



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation  
Pays de la Loire

54, rue de la Baugerie – 44230 SAINT-SEBASTIEN SUR LOIRE

# Interprofessionnalité et alliance thérapeutique dans la prise en soins du patient atteint de pathologie chronique

Mari-Wenn REMAUD

Mémoire UE28

Semestre 10

Année scolaire : 2023-2024



Je, soussignée Mari-Wenn REMAUD, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à Saint-Sébastien sur Loire

Le 24/04/2024

Signature :

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'M' followed by a series of loops and a final flourish.

**AVERTISSEMENT**

Les mémoires des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation MK.

Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFM3R.

## **Remerciements :**

Je souhaite remercier toutes les personnes m'ayant épaulée pendant ces six années d'études qui s'achèvent avec l'écriture de ce mémoire.

Pour m'avoir accompagnée tout au long de l'écriture de ce travail, avoir répondu à mes nombreuses questions et avoir su me rassurer et me donner confiance, je remercie ma directrice de mémoire.

Pour avoir pris le temps de répondre à mes entretiens, m'avoir apporté des explications supplémentaires, m'avoir recommandé des participants potentiels, je remercie les six masseur-kinésithérapeutes qui ont été interrogés au cours de cette démarche de recherche.

Pour avoir ri et pleuré avec moi, avoir surmonté les difficultés ensemble, s'être entraînées les unes les autres à donner notre meilleur dans les études et en dehors, pour avoir toujours été présentes, je remercie mes amies en or.

Pour m'avoir soutenue sans relâche pendant six ans, m'avoir aidée au quotidien, m'avoir accompagnée dans le début de ma vie d'adulte, m'avoir poussée à surmonter toutes les difficultés, je remercie mes parents, ma sœur et mon frère, ainsi que toute ma famille.

Pour avoir été à mes côtés durant les hauts et les bas, avoir été d'un soutien sans faille, m'avoir comblée de bonheur tout au long de ces années, m'avoir remonté le moral, m'avoir encouragée quoi qu'il arrive, m'avoir donné la force de toujours faire de mon mieux, je remercie mon fiancé.

Enfin, je rends hommage à mon grand-père et mon grand-père de cœur, tous deux disparus pendant l'écriture de ce mémoire. Je sais qu'ils veillent sur moi et me donnent du courage d'où ils se trouvent.



## Résumé

**Introduction** : En 2021, 40% des Français souffrent d'un problème de santé chronique. Le parcours de soins du patient atteint de pathologie chronique met en jeu de nombreux acteurs. Parmi eux, la kinésithérapie favorise la gestion de la pathologie par l'activité physique et l'autorégulation du patient. L'installation d'une alliance thérapeutique solide entre le patient et le masseur-kinésithérapeute (MK) permettra d'atteindre les objectifs fixés avec le patient. Dans ce sens, des dispositifs de coordination sont développés. Quelle est l'influence de l'exercice coordonné interprofessionnel dans un contexte libéral sur l'alliance thérapeutique entre le MK et le patient atteint de pathologie chronique ?

**Méthode** : Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs est effectuée. Six entretiens sont réalisés auprès de trois MK participant à un dispositif de soins coordonnés et de trois MK n'en faisant pas partie. Ils sont analysés selon une méthode d'analyse thématique horizontale.

**Résultats** : Quatre thèmes découlent des données recueillies : les représentations, pratiques et attentes du MK vis-à-vis de l'interprofessionnalité, les facteurs influençant l'alliance thérapeutique, l'implication du patient dans sa rééducation et les difficultés et ressources du MK dans le cadre de prises en soins chroniques.

**Discussion** : Le parcours de soins coordonné offre un accès facilité aux soins, et permet une surveillance et un suivi rapproché de la part du MK. La pratique interprofessionnelle est un facteur favorisant la relation de confiance avec le patient. Elle permet la création d'une alliance thérapeutique solide. Les MK y trouvent des ressources internes et externes pour répondre aux problématiques spécifiques des prises en soins chroniques.

**Mots-clés** :

- Alliance thérapeutique
- Coordination
- Interprofessionnalité
- Parcours de soins
- Pathologie chronique



## Abstract

**Introduction :** In 2021, 40 % of the French population suffers from a chronic health issue. Many healthcare fields are involved in the chronic patient's healthcare process. Among them, physiotherapy promotes active health management through physical activity. In order to reach the therapeutic goals set with the patient, a solid therapeutic alliance between the physiotherapist (PT) and the patient is necessary. Several coordination mechanisms are being developed to enhance interprofessional relationships. What is the influence of coordinated interprofessional care on the therapeutic alliance between the patient with chronic health issues and the PT, in a private practice setting ?

**Methods :** A qualitative survey using semi-structured interviews was performed. Six interviews were conducted with three private PTs taking part in a healthcare coordination mechanism and three private PTs not taking part in one. The interviews were analyzed using a horizontal thematic analysis method.

**Results :** Four themes emerged from the data collected : PT's representations, practices and expectations of interprofessionalism, the factors influencing therapeutic alliance, the patient's involvement in rehabilitation, and PT's difficulties and resources in chronic care.

**Discussion :** The coordinated care pathway offers easier access to care, and enables closer monitoring and follow-up by the PT. Interprofessional practice promotes a relationship of trust with the patient. It allows the creation of a stronger therapeutic alliance. PTs find internal and external resources to react to the specific difficulties of chronic care.

**Key words :**

- Chronic health issue
- Coordination
- Healthcare process
- Interprofessionalism
- Therapeutic Alliance



## Glossaire des abréviations

**ACIP** : Accord Cadre InterProfessionnel

**BDK** : Bilan Diagnostic Kinésithérapique

**CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

**CPTS** : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

**ESP** : Équipe de Soins Primaire

**ESP CLAP** : Équipe de Soins Primaires Coordonnés Localement Autour du Patient

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**MK** : Masseur-Kinésithérapeute

**MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

**RCP** : Réunion de Concertation Professionnelle

**SMART** : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable et Temporellement défini

**UE** : Unité d'Enseignement

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé



## Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1- Cadre théorique et conceptuel.....</b>	<b>3</b>
1.1- Pathologies chroniques.....	3
1.1.1 - La maladie chronique.....	3
1.1.2 - Etiologie.....	4
1.1.3 - Le parcours de soins.....	5
1.1.4 - La place de la kinésithérapie dans ce parcours de soins.....	6
1.1.5 - Les enjeux de la chronicité.....	7
1.2 - Alliance thérapeutique.....	8
1.2.1 - Les facilitateurs et les obstacles de l'alliance thérapeutique.....	9
1.2.2 - Alliance thérapeutique en contexte interprofessionnel.....	10
1.3 - Discipline et interdisciplinarité.....	10
1.3.1 - Inter, pluri et transdisciplinarité.....	11
1.3.2 - Interdisciplinarité VS interprofessionnalité.....	12
1.4 - Exercice coordonné.....	13
1.4.1 - Accord cadre interprofessionnel.....	14
1.4.2 - Équipes de soins primaires.....	14
1.4.3 - Communauté professionnelle territoriale de santé.....	17
1.5 - Question de recherche et hypothèses.....	17
<b>2 - Méthodologie de recherche.....</b>	<b>18</b>
2.1 - Choix d'une méthodologie qualitative par entretiens.....	18
2.2 - Élaboration de la grille d'entretien.....	19
2.2.1 - Réalisation d'un entretien exploratoire.....	19
2.2.2 - Formulation des thèmes.....	20
2.3 - Sélection des participants.....	21
2.3.1 - Critères d'inclusion et d'exclusion.....	21
2.3.2 - Recrutement des participants.....	21
2.4 - Déroulement des entretiens.....	22
2.5 - Analyse des entretiens.....	22
2.6 - Précautions méthodologiques.....	23
<b>3 - Résultats.....</b>	<b>24</b>
3.1 - Le déroulement des entretiens.....	24
3.2 - Les représentations, pratiques et attentes des MK au sujet de l'exercice interprofessionnel.....	24
3.3 - Les facteurs influençant la construction et la qualité de l'alliance thérapeutique en situation de chronicité.....	28
3.4 - L'implication du patient dans sa rééducation et son parcours de soins.....	31
3.5 - Les difficultés et les ressources du MK dans la prise en soin chronique.....	34
<b>4 - Discussion.....</b>	<b>38</b>
4.1 - Hypothèse 1 : L'exercice coordonné interprofessionnel permet la création d'une alliance thérapeutique plus rapide et solide entre le patient atteint de pathologie chronique et le MK.....	38
4.2 - Hypothèse 2 : La mise en place d'un parcours de soins interprofessionnel favorise une meilleure implication du patient dans sa rééducation.....	41
4.3 - Hypothèse 3 : La pratique coordonnée interprofessionnelle offre au MK des ressources internes et externes dans le cadre de prises en soins longues et complexes.....	43
4.4 - Analyse réflexive de la démarche de recherche.....	45
4.4.1 - L'étude par enquête qualitative.....	45
4.4.2 - Le choix des participants.....	46
4.5 - Perspectives pratiques et professionnelles.....	46
<b>Conclusion.....</b>	<b>49</b>



## Introduction

Au cours de différents stages en cabinets libéraux, il nous est plusieurs fois arrivé d'être confronté à des patients soulevant un manque de lien entre le masseur-kinésithérapeute (MK) et les autres professionnels de santé consultés. Des divergences de discours, un manque de réorientation et une nécessité d'être le porte-parole d'un professionnel de santé vers un autre sont les problèmes qui revenaient le plus souvent. Cela était d'autant plus le cas chez les patients souffrant de pathologies chroniques, nécessitant des prises en soins longues et entourées de nombreux praticiens. Ce constat nous a poussé à nous interroger sur l'impact que pourrait avoir le développement de relations interprofessionnelles sur l'alliance entre le patient et l'équipe de soignants qui le suit.

La masso-kinésithérapie s'inscrit dans un système de santé en permanente évolution. La volonté d'approfondir les savoirs et la recherche constante poussent les professionnels à l'hyperspécialisation. Celle-ci permet d'exceller dans un domaine, mais augmente le risque de porter des œillères et de ne travailler que dans une seule direction. Or, le patient est un être bio-psycho-social, influencé par de nombreux paramètres et qui nécessite donc une prise en soins experte mais individualisée.

Le développement d'équipes pluriprofessionnelles dans les structures institutionnelles telles les hôpitaux sont un premier pas dans cette volonté d'offrir un soin coordonné et pluriel. Tous les professionnels travaillant sur le même site, des réunions en équipe pour statuer sur la prise en soin et l'évolution des patients peuvent avoir lieu de manière hebdomadaire. A contrario, la pratique de la masso-kinésithérapie dans le contexte libéral peut se révéler relativement solitaire, alors même que celle-ci représente 85,1% des MK inscrits à l'ordre (1). Pourtant, le patient nous consulte à la suite d'une visite médicale avec son médecin traitant (2), et est parfois suivi par des spécialistes ou encore d'autres professionnels paramédicaux. Il est alors souvent le seul lien et le seul rapporteur entre tous les professionnels acteurs de sa santé. Cela rend le MK dépendant de la compréhension du patient qui teinte son discours de subjectivité, et l'accompagne de son ressenti et de ses croyances. Connaître les représentations du patient est important pour adapter notre prise en soins. Néanmoins, ce transfert de l'information

par le patient entraîne parfois des défauts de compréhension, ou un manque de concordance entre les discours des professionnels de santé. Cela peut conduire à une perte de confiance de la part du patient, ainsi qu'une difficulté à créer une bonne alliance thérapeutique (3).

Or, l'alliance thérapeutique est un élément primordial pour l'efficacité du traitement (3). C'est le cas pour tous les patients, et d'autant plus dans les prises en soins longues, comme dans le cadre de pathologies chroniques. En effet, les patients souffrant de troubles chroniques possèdent une large expérience du monde médical. Ils ont souvent multiplié les prises en soins et les suivis par de nombreux professionnels de santé différents. La création d'une bonne alliance thérapeutique dans un contexte interprofessionnel est alors d'autant plus essentielle (4).

Pour répondre à ce besoin, des dispositifs de soin interprofessionnel et coordonné sont développés. Au 31 décembre 2022, 2251 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) existent en France et 300 sont en cours de création (5). Cela concerne 32000 professionnels de santé et 8,9 millions de patients qui déclarent avoir un médecin traitant au sein d'une MSP. Néanmoins, moins de 5 % des MK, soit environ 4000, sont engagés dans une structure d'exercice coordonné (MSP, centre de santé ou communauté professionnelle territoriale de santé) (6). Ce constat soulève plusieurs questionnements. Est-il nécessaire de faire partie d'un dispositif de soin coordonné pour exercer de manière interprofessionnelle ? La création d'une alliance thérapeutique dans le cadre de prises en soins de patients chroniques est-elle liée à l'implication du MK dans un dispositif de coordination ?

Afin d'investiguer ces questions, nous allons dans un premier temps nous appuyer sur les données de la littérature, afin de définir et caractériser les concepts étudiés. De ce cadre théorique découlera une démarche de problématisation et l'énonciation d'hypothèses. Afin de vérifier ces hypothèses, nous mènerons une étude qualitative avec une enquête par entretiens semi-directifs. La démarche de méthodologie sera exposée puis les résultats seront présentés. Nous discuterons ces résultats au vu des données théoriques initialement récoltées et des hypothèses formulées. Nous exposerons enfin l'intérêt de cette démarche de recherche en pratique, et dans notre future vie professionnelle.

## 1- Cadre théorique et conceptuel

### 1.1- Pathologies chroniques

#### 1.1.1 - La maladie chronique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une pathologie chronique est une maladie de longue durée, aussi appelée maladie non transmissible. Elle évolue lentement, et a une tendance à s'aggraver avec le temps (7). Bien que pouvant souvent être contrôlée, la maladie chronique peut rarement être guérie. Elle résulte d'une combinaison de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux (7). Nous retrouvons parmi les pathologies les plus fréquentes : les maladies cardio-neurovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies psychiatriques, les maladies neurologiques et dégénératives et les maladies respiratoires chroniques (8).

Pour définir la maladie chronique, plusieurs classifications ont été établies. Les Classifications de diagnostics et la Classification internationale des maladies permettent une approche par pathologie (9). Ces classifications sont peu adaptées aux problématiques de santé publique. En effet, elles résultent d'une vision biomédicale de la pathologie, ne prenant pas en compte les facteurs personnels et environnementaux, ainsi que l'histoire et les spécificités du patient. Une classification plus pertinente en santé publique, s'appuyant sur les conséquences de la pathologie, est donc nécessaire. Pour cela, la Classification internationale des déficiences, incapacités, et du handicap puis la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) ont été développées (9). Elles sont basées sur un modèle bio-psycho-social, adapté aux spécificités de chaque patient. La CIF permet de définir la maladie chronique comme "la présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif d'une **ancienneté** minimale de trois mois à un an, accompagnée d'un **retentissement sur la vie quotidienne** des personnes atteintes de maladie chronique, pouvant inclure une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance

personnelle, et nécessitant des **soins médicaux ou paramédicaux**, une aide psychologique, ou une adaptation” (9).

### 1.1.2 - Etiologie

En 2017, près de 40% des Français âgés de plus de 16 ans déclarent souffrir d’une maladie ou d’un problème de santé chronique (10). En 2021, 12 millions de Français souffrent d’une maladie chronique reconnue dans le cadre du dispositif d’affection de longue durée. La prévalence de ces maladies est passée de 14,6 % en 2008 à 17,8 % en 2021 (11). Cela s’explique notamment par le vieillissement de la population (figure 1). Les progrès scientifiques et l’avancée des connaissances et techniques dans le domaine de la santé ont permis un allongement constant de l’espérance de vie (figure 2) depuis les années 1950 (12). Ce vieillissement va se poursuivre avec des prévisions indiquant

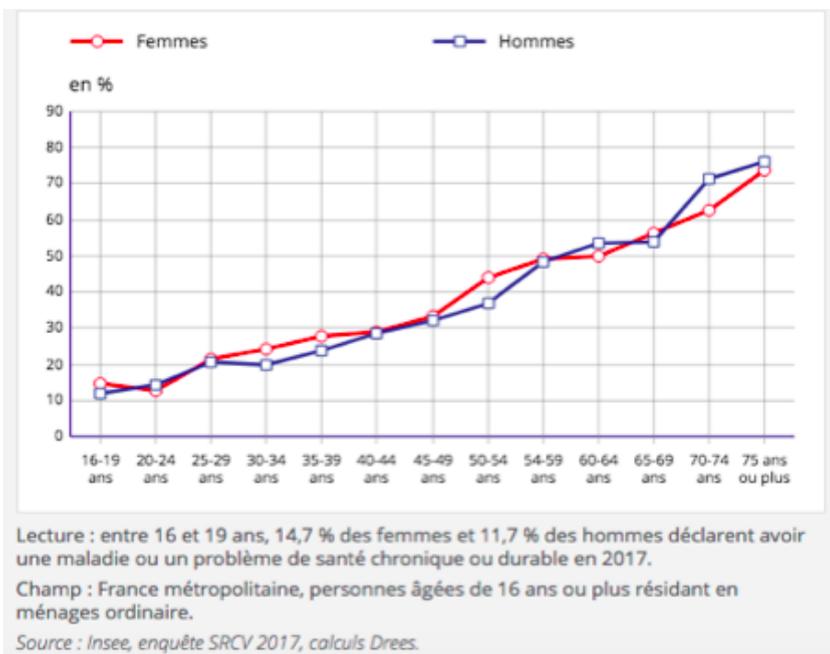


Figure 1 : Part des personnes déclarant une maladie ou un problème de santé chronique ou durable selon le sexe et l'âge en 2017 (Insee)

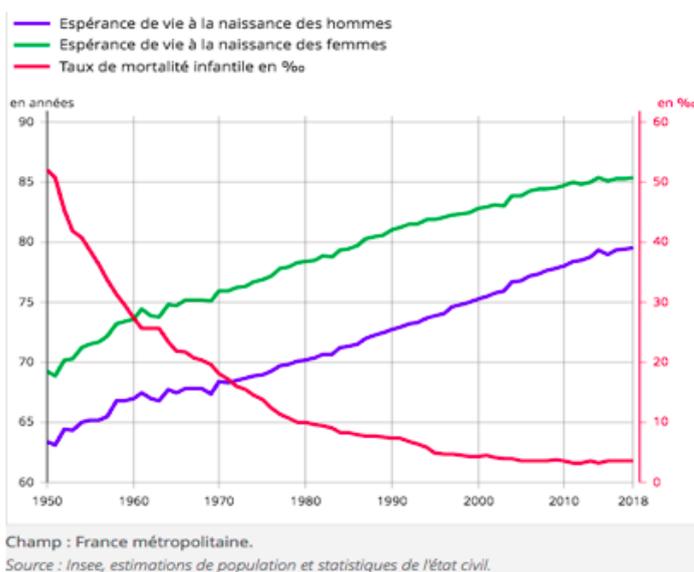


Figure 2 : Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile de 1950 à 2018 (Insee)

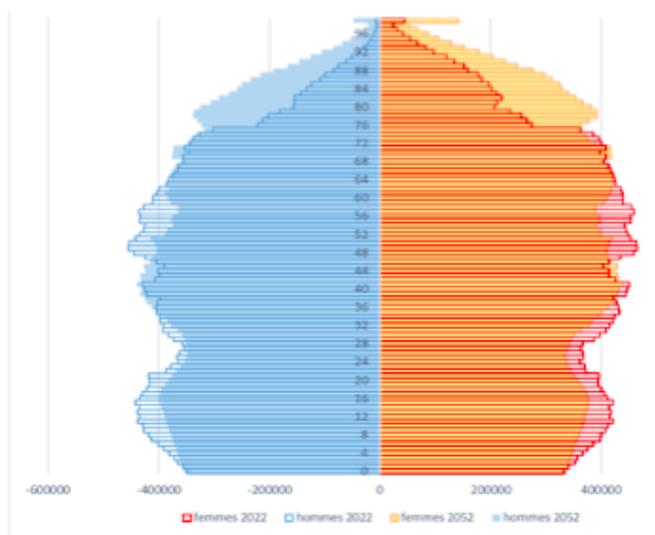


Figure 3 : Pyramide des âges en 2022 et en 2052 (Insee)

16% de la population âgée de plus de 75 ans en 2052 (figure 3), contre 9% en 2022 (13). La gestion de la chronicité s'impose donc comme un enjeu majeur de santé publique, aujourd'hui, comme dans les années à venir.

