

Mémoire d'initiation à la recherche et d'ingénierie en Masso-Kinésithérapie (Unité d'enseignement 28)

2^{ème} Cycle 2018-2020

Intérêt d'un exercice collaboratif entre le masseur- kinésithérapeute et l'enseignant en APA

Raphaël Michelon

Mémoire dirigé par MARTIN Sébastien

Résumé

Introduction : l'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques en France implique de mener des politiques de prévention en insistant notamment sur les bienfaits de l'activité physique. Le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en APA sont deux acteurs clés de ce domaine. Le secteur libéral est attractif pour ces deux professions.

Objectif : Le but est de savoir si le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en APA peuvent travailler ensemble en soins de ville.

Méthode : Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de deux masseur-kinésithérapeutes et de deux enseignants en APA. Il a ensuite été réalisé une analyse thématique de ces entretiens.

Résultats : Les thèmes abordés sont la représentation de soi, la représentation de l'autre, les avantages de l'interprofessionnalité et des modalités de collaboration en soins de ville variées.

Conclusion : Différentes modalités de collaborations en termes de fonctionnement ou de structures apparaissent possibles pour ces professionnels. Ils se sentent complémentaires et témoignent d'une réelle envie de travailler ensemble malgré les possibles sources de tensions. Les connaissances des professionnels sur le métier de l'autre sont toutefois perfectibles. Des études descriptives de plus grande ampleur sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail de formation et d'initiation à la recherche en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'enseignement intégré à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'École Nationale de Kinésithérapie et Rééducation, en tant qu'IFMK, n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à la disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@enkre.fr et enkre@ght94n.fr

Liens utiles

Code de la propriété intellectuelle. Article L 122.4.

Code de la propriété intellectuelle. Article L 335.2 – L 335.10.

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

École Nationale de Kinésithérapie et Rééducation

12-14 rue du Val d'Osne 94410 Saint Maurice tel : 01 43 96 64 64

secretariat@enkre.fr et enkre@ght94n.fr

<http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Presentation/2/142>

Version 30/04/2020

UE 28 - MEMOIRE

DECLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné MICHELON Raphaël,

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément l'origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuite devant le conseil de discipline de l'ENKRE et les tribunaux de la République Française.

Dans la mesure où je souhaiterai publier, ou inscrire pour un concours, le présent travail, je m'engage à en demander l'autorisation à l'ENKRE qui en est le partenaire.

Fait à Maisons-Alfort, le 1^{er} mai 2020

Signature



Remerciements

Je tiens à remercier avant tout la France, ce fabuleux pays pleins d'opportunités. Son histoire, sa culture et son abondance me construisent chaque jour un peu plus. J'en suis fier. Vive la France et vive la République.

Merci aux enquêtés pour avoir accepté de me donner de leur temps et pour m'avoir fourni des réponses d'une grande richesse.

Merci à ma copine Julie Lombard, qui m'aime et me soutien dans tout ce que j'entreprends. Tu n'as pas hésité à me faire part de tes critiques constructives, cela a été d'une grande aide pour la finalisation de ce mémoire.

Merci à mon colocataire et ami Tomas Le Fur, pour m'avoir soutenu dans les moments de doute par ton écoute et ton humilité.

Merci à ma famille, surtout à ma mère, mon père, Christine et Anne-Claude pour avoir pris le temps de me relire.

Merci à mes amis pour leur fidélité et tous ces moments de bonheur vécus ensemble. Je pense aux membres de la désormais célèbre « Rando sans bobo », à mes autres amis de Paris ainsi qu'à mes amis d'enfance de Bretagne.

Merci à toute l'équipe pédagogique de l'ENKRE et les intervenants professionnels responsables de ma formation, pour avoir assuré la partie théorique de celle-ci.

Merci à mon directeur de mémoire, Mr. Sébastien Martin, pour avoir fait émerger des idées qui ont été sources d'amélioration de ce travail.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui prendront le temps de lire ce travail.

Table des matières

Introduction.....	1
Cadre théorique.....	2
I. La santé publique en France.....	2
1. L'état de santé en France	2
2. La transition épidémiologique	4
3. L'activité physique comme moyen de prévention et de traitement	5
II. Le masseur-kinésithérapeute	11
1. Définition.....	11
2. Compétences et actes professionnels	11
3. Etudes	12
4. Cadre d'exercice	13
III. L'enseignant en APA	15
1. Définition.....	15
2. Compétences et actes professionnels	16
3. Etudes	17
4. Cadre d'exercice	17
IV. La relation MK – E-APA.....	20
1. Les différences	20
2. Les tensions entre M-K et E-APA	21
3. La collaboration entre M-K et E-APA en soins de ville	23
V. Interprofessionnalité	23
1. En pratique.....	24
2. Freins et limites.....	24
VI. Questionnement personnel.....	25
1. Problématique	25
2. Intérêts de la recherche qualitative.....	26
Méthodologie	27
I. Intérêt de l'entretien semi-directif.....	27
II. Mise en œuvre de l'étude.....	27
1. Réalisation du guide d'entretien	27
2. Recrutement des participants.....	28
3. Déroulement des entretiens.....	28
4. Analyse des entretiens	29
5. Liste de contrôle COREQ.....	30

Résultats.....	31
I. Description de l'échantillon	31
II. Résultats présentés par thèmes	32
1. La représentation de M-K sur leur propre métier	32
2. La représentation de M-K sur les E-APA.....	33
3. La représentation d'E-APA sur leur propre métier.....	35
4. La représentation d'E-APA sur les M-K.....	38
5. Les avantages de l'interprofessionnalité	41
6. Des modalités de collaborations en soins de ville variées.....	43
Discussion	49
I. Interprétation des principaux résultats	49
1. Représentation et connaissance de l'autre	49
2. Mettre les conflits de côtés pour travailler ensemble	49
3. Des modes de collaboration en soins de ville à construire	50
II. Limite de l'étude et pistes d'amélioration.....	51
III. Propositions pour l'évolution des pratiques en kinésithérapie	52
Conclusion	53
Références bibliographiques	
Annexes	

Table des illustrations

Figure 1: Espaces des territoires professionnels de l'activité physique (Perrin, 2016).....	10
Figure 2 : Synthèse des modes de collaborations proposés entre le M-K et l'E-APA.....	51
Tableau I : Espérance de vie en bonne santé à la naissance au sein de l'UE des 15 en 2018 (Eurostat, 2018).....	3
Tableau II : Part de la population ne pratiquant pas d'activité physique ou sportive en 2017 dans l'UE-15 (Eurobaromètre du sport, 2018).....	6
Tableau III : Proposition d'intervention préférentielle des différents métiers en fonction du niveau d'altération fonctionnelle des patients (inspiré de Bigard, et al., 2016).....	8
Tableau IV : Proposition de comparaison des métiers de M-K et d'E-APA	19
Tableau V : Description de l'échantillon de M-K et d'E-APA.....	31

Liste des abréviations

- ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
- ALD : Affection Longue Durée
- AM : Assurance Maladie
- APSA : Activité Physique Sportive et Artistique
- APA : Activité Physique Adaptée
- APA-S : Activité Physique Adaptée et Santé
- BDK : Bilan et Diagnostic masso-Kinésithérapique
- CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
- CNU : Conseil National des Universités
- COREQ : CONSolidated criteria for REporting Qualitative research
- C3D : Conférence Des Directeurs et Doyens de STAPS
- DPC : Développement Professionnel Continu
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- E-APA : Enseignant en Activité Physique Adaptée
- ECTS : European Credit Transfer and Accumulation System
- EVSI : Espérance de Vie Sans Incapacité
- HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
- IFMK : Institut de Formation en Kinésithérapie
- M-K : Masseur-Kinésithérapeute
- MNT : Maladies Non-Transmissibles
- MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PIB : Produit Intérieur Brut
- RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles
- SFP-APA : Société française des Professionnels de l'Activité Physique Adaptée
- STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
- UE : Union Européenne
- UE-15 : Union Européenne des 15

Introduction

Les maladies chroniques ont des conséquences négatives sur la santé (OMS, 2018 ; CESE, 2019 ; DREES, Santé Publique France, 2017). En France, pour lutter contre ce phénomène de société, des plans de prévention sont mis en place depuis quelques années. Ils mettent notamment en avant les bienfaits de l'activité physique sur la qualité et l'espérance de vie (Assurance Maladie - Risques professionnels, 2017 ; Ministère des solidarités et de la santé, 2018 ; INSERM, 2019). Parmi les professionnels de l'activité physique, on retrouve notamment le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en Activité Physique Adaptée. Le premier exerce majoritairement en libéral et le deuxième se montre de plus en plus intéressé par ce mode d'exercice (Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, 2017 ; Barbin, et al., 2016). Un travail en collaboration de ces deux professionnels en soins de ville pourrait donc se montrer intéressant pour faire face aux enjeux actuels de santé publique.

Au cours de ce travail de recherche, nous avons donc cherché à comprendre comment se considéraient ces deux professionnels, ce qu'ils pensaient de l'interprofessionnalité, s'ils étaient intéressés pour travailler ensemble, et si oui, de quelles manières. Pour répondre à ces questions, il a été effectué quatre entretiens semi-directifs sur ces thématiques auprès de deux enseignants en APA et deux masseurs-kinésithérapeutes.

Une première partie de ce mémoire présente le cadre théorique de cette étude en faisant émerger une situation problème. S'en suit une deuxième partie sur la méthodologie adoptée pour tenter d'apporter une réponse à cette problématique. Viennent ensuite les résultats de cette étude. Ils sont ensuite discutés en regard de la littérature et en tenant compte des biais de cette étude, dans le but de proposer des axes d'amélioration des pratiques actuelles. Enfin, la conclusion résume les éléments importants et propose des ouvertures sur le sujet.

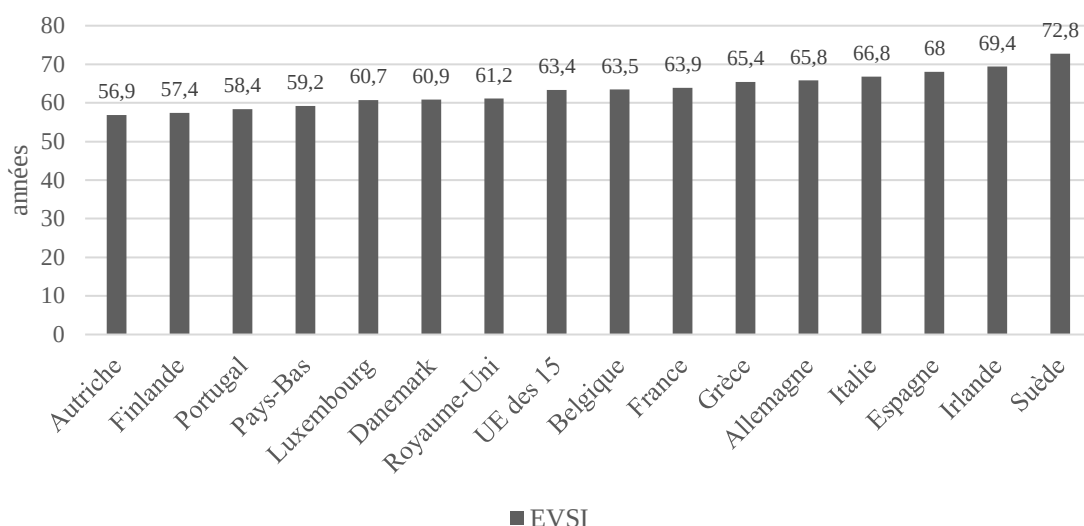
Cadre théorique

I. La santé publique en France

1. L'état de santé en France

En 2018, 67,7% des français de 16 ans et plus jugeaient leur santé bonne à très bonne et 25,2% estimaient être limités à très limités dans leurs activités (Eurostat, 2020). Les résultats de ce sondage sont stables depuis dix ans (Eurostat, 2020) et classent respectivement la France à la 21^{ème} et 17^{ème} place de l'Union Européenne des 27. Ils peuvent surprendre car la santé est un besoin fondamental et fait d'ailleurs partie des priorités des français : elle en occupait la première position en 2019 (Kantar, Institut Paul Delouvrier, 2019). Pour l'extrapoler de manière plus parlante, nous pouvons nous référer à l'Espérance de Vie Sans Incapacité à la naissance (EVSI), qui mesure le nombre d'années qu'une personne à la naissance peut s'attendre à vivre en bonne santé. Une bonne santé est ici définie comme l'absence de limitations d'activités et l'absence d'incapacités. Les composantes de bien-être social et mental de la santé ne sont donc pas prises en compte par cet indicateur, ce qui constitue une limite. L'OMS définit la santé dans sa constitution comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et (qui) ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (OMS, 1946). L'EVSI repose sur l'idée de l'ex-directeur général de l'OMS, le Dr Hiroshi Nakajima, selon laquelle une « *longévité accrue ne présente guère d'intérêt. L'espérance de santé est plus importante que l'espérance de vie* » (1997). Cet indicateur est donc particulièrement intéressant pour apprécier les tendances épidémiologiques et la performance du système de santé. En 2018 en France, il était de 64,5 ans pour les femmes et 63,4 ans pour les hommes, soit 63,9 ans en moyenne. Ce chiffre est globalement stable depuis 2004 (INSEE, 2019) et à peine plus élevé que la moyenne de l'Union Européenne (UE) des 15 qui était de 63,4 ans en 2018 (Eurostat, 2018). L'UE des 15 (UE-15) est l'ensemble des pays membres de l'UE les plus développés économiquement. Concernant l'EVSI, la France se positionne à la 7^{ème} place de l'UE-15, derrière l'Allemagne à la 5^{ème} place à 65,8 ans et la Suède à la première place à 72,8 ans (tab. I).

Tableau I : Espérance de vie en bonne santé à la naissance au sein de l'UE des 15 en 2018 (Eurostat, 2018)



Ce résultat est à mettre en perspective avec la place centrale du système de santé dans notre pays et les moyens importants qui lui sont consacrés. La France occupe en effet la première place de l'UE en termes de dépenses courantes de santé par part de PIB (Produit Intérieur Brut). Ce montant représentait 11,7% du PIB en 2018 (1 point de plus que la moyenne de l'UE des 15), soit plus de 275,9 milliards d'euros. 207 milliards d'euros sont financés par la Sécurité Sociale, ce qui correspond à 75% du total (DREES, 2019). Pour la seule consommation en soins et biens médicaux, qui représentait 203,5 milliards d'euros en 2018, la Sécurité Sociale en finançait 158,8 milliards, soit 78% d'après le rapport de 2019 de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Le budget du secteur de la santé en France est donc conséquent et largement pris en charge par la Sécurité Sociale. Malgré cet investissement économique élevé, le niveau d'espérance de vie en bonne santé est d'un niveau moyen en France, il ne peut donc pas s'expliquer que par ce seul aspect macroéconomique. D'autres déterminants sociaux, comportementaux, culturels, génétiques et environnementaux sont aussi à prendre en compte comme sources de facteurs de risques pour la santé. En 2017, le Haut Conseil de la Santé Publique listait ainsi quatre grands défis pour notre système de santé et la santé des français : les risques sanitaires dus à l'exposition aux polluants et aux toxiques ; l'augmentation des risques d'expositions aux risques infectieux ; des risques associés à un système de santé désadapté ; l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Dans le cadre de ce mémoire de kinésithérapie, nous allons nous intéresser plus spécifiquement à ce dernier point.

2. La transition épidémiologique

Comme la plupart des pays développés, la France fait face à une évolution majeure qui transforme profondément les contraintes pesant sur son système de santé : la transition épidémiologique. Elle est définie par l'Institut National d'Etudes Démographiques comme étant une « *période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique [...] les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents.* ». L'allongement de l'espérance de vie associé au vieillissement de la population et à notre mode de vie sédentaire participent au développement de pathologies chroniques aux conséquences sanitaires, sociales et économiques importantes (Ministère des solidarités et de la santé, 2018).

a. Maladies chroniques : définition et épidémiologie

Le Haut conseil de la Santé Publique dans son rapport de 2009 définit une maladie chronique comme étant :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
 - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,
 - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Les maladies chroniques regroupent donc un spectre très large de pathologies. Il en existe dans tous les domaines : maladies respiratoires ; maladies cardio-vasculaires ; maladies rhumatismales ; maladies psychiatriques ; maladies neurologiques... Ces maladies chroniques peuvent être rares voire orphelines (mucoviscidose, myopathies...), transmissibles (VIH /sida, hépatite c...) ou non (diabète, asthme, certains cancers, lombalgie chronique...). Les maladies non transmissibles (MNT) sont la principale cause de décès dans le monde, que les pays soient

développés ou non. Elles représentent 63% du nombre total de décès, soit 41 millions de morts par an (OMS, 2018). Les plus fréquentes sont le diabète de type 2, l'obésité et la bronchopneumopathie chronique obstructive (INSERM, 2019). La lombalgie chronique est la MNT causant le plus d'années de vie vécues avec handicap de manière stable entre 1990 et 2015 dans 195 pays et territoires, d'après l'étude Global Burden of Disease Study de 2016 comparant 310 maladies chroniques entre elles. En France, les coûts directs de la lombalgie chronique (consultations médicales, frais d'hospitalisation, traitements médicamenteux, kinésithérapie, frais de réadaptation et de matériel orthopédique) sont estimés à 2,7 milliards d'euros par an, soit environ 1,5 % de l'ensemble des dépenses annuelles en France (Fassier, 2011). L'enjeu sanitaire et économique est donc de taille.

b. Les maladies chroniques en France

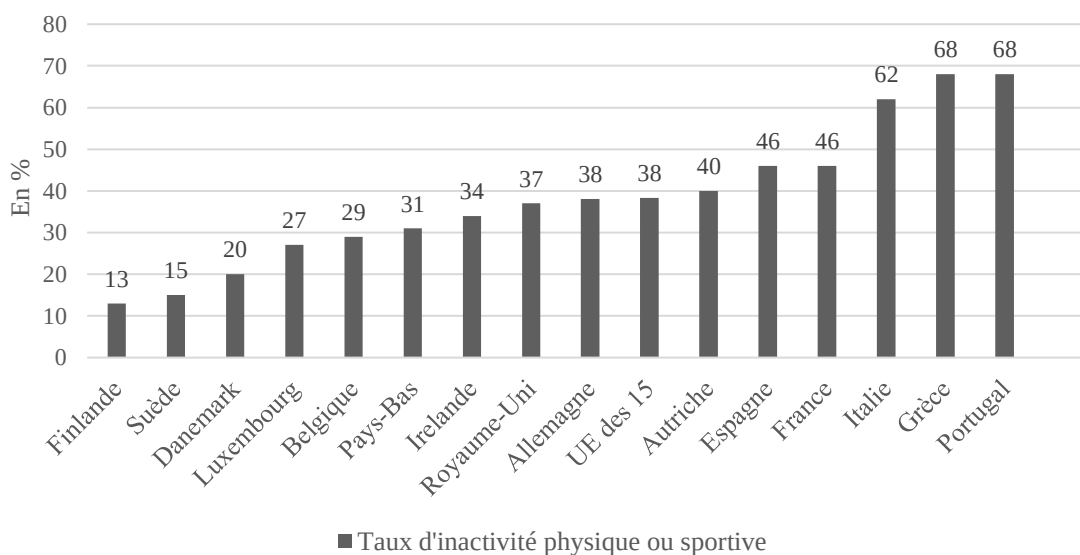
En France, les MNT étaient à l'origine de 88% des décès en 2016, ce qui équivaut à 558 000 morts (OMS, 2018). Avec 37,1% de sa population déclarant avoir une maladie chronique, la France présente l'un des pourcentages les plus élevés d'Europe (DREES, Santé Publique France, 2017). La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) estime que 60% de ses dépenses sont liées à la prise en charge de personnes souffrant de pathologies chroniques (environ 20 millions de français), ce qui représentait 84 milliards d'euros en 2016 (CESE, 2019). Pour une partie de ces français touchés par une maladie chronique nécessitant un traitement particulièrement coûteux, il y existe le dispositif Affection Longue Durée (ALD). Il permet une prise en charge financière jusqu'à 100% pour ces patients atteints d'une pathologie chronique inscrite sur la liste « ALD 30 » ou ceux porteurs d'une forme grave, évolutive ou invalidante d'une maladie par l'Assurance Maladie des soins liés à la pathologie (Ameli, 2018).

