



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

ÉTUDE DES ADAPTATIONS DES PRATIQUES EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE FACE
AUX DIFFÉRENTES PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES DANS LA PRISE EN
CHARGE DE PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLE DE LA SANTÉ MENTALE DANS
UN CONTEXTE GÉRONTOLOGIQUE.

UNE ÉTUDE MIXTE A PARTIR D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Lou-Anne BILLO

Mémoire UE28

Semestre 10

Année scolaire : 2024 – 2025

REGION DES PAYS DE LA LOIRE



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.

Engagement de Non Plagiat

Je, soussignée BILLO Lou-Anne, 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 Vigneux de Bretagne, Le 12/04/25

Signature :	
-------------	---

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie mon directeur de mémoire pour sa patience, sa disponibilité et ses précieux conseils qui ont guidé mon travail tout au long de ce processus.

Ma reconnaissance s'adresse également aux masseur·se·s-kinésithérapeutes qui ont généreusement accepté de participer à cette recherche, en partageant leur expérience et leurs connaissances à travers le questionnaire et les entretiens.

Un merci tout particulier à mes parents pour leur soutien indéfectible, tant sur le plan moral que financier. Je suis spécialement reconnaissant envers ma mère pour le temps précieux qu'elle a consacré à la relecture attentive de ce travail et pour ses conseils avisés concernant le style d'écriture.

Je souhaite également remercier sincèrement mes différents lieux de stage en masso-kinésithérapie pour m'avoir offert des expériences formatrices et enrichissantes qui ont nourri ma réflexion.

Enfin, j'adresse une pensée chaleureuse à mes amis, et plus particulièrement à mes camarades kinésithérapeutes, pour leur soutien constant, nos précieuses séances de révision et nos moments de partage qui ont rendu ces années d'études plus stimulantes et agréables.

RÉSUMÉ

Introduction : Dans le contexte du vieillissement de la population et de l'augmentation des troubles psychiques chez les personnes âgées, il est crucial d'adapter les approches thérapeutiques, notamment en masso-kinésithérapie. Cette étude vise à explorer les adaptations mises en œuvre par le masseur·se·s-kinésithérapeutes dans la prise en charge de cette population en gériopsychiatrie.

Matériel & Méthode : Une méthodologie mixte a été adoptée, combinant un questionnaire diffusé à 21 MK exerçant en France et des entretiens semi-directifs menés auprès de cinq MK ayant une expérience en gériatrie et santé mentale.

Résultats : Les résultats révèlent que les MK adaptent leurs pratiques face à des freins tels que le manque de motivation des patients, les troubles cognitifs ou encore les contraintes systémiques. Les adaptations incluent l'utilisation d'exercices personnalisés, de techniques de communication non verbale, et une prise en compte du rythme et du comportement du patient. Les professionnels s'appuient principalement sur leur expérience, faute de formation spécifique ou de recommandations claires.

Discussion : Bien que les MK s'adaptent de façon intuitive et pragmatique, la diversité des pratiques souligne un besoin de formation continue et d'outils spécifiques. Une meilleure reconnaissance de leur rôle dans la prise en charge des troubles psychiatriques en gérontologie est également nécessaire.

Mots-clés :

- Masso-kinésithérapie
- Gériopsychiatrie
- Adaptation
- Trouble de la santé mentale
- Entretien semi-directif

ABSTRACT

Introduction: In the context of an aging population and the increasing prevalence of mental health disorders among older adults, it is crucial to adapt therapeutic approaches, particularly in physiotherapy. This study aims to explore the adaptations implemented by physiotherapists in the management of this population in geriatric psychiatry.

Material & Methods: A mixed methodology was adopted, combining a questionnaire distributed to 21 physiotherapists practicing in France and semi-structured interviews conducted with five physiotherapists who have experience in geriatrics and mental health.

Results: The results reveal that physiotherapists adapt their practices in the face of obstacles such as patients' lack of motivation, cognitive impairments, and systemic constraints. These adaptations include the use of personalized exercises, non-verbal communication techniques, and consideration of the patient's rhythm and behavior. Professionals mainly rely on their experience due to a lack of specific training or clear recommendations.

Discussion: Although physiotherapists adapt intuitively and pragmatically, the diversity of practices highlights a need for continuing education and specific tools. Better recognition of their role in the management of mental health disorders in gerontology is also necessary.