En 2021, l'espérance de vie à la naissance est de 85,4 ans pour les femmes et 79,3 pour les hommes en France. Cependant cet indicateur ne représente pas le niveau de santé de la population. En effet, une population qui vit de plus en plus longtemps se retrouve confrontée à de nouvelles problématiques de santé, et notamment la multiplication des pathologies chroniques.

Ainsi, l'espérance de vie en bonne santé correspond au nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans incapacité. En 2021 en France, à 65 ans, l'espérance de vie en bonne santé est de 12,1 ans chez les femmes et de 11,3 ans chez les hommes (figure 4) (14).

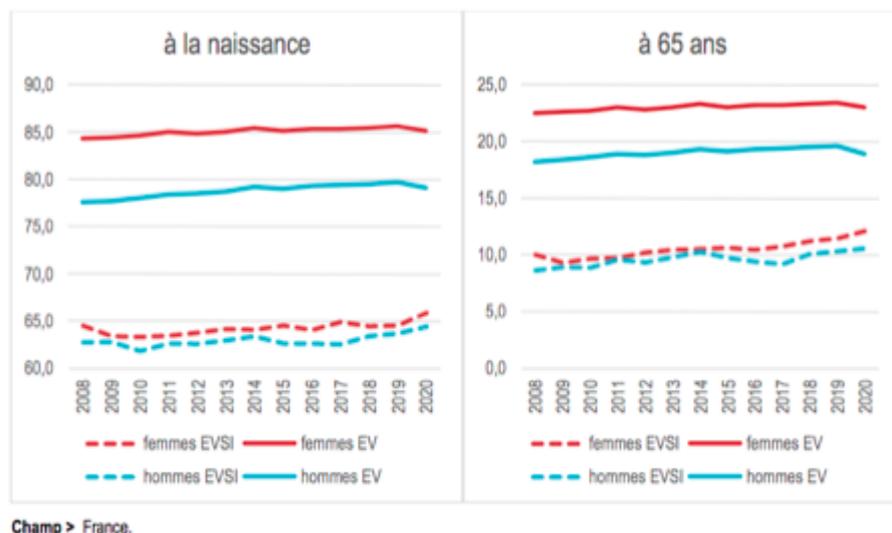


Figure 4 : Espérances de vie et espérances de vie sans incapacité, à la naissance et à 65 ans, en années (Insee et DREES)

Cette différence entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé s'explique notamment par une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques avec l'âge, ainsi qu'une multiplication des pathologies chez les mêmes individus (multimorbidité). Ces deux facteurs entraînent une hausse considérable des dépenses de santé, environ deux tiers de la hausse totale (15). Cela en fait donc un problème de santé publique majeur, avec une nécessité d'organisation et de gestion des soins importante.

### 1.1.3 - Le parcours de soins

Cette croissance de la prévalence de pathologies chroniques dans la population française nécessite une réorganisation de la réponse de soins, avec notamment l'apparition de la notion de parcours. Cette notion a pour but d'obtenir une organisation des soins cohérente, globale, considérant le patient dans toute sa

dimension bio-psycho-sociale et pas seulement selon son problème de santé. Le terme "parcours" figure dans chacune des lois de financement de la Sécurité sociale depuis 2012 et est un des axes de la loi de modernisation de notre système de santé dite Loi Touraine (publiée le 26 janvier 2016 au Journal officiel) (16).

Dans le cadre de la pathologie chronique, trois types de parcours sont à prendre en compte (15) :

- Les **parcours de soins** : une organisation de la réponse aux besoins de soins sur un territoire selon les enjeux de celui-ci. Les soins de ville et les soins hospitaliers sont concernés.
- Les **parcours de santé** : une articulation entre les parcours de soins et les actions de prévention, afin de répondre aux besoins médico-sociaux et sociaux, incluant le retour à domicile.
- Les **parcours de vie** : une organisation de la réponse aux besoins spécifiques du patient dans son environnement (éducatifs, professionnels, environnementaux, familiaux).

La combinaison de ces trois dimensions permet au patient d'apprendre à vivre avec sa maladie, et de l'intégrer dans son quotidien. Cela implique la coopération de plusieurs acteurs afin d'accompagner au mieux le patient dans ce processus.

#### *1.1.4 - La place de la kinésithérapie dans ce parcours de soins*

Parmi les acteurs du parcours de soins, nous retrouvons notamment les MK. En effet, la rééducation fait partie intégrante de la prise en soins de nombreuses pathologies chroniques. L'augmentation du niveau d'activité physique est notamment un enjeu majeur dans le cadre de pathologies cardio-vasculaires chroniques, rhumatismales chroniques, ou encore d'atteintes respiratoires chroniques. L'activité physique dans le cadre de ces pathologies permet de diminuer les douleurs, d'améliorer la fonction articulaire et de prévenir les troubles cardio-vasculaires (17).

L'activité physique est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme les mouvements réalisés dans le cadre d'activités quotidiennes et générant une dépense énergétique. Une pratique régulière diminue le risque de développement de nombreuses maladies chroniques, notamment cardio-respiratoires et favorise une meilleure qualité de vie (18). Le MK a donc pour rôle de favoriser la motivation interne du patient, de l'accompagner dans le développement de capacités d'autorégulation et de croyances positives liées à l'activité physique. Dans le cadre

d'affections chroniques, il est recommandé de pratiquer au moins deux fois par semaine des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou supérieure, ainsi que au moins 150 minutes d'activité physique par semaine (18). La sédentarité doit être réduite afin d'en diminuer les effets négatifs.

En plus de l'éducation à la santé (19) et de la rééducation, le MK a un rôle important de surveillance (20) et d'accompagnement des patients chroniques. En effet, il les suit de manière très régulière (une à quatre fois par semaine) et est donc en première ligne pour repérer une modification de l'état de santé ou encore répondre à un questionnement du patient (20). Il est également le soignant vers qui le patient va se tourner s'il a besoin d'aide dans une action du quotidien (mettre ses bas de contention, utiliser un appareil spécifique à sa pathologie), d'autant plus dans le cadre d'une séance à domicile. Il semble alors important que le MK puisse communiquer avec les prescripteurs, alerter les autres professionnels qui suivent le patient et le rediriger. Ces différents rôles impliquent le MK dans le parcours de soin, mais aussi dans le parcours de santé et de vie des patients atteints de pathologie chronique.

#### *1.1.5 - Les enjeux de la chronicité*

Pour un patient en situation de chronicité, l'appropriation de son parcours propre est primordiale. Dans ce but, la Haute Autorité de Santé (HAS) promeut « *un parcours de la personne respectueux des bonnes pratiques, adapté à chaque situation et dont les différentes interventions sont coordonnées entre elles.* ». Elle propose des outils pour faciliter la mise en œuvre et l'organisation des parcours de santé, conçus pour répondre à trois enjeux (21) :

- promouvoir une gestion prospective et coordonnée de la prise en soins (prévoir les étapes de la prise en soins du patient, coordonner l'action et le partage d'information entre tous les professionnels impliqués)
- conjuguer harmonisation des pratiques (maîtrise des points critiques) et personnalisation du parcours du patient ;
- faciliter l'implication du patient dans sa prise en soins afin qu'il en soit acteur sur la durée.

Un guide du parcours de soins des Affections de Longue Durée destiné à l'équipe de professionnels de santé impliqués est proposé par la HAS (21). En plus

de privilégier une approche globale de la pathologie chronique, il permet de définir les rôles et les articulations entre les différents acteurs. Un programme personnalisé de soins est également élaboré par la HAS. Il permet d'adapter le parcours de soins à la situation propre du patient, ainsi que d'organiser ce parcours en équipe entre les soignants et le patient. L'implication du patient dans sa prise en soins et le travail en équipe de soignants ressortent comme deux enjeux fondamentaux soulevés par la HAS. Ces deux notions font écho à la création d'une alliance thérapeutique et d'une prise en soins interdisciplinaire, qui apparaissent comme des points non négligeables dans la gestion de la chronicité.

## **1.2 - Alliance thérapeutique**

Un des défis majeurs de la prise en soins d'un patient chronique est donc la création d'une alliance thérapeutique de qualité, à la fois pour le patient et pour le soignant. L'alliance thérapeutique se définit comme la relation de partenariat entre le patient et le thérapeute, vers un but commun d'atteindre les objectifs fixés ensemble (22). Nous retrouvons la notion de collaboration mutuelle. L'alliance thérapeutique se construit autour de trois piliers (23):

- Un accord entre le patient et le professionnel de santé au sujet des objectifs de traitements,
- Un accord entre le patient et le professionnel de santé au sujet des moyens utilisés pour les atteindre,
- La qualité du lien de confiance entre le patient et le professionnel de santé.

La force de l'alliance et son impact sur le traitement sont soumis à la capacité du patient et du praticien à construire, maintenir et réparer une relation de confiance et de collaboration.

Au cours des dernières années, il a été démontré que la présence d'une forte alliance thérapeutique augmente les chances de réussite du traitement, notamment dans les domaines de la santé mentale et de la psychothérapie (23). Dans le champ de la kinésithérapie, certaines études suggèrent également l'influence de l'alliance dans la rééducation. L'évaluation de facteurs tels l'auto-efficacité, l'intensité de la douleur, l'adhérence au traitement ont permis d'aboutir à cette conclusion (23). Une définition des objectifs de la prise en soins est faite en collaboration entre le MK et le

patient, au cours du bilan diagnostic kinésithérapique (BDK). Ils s'appuient sur les limitations d'activités, de participation, ainsi que les besoins spécifiques du patient relevés lors du bilan à l'aide du modèle de la CIF. Ils prennent également en compte les objectifs évoqués par le patient. Ce BDK, ainsi que les objectifs définis, doivent par la suite être transmis au médecin traitant (24). Le BDK est également ajouté dans le dossier patient partagé sur AMELI avec l'accord du patient (25), afin que les autres professionnels de santé prenant ce patient en soins puissent avoir accès aux objectifs définis et les utiliser si besoin dans leur pratique.

### *1.2.1 - Les facilitateurs et les obstacles de l'alliance thérapeutique*

L'alliance ne se force pas, ne s'apprend pas et il n'existe pas de recette pour créer une bonne alliance thérapeutique. Elle se construit au fur et à mesure de la relation de soin et ne peut pas être contrôlée. Une attention trop forte du praticien portée sur celle-ci pourrait même être délétère, empêchant la création d'une confiance authentique et naturelle entre le patient et le soignant (22). Néanmoins, chaque patient peut avoir une propension plus ou moins forte à construire l'alliance avant même que la relation ne commence. Cette prédisposition est influencée par plusieurs facteurs. L'un d'eux est le vécu antérieur du patient, ses expériences préliminaires avec d'autres professionnels de santé. Ce phénomène est notamment retrouvé dans le cas de patients douloureux chroniques, qui ont consulté de nombreux soignants auparavant. Le parcours de soins peut influencer les représentations, les croyances, et les attendus du patient, vis-à-vis de son problème de santé, mais également vis-à-vis de la nouvelle relation de soin (23). Une relation de soin passée influence le niveau de confiance que le patient peut donner au début d'une nouvelle relation de soin.

Le degré d'implication que le patient peut avoir dans son parcours de soins joue également un rôle. Une relation de partenariat entre le soignant et le patient, ainsi qu'une prise en soins bio-psycho-sociale favorisent la création d'une bonne alliance thérapeutique. A contrario, une relation basée sur une vision biomédicale, dans laquelle le patient ne possède qu'une place passive, peut influencer négativement la création d'une alliance thérapeutique. C'est le cas sur le moment, mais aussi dans les futures prises en soins. Le MK doit donc, en plus d'être un expert de la rééducation, être en mesure de construire une relation de confiance et

de faciliter le partenariat avec le patient (26). Une relation hiérarchique avec un soignant paternaliste entraîne la perte d'autonomie du patient dans sa prise en soins, une incompréhension des objectifs et moyens de traitement et donc une difficulté à créer une alliance. Cela implique des conséquences négatives sur l'efficacité du traitement.

Le soin centré sur le patient et la communication avec une écoute active ont été décrits par des MK comme les principaux outils de construction d'alliance thérapeutique avec les patients (26). Le BDK a un rôle important à jouer puisqu'il correspond à la première rencontre entre le MK et le patient. C'est le moment d'utiliser une vision bio-psycho-sociale, de permettre au patient de se sentir écouté, accompagné et impliqué dans la relation de soin qui commence. Ces prérequis prennent beaucoup de temps, une denrée rare dans l'exercice libéral. Un dilemme se pose entre pratiquer un long BDK permettant l'initiation de construction de l'alliance, et l'organisation du cabinet libéral, la prise en soins des autres patients.

### *1.2.2 - Alliance thérapeutique en contexte interprofessionnel*

Certains patients participant à des programmes interdisciplinaires individuels se sentent engagés dans une relation avec toute une équipe de soins plutôt qu'individuellement avec chaque soignant. Ils considèrent qu'une cohésion et une bonne collaboration entre les membres de l'équipe contribuent à une meilleure alliance thérapeutique (23). Cela implique une définition des objectifs de la prise en soins en équipe, avec les soignants et le patient, afin de favoriser la confiance et l'adhérence au soin. Des soins non fragmentés, une cohésion d'équipe entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en soins et des échanges avec les participants sur la prise en soins (traitement-négociation) sont nécessaires pour initier et maintenir la qualité de l'alliance (23).

## **1.3 - Discipline et interdisciplinarité**

Nous venons de faire émerger la présence d'un lien entre l'alliance thérapeutique et l'interdisciplinarité. Pour le comprendre, il faut définir l'interdisciplinarité, et donc partir de sa racine, la discipline. Le terme discipline découle du latin "disciplina" qui signifie "action d'apprendre, de s'instruire". Une

discipline se rapporte à une “science particulière”, et entretient une idée de cloisonnement des savoirs (27). La connaissance s’organise donc en catégories de savoirs et en hiérarchisation de compétences. Le spécialiste est expert d’une des nombreuses catégories de savoirs mais connaît moins de choses en dehors de son champ de compétences.

Cette logique de cloisonnement atteint des limites. Selon Piaget, tout savoir dépend de toutes les disciplines qui s’y rapportent, les rendant ainsi interdépendantes (28). Le partage de certaines compétences dans plusieurs disciplines s’observe notamment dans le champ de la rééducation. L’interdisciplinarité est un concept qui apparaît aux Etats-Unis dans les années 30. Il désigne des travaux dont le sujet se situe au croisement de plusieurs disciplines afin de créer de nouveaux espaces de savoir (29). Par exemple, les MK et les orthophonistes sont deux disciplines distinctes qui partagent la compétence de rééducation et traitement des paralysies faciales périphériques (28). Ces disciplines peuvent ainsi être complémentaires, ce qui entraîne un besoin de partage des connaissances, d’interdisciplinarité.

### *1.3.1 - Inter, pluri et transdisciplinarité*

L’interdisciplinarité est souvent comprise dans un réseau sémantique large incluant notamment, la transdisciplinarité, la pluridisciplinarité, voire la multidisciplinarité. Ces différents concepts se définissent de manière interdépendante. L’interdisciplinarité se place à mi-chemin entre la transdisciplinarité qui dépasserait les barrières des disciplines, et la pluridisciplinarité (ou la multidisciplinarité) qui ne serait qu’une juxtaposition de savoirs sans réelle connexion (29).

La pluridisciplinarité mobilise les compétences d’experts de plusieurs disciplines, tout en gardant une notion de spécialisation. Chaque expert se cantonne à son domaine de compétence et aucun langage ou méthodologie communs n’est utilisé (30).

La transdisciplinarité repose plutôt sur une vision idéale de l’interdisciplinarité. Ce concept, plus théorique que pratique, viserait à fondre les disciplines pour former un seul et même savoir partagé. Il dépasse les barrières et prône la multiplication des compétences. Sa mise en application bousculerait le statut des savoirs et des

experts dans le contexte actuel. En effet, cela pousserait le professionnel de santé à dépasser le champ de compétence défini par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Cela mettrait alors en péril la pratique de son art, en entraînant la pratique fallacieuse d'une autre profession.

C'est pourquoi l'interdisciplinarité, favorisant un travail ensemble à la recherche des points de contact entre les disciplines, semble plus appropriée dans le contexte de la rééducation. Le soin nécessite une mise en commun des compétences et des efforts vers un seul but : l'amélioration de l'état de santé du patient. Pour cela, il reste nécessaire de maîtriser un domaine d'expertise spécifique, tout en étant capable de travailler avec les autres professionnels gravitant autour du patient, notamment grâce à l'utilisation d'un langage commun.

### *1.3.2 - Interdisciplinarité VS interprofessionnalité*

Ces deux termes sont construits selon le même schéma. Nous retrouvons le préfixe inter- qui signifie "entre" et amène une notion de lien, de pont ; ainsi que le suffixe -ité qui se rapporte à une qualité (31). Les deux notions révèlent une intention commune de dépasser les frontières entre les différents domaines d'expertise. Si l'interdisciplinarité se rapporte à un dépassement de la discipline vers une mise en commun des savoirs, l'interprofessionnalité se trouve surtout dans le partage des compétences et des valeurs professionnelles, ce qui nous intéresse plus dans le cas présent.

L'interprofessionnalité se définit comme le développement d'une pratique cohésive entre des professionnels de différentes disciplines. C'est le processus par lequel les professionnels réfléchissent ensemble et développent des pratiques qui fournissent une réponse accordée aux besoins du patient (32). Cette collaboration implique des professionnels d'horizons différents qui partagent leur expertise, tout en reconnaissant leurs différences ainsi que leur interdépendance (33). Le monopole des expertises détenu par différents groupes professionnels est alors remis en cause (29).

L'identité interprofessionnelle est une construction multidimensionnelle associant cinq attributs : les valeurs, l'attention, l'ouverture, l'auto-efficacité et l'engagement. Ils guident les perceptions, jugements et interprétations vers une manière d'agir et penser interprofessionnelle, dépassant le cadre centré sur une seule profession (33). La mise en pratique de ces principes dans le contexte de la

santé naît de la volonté des acteurs du soin de concilier leurs différences et leurs points de vue parfois opposés. Elle implique une interaction continue et un partage des connaissances entre professionnels, pour résoudre ou explorer des problématiques d'éducation et de soins tout en cherchant à optimiser la participation du patient (32). L'interprofessionnalité permet donc de concevoir le soin comme un travail en équipe agissant dans un but commun d'amélioration de la santé et de la qualité de vie du patient (annexe 1).

#### **1.4 - Exercice coordonné**

La mise en pratique de cette interprofessionnalité dans le contexte du soin passe par l'exercice coordonné. La coordination se base sur la formation d'un réseau de soins qui s'articule autour des différents acteurs. Ce réseau facilite la coopération entre acteurs dans un but commun d'amélioration de la santé du patient. L'exercice coordonné place le patient au centre de la prise en soins (4). Il favorise la pertinence de la prise en soins, évitant une redondance dans les pratiques. Il permet aussi aux professionnels de santé d'être moins démunis face à des situations complexes.

La coordination s'est développée suite à l'augmentation de la proportion de maladies chroniques (34). Originellement adapté à la prise en charge aiguë, le système de soins fait face à de nouveaux enjeux tels l'autonomisation des patients et un besoin de coordination entre des acteurs de santé qui se multiplient. Aux Etats-Unis, le Chronic Care Model émerge en 1996 (35). Il repose entre autres sur la mise en place de schémas d'intervention actifs et interdisciplinaires auprès des patients. Il s'agit d'un modèle répondant à la complexité de la prise en soins des patients, et notamment de ceux atteints de maladies chroniques (36). Il tente d'y apporter des réponses efficaces et efficientes à travers six composantes :

- la cohérence du système de santé via notamment des modes de rémunération adaptés
- la mobilisation des ressources communautaires
- l'implication des patients via l'information et l'éducation thérapeutique
- l'harmonisation des pratiques professionnelles autour de l'evidence based practice
- l'introduction de nouveaux modes organisationnels centrés sur la coordination

- l'usage accru des technologies de l'information et de la communication.

Ce modèle inspire des réformes des soins primaires en France pour pallier au cloisonnement du système de soins. Nous retrouvons notamment la réforme du médecin traitant, publiée en 2004, qui affirme le rôle du médecin généraliste comme coordinateur du parcours de soins (34).