D'après le rapport de la DREES et de Santé Publique France de 2017 sur l'état de santé en France, l'ensemble de la population est touché par ce phénomène, même si la prévalence de la déclaration des maladies chroniques diminue avec le nombre d'années d'études. Les maladies chroniques surviennent à chaque période de la vie, 14,4% des jeunes français de 16 à 24 ans se déclaraient ainsi porteurs d'une maladie chronique en 2014 (DREES, Santé Publique France, 2017). La fréquence de déclaration augmente avec l'âge (25,5% entre 35 et 44 ans, 46,6% entre 55 et 64 ans et 68,8% entre 74 et 84 ans). Ces chiffres sont stables depuis 2004.

3. L'activité physique comme moyen de prévention et de traitement

A tout âge, aussi bien chez des personnes saines qu'atteintes de maladies chroniques, les bénéfices de la pratique d'une activité physique l'emportent sans conteste sur les risques encourus (INSERM, 2019). L'impact positif de l'activité physique dans la prévention et le traitement des maladies chroniques ainsi que sur les conséquences en termes d'incapacité et de dépendance est maintenant bien connu. En 2011, une étude prospective portant sur 416 175 hommes et femmes a prouvé qu'une pratique d'activité physique d'au moins 15 minutes par jour ou bien de 92 minutes par semaine réduisait la de mortalité de 14 % (Wen, et al., 2011). La pratique régulière d'activités physiques d'intensité modérée contribue aussi au bien-être subjectif et à la qualité de vie globale. En France, 46% de la population ne pratiquait ni activité physique ni sport en 2017, un pourcentage au-dessus de la moyenne de l'UE de 15 (40% de non-participation) d'après l'Eurobaromètre du sport. Notre pays a donc encore des progrès à faire en la matière, d'autant plus que le nombre de français inactifs augmentent : il était de 34% en 2009, 12% de moins qu'en 2017 (European Commission; TNS opinion & social, 2018).

Tableau II : Part de la population ne pratiquant pas d'activité physique ou sportive en 2017 dans l'UE-15 (Eurobaromètre du sport, 2018)



Parmi les différentes modalités d'application de l'activité physique, on peut distinguer l'activité physique adaptée (APA) qui est un sous-ensemble de l'activité physique se basant sur le lien entre l'activité physique et la santé. Elle est définie en 2004 par De Potter comme « *tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions*

ordinaires » (Chavignay & Fabre, 2010). La dispensation d'une APA a pour but l'adoption d'un mode de vie physiquement actif et régulier, pour réduire la survenue de facteurs de risques et les limitations fonctionnelles liés aux affections, qu'elles soient chroniques ou non (Article D. 1172-1 du Code de la Santé Publique). Elle consiste à maintenir ou à faire entrer en mouvement des personnes limitées par une maladie et/ou une situation de handicap en mobilisant les capacités restantes en utilisant des activités physiques ou sportives, ludiques ou artistiques, adaptées à leurs besoins, attentes et capacités. L'APA se distingue principalement de la simple activité physique par son approche culturelle qui donne un sens aux pratiques corporelles au point de les intégrer dans les pratiques hebdomadaires. Il s'agit le plus souvent d'une activité collective, « sportive » ou de bien-être, comme de la gym douce, de la marche nordique, de la natation, du yoga, etc. Il arrive qu'il s'agisse de séances individuelles pour les cas sévères ou les situations concernant des personnes dont l'état de santé ne leur permet pas de se déplacer.

L'activité physique et l'APA jouissent aujourd'hui d'une reconnaissance scientifique et politique, actée par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Cette reconnaissance est consacrée par la possibilité pour le médecin traitant de « *prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée* » (Article L. 1172-1 du Code de la Santé Publique). L'activité physique prend ainsi sa place dans le parcours de soin en tant qu'intervention non médicamenteuse, thérapeutique ou complémentaire des autres traitements. Le décret n°2016-1990 guide le médecin dans sa prescription d'activité physique pour le patient porteur d'une affection longue durée en le décrivant selon trois types d'atteintes : atteintes des fonctions motrices (neuromusculaire, articulaire, endurance, force, marche) ; atteintes des fonctions cérébrales (capacités cognitive, langagière, anxiété/dépression) ; atteintes des fonctions sensorielles (capacités visuelle, sensitive, auditive, proprioceptive) et de la douleur. En fonction du nombre et de la gravité de ces atteintes, il est possible d'établir le degré de limitation du patient : absent ; minime ; modéré ; sévère. L'objectif de cette classification est de qualifier les limitations fonctionnelles du patient pour l'adresser au professionnel le plus adapté. Par exemple, en présence d'un patient ayant des limitations fonctionnelles sévères, seuls les professionnels de rééducation que sont le masseur-kinésithérapeute (M-K), l'ergothérapeute et le psychomotricien sont habilités à lui dispenser des actes de rééducation ou d'activité physique (Article D. 1172-3 du Code de la Santé Publique). Un second temps peut ensuite s'opérer une fois une autonomie suffisante obtenue par l'atténuation de ces limitations. En effet le décret 1172-3 indique que les professionnels

titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'APA peuvent agir en complémentarité avec ces rééducateurs selon certaines règles (Article L. 613-1 du Code de l'Education). Parmi ces professionnels figure l'enseignant en APA (E-APA). Le rapport du groupe de travail du professeur Bigard propose une synthèse des différents domaines d'intervention pour ces métiers (tab. IV).

Tableau III : Proposition d'intervention préférentielle des différents métiers en fonction du niveau d'altération fonctionnelle des patients (inspiré de Bigard, et al., 2016)

DOMAINE D'INTERVENTION DES DIFFERENTS METIERS				
Limitations Métiers	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère*
Masseur-Kinésithérapeutes	+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes**	(sauf demande)	(sauf demande)	++	+++
Enseignants en APA	+/-	++	+++	++
Educateurs sportifs***	+++	+++	+****	Non concernés
Bénévoles non-diplômés*****	+++	++	Non concernés	Non concernés

*Champ d'intervention général incluant les actes de rééducation (M-K et ergothérapeutes) et d'APA.

**Dans le champ de leur intervention, celui des interactions entre les sujets, leurs activités et leur développement.

***Ces professionnels sont titulaires d'un BPJEPS, d'un DEUG ou d'une licence STAPS (non-APA). Un éventuel complément de compétences pourra être nécessaire.

****Après un complément de compétences, ou sous la responsabilité d'enseignants en APA.

*****Après validation d'un bloc de compétences ad hoc.

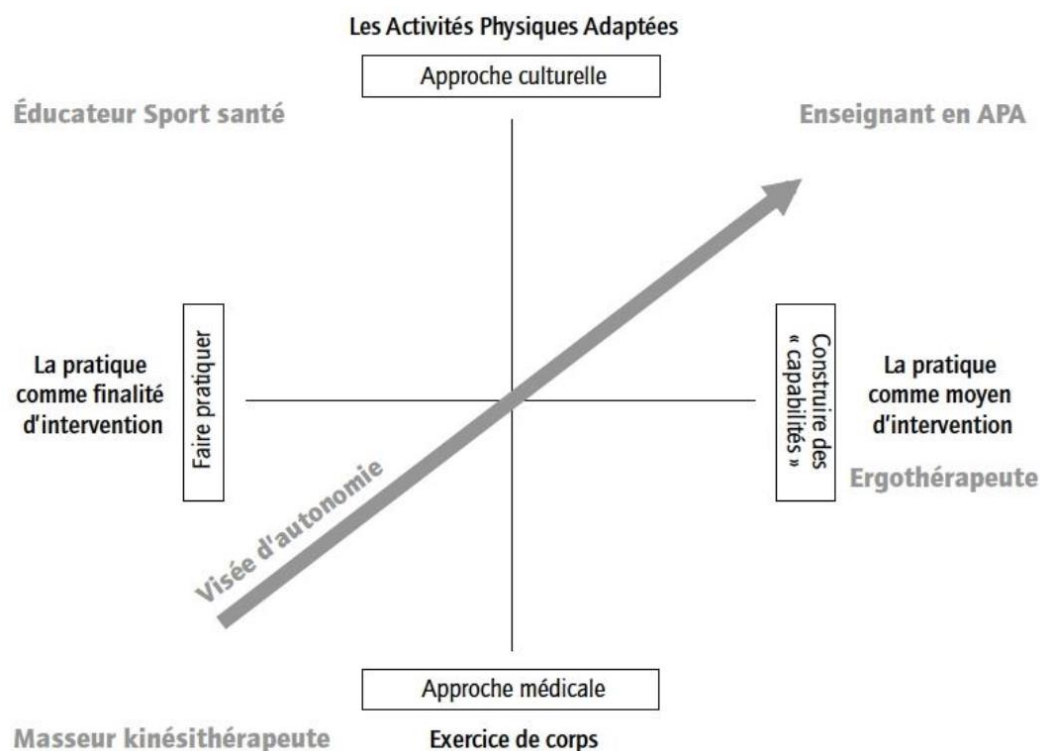
Lecture : Pour les patients atteints d'une limitation sévère, les masseur-kinésithérapeutes et les ergothérapeutes sont les plus indiqués.

Ce tableau montre que les rééducateurs, dont fait partie le masseur-kinésithérapeutes ainsi que les professionnels de l'activité physique, dont fait partie l'E-APA, sont complémentaires entre eux en fonction de l'état de limitation du patient. Cela s'inscrit dans la logique de ces deux métiers car le M-K est un professionnel de la rééducation et l'E-APA un professionnel de la

réadaptation et de la réinsertion. Dans la trilogie des « 3R », rééducation-réadaptation-réinsertion, chaque terme indique une phase de récupération de la fonction (Yelnik, 2011). La rééducation va chercher à réduire les séquelles, la réadaptation à s'y adapter et la réinsertion à réintroduire l'individu dans son environnement social. A chacune de ces étapes correspond donc un niveau de limitation qui va en diminuant. Les recommandations du professeur Bigard et son équipe sont donc en adéquation avec les compétences des professionnels M-K et E-APA.

Claire Perrin en 2016 apporte une autre approche en décrivant les modalités d'interventions de ces professionnels selon les modalités d'activité physique qu'ils dispensent. Les modalités d'activité physique sont décrites comme un espace à deux dimensions (fig. 1). La première dimension, sur l'axe vertical, est celle des formes d'intervention. Elle oppose une approche de l'activité physique réduite à un « exercice de corps » (ex : faire 1h de vélo d'appartement) à une approche culturelle des activités physiques adaptées (ex : faire une balade à vélo avec ses amis). La seconde dimension, sur l'axe horizontal, est celle des logiques d'intervention. Elle oppose une activité où la pratique physique est une fin en soi et une activité où la pratique physique est un moyen pour développer des compétences (Perrin, 2016). En assemblant ces deux axes, nous pouvons donc distinguer des modalités d'interventions professionnelles. Le cœur de métier des professions paramédicales, dont fait partie le M-K, se situe logiquement du côté d'une activité physique-exercice à visée de rééducation, l'effort physique ou la mobilisation du corps répondant à une finalité d'exercice. Les intervenants en activité physique, dont fait partie l'E-APA, se situent du côté de l'approche culturelle en visant une participation sociale pérenne aux loisirs actifs.

Figure 1: Espaces des territoires professionnels de l'activité physique (Perrin, 2016)



Sur la base de ces deux approches, nous pouvons imaginer une collaboration avec une chronologie basée sur l'état de limitation du patient où les modalités d'activités physiques varient en fonction de cet état. Le M-K interviendrait au début, en phase de limitation sévère et prodiguerait de l'activité physique, là où l'E-APA interviendrait en phase de limitation moyenne à légère et dispenserait de l'APA. Il y aurait ainsi un véritable parcours de soin rejoignant les dernières recommandations de l'Inserm qui met en avant « *qu'inclure l'activité physique dans le parcours de soin et dans le quotidien des personnes atteintes de pathologies chroniques, les accompagner vers une pratique autonome et pérenne implique de mettre en place des collaborations entre tous les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, de l'activité physique et sportive* » (INSERM, 2019). L'implication de multiples acteurs engendre donc un besoin important de coopération entre eux, ainsi qu'une coordination de leur intervention. Aujourd'hui cette coopération fait malheureusement face à des tensions interprofessionnelles et au cloisonnement des différentes organisations sanitaires, que ce soit l'hôpital, les soins de ville ou le médico-social : chacun travaille de son côté. Nous allons donc nous intéresser ici à deux acteurs clés de la prise en charge des malades chroniques par l'activité physique : le M-K et l'E-APA.

II. Le masseur-kinésithérapeute

1. Définition

Le masseur-kinésithérapeute est un professionnel de santé paramédical qui obéit au code de la santé publique et exerce sur prescription médicale des actes de rééducation fixés par décret. Ces actes sont remboursés par la Sécurité Sociale. L'article L. 4321-1 définit la pratique de la masso-kinésithérapie comme étant la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

- des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;
- des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

En lien avec les autres professionnels de santé, les M-K optimisent les grandes fonctions physiologiques des patients afin de restaurer leur autonomie, leur niveau d'activité et leur intégration sociale. Le M-K tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie : il a une vision bio-psycho-sociale de son patient (Article R. 4321-2 du Code de la Santé Publique). Leur implication est majeure dans la rééducation, première étape clé de la reprise d'une activité physique adaptée.

2. Compétences et actes professionnels

Le M-K est habilité à participer aux traitements de rééducation sur prescription médicale (Article R. 4321-5 du Code de la Santé Publique) :

- concernant un système ou un appareil ;
- concernant des séquelles ;
- concernant une fonction particulière.

Par ailleurs, le M-K est tenu de réaliser un bilan et diagnostic masso-kinésithérapique (BDK) pour définir les objectifs de soins mais aussi le choix des actes et des techniques lui paraissant les plus appropriés au projet thérapeutique du patient (Article R. 4321-2 du Code de la Santé Publique). Parmi cet arsenal, figure notamment la dispense de gymnastique dite médicale (Article R. 4321-4 du Code de la Santé Publique) : ensemble de techniques actives et passives, utilisées en prévention ou en traitement pour éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Par sa

composante active elle se rapproche de l'activité physique mais ce n'est pas de l'activité physique adaptée, il n'est d'ailleurs nullement mentionné l'APA dans les compétences cœur de métier du M-K. Il est en revanche possible pour le M-K d'exercer la fonction d'éducateur en activité physique et sportive en en faisant la demande auprès du préfet du département (Article A212-67 du Code du Sport).

3. Etudes

a. Formation initiale

Le M-K est titulaire d'un diplôme d'Etat en masso-kinésithérapie reconnu comme un diplôme de niveau I français et niveau 7 européen enregistré au RNCP : le Répertoire National des Certifications Professionnelles (Arrêté du 2 mai 2017 du Journal Officiel n°0109). Il équivaut à un niveau de formation supérieure master (Bac+5) mais à un grade licence seulement. En effet, la formation a beau valider les 300 crédits européens (ECTS) nécessaire à l'obtention du grade master, elle n'en respecte pas le schéma de délivrance. Le système européen impose de valider une licence en trois ans valant 180 ECTS puis un master 2 en deux ans valant 120 ECTS pour obtenir ce grade. L'étudiant en kinésithérapie valide une première année universitaire valant 60 ECTS puis quatre années en IFMK (Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie) valant 240 ECTS, ce qui ne permet donc pas d'accéder à ce grade. La formation dure 6 670 heures au total : 1 980 heures pour la formation théorique et pratique ; 1 470 heures de formation à la pratique masso-kinésithérapique ; 3 220 heures environ de travail personnel (Lesparre, 2020 ; Annexe II de l'arrêté du 2 septembre 2015). En 2016, il y a eu 4784 nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes, dont 3029 diplômes français (Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, 2017).

De plus, l'article 2-4 de l'arrêté du 30 octobre 2019 a inscrit la discipline rééducation et réadaptation à la 91^{ème} section du conseil national des universités (CNU) avec à sa tête une M-K : France Mourey. C'est une reconnaissance institutionnelle universitaire pour les différentes disciplines de la rééducation dont fait partie la masso-kinésithérapie.

b. Modalités d'accès

L'accès aux études de masso-kinésithérapie est encadré par un numérus clausus, fixé à 2855 places pour l'année universitaire 2020-2021 (Arrêté du 24 janvier 2020 du Journal Officiel n°0023) et se fait via un concours. L'article 2 de l'arrêté du 2 septembre 2015 stipule ainsi que l'admission dans l'un des 47 instituts de formation en masso-kinésithérapie est possible après avoir entériné une première année universitaire. Il existe 3 possibilités :

- Soit après validation d'une L1 STAPS (sciences et techniques en activités physiques et sportives) ou d'une L1 de biologie, sous réserve d'un conventionnement entre l'UFR STAPS ou de biologie avec un IFMK et selon un classement entre les étudiants ;

- Soit après validation du Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) ;

- Soit après validation d'une Licence avec une option Accès Santé (LAS).

De manière exceptionnelle, un ressortissant européen ou d'un Etat de l'espace économique européen peut accéder à la profession de M-K, selon son dossier et sous certaines compensations, après examen de son dossier par une commission de professionnels (Article L. 4321-3). Le diplôme d'Etat est délivré après avoir validé les 4 années de formations de l'IFMK et est sanctionné par un mémoire. Ces 4 années sont subdivisées en deux cycles de 4 semestres chacun et comportent des enseignements théoriques et pratiques (cliniques et hors-cliniques). Le premier volet de la formation rassemble les enseignements « fondamentaux » décrit par l'annexe IV bis de l'arrêté du 2 septembre 2015 comme étant : les sciences biologiques et médicales ; les sciences du mouvement ; les sciences humaines et sociales ; les savoir-faire disciplinaires de kinésithérapie/physiothérapie. Le deuxième volet vise quant à lui la professionnalisation de l'étudiant, à travers l'apprentissage du raisonnement clinique masso-kinésithérapique, d'un esprit critique scientifique et d'aptitudes à travailler en autonomie ou en équipe.

4. Cadre d'exercice

a. Démographie

De nos jours, le M-K exerce très majoritairement en cabinet de ville. Ainsi, sur les 85 223 M-K inscrits au tableau en 2017, 85% d'entre eux exerçaient en libéral (Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, 2017). Selon le rapport du CNOMK, c'est chaque année près de 4500 nouveaux kinésithérapeutes qui entrent en exercice, nombre auquel il faut déduire un millier de départs à la retraite, soit une progression annuelle de 3500 praticiens. La profession

atteint la parité avec 50,3% d'hommes et 49,7% de femmes et est relativement jeune, la part des 25-40 ans étant la plus représentée. L'exercice en groupe ou en société intéresse de plus en plus les M-K libéraux ou mixtes, ils étaient 30% à choisir ce mode d'exercice en 2000 contre 42% en 2016 (DREES, 2018).

