de douleurs ou simplement pour faire un "bilan" (une fois par an en moyenne)   | 1  | 2,9 %   |
| Problème articulaire   | 1  | 2,9 %   |
| Quand je travaillais. ....   | 1  | 2,9 %   |
| Suite à la fracture de la tête radiale, pour la remettre en place, après les séances de kinésithérapie   | 1  | 2,9 %   |
| Tensions cervicales  | 1  | 2,9 %   |
| Total  | 34 | 100,0 % |



### 73. médecines « non-conventionnelles »

|               | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|---------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Assez souvent | 3         | 6,5%      | ±7,1%  | [0,0% - 13,6%]  |
| Jamais        | 19        | 41,3%     | ±14,2% | [27,1% - 55,5%] |

|                   |    |        |        |                |
|-------------------|----|--------|--------|----------------|
| Occasionnellement | 10 | 21,7%  | ±11,9% | [9,8% - 33,6%] |
| rarement          | 4  | 8,7%   | ±8,1%  | [0,6% - 16,8%] |
| Souvent           | 3  | 6,5%   | ±7,1%  | [0,0% - 13,6%] |
| Très rarement     | 5  | 10,9%  | ±9,0%  | [1,9% - 19,9%] |
| Très souvent      | 2  | 4,3%   | ±5,9%  | [0,0% - 10,2%] |
| Total             | 46 | 100,0% |        |                |

## 74. Si oui, pourquoi ?

|   | Effectifs | Fréquence |
|---|-----------|-----------|
| A l'occasion d'un zona très invalidant et ne supportant pas les effets secondaires des antidouleur  | 1         | 4,3 %     |
| Acupuncture   | 1         | 4,3 %     |
| Acupuncture pour perdre du poids  | 1         | 4,3 %     |
| Acupuncture pour un mieux-être général et notamment la gestion d'un syndrome prémenstruel très présent. Coupeur de feu suite à une brûlure au doigt.  | 1         | 4,3 %     |
| Autres techniques   | 1         | 4,3 %     |
| Bien être   | 1         | 4,3 %     |
| Complémentaire  | 1         | 4,3 %     |
| Complémentaires   | 1         | 4,3 %     |
| Douleurs physiques  | 1         | 4,3 %     |
| En prévention, puis pour rééquilibrer le bassin suite à un diagnostic établi. Également pour soulager des douleurs dorsales. Autrement pour le bien-être (physique et mental).  | 1         | 4,3 %     |
| Hernie discale  | 1         | 4,3 %     |
| J'accorde plus de confiance à ces médecines douces qui prennent plus en considération la globalité de la santé et les facteurs émotionnels et psychosomatiques. Je suis souvent réticente aux soins purement "biomécaniques", je me sens moins "une jambe" ou "une cheville" avec ces professionnels  | 1         | 4,3 %     |
| J'ai eu l'habitude de consulter un acuponcteur suite aux diverses entorses de ma vie. Manque de résultat tangible, j'ai consulté une thérapeute en acuponcture pour remettre les choses en ordre. J'ai beaucoup de petits soucis que les médecins n'ont jamais su comment résoudre. J'ai consulté une réflexologue, une kinésiologue pour détecter les problèmes (fatigue, dérèglement de ma menstruation après l'arrêt de pilule contraceptive, maux du ventre). | 1         | 4,3 %     |
| Je n'ai pas de médecin traitant, uniquement un acuponcteur 1 à 4 fois par an en fonction des périodes, du stress...   | 1         | 4,3 %     |
| Je pratique la RESC (Résonance Énergétique par Stimulation Cutané) et l'hypnose analgésie en pédiatrie. J'ai déjà eu recours à la réflexologie plantaire.   | 1         | 4,3 %     |

|  |    |         |
|--|----|---------|
| Meilleure prise en charge globale du patient. (holistique)   | 1  | 4,3 %   |
| Par curiosité et pour tenter une approche différente   | 1  | 4,3 %   |
| Parce que je les pratique moi-même   | 1  | 4,3 %   |
| Pour aller mieux :)  | 1  | 4,3 %   |
| Pour avoir un autre point de vue   | 1  | 4,3 %   |
| Pour tester me faire une idée, plus jeune par ce que j'ai de la famille qui pensait que ça m'aiderait quand j'étais petit (brûlure, verrue). Volonté de comprendre, de ressentir les différences entre les différentes thérapies | 1  | 4,3 %   |
| Quand je travaillais pour m'aider à tenir...   | 1  | 4,3 %   |
| Refaire circuler les énergies  | 1  | 4,3 %   |
| Total  | 23 | 100,0 % |



75. Les soins de kiné prescrit sont-ils remboursés par l'assurance maladie ?

|              | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|--------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Beaucoup     | 6         | 13,0%     | ±9,7%  | [3,3% - 22,7%]  |
| Certains     | 2         | 4,3%      | ±5,9%  | [0,0% - 10,2%]  |
| Presque tous | 19        | 41,3%     | ±14,2% | [27,1% - 55,5%] |
| Quelques un  | 1         | 2,2%      | ±4,2%  | [0,0% - 6,4%]   |
| Tous         | 18        | 39,1%     | ±14,1% | [25,0% - 53,2%] |
| Total        | 46        | 100,0%    |        |                 |



76. Les soins de kiné à but thérapeutiques ne sont pas nécessairement prescrits

|              | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|--------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Aucun        | 17        | 37,0%     | ±13,9% | [23,1% - 50,9%] |
| Beaucoup     | 1         | 2,2%      | ±4,2%  | [0,0% - 6,4%]   |
| Certains     | 3         | 6,5%      | ±7,1%  | [0,0% - 13,6%]  |
| Presque tous | 4         | 8,7%      | ±8,1%  | [0,6% - 16,8%]  |
| Quelques un  | 4         | 8,7%      | ±8,1%  | [0,6% - 16,8%]  |
| Tous         | 7         | 15,2%     | ±10,4% | [4,8% - 25,6%]  |

|          |    |        |        |                |
|----------|----|--------|--------|----------------|
| Très peu | 10 | 21,7%  | ±11,9% | [9,8% - 33,6%] |
| Total    | 46 | 100,0% |        |                |



## 77. ACCES DIRECT

|               | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|---------------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Jamais        | 40        | 87,0%     | ±9,7% | [77,3% - 96,7%] |
| rarement      | 1         | 2,2%      | ±4,2% | [0,0% - 6,4%]   |
| Souvent       | 2         | 4,3%      | ±5,9% | [0,0% - 10,2%]  |
| Très rarement | 3         | 6,5%      | ±7,1% | [0,0% - 13,6%]  |
| Total         | 46        | 100,0%    |       |                 |

## 78. Si oui, pourquoi ?

|   | Effectifs | Fréquence |
|---|-----------|-----------|
| Conseil auprès d'un ami Kiné  | 1         | 20,0 %    |
| Lorsque j'étais enfant, pour corriger une scoliose débutante (ma maman l'a détectée car en a une qui n'a pas été traitée et la fait souffrir) | 1         | 20,0 %    |
| Mes parents sont kiné-ostéo   | 1         | 20,0 %    |
| Pour un sport   | 1         | 20,0 %    |
| Pour prendre son avis   | 1         | 20,0 %    |
| Total   | 5         | 100,0 %   |



## QUESTIONNAIRE MEDECINS

## 119. SPECIALITÉ (M)

|                                     | Effectifs | Fréquence |
|-------------------------------------|-----------|-----------|
| Médecin physique et de réadaptation | 1         | 4,3 %     |
| Anesthésie réanimation              | 1         | 4,3 %     |
| Anesthésie-réanimation              | 1         | 4,3 %     |
| Chir ortho                          | 1         | 4,3 %     |
| Chirurgie                           | 1         | 4,3 %     |
| Chirurgie de la main                | 1         | 4,3 %     |
| Généraliste                         | 5         | 21,7 %    |
| Gynécologie obstétrique             | 1         | 4,3 %     |
| Gynécologue obstétricien            | 1         | 4,3 %     |



|                            |    |         |
|----------------------------|----|---------|
| Gynécologue obstétricienne | 1  | 4,3 %   |
| Hématologue                | 1  | 4,3 %   |
| Méd. Générale              | 1  | 4,3 %   |
| Médecine générale          | 6  | 26,1 %  |
| Pneumologue                | 1  | 4,3 %   |
| Total                      | 23 | 100,0 % |

## 120. PRATIQUE OSTÉO

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)         |
|-------|-----------|-----------|--------|------------------|
| Non   | 20        | 87,0%     | ±13,8% | [73,2% - 100,8%] |
| Oui   | 3         | 13,0%     | ±13,8% | [0,0% - 26,8%]   |
| Total | 23        | 100,0%    |        |                  |



## 122. CONNAISSANCE DE KINÉ

|              | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|--------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Aucun        | 2         | 8,7%      | ±11,5% | [0,0% - 20,2%]  |
| Beaucoup     | 2         | 8,7%      | ±11,5% | [0,0% - 20,2%]  |
| Plusieurs    | 6         | 26,1%     | ±17,9% | [8,2% - 44,0%]  |
| Quelques-uns | 11        | 47,8%     | ±20,4% | [27,4% - 68,2%] |
| Très peu     | 2         | 8,7%      | ±11,5% | [0,0% - 20,2%]  |
| Total        | 23        | 100,0%    |        |                 |



## 123. [aucun]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 19        | 82,6%     | ±15,5% | [67,1% - 98,1%] |
| Oui   | 4         | 17,4%     | ±15,5% | [1,9% - 32,9%]  |
| Total | 23        | 100,0%    |        |                 |



## 124. [connaissance]

|     | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-----|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non | 13        | 56,5%     | ±20,3% | [36,2% - 76,8%] |
| Oui | 10        | 43,5%     | ±20,3% | [23,2% - 63,8%] |

|       |    |        |  |  |
|-------|----|--------|--|--|
| Total | 23 | 100,0% |  |  |
|-------|----|--------|--|--|

## 125. [ami(e)]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 14        | 60,9%     | ±19,9% | [41,0% - 80,8%] |
| Oui   | 9         | 39,1%     | ±19,9% | [19,2% - 59,0%] |
| Total | 23        | 100,0%    |        |                 |

## 126. [famille proche]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 19        | 82,6%     | ±15,5% | [67,1% - 98,1%] |
| Oui   | 4         | 17,4%     | ±15,5% | [1,9% - 32,9%]  |
| Total | 23        | 100,0%    |        |                 |

## 127. [conjoint]

|       | Effectifs | Fréquence | IC (95%) |
|-------|-----------|-----------|----------|
| Non   | 23        | 100,0%    |          |
| Total | 23        | 100,0%    |          |

## 129. SITUATIONS

|   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|---|-----------|-----------|--------|-----------------|
| En institution : hôpital, clinique, centre de rééducation, etc. | 6         | 26,1%     | ±17,9% | [8,2% - 44,0%]  |
| En libéral  | 10        | 43,5%     | ±20,3% | [23,2% - 63,8%] |
| Les deux  | 7         | 30,4%     | ±18,8% | [11,6% - 49,2%] |
| Total   | 23        | 100,0%    |        |                 |

## 130. [Seul(e)]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 12        | 70,6%     | ±21,7% | [48,9% - 92,3%] |
| Oui   | 5         | 29,4%     | ±21,7% | [7,7% - 51,1%]  |
| Total | 17        | 100,0%    |        |                 |

## 131. [en groupe de médecins]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 8         | 47,1%     | ±23,7% | [23,4% - 70,8%] |
| Oui   | 9         | 52,9%     | ±23,7% | [29,2% - 76,6%] |
| Total | 17        | 100,0%    |        |                 |

## 132. [en groupe interdisciplinaire sans kinés]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)         |
|-------|-----------|-----------|--------|------------------|
| Non   | 14        | 82,4%     | ±18,1% | [64,3% - 100,5%] |
| Oui   | 3         | 17,6%     | ±18,1% | [0,0% - 35,7%]   |
| Total | 17        | 100,0%    |        |                  |

## 133. [en groupe interdisciplinaire dont des kinés]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 10        | 58,8%     | ±23,4% | [35,4% - 82,2%] |
| Oui   | 7         | 41,2%     | ±23,4% | [17,8% - 64,6%] |
| Total | 17        | 100,0%    |        |                 |

## 134. PRESCRIPTION SK

|                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Assez souvent     | 1         | 4,3%      | ±8,3%  | [0,0% - 12,6%]  |
| Occasionnellement | 4         | 17,4%     | ±15,5% | [1,9% - 32,9%]  |
| rarement          | 1         | 4,3%      | ±8,3%  | [0,0% - 12,6%]  |
| Souvent           | 8         | 34,8%     | ±19,5% | [15,3% - 54,3%] |
| Très souvent      | 9         | 39,1%     | ±19,9% | [19,2% - 59,0%] |

|       |    |        |  |  |
|-------|----|--------|--|--|
| Total | 23 | 100,0% |  |  |
|-------|----|--------|--|--|



## 137. SECTEUR

|            | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Secteur I  | 13        | 76,5%     | ±20,2% | [56,3% - 96,7%] |
| secteur II | 4         | 23,5%     | ±20,2% | [3,3% - 43,7%]  |
| Total      | 17        | 100,0%    |        |                 |



## 138. FORMATION SUR SK

|                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Jamais            | 10        | 43,5%     | ±20,3% | [23,2% - 63,8%] |
| Occasionnellement | 7         | 30,4%     | ±18,8% | [11,6% - 49,2%] |
| Rarement          | 1         | 4,3%      | ±8,3%  | [0,0% - 12,6%]  |
| Souvent           | 2         | 8,7%      | ±11,5% | [0,0% - 20,2%]  |
| Très rarement     | 2         | 8,7%      | ±11,5% | [0,0% - 20,2%]  |
| Très souvent      | 1         | 4,3%      | ±8,3%  | [0,0% - 12,6%]  |
| Total             | 23        | 100,0%    |        |                 |



## 139. INTERRUPTION PAR M

|                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Jamais            | 7         | 30,4%     | ±18,8% | [11,6% - 49,2%] |
| Occasionnellement | 5         | 21,7%     | ±16,9% | [4,8% - 38,6%]  |
| Rarement          | 3         | 13,0%     | ±13,8% | [0,0% - 26,8%]  |
| Très rarement     | 8         | 34,8%     | ±19,5% | [15,3% - 54,3%] |
| Total             | 23        | 100,0%    |        |                 |

## 140. Si Oui, pourquoi ?

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| Absence de résultat - résultat plus rapide que prévu - appareils plutôt que thérapie manuelle ou fonctionnelle | 1         | 6,3 %     |
| Douleur  | 1         | 6,3 %     |
| Douleur ou guérison  | 1         | 6,3 %     |

|   |    |         |
|---|----|---------|
| Guérison  | 1  | 6,3 %   |
| Les soins prodigués n'était pas adapté                                | 1  | 6,3 %   |
| Majoration des symptômes ou améliorations précoces                    | 1  | 6,3 %   |
| Mauvaise qualité des soins alléguée par le patient                    | 1  | 6,3 %   |
| Pas de progrès , traitement inadapté.                                 | 1  | 6,3 %   |
| Pas de résultats ou mal fait  | 1  | 6,3 %   |
| Pathologie douloureuse induite  | 1  | 6,3 %   |
| Patient souhaite changer de kiné . Douleur trop intense . Non curatif | 1  | 6,3 %   |
| Plus de nécessité de poursuivre la rééducation                        | 1  | 6,3 %   |
| Prise en charge inadaptée   | 1  | 6,3 %   |
| Problème relationnel  | 1  | 6,3 %   |
| Soulagement avant la fin des séances                                  | 1  | 6,3 %   |
| Techniques ou prise en charge non efficace                            | 1  | 6,3 %   |
| Total   | 16 | 100,0 % |



#### 141. INTERRUPTION PAR K

|                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Assez souvent     | 1         | 4,3%      | ±8,3%  | [0,0% - 12,6%]  |
| Jamais            | 8         | 34,8%     | ±19,5% | [15,3% - 54,3%] |
| Occasionnellement | 4         | 17,4%     | ±15,5% | [1,9% - 32,9%]  |
| Rarement          | 3         | 13,0%     | ±13,8% | [0,0% - 26,8%]  |
| Très rarement     | 7         | 30,4%     | ±18,8% | [11,6% - 49,2%] |
| Total             | 23        | 100,0%    |        |                 |

#### 142. Si oui, pourquoi ?

|   | Effectifs | Fréquence |
|---|-----------|-----------|
| ?   | 1         | 6,7 %     |
| (En fait je ne sais pas, je pense que non, mais il n'y a pas la case "ne sait pas") | 1         | 6,7 %     |
| Désir du patient  | 1         | 6,7 %     |
| Douleur   | 1         | 6,7 %     |
| Douleurs  | 1         | 6,7 %     |
| Douleurs augmentées   | 1         | 6,7 %     |
| Ils sentaient qu'ils n'avançaient pas   | 1         | 6,7 %     |
| Je ne sais pas  | 1         | 6,7 %     |

|  |    |         |
|--|----|---------|
| Jugement du professionnel  | 1  | 6,7 %   |
| La question est mal posée parce que je ne suis pas au courant du nombre de fois où le kiné a arrêté les actes! | 1  | 6,7 %   |
| N'avait plus le temps  | 1  | 6,7 %   |
| Patient non coopératif   | 1  | 6,7 %   |
| Plus de nécessité de prise en charge   | 1  | 6,7 %   |
| Problème relationnel   | 1  | 6,7 %   |
| Soulagement avant la fin des séances   | 1  | 6,7 %   |
| Total  | 15 | 100,0 % |



## 143. INTERRUPTION PAR P

|                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Jamais            | 4         | 17,4%     | ±15,5% | [1,9% - 32,9%]  |
| Occasionnellement | 11        | 47,8%     | ±20,4% | [27,4% - 68,2%] |
| Rarement          | 2         | 8,7%      | ±11,5% | [0,0% - 20,2%]  |
| Souvent           | 2         | 8,7%      | ±11,5% | [0,0% - 20,2%]  |
| Très rarement     | 4         | 17,4%     | ±15,5% | [1,9% - 32,9%]  |
| Total             | 23        | 100,0%    |        |                 |