Le soin coordonné est alors entravé par les cloisonnements entre les soins à l'hôpital et les soins en ville ou entre les différentes administrations (nationales, locales, sociales). Cela est exacerbé par l'existence de nomenclatures diverses entre différents territoires de mise en œuvre (37). Afin de faire face à ce manque, plusieurs dispositifs sont développés (annexe 2), avec notamment l'apparition de l'accord cadre interprofessionnel (ACIP), des équipes de soins primaires (ESP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

#### *1.4.1 - Accord cadre interprofessionnel*

L'ACIP, signé le 10 octobre 2018 a pour objectif la généralisation de l'exercice coordonné dans deux dimensions (4) :

- la coordination de proximité
- la coordination à l'échelle des territoires

La coordination de proximité est organisée à l'échelle du patient. Elle comprend les MSP, les centres de santé, les équipes de soins primaires et spécialisés (4). Au sein de ces organisations, la coordination et l'organisation des professionnels sont facilitées, notamment à l'aide d'un temps dédié à l'identification des besoins spécifiques des patients et à la mise en place d'actions pour y répondre au mieux. L'objectif est également une meilleure articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social dans le but d'éviter les ruptures dans le parcours de santé des patients et de favoriser le maintien à domicile (38).

La coordination au niveau territorial a pour objectif de répondre aux besoins de santé d'une population géographiquement définie. Elle est assurée par des organismes, tels les CPTS, sur lesquels peuvent s'appuyer les soignants désireux de produire une offre de soins adaptée à la population de leur territoire.

#### *1.4.2 - Équipes de soins primaires*

Une ESP est définie par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé comme un ensemble de professionnels de

santé constitué autour d'un médecin généraliste (38). Ces professionnels organisent ensemble leurs activités de soins sur la base d'un projet de santé défini, contribuant ainsi à la structuration du parcours de santé du patient. Le travail interprofessionnel s'exprime sous différentes formes (39) :

- la structuration de l'organisation,
- les modalités de prise en charge des patients,
- la mise en œuvre d'actions.

Les actions mises en œuvre visent à renforcer la qualité du travail en équipe et la cohérence du parcours de soins. Elles comprennent des programmes d'éducation thérapeutique, des réunions de concertation interprofessionnelle, des actions de prévention et promotion de la santé, ou encore des actions de gestion et d'organisation (39). En plus du travail en équipe, une coordination avec les différents acteurs de la santé au niveau territorial est favorisée par les ESP. Un partenariat est par exemple mis en place avec les services sanitaires et médico-sociaux, les organismes départementaux et régionaux de santé et les réseaux locaux de promotion de la santé.

L'une des formes d'ESP est la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). C'est un dispositif créé en 2007, qui regroupe des professionnels de santé aux compétences multiples, proposant ensemble des services de santé de proximité et des actions de prévention (40). Nous pouvons y retrouver :

- des professions médicales telles les médecins généralistes, les dentistes ou les sage-femmes
- des auxiliaires médicaux, tels les infirmiers, les MK, ou les orthophonistes
- d'autres professionnels de santé tels les pharmaciens et les biologistes
- d'autres professionnels tels les psychologues, les ostéopathes ou les coordinateurs.

En région Pays-de-la-Loire, la création d'une MSP nécessite au moins trois médecins généralistes et un auxiliaire médical (40).

La MSP est une personne morale, financée par le biais de son adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel. L'accord conventionnel interprofessionnel permet la reconnaissance du travail des équipes de soin, notamment au sein des MSP (41). Il apporte une rémunération afin de mener à bien des actions inscrites dans le projet de santé de la MSP.

Au sein d'une MSP, l'équipe de soins s'articule autour d'un projet de soin commun et favorise la coordination des acteurs de prévention et d'éducation à la santé présents sur les territoires. Les objectifs d'une MSP sont :

- améliorer les conditions d'exercice libéral,
- renforcer les liens entre professionnels de santé,
- faciliter et améliorer la prise en soins coordonnée des patients,
- favoriser la prévention et l'éducation à la santé.

En plus de fournir une prise en soins coordonnée, la MSP permet de mettre en place des actions de soin et de rédiger des protocoles interprofessionnels, répondant à des besoins explicites de l'équipe. La mise en place de ces actions et protocoles sont soutenus financièrement via l'accord conventionnel interprofessionnel. Ils peuvent par la suite être utilisés au cours des séances de kinésithérapie. La mise en place de ces protocoles et leurs résultats sont ensuite transmis au reste des professionnels suivant le patient et sont alors facilement consultables au cours de la prise en soins. Ils s'inscrivent dans la démarche qualité de l'équipe de soins puisqu'ils s'appuient sur les données de la littérature, ainsi que sur l'expérience des professionnels et patients concernés (42). De nombreux protocoles existent déjà dans le cadre de la prise en soins de pathologies chroniques.

En parallèle de la MSP, d'autres dispositifs de soins coordonnés ont été développés. L'équipe de soins primaires coordonnés localement autour du patient (ESP CLAP) est une structure associative, expérimentée dans la région Pays de la Loire. Elle est moins lourde administrativement et regroupe moins de professionnels de santé (minimum deux dont un médecin). C'est une équipe locale partageant une patientèle commune, sans forcément se trouver sur le même site (43). Cette équipe se coordonne sur la base de thématiques choisies selon les besoins identifiés. Pour cela, les professionnels échangent via des messageries sécurisées, au cours de réunions et partagent des protocoles de soins, dans le but de proposer la prise en soins la plus adaptée possible au patient. C'est un dispositif adapté à une plus petite échelle, afin de faciliter la coordination entre des professionnels libéraux ne souhaitant ou ne pouvant pas se regrouper au sein d'une MSP. Cela concerne notamment des cabinets de kinésithérapie déjà installés et souhaitant s'inscrire dans une démarche de soins coordonnés.

### *1.4.3 - Communauté professionnelle territoriale de santé*

La CPTS est un dispositif interprofessionnel créé suite à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (44). Il s'agit d'un mode coordonné d'exercice ambulatoire au service d'une population (45). Elle correspond à un collectif d'acteurs de santé, ayant pour objectif de renforcer leur coordination et d'améliorer la prise en charge de la population sur un territoire donné (46). Cette coordination aura pour but de participer à la résolution d'un problème organisationnel, ainsi que d'identifier un problème de santé sur le territoire et organiser la réponse à ce problème.

Une CPTS est le plus souvent une association créée à l'initiative des professionnels de santé. Leur coopération n'est pas décrétée, elle est collectivement construite autour de l'intérêt de la population du territoire couvert par la CPTS (46). Son développement requiert un temps collectif d'appropriation et de construction, en s'appuyant sur une méthodologie de projet. La base de la CPTS est un projet de santé commun, auquel tous les acteurs adhèrent. Ce projet est évolutif et se décline sous forme d'actions de santé.

La CPTS organise son activité autour de trois missions socles (46):

- améliorer l'accès aux soins (accès à un médecin traitant / organisation des soins non programmés)
- organiser le parcours pluriprofessionnel autour du patient
- développer les actions de prévention et de promotion de la santé

### **1.5 - Question de recherche et hypothèses**

De cette exposition du contexte se détachent plusieurs grandes idées. Tout d'abord, l'alliance thérapeutique se distingue comme ayant un rôle primordial dans la réussite du traitement en kinésithérapie, d'autant plus chez les patients atteints de pathologies chroniques. De plus, ces patients sont entourés de nombreux professionnels de santé et non pas uniquement de MK. La communication et la prise en soins interprofessionnelle semblent alors primordiales pour construire avec le patient son parcours de soins. Il ressort que la pratique de l'interprofessionnalité est rendue possible à l'aide des dispositifs d'exercice coordonné. Ces différents

dispositifs permettent au MK de sortir de l'isolement qui peut être un risque de l'exercice libéral, et offrent l'opportunité de fournir au patient atteint de pathologie chronique une rééducation s'inscrivant dans un parcours de soins coordonné. Ces constats nous amènent à la formulation de la question de recherche suivante :

**Quelle est l'influence de l'exercice coordonné interprofessionnel dans un contexte libéral sur l'alliance thérapeutique entre le MK et le patient atteint de pathologie chronique ?**

Suite à l'élaboration du cadre théorique et conceptuel, nous pouvons formuler plusieurs hypothèses de réponses à cette question, qui vont par la suite orienter notre recherche :

- *L'exercice coordonné interprofessionnel permet la création d'une alliance thérapeutique plus rapide et solide entre le patient atteint de pathologie chronique et le MK.*

Nous pensons qu'une prise en soins interprofessionnelle permet de favoriser la concordance des objectifs et des moyens de traitement, ainsi que de contribuer à une meilleure relation de confiance entre le patient et le MK.

- *La mise en place d'un parcours de soins interprofessionnel favorise une meilleure implication du patient dans sa rééducation.*

Nous considérons que la motivation et l'autonomie du patient dans sa rééducation seraient influencées par l'interaction entre les acteurs du parcours de soins.

- *La pratique coordonnée interprofessionnelle offre au MK des ressources internes et externes dans le cadre de prises en soins longues et complexes.*

Nous entendons par ressources internes les facteurs liés au MK lui-même et influençant sa pratique, comme par exemple sa motivation. Les ressources externes sont liées à des éléments extérieurs, tels les autres professionnels d'une équipe.

## **2 - Méthodologie de recherche**

### **2.1 - Choix d'une méthodologie qualitative par entretiens**

L'étude effectuée cherche à déterminer le niveau et la nature de l'influence que pourrait avoir le soin coordonné interprofessionnel sur l'alliance thérapeutique

dans le cadre de prises en soins de patients atteints de pathologies chroniques. Dans cette optique, nous cherchons à recueillir le vécu et les représentations des acteurs du terrain quant à cette problématique. Nous allons donc nous appuyer sur l'expérience de MK exerçant ou non de manière coordonnée et interprofessionnelle dans le but d'obtenir une vue d'ensemble de la situation.

La méthode qualitative semble la plus appropriée afin de mener cette étude descriptive. En effet, la recherche qualitative s'effectue sur le terrain et répond à une problématique réelle (47), dans une optique compréhensive (48). Elle a pour but de décrire, mais également de comprendre en profondeur le problème étudié (49). Elle permet de s'intéresser à des processus sociaux d'interactions en lien avec la santé, ce qui correspond à l'objet de notre recherche (50). L'étude descriptive va permettre de comprendre les représentations, le ressenti et les pratiques des MK, dans le but d'améliorer le soin (47).

Parmi les différents outils de recherche qualitative, nous choisissons l'entretien semi-directif. L'entretien est un face-à-face entre l'enquêteur et l'enquêté détenant des informations en lien avec le sujet de recherche. Il permet de recueillir une image de la situation sur le terrain (51), à travers la vision, l'expérience et le ressenti de la personne interrogée (48). Afin de garder un certain degré de liberté au cours de l'entretien, un entretien semi-directif est réalisé. Cela implique que des thèmes soient définis à l'avance, tout en laissant leur ordre et leur forme se construire au gré de l'entretien, selon les réactions et réponses du sujet interrogé (52). Cette forme permet de laisser la parole à l'interlocuteur afin qu'il exprime son ressenti, tout en cadrant l'entretien pour étudier précisément nos hypothèses de recherche.

## **2.2 - Élaboration de la grille d'entretien**

### *2.2.1 - Réalisation d'un entretien exploratoire*

Dans le but de rédiger des questions pertinentes pour les entretiens principaux, nous cherchons à recueillir l'expertise d'un acteur majeur de la prise en soin coordonnée. Ainsi, nous faisons le choix de réaliser un entretien exploratoire avec un médecin acteur d'un réseau de soins coordonnés. Le but est d'avoir une

première vision de l'influence de l'exercice coordonné sur la pratique d'un professionnel de santé n'étant pas MK. Il pourra nous apporter un regard extérieur sur les attentes quant à l'implication des MK dans le parcours de soins du patient, ainsi que sur les rôles des différents professionnels de santé au sein de celui-ci. Les réponses obtenues au cours de cet entretien permettront éventuellement de formuler de nouvelles hypothèses et d'orienter les questions à poser aux MK.

Pour réaliser cet entretien exploratoire, nous rédigeons un guide d'entretien (annexe 3). Les trois hypothèses et les objectifs de l'entretien permettent de structurer le guide en quatre grands thèmes pour lesquels plusieurs questions et sous-questions sont développées. Pour participer à cet entretien, nous cherchons un médecin généraliste exerçant au sein d'un dispositif de soins coordonnés (MSP, ESP, CPTS) et prenant en soin des patients atteints de pathologies chroniques bénéficiant d'un suivi kinésithérapique et d'un parcours de soins coordonné. La prospection d'un participant ayant ce profil se fait par l'envoi d'e-mails à plusieurs responsables de la coordination dans des MSP et des CPTS. L'entretien est enregistré, puis retranscrit et analysé. Cet entretien sert de support pour élaborer le guide d'entretien utilisé pour interroger les MK. Il pourra également servir au cours de la discussion puisqu'il apporte la vision d'un autre acteur du soin coordonné.

### 2.2.2 - Formulation des thèmes

Les hypothèses de recherche énoncées découlant du cadre conceptuel, ainsi que les données récoltées au cours de l'entretien exploratoire vont guider la création de la grille d'entretien (annexe 4), permettant de dégager des thèmes en lien avec les hypothèses de recherche. Le premier grand thème, "*Exercice coordonné interprofessionnel : représentations et pratiques*", permet d'établir un tableau du travail en équipe dans le cadre de prises en soins chroniques. L'intérêt de l'interprofessionnalité est étudié, ainsi que ses facteurs favorisants ou limitants et les attentes vis-à-vis de la coordination sont répertoriées. Le second thème abordé est "*Alliance thérapeutique dans une situation de chronicité*". Il permet d'évaluer la qualité de l'alliance et les facteurs l'influençant, ainsi que d'étudier le lien entre l'alliance et l'interprofessionnalité. Ensuite, le thème "*Implication du patient dans sa rééducation et son parcours de soins*" permet de répertorier les comportements du patient et les facteurs influençant ces comportements. Enfin, le thème "*Ressources*

*internes et externes*” vise à étudier les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et les moyens utilisés pour y faire face.

## **2.3 - Sélection des participants**

### *2.3.1 - Critères d'inclusion et d'exclusion*

Afin de participer à l'étude qualitative, les sujets interrogés doivent nécessairement :

- Être titulaire d'un diplôme de masseur-kinésithérapeute obtenu en France ou en Europe,
- Exercer en cabinet libéral depuis plus d'un an,
- Prendre en soin des patients atteints de pathologies chroniques,
- Pour le groupe 1 : faire partie d'un réseau d'exercice coordonné,
- Pour le groupe 2 : Ne pas faire partie d'un réseau d'exercice coordonné.

Les sujets ne doivent pas exercer en tant que remplaçant. Nous avons décidé de mener des entretiens identiques auprès de deux groupes de sujets, afin de faire ressortir les similitudes ou les différences entre les réponses de chacun des groupes. Pour obtenir des résultats exploitables, nous estimons qu'un minimum de trois participants par groupe est nécessaire. Cela permettra d'effectuer une comparaison des représentations et ressentis des MK vis-à-vis de l'alliance thérapeutique avec les patients atteints de pathologies chroniques dans un contexte de soin interprofessionnel et dans un contexte de soin non coordonné.

### *2.3.2 - Recrutement des participants*

Le recrutement des participants se fait au travers d'un appel sur le réseau social Facebook, sur un groupe rassemblant 1400 MK et futurs MK des Pays De La Loire. La prospection se fait également à l'aide du bouche à oreille, auprès des différents contacts rencontrés pendant la formation initiale. Une trentaine de cabinets libéraux de kinésithérapie sont également contactés. L'approche des participants est effectuée par appel, SMS, e-mail, ou message sur les réseaux sociaux Facebook et Instagram.

Afin de recueillir un consentement éclairé, un livret d'information détaillant le projet de recherche, les modalités de l'entretien, et le fonctionnement de la collecte

de données est envoyé par e-mail (annexe 5). Il doit être lu et signé avant la tenue de chaque entretien. La date, l'heure et le lieu de l'entretien sont décidés par e-mail ou par téléphone.

#### **2.4 - Déroulement des entretiens**

Les entretiens peuvent être réalisés en personne dans un lieu neutre, ou en visioconférence. Le choix est laissé aux sujets interrogés, afin de s'adapter à leurs impératifs. Dans le cas d'un entretien en distanciel, l'outil de visioconférence Teams Microsoft est utilisé, ainsi que son transcripateur automatique. Il est aussi utilisé pour un entretien en face-à-face, seulement comme transcripateur. Après une présentation du sujet (annexe 4) et un recueil du consentement, l'échange est enregistré sur Teams et à l'aide d'un microphone, afin d'avoir deux versions. Les transcriptions seront fournies à l'IFMK avec le dépôt du mémoire en mai 2024.

#### **2.5 - Analyse des entretiens**

Nous procédons à une analyse thématique déductive. Elle consiste dans un premier temps à identifier les thèmes en lien avec les objectifs de la recherche (53). Elle permet également de comparer leur récurrence entre les différents entretiens, et d'identifier s'ils se recourent, rejoignent, contredisent, ou complètent (53).

L'analyse des entretiens se fait en trois phases. La première est la **transcription**. L'enregistrement est retranscrit dans un format textuel, à l'aide d'un logiciel de retranscription en traitement de texte, à partir des enregistrements audios recueillis. Ce qui est dit au cours de l'entretien est noté, afin de dégager des idées. Les hésitations telles que "euh", "bah", ainsi que les répétitions de mots sont effacées pour rendre la lecture plus fluide. Ensuite, nous passons à la phase de **codification**. Elle a pour objectif de regrouper les idées principales en thèmes et sous-thèmes. Nous procédons à une thématization hypothético-déductive. C'est-à-dire que les éléments rencontrés au cours de l'analyse sont classés parmi les thèmes formulés en amont, et découlant du cadre théorique et hypothétique (54). Un mode d'inscription en inséré (53), à l'aide d'un code couleur (annexe 6), permet de repérer les différents sous-thèmes et de comparer les recueils de données entre eux. La thématization est effectuée en continu (53). Au fur et à mesure de l'étude du

discours, des sous-thèmes sont identifiés, regroupés, fusionnés et hiérarchisés. Les thèmes peuvent être associés entre eux, de par leur complémentarité ou leur divergence. Une analyse horizontale est menée, avec une analyse de chaque thème un par un pour tous les entretiens, afin d'aboutir à une arborisation thématique. Celle-ci correspond à la phase de **reconstitution** qui sert à organiser les données recueillies dans un tableau (annexe 7). Le but est alors de pouvoir présenter les résultats de la recherche de manière claire et avec des exemples. Dans la présentation des résultats, les données sont intégrées entre guillemets, en italique. Elles sont codifiées ainsi : (MKx, l.y), ce qui indique en x de quel entretien provient la donnée et en y à quelle ligne se situe la donnée.

## 2.6 - Précautions méthodologiques

Nous nous attendons à rencontrer plusieurs biais au cours de la réalisation de cette étude. Un biais statistique de sélection (55) est envisageable, du fait que chaque groupe ne soit composé que de trois participants, par manque de temps pour interroger plus de personnes. Cela risque également d'induire un biais de confirmation (55). Des données allant dans le sens de la validation des hypothèses pourraient être sur-représentées dû au hasard dans le choix des participants, et à la tendance à écarter les données allant à l'encontre des hypothèses, ce qui amènerait à une conclusion erronée. Cela sera renforcé par le manque d'expérience de l'évaluateur, qui a plus de risque d'engendrer un biais cognitif et d'orienter les réponses avec la formulation des questions, les intonations, le choix des mots employés.

Le biais d'auto-complaisance (55), consistant à attribuer ses succès à des facteurs internes et ses échecs à des facteurs externes, est également considéré. Afin de diminuer ce risque, les participants sont en aveugle quant à la question de recherche et quant à leur appartenance à un groupe. La prise de conscience de ces différents aléas permet de redoubler de vigilance pour éviter d'induire trop de biais.

### 3 - Résultats

#### 3.1 - Le déroulement des entretiens

Les participants recrutés sont répartis dans deux groupes. Trois MK interrogés font activement partie d'un dispositif de soins coordonnés et pratiquent de manière interprofessionnelle. Trois MK ne prennent pas activement part à un dispositif de soins coordonnés. Les caractéristiques des participants et des entretiens réalisés sont retrouvées dans la figure ci-dessous.