Les M-K libéraux sont inégalement répartis sur le territoire selon le type de commune d'après un rapport de la DREES de 2019. En effet, l'accessibilité aux soins de masso-kinésithérapie est moindre dans les couronnes rurales des grands pôles et les couronnes des moyens et petits pôles, ainsi que dans les communes isolées hors influence des pôles. Si ces inégalités d'accès subsistent dans certaines villes, il n'en reste pas moins que l'accessibilité géographique globale reste satisfaisante (DREES, 2019). Également selon ce même rapport, cette accessibilité relativement bonne semble s'expliquer par l'augmentation du nombre d'étudiants autorisés à entrer en première année de formation de masseur-kinésithérapeute entre 1999 et 2017, un nombre qui a quasiment doublé en passant de 1 412 à 2 756. En conséquence de ce flux important de nouveaux diplômés, les effectifs, et en particulier ceux exerçant en libéral, ont crû rapidement.

b. Rémunération

Il existe une forte disparité entre la rémunération d'un M-K en libéral et celle d'un M-K en hôpital. Plus précisément, un kinésithérapeute dans la fonction publique hospitalière va commencer sa carrière en tant que masseur-kinésithérapeute de classe normale (comportant 11 échelons) avec un salaire brut moyen de 1827,55€. S'il passe l'ensemble de sa carrière dans le secteur hospitalier, il peut la finir en tant que masseur-kinésithérapeute de classe supérieure (comportant 10 échelons) avec un salaire brut moyen de 3083,40€. Ces montants ne prennent pas en compte les bonifications indiciaires, ni les primes ou autres indemnités. Malgré la revalorisation en 2017 de la grille indiciaire des masseur-kinésithérapeutes de la fonction publique hospitalière, l'écart entre le salariat et le libéral est toujours aussi important (Décret n° 2017-1259 du Journal Officiel n°0187). En effet, le M-K en libéral va générer en moyenne un chiffre d'affaire de 77934,00€ brut par an (UNASA, 2018), soit environ 6494,50€ brut par mois, auxquels il faut retrancher environ 50% de charges et cotisations diverses. Ce montant est bien sûr à nuancer selon l'activité, le type de soins, la prise en charge de patients en simultané ou non et le temps de travail du M-K (35h pour un M-K salarié contre 60h environ pour un M-K en

libéral). La forte disparité des revenus explique en partie pourquoi si peu de M-K travaillent dans le secteur public de nos jours.

c. Formation continue et évolution de carrière

En tant que professionnel de santé, le M-K est tenu de concourir à son développement personnel continu (DPC) afin de mettre à jour ses connaissances depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016 (Décret n° 2016-942 du Journal Officiel n°0160).

Il est aussi possible au M-K de diversifier ses compétences en préparant un diplôme d'ostéopathe en 4 ans (Arrêté du 12 décembre 2014 du Journal Officiel n°0289) ou après quatre ans d'expérience professionnelle hospitalière, celui de cadre de santé en un an ou bien celui de directeur de soins en deux ans.

De plus, il est possible pour les étudiants M-K de compléter leur formation en s'engageant dans la voie de la recherche en milieu universitaire. En effet, de nombreux IFMK ont établis des conventions de partenariat avec des universités, principalement des facultés de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) ou de médecine. Ces conventions permettent aux étudiants qui le souhaitent d'effectuer un master pouvant se poursuivre sur un doctorat.

III. L'enseignant en APA

1. Définition

L'E-APA est un professionnel des activités physiques, sportives et artistiques (APSA) qui exerce sous prescription ou autorisation médicale. Il est inscrit au RNCP et spécialisé dans la conception et la mise en œuvre d'activités physiques adaptées, il « *intervient auprès de personnes dont les aptitudes physiques, psychologiques ou conditions sociales réduisent leur niveau d'activité et leur participation sociale.* » (Barbin, et al., 2016). Ces personnes sont le plus souvent porteuses d'un handicap, atteintes d'une maladie chronique, désinsérées socialement ou d'un âge avancé. Il aura donc comme objectifs de les réadapter, les éduquer, leur faire de la prévention et/ou de les réinsérer socialement. L'E-APA adopte lui aussi une approche bio-psycho-sociale en agissant au niveau fonctionnel pour développer les capacités mais également au niveau psychologique et social pour stimuler le bien-être, l'autonomie et les possibilités

d'action ou d'expression. L'E-APA est un éducateur sportif particulier et formé pour intervenir sur des thématiques de prévention de la santé, de réadaptation et d'intégration (Maudet, 2017). Il se différencie de la multitude de diplômes d'éducateurs sportif sur plusieurs aspects. Il n'est pas spécialiste d'une discipline sportive particulière mais adopte une approche pluridisciplinaire des pratiques (asso eclat, 2019). Son niveau de qualification est plus élevé que la plupart des autres formations d'éducateur sportif. L'E-APA est ainsi titulaire d'un diplôme universitaire de niveau I ou II français alors que les autres formations d'éducateur sportif délivrent en général un diplôme de niveau III à V (Maudet, 2017). Il a de plus des connaissances en physiopathologie et sa démarche éducative et préventive occupe un aspect fondamental dans son métier.

2. Compétences et actes professionnels

L'E-APA intervient auprès de groupe de personnes (2 à 20) ou de manière individuelle. Ces groupes sont constitués de manière homogène en fonction de la nature de l'affection, de la capacité physique, des difficultés cognitives, des troubles comportementaux, du risque de chute ou des conditions d'hygiène des pratiquants (Barbin, et al., 2016). Il est compétent pour évaluer leurs besoins et leurs capacités et pour élaborer en conséquence un programme d'APA personnalisé qu'il va leur enseigner et leur faire réaliser, en se coordonnant avec des professionnels du domaine du sport et de la santé (Barbin, et al., 2016). Il se repose sur un bilan et diagnostic APA, donnant la ligne directrice de son plan d'intervention. La Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA) précise aussi en 2016 que dans les structures sanitaires, il est possible pour l'E-APA de mettre en place un projet APA faisant office de référence pour organiser ses interventions dans ledit établissement. Il est capable à ce titre de :

- participer à la conception de projets : identification des besoins et caractéristiques du patient ;
- concevoir et organiser l'intervention : planification et évaluation ;
- conduire et évaluer les programmes d'intervention dans le cadre d'une intervention interdisciplinaire ;
- participer au pilotage du projet : présenter, communiquer sur le projet.

3. Etudes

La formation est arrivée en France dans les années 1980 au sein des unités de formation et de recherche en sciences et techniques des activités physiques et sportives (UFR STAPS) avec la création en 1982 de la première licence à Montpellier (Barbin, et al., 2016). En 2007, la Conférence des Directeurs et des Doyens en STAPS (C3D) élargit le sigle APA qui devient APA-S (Activité Physique Adaptée et Santé) dans l'intitulé du diplôme, car le précédent intitulé limitait faussement au domaine du handicap. De nos jours, la filière APA-Santé relève d'une formation spécifique universitaire en STAPS donnant accès à trois niveaux de formations : licence 3 ; Master 1 et 2 et Doctorat. La licence étant un diplôme de l'enseignement supérieur et de la recherche de niveau 2 et le Master de niveau 1 qui confère une formation approfondie sur l'ingénierie de l'APA. Le Doctorat, quant à lui, permet au professionnel de faire de la recherche pour innover et faire évoluer les connaissances scientifiques en lien avec le domaine de l'activité physique.

Le cursus est constitué d'environ 1000 heures de formation générale et 1500 heures de spécialisation (Barbin, et al., 2016). Outre la reconnaissance institutionnelle universitaire, par sa place en 74^{ème} section du Conseil National des Universités (CNU), la formation en APA-S jouit également d'une légitimation dans le domaine de la santé, au regard des conventions partenariales établies entre la C3D, et les conférences des doyens de médecine en 2012 et de pharmacie en 2016. Chaque année, près de 2000 étudiants sont diplômés en licence APA-S et 500 autres en master APA-S.

4. Cadre d'exercice

a. Démographie

Il existe une grande diversité des conditions d'exercice des E-APA. D'après le référentiel de la profession : « *Les Enseignants en APA travaillent généralement comme salariés dans un établissement ou un service de santé, un établissement ou un service social ou médico-social [...] Ils peuvent également proposer des prestations sous un statut libéral ou d'autoentrepreneur.* ». Les E-APA exercent aussi au sein d'associations ou de fédérations voir même en libéral.

b. Rémunération

Un E-APA travaillant dans un établissement de santé a un salaire annuel moyen d'environ 24000€ brut pour 5 ans d'ancienneté (Barbin, et al., 2016). Ce montant peut osciller entre 18000€ et 28000€ brut, il est donc relativement faible compte tenu du niveau d'études de plus en plus élevés des E-APA. En effet, le nombre de professionnels titulaires d'un Master 1 ou 2 est en constante augmentation d'après la SFP-APA.

c. Perspectives d'avenir

Une rémunération peu élevée ainsi qu'une mécompréhension de leur rôle par les responsables des structures ont comme conséquences un sentiment de manque de reconnaissance institutionnelle chez ces professionnels (Barbin, et al., 2016). Il en résulte des comportements nouveaux de la part des enseignants en APA. Nous observons ainsi une tendance forte à la « désinstitutionnalisation » de l'E-APA, avec l'émergence d'organisations plus autonomes, plus souples et cependant coordonnées, qui se développent de plus en plus (Barbin, et al., 2016), le plus souvent sous la forme d'auto-entrepreneuriat. Il est aussi à noter que l'APA, malgré sa prescription médicale, n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale ce qui peut être un frein à l'adhésion du patient. Néanmoins, certaines mutuelles la prennent en charge sous certaines conditions et pour des patients porteurs d'une ALD.

D'autre part, les politiques de santé actuelles sont favorables à son mode de prise en charge. Elles ont la volonté d'inclure le patient dans une démarche plus globale (Loi HPST de 2009) dans laquelle s'inscrit parfaitement l'enseignant en APA et qui pourrait ainsi lui donner un rôle plus central. Le décret 2008-377 du 17 avril 2008 a permis aux E-APA de se développer dans les soins de suite et de réadaptation en étant recommandés dans la liste des professionnels nécessaires au bon fonctionnement de cette structure. Nous remarquons aussi que la connaissance du métier d'E-APA par les professionnels qui le côtoient (médecins, infirmières, coordinateurs, M-K...) s'est améliorée ces dernières années (Foucaut, et al., 2018). Leurs actions et compétences sont donc mieux valorisées socialement de nos jours.

Concernant l'évolution de carrière en milieu hospitalier, il est d'ailleurs possible pour l'E-APA d'exercer la fonction de cadre de santé. Cependant, ce statut n'est pas accessible à tous, il s'agit d'E-APA exerçant le plus souvent la fonction de chercheur, de responsable de formation ou de prévention et de promotion de la santé.

Tableau IV : Proposition de comparaison des métiers de M-K et d'E-APA

		M-K	E-APA
Profession		Professionnel de santé	Professionnel de l'activité physique
Diplôme		Diplôme d'Etat	Diplôme Universitaire
Niveau du diplôme		Niveau master	Niveau licence à doctorat
Grade du diplôme		Grade licence	Grade licence à doctorat
Champs d'action		Prévention, éducation, rééducation	Prévention, éducation, réadaptation, réinsertion
Champs de compétences*	Domaines d'intervention	Prévention ; promotion de la santé et du bien-être ; soins	Prévention ; promotion de la santé et du bien-être par les APA ; Optimiser les capacités
	Analyse/diagnostic	Analyse des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne, des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles via un BDK	Quantification du niveau d'activité physique hebdomadaire ; évaluation des capacités physiques globales
	Elaboration du plan d'intervention	Objectifs thérapeutiques issus du BDK	Réalisation d'un programme d'APA

	Exécution du plan d'intervention	Éducation thérapeutique du patient ; réentraînement à l'effort ; renforcement musculaire ; travail de l'équilibre ; mécanothérapie ; thérapie manuelle ; physiothérapie ; massage	Éducation thérapeutique du patient ; réentraînement à l'effort ; renforcement musculaire ; travail de l'équilibre ; enseignement de l'APA ; planification de l'action (troubles dysexécutifs)
Nombre d'heures d'études	Théorie	1980	1000
	Pratique	1470	1500
	Travail personnel	3220	Pas de données
Mode d'exercice privilégié		Libéral	Salarié
Rémunération mensuelle brute	Salarié	2015€**	2000€**
	Libéral	6500€	Pas de données

**champs de compétences d'un E-APA de niveau master*

***salaire pour 5 ans d'ancienneté*

IV. La relation MK – E-APA

1. Les différences

Ces deux professionnels se ressemblent en de nombreux aspects. Ils entretiennent un rapport privilégié avec l'activité physique et s'inscrivent dans une démarche de prévention, d'éducation et de réhabilitation du patient. Ils cherchent à l'autonomiser en s'évertuant pour cela à le mettre en mouvement. Il est compliqué d'établir des différences franches et marquées pour ces deux métiers aux compétences qui se touchent mais nous pouvons en citer quelques-unes. L'une des différences majeures réside dans leur statut : l'un est professionnel de santé

spécialisé dans la rééducation et l'autre est un professionnel spécialisé dans l'enseignement de l'activité physique adaptée. Le M-K est un professionnel de la rééducation obéissant au Code de la Santé Publique et l'E-APA est un professionnel de la réadaptation et de la réinsertion relevant du Code du Sport. Cette différence est fondamentale. L'E-APA n'étant pas professionnel de santé, il ne peut accéder au dossier médical du patient par exemple. De manière paradoxale, il doit pourtant travailler avec des personnes porteuses d'une pathologie à laquelle il doit adapter l'activité physique qu'il prescrit. Nous pouvons aussi mentionner le « toucher » du M-K. Il peut en effet mobiliser le patient, le masser, faire usage de thérapie manuelle alors que l'E-APA n'y est pas autorisé. Le M-K est plus valorisé que l'E-APA. La reconnaissance dont bénéficie le M-K via son statut de professionnel de santé s'oppose à la méconnaissance de l'E-APA par le grand public mais aussi par les professionnels de santé.

Il existe aussi des différences plus discutables car elles ne sont aucunement mises en valeur dans les textes de lois ni dans les référentiels de compétences. Elles ne sont pas non plus vérifiées car aucune étude n'a cherché à les analyser, il s'agit donc de les considérer avec du recul. Par exemple à propos du contenu des études, le M-K serait mieux formé à la physiopathologie quand l'E-APA lui serait mieux préparé aux activités physiques et sportives. Bien qu'ayant tous deux une vision et une approche bio-psycho-sociale, le M-K agirait de manière plus spécifique sur l'individu alors que l'action de l'E-APA serait plus global. Les M-K réaliseraient des séances individuelles le plus couramment, contre des séances collectives ou individuelles pour l'E-APA. Il est cependant possible pour le M-K d'effectuer des séances par groupe de 3 patients maximum d'une durée minimale d'1h30 d'après la nomenclature générale des actes professionnels (CSPRMK, 2016). De plus, les dispenses d'activités physiques ne seraient pas les mêmes non plus. Ces deux professionnels utilisent le renforcement musculaire mais avec une approche et une pédagogie qui seraient différentes. L'E-APA se préoccuperait davantage de la dimension participation sociale et du plaisir que va procurer l'activité physique en dispensant de l'activité physique adaptée. Alors que le M-K se focaliserait sur le renforcement musculaire analytique ou la gymnastique médicalisée dans un but premier de rééducation.

2. Les tensions entre M-K et E-APA

Il existe à ce jour peu d'études sur les interactions qu'entretiennent ces deux corps de métier. Nous pouvons néanmoins nous baser sur les différents communiqués du Conseil

National de l'Ordre des Masseur-Kinésithérapeute (CNOMK), des syndicats des M-K et de la SFP-APA pour se rendre compte de certaines tensions. Ce sont de véritables « *guerres de territoires* » ayant comme objet la valorisation des compétences de chacun, notamment celle concernant la dispense d'activité physique (Delignères, 2016). C'est un enjeu important car elle occupe aujourd'hui une place prépondérante dans les politiques de santé actuelles, notamment via le récent dispositif de prescription d'activité physique (Loi de Santé de 2016). Chacun cherche à se l'approprier et le CNOMK voit les E-APA comme des concurrents : une menace pour la profession de M-K. D'autre part, pour le CNOMK, seul le M-K est apte à faire faire de l'APA. Le Conseil de l'Ordre publie ainsi en 2016 une notice de mise en œuvre d'APA par les kinés pour les patients en ALD (CNOMK, 2016), ce qui est alors mal perçu par les E-APA qui s'estiment attaqués. Ce monopole de l'activité physique et de l'APA invoqué par le CNOMK nécessite cependant d'être comparé aux textes de lois. L'article A. 212-67 du Code du Sport ne limite pas qu'aux seuls M-K la dispense de l'activité physique : les E-APA ont aussi leur place. De plus, les M-K sont cantonnés à la « *gymnastique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physiques et sportives déclarés* ». Pour l'enseignante en APA et chercheuse Claire Perrin (2016), cela ne permet pas de dispenser des APA diversifiées ni culturelles. De son point de vue, les M-K sont plus à même de dispenser de l'activité physique plutôt que de l'APA.

D'autre part, les établissements de soins doivent faire face à la pénurie de M-K, peu attirés par ce secteur, et embauche des E-APA pour assurer leur offre de soins. Certains M-K s'estiment lésés et craignent leur « *remplacement* » par les E-APA en arguant que ces derniers prennent leurs postes (Perrin, 2016). Les E-APA quant à eux se plaignent parfois d'avoir des fiches de poste mal construites qui ne correspondent pas à leurs compétences. Cela peut mener à des démarches conjointes de ces professionnels auprès de la direction, en témoigne une E-APA : « *Il a fallu les convaincre que mon travail ne pouvait se confondre avec celui de mes collègues kiné...* » (Perrin, 2016). Il est parfois aussi rapporté un mode de travail dans des établissements de santé où le M-K évalue le patient puis délègue la prise en charge à des E-APA en leur imposant les modalités. Ce modèle où l'E-APA fait office d'aide-kinésithérapeute est décrié par les E-APA. Nous observons aussi des conflits dus à la méconnaissance de l'autre et de ses compétences, la formation initiale n'apportant que peu de ressource à ce sujet. C'est également dû à un manque de concertation interprofessionnelle : il n'y a pas de réunion pluripartite pour discuter des rôles de chacun ni d'action de coordination.

3. La collaboration entre M-K et E-APA en soins de ville

Le M-K est un professionnel exerçant principalement en cabinet libéral et à l'inverse l'E-APA travaille en établissement de santé. Cependant le phénomène de « désinstitutionalisation » en cours pousse de plus en plus d'E-APA à s'orienter vers le secteur libéral et donc vers les M-K. Un travail coordonné en soins de ville paraît possible. Pour exercer de manière coordonnée en soins de ville en France, les principales structures de santé sont les MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle). Elles ont été créées en 2007 par la loi de financement de la sécurité sociale (Article L6323-3 du Code de la Santé Publique) et regroupent des professionnels de santé libéraux (au moins deux médecins généralistes et un auxiliaire médical) autour d'une patientèle et d'un projet de santé communs. Ils assurent ensemble des activités de soins ainsi que des actions de santé publique. Il est possible pour ces professionnels de collaborer avec d'autres acteurs au sein de la MSP tels que des E-APA, rémunérés en tant qu'intervenants externes. En effet, la MSP peut se constituer en SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) et ainsi être éligible à l'ACI (l'Accord Conventionnel Interprofessionnel) qui permet d'obtenir une source pérenne de financement via l'Assurance Maladie (Arrêté du 24 juillet 2017 du JORF n°0182). Ce financement peut donc servir à rémunérer un E-APA, si son exercice concorde avec le projet de santé de la MSP.

De plus, un appel à projet du 30 juillet 2019 du gouvernement a créé le label « Maison Sport-Santé » pour faire suite à la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2022 (Ministère des sports; Ministère des solidarités et de la santé, 2019). Il est attribué à des structures mêlant soins et activités physiques dans un même lieu. Ces structures valorisées sont diverses. Elles peuvent être publiques ou privées, lucratives ou non (association, centre hospitalier, cabinet médical...) et doivent faciliter le recours à l'activité physique pour un public large. Il peut être par exemple possible pour des patients atteints d'une maladie chronique de pratiquer de l'APA. Elle mobilise donc des professionnels de santé comme et du secteur sportif mais aussi du secteur social.

Nous pouvons de plus noter la proposition du CNOMK en 2016 de contrats type pour qu'un M-K puisse embaucher un E-APA en CDD ou CDI à temps complet ou partiel (CNOMK, 2019).