## 144. Si oui, pourquoi ?

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| ?  | 1         | 5,3 %     |
| Absence d'effet et patient non convaincu   | 1         | 5,3 %     |
| Absence de résultat - résultat plus rapide que prévu - appareils plutôt que thérapie manuelle ou fonctionnelle | 1         | 5,3 %     |
| Douleur ,inadéquation horaire de travail   | 1         | 5,3 %     |
| Inefficace   | 1         | 5,3 %     |
| Inefficacité, temps consommé, économies de santé, kiné escroc à électrodes                                     | 1         | 5,3 %     |
| Insatisfait des résultats ou de la prise en charge   | 1         | 5,3 %     |
| Kiné en vacances   | 1         | 5,3 %     |
| Lassitude physique ou problèmes sociaux-économiques  | 1         | 5,3 %     |
| Manque de temps ou de bénéfice perçu je suppose  | 1         | 5,3 %     |
| Mauvaise tolérance des soins, jugés trop fatiguant ou distance trop importante                                 | 1         | 5,3 %     |
| Motifs divers ,amélioration, manque de temps...,mauvaise relation...   | 1         | 5,3 %     |

|   |    |         |
|---|----|---------|
| N'en ressentait pas la nécessité  | 1  | 5,3 %   |
| Non efficacité  | 1  | 5,3 %   |
| Pas de résultats selon lui mauvaise alliance thérapeutique avec le kiné | 1  | 5,3 %   |
| Pas le temps  | 2  | 10,5 %  |
| Plus le temps ou pas efficace   | 1  | 5,3 %   |
| Ras le bol  | 1  | 5,3 %   |
| Total   | 19 | 100,0 % |



## 145. REÇU SK

|                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Jamais            | 8         | 34,8%     | ±19,5% | [15,3% - 54,3%] |
| Occasionnellement | 9         | 39,1%     | ±19,9% | [19,2% - 59,0%] |
| Rarement          | 3         | 13,0%     | ±13,8% | [0,0% - 26,8%]  |
| Très rarement     | 3         | 13,0%     | ±13,8% | [0,0% - 26,8%]  |
| Total             | 23        | 100,0%    |        |                 |

## 146. PATHO (M)

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| Contusions mixtes AVP rééducation posturale  | 1         | 6,7 %     |
| Entorse  | 1         | 6,7 %     |
| Entorse ,fracture et abdominopérinéale   | 1         | 6,7 %     |
| Entorse cheville   | 1         | 6,7 %     |
| Entorse du genou   | 1         | 6,7 %     |
| Entorses de cheville répétées entorse grave du genou                                   | 1         | 6,7 %     |
| Entorses de cheville, douleurs d'épaule  | 1         | 6,7 %     |
| Entorses puis ligamento cheville, ostéosynthèse radio-cubitus, post-partum, tendinites | 1         | 6,7 %     |
| Fracture jambe   | 1         | 6,7 %     |
| Lombalgie tendinopathie  | 1         | 6,7 %     |
| Lombalgies   | 1         | 6,7 %     |
| Lombalgies fracture malléole rééducation du post-partum(2)                             | 1         | 6,7 %     |
| Névralgie cervico brachiale  | 1         | 6,7 %     |
| Psh - hernie discale   | 1         | 6,7 %     |
| Rééducation périnéale lésion musculaire entorse de cheville                            | 1         | 6,7 %     |
| Total  | 15        | 100,0 %   |

## 147. DURÉE TTT (M)

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| 1 mois   | 2         | 13,3 %    |
| 1 mois chacune   | 1         | 6,7 %     |
| 15 10 2mois chacune  | 1         | 6,7 %     |
| 15 j - 1 mois  | 1         | 6,7 %     |
| 1mois  | 1         | 6,7 %     |
| 20 séances par ans 2 ans   | 1         | 6,7 %     |
| 3 mois   | 2         | 13,3 %    |
| 5 jours  | 1         | 6,7 %     |
| Environ 15 séances pour le locomoteur (x4 au moins) et 10 pour le post-partum (du coup en tout je dirais 9 mois) | 1         | 6,7 %     |
| Quelques semaines ( 6 à 8 )  | 1         | 6,7 %     |
| Un mois et demi  | 1         | 6,7 %     |
| Une dizaine de séances   | 1         | 6,7 %     |
| Une seule séance!  | 1         | 6,7 %     |
| Total  | 15        | 100,0 %   |



## 148. SITUATION

|   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|---|-----------|-----------|--------|-----------------|
| En institution : hôpital, clinique, centre de rééducation, etc. | 4         | 26,7%     | ±22,4% | [4,3% - 49,1%]  |
| En libéral  | 10        | 66,7%     | ±23,9% | [42,8% - 90,6%] |
| Les deux  | 1         | 6,7%      | ±12,6% | [0,0% - 19,3%]  |
| Total   | 15        | 100,0%    |        |                 |



## 149. [kiné seul]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 5         | 45,5%     | ±29,4% | [16,1% - 74,9%] |
| Oui   | 6         | 54,5%     | ±29,4% | [25,1% - 83,9%] |
| Total | 11        | 100,0%    |        |                 |



## 150. [kiné en groupe avec des kinés]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 6         | 54,5%     | ±29,4% | [25,1% - 83,9%] |
| Oui   | 5         | 45,5%     | ±29,4% | [16,1% - 74,9%] |
| Total | 11        | 100,0%    |        |                 |

## 151. [kiné en groupe interdisciplinaire sans médecin(s)]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)         |
|-------|-----------|-----------|--------|------------------|
| Non   | 9         | 81,8%     | ±22,8% | [59,0% - 104,6%] |
| Oui   | 2         | 18,2%     | ±22,8% | [0,0% - 41,0%]   |
| Total | 11        | 100,0%    |        |                  |

## 152. [kiné en groupe interdisciplinaire avec médecin(s)]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)         |
|-------|-----------|-----------|--------|------------------|
| Non   | 9         | 81,8%     | ±22,8% | [59,0% - 104,6%] |
| Oui   | 2         | 18,2%     | ±22,8% | [0,0% - 41,0%]   |
| Total | 11        | 100,0%    |        |                  |

## 153. Qui a prescrits

|                  | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Les deux         | 3         | 20,0%     | ±20,2% | [0,0% - 40,2%]  |
| Moi même         | 4         | 26,7%     | ±22,4% | [4,3% - 49,1%]  |
| Un autre médecin | 8         | 53,3%     | ±25,2% | [28,1% - 78,5%] |
| Total            | 15        | 100,0%    |        |                 |

## 154. INTERRUPTION

|        | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|--------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Jamais | 10        | 66,7%     | ±23,9% | [42,8% - 90,6%] |

|                   |    |        |        |                |
|-------------------|----|--------|--------|----------------|
| Occasionnellement | 2  | 13,3%  | ±17,2% | [0,0% - 30,5%] |
| Souvent           | 1  | 6,7%   | ±12,6% | [0,0% - 19,3%] |
| Très rarement     | 2  | 13,3%  | ±17,2% | [0,0% - 30,5%] |
| Total             | 15 | 100,0% |        |                |

## 155. Si oui, pourquoi ?

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| Les ordonnances ne sont plus sensées contenir un nombre de séances, le kiné choisit la durée. La question est donc obsolète. | 1         | 20,0 %    |
| Parce que petit massage puis chaleur inefficace et refus de faire les séances d'ostéo sur la prise en charge                 | 1         | 20,0 %    |
| Résultat rapide - patient volontaire   | 1         | 20,0 %    |
| Soulagé avant la fin de prise en charge ou manque de temps   | 1         | 20,0 %    |
| Soulagement avant la fin   | 1         | 20,0 %    |
| Total  | 5         | 100,0 %   |



## 156. OSTEOPATHIE

|                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Jamais            | 7         | 30,4%     | ±18,8% | [11,6% - 49,2%] |
| Occasionnellement | 4         | 17,4%     | ±15,5% | [1,9% - 32,9%]  |
| rarement          | 2         | 8,7%      | ±11,5% | [0,0% - 20,2%]  |
| Souvent           | 3         | 13,0%     | ±13,8% | [0,0% - 26,8%]  |
| Très rarement     | 7         | 30,4%     | ±18,8% | [11,6% - 49,2%] |
| Total             | 23        | 100,0%    |        |                 |

## 157. Si oui, pourquoi ?

|                            | Effectifs | Fréquence |
|----------------------------|-----------|-----------|
| Dorsalgie                  | 1         | 6,3 %     |
| dorsalgies                 | 1         | 6,3 %     |
| Douleur lombaire j         | 1         | 6,3 %     |
| douleur sciatalgie         | 1         | 6,3 %     |
| douleurs chroniques dos    | 1         | 6,3 %     |
| Entorse du rachis cervical | 1         | 6,3 %     |
| Lombalgie                  | 2         | 12,5 %    |
| lombalgies                 | 2         | 12,5 %    |

|  |    |         |
|--|----|---------|
| lumbago  | 1  | 6,3 %   |
| migraine douleur résiduelle sur trauma   | 1  | 6,3 %   |
| parce que ma mère m'y a amenée   | 1  | 6,3 %   |
| Parce que seule efficace (pas tous)  | 1  | 6,3 %   |
| pour ma lombalgie  | 1  | 6,3 %   |
| suivi des douleurs du sportif . suivi préventif et douleurs de la grossesse . rachialgies occasionnelles | 1  | 6,3 %   |
| Total  | 16 | 100,0 % |



## 158. médecines « non-conventionnelles »

|                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Jamais            | 14        | 60,9%     | ±19,9% | [41,0% - 80,8%] |
| Occasionnellement | 2         | 8,7%      | ±11,5% | [0,0% - 20,2%]  |
| Rarement          | 2         | 8,7%      | ±11,5% | [0,0% - 20,2%]  |
| Souvent           | 2         | 8,7%      | ±11,5% | [0,0% - 20,2%]  |
| Très rarement     | 3         | 13,0%     | ±13,8% | [0,0% - 26,8%]  |
| Total             | 23        | 100,0%    |        |                 |

## 159. Si oui, pourquoi?

|   | Effectifs | Fréquence |
|---|-----------|-----------|
| Acupuncture pour bcp de "petits pbs"  | 1         | 11,1 %    |
| Acupuncture stress, contracture trapèze   | 1         | 11,1 %    |
| Douleur   | 1         | 11,1 %    |
| Idem, parce que plus efficace   | 1         | 11,1 %    |
| Je ne sais plus   | 1         | 11,1 %    |
| Méthode était adéquate pour la pathologie   | 1         | 11,1 %    |
| Peu à titre personnel ( seulement médecines naturelles pour des petits maux) mais pour certains patients car leur croyance est telle ( coupeur de feu par ex ) que cela peut être une aide importante   | 1         | 11,1 %    |
| Plaisir   | 1         | 11,1 %    |
| Thuya et prêle pour verrues - miel sauge et calendula pour plaies - miel thym et marc de bourgogne pour la toux - borax et menthol pour virose pharyngienne - eau de Cologne pour prurit après moustique - citronnelle et menthe pour moustique - eucalyptol pour encombrement bronchique - Zippo en métal froid en prévention des hématomes après choc - whisky pour y 'en a marre | 1         | 11,1 %    |
| Total   | 9         | 100,0 %   |

**QUESTIONNAIRE KINÉ****200. SPECIALITÉ (K)**

| N° | Texte des réponses   |
|----|--|
| 2  | Vasculaire, dlm, neuro-pédiatrie, palliatif  |
| 4  | Respiratoire, réanimation, pédagogie   |
| 15 | Prise en charge cancer du sein   |
| 19 | Rééducation MDT Rééducation pédiatrique  |
| 21 | Il n'existe pas de spécialité en masso-kinésithérapie  |
| 24 | Massage chinois traditionnel   |
| 26 | Ostéopathie  |
| 28 | Ergonomie Thérapie manuelle Pilâtes  |
| 29 | Rééducation vestibulaire Dry Needling Diagnostic et thérapie mécanique (MDT)   |
| 30 | Étudiant au doctorat en science de la réadaptation à l'université de Montréal  |
| 33 | Neuro pédiatrie Urogynéco proctologie oncologie  |
| 38 | Rééducation main et membre sup   |
| 42 | Masseurs-kinésithérapeutes spécialisé trouble Musculo-Squelettique (principalement colonne)  |
| 45 | Masseur kiné   |
| 62 | Pas de spécialité particulière   |
| 64 | Généraliste  |
| 67 | Kinésithérapeute en centre hospitalier, D.U en respiratoire et cardio-vasculaire, travail en SSR gériatrique, soins palliatifs, réanimation... |
| 69 | Rééducation fonctionnelle , traumatologie  |
| 72 | Neuro-vasculaire   |
| 74 | Masseur kinésithérapeute à domicile. Spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées et des troubles neurologiques.                     |
| 78 | Hospitalier donc gériatrie aiguë, réanimation, Kinésithérapie respiratoire   |
| 79 | Traumatologie, rhumatologie  |
| 82 | Thérapie manuelle en traumatologie du sport + gériatrie  |
| 90 | Leuleu vu mer  |
| 91 | Mc Kenzie, CGE et Busquet  |

|     |   |
|-----|---|
| 94  | Aucune  |
| 96  | J'ai des préférences (ortho, traumato, neuro, Réathlétisation) mais pas de spécialisation, cela n'existe pas en kiné, nous sommes censés savoir prendre en charge les patients présentant toutes les pathologies dans lesquelles nous pouvons agir. |
| 97  | Traumatologie rhumatologie  |
| 98  | Soins à domicile de la personne âgée, Rééducation du rachis en séances individuelle ou en groupe, en pré ou post opératoire, Activité en clinique psychiatrique.  |
| 102 | Gériatrie   |
| 104 | Travail en milieu psychiatrique principalement. J'interviens également en milieu général avec une prise en charge dans multiples domaines: pédiatrie, gériatrie, traumatologie, pneumologie (petit hôpital)   |
| 110 | Orthopédie, rhumatologie  |
| 111 | Kinésithérapeute et ostéopathe méthode fonctionnelle surtout, pilâtes   |
| 112 | Rééducation neurologique Éducation thérapeutique Cadre de santé   |
| 113 | Je suis encore étudiante  |
| 114 | Pédiatrie oncologique   |
| 119 | Je n'ai pas encore de spécialité mais j'aimerais évoluer vers la pédiatrie  |
| 121 | Pédiatrie, soins palliatifs, ETP et rhumato   |
| 125 | Traumatologie, Kiné respiratoire  |
| 127 | Drainage lymphatique manuel Uro gynéco TMO  |
| 132 | CEC kine sport ,DU DEJ, DU lymphologie  |
| 134 | Rhumatologie  |
| 139 | Thérapie manuelle, crochetage, taping, "écoute du patient"  |
| 141 | Domiciles avant de pouvoir rejoindre un cabinet , fin de vie , neurologie   |
| 148 | Kiné ostéopathe   |
| 153 | Masseur kinésithérapeute pédiatrique  |
| 154 | Urogynécologie ostéopathie  |
| 160 | Thérapie manuelle ostéopathique, massage chinois et acupuncture   |
| 164 | Drainage lymphatique manuel Neurologie personnes âgées  |
| 170 | Toutes techniques manuelles + respiratoire BB+ oro gynéco   |
| 173 | Dlm cicatrices urogyneco respi  |
| 177 | Ostéopathie   |
| 178 | Traumato,rhumato,kine du sport  |
| 180 | Osteo maxillo rhumato   |
| 182 | Mk*   |
| 183 | Masseur Kinésithérapeute du sport   |

|     |   |
|-----|---|
| 192 | Rééducation périnéale, prise en charge pédiatrique et infantile, pilâtes  |
| 193 | Pelvi périnéologie  |
| 204 | Perineologie Sport Mc kenzie  |
| 209 | Kinésithérapeute diplômée depuis 2002   |
| 211 | Traumatismes du sportif   |
| 212 | Thérapie manuelle, RPG, drainage  |
| 213 | Drainage lymphatique, kinésithérapie respiratoire pédiatrique et adulte, thérapie manuelle, activité déconventionnée de bien être   |
| 216 | Vestibulaire  |
| 218 | Sport   |
| 219 | Kiné généraliste  |
| 226 | Les spécialités ne sont pas reconnues Sauf ostéopathe   |
| 227 | Périnéologie, neurologie  |
| 228 | Traumato  |
| 230 | Pédiatrie (orthopédie infantile, neuro-pédiatrie, kiné respiratoire pédiatrique), rééducation uro-gynécologique   |
| 231 | Chaîne physiologique Rééducation de l'app Manducateur Massage chinois Qi gong   |
| 232 | Traumatologie. Uro gynécologie  |
| 235 | Rachis TMS Rééducation vésico sphinctérienne  |
| 247 | Kiné  |
| 255 | Vestibulaire équilibre et gériatrie mc kenzie   |
| 256 | Thérapie manuelle, mckenzie, gériatrie, hypnose   |
| 258 | Épaule DLM Uro-gynéco Rhumatologie non-opérée   |
| 262 | Rééducation posturale globale. Ostéopathie. Facias. Rééducation du rachis   |
| 264 | Je suis spécialisée en gériatrie : DIU de kiné et réhabilitation gériatrique ainsi qu'une formation sur l'équilibre chez la personne âgée.  |
| 265 | Oncologie   |
| 267 | Thérapie manuelle. Kiné respiratoire  |
| 268 | Kinésithérapeute  |
| 269 | Mdt .mckenzie   |
| 271 | Thérapie manuelle   |
| 273 | Méthode mckenzie  |
| 275 | Rééducation des pathologies d'épaules non opérées (coiffe des rotateurs...) Pathologie du coureur (prévention des pathologies en course à pied) Méthode Mc Kenzie (pathologies lombaires) Kinésithérapie respiratoire Motivation, autonomisation du patient à l...(+19caractères) |
| 279 | Pas de spécialité Soins à domicile et au cabinet  |

|     |   |
|-----|---|
| 281 | Rééducation périnéale, Drainage lymphatique manuel, travail global en chaîne. Techniques de reboutement |
| 283 | La thérapie manuelle des fascias  |
| 285 | Les domiciles, les populations défavorisées   |
| 286 | Reéducation spécialisée de l'épaule   |
| 287 | Kinésithérapeute avant tout, méthode Sohier, drainage lymphatique                                       |
| 289 | Douleurs chroniques, rhumatologie, rachis... Rééducation du mouvement. Abdologie hypopressive           |
| 293 | Kinésithérapie respiratoire, drainage lymphatique médical, réadaptation à l'effort, uro-gynécologie     |
| 307 | Oro-maxillo-faciale   |
| 312 | DLM Maxillo-facial Echoscopie Ostéopathie Canine  |
| 316 | Douleurs rachidiennes . Rhumatologie . Kiné du sport . Kiné orthopédique                                |
| 318 | Méthode McKenzie en kinésithérapie  |
| 323 | Traumatologie, maladies neuromusculaires  |
| 327 | Massage traditionnel chinois  |