Tableau I : Récapitulatif des participants et du déroulement des entretiens

MK - sexe	Années d'exercice	Type d'exercice	Déroulement de l'entretien		
			Date	Durée	Lieu
MK1 - H	7 ans	Cabinet libéral et domiciles. Spécificité de pratique dans le traitement des dystonies. Certains patients viennent de très loin pour le consulter.	26/01/2024	46 mn	Vidéo depuis le lieu d'exercice
MK2 - F	14 ans	Cabinet libéral. Suit quelques patients atteints de pathologie chronique. Adhérente d'une CPTS : groupe de travail sur les soins non programmés il y a un an.	08/02/2024	29 mn	Vidéo depuis le lieu de vie
MK3 - F	15 ans	Cabinet libéral. Suit des patients atteints de pathologie chronique.	09/02/2024	35 mn	Appel depuis le lieu d'exercice
MK4 - H	6 ans et demi	Cabinet libéral au sein d'un pôle santé et MSP, adhérent d'une CPTS. Suit des patients atteints de pathologie chronique.	05/01/2024	39 mn	Vidéo depuis le lieu de vie
MK5 - H	14 ans	Cabinet libéral et domiciles au sein d'une MSP, adhérent d'une CPTS et d'un réseau spécifique à la pédiatrie. Suit des patients atteints de pathologie chronique.	23/01/2024	43 mn	Vidéo depuis le lieu de vie
MK6 - H	6 ans	Mixte : hôpital et libéral avec domiciles. Adhérent et membre du bureau d'une CPTS. Suit des patients atteints de pathologie chronique.	12/02/2024	40 mn	Vidéo depuis le lieu d'exercice

#### 3.2 - Les représentations, pratiques et attentes des MK au sujet de l'exercice coordonné interprofessionnel

##### Les connaissances des dispositifs existants et l'implication des MK en leur sein

Les MK ne pratiquant pas l'exercice coordonné sont **peu informés** au sujet des dispositifs de soins coordonnés. Leurs connaissances à ce sujet sont *“très proches du néant”* (MK1, I.139), *“entre aucune et vague”* (MK3, I.121). La MK2, bien qu'adhérente à une CPTS, *“ne connaît pas grand chose”* (I.98) à l'exercice coordonné et *“n'a pas vraiment d'échange”* (I.46) avec les autres professionnels. *“On bosse sur certains sujets précis {...} mais après on ne va pas échanger sur un patient”* (MK2, I.100). Les interactions de ces MK avec les autres professionnels de santé prenant en soin leurs patients sont plus du ressort de la **pluriprofessionnalité**. Chacun reste cantonné à son domaine d'expertise sans partage de compétences. Les échanges ont lieu quand il y a *“un point qui attire mon attention et qui n'est pas de mon ressort et que j'ai besoin d'informations complémentaires”* (MK1, I.88), *“s'il y a besoin de chirurgie”* (MK3, I.46) ou pour envoyer le *“bilan quand ils (les médecins) font leur réunion annuelle”* (MK3, I.48). Lors de ces réunions, *“on n'est pas convié”* (MK3, I.54). Il arrive que le contact se fasse *“parfois à la demande du patient”* (MK1, I.86).

Les MK prenant part à un dispositif de soins coordonnés sont plus au courant des dispositifs existants et de leurs **rôles**. Ils font majoritairement partie de plusieurs dispositifs différents. Ils leur permettent de développer *“la gestion de projet”* (MK4, I.139) et la construction de *“protocoles pour essayer de faciliter la prise en charge de certaines pathologies”* (MK4, I.143). L'existence de **rémunération** pour le temps consacré à ces dispositifs est également connue : *“Il y a des sous dans ces structures-là, qui permettent de financer des projets, qui permettent d'indemniser le temps qui est passé par les professionnels à travailler tous ensemble”* (MK4, I.152). Leurs échanges avec les autres professionnels de santé se font aussi *“soit pour des interventions, soit pour des questions, soit pour des échanges {...} pour compléter la prise en charge”* (MK6, I.104), pour *“faire un compte-rendu de la prise en charge”* (MK4, I.97). A cela s'ajoute une pratique **cohésive** et une mise en commun des compétences entre professionnels : *“On réfléchit collectivement à quels objectifs, à quelles adaptations dans les prises en charge peuvent être faites”* (MK5, I.78), *“On construit des protocoles aussi, pour essayer de faciliter un peu la prise en charge de certaines pathologies, pour que ce soit plus rapide, plus efficient,”* (MK4, I.142). Les médecins, et notamment les **médecins traitants** s'imposent comme les interlocuteurs principaux dans le cadre de prises en soins chroniques : *“Il y a des échanges, bon, je dirais aller, quasi tous les cas avec le médecin traitant”* (MK4, I.63)

## Les moyens de communication utilisés

Des moyens de communication **formels, synchrones et asynchrones** sont utilisés par les MK, peu importe leur appartenance ou pas à un dispositif de soins coordonnés :

- *“par téléphone et quand il y a des sujets un petit peu complexes à traiter, j'ai rédigé un mail ou une lettre”* (MK1, I.79)
- *“je vais être amené à les appeler si j'ai besoin ou à échanger par messagerie sécurisée”* (MK4, I.69)

Chez les MK pratiquant l'exercice interprofessionnel, des moyens supplémentaires sont retrouvés :

- *“on a un logiciel d'informations partagées avec les dossiers des patients”* (MK4, I.65)
- *“on fait des RCP, donc réunion de concertation pluriprofessionnelle sur le site”* (MK5, I.70)
- *“De façon informelle, forcément, dans les couloirs”* (MK5, I.86)

Chez les MK ne le pratiquant pas, les dispositifs accessibles à tous les professionnels de santé tels le dossier médical partagé ou les messageries sécurisées ne sont pas utilisés : *“ je suis pas sûr que ça soit la solution idéale dans le sens où il est déjà là et tout le monde ne l'utilise pas.”* (MK1, I.117). Pourtant, une MK *“pense que ça (le dossier partagé) peut être un outil intéressant.”* (MK3, I.106).

La transmission d'informations par le patient atteint de pathologie chronique est perçue comme **peu fiable** par les MK :

- *“c'est des fois lié à des troubles cognitifs ou des choses comme ça. Ils sont du coup peu investis par la force des choses parce qu'ils ne peuvent pas aller me dire ce qu'ils ont fait”* (MK1, I.67)
- *“l'information qu'on leur dit a une chance sur deux d'être modifiée quand elle arrive à l'autre professionnel de santé”* (MK2, I.65)
- *“C'est un peu le téléphone arabe”* (MK6, I.127)

Néanmoins elle peut *“permettre au patient de retranscrire aussi ce qu'il a compris de la situation en kiné par exemple, ou du diagnostic médical”* (MK5, I.100) et n'est donc pas à bannir.

## Les intérêts et les limites de l'exercice interprofessionnel

Les échanges interprofessionnels sont globalement perçus comme un **atout** pour la rééducation des patients atteints de pathologie chronique. Ils sont décrits comme un outil *“très productif”* (MK1, l.134), *“super riche”* (MK4, l.142). Ils permettent de *“réfléchir collectivement à comment nos objectifs peuvent être complémentaires pour éviter d'être trop redondant dans les propositions”* (MK5, l.107) et de *“mieux se comprendre”* (MK4, l.137). Il ressort *“cette idée qu'on sera plus efficaces et on sera meilleurs pour le patient si on travaille ensemble, entre professionnels”* (MK4, l.162). Dans le système de santé actuel, *“on ne peut pas tout résoudre tout seul”* (MK6, l.202). La pratique interprofessionnelle est donc perçue comme **nécessaire**, surtout par les MK étant déjà impliqués dedans : *“il y a une perte de chances à être tout seul.”* (MK6, l.299). Néanmoins, la MK adhérente d'une CPTS mais ne pratiquant pas l'interprofessionnalité fait part de sa déception quant à l'exercice coordonné : *“je me disais que peut-être que ça serait aussi plus simple de pouvoir communiquer avec d'autres professionnels par rapport à certains patients, {...} Mais je trouve que enfin ça ne va pas changer grand-chose en vrai au final.”* (MK2, l.118).

Les MK ne prenant pas part à un dispositif de soins coordonnés déplorent un **manque de communication** avec les autres professionnels de santé. Ils pensent *“qu'on pourrait plus discuter ensemble”* (MK3, l.80) et attendent des autres professionnels *“un échange sur ce qu'ils peuvent mettre en place, sur ce qu'ils pensent être bien ou pas pour le patient”* (MK2, l.79). Il pourrait prendre la forme d'*“un point physique, une petite réunion”* (MK1, l.125). Les initiatives doivent aussi venir des MK : *“il y en a qui sont plus assidus que nous, les kinés je trouve”* (MK1, l.119).

Ce manque ressort moins chez les MK pratiquant l'interprofessionnalité. Néanmoins, le manque d'implication d'autres professionnels prenant en soin les patients est souligné : *“ceux qui ne répondent pas {...} Des fois on se retrouve face à des murs hein. Donc il n'y a pas de réponse, on envoie des courriers, il n'y a pas de réponse, on laisse des messages, il n'y a pas de réponse.”* (MK6, l.213). L'exercice

coordonné soulève également des problématiques, notamment en termes d'**efficacité**. Le travail en équipe nécessite des moments de concertation qui peuvent être chronophages. Les projets peuvent donc parfois mettre du temps à se concrétiser : *“on n'avance pas beaucoup parce que justement on est tous ensemble {...}. Tout seul, on va plus vite, mais ensemble on va plus loin. Mais ça prend juste un peu plus de temps.”* (MK4, l.172).

### **3.3 - Les facteurs influençant la construction et la qualité de l'alliance thérapeutique en situation de chronicité**

#### Les critères d'évaluation de l'alliance thérapeutique

L'évaluation de la qualité de l'alliance se fait de manière **subjective**. Les MK s'appuient sur leur ressenti et celui du patient : *“je me base sur le ressenti du patient”* (MK1, l.186), *“c'est plus au feeling”* (MK2, l.136). Ce ressenti peut se transmettre au travers du **langage non verbal** du patient : *“Est-ce qu'il arrive avec le sourire ? Est-ce qu'il repart avec le sourire ?”* (MK1, l.191). L'évaluation passe aussi par la **communication**, notamment avec des questions posées par le praticien au patient : *“Est-ce que c'est clair ? Qu'est-ce que vous pensez de ça ? Pour avoir un peu un feedback”* (MK4, l.218). Les MK se posent également des questions. Ils évaluent ainsi l'accord entre les **objectifs** du patient et du thérapeute : *“Est-ce que le patient {...} se sent écouté dans ses objectifs ? Est-ce que moi je me sens aussi entendu et écouté dans mes objectifs ? Est-ce que on met en place des objectifs réalistes, SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini) ?”* (MK5, l.181). La qualité de la relation de **confiance** est également questionnée : *“Est-ce qu'on a une relation de bienveillance, d'écoute commune et qu'on n'est pas dans le jugement ?”* (MK5, l.184). Enfin, *“Le fait que le patient adhère ou pas à son traitement ou à la prise en charge”* (MK3, l.149) est aussi un indice renseignant sur la qualité de l'alliance.

#### La qualité de l'alliance thérapeutique avec les patients

Malgré l'identification de critères, il est compliqué pour les MK n'exerçant pas le soin coordonné d'évaluer la qualité de l'alliance en pratique avec leurs patients

atteints de pathologie chronique : *“C'est compliqué comme question.”* (MK2, I.127), *“Il aurait fallu que je les prépare, cette question elle est trop dure”* (MK1, I.211).

A contrario, les MK pratiquant le soin coordonné vont jusqu'à noter la qualité moyenne de l'alliance : *“Si je dois donner une note, je dirais 6 sur 10”* (MK4, I.184). Ils soulignent une possible variation de cette note en fonction du patient et du moment : *“c'est très fluctuant en fait. Je pense qu'il y a des jours où ça va être du 10 sur 10 et des jours où on n'est pas loin du 2 sur 10”* (MK4, I. 185). Un MK souligne qu'un professionnel n'obtiendra jamais une alliance thérapeutique optimale avec tous ses patients : *“c'est pas mal de ne pas forcément avoir d'alliance thérapeutique {...} on peut pas avoir une alliance thérapeutique avec tous les patients.”* (MK5, I.198).

### Les facteurs favorisant l'alliance thérapeutique

Pour les MK ne pratiquant pas le soin coordonné, la **communication** avec le patient s'impose comme le facteur majeur favorisant l'alliance thérapeutique : *“l'essentiel c'est vraiment la communication”* (MK2, I.147). Toutefois, ils éprouvent des lacunes dans ce domaine : *“la communication, c'est l'outil, le facteur qui reste le plus important à améliorer”* (MK1, I.242). Un **manque de formation** à l'entretien motivationnel et à la communication est souligné : *“l'aspect motivationnel, ces choses-là, la communication, c'est des choses qu'on voit peu et je pense que y a très certainement des lacunes”* (MK1, I.232), *“c'est quelque chose sur lequel j'ai pas planché, ni à l'école, ni dans mes formations”* (MK1, I.226).

La **relation de partenariat** est décrite comme au cœur de l'alliance. Un accord doit être passé entre le MK et le patient afin de définir *“des objectifs réalisables et avec des progressivités qu'on peut discuter ensemble”* (MK3, I.178). La relation doit avoir un *“aspect bidirectionnel, où le kiné est satisfait que son patient ait fait son travail et le patient est satisfait de montrer qu'il a avancé de son côté et ça motive les deux côtés”* (MK1, I.271). Pour cela, une bonne entente entre les deux parties est importante. Le MK est *“un peu obligé de bien s'entendre avec la personne”* (MK2, I.138) pour que la relation se construise dans ce sens.

Les MK travaillant en interprofessionnel considèrent, eux aussi, *“l'écoute, l'échange, la relation, la communication”* (MK6, I.250) comme des facteurs favorisant

l'alliance. Le MK doit chercher à connaître **les attentes et les objectifs** du patient afin de proposer une rééducation en accord avec ceux-ci. *“L'adéquation entre les attentes et le contenu qui sera proposé”* (MK4, I.239) est primordiale. Des situations d'échec de l'alliance peuvent avoir lieu car *“le patient avait une attente et que je n'y ai pas répondu”* (MK5, I.197). Pour éviter cette rupture de l'alliance, il est important pour les MK de **vulgariser** leur discours. Les explications doivent être claires pour le patient car *“quand on ne comprend pas, forcément, on lâche”* (MK6, I.252).

Pour tous, **l'équipe interprofessionnelle** est un facteur favorisant l'alliance thérapeutique. Quand les professionnels de santé vont dans le même sens, s'accordent dans leurs discours et dans leurs objectifs, c'est **sécurisant** pour le patient. *“un patient où il y a plus d'échanges entre les différents professionnels aura peut-être plus ce sentiment d'être entre guillemets mieux pris en charge”* (MK2, I.176). *“Quand il voit qu'on échange entre nous, il nous accorde plus de confiance”* (MK6, I.316). *“Si toute l'équipe de soins va dans le même sens, meilleure sera l'alliance avec le patient”* (MK3, I.258). Cela s'explique par *“la confiance qu'on peut avoir en un groupe de personnes, se sentir soutenu par une machine qui est bien rodée justement, des gens qui communiquent les uns avec les autres”* (MK1, I.311). De plus, chaque membre de l'équipe est spécialiste d'un domaine et peut s'appuyer sur les autres quand son champ d'expertise est dépassé. Cela favorise la **confiance** du praticien qui ne travaille pas seul et lui permet d'être plus sûr de son discours : *“quand on ne se sent pas à l'aise, on est moins en confiance en nous {...} Alors que si on sait qu'on est plusieurs, {...} on sait vers qui se retourner”* (MK6, I.361).

### Les facteurs entravant l'alliance thérapeutique

La **multiplication des professionnels** prenant en soin le patient peut fragiliser l'alliance individuelle avec le MK. Le patient atteint d'affection chronique, *“c'est quelqu'un qui a des craintes énormes, qui voit beaucoup de monde, qui a beaucoup de rendez-vous médicaux, qui a des sons de cloche parfois différents”* (MK4, I.192). Le manque de communication au sein de l'équipe de soignants peut entraîner des **dissonances entre les discours** et une perte de confiance du patient. Le risque est donc une relation *“vraiment pluripro, c'est-à-dire peu de contacts entre les différents professionnels”* (MK5, I.222). Dans ce cas, *“plus il y a de monde, plus*

*les discours peuvent être différents*” (MK3, l.247). Il est donc parfois nécessaire qu’*“on casse des croyances qui se sont installées {...} par les discours qu’il a pu avoir”* (MK4, l.201). Ce rôle est délétère pour l’alliance, notamment lorsque les croyances sont ancrées chez le patient depuis longtemps. L’importance d’*“une équipe de soins qui s’entend bien, qui communique, qui échange, qui va dans la même direction”* (MK4, l.289) est donc soulignée, afin de nourrir l’alliance du patient avec chaque membre de l’équipe.

*“L’éventuel **stress** du patient ou impatience du patient à vouloir aller mieux rapidement et ou à ne pas réussir à trouver de solution immédiate à son problème ou ses douleurs”* (MK2, l.157) peut être un frein de l’alliance. La **fatigue** des deux parties aura un impact négatif sur l’alliance : *“l’état d’esprit du patient, sa fatigue, son stress. Bien évidemment, ma fatigue, mon stress, mon état aussi, psychologique va avoir un gros rôle”* (MK4, l.231). C’est d’autant plus le cas pour les prises en soins longues et complexes de patients atteints de pathologies chroniques. Le MK doit s’efforcer de *“rester positif, optimiste, {...} si forcément nous on ne va pas bien, on ne peut pas prendre soin d’eux”* (MK6, l.261). Le stress, la fatigue et la lassitude peuvent mener jusqu’au *“refus de soin”* (MK3, l.183). Dans ces cas, le risque est qu’*“on les pousse, on les pousse, mais au bout d’un moment, c’est plus l’alliance thérapeutique. On n’est plus deux.”* (MK3, l.190). Il faut savoir se mettre en retrait quand l’alliance ne va plus dans les deux sens.

### **3.4 - L’implication du patient dans sa rééducation et son parcours de soins**

#### Le rôle du MK dans le parcours de soins du patient atteint de pathologie chronique

Auprès du patient atteint de pathologie chronique, le MK a pour rôle de *“l’accompagner et le soulager dans ses douleurs {...} l’aider à avoir un confort de vie”* (MK2, l.218). Cela passe notamment par l’**activité physique**, le mouvement : *“On est un intervenant du parcours de soins qui est plutôt là pour les bouger un peu, pour les faire bouger en tout cas.”* (MK4, l.348). Le MK a aussi un rôle de **surveillance**. Il doit avoir une posture *“proactive {...} sur les échanges, sur l’état de la personne, comment les choses évoluent”* (MK4, l.317). Il doit donc réévaluer

régulièrement l'état de santé global du patient, ainsi que les critères spécifiques liés à la rééducation. Dans ce sens, le MK occupe *“un rôle qui peut être assez central”* (MK4, I.298). En effet, il bénéficie d'*“un suivi en série et un suivi au long cours. C'est des patients qu'on va voir {...} une fois par semaine, si ce n'est deux.”* (MK4, I.300). Cela donne la possibilité d'*“avoir des réévaluations de la situation de notre côté qui soient vraiment très régulières”* (MK4, I.305). Ces bilans permettent au patient *“d'avoir des réponses”* (MK4, I.324). Cela peut *“leur donner de l'espoir, {...} avec nos bilans de mesurer des choses et de montrer qu'on gagne”* (MK1, I.364), malgré la situation de chronicité qui peut paraître stagnante.

Le MK a également un rôle de **communicant** auprès des patients atteints de pathologie chronique. Ils ont *“besoin de quelqu'un qui répond à leurs questions et qui les écoute”* (MK1, I.378), de *“se sentir soutenus”* (MK6, I.407), de *“beaucoup de temps où on va discuter”* (MK1, I.386). L'enjeu de cette *“relation de proximité”* (MK5, I.266) est de savoir *“faire la distinction entre la relation amicale et la relation professionnelle”* (MK5, I.267). Le MK doit se mettre en retrait quand c'est nécessaire : *“Il ne faut pas qu'on devienne des personnes indispensables aux patients {...}. Le rôle d'un kinésithérapeute auprès de patients atteints de pathologies chroniques, {...} c'est aussi savoir se soustraire aux soins”* (MK1, I.344).

Ce rôle de communicant s'étend aussi aux autres professionnels. Dans le parcours de soins d'un patient atteint de pathologie chronique, *“on (les professionnels de santé) est tous très complémentaires parce que je pense qu'on travaille beaucoup en simultané”* (MK3, I.276). Le MK a donc aussi pour rôle de *“communiquer avec les autres, parce que ce n'est pas seulement avec nos compétences qu'on peut résoudre des problèmes chroniques”* (MK6, I.397). En effet, dans ce parcours long et compliqué les patients ont *“envie que ça roule, qu'il y ait une fluidité”* (MK4, I.337).