V. Interprofessionnalité

Comment sortir du « je » pour construire du « nous » ? C'est ce que tente de résoudre l'interprofessionnalité. D'après Hatano et Chalvidan en 2016, elle consiste en la mise en commun par des professionnels de savoirs et de valeurs dans une action commune, ici subvenir aux besoins du patient. Ces professionnels peuvent être issus du même corps de métiers ou non. Elle a comme intérêt principal de permettre une compréhension commune de la situation par les différents professionnels pour proposer une réponse adaptée. C'est aussi un moyen pour le professionnel de se développer en élargissant son champ de compétence. Au-delà de cette « union des compétences », chaque membre de l'équipe interprofessionnelle est sur un pied d'égalité concernant la prise de décision. C'est un rapport transversal à l'encontre de la hiérarchie traditionnelle, la personne la plus qualifiée pour la tâche prend les commandes (Département Fédéral Suisse de l'Intérieur, 2017). Sa mise en œuvre repose sur plusieurs étapes : diagnostic individuel ; confrontation des différents diagnostics ; diagnostic élargi ; ajustement des anciennes pratiques professionnelles au diagnostic élargi (Hatano & Chalvidan, 2016).

1. En pratique

Tous ces processus impliquent de se rencontrer, de réfléchir ensemble et de construire ensemble. Différents aspects sont à prendre en compte pour un dispositif réussi : le cadre ; la responsabilité ; le leadership et la consolidation des équipes ainsi que la communication (Département Fédéral Suisse de l'Intérieur, 2017). Mme Françoise Annezo, formatrice pour les professionnels de santé liste de manière non-exhaustive les postures à adopter pour favoriser l'interprofessionnalité :

- clarifier ses intentions, partager ses valeurs ;
- se former ensemble, acquérir une expérience commune, des compétences communes ;
- élargir l'éventail ensemble (le social, les associations de patients, les citoyens...) ;
- repérer les messages contradictoires et y être vigilant ;
- chercher des réponses ensemble, favoriser l'intelligence collective.

Le but étant de travailler dans l'intérêt commun de chacun par la complémentarité des compétences en respectant un partenariat.

2. Freins et limites

La plupart des freins à l'interprofessionnalité se construisent sur la défense des intérêts, des activités et du développement des expertises du professionnel. Ces enjeux de pouvoir s'expliquent du fait que le professionnel ne soit non pas au service d'un projet politique, ni d'un collectif mais bien d'un individu. Il cherche donc à développer une spécialisation experte afin de lui être légitime d'où cette attitude défensive.

A ces limites émanant de l'individu, s'ajoute des contraintes logistiques. Ainsi, Hatano-Chalvidan en 2016 rapporte qu'il y a une véritable prédominance de valeurs attachées à l'interprofessionnalité. Il y a donc une demande sociale plutôt qu'une réponse à une situation problématique, il n'y a pas d'urgence absolue, en ce sens c'est « plus dans le souhaitable que dans le réel ». Il y a une ambivalence entre la volonté institutionnelle pour sa mise en place et l'absence de « mode d'emploi » (problèmes de temporalité, d'espace, d'expertise...).

VI. Questionnement personnel

1. Problématique

Les maladies chroniques sont pour partie responsables de l'état de santé en demi-teinte des français. Elles mettent à rude épreuve notre système de santé en dépit des fonds importants qui lui sont alloués. Leur forte prévalence due à la transition épidémiologique que traverse notre pays a entraîné la mise en place de politiques de santé publiques concernant tous les professionnels de santé et de l'activité physique ainsi que toutes les institutions.

La pratique pérenne d'une activité physique adaptée pour ces patients chroniques offre des bénéfices certains en termes de qualité et d'espérance de vie. A ce titre, un parcours de soin dédié incluant le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en APA paraît pertinent. La mise en place de ce dispositif en soins de ville serait intéressante au vu de l'attrait pour ce milieu porté par ces deux professionnels. Pour son bon fonctionnement, il est impératif qu'ils soient à même de travailler ensemble, ce qui nous amène à la question de recherche suivante : **« L'interprofessionnalité entre le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en APA est-elle concevable en soins de ville ? »**

La littérature est particulièrement pauvre concernant la collaboration entre M-K et E-APA en soins de ville. Pour répondre à notre problématique, il nous a donc paru intéressant de mener un travail exploratoire d'enquête pour recueillir les avis des principaux intéressés. Notre choix s'est donc porté sur la réalisation d'une étude descriptive qualitative via des entretiens semi-

directifs compréhensifs, d'après la méthode de Jean-Claude Kaufmann. Nous allons en détailler les raisons.

2. Intérêts de la recherche qualitative

Il s'agit d'une méthode de recherche descriptive qui se concentre sur des interprétations, des expériences et leur signification. « *Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants.* » (Mays & Pope, 1995). Elle permet donc d'expliquer ou de comprendre les phénomènes complexes auxquels un professionnel de santé peut être confronté, notamment quand il est question d'interprofessionnalité (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Elle peut aussi aider à une meilleure compréhension du fonctionnement des personnes et des interactions entre elles (Aubin-Auger, et al., 2008). Le but recherché n'est pas d'être le plus représentatif possible en acquérant une grande quantité de données. Au contraire, il faut rechercher le plus d'opinions divergentes possibles pour obtenir des données de qualités. Le matériel étudié est donc d'une grande richesse. Enfin, la recherche qualitative requière des moyens relativement peu importants, ce qui est intéressant pour l'étudiant en initiation à la recherche.

La collecte de donnée peut se faire de trois manières différentes : par observations, par entretiens ou par « focus group ». Notre choix s'est porté sur l'entretien car il permet d'assurer la spontanéité et la liberté de réponse de la personne interrogée, face au caractère parfois intimidant du focus group (Dutrieux, 2016). Les interférences sont diminuées et l'interlocuteur est plus à même de se livrer à propos de ce sujet complexe qu'est l'interprofessionnalité. Il est aussi moins long et moins exigeant que l'observation, où la capacité de l'observateur à voir et à comprendre est mise à l'épreuve (Fassin, 1990). Il existe plusieurs types d'entretiens, parmi lesquels l'entretien semi-directif, qui est le mode d'entretien retenu dans le cadre de cette étude.

L'entretien semi-directif se compose d'une série de questions à dominante ouvertes préparées en amont par le chercheur. Ce dernier dispose en conséquence d'un guide d'entretien faisant office de support. Il reprend les différentes questions ou thématiques à aborder au cours de l'entretien, sans s'en tenir à une chronologie ou à une formulation strictes. Le but visé est d'orienter, sans trop restreindre, le discours de l'enquêté. Les questions du guide se base sur la littérature, l'intuition du chercheur, ses hypothèses et sont testées au préalable via des entretiens exploratoires.

Méthodologie

I. Intérêt de l'entretien semi-directif

Afin d'assurer la qualité et la fiabilité des résultats provenant de ce type d'entretien, il est nécessaire que la collecte de données suive une procédure rigoureuse (Simon C Kitto, 2008). Nous nous sommes donc basés sur la revue de Kallio, Pietilä, Johnson et Kangasniemi de 2016 qui décrit cinq phases pour mener à bien une étude via des entretiens semi-directifs. Il faut dans l'ordre : identifier les raisons pour lesquelles l'auteur va utiliser l'entretien semi-directif ; récupérer et d'utiliser les connaissances antérieures ; formuler un guide initial d'entretien ; tester le guide d'entretien ; finaliser le guide d'entretien (Kallio, Pietilä, Johnson, & Kangasniemi, 2016).

Pour rappel, notre problématique est la suivante : l'interprofessionnalité entre le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en APA est-elle concevable en soins de ville ? Face à la pauvreté de la littérature à ce sujet, nous avons décidé de mener un travail exploratoire pour tenter de comprendre les phénomènes en jeux. Dans ce but, l'entretien semi-directif se révèle particulièrement intéressant car il va permettre de mener un travail en profondeur. En effet, le caractère quasi ouvert des questions permet d'aller plus loin en créant un véritable échange entre le chercheur et son interlocuteur. Il peut faire émerger de nouveaux concepts (Dearnley, 2005) et de nouvelles hypothèses. De manière générale, l'entretien semi-directif permet de recueillir des informations de bonnes qualité et orientées vers le but poursuivi et ce dans un laps de temps raisonnable (Ketele & Roegiers, 1996). L'enquêteur peut aborder l'ensemble des questions qui l'intéressent et les approfondir si besoin. Les interférences y sont modérées, ce qui limite le phénomène d'auto-censure de l'interviewé. Ce sont toutes ces raisons qui ont motivé notre recours à l'entretien semi-directif.

II. Mise en œuvre de l'étude

1. Réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé en deux étapes. Une première version a tout d'abord été établi en fonction des objectifs de l'enquête et des résultats de la littérature. Ce premier guide a

ensuite été testé et peaufiné en effectuant deux entretiens exploratoires. L'un auprès d'un étudiant kinésithérapeute et l'autre auprès d'une étudiante en APA pour avoir le point de vu des deux partis et pour essayer de déceler des thèmes récurrents. Ils étaient d'une durée respective de 58min51s et 1h0min52s. Les thèmes suivants ont été relevé : le contexte professionnel, la connaissance de l'autre profession, l'attrait pour le travail collaboratif. Ce guide a évolué au fur et à mesure des entretiens avec l'apport de contenu. Sa version finale est disponible en annexe I.

2. Recrutement des participants

Les critères d'inclusion étaient les suivants : parler couramment le français ; être âgé de 20 à 65 ans ; être un professionnel MK ou E-APA. Les critères de non-inclusion étaient : refuser de participer à l'entretien ; connaître personnellement l'enquêteur (biais de complaisance). Les critères d'exclusion sont : refuser l'enregistrement ; avoir connaissance des questions avant l'entretien ; refuser de répondre à une ou des questions durant l'entretien. L'objectif initial était d'en obtenir six, trois entretiens d'E-APA et trois de M-K, en postulant que ce nombre serait suffisant pour atteindre le seuil de saturation des données. Le seuil de saturation des données correspond au niveau pour lequel le chercheur estime qu'il n'y a plus d'informations nouvelles. Finalement, seulement quatre professionnels ont été contactés : deux E-APA et deux M-K. Tous ont accepté de réaliser l'entretien. La parité a été respectée par la présence d'un homme et d'une femme dans chacune des professions interviewées.

3. Déroulement des entretiens

L'enquêteur n'était autre que Raphaël Michelon, l'un des co-investigateur de cette étude. Il était titulaire d'un baccalauréat scientifique et en dernière année d'étude en masso-kinésithérapie au moment de l'enquête. Ils se déroulaient en face-à-face, dans un lieu calme et familier de la personne entretenue (son lieu de travail) pour qu'elle soit disposée au mieux pour se confier (Blanchet, 1994). Les entretiens étaient enregistrés de manière anonyme sur un dictaphone de la marque Olympus®, modèle VN-541-PC. Les participants devaient au préalable signer un formulaire de consentement expliquant de manière claire les objectifs et le déroulé de l'étude. Un premier temps avait lieu pour « briser la glace », via des questions introductives ouvertes, courtes et simples invitant l'intéressé à se présenter. Les questions

étaient le plus claires possible en essayant d'aller à l'essentiel. Elles étaient reformulées en cas de non-compréhension ou de réponses non-développées. Différentes techniques de relance ont été employées : les encouragements et les incitations (« hmm » ; « oui, oui » ; « ah bon ! ») ; les demandes d'explication (« par exemple ? » ; « vous dites... » ; « que signifie... ») ; la naïveté (« ça va vous paraître bête mais... » ; « je comprends, donc si je vous suit bien... »). Le but recherché était d'approfondir la pensée de l'interviewé d'après les recommandations d'Anne Revillard (2008). Tout au long de l'entretien, l'enquêteur s'appliquait à ne pas interrompre l'enquêté, à respecter ses silences et à ne pas couper le magnétophone trop tôt. Le guide d'entretien n'a pas été suivi stricto sensu pour que l'entretien ne renvoie pas un aspect impersonnel au risque de limiter l'engagement du participant et donc l'apport d'idées nouvelles (Kaufmann, 2016).

4. Analyse des entretiens

Le verbatim de chaque entretien a été retranscrit sur le logiciel Word® en respectant du mieux qu'il soit les propos enregistrés : les silences, les rires, les répétitions, les hésitations, les fautes de français, les tics de langage... Il faut se tenir au principe de fidélité du discours tenu « *chaque mot prononcé doit être transcrit, aucun mot ne doit être remplacé par un autre, et aucun mot ne doit être ajouté* » (Revillard, 2008). Le transcripteur et l'enquêteur représentait une seule et même personne, pour limiter les pertes ou les transformations en passant de l'oral à l'écrit (Rioufreyt, 2016). Afin de préserver l'anonymat des participants, un code entretien a été créé pour les nommer en fonction de leur métier et de l'ordre de réalisation des entretiens. Par exemple, le premier masseur-kinésithérapeute interviewé a comme dénomination « MK1 » et le deuxième enseignant en APA interviewé est désigné par « EAPA2 ». Les participants ont vérifié leurs interviews une fois qu'ils ont été retranscrits pour s'assurer de la véracité de la transcription. Les données ont été ensuite codées. Pour diminuer les risques de surinterprétation, cette tâche a été réalisée par la personne qui avait également mené l'entretien : Raphaël Michelin. L'analyse a commencé dès la transcription, en relevant les hésitations, les récurrences, les contradictions et les différents champs lexicaux. La méthode de codage utilisée a été une première analyse verticale des verbatims retranscrits, puis une analyse horizontale afin de comparer les retours des différents professionnels entre eux, toujours en se basant sur la grille d'entretien. Un codage supplémentaire a été réalisé sur le logiciel Tropes© afin d'identifier des thèmes supplémentaires. Les résultats de Tropes© ont été utilisés à titre

purement consultatif. L'ensemble des résultats a été ensuite regroupé dans un tableau reprenant les différentes thématiques (annexe II).

5. Liste de contrôle COREQ

Dans un souci de clarté et de transparence, nous nous sommes référés à la liste de contrôle COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) qui permet de rapporter au mieux les aspects importants des études qualitatives (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Toutes les données concernant l'équipe de recherche, la méthodologie et le contexte de l'étude ainsi que les résultats, l'analyse et les interprétations sont résumées dans la liste de contrôle COREQ en annexe III. Elle se base ici sur sa traduction française (Gedda, 2015).

Résultats

I. Description de l'échantillon

Les profils des participants étaient divers. Un M-K exerçait en libéral à Paris (75), le deuxième M-K travaillait dans la fonction publique hospitalière dans les Hauts-de-Seine (92). Un E-APA travaillait dans une maison de santé pluriprofessionnelle en Essonne (91), le deuxième E-APA travaillait dans une clinique privée en Seine-et-Marne (77). L'étude comportait donc quatre lieux d'exercice différents : un cabinet, une MSP, un hôpital et une clinique privée. En arrondissant à l'unité près, la moyenne d'âge était de 32 ans et l'âge médian de 29 ans avec un écart-type de 8 ans. Les entretiens ont duré entre 16min07s et 41min29s. Le seuil de saturation n'a pas été atteint. En effet, malgré la grille d'entretien, certains points n'ont pas toujours été abordés de manière homogène par tous les participants aux entretiens. De plus, la phase de recrutement ne s'est pas poursuivie jusqu'à atteindre ce seuil théorique car nous avons dû la stopper par peur de manquer de temps pour l'analyse. C'est pourquoi il n'a été réalisé que quatre entretiens sur les six prévus. L'entretien retranscrit leur a été retourné sans qu'il ne fasse aucune remarque à son sujet.

Tableau V : Description de l'échantillon de M-K et d'E-APA

M-K/E-APA	Âge	Activité	Année de diplôme	Durée de l'entretien	Mode d'entretien
E-APA (EAPA1)	45 ans	MSP (91) Epinay-sous-Sénart	1992	29min32s	Direct
M-K (MK1)	25 ans	Hôpital (92) Garches	2019	41min26s	Direct
E-APA (EAPA2)	29 ans	Clinique privée (77) Montévrain	2014	41min29s	Direct
M-K (MK2)	28 ans	Libéral (75) Paris 5 ^{ème} arrondissement	2015	16min07s	Direct

II. Résultats présentés par thèmes

Les résultats présentés ci-dessous concernent les éléments-clés nécessaires à la réflexion et à la discussion autour de cette problématique. C'est pourquoi l'ensemble des résultats a été synthétisé dans le tableau présenté en annexe III. Seuls les résultats nécessaires à la réponse à la problématique ou apportant un éclairage original, sont développés dans cette partie. Les six thèmes issus des entretiens sont les suivants :

- la représentation des M-K sur leur propre métier
- la représentation des M-K sur le métier d'E-APA
- la représentation des E-APA sur leur propre métier
- la représentation des E-APA sur le métier de M-K
- les avantages de l'interprofessionnalité
- des modalités de collaboration en soins de ville variées

1. La représentation de M-K sur leur propre métier

a. Un rééducateur manuel

Parmi les descriptions faites de leur métier par les M-K interrogés, on retrouvait la vision d'une masso-kinésithérapie à dominante rééducative (MK2 : « *ton kiné il est là pour rééduquer donc il est là pour retrouver le meilleur niveau possible* »), où l'objectif est le retour à la fonction. Le toucher s'est révélé être un élément important de la prise en charge masso-kinésithérapique : le M-K était décrit comme un thérapeute manuel (MK1 : « *toi avec tes petites mains de kiné tu vas peut-être pouvoir régler certains problèmes* »). Ce toucher renvoyait aussi à un travail précis et plus spécifique que celui effectué par les E-APA selon MK1 (« *c'est aussi peut être un peu moins pointilleux que nous* »). Le M-K peut effectuer un travail spécifique mais peut aussi avoir une prise en charge plus globale comme celle de l'E-APA, sans qu'elle soit aussi ludique que la sienne cependant (MK1 : « *J pense que nous aussi on peut le faire mais c'est peut-être un peu plus ludique aussi* »).

b. La délégation de tâches

MK1 nous a fait part de la diminution du champ de compétences que subit la masso-kinésithérapie en ce moment. De son avis, cela serait dû au manque d'intérêt pour certaines disciplines de la part des M-K (*« par exemple les sages-femmes maintenant peuvent faire de la rééducation périnéale et que les kinés sont pas suffisamment... Fin intéressés à la kiné, à la rééducation périnéale, tu vois »*). Les compétences délaissées par les M-K, en majorité les M-K libéraux, seraient donc prises par d'autres professionnels, plus expérimentés dans ces domaines (MK1 : *« t'as tout le monde qui veut faire de la traumatologie en libéral et t'as personne qui veut faire pleins de choses, t'as personne qui veut faire euh du réentraînement à l'effort, t'as personne qui veut faire de la rééducation périnéale bah forcément y a des gens qui arrivent et qui eux sont demandeurs et qui connaissent nettement plus de trucs tu vois »*). L'intéressé émettait des inquiétudes quant à ce transfert de compétences vers d'autres professionnels (MK1 : *« Ouais après j'pense après faut quand même s'en inquiéter par ce que le jour où tout le monde nous piquera tout on pourra plus rien faire »*). Malgré cela, il ne se montrait pas hostile envers ses professionnels (MK1 : *« faut pas non plus avoir peur de ce monde et s'dire « aaahaah, mon Dieu j'y touche pas, j'travail pas avec »*). Au contraire, MK1 invitait à un travail collaboratif entre le M-K et les différents professionnels concernés.