## 201. PRATIQUE OSTEO

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Non   | 48        | 39,0%     | ±8,6% | [30,4% - 47,6%] |
| Oui   | 75        | 61,0%     | ±8,6% | [52,4% - 69,6%] |
| Total | 123       | 100,0%    |       |                 |

## 202. AUTRES DIPLOMES (K)

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| 2 DU de droit  | 1         | ,8 %      |
| Acupuncture  | 1         | ,8 %      |
| Attention, l'ostéopathe n'est pas un professionnel de santé, aucun praticien n'a officiellement le droit de renvoyer vers cela. Formations en thérapie manuelle, ostéopathie, méthode mckenzie, sport... | 1         | ,8 %      |
| Cadre de santé doctorat de droit   | 1         | ,8 %      |
| Cadre de santé Master 2, gestion des entreprises DU secours en montagne  | 1         | ,8 %      |
| Certificat de cadre de santé   | 1         | ,8 %      |
| D.U. En kiné respiratoire et cardio-vasculaire, plusieurs formations en neurologie (AVC), et en respiratoire.  | 1         | ,8 %      |
| DE: Maître Nageur Sauveteur moniteur de karaté   | 1         | ,8 %      |
| Diplôme d'ostéopathe   | 1         | ,8 %      |

|   |   |      |
|---|---|------|
| Diplôme d'osteopathie   | 1 | ,8 % |
| Diplôme en éducation thérapeutique  | 1 | ,8 % |
| Diplome en physiothérapie   | 1 | ,8 % |
| DIU kinésithérapie en pédiatrie   | 1 | ,8 % |
| DIU main et Membre sup orthèse  | 1 | ,8 % |
| Diu master et thèse   | 1 | ,8 % |
| DIU rééducation en gériatrie Formateur PRAP   | 1 | ,8 % |
| DIU rééducation vestibulaire Certifications   | 1 | ,8 % |
| Docteur en sciences humaines, du en kinésithérapie du sport, ostéopathe   | 1 | ,8 % |
| Doctorat DO   | 1 | ,8 % |
| Du  | 1 | ,8 % |
| DU motricité et sport DU urgence en milieu sportif  | 1 | ,8 % |
| DUT Obésité naturopathie  | 1 | ,8 % |
| Fascia thérapie   | 1 | ,8 % |
| Infirmière diplômée d'état  | 1 | ,8 % |
| Ingénieur agronome master 2 en sciences humaines  | 1 | ,8 % |
| Ingénieur en céramique industrielle obtention de l'Épreuve d'Aptitude Technique (EAT) en danse contemporaine  | 1 | ,8 % |
| Kinésithérapie sportive   | 1 | ,8 % |
| Licence de sociologie   | 1 | ,8 % |
| Licence en ingénierie de la santé   | 1 | ,8 % |
| Licence STAPS (Entraînement Sportif) Master STAPS (Préparation physique Réathlétisation)  | 1 | ,8 % |
| Master 2 de Recherche en Santé, Paris VI  | 1 | ,8 % |
| Master 2 en sciences de l'educ  | 1 | ,8 % |
| Master 2 et actuellement en doctorat  | 1 | ,8 % |
| Master 2 gérontologie   | 1 | ,8 % |
| Master 2 sciences de l'éducation  | 1 | ,8 % |
| Master 2 Sciences de l'Éducation  | 1 | ,8 % |
| Master 2 SDE  | 1 | ,8 % |
| Master 2 STAPS + diplôme thérapie manuelle + éducateur sportif  | 1 | ,8 % |
| Master en kinésithérapie de la HEPCUT (Belgique) uniquement je ne considère pas les attestations de formation comme des diplômes ( physio-taping, crochetage, reboutement viscéral .... ) | 1 | ,8 % |
| Master en sciences de l'éducation   | 1 | ,8 % |
| Master sport-santé, certification de coach personnel et professionnel   | 1 | ,8 % |
| Master2 sciences de l'éducation en santé  | 1 | ,8 % |



|   |     |         |
|---|-----|---------|
| Mc kenzie   | 1   | ,8 %    |
| Non   | 56  | 45,5 %  |
| Non mais des formations complémentaires (épaules, dos, course à pied...)  | 1   | ,8 %    |
| Non reconnu oui, je suis psychanalyste  | 1   | ,8 %    |
| Ostéopathe  | 4   | 3,3 %   |
| Ostéopathe canin  | 1   | ,8 %    |
| Ostéopathe D.O.   | 1   | ,8 %    |
| Ostéopathe DO   | 1   | ,8 %    |
| Ostéopathie   | 2   | 1,6 %   |
| Oui   | 5   | 4,1 %   |
| Oui ostéopathe  | 1   | ,8 %    |
| Oui, universitaire  | 1   | ,8 %    |
| Pas dans ce domaine   | 1   | ,8 %    |
| Pelvi-périnéologie, Respi pédiatrique, Portage bébé, Massage bébé   | 1   | ,8 %    |
| Reconversion en cours : actuellement en 2eme année de médecine.   | 1   | ,8 %    |
| Rééducateur vestibulaire  | 1   | ,8 %    |
| Réflexologie plantaire  | 1   | ,8 %    |
| Spécialité en kinésithérapie respiratoire et cardiovasculaire + master 1 "direction et administration des entreprises". | 1   | ,8 %    |
| Total   | 123 | 100,0 % |



## 203. COTOIE K

|              | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|--------------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Beaucoup     | 46        | 37,4%     | ±8,6% | [28,8% - 46,0%] |
| Plusieurs    | 37        | 30,1%     | ±8,1% | [22,0% - 38,2%] |
| Quelques-uns | 25        | 20,3%     | ±7,1% | [13,2% - 27,4%] |
| Très peu     | 15        | 12,2%     | ±5,8% | [6,4% - 18,0%]  |
| Total        | 123       | 100,0%    |       |                 |



## 204. [aucun]

|  | Effectifs | Fréquence |  | IC (95%) |
|--|-----------|-----------|--|----------|
|--|-----------|-----------|--|----------|

|       |     |        |       |                 |
|-------|-----|--------|-------|-----------------|
| Non   | 116 | 94,3%  | ±4,1% | [90,2% - 98,4%] |
| Oui   | 7   | 5,7%   | ±4,1% | [1,6% - 9,8%]   |
| Total | 123 | 100,0% |       |                 |

## 205. [connaissance]

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Non   | 74        | 60,2%     | ±8,7% | [51,5% - 68,9%] |
| Oui   | 49        | 39,8%     | ±8,7% | [31,1% - 48,5%] |
| Total | 123       | 100,0%    |       |                 |

## 206. [ami(s)]

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Non   | 35        | 28,5%     | ±8,0% | [20,5% - 36,5%] |
| Oui   | 88        | 71,5%     | ±8,0% | [63,5% - 79,5%] |
| Total | 123       | 100,0%    |       |                 |

## 207. [famille proche]

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Non   | 104       | 84,6%     | ±6,4% | [78,2% - 91,0%] |
| Oui   | 19        | 15,4%     | ±6,4% | [9,0% - 21,8%]  |
| Total | 123       | 100,0%    |       |                 |

## 208. [conjoint]

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Non   | 107       | 87,0%     | ±5,9% | [81,1% - 92,9%] |
| Oui   | 16        | 13,0%     | ±5,9% | [7,1% - 18,9%]  |
| Total | 123       | 100,0%    |       |                 |

## 209. ANCIENNETÉ (K)

| Classes | Effectifs | % |
|---------|-----------|---|
|---------|-----------|---|

|                |     |         |
|----------------|-----|---------|
| Moins de 8,3   | 36  | 29,3 %  |
| de 8,3 à 15,7  | 24  | 19,5 %  |
| de 15,7 à 23   | 12  | 9,8 %   |
| de 23 à 30,3   | 25  | 20,3 %  |
| de 30,3 à 37,7 | 21  | 17,1 %  |
| 37,7 et plus   | 5   | 4,1 %   |
| Total          | 123 | 100,0 % |

Minimum=1 Maximum=44 Somme=2 226 Moyenne=18,10 Ecart-type=11,99  
Classes d'amplitude égale : 6



## 210. SITUATION

|   | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|---|-----------|-----------|-------|-----------------|
| En institution : hôpital, clinique, centre de rééducation, etc. | 12        | 9,8%      | ±5,2% | [4,6% - 15,0%]  |
| En libéral  | 64        | 52,0%     | ±8,8% | [43,2% - 60,8%] |
| Les deux  | 47        | 38,2%     | ±8,6% | [29,6% - 46,8%] |
| Total   | 123       | 100,0%    |       |                 |



## 211. [Seul(e)]

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Non   | 62        | 55,9%     | ±9,2% | [46,7% - 65,1%] |
| Oui   | 49        | 44,1%     | ±9,2% | [34,9% - 53,3%] |
| Total | 111       | 100,0%    |       |                 |



## 212. [en groupe avec des kinés]

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Non   | 18        | 16,2%     | ±6,9% | [9,3% - 23,1%]  |
| Oui   | 93        | 83,8%     | ±6,9% | [76,9% - 90,7%] |
| Total | 111       | 100,0%    |       |                 |



## 213. [en groupe interdisciplinaire sans médecin(s)]

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Non   | 101       | 91,0%     | ±5,3% | [85,7% - 96,3%] |
| Oui   | 10        | 9,0%      | ±5,3% | [3,7% - 14,3%]  |
| Total | 111       | 100,0%    |       |                 |

## 214. [en groupe interdisciplinaire avec médecin(s)]

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Non   | 103       | 92,8%     | ±4,8% | [88,0% - 97,6%] |
| Oui   | 8         | 7,2%      | ±4,8% | [2,4% - 12,0%]  |
| Total | 111       | 100,0%    |       |                 |

## 215. Prescrivez-vous des dispositifs médicaux

|                   | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Assez souvent     | 7         | 5,7%      | ±4,1% | [1,6% - 9,8%]   |
| Jamais            | 20        | 16,3%     | ±6,5% | [9,8% - 22,8%]  |
| Occasionnellement | 45        | 36,6%     | ±8,5% | [28,1% - 45,1%] |
| rarement          | 17        | 13,8%     | ±6,1% | [7,7% - 19,9%]  |
| Souvent           | 16        | 13,0%     | ±5,9% | [7,1% - 18,9%]  |
| Très rarement     | 15        | 12,2%     | ±5,8% | [6,4% - 18,0%]  |
| Très souvent      | 3         | 2,4%      | ±2,7% | [0,0% - 5,1%]   |
| Total             | 123       | 100,0%    |       |                 |

## 216. Si oui, pourquoi ?

| N° | Texte des réponses  |
|----|---|
| 2  | Quand je le juge nécessaire et que le médecin ne l'a pas fait               |
| 4  | Contentions, béquilles, spirométrie incitative                              |
| 15 | Indispensable pour les soins de Kiné  |
| 19 | Adapté à l'éducation thérapeutique  |
| 21 | Parce que le patient en a besoin et que ça fait partie de nos compétences   |
| 26 | Demande des patients, nécessité dans ma pratique pour soulager mes patients |
| 28 | Bas de contention Sonde périnéale   |

|     |   |
|-----|---|
| 29  | Bon adjuvant de rééducation Mais il faudrait un pouvoir étendu pour que ce soit vraiment très intéressant (location de TENS pour les douleurs chroniques par exemple)   |
| 30  | Quand j'estime ces prescriptions justifiées pour améliorer les AVQ du patient   |
| 33  | Parce que c'est utile à mes patients  |
| 38  | Complément rééducation Orthèse de repos ou de gain d'amplitude  |
| 45  | En cas d'oubli du médecin. Et avec son accord   |
| 62  | Notamment dans des cas de reprise de sport après un traumatisme (attelles)  |
| 67  | Retours à domicile après une convalescence avec besoin d'appareillage ou d'aides techniques, en accord avec l'ergonomie, le médecin, l'assistante sociale, la famille et le patient.  |
| 69  | Pour faire plaisir aux patients   |
| 74  | En général des aides techniques au déplacement pour permettre au patient de se mouvoir plus facilement.   |
| 78  | Attelle releveurs, aides techniques à la marche (déambulateur, Cannes...)   |
| 82  | Traumatologie du sport "fraiche" : attelle, orthèse, pains de glace Gériatrie : attelle, déambulateur, canne  |
| 90  | En fonction des besoins des patients  |
| 91  | Prescription faites si impossibilité de faire des exercices (coussin lombaire pour voiture) ou si voyage d'un patient à l'étranger (attelle)  |
| 96  | Parce que cela me semble utile dans beaucoup de situations.   |
| 110 | Pour soulager le patient  |
| 111 | En clinique béquilles, attelles, coussins anti-escarres   |
| 112 | Besoin des patients   |
| 125 | Pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées, la sédation des douleurs   |
| 127 | Système de contention (bas, chaussettes, manchons)  |
| 132 | En fonction ordonnance de soin  |
| 134 | Car j'en ai le droit et qu'il y a un besoin.  |
| 139 | La nomenclature du matériel que je peux prescrire en tant que kinésithérapeute est méconnue, la base de donnée renseignée sur le site améi est très compliqué, je ne parle pas du code à renseigner sur l'ordonnance qui est galère à trouver. Pour être honnête...(+116caractères) |
| 141 | Pour ne pas faire revenir le médecin inutilement  |
| 148 | Complément thérapeutique  |
| 153 | En pédiatrie les occasions de prescrire sont limitées a certain matériaux pour les bandages les autres besoins sont hors compétence selon les directives sécu.  |
| 154 | En fonction des besoins   |
| 160 | Accompagnement du patient   |
| 164 | Pour éviter d'aller revoir le médecin   |

|     |   |
|-----|---|
| 170 | Sonde uro atèle epitrain etc.   |
| 173 | En complément   |
| 177 | A chaque fois que nécessaire  |
| 178 | Suivant besoins   |
| 180 | Complément de prise en charge   |
| 182 | En fonction des besoins   |
| 183 | Sportifs, reprise d'activité physique, aide à la marche, autonomie  |
| 193 | Matériel nécessaire rééducation Statique Pelvienne et de la continence  |
| 204 | Utilité   |
| 209 | Nécessite du patient  |
| 211 | Suite à des entorses...vues en accès direct   |
| 212 | Peu de demande du patient, il y a de moins en moins de remboursement  |
| 213 | Pour compléter la prise en charge des patients  |
| 216 | C'est de notre compétence et évite de revoir le médecin pour cela   |
| 218 | Nécessaire  |
| 219 | Pour aider le patient   |
| 226 | Sonde uro   |
| 228 | Parce que cela fait partie du conseil, du soin  |
| 230 | Je n'y pense pas toujours   |
| 231 | Utile pour le patient   |
| 232 | Pas de demande  |
| 235 | Parce que c'est nécessaire  |
| 247 | Pas d'intérêt   |
| 255 | Pour mieux aider le patient   |
| 256 | Compléter rééducation   |
| 258 | Sonde uro-gynéco Aides techniques de marche Bandes de contention  |
| 264 | Pour que ce soit fait plus rapidement, sans passer par le médecin traitant. Surtout pour les aides de marche. |
| 265 | Rachialgies   |
| 267 | Pour le bien du patient   |
| 268 | Cela évite au patient de retourner chez le médecin pour une prescription                                      |
| 269 | Mieux adapté au besoin que les dispositifs standard prescrits par urgences par généralistes                   |
| 273 | Aide et prévention  |
| 279 | Pour le soin du patient   |
| 281 | Orthèse lombaire ou pouce contention pour membres cf. Lymphologie sondes d'électrostimulation.                |

|     |   |
|-----|---|
| 283 | Soit pour soulager la douleur soit comme aide technique,  |
| 285 | Nécessité médicale  |
| 286 | Attelle de repos  |
| 287 | Par nécessité ou pour compléter mon traitement  |
| 289 | Au besoin !   |
| 293 | Amélioration de la qualité de vie, prévention de récidence,   |
| 307 | En cas de besoin et pour le mieux-être du patient   |
| 312 | Dans l'intérêt Thérapeutique des patients   |
| 316 | Les coussins lombaires sont des aides ergonomiques très utiles pour pouvoir être assis en lordose physiologique. C'est une aide importante pour que les patients souffrant de douleurs rachidiennes aillent mieux et continuent à aller mieux |
| 318 | Besoin d'attelle suite à mauvaise prescription médicale ou ne correspondant pas à la pathologie   |
| 323 | Utilité pour le patient   |
| 327 | Par nécessité et parce que ceci fait partie du soin et évite aux patients de revoir le médecin traitant pour "de la paperasse"  |
| 328 | Améliorer ma prise en charge  |
| 335 | Simplicité, répond au besoin des patients   |
| 337 | Entorse MI  |
| 345 | Soutien au traitement, antalgie   |
| 347 | Plus de compétences quant au choix des attelles par rapport aux pharmaciens   |
| 350 | Parce que cela continue la prise en charge  |
| 357 | Bandes de strapping pour les PBVE et entorses   |
| 358 | Pour des compléments nécessaire au soin   |
| 359 | Pas dans mon champ d'activité   |
| 362 | Quand cela peut aider le patient  |
| 366 | Des bas de contentions pour des patients avec des problèmes circulatoires et occasionnellement des attelles genou pour des sportifs   |
| 368 | Pour du matériel  |
| 371 | Complément de soins   |
| 376 | Sonde pour rééducation périnéale  |
| 381 | Rééducation respiratoire Attelle Cannes rolator   |
| 387 | Rapidité  |
| 388 | En fonction des besoins urgents du patient.   |
| 392 | Pour aider le patient à récupérer et gagner en autonomie. Pour savoir ce dont a besoin de plitiznt et l'adapter à son cas.  |

|     |   |
|-----|---|
| 395 | J'interviens lorsque des patients ses médecins me le demandent pour adapter au mieux Très rarement de prime abord |
|-----|---|