Keywords :

- Physiotherapy
- Geriatric psychiatry
- Adaptation
- Mental health disorder
- Semi-structured interview

GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS

MK : Masseur.se – Kinésithérapeute

APA : l'American Psychiatric Association

DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

CIM-10/1 : Classification Internationale des Maladie

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité

TOC : Troubles Obsessionnels-Compulsifs

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

COVID-19 : Corona Virus

SPMI : Troubles Mentaux Sévères et Persistants

TP : Tour de Parole

Q1 : premier quartile

Q3 : troisième quartile

IFMK : Institut de Formation des Masseurs Kinésithérapeutes

EFOM : École Française d'Orthopédie et de Massage

ISEK : Institut Supérieur d'Ergothérapie et Kinésithérapie

min : minutes

n° : numéro

T : Thème

ST : Sous thème

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

APA : Activités Physiques Adaptées

FABQ : Fear Avoidance Belief Questionnaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

HAS : Haute Autorité de Santé

SOMMAIRE

1. Introduction	1
2. Cadre conceptuel	2
2.1. Les troubles psychiatriques et leurs impacts	2
2.1.1. Définition et classification des troubles psychiatriques	2
2.1.2. Épidémiologie et prévalence des troubles psychiques en France	3
2.1.3. Impact des troubles psychiatriques sur le fonctionnement quotidien	3
2.2.1. Le vieillissement et ses effets sur la santé mentale	4
2.2.2. Défis et approches thérapeutiques en gérontopsychiatrie	5
2.3. La masso-kinésithérapie et son impact sur la santé mentale	6
2.3.1. Effets de la masso-kinésithérapie sur la santé mentale	6
2.3.2. Approche biopsychosociale de la prise en charge en gérontopsychiatrie	7
2.3.3. Limites rencontrées dans la prise en charge en masso-kinésithérapie des patients âgés atteints de troubles de la santé mentale	8
3. Méthodologie de recherche	9
3.1. Démarche de problématisation	9
3.1.1. Problématique et question de recherche	9
3.1.2. Objectifs de l'étude et hypothèses de recherche	10
3.2. Méthodologie de recherche	11
3.2.1. Choix de la méthodologie	11
3.2.2. Sélection et recrutement des participants	12
3.2.3. Conception du questionnaire	12
3.2.4. Élaboration du guide d'entretiens	12
3.2.5. Stratégie d'intervention	13
3.2.6. Méthodologie d'analyse des entretiens	14
4. Résultats	15
4.1. Résultats quantitatifs au questionnaire	15
4.2. Résultat qualitatif aux entretiens : Freins et adaptations de la prise en charge en masso-kinésithérapie auprès de patients gériatriques présentant des troubles psychiatriques (Focus sur la démence)	20
4.2.1. Les freins à la prise en charge	20
4.2.2. Les adaptations des pratiques en masso-kinésithérapie	23
4.2.3. Justification des choix thérapeutiques	25
4.2.5. Perception de la place de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge globale	27
4.2.6. Enseignement de l'autonomie et de l'auto-rééducation	28
4.2.7. La collaboration interprofessionnelle	29
4.3. Réponse aux hypothèses	30
5. Discussion	32
5.1. Retour sur la méthodologie	32
5.2. Confrontation à la littérature	34
6. Conclusion	37
 <i>Bibliographie</i>	
<i>Annexes</i>	

1. Introduction

La prévalence des troubles psychiatriques a considérablement augmenté ces dernières années, exerçant une forte pression sur les systèmes de soins de santé, en particulier dans la prise en charge des personnes âgées (1). En France, environ une personne sur cinq souffre d'un trouble mental au cours de sa vie, avec trois millions de personnes atteintes de troubles sévères (2). Cette situation est d'autant plus préoccupante dans un contexte gérontologique, où les personnes âgées souffrant de troubles de la santé mentale présentent des besoins spécifiques et complexes qui nécessitent une attention particulière de la part des professionnels de santé, y compris les Masseurs.se – Kinésithérapeute (MK) qui sont voués à prendre en charge de plus en plus cette population. L'intérêt croissant pour la santé mentale dans le domaine public reflète l'urgence d'adapter les pratiques de soins face à cette problématique (3). Toutefois, les connaissances concernant les pratiques spécifiques et les défis rencontrés par les MK dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques demeurent insuffisantes. Une étude vise à interviewer des MK sur les obstacles aux traitements dans cette populations clinique (4). Mais les études actuelles mettent en évidence des lacunes significatives dans la compréhension de la façon dont ces professionnels adaptent leurs approches pour répondre aux besoins de ces patients (5). Ainsi, les objectifs de cette étude se déclinent en trois axes principaux : identifier les défis auxquels font face les MK, explorer les adaptations qu'ils mettent en œuvre dans leur pratique, et évaluer leurs besoins en formation pour mieux traiter cette problématique.