2. La représentation de M-K sur les E-APA

a. La représentation des E-APA par les M-K

L'E-APA est vu par MK1 comme un professionnel des activités physiques et sportives (*« un professionnel de euh... Bah de l'activité physique » ; « t'as vraiment du sport fin avec le badminton... » ; « à travers une activité sportive »*) ayant des connaissances en physiopathologie (*« Qui a des connaissances quand même aussi en matière d'anatomie, en matière de physiologie »*). MK2 voit lui l'E-APA comme un éducateur sportif spécialisé dans la prise en charge de personnes souffrant de pathologies longue durée (*« En gros c'est un éducateur spécialisé qui va être sensibilisé à toutes les maladies chroniques euh générales et qui va être capable d'animer des séances de renforcement, de sport santé pour ces personnes-là. »*). La visée est avant tout réadaptative car l'E-APA va s'évertuer à ce que les patients effectuent une activité physique adaptée à leur séquelles (MK2 : *« Ton APA je pense qu'il vient*

dans la partie gestion du soin chroniques, comment maintenir ces personnes-là dans une activité alors qu'ils peuvent pas forcément le faire »). Il exerce auprès d'un public peu sensibilisé aux activités physiques d'après MK1 (*« faire découvrir des activités physiques et sportives à des patients qui n'en ont jamais fait »*). MK2 a effectué la même remarque (*« des patients qui sont pas hyperactifs à la base qui veulent reprendre une activité, bah voilà tu leur conseilles ça »*) en précisant que pour lui ces prestations ne s'adressent pas à une population de sportifs : le patient sportif va d'abord être rééduquer puis directement retourner à sa pratique sans avoir besoin de faire de l'APA (*« une fois qu'ils ont fini y retournent à leur sport, la question se pose pas tu vois »*).

L'E-APA est jugé complémentaire au M-K par MK1 (*« indéniable et nécessaire moi j'dirais »*) et MK2 qui indiquait que pour lui le travail de l'E-APA allait entretenir les gains obtenus en kinésithérapie (*« ton APA va permettre de maintenir ces acquis à travers une activité adaptée »*).

b. Une prise en charge globale mais se révélant parfois spécifique

MK1 voyait la prise en charge de l'E-APA dans une dimension bio-psycho-sociale (*« Ça peut être physique, vraiment corporel, psychologique voire les deux »*). Il insistait particulièrement sur la portée psychologique de cette prise en charge (MK1 : *« Ils font faire de l'escalade à certains patients pour leur prouver qu'ils sont capables de faire des choses »*). L'E-APA a une prise en charge globale du patient pour MK1, notamment via les nombreux bénéfices apportés par l'APA qu'il dispense (*« l'équilibre, tu vas renforcer, tu vas travailler la coordination donc c'est vraiment quelque chose de... d'ultra global »*). D'un autre côté, il est aussi possible qu'elle soit plus spécifique d'après MK1, pour l'apprentissage de gestes techniques comme le deux-roues en fauteuil par exemple (*« Donc ça reste quelque chose de soit de très spécifique soit de vraiment de très global »*). L'aspect spécifique serait aussi dû à l'utilisation de machines donnant des informations chiffrées précises à l'opposé du M-K qui serait avant tout un thérapeute manuel. Cela permettrait à l'E-APA de mieux affiner sa prise en charge comparé au M-K (MK1 : *« l'évolution un petit peu chiffrée et en plus tu vas peut-être être sur un travail un petit peu plus... Un petit peu plus euh pertinent sur ta force musculaire, sur ton euh réentraînement à l'effort que sur les résistances manuelles »*). Pour MK1 le M-K et l'E-APA mobilisent les mêmes connaissances (*« on touche plus ou moins j'pense aux mêmes euh, aux mêmes connaissances, au même socle »*) mais pratique différemment (*« Et juste après*

ça diffère un peu au niveau pratique »). Le toucher du M-K constitue une différence importante à ce titre (« Je dirais que l'APA n'a pas le droit [rire] dans ses compétences de, je dirais de tout ce qui va être toucher à la mobilisation du patient »). Une pratique plus courante du réentraînement à l'effort, notamment via un accès à des machines dédiées : « t'as tout une partie aussi de réentraînement à l'effort aussi qui peut être un peu plus significative que la nôtre parce que y a des machines » ; « Des vraies données sur le réentraînement à l'effort par exemple, fin tu vois là ils font des vrais tests à l'effort etc. » (MK1)

c. Limites du métier d'E-APA

L'interdiction à l'accès au dossier patient pour les E-APA était vu comme une injustice par MK1 (*« ils ont pas accès au dossier patient [...] ils vont devoir demander et moi je trouve ça euh atroce en fait »*). Le nonaccès au dossier médical partagé ainsi qu'aux réunions sur le lieu de travail de MK1 représentait pour lui un manque de reconnaissance pour ces professionnels (*« je trouve qu'il y a quand même un manque de reconnaissance quelque part. »*). MK1 était d'avis qu'ils aient ce droit sans pour autant qu'ils soient professionnels de santé car selon lui certains E-APA n'auraient pas les compétences pour aborder les cas complexes auxquels sont parfois confrontés les professionnels de santé (*« Mais après c'est clair que l'APA qui est euh, je caricature, mais l'APA qui est prof d'EPS ça a rien à voir avec le professionnel de santé »*). Ici, MK1 dépeint une vision d'un E-APA « bis » sans connaissances physiopathologiques, différente de sa première définition, il y aurait donc deux profils d'E-APA pour lui.

3. La représentation d'E-APA sur leur propre métier

a. Dispense et enseignement de l'APA

Les E-APA interrogés ont fait part de la vision réadaptative qu'ils avaient de leur métier. EAPA1 cherchait ainsi à adapter le patient à son environnement en le mettant en mouvement (*« dans son contexte quotidien comment il fait pour bouger plus »*). EAPA2 insistait spécialement sur la remise en condition physique, à même de procurer du bien-être au patient (*« je vais faire en sorte qu'il soit plus fort, qu'il soit plus endurant, qu'il bouge mieux et qu'il se sente mieux »*). L'activité physique adaptée est vue, de manière logique, comme l'élément

central de la prise en charge de l'E-APA (EAPA1 : « *on travaille autour de l'offre d'activité physique adaptée* ») en prenant notamment la forme d'une pratique sportive adaptée (EAPA2 : « *c'est leur montrer qu'un para il peut aller en salle de sport comme tout le monde, juste on adapte, c'est leur montrer qu'un tétra pareil, du sport il peut en faire par ce qu'on va adapter* »). EAPA2 faisait de la dispense de l'APA un élément de distinction majeur avec le M-K, qui selon lui s'inscrit dans un travail plus analytique, centré sur la qualité du mouvement (« *Je vais pas vous aider à mieux marcher ou à bouger mieux mais à plus bouger en tout cas* »). L'APA est perçue comme une compétence propre à l'E-APA. EAPA2 n'estime donc pas être un simple aide-kinésithérapeute (« *Je suis pas un, j'suis pas un kiné low-cost* ») car son travail est différent de celui du M-K. De manière plus générale, pour EAPA1, l'E-APA se différencie du M-K car ce n'est pas un professionnel de santé (« *on est pas dans un cadre de soins* ») mais plutôt un professionnel de l'éducation (« *on se situe pas sur un champ de dans le soin puisque on est sur un champ éducatif* »).

Le champ lexical de l'éducation était en effet très présent dans le discours d'EAPA1 (« *on leur apprend* » ; « *on leur réapprend* » ; « *En tout cas que vous appreniez à faire mieux* »). Cette éducation était jugée nécessaire pour autonomiser le patient pour EAPA2 (« *on les lâchera et faut qu'ils soient capables de connaître leur capacité* ») car le but est qu'il intègre l'activité physique dans son quotidien. Cet apprentissage n'était toutefois pas vu comme spécifique d'un geste ou bien d'un mouvement. Pour EAPA2, cela relevait plus du M-K : « *je vais pas réapprendre au patient à marcher je vais faire en sorte qu'il marche plus longtemps* » ; « *je vais pas lui apprendre à refaire un geste* ». Le nonaccès au secret médical n'était pas vu comme un frein dans la pratique des E-APA par EAPA1 car les informations accessibles lui semblaient suffisantes (« *nombre d'informations restreint mais un nombre qui nous permettait de travailler correctement* »). De plus, ces données médicales sont toujours accessibles par l'intermédiaire du patient (EAPA1 : « *Après euh en termes de secret médical les gens s'ouvrent assez facilement* »).

b. Une vision globale pour une prise en charge qui est globale... Et parfois analytique !

Les E-APA se définissaient avant tout comme ayant une vision bio-psycho-sociale de la personne et donc une approche globale de la situation (EAPA1 : « *approche globale de la personne* » ; EAPA1 : « *vision globale bio-psycho-sociale* » ; EAPA2 : « *on va prendre le patient dans sa globalité* »). L'approche globale conduit aussi EAPA1 à intégrer la sphère

sociale du patient dans sa thérapie (« Euh je vais collaborer avec lui, avec son entourage »). C'est une dimension importante dans la pratique de l'E-APA témoignait EAPA1. Parmi les nombreux intérêts qu'apportent les prises en charge de groupe, on retrouve ainsi la socialisation (« on travaille beaucoup sur le lien social, sur la mise en groupe »). Cela s'inscrit pleinement dans une logique de réinsertion via des groupes de travail (EAPA1 : « groupes de marche » ; EAPA1 : « *des p'tits groupes euh de réentraînement à l'effort* »).

Il a été tout de même décrit des cas de prises en charge plus analytiques (EAPA2 : « *on va être de temps en temps à faire nous de l'analytique* ») pour des patients aux limitations sévères et en situation d'échec, comme par exemple le travail du verrouillage du genou pour un patient opéré d'une prothèse totale de genou (EAPA2 : « *ça serait bien que le patient au niveau du quadri ça chauffe un peu et le verrouillage y a pas quinze mille manières de le travailler non plus, est ce que tu peux faire... ?* »). Toutefois, EAPA2 précisait que cette prise en charge analytique ne peut avoir lieu que si elle se fait en collaboration avec le M-K et sous certaines conditions pour que le travail soit bien fait (EAPA2 : « *Si l'APA on lui a bien expliqué ce qu'il doit faire et qu'il le fait bien...* »).

c. Des patients variés entraînant des prises en charge multiples

L'E-APA s'occupe de patients de tout âge d'après EAPA2 (« *on travaille de la crèche à l'Ehpad* »), le plus souvent porteurs de limitations moyennes à sévères (« *faut pas que des gens qu'ont une pratique euh pérenne et plutôt une bonne santé* »). Ce qui concorde avec l'importante variabilité des objectifs de réadaptation qui ont été énoncés (EAPA2 : « *marcher, monter les escaliers ou faire un marathon* »). EAPA2 tenait à insister sur la diversité des situations rencontrées et il dénonçait l'image caricaturale de l'E-APA animant des séances de groupe pour personnes âgées (« *quand on est juste présenté comme quelqu'un qui va animer des séances gym douce avec un groupe sénior bah c'est intéressant mais on fait pas que ça* »).

A ce panel de patients large répondent des prises en charges multiples, propres au professionnel et aux situations qu'il rencontre. Plusieurs modes d'exercice ont été décrits par EAPA2 : « *le côté associatif, le côté rééducation, le côté libéral* ». Au niveau du fonctionnement, EAPA1 déclarait effectuer un bilan de condition « *systématique* » pour ensuite établir un plan d'APA le plus pertinent possible (« *à partir de ces éléments là on dresse un profil points forts/points faibles qui nous permet de faire des préconisations en termes de*

programme »). Les séances sont bihebdomadaires (« on essaye d'avoir à minima au moins deux fois par semaine »).

d. Un manque de reconnaissance et une formation incomplète

EAPA2 soulevait le point que son métier était encore récent (« *qu'est pas vieux, pas aussi implanté que le kiné* »), à l'opposé de celui de M-K ce qui explique selon lui le manque de reconnaissance de l'E-APA comparé au M-K (« *qu'on sera moins un... un kiné qu'est vraiment montré par un diplôme reconnu, nous ça va être nos compétences qui vont être mises en avant* »). (EAPA2). Il est donc nécessaire pour lui de prouver ses compétences aux yeux des patients et à ce titre son réseau professionnel joue un rôle de promotion appréciable (« *Donc on va avoir les patients qui vont venir chercher nos compétences, on va les orienter vers nous* »).

D'autre part, EAPA2 s'est montré critique sur sa formation. Il regrettait que les cours de préparation physique n'y soient pas assez abordés (« *je pense qu'en APA on voit pas assez ça* »), ce qui l'a amené d'ailleurs à compléter ses connaissances en la matière en suivant un Diplôme Universitaire. Pareillement, EAPA2 exprimait de manière implicite et récurrente que les notions de physiopathologies enseignées lui semblaient sommaires (« *comment marcher, on m'a expliqué comment s'est fait mais on m'a pas expliqué les développements moteurs* » ; « *On m'a pas appris tout ça on m'a juste dit bah voilà, travailler l'endurance faut faire ça, pour travailler la force faut faire ça* » ; « *y a des choses que moi je ne verrais pas car ce n'est pas mon métier on m'a pas appris* »).

4. La représentation d'E-APA sur les M-K

a. Une prise en charge précise pour une problématique précise

Pour EAPA1 la différence principale entre l'E-APA et le M-K est la qualification de professionnel de santé du M-K (« *le kiné il est plus axé dans le soin il est un professionnel de santé* ») qui implique donc des visions et des enjeux différents. C'est un professionnel de santé au rayon d'action restreint (EAPA1 : « *le kiné il va agir pour moi vraiment une problématique précise dans un axe de soin précis* »), subordonné aux instructions du médecin prescripteur (EAPA1 : « *un champ limité euh qui va être euh limité aux indications du médecin qui aura prescrit des soins* »). Cette limitation d'action par la prescription médicale s'oppose à la liberté

dont jouit l'E-APA (EAPA2 : « *bah moi [un M-K] je peux pas faire ça par ce que ben je pense qu'il faut le pousser un peu plus et c'est hors de ma prescription médicale, bah est-ce que toi [un E-APA] ça t'intéresse ?* »). D'après EAPA2, l'E-APA a donc un champ d'action plus large que le M-K (« l'enseignant d'APA lui il a pas cette limitation sur ce champ précis »).

Un champ d'action précis dans lequel le M-K va adopter une approche analytique, donc précise elle aussi, selon EAPA2 (« *Pour moi le kiné va vraiment travailler la spécificité du cas du patient* »). Toutefois, pour EAPA2, cette approche analytique ne veut pas dire que le M-K n'effectue que du travail analytique sur le patient, mais plutôt que sa prise en charge se concentre sur un point précis, sur le problème du patient (« *je vais pas dire de l'analytique parce que y a aussi du fonctionnel par la suite mais on [le M-K] va traiter un problème* »). Cette vision précise, trop précise d'après EAPA2 peut altérer la capacité de discernement du M-K (« *y a des choses que les kinés ne verront pas bah par ce que ils prennent pas assez de recul* »). De manière logique, cette prise en charge analytique implique que le M-K effectue une prise en charge individuelle dans la majorité des cas (EAPA2 : « *le kiné il est plutôt sur des prises en charge individuelles alors que l'enseignant en APA il peut faire de l'individuel mais il est plutôt sur des prises en charges collectives* »).

b. Des facteurs de tensions entre les deux professions

EAPA2 nous a parlé de la crainte des M-K salariés de se faire remplacer par des E-APA. Selon lui, elle est due au message négatif renvoyé par le choix économique des établissements (« *on va recruter un APA qui coûte moins cher qu'un kiné. Donc là à la base quand c'est présenté comme ça forcément y a un peu de réticence* »). Ce qui a comme conséquence une réaction défensive des M-K, s'estimant menacés (EAPA2 : « *On va dire des tensions va y en avoir toujours quand t'essayes de prendre le travail de quelqu'un, quand c'est compris comme ça* »). Pour EAPA2 cette crainte est injustifiée et pousserait le CNOMK à une attitude offensive (« *On a l'impression qu'ils ont peur de perdre du boulot et que du coup pour éviter de perdre du travail... Et bah ils vont en chercher partout* »). Une attitude offensive possiblement exacerbée par le souvenir du monopole dont jouissait le M-K auparavant d'après EAPA2 (« *avant on avait des kinés qui étaient... Qui faisaient tout* »).

EAPA2 relativise ces craintes en objectant que les M-K ne souffrent pas du chômage (« *N'importe quel kiné va mettre sa plaque dans la rue il aura du travail...* ») et qu'ils vont même jusqu'à empiéter sur le champ d'action des E-APA : l'APA (« *mais prenez pas notre*

boulot hein, vous en avez déjà suffisamment ! »). Une agression d'autant plus condamnable qu'elle est perçue par EAPA2 comme étant à visée principalement lucrative (*« les kinés ils ont pas à chercher à faire de l'APA juste pour faire plus de sous avec des prix de groupe »*). C'est un point de crispation majeur pour EAPA2, qui se cristallise sur la carte d'éducateur sportif que les M-K peuvent désormais obtenir (*« on parle beaucoup des kinés qui prennent le boulot des APA à la licence, vous l'avez maintenant avec la carte pro d'éducateur sportif parce que ça, c'est une équivalence »*). D'autant plus que de son avis, les M-K n'effectuent pas tous une prise en charge de qualité et devrait plutôt se focaliser sur ce problème ci (*« Pourquoi pas au lieu de venir nous chercher nous en APA euh se dire bah pourquoi pas voire déjà vous la prise en charge kiné comment les gens peuvent l'améliorer par ce que y a énormément de plaintes »*). En effet, il y aurait des plaintes de patients mécontents des pratiques non déontologiques de leur M-K (EAPA2 : *« y a certains kinés on aimerait bien qu'ils arrêtent de travailler, malheureusement y a de la mauvaise pub qui s'entend... »* ; EAPA2 : *« En centre de rééducation on entend trop de personnes qui sont mécontentes de leur kiné »*). Il s'agirait donc selon EAPA2 que les M-K se remettent en question (*« Intéressez-vous peut-être déjà à ça quoi »*). Une autre solution était proposée par EAPA2 pour désamorcer la situation. Il proposait de créer une équivalence permettant aux E-APA de devenir M-K, de sorte que les E-APA qui le veulent puisse bénéficier des compétences des M-K (*« Pourquoi pas faire ben comme vous faites les kinés avec les APA qui veulent devenir kinés, pourquoi pas faire un contrôle de connaissances ? »*).

c. ...des points communs et des différences

EAPA2 nous a fait part des nombreux points qu'ont en commun l'E-APA et le M-K selon lui. Le mouvement est au cœur de ces deux métiers (EAPA2 : *« on se rend compte que y avait des points communs, on était un peu dans la même optique de bouger »*). On retrouve aussi des domaines d'interventions familiers à ces deux professionnels : le renforcement musculaire et le réentraînement à l'effort (EAPA2 : *« dès qu'on fait plus du renfo ou du réentraînement à l'effort, les gens ont du mal à dissocier les deux hein parce que le kiné le fait également »*). De manière générale, les M-K et les E-APA sont des acteurs de l'activité physique d'après EAPA2, car ils sont parfois amenés à se côtoyer lors de formations sur le sujet (*« les kinés également ont passé des DU en prépa physique donc ont aussi quand même un point commun qui est ce milieu-là »*).

L'enquêteur faisait toutefois la distinction entre, d'une part, un M-K qui est un professionnel de la rééducation, et d'autre part, un E-APA qui est un professionnel de la réadaptation (EAPA2 : « *c'est le kiné qui [...] va refaire marcher, on [l'E-APA] va vous faire bouger, on va vous rendre autonome et moi à côté bah voilà vous voulez faire du sport, voilà quels sports existent* »). De son point de vu, le M-K a de meilleures connaissances concernant les sciences de la vie et du mouvement (EAPA2 : « *vous avez des connaissances plus scientifiques, anatomiques et biomécaniques ça y a pas problème* »). Quand le M-K et l'E-APA travaillent ensemble, c'est donc une opportunité pour l'E-APA d'étoffer ses connaissances dans ces domaines (EAPA2 : « *Les kinés qui vont nous apporter énormément de choses au niveau anatomie, pathologie* »).

5. Les avantages de l'interprofessionnalité

a. Pour le professionnel...