### La motivation, l'autonomie et la prise d'initiative du patient dans sa rééducation

L'implication des patients atteints de pathologie chronique est très **variable**, *“Activo-passive.”* (MK6, I.427). Le maître mot de tous les MK est *“ça dépend du patient”* (MK3, I.313), *“c'est très différent d'une personne à l'autre”* (MK4, I.346). Le premier facteur se démarquant comme influençant cette implication est la

**temporalité** de la pathologie : *“Tout dépend aussi à quel stade ils sont, quel stade de chronicité si on est à 3 mois ou à 28 ans”* (MK1, l.398). *“ceux qui rentrent dans une pathologie chronique depuis pas très longtemps vont être quand même très impliqués pour essayer de faire en sorte que la pathologie ne s’installe pas ou le plus lentement possible. Et ceux pour qui ça fait déjà des années et des années qu’ils traînent leur pathologie, il y en a qui vont être plus ou moins impliqués.”* (MK2, l.266). L’inverse est aussi retrouvé : *“au début de la pathologie il peut y avoir des patients qui sont démotivés, enfin qui sont dans le déni et dans la non-acceptation et petit à petit ils vont essayer de gagner beaucoup de capacités, enfin et cetera. Et une fois que l’acceptation est faite, il y a une certaine routine donc il peut y avoir aussi un côté un peu ras le bol de faire de venir en séance de kiné.”* (MK5, l.298). De plus, l’implication et la qualité des échanges *“dépend des capacités mentales du patient, des capacités cognitives”* (MK6, l.446), *“quand ils sont dans des états trop avancés, parfois certains ne peuvent plus vraiment être actifs”* (MK6, l.428). La lassitude s’impose comme un frein majeur à l’autonomie du patient dans sa rééducation.

Les **facteurs personnels et environnementaux** influent sur la motivation du patient. L’âge est évoqué *“les enfants sont plus solides que les adultes finalement et plus impliqués, plus actifs.”* (MK3, l.319). L’entourage joue également un rôle : *“la motivation peut être en lien avec la motivation de la famille par exemple. Ça aide d’être boosté à la maison.”* (MK3, l.392). *“Tous seuls ils trouvent pas la motivation de le faire, ou c’est trop compliqué, ou c’est trop dangereux aussi parce qu’ils se mettent trop en danger”* (MK6, l.430). La motivation est aussi modulée par les objectifs de vie : *“l’aspect social et l’aspect travail. C’est-à-dire, est-ce-qu’ils veulent reprendre leur travail, est-ce-qu’ils veulent reprendre leur loisir ?”* (MK5, l.341). *“La volonté pour eux de s’en sortir.”* (MK6, l.475) est une grande source motivationnelle pour les patients atteints de pathologie chronique. *“Ils veulent simplement vivre décemment, tranquillement et avoir le minimum juste pour être bien”* (MK6, l.479). Le risque est qu’*“ils ont des fois des objectifs beaucoup trop faibles par rapport à ce qu’ils pourraient faire.”* (MK6, l.482).

Malgré tous ces facteurs faisant fluctuer l’implication des patients dans leur rééducation, la présence d’une réelle **motivation intrinsèque** ressort. *“Ils sont souvent très acteurs de ce qui se passe pour eux. Ils vont chercher les informations”*

(MK4, I.357), *“ils veulent quand même que ça aille mieux”* (MK2, I.332). *“ils nous demandent des conseils, et quand ils sont en demande de conseil en général, ils les mettent en pratique”* (MK3, I.330). Ils sont parfois *“presque un peu trop (actifs), et que du coup ils ont du mal à accepter qu’il n’y a pas forcément de réponse à tout, et qu’il vaut mieux essayer de se concentrer sur le plus simple.”* (MK4, I.363). Ils vont chercher des réponses en dehors du champ médical et paramédical *“des fois avec des thérapeutes alternatifs”* (MK4, I.359).

### 3.5 - Les difficultés et les ressources du MK dans la prise en soin chronique

#### Les difficultés du MK dans la prise en soin chronique

La difficulté qui se démarque pour tous les MK interrogés dans le cadre de prises en charge chroniques est **l'épuisement** et la **baisse motivationnelle** face à la dégradation ou à l'absence d'amélioration de l'état du patient. Dans des cas de prises en soins chroniques, les MK se trouvent *“face à des échecs inévitables : des patients qui ont des pathologies graves et assez foudroyantes et où on doit essayer de garder cette volonté de les motiver”* (MK1, I.464). Les MK soulignent *“Le fait, malgré qu'on essaie de faire des choses avec eux, ils se dégradent quand même”* (MK6, I.513), et que *“comme l'évolution parfois stagne, c'est difficile de se remotiver”* (MK3, I.428). Dans ces situations, l'enjeu est *“de garder la motivation du patient {...}, de réussir à trouver des moyens qui font que le patient au moins se maintienne, voire s'améliore”* (MK2, I.380). Si le patient *“n'est pas motivé, la motivation n'est pas au rendez-vous”* (MK2, I.351) pour le MK non plus. Il est parfois compliqué *“de garder le sourire et de rester des éléments motivateurs”* (MK1, I.467). Ces situations entraînent l'installation de *“la fatigue, la lassitude et la routine”* (MK5, I.382). *“C'est très épuisant”* (MK6, I.491) de prendre en soins des patients de manière chronique, de *“garder cette empathie, cette capacité d'écoute. C'est beaucoup de **charge mentale**. Et la charge mentale, c'est quelque chose qui est sous-estimé depuis très longtemps”* (MK1, I.440). Un MK rapporte *“je sens que que je m'épuise un peu au bout d'un moment dans la prise en charge. Parce que souvent, ça devient difficile un peu de trouver du renouveau, de faire des nouvelles choses dans la rééducation. On tourne un petit peu sur les mêmes choses et c'est un peu fatigant.”* (MK4, I.423).

La **relation** établie entre le patient atteint de pathologie chronique et le MK peut être compliquée à gérer, notamment du fait de la longueur de la prise en soins. Il est nécessaire pour le MK de bien s'entendre avec le patient afin d'installer un climat de confiance : *“le côté d'entente aussi n'est pas toujours évident. Sur du très long terme, sur les pathologies chroniques, des fois ça peut aussi malheureusement être un frein quand le feeling n'est pas là.”* (MK2, I.383). En effet, le patient atteint de pathologie chronique est *“quelqu'un qu'on va avoir tout le temps, tout le temps, tout le temps”* (MK2, I.385). A contrario, cette récurrence de prise en soins entraîne des difficultés quant à *“la séparation entre la notion professionnelle et la notion **amitié**”* (MK5, I.462). Le risque est *“quand le patient va vouloir qu'on outre passe ce rôle de kiné {...} il va commencer à nous demander des conseils sur leur vie personnelle”* (MK1, I.461). Pour le patient *“il est compliqué aussi parfois de lâcher prise. Parce que tu vois par exemple l'une des mamans, elle a clairement exprimé qu'elle n'était pas prête encore à changer de kinésithérapeute.”* (MK5, I.467).

### Les ressources internes

Pour faire face à ces difficultés, les MK mettent en place des stratégies de ressources internes. Le fait de faire une **pause** dans la prise en charge ressort, que ce soit sous la forme de vacances, de réorientation vers un collègue ou d'espacement voire d'arrêt des séances. *“Je pense que ces pauses {...}, ça fait du bien quand même et encore une fois tant aux patients que au kiné, de pas se voir pendant quelques semaines que ce soit parce que l'un ou l'autre part en vacances, ça c'est une bonne chose.”* (MK4, I.429). *“Faut qu'on puisse prendre des vacances, qu'on se surmène pas trop et qu'on fasse des coupures aussi avec les patients. Moi j'en propose aussi des fois parce que j'ai besoin aussi moi-même de prendre du recul.”* (MK1, I.444). Cela permet une **prise de recul** sur la pratique et redonne un élan à la prise en soin : *“Quand je reviens, j'essaie de me dire “bon aller on travaille d'autres choses”.”* (MK5, I.357). Parfois, le MK va jusqu'à *“mettre fin aux séances, parce que souvent si je suis pas motivée c'est qu'effectivement voilà, il y a plus d'avancées et que je vois pas où est ce qu'on peut aller”* (MK2, I.368), notamment dans le cadre de *“prises en charge de patients chroniques où je sais que la kiné n'est pas indispensable et je propose aux patients d'arrêter la kiné {...} Je les oriente*

*très souvent vers une activité qu'ils aiment faire et si possible activité physique*" (MK1, I.493).

L'**analyse** et le **renouvellement** de la pratique sont également évoqués : *"J'essaie de changer totalement d'exercice, de façon de prendre en charge le patient, pour essayer de remettre un petit un petit coup de neuf."* (MK3, I.413). Le MK va *"essayer d'adapter le traitement, séance par séance en fonction de comment est le patient. Essayer de mettre des objectifs réalisables qui sont en accord avec l'attente un peu du patient et la mienne."* (MK3, I.439). Cela va notamment passer par la **communication**, *"Il faut échanger avec eux, il faut mettre des mots sur ce qu'ils ressentent."* (MK6, I.524). Le but est de *"prendre des informations et de savoir comment la personne se sent vis-à-vis de ce qu'on fait."* (MK4, I.440). La prise de recul sur la pratique a été favorisée chez un MK par le fait d'être *"devenu formateur. Ca m'a permis aussi de faire le pas de côté sur une analyse de ma pratique."* (MK5, I.438).

### Les ressources externes

Une ressource largement évoquée par les MK est l'**intervision** entre pairs : *"De demander de l'aide à des confrères, des consœurs, des conseils."* (MK1, I.500), *"d'en discuter avec des collègues."* (MK4, I.458), *"on en parle entre collègues"* (MK2, I.402). Se tourner vers un confrère dans le cadre d'une prise en soins longue et complexe permet *"d'avoir leur point de vue, d'avoir qu'est-ce qu'elle ferait à ma place, d'avoir potentiellement d'autres pistes auxquelles j'aurais pas pensé."* (MK2, I.408). Certains MK vont jusqu'à *"passer la main un peu, ne serait-ce que momentanément à un collègue, pour essayer d'avancer sur tel ou tel aspect de la prise en charge où on tourne un peu en rond"* (MK4, I.458). L'apport du **tutorat** dans ces situations est également évoqué : *" il y a (prénom) qui est avec nous en stage, qui propose d'autres exercices. Donc en fait ça permet, à la fois pour le patient comme pour moi, de donner une petite respiration dans la prise en charge."* (MK5, I.354).

Les **autres professionnels de santé** prenant en soin le patient peuvent également être une ressource vers laquelle les MK s'orientent : *"c'est très souvent*

que je me tourne, je renvoie mes patients vers d'autres professionnels quand j'estime que j'avance plus dans une prise en charge." (MK1, 1.490). "j'imagine que quand on est kiné, on ne perçoit pas pareil son patient, que quand on est {...} orthoptiste ou je ne sais pas. {...} des fois on peut se dire "Ah oui, c'est vrai ça, je pourrais peut-être le bosser pour que ça soit plus facile"." (MK3, 1.461). "Après avoir discuté des prises en charge, j'ai pu par exemple formaliser des difficultés d'objectif et de motivation ou de lassitude. Ils peuvent dire "oui, en effet, c'est peut-être intéressant de faire une petite pause. C'est intéressant de proposer moins de séances.". {...} ils donnent des conseils." (MK5, 1.405). "Les échanges qu'il va y avoir avec l'équipe de soins, avec tous les autres professionnels qui peuvent prendre en charge la personne vont forcément nourrir la réflexion qu'on va avoir. Et derrière ça la réflexion, elle amène à considérer la situation, à l'évaluer, mais aussi à adapter un peu le traitement" (MK4, 1.480). Pour les MK pratiquant le soin coordonné, cet échange peut se faire "lors des RCP {...} les RCP qu'on a fait cette année c'était pour mes patients qui étaient suivis aussi par les autres collègues infirmiers, podologues, du pôle." (MK5, 1.398). "Je pense que le dispositif qui va m'aider le plus dans dans ce cas-là, c'est l'échange avec d'autres professionnels, au sein de la MSP notamment. On a la chance de pouvoir avoir des temps d'échanges dédiés." (MK4, 1.469).

Les soins coordonnés, et notamment les CPTS permettent de fournir des outils aux MK dans le cadre de prises en soins chroniques : "il y a un projet qui est en cours sur le repérage de la fragilité des personnes âgées." (MK6, 1.556). "on essaie de créer des parcours de soins pour que justement tout soit plus vite et que ce soit un peu fléché." (MK6, 1.571). Ces projets à l'échelle d'un territoire sont un pari sur l'avenir : "C'est pas un gain de temps immédiat mais c'est un gain de temps surtout au long terme et ça c'est encore difficile à concevoir" (MK6, 1.617). Le but est notamment "de préparer l'avenir en mettant plus de **prévention**" (MK6, 1.640). Les projets existants sont diffusés aux membres de la CPTS via une "base de données de plein de professionnels de santé et on envoie des informations sous forme de newsletter. Et après il y a une communication qui soit aussi via les réseaux sociaux." (MK6, 1.579).

La dernière ressource abordée par les MK est l'apport des "**formations**. D'écouter d'autres collègues bosser et d'entendre de nouveaux points de vue,

*d'apprendre de nouvelles choses, c'est un super facteur motivationnel.*" (MK1, l.455). *"Je viens de finir la formation, c'est sur l'ETP (éducation thérapeutique du patient) c'est d'essayer de voir pour donner des séances de groupe. C'est de voir d'autres modalités de rééducation."* (MK5, l.363). Les MK utilisent *"les bibliographies des différentes formations qu'on a pu faire"* (MK3, l.451) pour adapter leur pratique dans des prises en soin difficiles. Le **développement professionnel continu**, décliné sous tous les aspects évoqués, semble la ressource externe principalement investie.

## 4 - Discussion

Notre question de recherche était la suivante : *Quelle est l'influence de l'exercice coordonné interprofessionnel dans un contexte libéral sur l'alliance thérapeutique entre le MK et le patient atteint de pathologie chronique ?* Afin d'y répondre, nous allons confronter les résultats récoltés au cours des entretiens avec les hypothèses formulées au départ, afin de les confirmer ou de les infirmer.

### 4.1 - Hypothèse 1 : L'exercice coordonné interprofessionnel permet la création d'une alliance thérapeutique plus rapide et solide entre le patient atteint de pathologie chronique et le MK.

La communication ressort comme étant le facteur principal favorisant l'alliance thérapeutique. Elle se décline sous plusieurs formes jouant un rôle dans ce processus. Nous retrouvons le dialogue entre le soignant et le patient, ainsi que les échanges entre le soignant et le reste de l'équipe prenant en soin le patient.

La communication avec le patient se construit selon le modèle émetteur-récepteur (56). Les deux partis prennent à tour de rôle le statut d'émetteur et de récepteur afin de transmettre à leur interlocuteur un message ou une information compréhensible. Le MK se doit d'être attentif au choix des mots employés, lors d'une explication donnée au patient. Celui-ci aura une influence sur l'installation d'une relation de confiance (57). De plus, quand il prend le rôle de récepteur, le MK doit adopter une posture d'écoute active afin de décoder correctement le message transmis par le patient (56). Ces rôles complémentaires permettent la création d'un partenariat, avec des objectifs et des moyens de

traitement adaptés, compris et validés par les deux partis. Cette collaboration est un pré-requis à l'installation d'une alliance thérapeutique solide (23).

La compréhension et l'interprétation du message transmis au patient dépend du contexte dans lequel prend place l'échange (56). Pour les patients atteints de pathologies chroniques, le contexte de soins est complexe. Ils ont un parcours de soins long, avec un pronostic rarement positif, et une multiplication des prises en soins. Dans cette situation, les échanges entre le patient et le MK sont aussi influencés par les échanges entre le patient et chaque thérapeute acteur de son parcours de soins, ainsi que par les échanges des thérapeutes entre eux. Même si le patient n'a pas toujours la notion de cette relation interprofessionnelle, elle est primordiale pour que les discours des différents professionnels de santé soient en accord. Cela va donner plus de poids au discours individuel et va permettre au patient d'avoir confiance en chacun d'entre eux. Elle permet au patient de se sentir pris en soin individuellement par des experts dans leur domaine, mais d'être soutenu globalement par une équipe agissant ensemble avec des objectifs communs. L'harmonisation des discours entre professionnels permet également de construire ou déconstruire les croyances du patient de manière cohérente. Les soignants peuvent ainsi s'accorder sur les types de communication à employer, sur une approche plus spécialisée ou vulgarisée selon les besoins identifiés.

Pour les MK ne pratiquant pas l'interprofessionnalité, les échanges directs avec les autres professionnels, et notamment les médecins, sont insuffisants. Les communications se font principalement par courrier transmis par l'intermédiaire du patient, et parfois par téléphone. Certains MK interrogés déplorent le partage d'informations entre professionnels au travers du patient car cela engendre une modification du discours ou une perte d'informations. Néanmoins, l'entretien exploratoire réalisé auprès d'un médecin généraliste révèle que c'est un moyen encore employé par de nombreux MK. Elle souligne, elle aussi, un manque d'échange direct par transmission de bilan ou par appel. Les outils mis à disposition de tous tels la messagerie sécurisée ou le dossier médical partagé ne sont pas utilisés par les MK en libéral. Cela fait défaut, notamment parce que le MK bénéficie d'un suivi bien plus régulier et proche du patient que le médecin, avec des visites à domicile dans les situations de chronicité. Ce lien entre le prescripteur et le soignant

qui suit le patient au quotidien pourrait augmenter la crédibilité du discours et ainsi faciliter l'adhérence du patient à certains objectifs qui sont finalement communs entre les professionnels.

Les MK prenant part à un dispositif de soins coordonnés disposent de moments dédiés à la communication avec l'équipe interprofessionnelle : les réunions de concertation au sein des MSP, ou encore les réunions de projet au sein des CPTS. La proximité géographique est l'atout principal, dès que les soignants ne sont pas sur le même site, les temps de rencontre semblent compliqués à organiser. Ces situations d'échanges directs permettent aux soignants de mieux comprendre le rôle et les objectifs de prise en soins de chacun. Cela va les aiguiller dans leur discours avec le patient. Ils pourront ainsi agir ensemble afin que le patient ait confiance en l'équipe qui le prend en soins, et pour améliorer l'alliance individuelle.

La confiance du patient envers un professionnel de santé repose sur le relationnel, et l'estimation du niveau de compétence du soignant par le patient (58). Elle s'exerce à différents niveaux :

- le niveau micro : la relation interpersonnelle,
- le niveau méso : la confiance dans l'équipe soignante,
- le niveau macro : la confiance dans l'institution et dans le système de santé.

Ces trois niveaux doivent être nourris afin de renforcer la qualité de l'alliance thérapeutique. Les interactions entre les acteurs permettent d'envisager le patient sous différents points de vue, permettant à chacun de mieux le comprendre et d'ainsi s'adapter à lui dans sa communication et dans le choix des moyens thérapeutiques. Ainsi, les MK prenant part à un dispositif de soins coordonnés sont plus capables d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique établie avec leur patient. Cela pourrait s'expliquer par le feedback d'autres membres de l'équipe auxquels le patient parle de sa relation avec le MK.

La pratique interprofessionnelle s'impose donc comme un facteur favorisant l'installation et la solidité de l'alliance thérapeutique. Elle a un impact positif sur la relation de confiance établie entre le MK et le patient, mais aussi sur la confiance du MK dans sa propre pratique, dans le parcours de soins du patient. L'hypothèse est donc validée.

## **4.2 - Hypothèse 2 : La mise en place d'un parcours de soins interprofessionnel favorise une meilleure implication du patient dans sa rééducation.**

Deux profils de patients atteints de pathologie chronique ressortent des données récoltées :

- Les patients acteurs de leur prise en soins et motivés, ayant appris leur maladie relativement récemment et ayant beaucoup de questions, d'attentes et d'autonomie.
- Les patients atteints de pathologie chronique depuis des années, habitués, lassés, démotivés. *"Ils viennent chez le kiné comme s'ils allaient acheter une baguette de pain"* (MK5, I.335).

Les patients proactifs dans la gestion de leur pathologie chronique sont largement retrouvés selon tous les MK interrogés. Ils sont demandeurs de conseils qu'ils appliquent, pratiquent l'auto rééducation et ont l'objectif d'améliorer leur état de santé, leur qualité de vie, et de retarder l'avancée de la maladie. Ils deviennent experts de leur maladie ou de leurs douleurs et savent les gérer de manière autonome. Ces patients ont aussi soif de réponses et cela les pousse à chercher des explications auprès de nombreuses ressources, et parfois à multiplier les prises en soins. Ils vont alors se tourner vers de nombreux professionnels, et notamment vers les thérapies alternatives. Dans ces cas, le flot d'informations peut vite submerger la parole de chaque soignant, et notamment du MK. Il faut recentrer le discours sur des notions plus simples pour ne pas se perdre. De plus, les patients parlent souvent aux MK des autres prises en soins dont ils bénéficient, mais sans s'attarder sur leur contenu. Une mise en commun des informations données et comprises par le patient pourrait-elle être un atout dans la prise en soins ? Cette piste est à explorer car elle pourrait aider à mieux comprendre les attentes et les représentations du patient, afin d'y répondre, tout en évitant le risque d'épuisement.