Comprendre comment les MK naviguent dans les complexités du traitement des patients souffrant de troubles mentaux est essentiel pour l'évolution des pratiques cliniques futures. La question de recherche principale se formule ainsi : Comment les MK perçoivent-ils et gèrent-ils la prise en charge de patients âgés souffrant de troubles psychiatriques ? Cette réflexion conduit également à une question professionnelle : comment optimiser les pratiques en masso-kinésithérapie pour mieux répondre aux besoins d'une population vieillissante et affectée par des troubles mentaux ?

La structure de ce mémoire sera articulée comme suit : la première partie établira un cadre conceptuel en définissant les troubles psychiatriques dans un contexte gérontologique, suivie d'une exploration des principes et pratiques de la kinésithérapie. La deuxième partie présentera la méthodologie de recherche employée dans cette étude, menant à une analyse des résultats et à une discussion des implications de ces derniers. En fin de compte, ce travail vise à fournir des

éclairages précieux pour le domaine de la kinésithérapie, afin d'améliorer la capacité des praticiens à soutenir les patients confrontés à des défis liés à la santé mentale (6).

2. Cadre conceptuel

2.1. Les troubles psychiatriques et leurs impacts

2.1.1. Définition et classification des troubles psychiatriques

Les troubles psychiatriques englobent des affections mentales qui affectent le comportement, les émotions et les processus cognitifs. Selon l'American Psychiatric Association (APA), un trouble mental est défini comme un syndrome psychologique ou comportemental qui entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans divers domaines de la vie quotidienne, tels que le social ou le professionnel (7). Ces troubles sont classifiés dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) et la Classification Internationale des Maladie (CIM-10/1) (8) (*annexe 1*), afin de faciliter le diagnostic et la prise en charge.

Les troubles psychiques se divisent en plusieurs catégories, dont les troubles neurodéveloppementaux comme l'autisme et le Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité (TDAH), qui impactent le développement cognitif et social dès l'enfance. Les troubles de l'humeur englobent des conditions telles que la dépression et le trouble bipolaire, marquées par des variations émotionnelles. Les troubles anxieux se manifestent par des peurs intenses et des inquiétudes excessives, tandis que les troubles psychotiques, comme la schizophrénie, impliquent hallucinations et délires. Les Troubles Obsessionnels-Compulsifs (TOC) sont caractérisés par des pensées intrusives et des comportements répétitifs, alors que les troubles liés au stress, comme le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT), découlent d'expériences traumatiques. Les troubles de la personnalité révèlent des schémas de comportement rigides, affectant les relations, tandis que les troubles des conduites alimentaires, comme l'anorexie et la boulimie, sont marqués par des préoccupations extrêmes concernant le poids et l'alimentation. L'approche catégorielle du DSM-5 classe les troubles mentaux en catégories distinctes, ce qui facilite le diagnostic, mais peut sembler rigide en raison de son incapacité à prendre en compte les variations individuelles des symptômes. En revanche, l'approche dimensionnelle évalue les troubles sur un continuum, offrant une compréhension plus nuancée de leur gravité et complexité (9). Cette dualité souligne l'importance d'une évaluation approfondie en pratique clinique pour optimiser les interventions et les résultats thérapeutiques.

2.1.2. Épidémiologie et prévalence des troubles psychiques en France

Les troubles psychiques touchent environ 13 millions de Français, dont près de 3 millions souffrent de formes sévères (11). Les troubles les plus fréquents incluent la dépression, l'anxiété et les troubles liés à l'usage de substances, avec une prévalence croissante après la crise du Corona Virus (COVID-19). Le baromètre santé 2021 montre une hausse notable des épisodes dépressifs, en particulier chez les jeunes et les personnes âgées, attribuable à des facteurs socio-économiques et à une meilleure détection. Sur le plan international, la France présente des taux de prévalence similaires à ceux d'autres pays européens, bien que des variations subsistent (12,13). Les troubles mentaux, surtout chez les personnes âgées, représentent un fardeau croissant pour le système de santé, nécessitant une adaptation continue des pratiques professionnelles, y compris en masso-kinésithérapie.

2.1.3. Impact des troubles psychiatriques sur le fonctionnement quotidien

Les troubles psychiatriques ont des répercussions profondes sur le fonctionnement quotidien des individus, affectant divers aspects de leur vie, y compris leurs activités quotidiennes, leurs relations sociales, et leur engagement professionnel. Les conséquences de ces troubles peuvent être multiples, allant de la difficulté à accomplir des tâches journalières à l'isolement social, en passant par des comorbidités physiques.

Les individus souffrant de troubles psychiatriques peuvent rencontrer des difficultés significatives dans l'exécution de tâches quotidiennes. Ces difficultés peuvent inclure des problèmes de concentration, de motivation et d'énergie, souvent observés chez les patients atteints de dépression ou d'anxiété. Par exemple, des études montrent que la dépression peut rendre les tâches simples, comme se lever le matin ou se préparer, particulièrement accablantes (14). De plus, les troubles liés à des maladies chroniques, tels que la douleur chronique ou l'obésité, peuvent aggraver la situation, créant un cycle de détérioration du bien-être physique et mental (15).