L'intérêt majeur du travail collaboratif pour les professionnels interrogés est avant tout de faire d'eux de meilleurs thérapeutes (EAPA1 : « *ça nous permet d'être de meilleur professionnel* ») et donc de mieux soigner. En effet, l'interprofessionnalité va apporter de nouvelles compétences ou de nouvelles connaissances au professionnel d'après MK1 (« *t'apprends beaucoup en fait au final à côté des autres* ») ce qui profite au patient selon lui (« *Tu augmentes les chances de ton patient* »). EAPA2 insistait aussi sur ce point (« *Les kinés qui vont nous apporter énormément de choses au niveau anatomie, pathologie* »), tout comme MK2 (« *au final tu progresses aussi par ce que ils vont apporter des choses que tu n'as peut-être pas* » ; « *t'apprends tellement plus de choses* »). Cet apport de nouveaux savoirs émane de la complémentarité entre ces professionnels pour EAPA1 (« *on se situe pas sur un champ de dans le soin puisque on est sur un champ éducatif même si il est complémentaire* »). En effet, les approches de chaque professionnels sont différentes, malgré leurs ressemblances, et se complètent (EAPA1 : « *On a des choses en commun, on va avoir des actions en commun même si on a pas forcément une vision qui est la même* »), chacun a donc une meilleur perception de la situation (« *on a pas tous les tenants et tous les aboutissants en les regardant que de notre objectif professionnel séparé* »). Selon MK1, cela permet de revoir et d'améliorer le projet thérapeutique du patient (« *surtout que tu peux aussi découvrir de nouveaux objectifs, des choses qui vont motiver ton patient, par ce qu'ils vont être en APA* ») ou de lier les objectifs des

professionnels entre eux (« *une continuité dans tes objectifs* »). C'est aussi un moyen pour mettre à jour ses connaissances et éviter de stagner dans sa pratique (EAPA2 : « *si tu penses tout savoir, tu progresseras plus* »). Pour EAPA1 cela facilite la résolution de problèmes (« *on va trouver des solutions qui sont beaucoup plus fluides* »), en mettant en place des protocoles par exemple (« *on cherche aussi à mettre en place des protocoles pour que vraiment ça soit simple et fluide* »). L'enjeu est aussi de faire évoluer les métiers entre eux pour qu'ils ne restent pas figés dans leurs pratiques (EAPA2 : « *ça permet d'avoir des métiers qui progressent au fur et à mesure par ce qu'on s'ouvre à d'autres choses et qu'on adapte des pratiques de certains à son point de vue à soi et ça évolue comme ça au fur et à mesure* »).

EAPA2 soulignait que le travail collaboratif vallait mieux que les luttes inutiles entre les différents corps de métier (« *c'est quand même mieux en travaillant ensemble qu'en se tirant dans les pattes* » ; « *Je trouve que c'est peut-être moins merdique quoi* »). Toujours selon lui, l'effort à fournir est moindre quand on travaille ensemble (EAPA2 : « *moins d'efforts à faire* »). Pour MK2, l'économie se compte en termes de temps de traitement (« *ça va gagner du temps sur ton traitement* »).

b. ... au service du patient

Tous ces avantages offerts au professionnel vont être bénéfiques pour le traitement du patient. D'ailleurs, les enquêtés s'accordaient tous pour dire que l'intérêt principal de l'interprofessionnalité revenait au patient (EAPA1 : « *c'est surtout toujours au bénéfice du patient* ») et cela pour plusieurs raisons. Le travail en collaboration permet de disposer d'un ensemble de personnes compétentes, qui vont en plus échanger des savoirs entre elles et de ce fait accumuler des compétences pour mieux stimuler le patient (EAPA1 : « *la collaboration c'est ça, c'est d'apporter le plus d'éléments possibles* ») et donc mieux le soigner (MK2 : « *et qu'au final le bénéfice soit meilleur pour le patient.* »). Les professionnels sont souvent spécialisés dans différentes disciplines et apportent donc des approches différentes d'après EAPA2. L'ensemble de ces approches permet une vision plus large du patient et donc une meilleure compréhension et gestion de son problème (EAPA2 : « *on va pas regarder un patient de la même manière* ») en évitant d'omettre des éléments importants (MK2 : « *peut-être que ton collègue il va relever des choses que toi tu n'auras pas relevées et vice versa* »). De plus, pour EAPA2, les professionnels vont se compléter entre eux et proposer ainsi une prise en charge plus globale du patient (« *pour le patient c'est tout bête : une prise en charge globale* »).

Sur ce même aspect, EAPA1 nous a décrit le cas d'une patiente opérée à la suite d'une rupture du tendon d'Achille et qui avait été traitée dans sa structure. Ses différents problèmes ont été traité par différents professionnels : un ostéopathe, une podologue et un E-APA (EAPA1 : *« voilà en faisant le rebond d'un professionnel à l'autre, ça a permis d'avoir une approche plus globale, plus grande »*). Dans ces situations de travail en équipe, MK1 et EAPA2 vont adapter le contenu de leurs séances à celles de leurs collègues pour optimiser la prise en charge du patient (MK1 : *« je vais adapter ma séance en fonction de cet objectif par exemple qui est fixé en APA »* ; EAPA2 : *« qui nous permet après d'adapter nos séances par rapport à ce qu'il se fait en kiné »*) pour favoriser son retour à l'autonomie (EAPA1 : *« elle vient plus chez APA de géant, elle est repartie sur un groupe de marche »*).

Tous ces professionnels réunis dans un même lieu ont aussi comme intérêt de centraliser l'offre de soin sur le territoire et ainsi de simplifier le parcours du patient (EAPA1 : *« un parcours plus simple euh d'avoir moins de démarche à faire »*). Il est même plus rapide pour MK2 (*« en fonctionnant tous ensemble, avec chacun euh nos spécificités, nos objectifs, ça soit dans l'intérêt du patient et pour que ça soit plus efficace, plus rapide. »*). Le patient serait donc plus impliqué dans son suivi (EAPA1 : *« l'observance est encore dans la nature »* ; MK2 *« son observance, son éducation elle sera beaucoup plus facile »*) et en plus grande confiance (EAPA1 : *« c'est un contexte rassurant »* ; EAPA1 : *« j pense que je [le patient] peux y aller en sécurité »*).

6. Des modalités de collaborations en soins de ville variées

Trois des quatre enquêtés travaillaient avec l'autre professionnel (EAPA1 : *« on travaille avec des kinés assez souvent »*), seul MK2 n'avait jamais travaillé avec un E-APA. EAPA1 et EAPA2 étaient les seuls professionnels à avoir travailler en collaboration avec un M-K en soins de ville, les deux sur le lieu de travail du M-K (EAPA1 : *« on intervenait au cabinet »*), en complément d'une autre activité : un travail dans l'association « APA de géant » pour EAPA1 et un travail dans une clinique privée pour EAPA2. Les deux M-K interrogés n'avaient quant à eux jamais travaillé en soins de ville avec un E-APA mais MK1 jugeait cette possibilité intéressante (*« bah je dirais même qu'au-delà d'être possible ça serait vraiment... Utile. »*). Il est à noter que lors de l'entretien, EAPA1 exerçait dans une MSP dépourvue de M-K malgré leur offre de poste de M-K. EAPA2 nous faisait part de son optimisme quant à cette collaboration (*« Je trouve que maintenant, dans la majorité des cas on travaille bien ensemble »*).

») qui pour lui s'est améliorée ces dernières années (« *je trouve que y a vraiment, y a vraiment une belle évolution* »). Sur la question du mode de collaboration entre le M-K et l'E-APA en soins de ville, les réponses ont été très variées et très riches. EAPA2 l'exprimait d'ailleurs : « *Après les modalités du coup vont être suivant les thérapeutes que t'as et suivant le patient que tu vas avoir* ». Et cela implique forcément un accord préalable entre les professionnels (EAPA2 : « *T'en as d'autres c'est plutôt les thérapeutes qui vont dire bah donc ça c'est mon axe de métier par ce que c'est mon boulot, toi tu fais le reste* »).

Tous n'étaient pas d'accord pour dire qu'il y avait une nécessité d'un lieu de travail commun pour travailler ensemble. Ainsi EAPA2 déclarait prendre en charge des patients adressés par le M-K sur leur domicile (« *quand je travaille en coaching euh je passe par l'intermédiaire d'un cabinet de kiné qui m'envoie du coup des personnes* ») via un réseau de professionnels (« *en kiné on fait ça mais le but c'est que vous poussiez un peu plus à l'extérieur, bah voilà une association où il peut aller faire du sport* »). Alors que MK1 voyait cette collaboration prendre place dans un complexe médico-sportif (« *moi je vois ça comme ça aussi, micro-salle de sport* »), à même d'être capable d'assurer la prise en charge après l'hospitalisation (« *une sorte de relais en ville ça serait ultra, ultra intéressant* » ; « *je vous donne une adresse pour faire relais, pour que ça soit concomitant...* »). Particulièrement pour les cas d'atteintes neurologiques sévères (« *surtout là dans le domaine neuro* »), car ce sont des personnes ayant des difficultés à effectuer de l'activité physique en ville d'après MK1 et ce genre de structure leur permettrait d'en faire de manière régulière et durable (« *il faut qu'il y ait quelque chose qui fasse que bah il s'auto-entretient en fait* »).

a. Les différentes formes de collaboration

Dans cette partie nous allons détailler les différents modes de fonctionnement possibles selon les enquêtés. Tout d'abord, on peut distinguer une collaboration entre ces deux professionnels selon leur champ de compétences. MK1 voyait ainsi l'intervention d'un E-APA en phase aiguë de pathologies graves et très limitantes comme peu pertinente (« *Un tétra peut être un peu, un peu frais comme on dit euh... Euh pas forcément adapté mais après oui ça devient nécessaire* »). Pour EAPA2 il est bon de s'en remettre à l'autre professionnel en cas d'échec du traitement (« *quand je suis en coaching avec vous y a quand même des douleurs, ça serait bien que vous alliez voir un kiné par ce que là c'est hors de mes compétences, faut traiter ailleurs* ») ou bien, dans le cas du M-K, quand le champ d'action requis pour traiter le patient

dépasse la prescription médicale (*« bah moi je peux pas faire ça par ce que ben je pense qu'il faut le pousser un peu plus et c'est hors de ma prescription médicale, bah est-ce que toi ça t'intéresse ? Oui. »*). EAPA1 allait dans ce sens en arguant qu'il pouvait être bon de prendre le relais quand le professionnel a fait tout son possible (*« leur action est arrivé à ce qu'ils pouvaient faire de mieux »* ; *« quand il considérait que c'était pas forcément c'était plus forcément euh de son acte de soin à lui »*).

Une autre vision détaillée est celle de collaborer en fonction de l'avancée des soins et de l'état de santé du patient. Pour EAPA1, le travail collectif peut aussi s'inscrire dans la continuité de ce qui a été fait précédemment (*« qui va venir compléter ce travail et maintenir ce qui a été acquis pendant ce travail »*).

Au demeurant, MK1 nous expliquait que l'interprofessionnalité pouvait prendre la forme d'un travail en concomitance, pour certaines pathologies (*« Je pense que nous typiquement sur les scléroses en plaque par exemple, c'est bien d'avoir les... Tout en même temps »*). EAPA2 partageait ce point de vu, pour lui un travail de concert du M-K et de l'E-APA aurait comme principal intérêt de potentialiser les effets de la prise en charge, par exemple en se répartissant une zone anatomique de travail (*« ça va être le kiné qui s'occupe du membre inf et moi je vais m'occuper du membre sup »*) ou en insistant sur une même limitation (*« au contraire c'est trop dur membre inf ce serait bien qu'on soit deux dessus bah on va faire les deux dessus »*) voire même en effectuant une prise en charge synchrone (*« ou même faire les deux, que le kiné soit avec moi en séance »*). EAPA2 allait plus loin en proposant de se partager, dans certains cas, les moyens de traitement : les techniques passives et celles actives (*« moi je pense que ce qu'il fait en kiné pour du renforcement c'est pas suffisant, bah laisse-moi faire le renforcement et je te laisse faire tout ce qui est étirement, manipulation et gain d'amplitude »*).

MK2 se faisait une représentation différente : un EAPA moins compétent, salarié et formé par un M-K qui lui délèguerait le travail (*« en gros globalement le travail euh stagiaire kiné euh quand tu montres tes exercices, y a pas de raison qu'un APA bien formé ne puisse pas le faire, tu vois. »*). Dans sa conception, le M-K fait le diagnostic puis l'E-APA effectue le traitement (*« Que en gros l'APA fera faire la partie exercice toi la partie diagnostic, mise en place de traitements et ton APA tu vois ici avec des exercices protocolisés, c'est largement jouable, va appliquer, ça sera un applicateur de ton traitement exercice »*). Il émettait cependant des réserves concernant l'aspect financier de ce mode de fonctionnement (MK2 : *« là pour le moment mais euh ça me semble difficile avec le tarif euh tu vois sécu actuelle, le conventionné ou même avec un peu de dépassements d'honoraires à Paris de mettre en place »*).

eah... Sur... Sa rogne sur notre... Sur notre prix d'une séance pour un APA ») à moins d'effectuer des séances collectives (« ou alors ça veut dire si t'as un APA tu prends plus de patients et peut-être que comme ça tu peux t'y retrouver »). Outre cela, il imaginait une prise en charge annexe où cette fois-ci l'E-APA serait libre du contenu de ses séances (« tu vas avoir une deuxième partie qu'est activité sportive adaptée, ce que fait normalement l'APA, en déconventionné ou dans l'optique du sport santé sous ordonnance où là lui il peut créer sa séance »). MK1 et EAPA2 étaient défavorables à ce genre de fonctionnement. Si cela peut offrir un gain de temps pour MK1 (« J'me dis ça pourrait être bien, j pense ça libérerait du temps ») elle regrette le rapport de force induit par le contrat de salariat (« le fait d'être salarié de quelqu'un ça implique tout de suite une sorte de hiérarchie »), qui pour elle ne va pas améliorer la relation entre ces deux métiers, au contraire (« c'est pas fait non plus pour renforcer les liens entre les deux professions... »). De plus, pour elle, malgré les complémentarités et les ressemblances entre le M-K et l'E-APA, ils disposent de compétences qui leur sont propres, ce qui ne permet pas un lien hiérarchique selon elle (MK1 : « j'trouve y a pas de raison qu'il y en ai un qui soit au-dessus de l'autre. Dans ce cas là pourquoi le kiné pourrait pas aussi être salarié d'un APA aussi tu vois ? Y a pas de raisons »). EAPA2 argumentait aussi dans ce sens (« On a des compétences qui sont très étroites certaines fois, ça se rejoint » ; « Quelle est la compétence du kiné pour dire toi je t'embauche ou toi je t'embauche pas ? » ; « je vais pas être salarié par un autre corps de métier »). Pour lui cette solution n'est pas envisageable (EAPA2 : « il y a un lien hiérarchique qui doit pas se faire »).

b. Collaborer dans un cadre formel

Le contexte formel de l'interprofessionnalité nécessite la mise en place d'un temps qui lui est dédié : la réunion ou le « staff ». Pour EAPA1, elle a surtout comme intérêt principal la réflexion autour de situations compliquées (« on a des réunions pluriprofessionnelles autour de cas complexes »). Elles doivent donc avoir lieu régulièrement pour essayer de résoudre au mieux les problèmes rencontrés (EAPA1 : « on va essayer en effet d'avoir quelque chose aux alentours d'une fois par semaine euh un traitement d'un dossier particulier d'un patient. »). L'objectif étant de produire une solution opérationnelle (« on met en place des plans d'action par rapport à ce cas complexe »). Cela permet en effet d'ajuster la marche à suivre de la collaboration (EAPA2 : « ça donne un axe directif »). C'est aussi le moment pour harmoniser ou du moins cadrer les pratiques des différents professionnels, d'après EAPA1 en créant des

protocoles de traitement (« *on cherche aussi à mettre en place des protocoles pour que vraiment ça soit simple et fluide* »). De plus, au début de la collaboration, il peut être important de faire des réunions à un rythme élevé afin de mûrir le dispositif (EAPA1 : « *une fréquence un peu élevée pour l'instant mais c'est parce que aussi nous professionnels on essaye de se mettre en place dans quelque chose qui soit... Qui tiennent la route et qui soit cohérent.* »). C'est un moment pour se retrouver et gérer les désaccords ou les conflits en prenant une décision concertée et réfléchie (MK2 : « *elle [la décision] est collégiale* » ; MK2 : « *t'as quelque chose qui fait consensus, oui non et après on débat et à la fin on tranche* »). Le but y est d'argumenter en se basant sur des données probantes, l'expérience du thérapeute et les préférences du patient (EAPA2 : « *ça c'est la bonne solution parce que ça a été prouvé* » ; EAPA2 : « *une décision qui prend en compte les compétences de chacun, l'objectif du patient* » ; MK2 : « *en fonction des arguments proposés, tu vas essayer de, des expériences et chacun, de tirer euh le la meilleure décision* »). Pour arbitrer les conflits et articuler les différents métiers entre eux, EAPA1 évoquait le besoin d'une figure d'autorité en dépit du principe de collaboration transversale (« *malheureusement quand tu travailles en groupe faut forcément qu'y en ai un qui tranche et qui décide* »). Pour lui elle se traduit en la personne du médecin, du moins en établissement de santé (« *le médecin bah puisque c'est dans un centre de rééducation c'est lui le cadre hiérarchique en tout cas qui est au-dessus de tout le monde et qui va décider à la fin.* »). MK2 aussi insistait sur l'importance d'une figure d'autorité (« *Une subordination ou euh une hiérarchie en fait, c'est normal dans toutes les entreprises* »), car elle donne un cadre, qu'il trouvait d'ailleurs absent dans le secteur des soins de ville en France (« *à part l'hôpital, en libéral chacun fait ce qu'il veut et c'est ça où c'est le bordel* »). La figure d'autorité devrait être incarnée selon lui par le praticien ayant le plus d'expérience clinique (« *Pourquoi un kiné jeune diplômé il a le même pouvoir qu'un kiné qu'a 20 30 ans d'expérience ?* »). Concernant la durée des réunions, MK1 la trouvait trop courte et à une fréquence trop faible (« *On a des, on a des synthèses etc. mais c'est plus un... Euh un tac tac tac* » ; « *Mais en fait c'est une fois par session donc une en un mois et demi* »). Il exprimait en conséquence le besoin de temps plus informels pour échanger avec ses collègues (« *donc c'est pour ça que t'es obligé d'aller un peu attraper tes interlocuteurs pour essayer d'échanger* »). Le constat était le même pour EAPA1 (« *Je trouve que les réunions quand c'est formel, on a pas le temps* »).

Toujours de manière très formelle, EAPA1 était impliqué dans un dispositif de sport sur ordonnance émanant de la Loi de modernisation du système de santé (« *on travaille principalement autour de Prescri'Forme* »).

c. Collaborer dans un cadre informel

Pour des cas moins complexes ou dans des situations où le niveau d'alerte ou d'exigence est abaissé, le cadre informel est plus pertinent selon EAPA1 (« on peut avoir des cas un peu plus légers, un peu moins compliqués à gérer et à ce moment-là ça peut-être un peu plus informel ») ; « On peut avoir la sage-femme qui appelle en disant "Je vous envoie Mme Machin euh par ce que ce serait bien qu'elle se remette à l'activité" »). Le contexte est plus familier (EAPA2 : « comme tout hein on discute mieux autour d'un verre »). Ces moments ne sont pas instaurés et surviennent naturellement (EAPA1 : « on peut en discuter au café, au déjeuner, voilà. »). Comparé aux réunions, EAPA2 appréciait de pouvoir prendre son temps (« c'est prendre le temps d'échanger »). De plus, ces occasions sont plus sympathiques (« qu'on a plus les mains libres en tout cas pour discuter ») car il y a moins de pression sociale que lors des réunions (« Les débats sont mieux quand on est pas regardé, qu'on, ça va permettre de voilà... Être un peu plus libre de ces mots »).