## 217. PRESTATION ACCES DIRECT

|                   | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Assez souvent     | 2         | 1,6%      | ±2,2% | [0,0% - 3,8%]   |
| Jamais            | 54        | 43,9%     | ±8,8% | [35,1% - 52,7%] |
| Occasionnellement | 33        | 26,8%     | ±7,8% | [19,0% - 34,6%] |
| rarement          | 10        | 8,1%      | ±4,8% | [3,3% - 12,9%]  |
| Souvent           | 10        | 8,1%      | ±4,8% | [3,3% - 12,9%]  |
| Très rarement     | 12        | 9,8%      | ±5,2% | [4,6% - 15,0%]  |
| Très souvent      | 2         | 1,6%      | ±2,2% | [0,0% - 3,8%]   |
| Total             | 123       | 100,0%    |       |                 |

## 218. Si oui, pourquoi ?

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| A la demande   | 1         | 1,4 %     |
| À la demande de certains patients et parce que leur bien être contribue à leur traitement      | 1         | 1,4 %     |
| A la demande des patients  | 1         | 1,4 %     |
| A la demande des patients. Pour autonomies les patients V de leur santé. Et intérêt financier. | 1         | 1,4 %     |
| À la demande du patient  | 1         | 1,4 %     |
| Accompagne la rééducation du patient   | 1         | 1,4 %     |
| Amélioration chiffre   | 1         | 1,4 %     |
| Améliorer l'efficacité de certains soins   | 1         | 1,4 %     |
| Améliorer l'offre de soins(  | 1         | 1,4 %     |
| Aspect financier, autre relation avec le patient. Mais il faut pas en abuser                   | 1         | 1,4 %     |
| Augmentation du revenu   | 1         | 1,4 %     |
| Bien rémunéré  | 1         | 1,4 %     |
| Bilans ou mise en place de programme de préventions  | 1         | 1,4 %     |
| C'est notre domaine de compétence particulièrement auprès des personnes âgées                  | 1         | 1,4 %     |
| C'est une demande hors prescription médicale   | 1         | 1,4 %     |



|  |   |       |
|--|---|-------|
| Ça permet de diversifier son activité et de gagner un peu d'argent.  | 1 | 1,4 % |
| Car je pratique l'ostéopathie  | 1 | 1,4 % |
| Cela fait partie de nos compétences  | 1 | 1,4 % |
| Change de tous les jours Meilleur tarif horaire  | 1 | 1,4 % |
| Choix de pratique efficace   | 1 | 1,4 % |
| Coaching, du sédentaire qui veut se remettre au sport jusqu'au sportif voulant une préparation individuelle  | 1 | 1,4 % |
| Comme ostéopathe j'ai déjà un accès direct de mes patients   | 1 | 1,4 % |
| Confort, séances de thérapie manuelle en accès direct  | 1 | 1,4 % |
| Cours de pilâtes, stretching afin d'avoir un effet préventif sur la santé des patients. Portage bébé, massage bébé, pour agir sur le développement du nouveau-né | 1 | 1,4 % |
| Demande d'entretien ou de détente  | 1 | 1,4 % |
| Détendre la tête et gagner plus d'argent   | 1 | 1,4 % |
| Détente. Relâchement de stress   | 1 | 1,4 % |
| Diversification  | 1 | 1,4 % |
| Diversifier l'activité   | 1 | 1,4 % |
| En cas de demande mais je ne fais pas de promotion là-dessus   | 1 | 1,4 % |
| Étrangers de passage individu sans prescription  | 1 | 1,4 % |
| Hn   | 1 | 1,4 % |
| J'aime le massage . Il y a une forte demande de bien-être. Et c'est mieux rémunéré que les soins conventionnés.  | 1 | 1,4 % |
| Je propose de la fascia thérapie pour aborder la personne dans sa globalité physique, psychique, énergétique et spirituelle                                      | 1 | 1,4 % |
| La notion d'urgence et le côté plus lucratif que la kinésithérapie traditionnelle  | 1 | 1,4 % |
| Lumbago, torticolis  | 1 | 1,4 % |
| Manque de temps :pour bien être j 'oriente vers d'autre professionnels sinon ponctuellement actes gratuits   | 1 | 1,4 % |
| Manque opportunité et de temps   | 1 | 1,4 % |
| Massage bien être, pas le temps  | 1 | 1,4 % |
| Massage thérapeutique, acupression formateur   | 1 | 1,4 % |
| Non  | 1 | 1,4 % |
| Ostéopathie  | 2 | 2,9 % |
| Parce qu'on me le demande les patients n'ont pas toujours le temps pour une consultation médicale  | 1 | 1,4 % |
| Parce que je suis autonome   | 1 | 1,4 % |
| Parce que la mk* se suffit à elle-même le plus souvent   | 1 | 1,4 % |

|   |    |         |
|---|----|---------|
| Pas assez de temps  | 1  | 1,4 %   |
| Pas bonne commerciale   | 1  | 1,4 %   |
| Pas le temps pour le faire plus souvent   | 1  | 1,4 %   |
| Pas le temps, en fait l'accès direct est juste pour renseigner les patients et les orienter voire rassurer suite BDK  | 1  | 1,4 %   |
| Personnel hospitalier   | 1  | 1,4 %   |
| Peu de temps disponible pour des soins de confort   | 1  | 1,4 %   |
| Peu de temps pour les soins bien-être, peu de population pour organiser des rencontres de prévention, présence d'un établissement thermal effectuant des soins de bien-être | 1  | 1,4 %   |
| Pour améliorer le ressenti des conditions de travail du personnel   | 1  | 1,4 %   |
| Pour compléter l'offre faite au patient   | 1  | 1,4 %   |
| Pour diversifier  | 1  | 1,4 %   |
| Pour faire de la prévention primaire  | 1  | 1,4 %   |
| Pour l'intérêt financier d'un acte non conventionné   | 1  | 1,4 %   |
| Pour satisfaire la demande du patient et diversifier l'activité   | 1  | 1,4 %   |
| Pour varier ma pratique et répondre a2 un besoin de territoire  | 1  | 1,4 %   |
| Prévention pour le soin des patients  | 1  | 1,4 %   |
| Prévention si je pense utile  | 1  | 1,4 %   |
| Rémunération hors convention Tarification libre Accès direct  | 1  | 1,4 %   |
| Réponse à la demande  | 1  | 1,4 %   |
| Revenus complémentaires   | 1  | 1,4 %   |
| Séance d'ostéopathie  | 1  | 1,4 %   |
| Soins mieux rémunérés   | 1  | 1,4 %   |
| Sur demande et si c'est utile   | 1  | 1,4 %   |
| Thérapie manuelle.  | 1  | 1,4 %   |
| Total   | 69 | 100,0 % |



## 219. FREQ ACCES DIRECT

|                   | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Assez souvent     | 6         | 4,9%      | ±3,8% | [1,1% - 8,7%]   |
| Jamais            | 53        | 43,1%     | ±8,8% | [34,3% - 51,9%] |
| Occasionnellement | 31        | 25,2%     | ±7,7% | [17,5% - 32,9%] |
| rarement          | 11        | 8,9%      | ±5,0% | [3,9% - 13,9%]  |
| Souvent           | 8         | 6,5%      | ±4,4% | [2,1% - 10,9%]  |

|               |     |        |       |                |
|---------------|-----|--------|-------|----------------|
| Très rarement | 13  | 10,6%  | ±5,4% | [5,2% - 16,0%] |
| Très souvent  | 1   | 0,8%   | ±1,6% | [0,0% - 2,4%]  |
| Total         | 123 | 100,0% |       |                |



## 220. INTERRUPTION PAR K

|                   | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Assez souvent     | 6         | 4,9%      | ±3,8% | [1,1% - 8,7%]   |
| Jamais            | 8         | 6,5%      | ±4,4% | [2,1% - 10,9%]  |
| Occasionnellement | 51        | 41,5%     | ±8,7% | [32,8% - 50,2%] |
| Rarement          | 3         | 2,4%      | ±2,7% | [0,0% - 5,1%]   |
| Souvent           | 33        | 26,8%     | ±7,8% | [19,0% - 34,6%] |
| Très rarement     | 8         | 6,5%      | ±4,4% | [2,1% - 10,9%]  |
| Très souvent      | 14        | 11,4%     | ±5,6% | [5,8% - 17,0%]  |
| Total             | 123       | 100,0%    |       |                 |

## 221. Si Oui, pourquoi ?

| N° | Texte des réponses  |
|----|---|
| 2  | Le patient n'avait plus besoin  |
| 4  | Résultats optimaux avant la fin de la série programmée, patients hospitalisés ou décédés, aggravation brutale intercurrente, relation patient-thérapeute difficile. |
| 15 | Patient amélioré  |
| 19 | Objectifs du patient atteint en toute objectivité et acquisition et appropriation des techniques adaptées à l'autonomie du patient                                  |
| 21 | Patient guéri, pas d'effet des traitements proposés   |
| 24 | Plus de douleur   |
| 26 | Parce que le patient va mieux - parce que le courant ne passe pas avec le patient - parce que le patient déménage   |
| 28 | Non-paiement ou absentéisme très régulier   |
| 29 | Lorsque les objectifs (initialement posés avec le patient) sont atteints. La prescription quantitative est une bêtise qui relève de la voyance...                   |
| 30 | Patient suffisamment soigné et autonome pour poursuivre la rééducation  |
| 33 | Parce que l'état de santé du patient le nécessitait (amélioration, ou plus de troubles)   |
| 38 | Objectif défini au début atteint  |
| 42 | Amélioration suffisante pour reprise vue active normale ou abandon du patient par manque de résultats   |
| 45 | Car objectifs atteints  |

|     |   |
|-----|---|
| 62  | Lorsque l'état du patient ne nécessite plus de prise en charge kinésithérapique   |
| 64  | Le patient est " guéri "  |
| 67  | Fin de vie patient non complaint même en changeant de soignant Patient autonome<br>Inadaptation de la prescription  |
| 69  | Objectif atteint  |
| 74  | Je stoppe mes traitements lorsque le patient peut se rendre vers mes confrères en cabinet (je transmets un bilan et la prescription pour qu'il puisse poursuivre avec eux). Je stoppe également mes traitements lorsque l'objectif initial a été atteint ou si j...( +182 caractères) |
| 78  | Aggravation de l'état du patient ou atteinte des objectifs  |
| 79  | Patient odieux ou ne respectant pas ses RDV. Patient non motivé Pas d'améliorations   |
| 82  | Personne réhabilitée, apte à reprendre son activité pro ou sportive   |
| 90  | Guérison et ou atteinte des objectifs établis avec le patient   |
| 91  | Reéducation terminée ou patient souvent absent  |
| 94  | Les soins n'étaient plus utiles car les objectifs atteints  |
| 96  | Arrêt de soin souhaitée par le patient ou le médecin référent.  |
| 97  | Le patient va mieux ou je me rends compte que mes techniques de prise en charge ne lui correspondent pas  |
| 98  | Patient non motivé, ou mécontent des techniques proposées.  |
| 104 | Prise en charge compliquée face au contexte psychiatrique du patient (autisme...)   |
| 110 | Mauvais contact avec le patient   |
| 111 | Patient hospitalisé patient part en voyage, patient n'a plus de douleur   |
| 112 | Après évaluation et accord ou demande du patient  |
| 125 | Poursuite des soins non nécessaire car récupération satisfaisante. Incompatibilité d'humeur ou patient incorrect.   |
| 127 | Résultats concluant avant la fin de l'ordonnance.   |
| 132 | Récupération complète   |
| 134 | Quand le patient va mieux.  |
| 139 | Je privilégie l'auto-rééducation pour faire face à une demande de soin très importante, dès que le patient peut continuer ses exercices de rééducation seul chez lui ou en salle de sport, évidemment sans plus de problème de douleur, j'arrête les soins. Je p...( +80 caractères)  |
| 141 | Aucune nécessité de poursuivre, patient rétabli   |
| 148 | Résultat atteint  |
| 153 | L'état du patient ne justifie pas la poursuite des soins  |
| 154 | Dès que les objectifs sont atteints j'arrête les séances  |
| 160 | Peu de participation du patient, prescription pas adaptée   |
| 164 | Guérison du patient Soins non adaptés à la pathologie Refus du patient  |

|     |  |
|-----|--|
| 170 | Traitement terminé résultats obtenus   |
| 173 | Le patient allait mieux  |
| 177 | Dès que l'objectif est atteint   |
| 178 | Tt inadapté, ou résultats atteints avant la fin de la prescription   |
| 180 | Mieux être   |
| 182 | L'ordonnance ne doit pas être quantitative, si elle l'est, aucune importance c'est le bdk qui détermine le nombre de séances, donc l'arrêt des soins se fait quand il n'est plus utile de poursuivre |
| 183 | Mauvaise indication, exploration médicale à faire, difficultés humaines avec un patient (rare)   |
| 192 | Le patient allait mieux.   |
| 193 | Adaptation du traitement par rapport au bilan d'objectifs  |
| 204 | Objectifs atteint  |
| 209 | En fonction de l'évolution du résultat   |
| 211 | Le patient va mieux et n'en a plus besoin  |
| 212 | Guérison complète  |
| 213 | Car le patient n'avait pas besoin d'autant de séances  |
| 216 | Buts atteints  |
| 218 | Guérison   |
| 219 | Objectifs atteints ou inutilité de poursuivre  |
| 226 | Patient satisfait du résultat  |
| 227 | Inadapté   |
| 228 | Si le patient va bien pourquoi continuer ? Et s'il est autonome dans ses exercices d'entretien une séance de temps en temps suffit pour vérifier ou corriger   |
| 230 | Aggravation des symptômes . Incompatibilité avec patient . Exigences particulières du patient impossible à satisfaire  |
| 231 | Le but de rééducation obtenu   |
| 232 | Plus besoin  |
| 235 | Parce que le patient était guéri ou Par incorrection du patient  |
| 247 | Prise en charge inutile ou compliqué par des problèmes psy   |
| 255 | Pas de résultat ou aggravation   |
| 256 | Objectif atteint   |
| 258 | Arrêt des douleurs et auto-rééducation pour entretenir les résultats correctement réalisée   |
| 262 | Patient ayant bien récupéré.   |
| 264 | Hospitalisation ou décès du patient.   |
| 265 | L'état de santé du patient ne nécessitant plus de prise en charge patient décès du patient   |

|     |  |
|-----|--|
| 267 | Traitement terminé résultats obtenus   |
| 268 | Si le patient n'a plus de problème ce n'est pas la peine de poursuivre les soins   |
| 269 | Fin de soins, à l'inverse retour médecin sur suspicion de drapeau rouge. Volonté patient ou volonté du kiné.   |
| 271 | Parce que le patient n'en a plus besoin l'objectif est atteint   |
| 273 | Buts atteints avant la fin. Maintenant c'est nous qui décidons le nombre de séances donc votre question n'est peut-être pas bien adaptée??   |
| 275 | On ne va pas forcément jusqu'à la fin des séances prévues au départ. Si le patient va mieux et qu'il est stable, cela ne sert à rien de le faire venir jusqu'à la fin de l'ordonnance. |
| 279 | Quand le patient est guéri, j'arrête les soins   |
| 281 | Si le patient n'en plus besoin   |
| 283 | Parfois le problème est résolu avant la fin des séances et le patient est autonome   |
| 285 | Fin d'utilité médicale   |
| 286 | Récupération totale  |
| 287 | Pas de nécessité de continuer car les objectifs du traitement sont atteints ou inefficaces (dans ce cas redirigés vers le médecin)   |
| 293 | Objectif du patient atteint et objectif du kiné atteint  |
| 307 | Dans les cas où le traitement arrive à sa fin  |
| 312 | Les patients étaient guéris et n'avaient plus besoin de poursuivre les soins   |
| 316 | Le patient allait mieux et semblait autonome   |
| 318 | Soit patient allait bien Soit mauvaise entente patient . Thérapeute  |
| 323 | Décidé avec le patient s'il a suffisamment récupéré pour poursuivre seul ou s'il a besoin d'une réorientation (car pas de résultats)   |
| 327 | Incompatibilité ou incompréhension entre praticien-patient   |
| 328 | Efficacité de soins apportées  |
| 335 | L'état du patient ne justifiait plus de prise en charge (amélioration). Toujours en accord avec le patient   |
| 337 | Pas de nécessité de poursuivre les soins, amélioration de l'état général du patient  |
| 345 | Récupération et antalgie complète  |
| 347 | La rééducation avait été bien menée, le patient allait "bien" et la prévention avait été évoquée   |
| 350 | Les objectifs étaient atteints   |
| 353 | Les objectifs de soin sont atteints, ou alors j'ai adressé le patient à un spécialiste suite à une absence de progression  |



## 222. INTERRUPTION PAR M

|                   | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Jamais            | 51        | 41,5%     | ±8,7% | [32,8% - 50,2%] |
| Occasionnellement | 6         | 4,9%      | ±3,8% | [1,1% - 8,7%]   |
| rarement          | 11        | 8,9%      | ±5,0% | [3,9% - 13,9%]  |
| Souvent           | 1         | 0,8%      | ±1,6% | [0,0% - 2,4%]   |
| Très rarement     | 54        | 43,9%     | ±8,8% | [35,1% - 52,7%] |
| Total             | 123       | 100,0%    |       |                 |