Les patients atteints de troubles psychiatriques subissent souvent un isolement social, alimenté par la stigmatisation et des attitudes négatives de la société envers les maladies mentales (16). Cela peut entraîner une réduction des interactions sociales et des relations significatives, affectant leur qualité de vie. La stigmatisation peut dissuader les individus de rechercher du

soutien social, ce qui est crucial pour leur rétablissement. En conséquence, de nombreux patients se retrouvent isolés, ce qui aggrave leurs symptômes et impacte leur bien-être général.

Les troubles psychiatriques ont également des implications sur la vie professionnelle des individus. Les études révèlent que les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus susceptibles de rencontrer des obstacles à l'emploi, comme des licenciements, une réduction des heures de travail, ou même une incapacité à trouver un emploi (17). Ces difficultés peuvent être exacerbées par des préjugés sur la santé mentale dans le milieu de travail, conduisant à des répercussions économiques importantes tant pour les individus que pour la société dans son ensemble (15).

Il est également essentiel de prendre en compte les comorbidités physiques et sociales qui accompagnent souvent les troubles psychiatriques. Les patients peuvent souffrir de maladies physiques telles que l'obésité, les maladies cardiovasculaires et d'autres affections chroniques, qui peuvent être exacerbées par leur état mental (15). De plus, la précarité sociale, souvent associée à des troubles psychiatriques, peut limiter l'accès aux soins de santé, aux ressources sociales et au soutien communautaire, aggravant ainsi les difficultés rencontrées au quotidien.

Les troubles psychiatriques sont associés à une espérance de vie considérablement réduite, en grande partie en raison du risque accru de suicide. Des études épidémiologiques indiquent que les personnes souffrant de troubles mentaux graves peuvent perdre en moyenne entre 10 et 20 ans d'espérance de vie par rapport à la population générale (15). Ce phénomène est exacerbé par divers facteurs, notamment les comorbidités physiques telles que les maladies cardiaques et métaboliques, qui augmentent la vulnérabilité des patients (17). Par ailleurs, le suicide est souvent le résultat d'une combinaison complexe de facteurs, incluant la détresse psychologique, le manque de soutien social et la stigmatisation, qui peuvent également contribuer à une perception de désespoir.

2.2. La gérontologie : Vieillesse et santé mentale

2.2.1. Le vieillissement et ses effets sur la santé mentale

L'OMS se réfère à la population âgée en prenant en compte les personnes de 60 ans et plus. Eurostat et l'Insee placent plutôt la barre d'âge à 65 ans et plus. Le conseil national des professionnels de gériatrie note que la plupart des patients concernés par cette spécialité

médicale ont 65 ans et plus (18). Le vieillissement est un processus naturel et complexe qui englobe des changements physiques, cognitifs et émotionnels. Il s'étend tout au long de la vie et influencé par des facteurs génétiques, environnementaux et de mode de vie, qui engendre des changements qui peuvent affecter la santé mentale. Les personnes âgées font face à des défis tels que des pertes significatives, des changements dans la dynamique sociale, ainsi que des préoccupations croissantes liées à la santé physique. Au fur et à mesure que les personnes avancent en âge, plusieurs transformations se produisent. Sur le plan physique, le corps subit des altérations comme la diminution de la masse musculaire, la perte de densité osseuse et une sensibilité accrue aux maladies. Ces changements peuvent limiter la mobilité et l'autonomie, entraînant des sentiments d'impuissance ou de dépression. Par ailleurs, les pertes liées au vieillissement, qu'il s'agisse de la perte de proches, de l'isolement social ou de la diminution de l'engagement professionnel, peuvent aggraver l'anxiété et la dépression. La superposition de ces différents facteurs peut favoriser l'installation progressive d'un syndrome de fragilité. Des études montrent que les taux de dépression chez les personnes âgées peuvent atteindre 10 % à 15 %, notamment chez celles souffrant de maladies chroniques (19). De même, les troubles anxieux touchent environ 6 % à 10 % des personnes âgées, exacerbés par des facteurs tels que la solitude et les pertes personnelles (20). La démence, affectant environ 5 % des individus de 65 à 74 ans et 20 % de ceux de 85 ans et plus, est souvent associée à d'autres troubles psychiatriques (19). Ces problèmes ne sont pas seulement une conséquence du vieillissement, mais résultent d'interactions complexes entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, rendant la prise en charge des personnes âgées encore plus complexe.