MK1 lui, va après chaque bilan aller voir les autres professionnels pour les questionner (« des fois j'aime bien faire en général c'est après aller voir l'ergothérapeute, aller voir l'APA, aller voir mon interne lui dire "qu'est-ce que t'en penses ? Qu'est-ce que t'as vu ? Qu'est-ce qu'il t'a dit ?" »). EAPA2 profite parfois des séances pour échanger sur le cas de certains patients (« on va en chambre après une séance, je vais voir le patient qu'est avec le kiné. Bah tiens qu'est-ce que tu fais ? comment ça se passe ? »).

Discussion

I. Interprétation des principaux résultats

1. Représentation et connaissance de l'autre

Sur la perception du son métier et de celui de l'autre, il ressort de ces résultats que les professionnels M-K et E-APA ont des représentations communes en accord avec les référentiels métiers. Nous pouvons citer par exemple la vision partagée par les M-K et les E-APA que le M-K est un rééducateur apte à toucher le patient (Annexe II de l'arrêté du 2 septembre 2015) et que l'E-APA fait de la réadaptation via une prise en charge globale et ressent un manque de reconnaissance (Barbin, et al., 2016). Cependant, il y a aussi des perceptions partagées entre ces deux professionnels mais en désaccords ou alors non énoncées dans les référentiels métiers (ex : vision d'un M-K qui effectue en majorité une prise en charge analytique par les E-APA). D'autre part, nous relevons aussi des conceptions différentes des métiers par les professionnels interrogés. L'image d'un M-K qui ne prend pas le patient dans sa globalité décrite par EAPA1 et EAPA2 ou bien la possibilité pour l'E-APA d'être professeur d'EPS selon MK1 en sont deux exemples. La plupart de ces désaccords peuvent être résolus par la lecture des référentiels métiers (ex : le M-K prend le patient dans sa globalité et en aucun cas l'E-APA n'est un professeur d'EPS d'après leurs référentiels métiers respectifs). Il y a donc une connaissance relative du métier de l'autre, son amélioration rendrait d'autant plus propice le travail collaboratif (Policard, 2014). Il y a de plus une inclination à travailler ensemble car tous les professionnels interrogés estiment que le M-K et l'E-APA sont complémentaires. Ils estiment donc qu'une collaboration pourrait se montrer intéressante pour ces professionnels et pour le patient.

2. Mettre les conflits de côtés pour travailler ensemble

Des critiques ont été émises sur le métier de l'autre, principalement par les E-APA : empiètement sur son secteur d'activité ; pratiques non-déontologiques ; appât du gain. MK1 a quant à lui évoqué sa crainte de voir les MK salariés se faire remplacer par les E-APA. Cela témoigne des tensions en cours entre ces deux corps de métiers. Néanmoins, il était aussi précisé

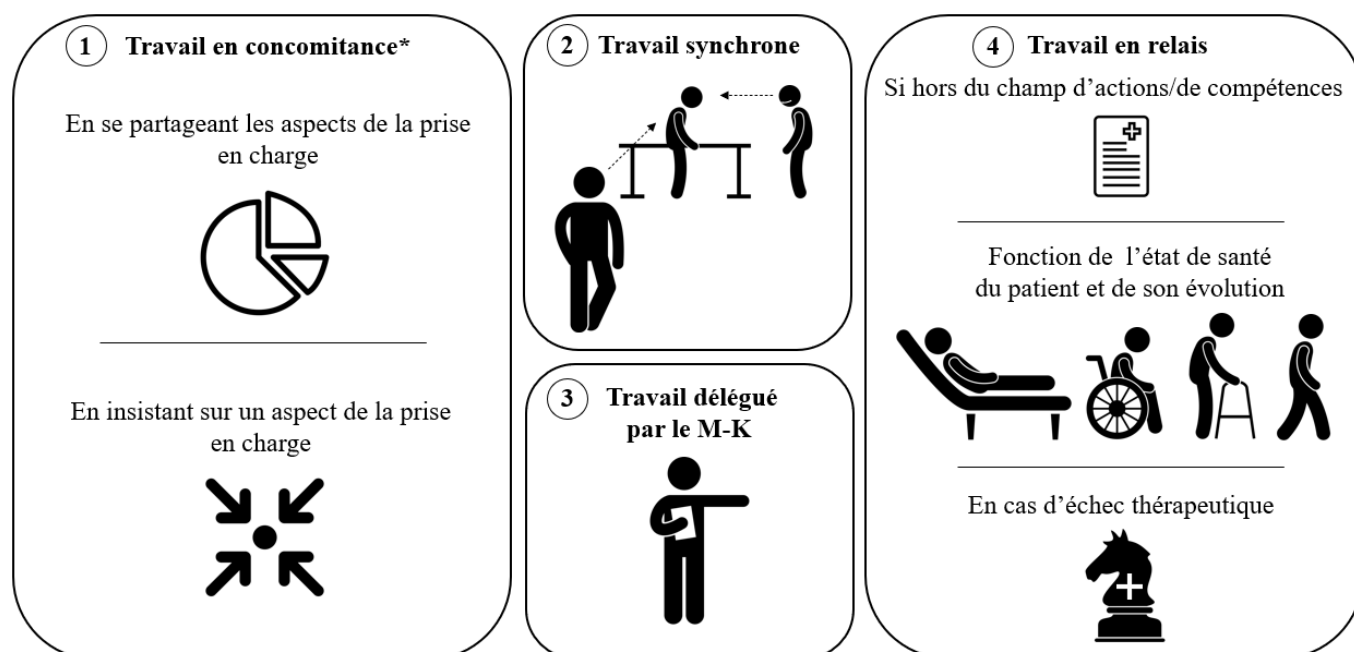
que la situation allait en s'améliorant. De plus l'ensemble des enquêtés était favorable et intéressé pour travailler ensemble car selon eux cela leur offrirait la possibilité de s'améliorer de nombreuses façons : prise de recul sur sa pratique ; mise à jour de ses connaissances ; développement de nouvelles compétences. Ce qui de leur avis, améliorerait la qualité des soins prodigués au patient. En effet, ce dernier aurait accès à une offre de soin plus complète et les démarches à effectuer pour se soigner seraient moindres. La prise en charge serait donc plus efficace, plus simple et plus rapide pour lui. Une étude de 2015 de l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes conclue aussi à une vision ambivalente des M-K à propos des E-APA. En effet, certains MK voient ce professionnel comme un concurrent quand d'autres estiment qu'il leur est complémentaire (Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, 2015). Il y a donc des tensions interprofessionnelles et des représentations intraprofessionnelles divergentes des MK sur les E-APA

3. Des modes de collaboration en soins de ville à construire

Les modalités de collaboration en soins de ville sont variées car jugées dépendantes des envies des thérapeutes mais aussi de la patientèle rencontrée. Parmi les différentes structures proposées nous retrouvons : une MSP ; un réseau de soins en ville ; un complexe médico-sportif ; un relais post-hospitalisations. Les différentes formes de collaboration sont : un travail en concomitance en se répartissant ou en insistant sur un des aspects de la prise en charge (les déficits ou les domaines d'intervention par exemple) ; un travail synchrone ; un travail en relais (si hors du champ d'action ou de compétences d'un des professionnels, en fonction de l'évolution de l'état du patient, en cas d'échec thérapeutique) ; un travail où le M-K délègue le travail à l'E-APA (fig.2). La dernière proposition est la seule controversée et refusée par la majorité des enquêtés de par le lien de subordination de l'E-APA au M-K. Le travail collaboratif en concomitance est d'ailleurs retrouvé dans une étude de 2010 d'Anne Ryckelynck et d'Axel Letombe sur la prise en charge conjointe du M-K et de l'E-APA pour des patients amputés du membre inférieur. Les auteurs décrivent tout d'abord un travail de renforcement analytique effectué par le M-K sur le moignon, et un travail de renforcement périphérique effectué par l'E-APA sur les membres supérieurs, le tronc et le membre inférieur sain (Ryckelynck & Letombe, 2010). Au-delà de cette vision « classique » où la prise en charge du M-K est analytique et celle de l'E-APA est globale, cette étude propose plusieurs autres façons de répartition du travail

entre ces deux professionnels (annexe IV) : différentes façons de travailler ensemble peuvent coexister.

Figure 2 : Synthèse des modes de collaborations proposés entre le M-K et l'E-APA



**Il est possible de se partager ou d'insister sur de nombreux aspects : des déficits ; des domaines d'intervention... etc.*

II. Limite de l'étude et pistes d'amélioration

On peut relever plusieurs limites au niveau de la conception de cette étude et de l'analyse des résultats. Concernant la méthodologie, la grille d'entretien peut sembler trop directive et composée de trop de questions fermées, ce qui a pu influencer les réponses formulées par les enquêtés. Pareillement, l'enquêteur a fait peu de relances, ce qui a certainement joué sur le contenu des réponses en empêchant parfois l'enquêté de développer davantage ses idées et donc d'approfondir le sujet. Toutes les questions n'ont pas été posées à tous les enquêtés pour ne pas perturber le flux de l'interview. En conséquence, des thèmes ont été très détaillés par certains alors qu'ils n'ont été que très peu abordés par d'autres. Cela aurait permis d'obtenir plus de données mais aussi de comparer les réponses entre elles. Le seuil de saturation des données n'a pas été atteint il aurait été donc possible d'obtenir plus d'éléments de réponses aux questions. La transcription effectuée se voulait la plus fidèle possible mais est imparfaite et aurait pu être améliorée. Il aurait fallu disposer d'un dictaphone de meilleure qualité car celui utilisé restituait parfois des morceaux difficilement intelligibles. En arrivant à la moitié des entretiens, il aurait

été intéressant de réaliser une analyse intermédiaire en faisant une triangulation afin d'améliorer encore une fois la grille d'entretien. Un autre biais important concerne l'analyse via le logiciel Tropes© : elle s'est révélée peu utile car la puissance de codage du logiciel est assez limitée. En effet, le logiciel utilise un dictionnaire des équivalents sémantiques dans lequel tous les mots du français ne sont pas classés. Il n'apparaît alors que les substantifs très significatifs du texte et certains noms propres. Il est donc possible que cela ait nuit à l'analyse du contenu. Les thèmes retrouvés par Tropes© sont d'ailleurs très différents de ceux trouvés par l'enquêteur. En conséquence, nous avons fait le choix de conserver seulement certains thèmes mis en avant par Tropes, qui étaient en rapport avec les thèmes qu'il avait trouvés.

III. Propositions pour l'évolution des pratiques en kinésithérapie

Pour faire suite aux tensions interprofessionnelles ainsi qu'aux connaissances incertaines du M-K sur l'E-APA et inversement, nous proposons quelques possibles éléments de solutions. Tout d'abord, il pourrait être intéressant que les IFMK et les facultés de sport donnent l'opportunité à ces professionnels de se présenter aux étudiants. Dans cette même démarche d'apprendre à connaître l'autre pour mieux travailler avec lui, les cours sur l'interprofessionnalité pourraient aussi être plus poussés.

Plusieurs façons de collaborer dans différents endroits semblent possibles en soins de ville (MSP, cabinets, réseaux de professionnels...). Pour celles et ceux intéressés par ce travail collaboratif, il conviendrait d'échanger avec l'autre pour en définir les modalités mais aussi et surtout pour avoir une vision commune de ce partenariat. L'idée de dialoguer peut sembler une évidence, mais bien souvent c'est ce manque de communication qui peut donner lieu à des tensions entre les professionnels.

Conclusion

La France, tout comme le reste du monde, est confrontée à l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques. Elles ont des conséquences négatives sur la qualité et l'espérance de vie de l'ensemble de sa population : c'est donc un enjeu majeur de santé publique. La plupart des mesures de prévention et de lutttes contre ces maladies soulignent l'importance de réaliser une activité physique régulière et pérenne, en s'appuyant sur de nombreuses études à haut niveau de preuve. En dépit de cela, le taux d'inactivité physique ou sportive des français est relativement important. Il est même en constante augmentation depuis dix ans. Partant de ce double constat, les instances gouvernementales recommandent de guider au mieux les personnes souffrant d'une affection chronique. L'objectif est de leur proposer une prise en charge globale regroupant plusieurs acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, de l'activité physique et sportive.

Cette étude s'est donc intéressée à deux acteurs clés de l'activité physique, le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en APA, en cherchant à comprendre les représentations que chacun avait de l'autre et s'ils étaient disposés à travailler ensemble en soins de ville.

Les résultats montrent que les deux professionnels se perçoivent comme complémentaires entre eux et qu'ils ont une connaissance relative l'un de l'autre. Il y a une véritable envie de travailler ensemble malgré des tensions entre les deux corps de métier. Les modes de collaborations en soins de ville proposés sont multiples et peuvent coexister entre eux. Plusieurs possibilités de structures ou de modes de fonctionnements ont été décrits, il n'y a donc pas une seule solution. Un travail collaboratif en soins de ville entre le M-K et l'E-APA paraît concevable sous réserve que ces professionnels apprennent à mieux se connaître. Nous pouvons aussi nous interroger sur le rôle des instituts de formations et des instances professionnels : sont-ils disposés à favoriser la collaboration entre les professionnels ? Il s'agit aussi de prendre du recul et de travailler main dans la main en plaçant l'intérêt du patient au premier plan pour ainsi concorder aux objectifs de santé publique. Des études descriptives d'une plus grande ampleur sont nécessaires pour confirmer cette conclusion.

Enfin, ce travail de mémoire a été l'occasion pour l'investigateur principal de s'initier à la recherche. Cela lui a permis de développer son esprit critique en essayant de fournir un travail rigoureux afin d'améliorer ses connaissances et faire de lui un meilleur thérapeute.

Références bibliographiques

- Agrinier, N., & Rat, A.-C. (2010). Etat des lieux : quelle définition pour la maladie chronique ? *adsp*(72).
- Ameli. (2018). *Statistiques et publications*. Consulté le 29 mars, 2020, sur ameli.fr: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques>
- Annexe II de l'arrêté du 2 septembre 2015 . (s.d.).
- Arrêté du 12 décembre 2014 du Journal Officiel n°0289. (s.d.).
- Arrêté du 2 mai 2017 du Journal Officiel n°0109. (s.d.).
- Arrêté du 24 janvier 2020 du Journal Officiel n°0023. (s.d.).
- Arrêté du 24 juillet 2017 du JORF n°0182. (s.d.).
- Arrêté du 30 octobre 2019 du Journal Officiel n°0254. (s.d.).
- Article A212-67 du Code du Sport. (s.d.).
- Article D. 1172-1 du Code de la Santé Publique. (s.d.).
- Article D. 1172-3 du Code de la Santé Publique. (s.d.).
- Article L. 1172-1 du Code de la Santé Publique. (s.d.).
- Article L. 613-1 du Code de l'Education. (s.d.).
- Article L6323-3 du Code de la Santé Publique. (s.d.).
- Article R. 4321-2 du Code de la Santé Publique. (s.d.).
- Article R. 4321-4 du Code de la Santé Publique. (s.d.).
- Article R. 4321-5 du Code de la Santé Publique. (s.d.).
- Assemblée nationale ; Sénat. (21 juillet 2009). LOI n° 2009-879 sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- asso eclat. (2019). *Guide Méthodologique Activités Physiques Adaptées*. Consulté le 17 avril, 2020, sur www.association-eclat.org: <https://www.association-eclat.org/guide-methodologique-activites-physiques-adaptees/>
- Assurance Maladie - Risques professionnels. (2017). *Rapports Santé Travail : enjeux et actions*. Récupéré sur assurance-maladie: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-reference/assurance-maladie-risques-professionnels/>
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., Letrilliart, L., & GROUM-F. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *exercer la revue*

- française de médecine générale*, 19(84), pp. 142-145. Récupéré sur http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf
- Barbin, J., Camy, J., Communal, D., Fodimbi, M., Perrin, C., & Vergnault, M. (2016). *Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée*. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée. Paris.
- Bigard, X., Ancellin, R., Ayma, R., Barrault, D., Brunot, A., Dragos, S., . . . Vasseur, J.-P. (2016). *Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ?*
- Blanchet, G. B. (1994). Interactional effects of the environment on interviews. *European Journal of Psychology of Education*, 9(1), pp. 41-53.
- CESE. (2019). *Les maladies chroniques avis du conseil économique, social et environnemental*. Paris. Consulté le 31 mars, 2020
- Chavignay, E., & Fabre, C. (2010). Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. *Revue des Maladies respiratoires Actualités*(2), pp. 628-630. doi:10.1016/S1877-1203(10)70164-6
- CNOMK. (2016). *Notice de mise en œuvre de l'activité physique adaptée par les masseurs-kinésithérapeutes*. Consulté le 3 avril, 2020, sur [ordremk.fr](http://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/exercice/notice-de-mise-en-oeuvre-de-lactivite-physique-adaptee/): <http://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/exercice/notice-de-mise-en-oeuvre-de-lactivite-physique-adaptee/>
- CNOMK. (2019). *contrats*. Récupéré sur [contrats.ordremk.fr](http://contrats.ordremk.fr/contrats/): <http://contrats.ordremk.fr/contrats/>
- Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. (2017). *Actualité des kinés : Gros plan sur la démographie des kinésithérapeutes*. Récupéré sur le site de l'organisme: <http://www.ordremk.fr/>
- CSPRMK. (2016). *Guide pratique de la NGAP en masso-kinésithérapie*. Consulté le 10 avril, 2020, sur https://www.snmkr75.fr/IMG/file/Guide_pratique_NGAP_masso-kinesitherapie_CSPR_050216.pdf
- Dearnley, C. (2005). reflection on the use of semi-structured interviews. *Nurse Researcher*, 13(1), pp. 19-28. Récupéré sur <https://doi.org/10.7748/nr2005.07.13.1.19.c5997>
- Décret n° 2016-942 du Journal Officiel n°0160. (s.d.).
- Décret n° 2017-1259 du Journal Officiel n°0187. (s.d.).
- Décret n°1172-2 du Journal Officiel n°0304. (s.d.).

- Delignères, D. (2016). Consulté le 3 avril, 2020, sur Un blog EducPros: <http://blog.educpros.fr/didier-delignieres/2016/03/26/stapskine-la-guerre-des-territoires/>
- Département Fédéral Suisse de l'Intérieur. (2017). *Programme de promotion interprofessionnalité dans le domaine de la santé*. Consulté le 4 avril, 2020, sur www.bag.admin.ch/ppinterprof
- DREES. (2018). *D'ici à 2040, les effectifs de masseurskinésithérapeutes augmenteraient de 57 %*. Consulté le 9 avril, 2020, sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1075.pdf>
- DREES. (2019). *Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités*.
- DREES. (2019). *Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de la santé*. Consulté le 27 mars, 2020, sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2019.pdf>
- DREES, Santé Publique France. (2017). *Etat de santé de la population en France*. Consulté le 29 mars, 2020, sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
- Dutrieux, F. (2016). *#Customer focus*. Récupéré sur Critizr: <https://business.critizr.com/blog/etude-qualitative-tout-savoir-sur-entretien-individuel>
- European Commission; TNS opinion & social. (2018). *Special Eurobarometer 472 : Sport and physical activity*. Consulté le 12 avril, 2020, sur file:///C:/Users/ramic/Downloads/ebs_472_sum_en.pdf
- Eurostat. (2018). Nombre d'années en bonne santé à la naissance, par sexe. Consulté le 27 mars, 2020, sur <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/>
- Eurostat. (2020). *Self-perceived health by sex, age and educational attainment level*. Consulté le 8 avril, 2020, sur [eurostat: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do)
- Eurostat. (2020). *Self-perceived long-standing limitations in usual activities due to health problem by sex, age and income quintile*. Consulté le 8 avril, 2020, sur [eurostat: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do)
- Fassier, J.-B. (2011). Prévalence, coûts et enjeux sociétaux de la lombalgie. *Revue du rhumatisme*, p. 78. doi:[https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(11\)70007-2](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(11)70007-2)
- Fassin, D. (1990). Décrire, entretien et observation. *Sociétés, développement et santé*, 87-106. Récupéré sur

- http://classiques.uqac.ca/contemporains/fassin_didier/decrire_entretien_observation/decrire_entretien_observation.pdf
- Foucaut, A.-M., Latrille, C., Maudet, D., Fusch, D., Caderby, G., Vergnault, M., & Cantele, B. (2018). L'enseignant en activité physique adaptée sous le regard pluri-professionnel de ses collègues. 33. *Science & Sports*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.scispo.2018.03.010>
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices COREQ pour la lecture et l'écriture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la revue*, 15(157), pp. 50-54. doi:<https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>
- Global Burden of Disease Study. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015 : a systematic analysis for the Global burden of disease study 2015. *Lancet*, p. 388.
- Hatano, & Chalvidan. (2016). Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? *Forum*(148), pp. 8-16. doi:10.3917
- Haute Autorité de Santé. (2019). *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune : rapport d'élaboration*. Paris.
- INRS. (2018). *risques*. Récupéré sur [inrs.fr: http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html](http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html)
- INSEE. (2019). *Indicateurs de richesse nationale*. Récupéré sur [insee.fr: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778#consulter-sommaire](https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778#consulter-sommaire)
- INSERM. (2019). *Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Collection Expertise collective*. EDP Sciences.
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *JAN*, 71(12), pp. 2954-2965. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kantar, Institut Paul Delouvrier. (2019). *Les services publics vus par les Français et les usagers*. baromètre.
- Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif* (éd. 4ème). (A. Collin, Éd.) France. Consulté le 10 septembre, 2019
- Ketele, J.-M. D., & Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*. (éd. 3ème édition). Paris: De Boeck Université.