En effet, le phénomène d'essoufflement, de lassitude du patient, du fait de la multiplicité et de la longueur des prises en soins, est fréquent. Le temps passant après l'annonce, le découragement du patient s'accroît, notamment lorsque son état se dégrade ou stagne malgré ses efforts. Dans ces situations, le MK occupe un rôle

central. Il voit le patient au moins de manière hebdomadaire, parfois à domicile. Ce n'est pas le cas de tous les professionnels, et notamment du médecin traitant. Ce suivi de proximité, en série et au long cours place donc le MK en première ligne pour repérer cette perte de motivation. L'enjeu est alors de la raviver et de l'entretenir. Cela passe notamment par la mise en place de bilans et de réévaluations afin d'objectiver des améliorations dont les patients pourraient ne plus se rendre compte. Cela sera l'occasion d'ajuster les objectifs avec le patient afin qu'ils soient en accord avec ses attentes et son niveau, et ainsi de nourrir l'alliance thérapeutique.

Il est primordial pour le MK d'adopter une écoute active et une posture de soutien dans ces moments de doute vécus par le patient. Afin de renforcer l'implication du patient, la relation de partenariat doit avant tout être maintenue entre les deux acteurs de la rééducation : le MK et le patient (26). Toutefois, les MK faisant partie de dispositifs de soins coordonnés s'appuient aussi sur l'équipe de soin. Ils alertent les autres professionnels de la baisse motivationnelle et s'allient pour trouver les raisons du blocage et des leviers. Les CPTS proposent également des dispositifs facilitant le parcours de soins du patient atteint de pathologie chronique en lui donnant un accès prioritaire à un médecin traitant par exemple. Ces diminutions des temps d'attente pour trouver des professionnels de santé pourraient prévenir l'installation de la lassitude.

L'aspect interprofessionnel du parcours de soins n'est pas directement envisagé par le patient. L'implication du patient dans sa rééducation est surtout liée à des facteurs internes tels que la motivation, le stress, la fatigue, les objectifs. Indirectement, les échanges interprofessionnels et les projets de soins territoriaux peuvent influencer ces facteurs internes. Toutefois, la relation de confiance et l'alliance thérapeutique entre le MK et le patient restent les facteurs majoritaires favorisant l'implication du patient dans sa rééducation. L'hypothèse est donc rejetée. Néanmoins, le parcours de soins coordonné offre un accès facilité aux soins pour le patient, et permet une surveillance et un suivi rapproché. Il soutient le MK dans sa démarche de réorientation du patient et rend celle-ci rapide et efficace. L'interprofessionnalité reste donc un atout essentiel pour le parcours de santé et de vie du patient.

### **4.3 - Hypothèse 3 : La pratique coordonnée interprofessionnelle offre au MK des ressources internes et externes dans le cadre de prises en soins longues et complexes.**

Face à ce risque de démotivation du patient ; la lassitude et la baisse motivationnelle du MK est ressortie comme l'une des difficultés principales dans le cadre de prises en soins chroniques chez tous les MK interrogés. La longueur de ce type de prise en soins et la lenteur voire l'absence d'évolution apportent au soignant une charge mentale supplémentaire. Pour y faire face, de nombreuses stratégies sont mises en place, s'appuyant sur des ressources internes et externes.

La ressource externe majeure, retrouvée chez les participants pratiquant ou non le soin coordonné, est la collaboration avec d'autres professionnels de santé. L'intervention de l'équipe permet de prendre du recul sur la situation et de nourrir la réflexivité du MK vis-à-vis de sa pratique (59). Le groupe sert alors de médiateur, de ressource, de soutien, ou encore de point de comparaison (60). De cette analyse réflexive se construit le savoir d'expérience (60), qui pourra être réinvesti dans des situations futures mettant en jeu des patients atteints de pathologie chronique. Dans la gestion de situations compliquées, deux types de collaboration sont retrouvées :

- l'échange avec les confrères kinésithérapeutes, les pairs,
- l'échange avec les autres professionnels de santé prenant en soin le patient ou étant experts du domaine, les collaborateurs.

La comparaison avec les pairs permet de situer sa pratique (60). Elle conduit à une meilleure compréhension de ses atouts et de ses limites. Cela a aussi une influence sur le sentiment d'auto-efficacité du MK. La mise en commun de l'expérience avec les collaborateurs permet d'analyser la situation sous un autre regard. Cela peut entraîner des désaccords, ou des conflits qui vont cultiver la résolution de problèmes et la production de savoir (60). Chaque professionnel apporte le bagage de sa propre discipline, ses propres compétences, sa propre expertise. Cette collaboration interprofessionnelle permet de résoudre ensemble les situations compliquées rencontrées individuellement dans les prises en soins chroniques (32). Les soignants développent ainsi leur compétence collaborative, c'est-à-dire leur capacité à se mettre en synergie avec les autres membres de l'équipe afin de traiter efficacement la situation. En définitif, la prise de recul interprofessionnelle donne

l'opportunité au MK de construire des compétences et des savoirs qu'il pourra réinvestir et offre ainsi également des ressources internes.

La motivation du MK peut également être nourrie par une autre ressource externe : la construction collective de projets de soin, notamment à l'échelle du territoire, au travers des CPTS. La construction de protocoles est également retrouvée dans les ESP. L'innovation au sein du système de santé est une perspective stimulante. Elle permet au MK de participer activement à la résolution de problèmes impactant directement les patients atteints de pathologie chronique qu'il suit. Cette prise d'initiative va favoriser l'estime de soi du praticien, et lui offrir des perspectives d'évolution professionnelle (61). Cela renforce aussi le sentiment d'auto-efficacité du MK et lui permet de faire face à l'isolement qui est un risque de l'exercice libéral (62). La gestion de projets en interprofessionnalité sera donc une ressource favorisant la motivation.

Les ressources internes évoquées par les MK, travaillant ou non de manière interprofessionnelle, sont principalement individuelles. Le fait de faire une pause dans la prise en soins, de s'y soustraire temporairement, voire de passer la main pour redonner un élan à la prise en soins est beaucoup revenu. Cet élan est également relancé par le renouvellement de la pratique, l'ajustement des objectifs et la modification du contenu des séances. Cela peut passer par la réalisation d'un nouveau BDK, l'arrivée d'un stagiaire qui propose différents moyens de traitement, la recherche de littérature scientifique, ou encore l'apport de connaissances et compétences acquises au cours de la formation continue.

Les MK trouvent des ressources internes et externes dans la pratique interprofessionnelle pour répondre à certaines problématiques rencontrées dans le cadre de prises en soins chroniques. L'hypothèse est donc validée. Ce n'est cependant pas leur seule ressource et d'autres moyens sont envisageables en cas de difficultés.

## **4.4 - Analyse réflexive de la démarche de recherche**

### *4.4.1 - L'étude par enquête qualitative*

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de procéder à une étude de type hypothético-déductive. Nous avons commencé par recueillir les données de la littérature, en faire ressortir une problématique, exposer nos hypothèses et mener une enquête par entretiens. Suivant ce modèle, nous avons construit notre guide d'entretien par thématiques visant à répondre aux hypothèses formulées. Le risque est d'induire un discours de la part du participant, qui répond à nos hypothèses, mais qui n'est pas forcément représentatif de sa pratique réelle (63). Nous nous exposons ainsi à l'éventualité de reproduire les résultats de la littérature sans s'ouvrir à d'autres réalités, plus révélatrices des situations vécues par les personnes interrogées. L'apport d'un entretien exploratoire pour inclure des données et problématiques représentatives du terrain à la construction du guide d'entretien permet de diminuer l'ampleur de ce risque. De plus, le guide d'entretien devant être identique pour tous les participants, appartenant ou non à un dispositif de soins coordonnés, les questions ne peuvent pas être trop orientées et restent majoritairement ouvertes.

Au cours des entretiens, lorsque les participants sont sortis du cadre imposé par les hypothèses et les données récoltées en amont, l'enquêteur inexpérimenté a à plusieurs reprises cherché à rattacher le discours à ses hypothèses et à ses croyances (63). Nous avons identifié ce risque en amont et avons donc fait en sorte de le réduire au maximum en préparant des questions de relance standards. Il nous est toutefois arrivé, en reformulant ou en répondant aux questions des participants, d'utiliser des phrases induisant une réponse attendue. Ceci entraîne un biais de confirmation (55). Le fait que la grille d'analyse n'ait été construite qu'une fois les entretiens réalisés, et se basant sur les discours récoltés et non uniquement sur les hypothèses, réduit le risque de biais d'analyse. Cela est particulièrement vrai pour le choix des sous-thèmes. Elle s'appuie néanmoins sur les thèmes du guide d'entretien et les données théoriques gardent donc une place importante dans les choix d'analyse. Le danger est alors d'illustrer les hypothèses et non pas d'y répondre (63).

#### *4.4.2 - Le choix des participants*

Pour réduire le risque de biais d'auto-complaisance, nous avons fait le choix de ne pas mentionner l'exercice coordonné dans l'appel à participants. Nous nous sommes basés sur les réponses des intermédiaires par lesquels nous avons contacté les participants pour valider les critères d'inclusion. Pour l'une des participantes, ce système a dysfonctionné et entraîné un biais d'échantillonnage. Alors qu'elle était interrogée pour faire partie du groupe ne pratiquant pas l'interprofessionnalité, nous avons appris au cours de l'entretien qu'elle était adhérente à une CPTS. Néanmoins, elle n'y était plus active depuis plus d'un an et ne travaillait pas de manière interprofessionnelle selon la définition développée dans le cadre conceptuel. Cela a soulevé des questions quant au choix des critères d'inclusion. Nous avons considéré l'appartenance à un dispositif de soins coordonnés comme un critère conditionnant la pratique interprofessionnelle. La démarche de recherche a remis en cause ce postulat. Il apparaît que certains MK prennent part à un dispositif de soins coordonnés sans toutefois le pratiquer. À l'inverse, certains MK exerçant en libéral sans être dans un dispositif de soins coordonnés peuvent travailler de manière interprofessionnelle à plus petite échelle, notamment avec les médecins traitants.

Pour des raisons de temps disponible, le choix a été fait de sélectionner trois participants par groupe de personnes interrogées, soit six participants au total. Certaines notions étudiées sont arrivées à saturation avec ce nombre de participants, comme par exemple les moyens de communications utilisés. D'autres ne semblent pas avoir atteint la saturation, comme les rôles du MK dans le parcours de soins du patient atteint de pathologie chronique. Les notions non saturées pourront être explorées au travers de recherches ultérieures (63).

#### **4.5 - Perspectives pratiques et professionnelles**

Ce travail de recherche m'a permis de comprendre l'importance du décloisonnement du soin dans la pratique de la kinésithérapie, notamment auprès de patients atteints de pathologie chronique. Les données trouvées dans la littérature et récoltées sur le terrain ont ouvert des perspectives professionnelles pour mon exercice futur. Elles m'ont permis d'identifier les différents moyens mis à

disposition des MK pour devenir acteur d'une prise en soin coordonnée. Dans ce sens, l'utilisation d'outils numériques tels le dossier médical partagé, les messageries sécurisées, le recours à la téléexpertise sont envisagés. L'avenant 7 à la convention nationale valorise cet échange en permettant une rémunération de l'acte de téléexpertise (64). L'importance du développement de ces moyens à grande échelle est ressortie, afin de fluidifier les échanges avec les autres professionnels de santé. La relation avec le médecin traitant m'apparaît comme un point primordial à développer dans ma pratique.

J'ai identifié les différents dispositifs de soins coordonnés (MSP, CPTS, ESP CLAP) dans lesquels les MK peuvent choisir de s'impliquer. Ces structures organisationnelles, locales ou territoriales facilitent les échanges directs entre professionnels. Elles s'imposent comme les moyens les plus pertinents pour la mise en place de réunions de concertation interprofessionnelle. Que ce soit pour favoriser la prise en soin spécifique du patient ou pour organiser l'offre de soin au niveau territorial, la rencontre entre professionnels est un outil efficace. Je souhaite m'inscrire dans cette optique pour mon exercice futur, afin de bénéficier d'un accès facilité au médecin et aux autres professionnels, sources de soutien et de motivation dans les prises en soins chroniques. L'ESP CLAP me semble être un dispositif intéressant car accessible et permettant de s'articuler en équipe réduite autour d'une patientèle commune. Ces structures ouvrent aussi des perspectives pour la kinésithérapie de demain, tel l'accès direct (65), permettant de fluidifier les parcours de soins.

Le développement de projets permettant une fluidification du parcours de santé du patient atteint de pathologie chronique est aussi permis par la pratique coordonnée. Nous retrouvons notamment dans la CPTS Centre Vendée la mise en place d'un programme de dépistage de la fragilité chez les personnes âgées (66). Il a pour but de prendre en soin au plus tôt les patients présentant des signes de fragilité afin de prévenir une dégradation et une chronicisation de leur état de santé. Ce repérage précoce permet un maintien prolongé du patient à domicile. Il me semble important de me tenir informée des projets existants sur mon futur territoire d'exercice afin de pouvoir orienter au mieux les patients que je suivrai.

Le manque de connaissances de ces dispositifs ressort comme un frein majeur à l'implication des MK dans l'exercice interprofessionnel. La formation initiale

pourrait être une clé pour que la future génération de MK soit plus informée des dispositifs à leur disposition. Le cursus prévoit des enseignements à ce sujet selon le Bulletin Officiel de 2015 (67). Des notions théoriques sont notamment dispensées dans les Unités d'Enseignements (UE) 1, 2, et 11. Des mises en pratique sont proposées dans les UE 6, 24, 29, et 32. L'éducation interprofessionnelle est un facteur clé de la délivrance du soin centré sur le patient (68). La formation continue post-graduée orientée sur la collaboration interprofessionnelle pourrait être envisagée pour les MK diplômés. Elle permettrait d'améliorer les connaissances des limites et perméabilités des rôles professionnels, d'acquérir des compétences de travail en groupe, de résolution de conflits, de communication et de leadership (69).

Plusieurs questionnements ressortent suite à la conduite de ce travail. Nous avons choisi d'orienter notre recherche sur le lien entre l'interprofessionnalité et l'alliance thérapeutique. Au vu des données recueillies, la question : *“Est-il nécessaire de faire partie d'un dispositif de soins coordonnés pour exercer de manière interprofessionnelle ?”*, posée en introduction, se pose d'autant plus. Il nous est apparu au cours de la récolte de données que certains MK adhèrent à des dispositifs de soins coordonnés sans y prendre part activement, ni même avoir des notions quant à la pratique interprofessionnelle. Cela peut s'expliquer par la majoration de 100 euros du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet professionnel (70) en cas d'adhésion. Cette incitation financière est-elle un moyen efficace de faire découvrir les dispositifs existants à des MK ayant peu de connaissances à ce sujet ? Les MK se cantonnent-ils à recevoir cette majoration, ou vont-ils explorer les moyens mis à leur disposition lorsqu'ils sont adhérents ? Quels sont les facteurs défavorisant l'implication active des MK dans les dispositifs interprofessionnels ? Une valorisation des dispositifs permettant l'interprofessionnalité, et une plus grande diffusion d'informations par les instances telles le Conseil National de l'Ordre des MK, ou encore les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) pourraient être des clés pour favoriser l'implication des MK dans l'exercice coordonné. L'URPS des MK des Pays de la Loire a notamment proposé en 2022 des soirées portant sur « Le numérique dans l'échange de données de santé en kinésithérapie » (71). Les réunions d'information sont un outil que j'utiliserai pour me tenir au courant des nouveaux outils disponibles.

## Conclusion

Cette démarche de recherche nous a permis de souligner l'intérêt du développement de la pratique interprofessionnelle pour les MK installés en cabinet libéral et prenant en soin des patients atteints de pathologie chronique. Le décloisonnement des savoirs, des compétences et des expériences s'impose comme étant une ressource dans l'installation et le maintien d'une alliance thérapeutique solide avec ces patients. L'interprofessionnalité a pour intérêt de contrer l'isolement, une des difficultés de l'exercice libéral, et ainsi de diminuer la charge mentale du MK qui sera alors plus disponible pour le patient au cours de la prise en soins. Le soin coordonné permet également le développement de projets à l'échelle d'un territoire, afin d'améliorer l'offre et de fluidifier le parcours de soins pour les patients atteints de pathologie chronique.

L'étude auprès d'acteurs du terrain a permis d'identifier des outils et moyens concrets de développer ce type de pratique. Des structures organisationnelles, des moyens de financement, ainsi que des outils numériques sont disponibles pour favoriser la collaboration entre professionnels du soin, mais ils ne sont pas encore majoritairement utilisés. La kinésithérapie doit être intégrée au parcours de soins interprofessionnel du patient atteint de pathologie chronique afin de renforcer l'alliance entre le MK et le patient. Pour atteindre cet objectif, les MK doivent avoir plus de connaissances des enjeux de l'interprofessionnalité et des dispositifs existants. Ils doivent aussi avoir accès aux moyens organisationnels et financiers d'y participer.

Ces constats interrogent la nécessité d'appartenir à un dispositif de soins coordonnés pour pratiquer l'interprofessionnalité. L'échange et le partage d'expérience et de connaissances est pratiqué de manière informelle par certains MK, notamment avec les médecins traitants. La structure organisationnelle est-elle nécessaire à une interprofessionnalisation du MK exerçant en libéral ? Les outils disponibles pour tous sont-ils suffisants pour communiquer et collaborer avec les autres professionnels prenant en soins les patients ? Ce sont tant de questions qui mériteraient d'être investiguées pour construire la kinésithérapie de demain au sein d'un système de santé en constante évolution.