2.2.2. Défis et approches thérapeutiques en gérontopsychiatrie

La prise en charge des patients gérontopsychiatriques est compliquée par la prévalence des comorbidités physiques, affectant environ 60 % de cette population (21). Une approche multidisciplinaire est donc essentielle, intégrant des soins holistiques qui allient traitements physiques et psychologiques (22). Les modèles de soins intégrés se sont révélés efficaces pour améliorer la qualité de vie des patients (23). Le soutien social joue également un rôle crucial dans la prévention des comportements suicidaires et l'amélioration de la santé mentale (24).

Il est fondamental de donner du sens au grand âge en valorisant la vie des personnes âgées, en prévenant la maltraitance et en luttant contre l'isolement. L'intégration des proches aidants dans le processus de soin est primordiale, notamment par la possibilité pour les MK de réaliser des

bilans préventifs pris en charge financièrement par le système de soins pour les personnes de plus de 70 ans, voire dès l'âge de 40 ans.

Améliorer les conditions de vie des personnes âgées nécessite de faciliter les soins à domicile et d'adapter leur environnement. Une évaluation régulière de leur situation, permettrait d'ajuster les interventions et de garantir une meilleure qualité de vie et notamment pour prévenir l'apparitions de troubles mentaux. En parallèle, il est crucial de maintenir l'autonomie des patients en prévenant la perte d'autonomie et en promouvant l'espérance de vie sans incapacité. Un bilan d'autonomie fonctionnelle systématique à chaque retour d'hospitalisation, ainsi que le soutien au développement de pratiques avancées en gérontologie, valorisant les compétences spécifiques des MK, contribueraient à cet objectif.

Accompagner la personne âgée passe par le renforcement des échanges interprofessionnels autour du projet de vie du patient et de ses aidants, garantissant ainsi une prise en charge adaptée, en particulier pour ceux atteints de troubles mentaux. Investir dans la bienveillance et la récupération de l'autonomie doit également inclure une formation continue des équipes soignantes pour répondre efficacement aux besoins spécifiques des patients, en tenant compte des implications psychologiques de leur état.

Enfin, il est essentiel de garantir la mobilisation et la coordination des acteurs à tous les niveaux, national et local. L'implication des kinésithérapeutes dans des structures d'observation des métiers du grand âge permettra d'enrichir les réflexions sur les pratiques et d'apporter des propositions adaptées aux besoins de cette population vulnérable. L'amélioration de la prise en charge en gérontopsychiatrie repose ainsi sur une approche intégrative qui valorise non seulement les soins médicaux, mais aussi l'importance des interactions sociales et des interventions préventives, tout en tenant compte des spécificités des troubles de santé mentale chez les personnes âgées (25).

2.3. La masso-kinésithérapie et son impact sur la santé mentale

2.3.1. Effets de la masso-kinésithérapie sur la santé mentale

La masso-kinésithérapie a un impact notable sur la santé mentale des personnes âgées. Elle utilise des techniques de relaxation et de stimulation sensorielle pour réduire l'anxiété et les symptômes dépressifs (25). L'activité physique régulière améliore également le bien-être neurobiologique, contribuant à diminuer l'anxiété chez les patients chroniques (26)(27). La

relaxation musculaire et la libération d'endorphines aident à gérer les émotions, y compris le stress (28).

La réhabilitation psychomotrice restaure l'image corporelle altérée par la maladie mentale (29) et favorise l'estime de soi en stimulant la motricité. Dans le cadre de la gérontologie, ces interventions améliorent la mobilité et atténuent la douleur, ce qui peut réduire les symptômes dépressifs (30)(31). En somme, la masso-kinésithérapie est essentielle pour le bien-être psychologique et la réhabilitation des personnes âgées.

2.3.2. Approche biopsychosociale de la prise en charge en gérontopsychiatrie

L'intégration du modèle biopsychosocial dans la masso-kinésithérapie est primordiale pour la prise en charge des troubles mentaux chez les personnes âgées. Introduit par Engel en 1977, ce modèle propose une approche holistique qui considère l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (32). Il combine des éléments biologiques (fonctionnement physique), psychologiques (émotions, cognition) et sociaux (environnement, relations interpersonnelles), ce qui est essentiel pour comprendre la complexité des troubles de santé mentale et leur impact sur le quotidien des patients âgés (33). Les facteurs psychosociaux, selon l'OMS, influencent à la fois la santé mentale et physique des individus. Berkman et Kawachi (2000) soulignent que des éléments comme le soutien social et le stress peuvent avoir des répercussions majeures sur la santé globale (34).