## 223. Si Oui, pourquoi ?

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| ?  | 1         | 1,4 %     |
| A estimé que technique utilisée pas adaptée  | 1         | 1,4 %     |
| Absence d'amélioration avec demande d'examen complémentaire  | 1         | 1,4 %     |
| Aggravation  | 1         | 1,4 %     |
| Aggravation d'un état  | 1         | 1,4 %     |
| Aggravation état général   | 1         | 1,4 %     |
| Aggravation ou autre pathologie  | 1         | 1,4 %     |
| Apparition d'une nouvelle pathologie étant une contre-indication à la rééducation.   | 1         | 1,4 %     |
| Après un examen médical (IRM) le repos semblait plus indiqué pour apaiser le patient d'une souffrance inflammatoire, les soins ont été repris plus tard. | 1         | 1,4 %     |
| Attente d'imagerie   | 1         | 1,4 %     |
| C'est arrivé 1 fois : Elle voulait que le patient reste plus longtemps au cabinet (je prends un patient par demi-heure)                                  | 1         | 1,4 %     |
| Car des patients ont eu la nécessité d'interrompre momentanément les soins pour faire de la chimiothérapie par exemple                                   | 1         | 1,4 %     |
| Cf. Supra  | 1         | 1,4 %     |
| Changement de stratégie de soins   | 1         | 1,4 %     |
| Complément d'info  | 1         | 1,4 %     |
| Complications  | 1         | 1,4 %     |
| Complications chez le patients   | 1         | 1,4 %     |
| Considère que l'apport kinésithérapique est insuffisant  | 1         | 1,4 %     |
| Dans le cas d'une nouvelle pathologie infectieuse  | 1         | 1,4 %     |
| Décision unilatérale, le patient arrive et dit: le médecin a dit plus de kiné pour ce que j'ai   | 1         | 1,4 %     |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| Découverte d'une autre pathologie, envoi vers un spécialiste (rhumatologue), hospitalisation etc...  | 1 | 1,4 % |
| Dégradation de l'état du patient A ma demande ou à celle de l'équipe soignante Patient ne nécessitant plus la prise en charge kiné                   | 1 | 1,4 % |
| Dégradation de l'état général du patient...  | 1 | 1,4 % |
| Dégradation sur le plan médical  | 1 | 1,4 % |
| Détérioration de l'état du patient suite à un événement intercurrent (chute au domicile ayant entraînée une fracture chez patiente SEP par exemple). | 1 | 1,4 % |
| Diagnostic aggravé   | 1 | 1,4 % |
| Douleur du traitement  | 1 | 1,4 % |
| En général nous communiquons directement étant dans une petite ville nous nous connaissons tous  | 1 | 1,4 % |
| Exam complémentaire  | 1 | 1,4 % |
| Examens complémentaires  | 1 | 1,4 % |
| Examens complémentaires remettant en cause le diagnostic initial   | 1 | 1,4 % |
| Fin de vie   | 1 | 1,4 % |
| Hospitalisation personne âgée  | 1 | 1,4 % |
| Hospitalisation, autre prise en charge   | 1 | 1,4 % |
| Il faut leurs demandés   | 1 | 1,4 % |
| Il pensait qu'un autre traitement était plus adapté  | 1 | 1,4 % |
| Intervention chirurgicale, suspicion de contre-indication  | 1 | 1,4 % |
| Inutilité  | 1 | 1,4 % |
| Juge inutile   | 1 | 1,4 % |
| Le résultat lui paraissait suffisant bien qu'il manque la fin de l'esthétisation et de la rééducation proprioceptive                                 | 1 | 1,4 % |
| Manque de communications   | 1 | 1,4 % |
| Manque de connaissance de mes pratiques par le médecin ou option chirurgicale adoptée  | 1 | 1,4 % |
| Manque de connaissance des techniques et des prises en charges éducatives et comportementales par manque d'intérêt sur le sujet                      | 1 | 1,4 % |
| Méconnaissance ou chirurgie ,décédé  | 1 | 1,4 % |
| Modification de l'état clinique du patient   | 1 | 1,4 % |
| Non connu  | 1 | 1,4 % |
| Par ignorance  | 1 | 1,4 % |
| Par méconnaissance de ce qu'est la rééducation...  | 1 | 1,4 % |
| Parce qu'ils n'ont pas compris le problème du Patient, ne connaissent pas le métier de kiné et pensent être les seuls à savoir soigner.              | 1 | 1,4 % |
| Pas compris ce qui était mis en place ?  | 1 | 1,4 % |



|  |    |         |
|--|----|---------|
| Pas confiant dans le type de prise en charge. Information anxiogène au patient vis à vis de la prise en charge   | 1  | 1,4 %   |
| Pas de résultats positifs  | 1  | 1,4 %   |
| Pas de résultats probants  | 1  | 1,4 %   |
| Pathologie lourde découverte au cours du traitement  | 1  | 1,4 %   |
| Patient âgé trop fatigué   | 1  | 1,4 %   |
| Patient douloureux   | 1  | 1,4 %   |
| Patient présentant des symptômes non appropriés avec une prise en charge kiné  | 1  | 1,4 %   |
| Patiente allant mieux  | 1  | 1,4 %   |
| Plus besoin  | 1  | 1,4 %   |
| Pour approfondir les examens par manque de résultat  | 1  | 1,4 %   |
| Pour favoriser certain collègue !  | 1  | 1,4 %   |
| Pour nouvelle pathologie nécessitant d'autres priorités  | 1  | 1,4 %   |
| Préférence pour un autre traitement (chirurgie, repos complet)   | 1  | 1,4 %   |
| Problème de santé du patient nécessitant un repos ou hospitalisation   | 1  | 1,4 %   |
| Recrudescence des douleurs   | 1  | 1,4 %   |
| Réorientation vers un autre médecin spécialiste (pour évolution non attendue)  | 1  | 1,4 %   |
| Sédation en réanimation  | 1  | 1,4 %   |
| Soins inappropriés   | 1  | 1,4 %   |
| Sortie anticipée du patient  | 1  | 1,4 %   |
| Suite à une complication   | 1  | 1,4 %   |
| Très, très rare, parce que son interrogatoire du patient est trop succinct : "vous avez eu mal après la séance?" Ce, sans questionner sur le type ni le siège de la douleur... | 1  | 1,4 %   |
| Trop de douleurs ou besoin d'une intervention  | 1  | 1,4 %   |
| Total  | 72 | 100,0 % |



#### 224. INTERRUPTION PAR P

|                   | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Assez souvent     | 4         | 3,3%      | ±3,1% | [0,2% - 6,4%]   |
| Jamais            | 9         | 7,3%      | ±4,6% | [2,7% - 11,9%]  |
| Occasionnellement | 34        | 27,6%     | ±7,9% | [19,7% - 35,5%] |
| rarement          | 30        | 24,4%     | ±7,6% | [16,8% - 32,0%] |

|               |     |        |       |                 |
|---------------|-----|--------|-------|-----------------|
| Souvent       | 8   | 6,5%   | ±4,4% | [2,1% - 10,9%]  |
| Très rarement | 37  | 30,1%  | ±8,1% | [22,0% - 38,2%] |
| Très souvent  | 1   | 0,8%   | ±1,6% | [0,0% - 2,4%]   |
| Total         | 123 | 100,0% |       |                 |

## 225. Si Oui, pourquoi ?

| N° | Texte des réponses  |
|----|---|
| 2  | Plus besoin   |
| 4  | Reprise du travail, départ en congés, état de santé dégradé ou hospitalisation  |
| 15 | Échec   |
| 19 | Dissonance entre attendus du patient et propositions argumentées . Références scientifiques   |
| 21 | Pas d'effet des traitements, disparition du patient   |
| 24 | Pas assez efficace  |
| 26 | - Car il va mieux - car il part en vacances et ne rappelle jamais - car je ne peux pas lui proposer des horaires qui lui conviennent - car mes méthodes de travail ne lui conviennent pas |
| 28 | Plus de douleur et bonne correction des habitudes de vie  |
| 29 | Raisons diverses, déménagement, relation thérapeutique trop difficile à établir, manque d'argent pour patient n'ayant pas de mutuelle,  |
| 30 | Manque de temps   |
| 33 | Vacances, interruption diverse  |
| 38 | Départ de la région Manque de temps avec reprise du travail...  |
| 42 | Manque de résultats Incompréhension du but des soins Manque de motivation à faire exercices prescrits Demandes du médecin   |
| 45 | Pas le temps, Objectif atteint selon lui.   |
| 62 | Manque de motivation, prend du temps, effets parfois lents à venir  |
| 64 | Incompatibilité d'humeur  |
| 67 | Patient souffrant de démence et qui refuse systématiquement les séances Patient qui n'accepte pas sa perte d'autonomie et qui refuse de s'impliquer.                                      |
| 69 | Incompatibilité d'humeur , patient trop passif  |
| 74 | Lorsqu'ils ne sont plus investis dans leur traitement: ne souhaitent plus fournir de l'énergie pour bouger mieux (souvent lié à des états dépressifs).                                    |
| 79 | Pas de résultat pas motivé patient qui a totalement récupéré  |
| 82 | Rééducation terminée, patient satisfait des résultats ou mécontente.  |
| 90 | Décès   |
| 94 | Ses objectifs étaient atteints  |
| 96 | Désintérêt pour la rééducation, pb familiaux..  |

|     |  |
|-----|--|
| 97  | Plus le temps , va mieux et préfère garder des séances. Les horaires ne lui convenaient pas  |
| 98  | Mécontent des techniques ou résultats de la prise en charge.   |
| 104 | Patients atteints de pathologie psychiatriques, voyant souvent les soins comme une perte de temps, ou n'aimant pas être "touché"....   |
| 110 | Mauvaise relation  |
| 111 | Hospitalise, voyage moins de douleur ou plus du tout   |
| 112 | Se sentait bien  |
| 113 | Je ne sais pas   |
| 121 | Difficultés médicales  |
| 125 | Reprise du travail et incompatibilité géographique et ou d'horaires avec la venue au cabinet. Départ en vacances (nous avons beaucoup de patients vivants uniquement 6 mois de l'année dans notre ville et 6 mois ailleurs en France) Problèmes familiaux. |
| 127 | Pas de feeling entre nous  |
| 132 | Amélioration   |
| 134 | Il ne trouvait pas de résultat.  |
| 139 | Certains patients pensent à tort que la finalité du soins en kinésithérapie c'est la non-douleurs, et donc ne veulent pas faire la phase de stabilisation ou renforcement musculaire   |
| 141 | Plus de nécessité  |
| 148 | Incompatible   |
| 153 | Déménagement ou lassitude des soins ou guérison  |
| 154 | Manque de disponibilité  |
| 160 | Amélioration ou. Aggravation des symptômes   |
| 164 | Guérison ou manque de résultats  |
| 170 | Les patients sont impatients et croient aux miracles sans participation de plus il leur faut payer leurs soins et ils voudraient du tout gratuit   |

|         |  |
|---------|--|
| 17<br>3 | Allait mieux   |
| 17<br>7 | Pas de résultats, déménagement   |
| 17<br>8 | Départ de la ville résultats atteints...   |
| 18<br>0 | Départ   |
| 18<br>2 | Ne juge plus utile de poursuivre de son propre chef, douleurs passées, ne comprend pas l'utilité de terminer les soins   |
| 18<br>3 | N'a pas les douleurs ou signes du motif de consultation,   |
| 19<br>2 | Il n'adhérait pas à ses exercices et ne voulait pas faire de changements dans son quotidien.   |
| 19<br>3 | Le bilan initial très complet objective les objectifs rééducatifs en parallèle des objectifs du patient le programme établi permet l'évaluation progressive le patient est l'acteur principal de sa rééducation                      |
| 20<br>4 | Objectifs atteint  |
| 20<br>9 | Absence de résultats , autre prise en charge,  |
| 21<br>1 | Les gens partent quelquefois sans payer...absence uniquement à la dernière séance et plus jamais joignables  |
| 21<br>2 | Estime être assez guéri pour reprendre son boulot. On les revoit souvent plus tard en pire état...   |
| 21<br>3 | Déménagement, trop de temps sur leur planning  |
| 21<br>6 | Départ du département se sentait guéri   |
| 21<br>8 | Conseil d'un gourou  |
| 21<br>9 | Pas content  |
| 22<br>6 | Content problème résolu  |
| 22<br>7 | Inadapté   |
| 22<br>8 | Soit il se sent parfaitement bien, soit les soins proposés ne correspondent pas à ses attentes ou à l'idée qu' il se faisait de la kiné ( massage, confort, bien être ne sont pas la même chose que étirements, exercices, effort !) |
| 23<br>0 | Cf. Supra  |

|         |  |
|---------|--|
| 23<br>1 | Pas satisfait ou déménagement ou satisfaction avant l'heure  |
| 23<br>2 | N'avait plus de temps  |
| 23<br>5 | Oubli de son rdv non reprise de contact ou se sent guéri   |
| 24<br>7 | Manque d'assiduité, déception  |
| 25<br>5 | Pas motivé   |
| 25<br>6 | Objectif atteint, autre préoccupations plus importantes, désaccord avec les soins.   |
| 25<br>8 | Difficultés d'organisation personnelle pour se rendre au cabinet   |
| 26<br>2 | Déménagement.  |
| 26<br>4 | Il ne me l'a pas dit.  |
| 26<br>5 | ???  |
| 26<br>7 | Pas assez de résultat  |
| 26<br>8 | Idem   |
| 26<br>9 | Reprise travail, manque de temps, pas convaincu par le discours ou l'approche du kiné , fin de soins ou simplement satisfait avec non nécessité de poursuite de rdv : auto-traitement. |
| 27<br>1 | Objectif atteint   |
| 27<br>3 | - Mon travail est basé sur la pratique d'exercices: cela représente un poids trop important pour certaines personnes. - j'ai été inefficace  |
| 27<br>5 | Soit il se sent mieux (cela peut arriver assez souvent), soit il n'a vu aucune amélioration.   |
| 27<br>9 | Déménagement ou insatisfaction des soins   |
| 28<br>3 | Soit déménagement, soit intervention chirurgicale, soit sans prévenir pour la majorité des cas   |
| 28<br>5 | Incompatibilité d'humeur   |
| 28<br>6 | Content ou pas   |

|         |   |
|---------|---|
| 28<br>7 | Par négligence... Pour certains il serait plus judicieux de leur demander   |
| 28<br>9 | Pas d'investissement du patient. Il ne trouve pas son intérêt.  |
| 29<br>3 | Atteinte de ses objectifs   |
| 30<br>7 | Par manque de motivation  |
| 31<br>2 | S'estimait guéri, déménageait, décès...   |
| 31<br>6 | Je pense que les patients en question avaient des attentes différentes: ils voulaient un traitement passif avec beaucoup de massage alors que je leur proposais un traitement actif.  |
| 31<br>8 | Il allait bien Part en vacances   |
| 32<br>3 | Pas de résultats attendus ou soins impayés  |
| 32<br>7 | Difficulté d'implication de la part de patients (soins remboursés, société consumériste) : des patients viennent en soin parce que c'est un dû et le consomme ! Ils ne saisissent les fondamentaux du soin, à savoir un rôle actif du praticien et du patient |
| 32<br>8 | Amélioration ou demande de trop de temps pour se faire soigner  |
| 33<br>5 | Voyage  |
| 33<br>7 | Reprise travail, incompatibilité d'horaire  |
| 34<br>5 | Récupération, antalgie complication insatisfaction  |
| 34<br>7 | Manque de temps ou plus de douleurs ou Problème résolu  |
| 35<br>0 | Refus de continuer  |
| 35<br>3 | Ils trouvaient les exercices inutiles   |



## 226. REÇU SK

|               | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)      |
|---------------|-----------|-----------|-------|---------------|
| Assez souvent | 1         | 0,8%      | ±1,6% | [0,0% - 2,4%] |

|                   |     |        |       |                 |
|-------------------|-----|--------|-------|-----------------|
| Jamais            | 36  | 29,3%  | ±8,0% | [21,3% - 37,3%] |
| Occasionnellement | 26  | 21,1%  | ±7,2% | [13,9% - 28,3%] |
| rarement          | 24  | 19,5%  | ±7,0% | [12,5% - 26,5%] |
| Souvent           | 7   | 5,7%   | ±4,1% | [1,6% - 9,8%]   |
| Très rarement     | 29  | 23,6%  | ±7,5% | [16,1% - 31,1%] |
| Total             | 123 | 100,0% |       |                 |