## Bibliographie

1. Quesnot A. RAPPORT 2022 SUR LA DÉMOGRAPHIE : Obs DÉMOGRAPHIE Cons Natl L'ORDRE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES [Internet]. 2022; Disponible sur: [https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2023/01/rapportdemographiemk\\_2022.pdf](https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2023/01/rapportdemographiemk_2022.pdf)
2. Légifrance. Article L4321-1 - Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000047568490/2023-05-21](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000047568490/2023-05-21)
3. Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 2 août 2020;36(8):886-98.
4. CPAM. Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé [Internet]. oct 10, 2018 p. 72. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/accord-aci-cpts-integrant-avenant-2-version-consolidee.pdf>
5. Ministère de la santé et de la prévention. Plan d'action : 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles [Internet]. 2023 [cité 17 août 2023]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_msp.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_msp.pdf)
6. Bruant-Bisson A, Laffon P, Marty M. Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie [Internet]. 2022 [cité 17 août 2023]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-092r.pdf>
7. OMS. Maladies non transmissibles [Internet]. [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
8. L'Assurance Maladie. Effectif de patients par pathologie et par classe d'âge selon le sexe - 2015 à 2021 [Internet]. 2023 [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-effectif-patients-par-pathologie-age-sexe>
9. Agrinier N, Rat AC. Les maladies chroniques - Etat des lieux. *ADSP.* sept 2010;(72):12-24.
10. INSEE. État de santé de la population – France, portrait social [Internet]. 2019 [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781#tableau-figure3>
11. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Mieux connaître et évaluer la prise en charge des maladies chroniques : lancement de l'enquête PaRIS en septembre 2023 [Internet]. 2023 [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/mieux-connaître-et-évaluer-la-prise-en-charge-des-maladies-chroniques>

12. INSEE. Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'économie française [Internet]. 2019 [cité 27 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937#>
13. Bagein G, Costemalle V, Deroyon T, Hazo JB, Naouri D, Pesonel E, et al. L'état de santé de la population en France. sept 2022;Les dossiers de la DREES(102).
14. Deroyon T. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,6 ans pour les femmes et 11,3 ans pour les hommes, en 2021. févr 2023 [cité 27 juill 2023];DREES(1258). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/ER1258EMB.pdf>
15. [im]Patients, Chroniques & Associés. Guide parcours de santé des personnes malades chroniques [Internet]. 2016 [cité 27 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/guide-parcours-de-sante-2016-ica-p-p1.pdf>
16. Touraine M. Loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>
17. Davergne T. Les clefs pour augmenter le niveau d'activité physique. Actu Kiné [Internet]. 23 juill 2023 [cité 7 sept 2023]; Disponible sur: <https://www.actukine.com/les-clefs-pour-augmenter-le-niveau-dactivite-physique/>
18. Organisation Mondiale de la Santé. Activité physique [Internet]. 2022 [cité 8 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
19. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. ANNEXE II Référentiel de compétences. sept 15, 2015 p. 21 à 36.
20. Lemersre P. Le « travail de surveillance » de la maladie chronique en kinésithérapie : exemple de la mucoviscidose. Kinésithérapie Rev. mars 2023;23(255):15.
21. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. 2012 [cité 14 août 2023]. Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalisés-pour-les-malades-chroniques](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalisés-pour-les-malades-chroniques)
22. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspect Psy.* 2010;49(4):317-26.
23. Paap D, Krops LA, Schiphorst Preuper HR, Geertzen JHB, Dijkstra PU, Pool G. Participants' unspoken thoughts and feelings negatively influence the therapeutic alliance; a qualitative study in a multidisciplinary pain rehabilitation setting. *Disabil Rehabil.* 28 août 2022;44(18):5090-100.
24. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Quel document faut-il transmettre au

- médecin dans le cadre d'une prescription ? [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019 [cité 2 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/quel-document-faut-il-transmettre-au-medecin-dans-le-cadre-dune-prescription/>
25. Assurance Maladie. Ameli. 2023 [cité 2 août 2023]. Le DMP en pratique. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
  26. Unsgaard-Tøndel M, Søderstrøm S. Building therapeutic alliances with patients in treatment for low back pain: A focus group study. *Physiother Res Int* [Internet]. janv 2022 [cité 30 janv 2023];27(1). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pri.1932>
  27. Oustinoff M. (In)discipline et interdisciplinarité : des mots aux choses. *Hermès Rev.* 2013;67(3):21-4.
  28. Piaget J. Le système et la classification des sciences. In: *Logique et connaissance scientifique*. Paris: Gallimard; 1967. p. 1151-224.
  29. Hatano-Chalvidan M. Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? : *Forum (Genova)*. 1 mai 2016;N° 148(2):8-16.
  30. Casilli AA. Pratiquer la transdisciplinarité dans la discipline. *Temporalité, territorialité et réalisme des professions scientifiques*. In Peter Lang; 2011 [cité 14 juin 2023]. p. 65. Disponible sur: <https://hal.science/hal-00661783>
  31. Claverie B. Pluri-, inter-, transdisciplinarité : ou le réel décomposé en réseaux de savoir. *Proj Proyéctica Proj.* 2010;4(1):5-27.
  32. D'amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care.* mai 2005;19(sup1):8-20.
  33. Cantaert GR, Pype P, Valcke M, Lauwerier E. Interprofessional Identity in Health and Social Care: Analysis and Synthesis of the Assumptions and Conceptions in the Literature. *Int J Environ Res Public Health.* 10 nov 2022;19(22):14799.
  34. Pedrot F, Fernandez G, Le Borgne-Uguen F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches-soutiens. *J Gest Déconomie Santé.* 2019;1(1):110-26.
  35. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996;74(4):511-44.
  36. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Rev Fr Adm Publique.* 2017;164(4):887-902.

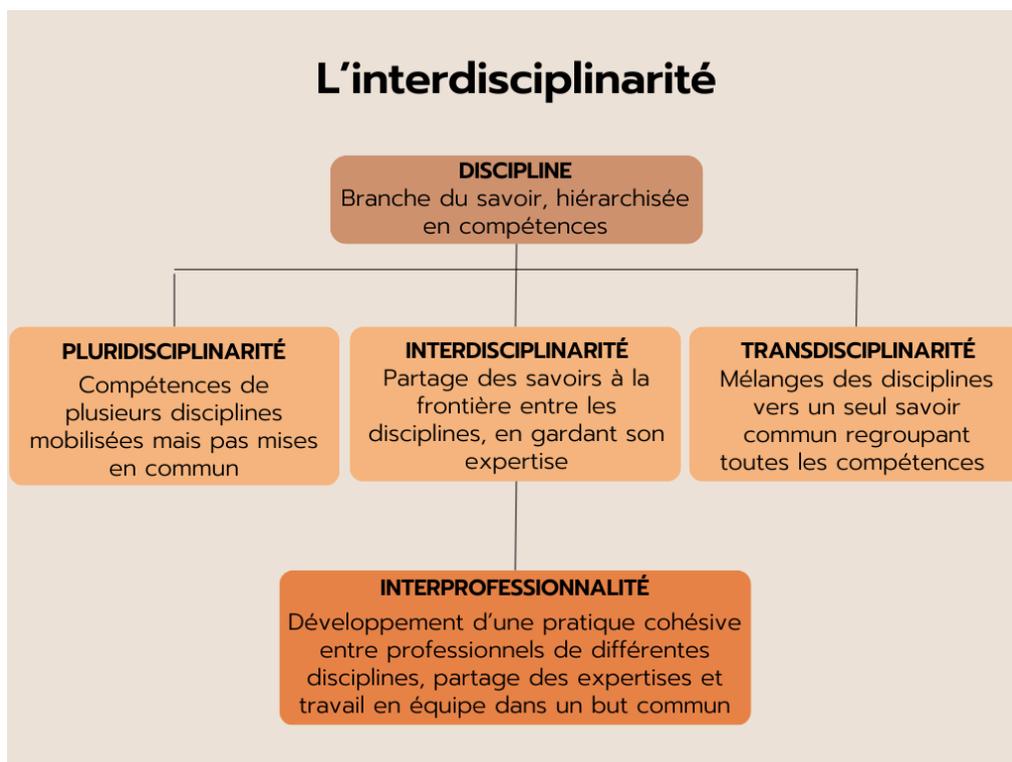
37. Blanchard P, Eslous L, Yeni I, Louis P. Evaluation de la coordination d'appui aux soins, Rapport IGAS. 2014.
38. Légifrance. Article 64 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000031913243](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913243)
39. APMSL. Les actions coordonnées des équipes pluriprofessionnelles de soins primaires [Internet]. [cité 21 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/les-actions-de-lecp/>
40. APMSL. La Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP): une équipe aux compétences multiples pour « travailler ensemble » [Internet]. [cité 12 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/les-msp/>
41. APMSL. Les modes de rémunération d'une MSP : adhésion à l'ACI, financements divers... [Internet]. [cité 14 août 2023]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/les-modes-de-remuneration-d-une-msp/>
42. Haute Autorité de Santé. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? [Internet]. 2015 [cité 14 août 2023]. Disponible sur: [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs\\_protocoles\\_pluri-pro\\_web2.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf)
43. APMSL. Equipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient (ESP CLAP) [Internet]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/files/plaquette-ESP-CLAP-web.pdf>
44. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
45. Direction de l'Offre en Santé et en faveur de l'Autonomie, Département Accès aux Soins Primaires. CAHIER DES CHARGES COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE (CPTS) [Internet]. 2018 [cité 21 juill 2023]. Disponible sur: [https://www.apmsl.fr/files/CDC\\_regional\\_PDL\\_CPTS.pdf](https://www.apmsl.fr/files/CDC_regional_PDL_CPTS.pdf)
46. APMSL. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) [Internet]. [cité 21 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/communautes-professionnelles-territoriales-sante-cpts/>
47. Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. Eur J Gen Pract. 2 oct 2017;23(1):274-9.
48. Demoncey A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. Kinésithérapie Rev. déc 2016;16(180):32-7.
49. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Économique. 2014;LIII(4):67-82.

50. Pope C, Mays N. Qualitative Research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1 juill 1995;311(6996):42-5.
51. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*. 1 janv 2018;24(1):9-18.
52. Sifer-Rivière L. Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. In: *Les recherches qualitatives en santé* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016. p. 86-101. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-86.htm>
53. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 12. L'analyse thématique. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2021. p. 269-357. (Collection U; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-269.htm>
54. Bardin L. Chapitre III. La catégorisation. In: *L'analyse de contenu* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013. p. 150-68. (Quadrige). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-p-150.htm>
55. CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. 2014 [cité 27 déc 2023]. Disponible sur: [https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche\\_62\\_cle581f59.pdf](https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf)
56. Servillat T. Chapitre 1. Communication: In: *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose* [Internet]. Dunod; 2020 [cité 18 mars 2024]. p. 5-23. Disponible sur: <https://www.cairn.info/construire-la-communication-therapeutique-2020--9782100801374-page-5.htm?ref=doi>
57. Pinto RZ, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CG, et al. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *J Physiother*. juin 2012;58(2):77-87.
58. Haberey-Knuessi V, Obertelli P. La relation soignant-malade face au risque de la confiance: *Sociol Prat*. 10 nov 2017;N° 35(2):107-17.
59. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 26 mars 2024]. Exercice coordonné et protocolé d'une équipe de soins en ambulatoire. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2811649/fr/exercice-coordonne-et-protocole-d-une-equipe-de-soins-en-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811649/fr/exercice-coordonne-et-protocole-d-une-equipe-de-soins-en-ambulatoire)
60. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives: *Rech Soins Infirm*. 1 juin 2014;N° 117(2):33-49.

61. Autier F, Ramboatiana S. Crise de la motivation : pour un renouvellement de l'approche gestionnaire: Ann Mines - Gérer Compr. 1 juin 2011;N° 104(2):73-84.
62. L'Assurance Maladie. Constitution d'une CPTS [Internet]. 2023 [cité 25 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisations-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>
63. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 10. L'analyse qualitative en santé. In: Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Paris: Armand Colin; 2023. p. 256-78. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200631970-p-256.htm>
64. L'Assurance Maladie. Téléexpertise [Internet]. 2024 [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/telesante/teleexpertise>
65. Légifrance. LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1) [Internet]. 2023-379 mai 19, 2023. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000047561959](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000047561959)
66. CPTS Centre Vendée. Notre projet de santé [Internet]. CPTS Centre Vendée. [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.cpts-centrevendee.fr/nos-actions/notre-projet-de-sante/>
67. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. ANNEXE IV - FICHES UE. BO Santé sept 15, 2015 p. 39-103.
68. Guraya SY, Barr H. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. Kaohsiung J Med Sci. 2018;34(3):160-5.
69. Bischoff A, Junod Perron N, Perone N, Kruseman M. Formation interprofessionnelle : une exigence pour une approche intégrée des soins. Santé Conjug [Internet]. oct 2008 [cité 19 avr 2024];(46). Disponible sur: <https://www.maisonmedicale.org/formation-interprofessionnelle-une/>
70. L'Assurance Maladie. Forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet [Internet]. 2024 [cité 25 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/vie-cabinet/forfait-d-aide-la-modernisation-et-l-informatisation-du-cabinet>
71. URPS Masseurs-Kinésithérapeutes des Pays de la Loire. Les soirées « Le numérique dans l'échange de données de santé en kinésithérapie » [Internet]. 2022 [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.urps-mk-paysdelaloire.fr/les-soirees-le-numerique-dans-lechange-de-donnee-s-de-sante-en-kinesitherapie/>



## Annexe 1 : De la discipline à l'interprofessionnalité



## Annexe 2 : Les dispositifs de soin coordonné existants en France

MSP	Équipe de professionnels de santé de soin primaire comprenant de multiples professions (médicales, paramédicales, pharmacie, biologie). Cette équipe est organisée autour d'un projet de santé et partage une patientèle commune. L'objectif est de coopérer afin de fournir un soin coordonné.
ESP CLAP	Équipe de professionnels de santé plus réduite (minimum deux dont un médecin), coordonnés selon leurs besoins autour d'une patientèle commune.
CPTS	Collectif d'acteurs de santé situés sur un même territoire et coordonnés afin de résoudre un problème de santé identifié sur ce territoire, d'améliorer l'accès au soin et de fluidifier les prises en charge.

### Annexe 3 : Guide d'entretien exploratoire

<b>Critères d'inclusion :</b>	<p>Médecin généraliste exerçant en libéral, au sein d'un dispositif de soin coordonné (MSP, ESP CLAP ou CPTS).</p> <p>Prend en charge des patients atteints de pathologies chroniques ayant une prise en soin kinésithérapique et réalisant un parcours de soins interprofessionnel.</p>
<b>Préambule :</b>	<p>Présentation personnelle et du cadre de l'entretien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet : Interprofessionnalité et alliance thérapeutique dans le cadre de pathologies chroniques</li> <li>- Méthodologie : étude descriptive par entretiens semi-directifs</li> <li>- Dispositif : enregistrement audio</li> <li>- Cadre éthique de l'entretien (signature) : La conversation sera enregistrée et les données recueillies resteront anonymes. Les enregistrements seront transcrits par écrit en annexe du mémoire et les fichiers audio seront effacés suite à l'obtention du diplôme.</li> <li>- Cadre de l'entretien : bienveillant, sans jugement et dans l'accueil des expériences et ressentis du praticien. Droit d'abstention.</li> <li>- Durée approximative de l'entretien : 40mn</li> </ul> <p>Remerciements pour la participation Vérification du consentement écrit, recueil du consentement oral et lancement de l'enregistrement.</p>
<b>Situation :</b>	<p>Depuis combien d'années exercez-vous en tant que médecin généraliste ?</p> <p>Dans quel contexte exercez-vous et quelle patientèle rencontrez-vous majoritairement ?</p> <p>Depuis combien d'années faites-vous partie d'un dispositif de soin coordonné ?</p> <p>Dans quel type de dispositif exercez-vous ?</p>
<b>Exercice coordonné interprofessionnel</b>	<p>Quel est votre rapport à l'exercice coordonné interprofessionnel ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que connaissez-vous des dispositifs d'exercice coordonné ?</li> <li>- Comment les utilisez-vous dans votre pratique professionnelle ?</li> </ul> <p>Pourquoi avez-vous pris la décision de pratiquer l'exercice coordonné interprofessionnel ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel est l'intérêt dans votre pratique professionnelle ?</li> <li>- Quel est l'intérêt au niveau personnel ?</li> <li>- Quel est l'intérêt pour vos patients ?</li> </ul> <p>Qu'apporte l'exercice coordonné interprofessionnel à votre pratique professionnelle ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A-t-il entraîné des modifications de votre pratique ?</li> <li>- A-t-il eu une influence sur votre exercice ? vos connaissances ? votre communication ?</li> <li>- A-t-il modifié votre vision du métier ?</li> </ul> <p>Quels moyens mettez-vous en place pour favoriser l'exercice coordonné interprofessionnel ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment partagez-vous avec les autres professionnels du réseau ?</li> <li>- Quels outils de communication spécifiques utilisez-vous pour favoriser cet exercice coordonné ? Messagerie sécurisée ? Globule ? Pacoglobule ? Autre ?</li> <li>- Rencontrez-vous les autres professionnels durant les temps forts organisés par le dispositifs (MSP, ESP-CLAP, CPTS ++)?</li> <li>- Avez-vous des créneaux dédiés ?</li> </ul>
<b>La place du MK dans l'exercice</b>	<p>Quelles sont vos attentes vis-à-vis des autres professionnels de santé de votre réseau de soin (CPTS/MSP/ESP) ?</p>

<p><b>coordonné</b></p>	<p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus spécifiquement vis-à-vis des kinésithérapeutes ?</li> <li>- Concernant le patient ?</li> <li>- Concernant le dossier partagé ?</li> <li>- Concernant la communication ?</li> </ul> <p>Avec quels professionnels travaillez-vous le plus en interprofessionnalité ?</p> <p>Avec quels professionnels travaillez-vous le moins en interprofessionnalité ?</p> <p>Que pensez-vous du rôle des kinésithérapeutes dans votre réseau de soin coordonné ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment qualifieriez-vous leur implication ?</li> <li>- Dans quel cadre avez-vous le plus de lien avec les kinésithérapeutes ?</li> <li>- Quelles sont vos attentes spécifiques vis-à-vis de ces professionnels ?</li> </ul>
<p><b>Alliance thérapeutique et interprofessionnalité dans une situation de chronicité</b></p>	<p>Quelle est la proportion de vos patients atteints de pathologies chroniques suivis de manière interprofessionnelle ?</p> <p>Quelles différences observez-vous entre les patients bénéficiant d'un parcours de soin interprofessionnel et ceux n'en bénéficiant pas ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au niveau de l'alliance thérapeutique ?</li> <li>- Au niveau de l'observance ?</li> <li>- Au niveau de la relation de confiance ?</li> <li>- Au niveau de l'efficacité des traitements ?</li> </ul> <p>Quelles similitudes et quelles différences faites-vous entre l'alliance thérapeutique du patient et du professionnel de santé seul et l'alliance thérapeutique du patient et de l'équipe de soin ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment qualifiez-vous l'alliance thérapeutique entre un patient et une équipe de soin ?</li> </ul> <p>Comment décririez-vous l'alliance au sein d'une équipe de professionnels de santé ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle est son influence sur votre pratique personnelle ?</li> <li>- Quelle est son influence sur vos patients ?</li> </ul> <p>Comment décririez-vous l'implication des patients atteints de pathologie chronique dans leur parcours de soins coordonné ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avec les différents professionnels de santé ?</li> <li>- Les patients ont-ils une attitude plutôt active / passive ?</li> </ul>
<p><b>Ressources internes et externes</b></p>	<p>Quelles sont les difficultés le plus souvent retrouvées dans le cadre de prises en charge longues et compliquées (notamment pathologies chroniques) ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spécifiquement par rapport à l'alliance thérapeutique ?</li> <li>- Comment y faites-vous face ?</li> <li>- Quelles ressources vous apportent l'exercice coordonné dans ce cas ?</li> </ul> <p>Vers quelles ressources vous tournez-vous lorsque l'alliance thérapeutique est fragile avec un patient ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel est le rôle de l'équipe de soin dans ce cas ?</li> </ul> <p>Quelles ressources pouvez-vous apporter aux autres professionnels de votre réseau ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Notamment aux MK ?</li> <li>- Lorsqu'ils rencontrent des difficultés à créer une alliance thérapeutique solide avec certains</li> </ul>

	<p>patients ?</p> <p>Quelles ressources mises en place par le dispositif d'exercice coordonné utilisez-vous et dans quel but ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Des formations ?</li><li>- Des webinaires ?</li><li>- Des sites internet ?</li><li>- Des journées d'information ?</li><li>- Autre ?</li></ul> <p>Dans quel cadre êtes-vous en contact avec les autres professionnels du réseau ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Quelles situations vous font vous tourner vers les autres professionnels ? Vers les MK ?</li><li>- Quels moyens utilisez-vous dans ce cas ?</li></ul>
--	---