En gérontopsychiatrie, il est crucial d'adapter les pratiques de masso-kinésithérapie aux spécificités des patients âgés, souvent fragiles et confrontés à des comorbidités comme la démence, qui affectent leur état psychologique et leur qualité de vie (35). Les MK doivent évaluer régulièrement les facteurs psychosociaux, utilisant des outils validés et des entretiens pour mieux comprendre les besoins individuels (36).

La masso-kinésithérapie doit s'inscrire dans une approche pluridisciplinaire, en collaboration avec d'autres professionnels de santé (psychiatres, psychologues, ergothérapeutes...) (32). Cette synergie crée un cadre de soins intégré qui tient compte des multiples dimensions de la santé. Des témoignages de kinésithérapeutes montrent que l'inclusion de stratégies de coping, comme la promotion de l'activité physique et le soutien social, améliore non seulement le fonctionnement physique mais aussi la santé mentale des patients âgés (35).

2.3.3. Limites rencontrées dans la prise en charge en masso-kinésithérapie des patients âgés atteints de troubles de la santé mentale

L'étude d'Andrew et al. (2019) (4) révèle plusieurs limites rencontrées par les MK dans la prise en charge des patients âgés souffrant de Troubles Mentaux Sévères et Persistants (SPMI). Ces obstacles, individuels, systémiques et professionnels, influencent la qualité des soins.

- Manque de compréhension du rôle des MK : Les professionnels expriment souvent une incertitude quant à leurs responsabilités spécifiques dans ce contexte, ce qui peut mener à une approche centrée presque exclusivement sur la douleur physique, au détriment d'une vision holistique du patient.
- Obstacles liés aux caractéristiques des patients : Les MK signalent des difficultés rencontrées en raison des caractéristiques comportementales des patients atteints de trouble de la santé mentale. Des problèmes de motivation, des comportements imprévisibles et une faible adhésion aux traitements peuvent compliquer l'établissement d'un rapport de confiance. Les MK constatent que de nombreux patients manquent de conscience de leur état de santé physique, ce qui réduit leur engagement envers les thérapies proposées.
- Barrières systémiques dans le système de santé : Des obstacles organisationnels tels que le faible taux de références par les médecins généralistes, le manque de temps pour établir des relations thérapeutiques, et les contraintes financières constituent également des freins significatifs. Les MK se sentent souvent limités par des rendez-vous rigides, qui ne correspondent pas aux besoins des patients âgés, souvent confrontés à des problèmes logistiques comme le transport et le temps. De plus, le manque de financement public pour les services de santé mentale limite la disponibilité de ressources nécessaires pour une prise en charge adéquate.
- Préoccupations liées à la sécurité : Les préoccupations en matière de sécurité sont également une source de stress pour les MK, qui doivent souvent jongler avec des situations potentiellement imprévisibles. Cette situation peut les empêcher de se concentrer pleinement sur l'amélioration de la condition physique de leurs patients.
- Connaissances et compétences limitées : Un manque de formation spécifique sur les troubles mentaux et les stratégies de communication adaptées pose un problème crucial. Les MK reconnaissent que l'absence de compétences appropriées entrave leur capacité à traiter efficacement cette population.

Les résultats de l'étude révèlent un besoin urgent d'améliorer la formation des physiothérapeutes et d'optimiser les systèmes de santé pour répondre aux défis uniques présentés par les patients âgés atteints de trouble de la santé mentale. Cependant, il est également crucial d'explorer non seulement les facteurs qui modifient la prise en charge, mais aussi les adaptations que les MK mettent en œuvre face à ces défis. En s'engageant dans des recherches approfondies sur ces adaptations, il serait possible de mieux comprendre comment les MK peuvent ajuster leurs méthodes de traitement pour améliorer l'efficacité des soins, tout en tenant compte des spécificités et des besoins de cette population.

3. Méthodologie de recherche

3.1. Démarche de problématisation

3.1.1. Problématique et question de recherche

Les troubles de la santé mentale, notamment chez les personnes âgées, posent un défi majeur dans le cadre des soins gériatriques. La masso-kinésithérapie, avec ses approches corporelles, pourrait jouer un rôle crucial dans l'amélioration de la qualité de vie de ces patients. Cependant, son intégration dans la prise en charge de ces troubles demeure limitée en France, malgré des bénéfices potentiels bien documentés dans d'autres contextes.

Face à cette situation, plusieurs questions se posent :

Quelle est la perception des professionnels de la santé concernant le rôle de la masso-kinésithérapie dans le traitement des troubles de la santé mentale chez les personnes âgées ? Des études ont montré que les compétences des MK peuvent favoriser le bien-être psychocorporel des patients, mais leur rôle reste souvent sous-estimé (37)(38).