## 227. PATHO

|   | Effectifs | Fréquence |
|---|-----------|-----------|
| 1. Fractures membres inférieurs 2. BPCO                     | 1         | 1,1 %     |
| Après fracture cervicale et dorsales                        | 1         | 1,1 %     |
| Atm   | 1         | 1,1 %     |
| Attitude scoliotique avec lombalgies en fin d'adolescence   | 1         | 1,1 %     |
| Blessure sportive   | 1         | 1,1 %     |
| Canal carpien Périnée                                       | 1         | 1,1 %     |
| Cancer du sein Lumbago                                      | 1         | 1,1 %     |
| Capsulite Ms et lombalgies                                  | 1         | 1,1 %     |
| Capsulite rétractile et pathologies de l'épaule             | 1         | 1,1 %     |
| Cervical hier, douleur de hanche                            | 1         | 1,1 %     |
| Cervicales  | 1         | 1,1 %     |
| Cervicalgie, dorsalgie                                      | 1         | 1,1 %     |
| Cervicalgies sur arthrose                                   | 1         | 1,1 %     |
| Cervicalgies, rééducation du périnée, kiné respiratoire     | 1         | 1,1 %     |
| Colonne   | 1         | 1,1 %     |
| Courbature rachidienne                                      | 1         | 1,1 %     |
| Déchirures musculaire entorse lombago                       | 1         | 1,1 %     |
| Dorsalgies, lombalgies                                      | 1         | 1,1 %     |
| Dos (attitude scoliotique pendant l'adolescence)            | 1         | 1,1 %     |
| Dos22   | 1         | 1,1 %     |
| Douleur dorsale   | 1         | 1,1 %     |
| Douleurs rachidiennes                                       | 2         | 2,3 %     |
| Douleurs rachis   | 1         | 1,1 %     |
| Drainage lymphatique membres inférieur stase station debout | 1         | 1,1 %     |
| Élongation des ischio jambiers                              | 1         | 1,1 %     |
| Entorse cervicale   | 1         | 1,1 %     |
| Entorse cheville  | 3         | 3,4 %     |
| Entorse de cheville   | 3         | 3,4 %     |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| Entorse de cheville Élongation musculaire   | 1 | 1,1 % |
| Entorse de cheville Tendinopathies  | 1 | 1,1 % |
| Entorse de cheville x3, entorse de genou  | 1 | 1,1 % |
| Entorse, scoliose   | 1 | 1,1 % |
| Entorses de cheville Dorsalgies   | 1 | 1,1 % |
| Fracture  | 1 | 1,1 % |
| Fracture du coude à 15 ans  | 1 | 1,1 % |
| Fracture du poignet, fracture de clavicule, subluxation acromio-claviculaire, entorse LCAE, cervicalgie | 1 | 1,1 % |
| Fracture, entorse.  | 1 | 1,1 % |
| Fractures   | 1 | 1,1 % |
| Fractures cubitus radius  | 1 | 1,1 % |
| Fractures, entorses, rachialgie, déchirure musculaire.  | 1 | 1,1 % |
| Hernie discale  | 1 | 1,1 % |
| Hernie discale , radiculopathie, douleurs dorsales  | 1 | 1,1 % |
| Hyperlordose lombaire   | 1 | 1,1 % |
| Je me suis cassé le poignet et j'étais opéré.   | 1 | 1,1 % |
| Lca. Lombalgie. Fracture tibia péroné   | 1 | 1,1 % |
| Lombalgie   | 3 | 3,4 % |
| Lombalgie scapulalgie   | 1 | 1,1 % |
| Lombalgie, opération pied, prothèse pouce   | 1 | 1,1 % |
| Lombalgies  | 1 | 1,1 % |
| Lombalgies fracture du poignet  | 1 | 1,1 % |
| Luxation acromio claviculaire fraîche.  | 1 | 1,1 % |
| Luxation acromio claviculaire Sciatique   | 1 | 1,1 % |
| Luxation. Coude   | 1 | 1,1 % |
| Maux de dos, maux de genoux   | 1 | 1,1 % |
| Mon dos, problème articulaire   | 1 | 1,1 % |
| Névralgie cervico-brachiale, SADAM  | 1 | 1,1 % |
| Orthopédique  | 1 | 1,1 % |
| Ostéosynthèse malléole externe  | 1 | 1,1 % |
| Pathologies rachidiennes, post-opératoire doigts  | 1 | 1,1 % |
| Pathologies sportives Entorses Fracture   | 1 | 1,1 % |
| Poly trauma entorse   | 1 | 1,1 % |
| Post opératoire genou   | 1 | 1,1 % |
| Post partum , tendinite pelvitroch  | 1 | 1,1 % |



|   |    |         |
|---|----|---------|
| Problèmes de dos  | 1  | 1,1 %   |
| Problèmes dorsaux   | 1  | 1,1 %   |
| Rééducation main (entorse du pouce), rééducation respiratoire asthme, douleurs lombaires. | 1  | 1,1 %   |
| Rééducation post chirurgicale   | 1  | 1,1 %   |
| Rééducation posturale quand j'étais adolescent  | 1  | 1,1 %   |
| Rééducation suite à une intervention chirurgicale de l'épaule et du genou                 | 1  | 1,1 %   |
| Rupture tendon achille  | 1  | 1,1 %   |
| Rupture tendon extenseur doigt  | 1  | 1,1 %   |
| Sciatique   | 1  | 1,1 %   |
| Scoliose  | 1  | 1,1 %   |
| Scoliose Gestion d'une cicatrice post op  | 1  | 1,1 %   |
| Scoliose idiopathique à l'adolescence   | 1  | 1,1 %   |
| Suites accident de la route   | 1  | 1,1 %   |
| Syndrome du piriforme Entorse de cheville   | 1  | 1,1 %   |
| Tendinite d'épaule  | 1  | 1,1 %   |
| Tendinopathie   | 1  | 1,1 %   |
| Traumatologie sportive (entorses, luxations, déchirures...)                               | 1  | 1,1 %   |
| Total   | 87 | 100,0 % |

## 228. DURÉE SK (K)

|   | Effectifs | Fréquence |
|---|-----------|-----------|
| + - 1 mois  | 1         | 1,1 %     |
| 1 à 2 mois  | 1         | 1,1 %     |
| 1 an  | 3         | 3,4 %     |
| 1 jour  | 1         | 1,1 %     |
| 1 mois  | 5         | 5,7 %     |
| 1 mois et demi  | 2         | 2,3 %     |
| 1 ou 2 mois pour l'entorse (répété 2 fois ensuite) Quelques séances pour la dorsalgie | 1         | 1,1 %     |
| 1,5 ans   | 1         | 1,1 %     |
| 1. 8 mois 2. 3 mois   | 1         | 1,1 %     |
| 10 séances chacun   | 1         | 1,1 %     |
| 12 jours  | 1         | 1,1 %     |
| 15 jours  | 5         | 5,7 %     |
| 15 jours en discontinu.   | 1         | 1,1 %     |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| 15 séances cancer du sein 2 . 3 pour les lumbagos  | 1 | 1,1 % |
| 1mois  | 3 | 3,4 % |
| 2 ans  | 3 | 3,4 % |
| 2 mois   | 8 | 9,2 % |
| 2 mois.  | 1 | 1,1 % |
| 2 séances 10 jours   | 1 | 1,1 % |
| 2mois  | 1 | 1,1 % |
| 3 fois semaine environ 10 séances soit presque 4 semaines  | 1 | 1,1 % |
| 3 j  | 1 | 1,1 % |
| 3 mois   | 2 | 2,3 % |
| 3 mois cumulés   | 1 | 1,1 % |
| 3 mois qq semaines   | 1 | 1,1 % |
| 3 semaines   | 3 | 3,4 % |
| 3 semaines pour l'entorse 1 mois pour la tendinopathie   | 1 | 1,1 % |
| 3mois et 6mois   | 1 | 1,1 % |
| 4 mois   | 2 | 2,3 % |
| 4 semaines   | 1 | 1,1 % |
| 5 jours  | 1 | 1,1 % |
| 5 mois   | 1 | 1,1 % |
| 6 mois   | 2 | 2,3 % |
| 6 semaines d arrêt   | 1 | 1,1 % |
| 6ans 3fois par semaine puis deux fois  | 1 | 1,1 % |
| 6mois  | 2 | 2,3 % |
| 7 mois   | 1 | 1,1 % |
| Des mois   | 1 | 1,1 % |
| Environ 2 mois pour chacune  | 1 | 1,1 % |
| Je ne m'en souviens pas  | 1 | 1,1 % |
| Je suis kiné , sœur , épouse et mère de kinés !!!!! Donc c'est quand je veux mais pas très longtemps   | 1 | 1,1 % |
| LE TEMPS NÉCESSAIRE A LA RECUPERATION : quelques mois  | 1 | 1,1 % |
| Occasionnelle  | 1 | 1,1 % |
| Plusieurs fois   | 1 | 1,1 % |
| Plusieurs mois   | 1 | 1,1 % |
| Poignet clavicule : 1ans 1 2 acromio-claviculaire 2 mois LCAE 5-6 mois cervicalgie séances ponctuelle pour décoincer ( peut-être 5 séances en 4 ans) | 1 | 1,1 % |
| Ponctuel   | 1 | 1,1 % |

|   |    |         |
|---|----|---------|
| Qq mois   | 1  | 1,1 %   |
| Qqs semaines  | 1  | 1,1 %   |
| Quelques jours  | 1  | 1,1 %   |
| Quelques mois   | 1  | 1,1 %   |
| Quelques séances  | 1  | 1,1 %   |
| Quelques séances à chaque fois                            | 1  | 1,1 %   |
| Quelques semaines   | 2  | 2,3 %   |
| Quelques semaines (3 ou 4)                                | 1  | 1,1 %   |
| Très courts, séances ponctuelles                          | 1  | 1,1 %   |
| Un an   | 1  | 1,1 %   |
| Variable en fonction de la pathologie (de 3 à 30 séances) | 1  | 1,1 %   |
| Total   | 87 | 100,0 % |

## 229. SITUATION SK

|   | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|---|-----------|-----------|-------|-----------------|
| En institution : hôpital, clinique, centre de rééducation, etc. | 5         | 5,7%      | ±4,9% | [0,8% - 10,6%]  |
| En libéral  | 74        | 85,1%     | ±7,5% | [77,6% - 92,6%] |
| Les deux  | 8         | 9,2%      | ±6,1% | [3,1% - 15,3%]  |
| Total   | 87        | 100,0%    |       |                 |



## 230. [Seul]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 42        | 51,2%     | ±10,8% | [40,4% - 62,0%] |
| Oui   | 40        | 48,8%     | ±10,8% | [38,0% - 59,6%] |
| Total | 82        | 100,0%    |        |                 |



## 231. [en groupe avec des kinés]

|       | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Non   | 32        | 39,0%     | ±10,6% | [28,4% - 49,6%] |
| Oui   | 50        | 61,0%     | ±10,6% | [50,4% - 71,6%] |
| Total | 82        | 100,0%    |        |                 |



## 232. [en groupe interdisciplinaire sans médecins]

|       | Effectifs | Fréquence | IC (95%) |  |
|-------|-----------|-----------|----------|--|
| Non   | 82        | 100,0%    |          |  |
| Total | 82        | 100,0%    |          |  |



## 233. [en groupe interdisciplinaire avec médecins]

|       | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)         |
|-------|-----------|-----------|-------|------------------|
| Non   | 79        | 96,3%     | ±4,1% | [92,2% - 100,4%] |
| Oui   | 3         | 3,7%      | ±4,1% | [0,0% - 7,8%]    |
| Total | 82        | 100,0%    |       |                  |



## 234. INTERRUPTION SK

|                   | Effectifs | Fréquence |        | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|--------|-----------------|
| Jamais            | 50        | 57,5%     | ±10,4% | [47,1% - 67,9%] |
| Occasionnellement | 10        | 11,5%     | ±6,7%  | [4,8% - 18,2%]  |
| rarement          | 8         | 9,2%      | ±6,1%  | [3,1% - 15,3%]  |
| Souvent           | 5         | 5,7%      | ±4,9%  | [0,8% - 10,6%]  |
| Très rarement     | 7         | 8,0%      | ±5,7%  | [2,3% - 13,7%]  |
| Très souvent      | 7         | 8,0%      | ±5,7%  | [2,3% - 13,7%]  |
| Total             | 87        | 100,0%    |        |                 |

## 235. Si oui, pourquoi ?

|   | Effectifs | Fréquence |
|---|-----------|-----------|
| Amélioration rapide   | 1         | 2,7 %     |
| Améliorée   | 1         | 2,7 %     |
| Atteinte des objectifs fixés entre moi et le kiné                     | 1         | 2,7 %     |
| En accord avec ma collègue ,je consulte au coups par coups si besoin. | 1         | 2,7 %     |
| Guérison  | 3         | 8,1 %     |
| J'allais mieux  | 1         | 2,7 %     |
| J'allais mieux.   | 1         | 2,7 %     |
| J'estime qu' un soin doit être fait jusqu'au bout pour être efficace. | 1         | 2,7 %     |
| Je fini moi-même la réadaptation rééducation                          | 1         | 2,7 %     |

|   |    |         |
|---|----|---------|
| Je me sentais autonome dans ma rééducation  | 1  | 2,7 %   |
| Je n'appréciais pas les méthodes du praticien,  | 1  | 2,7 %   |
| Je n'avais plus de douleur et repris le sport   | 1  | 2,7 %   |
| Le problème était réglé, difficulté dans les horaires, passage à de l'auto-traitement | 1  | 2,7 %   |
| Manque de disponibilité de ma part  | 1  | 2,7 %   |
| Manque de temps et amélioration des symptômes   | 1  | 2,7 %   |
| Manque de Temps et de motivation  | 1  | 2,7 %   |
| Manque de temps, amélioration, PEC au club de sport                                   | 1  | 2,7 %   |
| N'étant pas encore diplômé à ces moment-là, j'attendais le feu vert du soignant.      | 1  | 2,7 %   |
| Objectif atteint  | 1  | 2,7 %   |
| Objectifs atteints  | 1  | 2,7 %   |
| Objectifs atteints  | 1  | 2,7 %   |
| Objectifs atteints en qq séances  | 1  | 2,7 %   |
| Parce que considérais que j'avais atteint les objectifs.                              | 1  | 2,7 %   |
| Pas assez de temps  | 1  | 2,7 %   |
| Pas le temps de continuer   | 1  | 2,7 %   |
| Plus de douleurs  | 1  | 2,7 %   |
| Plus le temps de me rendre chez le kiné et fin de pathologie.                         | 1  | 2,7 %   |
| Quand ce n'était plus nécessaire  | 1  | 2,7 %   |
| Récupération  | 1  | 2,7 %   |
| Rééducation respiratoire . Arrêt car lassitude réciproque patient . Mk*<br>!!         | 1  | 2,7 %   |
| Résultat attendu  | 1  | 2,7 %   |
| Résultat concluant  | 1  | 2,7 %   |
| Résultats satisfaisants   | 1  | 2,7 %   |
| Suffisant pour reprendre travail  | 1  | 2,7 %   |
| Test bons donc fin des séances et retour terrain                                      | 1  | 2,7 %   |
| Total   | 37 | 100,0 % |

## 236. Avez-vous consulté un ostéopathe ?

|                   | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)        |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| Assez souvent     | 4         | 3,3%      | ±3,1% | [0,2% - 6,4%]   |
| Jamais            | 29        | 23,6%     | ±7,5% | [16,1% - 31,1%] |
| Occasionnellement | 37        | 30,1%     | ±8,1% | [22,0% - 38,2%] |
| rarement          | 11        | 8,9%      | ±5,0% | [3,9% - 13,9%]  |

|               |     |        |       |                 |
|---------------|-----|--------|-------|-----------------|
| Souvent       | 10  | 8,1%   | ±4,8% | [3,3% - 12,9%]  |
| Très rarement | 31  | 25,2%  | ±7,7% | [17,5% - 32,9%] |
| Très souvent  | 1   | 0,8%   | ±1,6% | [0,0% - 2,4%]   |
| Total         | 123 | 100,0% |       |                 |

## 237. Si oui, pourquoi ?

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| Après chute en vélo moto : pour lombalgie, cervicalgie, subluxation épaule, entorse de la cheville                         | 1         | 1,1 %     |
| Bilan préventif. Posturale globale Soins annuel voir trimestriel. Douleurs sportives...                                    | 1         | 1,1 %     |
| Blessure   | 1         | 1,1 %     |
| Blocage  | 1         | 1,1 %     |
| Blocage articulaire  | 1         | 1,1 %     |
| Blocage dorsaux avec légère douleur  | 1         | 1,1 %     |
| Blocage hanche   | 1         | 1,1 %     |
| Blocage lombaire après avoir soulevé des patients blocage cervical   | 1         | 1,1 %     |
| Blocages articulaires généralisés avec douleurs des sacro-iliaques, névralgie d'Arnold voire tendinite du biceps brachial. | 1         | 1,1 %     |
| C'est un ami kiné  | 1         | 1,1 %     |
| C'est un plus  | 1         | 1,1 %     |
| Choix thérapeutique  | 1         | 1,1 %     |
| Chute en montagne douleurs dorsales résiduelles  | 1         | 1,1 %     |
| Complémentaire du kiné   | 1         | 1,1 %     |
| Confort  | 1         | 1,1 %     |
| Costo vertébrale   | 1         | 1,1 %     |
| Curieux  | 1         | 1,1 %     |
| Curiosité  | 1         | 1,1 %     |
| Divers traumatismes  | 1         | 1,1 %     |
| Dos  | 1         | 1,1 %     |
| Douleur  | 1         | 1,1 %     |
| Douleur coude épaules rachis   | 1         | 1,1 %     |
| Douleur d'épaule Inexplicable  | 1         | 1,1 %     |
| Douleur de hanche persistante  | 1         | 1,1 %     |
| Douleur lombaire   | 1         | 1,1 %     |
| Douleur métatarse  | 1         | 1,1 %     |
| Douleur rachis cervical  | 1         | 1,1 %     |
| Douleurs au niveau de la hanche  | 1         | 1,1 %     |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| Douleurs cervicales   | 1 | 1,1 % |
| Douleurs corps en général + douleurs tendon d'Achille et capsulite MS   | 1 | 1,1 % |
| Douleurs et lésion ostéopathique primaire   | 1 | 1,1 % |
| Douleurs liées à mon métier   | 1 | 1,1 % |
| Douleurs liés au travail entorse  | 1 | 1,1 % |
| Douleurs lombaires  | 1 | 1,1 % |
| Douleurs lombaires et cervicales  | 1 | 1,1 % |
| Douleurs lombaires.   | 1 | 1,1 % |
| Douleurs mécaniques et chronique d'origine inconnues  | 1 | 1,1 % |
| Douleurs rachidienne  | 1 | 1,1 % |
| Douleurs rachidiennes   | 1 | 1,1 % |
| Douleurs thoraciques Post accouchement  | 1 | 1,1 % |
| Douleurs vertébrales  | 1 | 1,1 % |
| Douleurs, dérèglements intestinales.  | 1 | 1,1 % |
| En fait jamais, mais pourquoi ne demandez-vous pas d'exprimer un avis si on coche jamais? On peut ici vous soupçonner de partialité ou de questionnaire orienté... Jamais donc car l'arsenal kiné est suffisant pour répondre à des traitements qui sont de nos jours dirigés vers l'ostéopathie actuelle qui en réalité fait de la kinésithérapie sans le dire surfant sur la mode ostéo ou chiro... Cette remarque n'entrant pas dans les "cases" de votre sondage, ne sera pas prise en compte sans doute... | 1 | 1,1 % |
| Entorse cheville  | 1 | 1,1 % |
| Équilibre rachidien , migraine  | 1 | 1,1 % |
| Était également Kinésithérapeute  | 1 | 1,1 % |
| Euh parce que c'est pertinent !   | 1 | 1,1 % |
| Gain de temps   | 1 | 1,1 % |
| Impossible de se manipuler seul   | 1 | 1,1 % |
| Je n'ai pas eu d'ordonnance pour faire mes soins de kiné en famille et mon mari est également ostéopathe  | 1 | 1,1 % |
| Le traitement kiné ne me soulageait pas complètement  | 1 | 1,1 % |
| Lombalgie   | 3 | 3,3 % |
| Lombalgie . Cervicalgie   | 1 | 1,1 % |
| Lombalgie à l'adolescence   | 1 | 1,1 % |
| Lombalgie après chute de cheval à l'âge de 13 ans   | 1 | 1,1 % |
| Lombalgies  | 1 | 1,1 % |
| Lumbago   | 2 | 2,2 % |
| Lumbago.  | 1 | 1,1 % |
| Maintenir l'équilibre du corps  | 1 | 1,1 % |

|  |    |         |
|--|----|---------|
| Mal de dos   | 1  | 1,1 %   |
| Méconnaissance des techniques permettant l'amélioration des symptômes douloureux rachidiens      | 1  | 1,1 %   |
| Ncb, sadam   | 1  | 1,1 %   |
| Parce que c'est ce qu'on apprend à l'école : "40% c'est de la thérapie, le reste de l'emballage" | 1  | 1,1 %   |
| Parce que j'en ressens le besoin.  | 1  | 1,1 %   |
| Pas de besoins   | 1  | 1,1 %   |
| Pathologies rachidiennes   | 1  | 1,1 %   |
| Père ostéopathe donc soin quand nécessaire 1 fois par an )                                       | 1  | 1,1 %   |
| Pour des douleurs de dos, pour un entretien régulier   | 1  | 1,1 %   |
| Pour les enfants.  | 1  | 1,1 %   |
| Prévention   | 1  | 1,1 %   |
| Proposé par le kiné du club  | 1  | 1,1 %   |
| Pubalgie   | 1  | 1,1 %   |
| Quand j'en ressens le besoin   | 1  | 1,1 %   |
| Quand je juge nécessaire d'être aidée  | 1  | 1,1 %   |
| Quand je sens des blocages ou après l'accouchement   | 1  | 1,1 %   |
| Rachialgie   | 1  | 1,1 %   |
| Rachialgies  | 2  | 2,2 %   |
| Rachis   | 2  | 2,2 %   |
| Sciatique  | 1  | 1,1 %   |
| Sciatiques   | 1  | 1,1 %   |
| Scoliose   | 1  | 1,1 %   |
| Suite accouchement   | 1  | 1,1 %   |
| Suite traumatisme lié au sport   | 1  | 1,1 %   |
| Temps de soin et approche holistique (au moins du point de vue mécanique)                        | 1  | 1,1 %   |
| Toujours un MK*o   | 1  | 1,1 %   |
| Une seule fois avant mon diplôme de kiné, j'ai eu une lombalgie                                  | 1  | 1,1 %   |
| Viscérale pour maladie inflammatoire colon Dorsalgies  | 1  | 1,1 %   |
| Total  | 92 | 100,0 % |