### Annexe 4 : Guide d'entretien semi directif

<b>Critères d'inclusion :</b>	MK diplômé en France ou en Europe et exerçant en cabinet libéral Exerçant depuis plus de 1 an Prenant en soin des patients atteints de pathologies chroniques → Groupe 1 : Ne faisant pas partie d'un réseau d'exercice coordonné → Groupe 2 : Faisant partie d'un réseau d'exercice coordonné
<b>Critères d'exclusion :</b>	MK ayant un statut de remplaçant
<b>Préambule :</b>	<p>Je m'appelle Mari-Wenn Remaud et je suis étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie à Nantes. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise des entretiens semi-directifs auprès de kinésithérapeutes exerçant en cabinet libéral depuis au moins 1 an en France. L'objectif de cet entretien est d'étudier l'alliance thérapeutique construite entre le kinésithérapeute et le patient atteint de pathologie chronique. Au cours de l'entretien, les sujets suivants seront abordés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'alliance thérapeutique dans une situation de chronicité,</li> <li>- le parcours de soin interprofessionnel du patient atteint de pathologie chronique,</li> <li>- les comportements du patient vis-à-vis de sa rééducation,</li> <li>- les ressources internes et externes mobilisées au cours d'une prise en soin chronique.</li> </ul> <p>L'entretien se déroulera en visioconférence et sera enregistré sur deux supports différents, à l'aide d'un téléphone et au travers de Microsoft Teams. Cette conversation sera totalement anonymisée. Les enregistrements seront transcrits par écrit en annexe du mémoire et les fichiers audio seront effacés suite à l'obtention du diplôme.</p> <p>Cet entretien se déroulera dans un cadre bienveillant, sans jugement et dans l'accueil de vos expériences et ressentis. Vous détenez le droit de vous abstenir de répondre. L'entretien devrait durer environ 45 minutes. Merci de participer à cette démarche de recherche. Avez-vous des questions ?          Vérification du consentement écrit, recueil du consentement oral et lancement de l'enregistrement.</p>
<b>Situation :</b>	<p>Depuis combien d'années exercez-vous en tant que masseur-kinésithérapeute ?</p> <p>Dans quel contexte exercez-vous et quelle patientèle rencontrez-vous majoritairement ? Prenez-vous en soin des patients atteints de pathologies chroniques ?</p> <p>Faites-vous ou avez-vous fait partie d'un dispositif d'exercice coordonné / interprofessionnel ? Si oui, lequel et depuis combien de temps ?</p>
<b>Exercice coordonné interprofessionnel : représentations et pratiques</b>	<p>Quelle est la proportion de vos patients atteints de pathologies chroniques suivis de manière interprofessionnelle ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients atteints de pathologies chroniques sont-ils souvent suivis par plus de deux professionnels de santé ?</li> <li>- Les différents professionnels de santé suivant les patients atteints de pathologies chroniques travaillent-ils souvent ensemble ?</li> </ul> <p>Quels sont vos rapports avec les autres professionnels de santé prenant en soin vos patients atteints de pathologies chroniques ?</p> <p>Relances</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels moyens de communication utilisez vous ?</li> <li>- A quelle fréquence les contactez-vous ?</li> <li>- Pour quelles raisons les contactez-vous ?</li> <li>- Vos patients sont-ils parfois l'intermédiaire entre les différents professionnels qui le suivent ? Qu'en pensez vous ?</li> </ul> <p>Quelles sont vos attentes vis-à-vis des autres professionnels de santé prenant en soin vos patients atteints de pathologies chroniques ?</p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concernant le patient ?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concernant la prise en charge ?</li> <li>- Concernant le dossier partagé ?</li> <li>- Concernant la communication ?</li> </ul> <p><b>Quel est votre rapport à l'exercice coordonné interprofessionnel ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont vos connaissances à ce sujet ?</li> <li>- Avez-vous déjà fait partie d'un dispositif d'exercice coordonné ?</li> <li>- Quelle est l'influence de l'exercice coordonné sur votre pratique ?</li> </ul> <p><b>Pourquoi avez-vous pris la décision de pratiquer / de ne pas pratiquer l'exercice coordonné interprofessionnel ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vis-à-vis de votre pratique ?</li> <li>- Vis-à-vis de vos patients ?</li> <li>- Vis-à-vis de votre vie personnelle ?</li> <li>- Quels freins ou difficultés avez-vous rencontré ?</li> </ul>
<p><b>Alliance thérapeutique et interprofessionnalité dans une situation de chronicité</b></p>	<p><b>Comment évaluez-vous la qualité de l'alliance thérapeutique présente entre les patients atteints de pathologies chroniques et leur professionnel de santé ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont vos critères d'évaluation de la qualité de l'alliance ?</li> <li>- Quels indices vous renseignent sur la qualité de l'alliance ?</li> <li>- Comment décririez-vous la relation de confiance installée avec les patients atteints de pathologies chroniques que vous suivez ?</li> </ul> <p><b>Selon vous, quels facteurs influencent la qualité de cette alliance avec les patients atteints de pathologies chroniques ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels moyens mettez-vous en place pour faciliter l'installation de l'alliance avec ces patients ?</li> <li>- Quels sont les facteurs entravant la qualité de l'alliance thérapeutique avec des patients atteints de pathologies chroniques ?</li> </ul> <p><b>Quelles différences observez-vous entre les patients bénéficiant d'un parcours de soins interprofessionnel et ceux n'en bénéficiant pas ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au niveau de l'alliance thérapeutique ?</li> <li>- Au niveau de l'observance ?</li> <li>- Au niveau de la relation de confiance ?</li> <li>- Au niveau de l'efficacité des traitements ?</li> </ul> <p><b>Selon vous, quelles sont les différences entre une alliance thérapeutique entre le patient et un professionnel de santé et une alliance thérapeutique entre le patient et une équipe de soin ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifiez-vous un lien de corrélation entre l'alliance au sein de l'équipe de soin et l'alliance avec le patient ?</li> <li>- Les relations avec les autres professionnels de santé suivant le patient influencent-elles l'alliance avec le patient ?</li> </ul>
<p><b>Implication du patient dans sa rééducation et parcours de soin</b></p>	<p><b>Selon vous, quel est le rôle du MK dans le parcours de soins du patient atteint de pathologie chronique ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel est l'apport du MK par rapport aux autres professionnels de santé suivant le patient ?</li> <li>- Ce rôle complète-t-il celui d'autres professionnels de santé ? Dans quelles mesures ?</li> </ul> <p><b>Selon vous, quelles sont les attentes des patients atteints de pathologie chronique vis-à-vis des professionnels de santé qui le suivent ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au sujet de leur prise en soin ?</li> <li>- Au sujet de leur communication ?</li> </ul>

	<p>- Au sujet de leur parcours de soin ?</p> <p><b>Comment décririez-vous l'implication des patients atteints de pathologie chronique dans leur rééducation ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients ont-ils une attitude plutôt active / passive ?</li> <li>- Vous posent-ils des questions quant à leur prise en charge ou leur pathologie ?</li> <li>- Vous demandent-ils des conseils ?</li> <li>- Mettent-ils en pratique vos conseils ?</li> <li>- Vous parlent-ils du reste de leurs prises en soin ? Que vous en disent-ils ?</li> </ul> <p><b>Comment décririez-vous l'autonomie des patients atteints de pathologies chroniques dans leur rééducation ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle est leur implication dans l'auto-rééducation ?</li> <li>- Comment suivent-ils vos conseils au quotidien ?</li> <li>- Vous transmettent-ils les conseils reçus de la part d'autres professionnels de santé ?</li> </ul> <p><b>Comment décririez-vous la motivation des patients atteints de pathologies chroniques dans leur rééducation ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients sont-ils demandeurs de soin ?</li> <li>- Les patients pratiquent-ils l'auto rééducation / adaptent-ils leur quotidien de manière proactive ?</li> <li>- Quels facteurs influencent cette motivation selon vous ?</li> </ul>
<p><b>Ressources internes et externes</b></p>	<p><b>Comment décririez-vous votre motivation dans le cadre de prises en soin chroniques ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont vos ressources motivationnelles ?</li> <li>- Par quels biais avez-vous découvert ces ressources et comment vous en servez-vous ?</li> <li>- Que faites-vous en cas de baisse motivationnelle ?</li> </ul> <p><b>Quelles sont les difficultés le plus souvent retrouvées dans le cadre de prises en charge longues et compliquées (notamment pathologies chroniques) ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spécifiquement par rapport à l'alliance thérapeutique ?</li> <li>- Comment y faites-vous face ?</li> <li>- Vers quelles ressources vous tournez-vous et pourquoi ?</li> </ul> <p><b>Quelles sont vos ressources dans le cadre de prises en soin longues avec des patients atteints de pathologies chroniques ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que faites-vous quand vous avez l'impression de ne plus avancer dans la prise en charge ?</li> <li>- Quels moyens / dispositifs vous aident ?</li> <li>- Comment connaître et aborder ces moyens ou dispositifs ?</li> <li>- Les autres pro de santé peuvent-ils être une ressource ? En quoi ?</li> </ul> <p><b>Quelle est l'influence de l'équipe de soin sur votre pratique ?</b></p> <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous êtes-vous déjà tourné vers un autre professionnel prenant en soin votre patient ?</li> <li>- Un autre professionnel prenant en soin votre patient s'est-il déjà tourné vers vous ?</li> <li>- Qu'est ce que cela vous a apporté (pratique, prise en soin, motivation) ?</li> <li>- Qu'avez vous tiré de cette expérience ?</li> </ul>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Avez-vous des éléments à ajouter ou des questions au sujet de l'entretien que nous venons de réaliser ? Vérifier si la personne désire recevoir une synthèse de l'étude, prendre ses coordonnées. Remerciements pour le temps consacré et la collaboration.</p>

## Annexe 5 : Formulaires de consentement



IFM3R / IFMK  
54, rue de la Baugerie  
44230 SAINT SÉBASTIEN SUR LOIRE

Année universitaire  
2023 / 2024

Nom de la structure d'accueil :  
Adresse de la structure :

date : / / 20 ..

Objet : **Demande d'autorisation, de réaliser et d'utiliser une photographie et/ou une vidéo et/ou un enregistrement audio à des fins de formation professionnelle.**

Madame, Monsieur,

Afin de constituer un support nécessaire à la réalisation d'un document écrit, faisant lui-même l'objet d'une soutenance, dans le cadre des études de formation initiale en Masso-kinésithérapie, les étudiant-e-s masseur-kinésithérapeutes font appel à l'imagerie et son numérique.

Nous souhaitons obtenir votre autorisation afin de réaliser des photos et/ou vidéos numériques et/ou enregistrements audios pouvant être retranscrits. Ceux-ci seront utilisés dans un **usage exclusivement professionnel**.

Conformément à la loi, le libre accès aux données audios et vidéos qui vous concernent est garanti. Vous pourrez à tout moment disposer du droit de retrait de ces supports si vous le jugez utile.

Par conséquent, vous voudrez bien compléter le formulaire ci-dessous, nous autorisant à la réalisation et utilisation de ces supports numériques.

Par avance, nous vous remercions de votre collaboration.

La Responsable d'établissement

Cachet de l'établissement

La Directrice



Madame, Monsieur (Nom Prénom) : .....  
autorise Mme – M. : ....., étudiant-e en Masso-kinésithérapie

- à faire des images de ma personne en photos et/ou vidéos ;
- à réaliser des enregistrements audios et à les retranscrire ;
- à diffuser ces images et/ou prises de son à des seules fins professionnelles ;

(Nom Prénom) .....

(Signature)

A (ville) .....

Le (date) .....

IFM3R – Bureau de la scolarité – 54 rue de la Baugerie – 44230 St SÉBASTIEN SUR LOIRE

*Si la personne concernée est un enfant, la signature d'au moins l'un des deux parents ou du représentant légal est obligatoire.  
A préciser à côté de la signature « le Père » ou « la Mère » ou « le représentant légal » ainsi que le nom et prénom du signataire.*



MEMOIRE EN MASSO-KINESITHERAPIE – UE28-S10 – 2023-2024

## Information et recueil du consentement éclairé

### Interprofessionnalité et alliance thérapeutique dans un contexte de chronicité

#### Présentation du projet

*N.B. : La présentation détaillée du Projet est présentée en page 2 de ce document*

#### Contact :

#### Recueil du consentement

Je soussigné(e) (*prénom, NOM*) \_\_\_\_\_ accepte librement et volontairement de participer au projet d'initiation à la recherche en masso-kinésithérapie mené par Mari-Wenn REMAUD et encadré par Tiphaine INVERNIZZI. J'ai reçu les informations détaillées concernant la nature et le but de cette étude et ce qu'elle implique en pratique pour ma personne.

Je certifie que :

##### 1. Informations

- J'ai été informé-e de l'intérêt et du déroulement de l'étude.
- J'ai pu poser toutes les questions utiles à ma bonne compréhension des informations reçues et j'ai obtenu des réponses claires et précises.
- J'ai bénéficié d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision, entre les informations et le consentement.

##### 2. Interruption de la participation

- Je suis libre de refuser de participer à cette étude.
- J'ai parfaitement conscience que je peux interrompre à tout moment ma participation à cette étude quelles que soient mes raisons et sans endosser aucune responsabilité. Cependant dans le cas échéant, je m'engage à en informer l'étudiant.
- Je pourrais être exclu-e de l'étude si je ne respecte pas les termes du protocole.

##### 3. Traitement des données

- J'accepte le traitement informatisé de mes données enregistrées qui seront anonymisées et resteront confidentielles.
- Je peux exercer, à tout moment, un droit d'accès et de rectification de mes données personnelles auprès de l'étudiant-e.
- J'ai été informé-e que mes données personnelles seront rendues anonymes, avant d'être intégrées dans un rapport, un mémoire ou une publication scientifique.

##### 4. Signature du sujet

Je conserve un exemplaire de la note d'information et du présent formulaire de consentement.

Fait à \_\_\_\_\_, le [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]

Signature précédée de la mention "lu, compris et approuvé" :

##### 5. Signature du tuteur de stage ou du Directeur de Mémoire

Nom : INVERNIZZI Tiphaine

Fait à Bordeaux, le [03]-[01]-[2024]

Signature :



MEMOIRE EN MASSO-KINESITHERAPIE – UE28-S10 – 2023-2024

*Fait en deux exemplaires : un remis au sujet, un conservé par l'étudiant.*

### Présentation détaillée du projet

---

Le projet de mémoire consiste à étudier l'alliance thérapeutique construite entre le kinésithérapeute et le patient atteint de pathologie chronique. Dans cette optique, des entretiens semi directifs sont effectués avec des kinésithérapeutes exerçant en cabinet libéral en France depuis au moins un an. L'objectif de cet entretien est d'analyser les différentes dimensions de l'alliance thérapeutique. Nous investiguerons également les facteurs qui influencent la construction et la qualité de cette alliance.

Dans cette optique, les sujets suivants seront abordés :

- l'alliance thérapeutique dans une situation de chronicité,
- le parcours de soin interprofessionnel du patient atteint de pathologie chronique,
- les comportements du patient vis-à-vis de sa rééducation,
- les ressources internes et externes mobilisées au cours d'une prise en soin chronique.

L'entretien durera environ 45 minutes, et se passera en visioconférence. Il sera enregistré et retranscrit mais l'anonymat sera strictement respecté. Les données enregistrées seront conservées jusqu'à l'obtention du mémoire, puis détruites.

## Annexe 6 : Extrait de l'analyse des transcriptions

Thème 1 : Les représentations, pratiques et attentes des MK au sujet de l'exercice coordonné interprofessionnel

- L'implication du MK dans le soin coordonné interprofessionnel
- Les moyens de communication utilisés
- Les connaissances des dispositifs existants
- Les problématiques perçues vis à vis de l'exercice interprofessionnel
- Les intérêts perçus de l'exercice coordonné

Thème 2 : Les facteurs influençant la construction et la qualité de l'alliance thérapeutique en situation de chronicité

- Les facteurs favorisant l'alliance thérapeutique
- Les facteurs entravant l'alliance thérapeutique
- Les critères d'évaluation de l'alliance thérapeutique
- La qualité de l'alliance avec le patient chronique

Thème 3 : L'implication du patient dans sa rééducation et son parcours de soin

- Le rôle du MK dans le parcours de soins du patient atteint de pathologie chronique
- La motivation, l'autonomie et la prise d'initiative du patient

Thème 4 : Les difficultés et les ressources du MK dans la prise en soin chronique

- Les difficultés du MK dans la prise en soin chronique
- Les ressources internes
- Les ressources externes

### Extrait de l'entretien MK1, l.125 à 143

MK1 : Non. Par contre ce qui pourrait être sympa, c'est un point physique, une petite réunion. Mais on est tous tributaires aussi du temps qu'on a dans la semaine. Mais moi, là où je trouve qu'on avance le plus, c'est quand il y a une petite réunion, ne serait-ce qu'un petit temps, pas longtemps, 1/4 d'heure par mois s'il faut, ou une demi-heure par mois ou toutes les 2 semaines, j'en sais rien quand c'est jouable. Par exemple dans un EHPAD, c'est assez facile à mettre en place puisque les professionnels s'y croisent tous. Il y a donc un médecin qui est là pour ça aussi. Et un point où tout le monde est présent physiquement. Je me rends compte, quand je compare à ce que je faisais en stage, en centre de rééducation ou en milieu hospitalier, c'était très productif quand même. Toutes les séances de transmission orale, c'était très productif et ça manque peut-être un peu.

I : Vous, quel est votre rapport à l'exercice coordonné interprofessionnel ? Quelles sont vos connaissances ? Est-ce que vous avez déjà fait partie d'un dispositif ?

MK1 : Alors mes connaissances, elles sont très proches du néant. Je n'ai jamais fait partie de dispositif. J'avoue, que dans mon parcours, je ne m'y suis jamais vraiment penché. Donc je sais un petit peu comment ça fonctionne dans les maisons de santé, après dans les dispositifs qui sont mis en place à l'échelle d'une ville, d'un département, j'ai peu de connaissances.

## Annexe 7 : Extrait de la grille d'analyse

Thèmes	Sous-thèmes	Citations	Conclusion
<p><b>Thème 1 :</b> Les pratiques et attentes au sujet de l'exercice coordonné interprofessionnel</p>	<p><b>Sous-thèmes</b> L'implication du MK dans le soin coordonné interprofessionnel</p>	<p><b>MK1 :</b> "J'échange beaucoup avec les aides-soignantes et les infirmières sur place. Et on laisse des transmissions régulières. Après avec les autres professionnels de santé qui sont extérieurs aux établissements, pareil, c'est des échanges qui sont plutôt rares." <b>1.58.</b> "C'est peut-être nous qui demandons aux patients plus que eux viennent nous demander" <b>1.73</b> "C'est pour la mise en place d'un programme de rééducation. Pour aussi avoir moi-même des informations sur ce qui a été fait avant. Parfois à la demande du patient ou de la patiente. Dans le cadre des personnes que je vois à domicile, c'est plutôt lorsque je vois qu'il y a quelque chose qui, enfin un point qui attire mon attention et qui n'est pas de mon ressort et que j'ai besoin d'informations complémentaires. Donc je vais aller me tourner vers le professionnel ou la professionnelle qualifié dans le domaine quoi." <b>1.85</b> "Ça a été pas mal de temps utilisé et peu de temps consacré ailleurs pour m'intéresser à ce sujet-là" <b>1.151</b> <b>MK2 :</b> "En vrai, on n'a pas vraiment d'échange, j'ai envie de dire. Il n'y en a pas vraiment malheureusement" <b>1.46</b> "De mémoire, franchement, pour des patients chroniques, je n'en ai pas le souvenir. Si j'ai peut-être contacté une fois un médecin." <b>1.51</b> "Je l'utilise pas donc après je peux pas dire que je l'attends du coup." <b>1.93</b> "C'est quand j'ai ouvert mon cabinet en fait, c'était pour aller rencontrer les différents médecins et professionnels de santé du coin." <b>1.112</b> <b>MK3 :</b> "s'il y a besoin de chirurgie. Et c'est tout. Des fois, il y a des bilans {...}" <b>1.46</b> "J' : Et est-ce que vous utilisez le dossier partagé ? MK : Absolument pas." <b>1.100</b> <b>MK4 :</b> "Je dirais qu'ils sont variés ces échanges. Il y a des échanges, bon, je dirais aller, quasi tous les cas avec le médecin traitant," <b>1.63</b> "Quand c'est des médecins qui ne font pas partie de la MSP, forcément c'est un peu plus compliqué." <b>1.68</b> "Je dirais que, aller, dans 90% des cas, j'ai des échanges avec les médecins traitants. Maintenant par exemple, souvent ces patients-là peuvent être suivis en centre anti-douleur et là les échanges sont quand même plus réduits." <b>1.71</b> "{...} faire un compte-rendu de la prise en charge, expliquer un peu où on en est, quelles sont les évolutions aussi, notamment au niveau douleur lors des séances. Globalement aussi, comment on sent la personne" <b>1.97</b> "{...} d'échange un peu, d'informations plus que de co-construction. Et puis dans certains cas où il peut y avoir besoin aussi d'appareillage, d'aller apporter aussi de nouvelles solutions," <b>1.102</b> "{...} de construire ensemble un projet. On construit des protocoles aussi," <b>1.142</b> <b>MK5 :</b> "Je suis dans deux dispositifs : dans une maison de santé pour laquelle on a signé des ACI en juillet 2000. Et je suis aussi adhérent à la CPTS (...). Et je sais pas si on peut considérer ça comme un ... enfin si j'ai envie de le mettre dedans, je fais aussi partie de {réseau de professionnels de la rééducation de l'enfant}." <b>1.30</b> "On réfléchit collectivement à quel objectif, à quelles adaptations dans les prises en charge peuvent être faites." <b>1.78</b> "Je fais partie du conseil de gestion. Mon objectif, c'était quand même aussi de me former en faisant un master de santé publique, donc en fait je participe à beaucoup d'actions, d'activités, des réflexions sur les projets autour de ça." <b>1.132</b></p>	<p><b>Groupe 1 :</b> Plus du pluriprofessionnel que de l'interprofessionnel et quand il existe des échanges avec les autres professionnels de santé. Ces échanges restent assez rares, pour des besoins très ponctuels. Il n'y a pas de systématisation des échanges.</p> <p><b>Groupe 2 :</b> Prenant par à des dispositifs de soin coordonné, beaucoup d'échanges et d'interactions avec les autres pro. L'interlocuteur principal reste le médecin.</p>