Quels sont les obstacles à l'intégration de ces pratiques dans les soins de santé mentale ? Les résultats d'entretiens avec des professionnels de santé révèlent des freins structurels et des préoccupations liées à la formation et à la reconnaissance des MK dans ce domaine (4).

Comment les MK adaptent-ils leurs pratiques face aux problématiques spécifiques rencontrées chez ces patients ? Une analyse approfondie des adaptations mises en œuvre dans les pratiques cliniques en masso-kinésithérapie peut non seulement mettre en lumière l'efficacité et la pertinence de ces interventions pour les patients âgés souffrant de troubles de la santé mentale,

mais aussi fournir des outils concrets aux professionnels confrontés à ces défis. Cette étude se distingue par son approche centrée sur le vécu des MK, allant au-delà des simples facteurs influençant la prise en charge. En effet, peu d'études ont interrogé directement ces praticiens sur leurs pratiques spécifiques, et aucune ne s'est penchée de manière ciblée sur les adaptations nécessaires dans le cadre de soins pour les personnes âgées atteintes de troubles de la santé mentale. Ainsi, cette recherche offre une contribution unique, en fournissant des pistes concrètes pour améliorer les pratiques et enrichir le discours professionnel autour de l'intégration de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge des patients âgés affectés par des troubles psychiques.

À partir de ces interrogations, la problématique de ce mémoire se précise : Quelles sont les adaptations des pratiques en masso-kinésithérapie face aux différentes problématiques rencontrées dans la prise en charge de patients atteints de troubles de la santé mentale dans un contexte gériatrique ?

3.1.2. Objectifs de l'étude et hypothèses de recherche

L'objectif principal de cette étude est d'explorer et de comprendre les adaptations des pratiques en masso-kinésithérapie face aux diverses problématiques rencontrées lors de la prise en charge de patients âgés souffrant de troubles de la santé mentale. À travers des entretiens semi-directifs avec des MK, cette recherche vise à identifier les stratégies et les techniques mises en œuvre, ainsi que les obstacles et leviers qui influencent leur pratique.

Les hypothèses de recherche qui en découlent sont les suivantes (*annexe 2*) :

Hypothèse 1 : Les MK utilisent des évaluations diagnostiques pour adapter leurs interventions. Ils intègrent des approches psychosociales dans leur pratique, en utilisant des outils tels que des questionnaires validés pour évaluer les facteurs psychosociaux des patients. Cette évaluation pourrait contribuer à améliorer l'efficacité des traitements en tenant compte des dimensions émotionnelles et sociales.

Hypothèse 2 : Le manque de littérature sur les outils d'évaluation spécifiques aux troubles de la santé mentale en gériatrie conduit les praticiens à s'appuyer sur leur expérience personnelle pour guider leurs choix d'intervention, plutôt que sur des protocoles standardisés.

Hypothèse 3 : Les techniques de masso-kinésithérapie utilisées dans le contexte de la santé mentale se concentrent principalement sur la thérapie manuelle, l'activité physique et le soutien social.

Hypothèse 4 : Les obstacles systémiques, tels que le manque de temps pour établir une relation thérapeutique, influencent négativement la capacité des MK à mettre en œuvre des soins intégrés. L'interaction entre les professionnels de santé pourrait être insuffisante, limitant les bénéfices des interventions en masso-kinésithérapie.

Hypothèse 5 : Les MK jouent un rôle clé dans l'éducation thérapeutique des patients, en les instruisant sur les techniques d'auto rééducation, pour développer d'autonomie du patient.

Hypothèse 6 : La diversité des pratiques en masso-kinésithérapie en réponse aux troubles mentaux pourrait varier significativement d'un praticien à l'autre, en fonction de leur formation, expérience et approche personnelle.

Hypothèse 7 : Les MK sont conscients des limites de leurs interventions et peuvent être amenés à orienter les patients vers d'autres professionnels de santé lorsque la situation l'exige.

3.2. Méthodologie de recherche

3.2.1. Choix de la méthodologie

Le choix méthodologique de cette étude repose sur l'objectif d'explorer les pratiques en masso-kinésithérapie. La littérature existante, bien que riche en théories, manque de données pratiques concernant cette population spécifique, ce qui rend essentielle une approche qui combine des données quantitatives et qualitatives (39). Ainsi, nous avons opté pour une méthodologie mixte, intégrant d'abord un questionnaire suivi d'entretiens semi-directifs. Le questionnaire permettra de recueillir des données quantitatives pour dresser un état des lieux des pratiques MK. Cette première étape est cruciale pour identifier des tendances générales et des stratégies thérapeutiques (40). Cependant, le questionnaire, bien qu'utile, ne peut pas offrir la profondeur nécessaire pour comprendre les processus de raisonnement des praticiens. C'est pourquoi nous avons choisi de réaliser ensuite des entretiens semi-directifs. Cette méthode permet d'explorer en détail les expériences et les motivations des praticiens, tout en offrant la flexibilité d'adapter les questions en fonction des réponses fournies (41). Les entretiens semi-directifs sont particulièrement adaptés à notre problématique, car ils permettent d'approfondir les thématiques émergentes et de révéler des aspects souvent négligés par des méthodes quantitatives (42).