- Lesparre, J. (2020). *Kinésithérapeute*. Consulté le 19 mars, 2020, sur cidj.com: <https://www.cidj.com/metiers/kinesitherapeute>
- Maudet, D. (2017). *les articles*. Consulté le 17 avril, 2020, sur sfp-apa.fr: <https://www.sfp-apa.fr/actualites/les-articles/le-code-du-sport,-la-carte-professionnelle-et-les-enseignants-en-apa.html>
- Mays, N., & Pope, C. (1995). Qualitative Research: Rigour and qualitative research. *BMJ*, 311(109). doi:10.1136/bmj.311.6997.109
- Ministère des solidarités et de la santé. (2018). *Ma santé 2022*.
- Ministère des sports; Ministère des solidarités et de la santé. (2019). *Appel à projet (AAP) relatif aux "Maisons Sport-Santé"*. Consulté le 3 mai, 2020, sur http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/aap___maisonssportsante__publie_ms_-_mss.pdf
- Murray, C., Richards, M., JN, N., KA, F., HR, A., C, A., . . . G, F. (2013). UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(13)60355-4.
- Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. (2015). *Perspectives d'évolution de la démographie et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en Rhône-Alpes*. Récupéré sur http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Kines_RA.pdf
- OMS. (1946). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. Consulté le 8 avril, 2020, sur <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- OMS. (2018). *Centre des médias*. Consulté le 31 mars, 2020, sur Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OMS. (2018). *Maladies non transmissibles et santé mentale*. Consulté le 8 avril, 2020, sur who.int: https://www.who.int/nmh/countries/fra_fr.pdf?ua=1
- Palazzo, C., Ravaud, J.-F., Papelard, A., Ravaud, P., & Poiraudau, S. (2014). The Burden of Musculoskeletal Conditions. *PLOS one*. doi:10.1371/journal.pone.0090633
- Palazzo, C., Ravaud, J.-F., Trinquart, L., Dalichampt, M., Ravaud, P., & Poiraudau, S. (2012, septembre 14). Respective contribution of chronic conditions to disability in France: results from the national disability-health survey. p. 7. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044994>
- Perrin, C. (2016, 23 juin). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en APA dans le. *Santé Publique*, 28, pp. 143-151.

- Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*(117), pp. 33-49. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-2-page-33.htm>
- Revillard, A. (2008). *Initiation à l'investigation empirique*. Consulté le 13 avril, 2020, sur annerevillard.com: <https://annerevillard.com/enseignement/methodes-qualitatives/initiation-investigation-empirique/fiches-techniques-initiation-investigation-empirique/>
- Rioufreyt, T. (2016). *Fiches méthodologiques*. Consulté le 13 avril, 2020, sur <http://www.thibaut.rioufreyt.fr/>: <http://www.thibaut.rioufreyt.fr/2016/06/28/fiche-methodologique-n-1->
- Ryckelynck, A., & Letombe, A. (2010). Principes d'une rééducation conjointe entre le kinésithérapeute et le professeur d'activités physiques adaptées dans la prise en charge de la personne amputée du membre inférieur. *Kinésithérapie scientifique*(512), pp. 41-49. Récupéré sur <https://www.ks-mag.com/article/7620-principes-d-une-reeducation-conjointe-entre-le-kinesitherapeute-et-le-professeur-d-activites-physiques-adaptees-dans-la-prise-en-charge-de-la-personne-ampute-de-membre-inferieur>
- SFP-APA. (2018). *Code de Déontologie de l'Enseignant en activité physique adaptée*.
- Simon C Kitto, J. C. (2008). Quality in qualitative research. *Medical Journal of Australia*, 188(4), pp. 243-246. doi:10.5694/j.1326-5377.2008.tb01595.x
- Société Française de Médecine du Travail. (2013). *Surveillance médico-professionnelle du risque*. Récupéré sur <http://www.chu-rouen.fr/sfmt/pages/Recommandations.php>
- Staal, J., Hendriks, E., Heijmans, M., Kiers, H., Lutgers-Boomsma, A., Rutten, G., . . . Custers, J. (2013). Physical Therapy in patients with low back pain. *KNGF Clinical Practice Guideline*.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007, 14 septembre). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), pp. 349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042
- UNASA. (2018). *Statistiques détails*. Consulté le 19 mars, 2020, sur [unasa.fr](http://www.unasa.fr/statistiques-detaills/): <https://www.unasa.fr/statistiques-detaills/>
- Vallaud-Belkacem, N., Touraine, M., & Forasio, G. (2014). *Arbitrage interministériel*.

- Wen, C. P., Wai, J. P., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y., Lee, M.-C., . . . Wu, X. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet*, 378(9798), pp. 1244-1253. doi:10.1016/S0140-6736(11)60749-6.
- Yelnik, A. (2011). Réadaptation ou réhabilitation, du bon usage des mots en MPR. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54, p. 281. doi:https://doi.org/10.1016/j.rehab.2011.07.184

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Guide d'entretien : L'interprofessionnalité entre MK et E-APA en soins de ville

Déroulé :

- Durée ~1h
- Enregistrement anonyme sur magnétophone
- possible d'arrêter l'enregistrement à tout moment

Thème 1 : le contexte professionnel

1. Pouvez-vous vous présenter ?
2. Avez-vous déjà travaillé avec un MK/E-APA ?

Thème 2 : la connaissance de l'autre profession

3. Selon vous, en quoi consiste la profession de MK/E-APA ?
4. Pour vous, qu'est-ce qui différencie le MK de l'E-APA ?
5. Pensez-vous que l'E-APA et le kiné sont complémentaires ? Si oui, en quoi ?
6. A votre avis, est-ce que la collaboration MK/E-APA peut se faire en **soins de ville** ? De quelle manière ?

Thème 3 : l'attrait pour le travail collaboratif

7. Comment définiriez-vous la collaboration, que ce soit entre professions ou avec des collègues de la même profession ? Qu'est-ce que c'est collaborer, concrètement ?
 - Quels sont les éléments principaux **favorisant** la collaboration ?
 - Qu'est-ce qu'une bonne **communication**, quelles compétences pour bien communiquer ?
 - Que faut-il **savoir** des autres professionnels pour pouvoir collaborer efficacement ?
 - Quelles compétences ou qualités faut-il avoir pour travailler en **équipe** ?
 - Comment gérer les **désaccords** ou les **tensions** entre professionnels ?
 - Comment doit être organisée la **gouvernance** dans une unité pour que la collaboration soit favorisée (*organigramme*) ?
 - Comment devrait se faire (*idéalement*) la prise des **décisions** (*compliquées*) concernant les patients ?
 - Comment intégrer le **patient** aux pratiques collaboratives ?
8. De votre point de vu, quels seraient les intérêts à travailler ensemble ? En termes de pratique ? Et pour le patient ?

Voulez-vous rajouter quelque chose ?

Annexe II : Tableau des thèmes

	EAPA1	MK1	EAPA2	MK2
La représentation des M-K sur leur propre métier		Thérapeute manuel Rééducateur Plus à même d'intervenir au stade aigue de cas lourds Inquiétudes car perte de compétences par désintérêt des M-K		Rééducateur
La représentation des M-K sur le métier d' E-APA		Professionnel de l'activité physique Connaissances en physiologie, anatomie Fait de l'activité physique ou sportive à des personnes qui y sont peu sensibilisées Approche globale ou spécifique Socle commun de connaissances avec le M-K mais pratique différente (plus ludique) N'a pas le droit de toucher le patient Utilise des machines de réentraînement à l'effort Aspect psychologique Non-accès au secret médical = injustice Manque de reconnaissance E-APA dans certains cas = professeur d'EPS		Educateur sportif pour patients chroniques Anime des séances de renforcement Maintien les acquis obtenus par le M-K grâce à l'APA Peut effectuer le travail de supervision que réalise le stagiaire M-K Utile pour des patients peu actifs

La représentation des E-APA sur leur propre métier	Vision bio-psycho-sociale Prise en charge de patients chroniques Champ éducatif Approche en termes de capacité Séances de groupe de réentraînement à l'effort Pas limité par le secret médical		Formation incomplète Pas aussi reconnu et implanté que le M-K Caricature de l'E-APA animant des séances de gym douce pour personnes âgées Objectifs de prise en charge variés Prend le patient dans sa globalité Augmenter les capacités du patient L'E-APA n'est pas un M-K « low-cost »	
La représentation des E-APA sur le métier de M-K	Prise en charge individuelle Agis dans un cadre précis Exerce via une prescription qui va limiter son champ d'action		M-K parfois sur la défensive par craintes des E-APA CNOMK très revendicateurs Meilleures connaissances physiopathologiques Partage avec l'E-APA le réentraînement à l'effort et le renforcement musculaire Travail plus spécifique Parfois mauvaises pratiques pour gagner plus d'argent Empiète sur le territoire de l'E-APA en cherchant à s'approprier l'APA (carte d'éducateur sportif) Nouvelles générations de M-K plus ouvertes à l'interprofessionnalité	

Les avantages de l' interprofessionnalité	Patient : démarche simplifiée ; plus observant ; contexte rassurant Professionnel : apport de compétences ; trouver des solutions plus rapidement ; efforts moindres	Patient : favorise l'observance ; mieux soigné Professionnel : permet d'avoir un meilleur suivi ; gain de temps ; plus de données sur le patient ; nouvelles connaissances	Patient : mieux soigné, prise en charge globale Professionnel : concevoir des prises en charge communes ; offre un regard différent ; permet de faire évoluer les métiers	Patient : traitement plus efficace et plus rapide ; meilleur observance ; meilleur éducation Professionnel : gain de temps ; nouvelles connaissances ; limite les erreurs par omission
Des modalités de collaboration en soins de ville variées	Fonction des compétences de chacun (ex : hors ordonnance M-K), Dans un cabinet de M-K Cadre formel : réunions autour de cas complexes ; protocoles Cadre informel : entre deux consultations ; pause-café ; déjeuner	Travail en relais (une fois que l'un a fini sa prise en charge) ; « micro-salle » de sport ; contre le salariat de l'E-APA par un M-K Cadre formel : nécessaire mais insuffisant car pas assez de réunions (une fois tout les 45 jours) ; figure d'autorité pour gérer les conflits Cadre informel : discuter avec ses collègues après avoir fait son bilan	Réseau avec un cabinet de M-K ; fonction des compétences de chacun (ex : hors ordonnance M-K), travail en concomitance en se partageant la prise en charge (ex : le M-K s'occupe du passif et l'E-APA de l'actif) ou en travaillant en même temps (séance avec un M-K et un E-APA) ; contre le salariat de l'E-APA par un M-K Cadre formel : pas assez de temps en réunion ; donne un axe directif ; besoin d'une figure d'autorité pour trancher (le médecin) Cadre informel : « boire un verre » ; aller discuter entre deux séances ; moins de pression social qu'en réunion	Limite financière (pas de remboursement) ou alors faire des séances de groupes ; le M-K délègue le traitement à l'E-APA ; l'E-APA anime en parallèle ses propres séances Cadre formel : réunion ; contrat de salariat ; celui qui a le plus d'expérience fait figure d'autorité en cas de désaccord ; protocolisé la prise en charge ; décision collégiale

Annexe III : liste de contrôle COREQ de l'étude

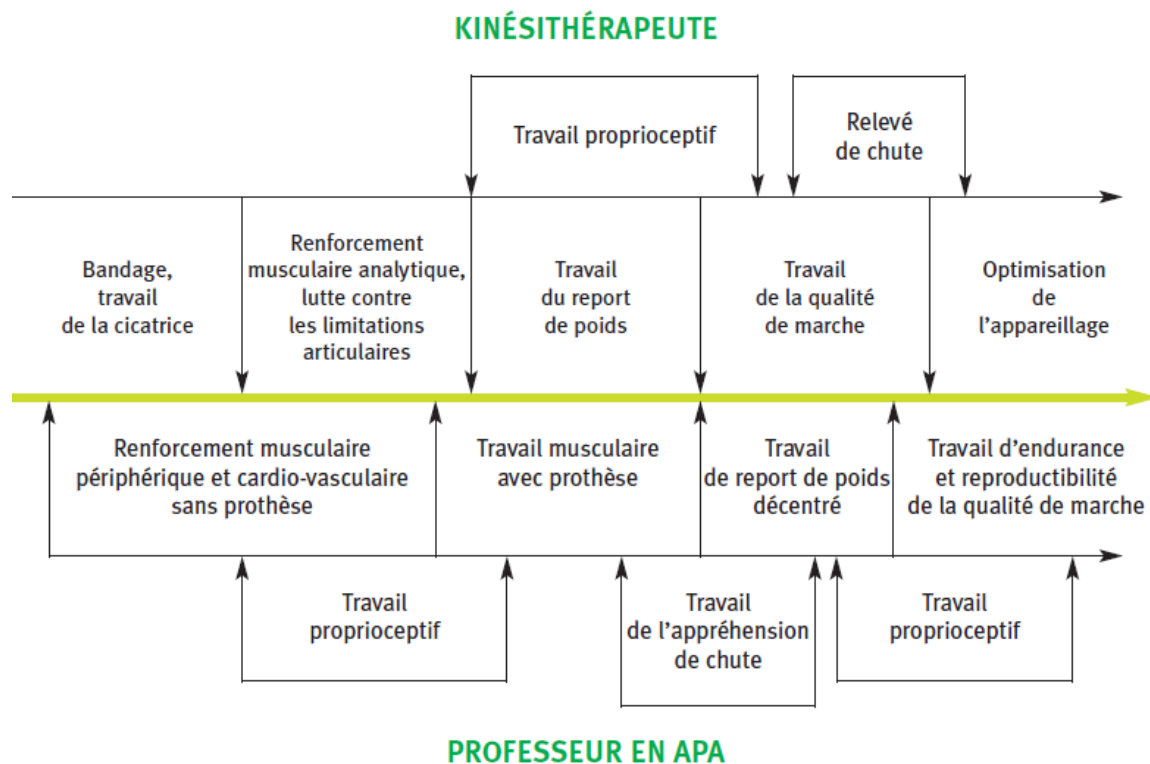
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles	1. Enquêteur/animateur	Raphaël Michelon
	2. Titres académiques	Bachelier
	3. Activités	Étudiant
	4. Genre	Homme
	5. Expérience et formation	Études de masso-kinésithérapie
Relation avec le participant	6. Relation antérieure	Aucune
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Non
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	Appartient au même corps de métier que deux des participants

Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique	9. Orientation méthodologique et théorie	
Sélection des participants	10. Échantillonnage	Non
	11. Prise de contact	Facebook, Messenger, SMS, bouche-à-oreille, demande orale
	12. Taille de l'échantillon	4 sujets
	13. Non-participation	Aucune
Contexte	14. Cadre de la collecte de données	Lieu de travail de l'enquêteur
	15. Présence de non-participants	Non

	16. Description de l'échantillon	Professionnels E-APA et MK
Recueil de données	17. Guide d'entretien	Oui, conçu et testé via deux entretiens exploratoires
	18. Entretiens répétés	Aucun
	19. Enregistrement audio/visuel	Audio via un dictaphone
	20. Cahier de terrain	Non
	21. Durée	16min07s à 41min29s
	22. Seuil de saturation	Non-atteint
	23. Retour des transcriptions	Oui

Domaine 3 : Analyse des résultats		
Analyse des données	24. Nombre de personnes codant les données	Une seule
	25. Description de l'arbre de codage	Non
	26. Détermination des thèmes	Analyse verticale et horizontale complétée par le logiciel Tropes©
	27. Logiciel	Tropes©
	28. Vérification par les participants	Non
Rédaction	29. Citations présentées	Oui
	30. Cohérence des données et des résultats	Oui
	31. Clarté des thèmes principaux	Enoncés dans la partie résultats
	32. Clarté des thèmes secondaires	Enoncés dans la partie résultats

Annexe IV : Chronologie des objectifs rééducatifs en kinésithérapie et en APA tout au long de la prise en charge du patient amputé du membre inférieur (Ryckelynck & Letombe, 2010)



Titre : Intérêt d'un exercice collaboratif entre le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en APA	
Auteur : Raphaël Michelon	
Mots clefs : Santé Publique Masseur-kinésithérapeute ; Enseignant en APA ; Interprofessionnalité ; Soins de ville	Key words : Public health Physiotherapist ; Adapted Physical Activity practitioner ; Interprofessionality ; City care
Résumé : <u>Introduction</u> : l'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques en France implique de mener des politiques de prévention en insistant notamment sur les bienfaits de l'activité physique. Le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en APA sont deux acteurs clés de ce domaine. Le secteur libéral est attractif pour ces deux professions. <u>Objectif</u> : Le but est de savoir si le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant en APA peuvent travailler ensemble en soins de ville. <u>Méthode</u> : Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de deux masseur-kinésithérapeutes et de deux enseignants en APA. Il a ensuite été réalisé une analyse thématique de ces entretiens. <u>Résultats</u> : Les thèmes abordés sont la représentation de soi, la représentation de l'autre, les avantages de l'interprofessionnalité et des modalités de collaboration en soins de ville variées. <u>Conclusion</u> : Différentes modalités de collaborations en termes de fonctionnement ou de structures apparaissent possibles pour ces professionnels. Ils se sentent complémentaires et témoignent d'une réelle envie de travailler ensemble malgré les possibles sources de tensions. Les connaissances des professionnels sur le métier de l'autre sont toutefois perfectibles. Des études descriptives de plus grande ampleur sont nécessaires pour confirmer ces résultats.	
Abstract : <u>Introduction</u> : The increase in the number of people suffering from chronic diseases in France means that prevention policies need to be implemented, with particular emphasis on the benefits of physical activity. The physiotherapist and the Adapted Physical Activity practitioner are two key players in this field. The liberal sector is attractive for these two professions. <u>Objectives</u> : The goal is to find out if the physiotherapist and the APA teacher can work together in city care. <u>Method</u> : Semi-directive interviews were conducted with two physiotherapists and two APA practitioners. <u>Results</u> : The themes addressed are self-representation, representation of the other, the benefits of interprofessionality, and various modalities of collaboration in urban care. <u>Conclusion</u> : Different modalities of collaboration in terms of functioning or structures appear possible for these professionals. They feel complementary and show a real desire to work together despite possible sources of tension. However, there is room for improvement in the professionals' knowledge of each other's work. It seems relevant to confirm these results by conducting a larger study of the same type.	