## 238. médecines « non-conventionnelles »

|               | Effectifs | Fréquence |       | IC (95%)      |
|---------------|-----------|-----------|-------|---------------|
| Assez souvent | 4         | 3,3%      | ±3,1% | [0,2% - 6,4%] |



|                   |     |        |       |                 |
|-------------------|-----|--------|-------|-----------------|
| Jamais            | 64  | 52,0%  | ±8,8% | [43,2% - 60,8%] |
| Occasionnellement | 17  | 13,8%  | ±6,1% | [7,7% - 19,9%]  |
| rarement          | 9   | 7,3%   | ±4,6% | [2,7% - 11,9%]  |
| Souvent           | 7   | 5,7%   | ±4,1% | [1,6% - 9,8%]   |
| Très rarement     | 17  | 13,8%  | ±6,1% | [7,7% - 19,9%]  |
| Très souvent      | 5   | 4,1%   | ±3,5% | [0,6% - 7,6%]   |
| Total             | 123 | 100,0% |       |                 |

## 239. Si oui, pourquoi ?

|  | Effectifs | Fréquence |
|--|-----------|-----------|
| Vision holistique -efficacité vis-à-vis de certains soins précis (ex: coupeur de feu pour brûlure ou maladie de peau type zona verrue...) - difficulté du monde médical en france (de par les formations "de base") à s'ouvrir à d'autres modèles...médecine officielle trop centrée sur elle-même bien souvent. | 1         | 1,7 %     |
| Acné Problème dépressif Digestif Stress Problème hormonal  | 1         | 1,7 %     |
| Acuponcture suite décès de mon grand père  | 1         | 1,7 %     |
| Acupuncteur pendant grossesse  | 1         | 1,7 %     |
| Acupuncture . Déstresser   | 1         | 1,7 %     |
| Acupuncture avant l'accouchement   | 1         | 1,7 %     |
| Acupuncture en préventif   | 1         | 1,7 %     |
| Acupuncture pour tenter de réguler une tension élevée.   | 1         | 1,7 %     |
| Adeptes de la médecine naturelle   | 1         | 1,7 %     |
| Allergies, sinusites récidivantes  | 1         | 1,7 %     |
| Angoisses  | 1         | 1,7 %     |
| Asthme . Verrue  | 1         | 1,7 %     |
| Brûlure  | 1         | 1,7 %     |
| Brûlure cutané, verrue (étant enfant)  | 1         | 1,7 %     |
| Brûlures   | 1         | 1,7 %     |
| C'est un plus ...  | 1         | 1,7 %     |
| C'est un complètement  | 1         | 1,7 %     |
| Canal carpien  | 1         | 1,7 %     |
| Choix en fonction des compétences du praticien   | 1         | 1,7 %     |
| Complémentaire des autres "médecines"  | 1         | 1,7 %     |
| Conviction personnelle et résultats  | 1         | 1,7 %     |
| Couper le feu  | 1         | 1,7 %     |
| Coupeur de feu (brulure)   | 1         | 1,7 %     |
| Curiosité.   | 1         | 1,7 %     |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| Dans l'apprentissage d'une formation en shiatsu  | 1 | 1,7 % |
| Dépression   | 1 | 1,7 % |
| Douleur  | 1 | 1,7 % |
| Douleurs rachidiennes  | 1 | 1,7 % |
| Eczéma un coupeur de feu, mon médecin traitant est homéopathe  | 1 | 1,7 % |
| Énergétique  | 1 | 1,7 % |
| Enlever des verrues plantaires!!   | 1 | 1,7 % |
| Formation en massage chinois, formateur  | 1 | 1,7 % |
| Je crois en ces médecines.   | 1 | 1,7 % |
| Je pense que la médecine occidentale est beaucoup trop cartésienne, qu'elle a la mémoire courte, qu'elle a la grosse tête et qu'elle nous empoisonne   | 1 | 1,7 % |
| Je suis certifiée professeur de Qi Gong (médecine chinoise), je pratique cette activité ainsi que le yoga (ayurvéda). Ces méthodes ne dissocient pas le corps physique, les émotions et l'esprit Les médecines non-conventionnelles sont, selon moi, un complément thérapeutique non négligeable, sous couvert qu'elles soient réalisées humblement (comme toutes les médecines) | 1 | 1,7 % |
| Je suis formée en médecine chinoise, et coupeur de feu   | 1 | 1,7 % |
| L'approche de ces médecines est globale, peu médicamenteuse, efficace  | 1 | 1,7 % |
| L'ostéopathe est un rebouteux  | 1 | 1,7 % |
| Les thérapies non conventionnelles s'adressent aux troubles corporels, et les thérapies conventionnelles s'adressent aux maladies...   | 1 | 1,7 % |
| Lombalgie  | 1 | 1,7 % |
| Lombalgie allergies  | 1 | 1,7 % |
| Lorsque cela est plus adapté   | 1 | 1,7 % |
| Magnétiseur, pour des gastrites liées à des dorsalgies répétitives   | 1 | 1,7 % |
| Migraine   | 1 | 1,7 % |
| Oui pour les patients... Même réponse que ci-dessus : la kinésithérapie EST une méthode de traitement manuelle qui peut inclure les autres ...   | 1 | 1,7 % |
| Par curiosité  | 1 | 1,7 % |
| Parce que je suis curieuse de vivre moi-même les expériences pour soulager mon corps   | 1 | 1,7 % |
| Parce que la santé est là  | 1 | 1,7 % |
| Permettent de maintenir la sante et soulager les douleurs sans prise de médicaments  | 1 | 1,7 % |
| Perte d'énergie  | 1 | 1,7 % |
| Plus efficace et plus naturelle que les médicaments  | 1 | 1,7 % |
| Pour des problèmes où la médecine classique ne donne pas de réponse  | 1 | 1,7 % |

---

|   |    |         |
|---|----|---------|
| Pour la prévention  | 1  | 1,7 %   |
| Réflexologie plantaire car une réflexologue est présente dans le cabinet où je travaille. | 1  | 1,7 %   |
| Suivi de grossesse pathologique   | 1  | 1,7 %   |
| Suivie par une homéopathe (médecin traitant)  | 1  | 1,7 %   |
| Traitement de fond concernant des allergies   | 1  | 1,7 %   |
| Verrues plantaires, dans l'enfance  | 1  | 1,7 %   |
| Total   | 58 | 100,0 % |

## Annexe 19 : Résultats des analyses descriptives des questions de caractérisation des 3 groupes

|                       | <b>M</b>   | <b>P</b>  | <b>MK*</b>   |
|-----------------------|--|---|--|
| <b>ADHESION FORTE</b> | 13- Travail sur et avec le corps   | 13- Travail sur et avec le corps                                  | 10- Redonnent de l'autonomie   |
|                       | 23- Reposent sur les compétences du kinésithérapeute                             | 23- Reposent sur les compétences du kinésithérapeute              | 11- Permettent de prévenir certaines pathologies ou complications de pathologies |
|                       |  |   | 13- Travail sur et avec le corps   |
| <b>CENTRAL</b>        | 6- Agissent sur les douleurs   | 10- Redonnent de l'autonomie                                      | 23- Reposent sur les compétences du kinésithérapeute                             |
|                       | 10- Redonnent de l'autonomie   | 13- Travail sur et avec le corps                                  | 12- Évitent de prendre des médicaments   |
|                       | 11- Permettent de prévenir certaines pathologies ou complications de pathologies | 19- C'est une façon de soigner                                    |  |
| <b>PERIPHERIQUE</b>   | 23- Reposent sur les compétences du kinésithérapeute                             | 23- Reposent sur les compétences du kinésithérapeute              |  |
|                       |  | 25- Se font sur prescriptions médicales                           |  |
|                       | 17- Leurs prescriptions sont différentes de celle des médicaments                | 7- Créent un lien particulier entre patients et kiné              | 4- Demandent des explications pour se laisser faire                              |
| <b>CONTRASTE</b>      |  | 17- Leurs prescriptions sont différentes de celle des médicaments | 17- Leurs prescriptions sont différentes de celle des médicaments                |
|                       |  | 24- Permettent de maintenir un lien social                        | 24- Permettent de maintenir un lien social                                       |
|                       | 4- Demandent des explications pour se laisser faire                              | 12- Évitent de prendre des médicaments                            |  |
|                       | 22- Prennent du temps sur la vie de tous les jours                               |   |  |
|                       | 24- Permettent de maintenir un lien social                                       |   |  |

## Annexe 20 : Thèmes et corpus des Évocations Hiérarchisées

- **Magie**; incarnation; esprit
- **Pb de classement**; encore; ensemble; soin adapté; seul
- **préventif**; prévention; prévention; éviter récurrence; préventif; prévention; préparer; préparation;
- **alternatif**; médecine douce; pas de médicaments; naturelle; la main qui soulage
- **symptomatique**; symptomatique; gain d'amplitude; récupérer la mobilité; relâchement; soulager; soulagement; soulagement ; soulager; détente; détente; douleur; douleur; douleur; antalgique; antalgiques; analgésie; ne plus avoir mal; analgésie; antalgie; soulager la douleur; antalgie; sédation des douleurs; amélioration fonctionnelle et antalgique
- « **cure** »; non invasif; thérapie; conseils; Evidence based practice; prescription; prise en charge; analyser; bilan initial; bilan MK\*; compétente; diagnostic; diagnostic kinésithérapique; diagnostic médical; compétence; bilan; efficacité; évaluation; expert; expertise; ordonnance; savoir; science; Scientifisation de la profession; protocole; bilan final; réflexion; premier recours; recherche; intellectuel; solutions; évolution; information; observation; corriger; résultat; identifier; expérience; récupération; complément de la chirurgie; ; convalescence; récupération; maintien de capacités physiques; ; expertise; compétence; ; guérison; traitement; thérapie; traitement; guérison; réparer; récupération; guérir; traitement; thérapie; retrouver un état antérieur perdu; ralentir la maladie; ; prescription; ; informations; conseils d'ergothérapie; conseils posturaux; informer; bilan; diagnostic
- **cura « souci de soi »** ; bien être; mieux être; aller mieux; qualité de vie; qualité; bienfait; les patients ne supportent plus les douleurs; remise en forme; exigence; assiduité; persévérance; confort ; confort psychologique; remise en confiance du patient; bien-être; qualité des soins
- « **care** »; accompagnement; aide; Attentionnalité; humain; prendre soins; soigner; soin; soulager; aider; prendre soins; aider les gens; écoute; écoute du patient; empathie; relation; relation thérapeutique; accompagner; bienveillance; confiance; proximité; contact; patience; relation; relation thérapeutique; relationnel; relations humaines; respect; co-construction; confiance; sourire; collaboration soignant-soigné; alliance thérapeutique; relation confiance; investissement humain; don de soi; bonne humeur; implication; communication; investissement; inconditionnellement; proximité; échange; accompagnement; prendre soin; soin; aide; soigner; soins; accompagnement; confiance; empathie; relation d'aide; contact humain; écoute; relationnel; bienveillance; respect
- **social\_autonomie**; autonomie; re autonomie du patient; redonner . Maintien de l'autonomie; projet; projet patient; projet thérapeutique; vie quotidienne; contexte; appropriation; prise de conscience; objectifs; handicap; entretien; ; autonomie des patients; entretien; autonomie; recouvrer autonomie; entretien; revivre; libération
- **social\_education**; éducation; rééducation; social; fonctionnel; réadaptation; réhabilitation; utile; maintien a domicile; domiciles; éducation thérapeutique; éducation; réadaptation; réhabilitation; pour tous; réadaptation; rééducation; ré apprentissage; rééducation
- **holistique**; globalité; santé; donner du sens; global; prospective; évolutif; complexe; créativité; prise en charge individualisée; simple; pensée complexe, globale; variété; diversité; santé; soins de support; holistique
- **population**; patient; thérapeute; kiné; praticien; soignant; personne âgées; osteo; masseur; patient; rééducateur; psychologue; massages par un thérapeute compétant; médecins
- **effets du soins psychoaffectif**; placebo; déception; surprise; transfert et contre transfert; soutiens; relaxation; faire du bien; joie; fantasme; plaisir; satisfaction; amélioration; calme; détente; relaxation; gêne; confession; défouler; progrès; amélioration; récupération; dynamisation;
- **effets du soins physique**; physique; amélioration; douloureux; fatigant; effort; physique; fatiguant; performance; positionnement; musculaire; se redresser; bouger; déblocage

**Temps**; prendre le temps; régularité; répétition; temps; temps de soin; temps passé; durée; horaire; rapidité de soins; dans la durée; répétitif; suivi; temps; temps passé; régularité; long; long terme; suivi; répétitif; hebdomadaire;

- **referentiel pro\_travail**; professionnalisme; professionnel; mon métier; professionnel; travail; le professionnalisme; activité; réactivité; disponibilité; énergie; référentiels; prudent; dynamisme; respect; séance; professionnel; disponibilité; responsabilité ;

- **referentiel pro\_interpro**; coopération; collaborer; réseau de soins; travail en réseau; coopération interprofessionnelle; pluridisciplinaire; discipline; médecine; médical; psychologie; spécialisation en kiné;

- **referentiel pro\_systeme santé**; mutuelle; remboursé; accès; sécurité sociale; nomenclature; conventionné; libéral; prise charge individuelle; séances; nombre de séances; cure (plusieurs séances); argent; médico-social; économie; cabinet; libéral; système

- **cure technique**; posture; levées de tensions; manuel; massage; rééducation analytique et fonctionnelle; soins par le mouvement; travail manuel; étirements; examen clinique; exercice; matériel de pointe; méthode manuelle; mobilisation; normalisation articulaire; physiothérapie; renforcement; renforcement musculaire; technicité; assouplissement; chaleur; gymnastique; manipulation; actif; musculation; travail sans douleur; analytique; exercices équilibre; gym; huiles essentielles; machines; mc-kenzie; Réathlétisation; ventilation dirigée; balnéo; recherche d'expectoration; travail musclant; désobstruction bronchique; massage; mobilisation; rééducation fonctionnelle; rééducation motrice; rééducation physique; réhabilitation précoce; renforcement musculaire; aide motrice; entraînement à l'effort; étirement; manipulation; rééducation respiratoire; entraînement; exercice; physiothérapie; récupération fonctionnelle; soins de mobilisation; travail proprioceptif; ultra sons; active; réhabilitation à l'effort; renforcement; aide à la marche; drainer; manuels; outil à médiation corporelle; posture; étirements; massage; mobilisation; techniques de rééducation; drainage; exercice; kinésithérapie; manipulation; musculation; renforcement; travail analytique; vibration; kiné respi; testing; analytique; balnéothérapie; échauffement musculaire; entraînement; ostéopathie; techniques probantes; aide technique; électrodes; méthode mézières; respiration; travail musculaire; ultra-son;

- **cure technique relation**; réapprentissage; management; pédagogie; apprentissage; motivation; aménagement de l'environnement; coaching sportif; balnéothérapie;

- **Anatomie/ corps**; local; main; articulation; corps; dos; muscle; musculaire; corporéité; membres; sueur; système ostéo-musculaire; épaule; périnée; rachis; squelette; chaîne musculaire; masse musculaire; dos; muscles; articulations; anatomie musculaire; lombaires; anatomie; viscères

- **physiologie/fonction**; fonction; marche; marcher; mouvement; physiologie; biomécanique; biopsychosocial; bouger; fonctionnelle; physio; attraper; respirer; schéma corporel; force; vestibulaire; coordination; équilibre; équilibre postural; mécanique du corps; le toucher; toucher; équilibre; fonction de l'organe; mouvement; respiration; marche; motrice; respiratoire; amplitude articulaire; articulaire; fonction; locomoteur; ; équilibre; mobilité; mouvement; physiologie; réflexes neuromoteurs; marche; motricité; lever; proprioception; capacités fonctionnelles; fonction

- **utile**; indispensable; efficace; nécessaire; passion; super; à protéger; doux; utiles; ; important; efficace;

- **pathologie**; mal de dos; blessure; blocage; chronique; opération; pathologie; raideur articulaire; vieillesse; entorse; hémiplégie; lombalgies; maladie; aigue; pathologies variées; traumatisme; fracture; glissement; douleur lombaire; douleur musculaire; fracture; bronchiolite; entorse; lymphoedème; arthrose; raideur; douleur chronique; troubles respiratoires; neurologique; traumatisme; lutte contre raideur articulaire; blessure; muscles tendus; douleurs au dos; accident; contractures musculaire; entorse; traumatisme;

- **specialité**; neurologie; rhumatologie; traumatologie; post-partum; pratique de terrain (sport); sport; sport; sport; gériatrie; traumatologie;

-**attitude négative\_reconnaissance sociale**; manque de reconnaissance; dévalorisé; mal considéré; mal reconnu; destruction de la profession par les gouvernements; insuffisance de moyens humains; à réorganiser; sous payé; mal payé; mal rémunéré; tarif séance faible; juste rémunération; manque de reconnaissance salarial en hôpital; pas cher; manque de valorisation; pas rémunéré; cout; contrôler; débordé; difficile; burnout; indépendance; manque de latéralité décisionnelle; nécessité rapide d'évolution; électron libre;

-**attitude négative\_utilité**; souvent bâclé; parfois futiles; pas de sérieux; mauvais; dérives; perdre du temps; bobothérapie; inutile; massage justifié; vision publique de « poseur d'électrodes » ; vieillot;

- **gros mots**; putain; merde; fais chier

Annexe 21 : RS attribuée à P

P : Réponse du sujet

<= 2.8 Rangs > 2.8

|   |   |
|---|---|
| <p style="text-align: center;"><b>Zone du noyau</b></p> <p><b>CURE technique-50-2.7</b><br/>                 Social_education-23-2<br/>                 physiologie_fonction-18-2.4<br/>                 symptomatique-13-2.6</p> | <p style="text-align: center;"><b>Première périphérie</b></p> <p>CARE-15-2.9<br/>                 anatomie_corps-13-2.8<br/>                 CURE-11-3.2</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>Elements contrastés</b></p> <p>Cura_souci de soi-3-2<br/>                 holistique-3-1.5<br/>                 UTILE-2-1.5</p>   | <p style="text-align: center;"><b>Seconde périphérie</b></p> <p>effets du soins_PHYSIQUE-10-3.7<br/>                 Pathologie-7-2.9<br/>                 Temps-7-4<br/>                 effets du soins_PSYCHOAFFECTIF-7-3.1<br/>                 Social_autonomie-6-3.8<br/>                 referentiel_pro_SYSTEME SANTE-5-4.4<br/>                 specialité-3-3<br/>                 Préventif-2-3.5<br/>                 referentiel PRO_TRAVAIL-2-3.5<br/>                 Pb de classement-2-3</p> |

< 10.1 Fréquences >= 10.1

PG : Réponse du Patient au nom des patients

MSUBP : Réponse du Patient au nom des médecins

<= 2.72 Rangs > 2.72

|   |  |
|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Zone du noyau</b></p> <p><b>CURE technique-15-2.6</b><br/>                 Social_education-15-1.7<br/>                 CURE technique-21-2.5<br/>                 symptomatique-11-2.5<br/>                 Social_education-7-2.6</p> | <p style="text-align: center;"><b>Première périphérie</b></p> <p>symptomatique-20-2.8<br/>                 CARE-7-3</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>Elements contrastés</b></p> <p>CURE-8-2.6<br/>                 referentiel_pro_SYSTEME SANTE-11-2.4</p>   | <p style="text-align: center;"><b>Seconde périphérie</b></p> <p>Pathologie-8-3.6<br/>                 anatomie_corps-7-3.3<br/>                 effets du soins_PHYSIQUE-6-2.8<br/>                 anatomie_corps-5-3.2<br/>                 Social_autonomie-5-3.8<br/>                 referentiel PRO_TRAVAIL-2-4.5<br/>                 Temps-2-3</p> |

< 10.54 Fréquences >= 10.54  
< 6 Fréquences >= 6



KSUBP : réponse du Patient au nom des Kinés

|  |  |
|--|--|
| <= 2.71 Rangs > 2.71   |  |
| <b>Zone du noyau</b>   | <b>Première périphérie</b>   |
| <p><b>Social_education-81-2</b><br/>                 CURE-38-2.5<br/>                 symptomatique-31-2.5</p>   | <p><b>CURE technique-132-2.8</b><br/>                 physiologie_fonction-34-3.1<br/>                 CARE-33-3</p>   |
| <b>Elements contrastés</b>   | <b>Seconde périphérie</b>  |
| <p>effets du soins_PHYSIQUE-10-2.5<br/>                 UTILE-3-2<br/>                 CURE_technique_RELATION-2-2<br/>                 alternatif-2-2</p> | <p>Pathologie-16-3<br/>                 Social_autonomie-13-3<br/>                 Cura_souci de soi-9-3.4<br/>                 Attitude négative_UTILITE-8-3.6<br/>                 spécialité-7-3.7<br/>                 holistique-4-4.2<br/>                 Population-4-3<br/>                 référentiel PRO_TRAVAIL-4-4<br/>                 référentiel pro_SYSTEME SANTÉ-4-3.8<br/>                 Temps-3-3.7<br/>                 anatomie_corps-3-4<br/>                 référentiel pro_INTERPRO-2-3</p> |

< 20.14 Fréquences >= 20.14

## Annexe 22 : RS attribuée à M

M :

<= 2.89 Rangs > 2.89

|   |  |
|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Zone du noyau</b></p> <p>Social_education-25-1.9<br/>symptomatique-15-2.8</p>   | <p style="text-align: center;"><b>Première périphérie</b></p> <p>CURE_techinique-52-3.2<br/>Pathologie-15-3<br/>physiologie_fonction-13-3.1</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>Elements contrastés</b></p> <p>CARE-9-2.4<br/>CURE-6-2<br/>Temps-5-2.8<br/>Population-4-2.5<br/>Social_autonomie-3-2.7<br/>Attitude_négative_RECONNAISSANCE SOCIALE-2-2.5</p> | <p style="text-align: center;"><b>Seconde périphérie</b></p> <p>Attitude_négative_UTILITE-7-3.6<br/>Préventif-6-3.8<br/>Cura_souci de soi-5-3.2<br/>referentiel_pro_INTERPRO-3-3.3<br/>effets du soins_PHYSIQUE-2-3.5<br/>anatomie_corps-2-3<br/>referentiel_pro_SYSTEME SANTÉ-2-5</p> |

< 9.78 Fréquences >= 9.78

MG (en général) :

<= 2.68 Rangs > 2.68

|  |  |
|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Zone du noyau</b></p> <p>CURE_techinique-34-2.5<br/>Social_education-15-2.3<br/>symptomatique-13-2.4</p> | <p style="text-align: center;"><b>Seconde périphérie</b></p> <p>anatomie_corps-7-3.3<br/>physiologie_fonction-6-2.8<br/>CARE-6-2.8<br/>Cura_souci de soi-4-3.2<br/>Pathologie-4-3.5<br/>specialité-3-3.7<br/>Préventif-2-4.5</p> |
|  | <p style="text-align: center;"><b>Elements contrastés</b></p> <p>CURE-5-2.6<br/>effets du soins_PHYSIQUE-3-2.3<br/>Social_autonomie-2-2.5</p>  |

< 8 Fréquences >= 8

P SUB M (P au nom des M) :

&lt;= 2.6 Rangs &gt; 2.6

|  |   |
|--|---|
| <b>Zone du noyau</b>                         | <b>Première périphérie</b>  |
| Social_education-30-1.2                      | CURE technique-31-3.2<br>CURE-12-3  |
| <b>Elements contrastés</b>                   | <b>Seconde périphérie</b>   |
| physiologie_fonction-5-2.4<br>holistique-2-2 | CARE-7-3,3<br>symptomatique-6-2.7<br>Pathologie-4-3<br>effets du soins_PHYSIQUE-4-3<br>Cura_souci de soi-2-3<br>Temps-2-3<br>referentiel pro_SYSTEME SANTÉ-2-4.5<br>UTILE-2-5 |

&lt; 8.38 Fréquences &gt;= 8.38

K SUB M (K au nom des M) :

&lt;= 2.71 Rangs &gt; 2.71

|  |   |
|--|---|
| <b>Zone du noyau</b>   | <b>Première périphérie</b>  |
| CURE technique-172-2.5<br>symptomatique-62-2.6<br>CARE-58-2.7<br>Social_education-42-2.4   | Cura_souci de soi-30-3.2<br>CURE-24-3   |
| <b>Elements contrastés</b>   | <b>Seconde périphérie</b>   |
| Pathologie-10-2.5<br>Social_autonomie-10-2.7<br>Population-6-2.3<br>holistique-3-1<br>CURE technique_RELATION-2-2<br>Attitude négative_RECONNAISSANCE SOCIALE-2-2.5<br>referentiel PRO_TRAVAIL-2-2.5<br>referentiel pro_INTERPRO-2-2.5<br>alternatif-2-2.5 | physiologie_fonction-18-4.1<br>specialité-12-3.5<br>UTILE-9-2.9<br>effets du soins_PHYSIQUE-8-2.9<br>referentiel pro_SYSTEME SANTÉ-7-2.9<br>anatomie_corps-6-3.2<br>Temps-2-3.5 |

&lt; 22.23 Fréquences &gt;= 22.23

Annexe 23 : RS attribuée à K

K :

<= 2.81 Rangs > 2.81

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>&lt; 40.07 Fréquences &gt;= 40.07</p> | <p><b>Zone du noyau</b></p>   | <p><b>Première périphérie</b></p>   |
|  | <p>CARE-170-2.6<br/>                 Social_education-154-2.2<br/>                 physiologie_fonction-101-2.6<br/>                 CURE-92-2.8<br/>                 symptomatique-78-2.5</p>                              | <p>CURE_technique-193-3.2</p>   |
|  | <p><b>Elements contrastés</b></p>   | <p><b>Seconde périphérie</b></p>  |
|  | <p>holistique-34-2.4<br/>                 Population-26-2.5<br/>                 Attitude négative_RECONNAISSANCE SOCIALE-23-2.6<br/>                 referentiel PRO_TRAVAIL-18-2.7<br/>                 GROS MOTS-3-2</p> | <p>Social_autonomie-31-3.3<br/>                 anatomie_corps-29-3.4<br/>                 Cura_souci_de_soi-27-2.9<br/>                 Pathologie-25-3.3<br/>                 spécialité-20-3.2<br/>                 Préventif-19-3.2<br/>                 effets du soins_PHYSIQUE-15-3.1<br/>                 effets du soins_PSYCHOAFFECTIF-12-4.1<br/>                 Temps-10-3.3<br/>                 referentiel pro_SYSTEME SANTÉ-10-4.1<br/>                 UTILE-9-3.2<br/>                 referentiel pro_INTERPRO-8-3.2<br/>                 CURE_technique_RELATION-5-3.4<br/>                 alternatif-4-3.8<br/>                 MAGIE-2-3<br/>                 Attitude négative_UTILITE-2-4.5<br/>                 Pb de classement-2-4.5</p> |

K G (en général) :

<= 2.69 Rangs > 2.69

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>&lt; 27.95 Fréquences &gt;= 27.95</p> | <p><b>Zone du noyau</b></p>   | <p><b>Première périphérie</b></p>   |
|  | <p>Social_education-100-2<br/>                 CARE-57-2.5<br/>                 CURE-54-2.6<br/>                 symptomatique-33-2.6</p> | <p>CURE technique-145-3<br/>                 physiologie_fonction-46-3.3</p>  |
|  | <p><b>Elements contrastés</b></p>   | <p><b>Seconde périphérie</b></p>  |
|  | <p>Population-16-1.9<br/>                 holistique-11-1.5<br/>                 Attitude négative_RECONNAISSANCE SOCIALE-10-1.9</p>      | <p>Cura_souci_de_soi-19-2.9<br/>                 effets du soins_PHYSIQUE-13-3.2<br/>                 referentiel pro_SYSTEME SANTÉ-13-2.8<br/>                 spécialité-11-3.2<br/>                 Social_autonomie-11-2.8<br/>                 anatomie_corps-11-3.5<br/>                 referentiel PRO_TRAVAIL-9-2.9<br/>                 Pathologie-8-2.8<br/>                 Préventif-7-3.3<br/>                 Temps-7-3.1<br/>                 UTILE-4-3.5<br/>                 alternatif-2-4</p> |

## P SUB K (P au nom des K) :

<= 2.54 Rangs > 2.54

|                           | Zone du noyau   |  | Première périphérie |
|---------------------------|---|--|---------------------|
| < 7.25 Fréquences >= 7.25 | <b>Social_education-27-1.9</b><br>physiologie_fonction-16-2.4                                 | <b>CURE technique-22-2.6</b><br>CURE-10-3<br>CARE-8-3.2  |                     |
|                           | Elements contrastés   | Seconde périphérie   |                     |
|                           | symptomatique-6-2.2<br>anatomie_corps-4-2.5<br>Préventif-2-2.5<br>UTILE-2-2<br>Population-2-1 | référentiel PRO TRAVAIL-5-3.6<br>effets du soins_PHYSIQUE-3-3<br>holistique-3-3.7<br>Temps-2-3.5<br>Pathologie-2-3.5<br>Social_autonomie-2-3.5 |                     |

## M SUB K (M au nom des K) :

<= 2.87 Rangs > 2.87

|                           | Zone du noyau  |  | Première périphérie |
|---------------------------|--|--|---------------------|
| < 6.36 Fréquences >= 6.36 | <b>Social_education-12-1.6</b><br>CURE-8-2.5                                   | <b>CURE technique-18-3.3</b><br>symptomatique-10-3.6                 |                     |
|                           | Elements contrastés  | Seconde périphérie   |                     |
|                           | physiologie_fonction-6-2.3<br>effets du soins_PHYSIQUE-2-2<br>Population-2-2.5 | CARE-6-3.2<br>Préventif-2-5<br>Temps-2-3.5<br>Social_autonomie-2-3.5 |                     |

## Glossaire

### A

#### AFC

L'Analyse Factorielle de Correspondance est une méthode statistique qui permet de mettre en évidence des corrélations entre des variables qualitatives dont la synthèse est représentée dans un graphique à deux dimensions .....82

#### ATER

Contrat à Durée Déterminée d'Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche.....36

### C

#### Caring Sciences

Discipline qui regroupe les sciences infirmière, la physiothérapie et l'ergothérapie et qui a le soin pour objet d'étude..... 113

#### Corpus\*

Ensemble de documents ou de textes contenant les données.....57

### D

#### Dialectique hégélienne

Cette dialectique est bien connue des étudiants en terminale puisqu'elle correspond à la logique de démonstration (thèse, antithèse, synthèse).....24

#### Dyades

Groupe de deux entités (individus ou groupes sociaux)..... 113

### I

#### IFMKN

Institut de Formation de Masso-Kinésithérapie de Nice.....89

#### Inducteur

Mot ou expression proposés comme stimulus dans le cadre des méthodologies de recherche de la structure des représentations sociales..... 162

**L**

## Lemmatisation

Procédure qui transforme les occurrences du corpus en lemme. .... 101

## Lemme

Forme conventionnelle d'un mot qui sera au masculin singulier pour un nom, et à l'infinitif pour un verbe. .... 101

## Lexicométrie (analyse)

C'est une méthode assimilée qualitative qui consiste en une assistance informatique à l'analyse de données qualitative. .... 81

**M**

## M

Médecin ..... 4

## MK

Selon le contexte, correspond à Masseur-Kinésithérapeute ou Masso-Kinésithérapie. .... 3

**N**

## NGAP

Cet acronyme signifie Nomenclature Générale des Actes Professionnels ..... 226

**O**

## Oblatif

Ce terme renvoi au dévouement, au fait de faire passer les autres avant soi ..... 47

## Occurrences

Expression issue de la linguistique qui fait référence aux mots dans le corpus. .... 101

**P**

## P

Patient ..... 3

*Percussionnaire*

Appareil de rééducation qui produit des vibrations de l'air inspiré par l'utilisateur dans le but de désencombrer ses voies respiratoires. .... 134

## Prototypique (analyse)

Cette analyse est spécifique à l'étude de la structure des représentations sociales.....81

**S**

## Saillance

Ce terme s'applique aux mots d'un corpus de texte qui sont à la fois fréquents et importants pour la personne qui les verbalise. .... 100

## Sérendipité

Signifie qu'on découvre quelque chose d'important de façon inattendue. Par exemple, la découverte des bactéries par Pasteur à été faite par sérendipité, car il avait oublié des boites de Petri.....45

## SHS

Sciences Humaines et Sociales..... 18

## SK

Soin de Kinésithérapie .....22

## Statistiques inférentielles

Ces statistiques permettent de tester des relations de cause à effet en croisant les résultats de plusieurs variables.....82

**T**

## Ternaire

renvoie à ce qui est constitué de trois éléments .....20

## Thématique (analyse)

C'est une analyse qualitative de textes plus ou moins longs qui consiste en la détermination de thèmes généraux qui organisent le discours. Nous avons sélectionné des thèmes dont les segments sont de différentes longueurs allant du mot à plusieurs phrases.....97

## Thématisation

C'est l'action qui substitue le nom du thème au mot ou groupe de mots considéré.....81

## Triade

Système de trois entités qui peut être constitué de trois individus ou de trois groupes sociaux. Cette acception est sous-tendue par une notion de hiérarchie entre les entités.....3



**U**

URPS

Union Régionale des Professionnels de santé

sont des associations qui représentent les différentes professions de santé libérale .....89

**V**

Verbatim

texte issu de la retranscription des interviews.....99