3.2.2. Sélection et recrutement des participants

La sélection des participants pour cette étude a été fondée sur des critères d'inclusion et d'exclusion adaptés aux objectifs de recherche et au contexte géographique. Pour être éligible, un MK devait être titulaire d'un diplôme d'État et exercer en tant que MK en France, travailler dans un cadre libéral peu importe leur expérience dans la prise en charge de patients âgés souffrant de troubles de la santé mentale, bien que l'ancienneté ne soit pas un critère discriminant. Les participants devaient également être francophones pour faciliter la communication lors des entretiens. Et résidant dans différentes régions de France, pour permettre de recueillir des témoignages variés, reflétant des pratiques diverses et des contextes de travail hétérogènes, enrichissant ainsi les données collectées et permettant d'identifier des adaptations spécifiques des pratiques.

Le processus de recrutement pour les entretiens a débuté par l'envoi de questionnaires par courriels envoyés à des associations professionnelles et des annonces publiées sur des groupes de réseaux sociaux. Les MK intéressés ont été invités à se manifester, et un accord écrit a été demandé pour formaliser leur engagement. Un échantillon de quatre à huit participants a été envisagé, avec une attention portée à la saturation des données, conformément aux recommandations de la littérature (43).

3.2.3. Conception du questionnaire

Le questionnaire vise à recueillir des données préliminaires quantitatives sur les expériences des MK concernant la prise en charge de patients âgés présentant des troubles psychiatriques. Les résultats permettront de mieux comprendre les pratiques actuelles, de sélectionner la population qui nous intéresse et d'orienter des entretiens approfondis. Ce questionnaire est réalisé sur LimeSurvey et est conçu pour être rapide à remplir (moins de 10 minutes), il sera composé de grandes parties, comme les données démographiques, expérience professionnelle, difficultés rencontrées, adaptations dans la prise en charge, besoins en formation. Il finira par demander l'intérêt ou non des MK à poursuivre par des entretiens (*annexe 3*).

3.2.4. Élaboration du guide d'entretiens

Le guide d'entretiens (*annexe 4*) a été conçu pour structurer les échanges et explorer en profondeur les pratiques des MK auprès des patients gériatriques souffrant de troubles mentaux. Il a l'avantage de sécuriser l'intervieweur sur le déroulé et le contenu des entretiens. Il est

standardisé afin d'autoriser la comparaison et l'analyse des réponses pour répondre à la question de recherche et in fine, à la problématique (44). Il est organisé en questions principales, chacune suivie de questions de relance, permettant d'approfondir les thématiques clés telles que les stratégies thérapeutiques, les justifications des choix, l'évaluation de l'efficacité et la collaboration interprofessionnelle. Une attention particulière a été accordée à la formulation des questions pour encourager des réponses détaillées et authentiques, tout en évitant les biais (45). Afin d'assurer la pertinence et la clarté du guide, celui-ci a été testé en amont auprès d'un étudiant en masso-kinésithérapie, dont le profil se rapproche de la population cible de l'étude. Ce test a permis d'identifier et de corriger d'éventuels problèmes de compréhension ou d'ambiguïté, garantissant ainsi la validité des données recueillies.

3.2.5. Stratégie d'intervention

La stratégie d'intervention repose sur la réalisation d'entretiens semi-directifs individuels avec des MK plus ou moins expérimentés dans la prise en charge de patients âgés souffrant de troubles psychiatriques. Chaque entretien, d'une durée prévisionnelle de 40 à 20 minutes, se déroulera dans un lieu calme et confidentiel, choisi en accord avec le participant, afin de favoriser un échange approfondi et sincère (44). Un calendrier flexible sera mis en place pour s'adapter aux disponibilités des professionnels, en tenant compte de leurs contraintes professionnelles.

Un cadre contractuel clair sera établi en début d'entretien, précisant les objectifs de la recherche, les modalités de l'entretien, ainsi que les garanties de confidentialité et d'anonymat. Un consentement éclairé sera obtenu par écrit avant le début de l'entretien, autorisant l'enregistrement audio et l'utilisation des données à des fins de recherche. L'intervieweur s'engagera à maintenir une attitude neutre et bienveillante, favorisant un climat de confiance et d'ouverture. Les participants seront informés de leur droit de retirer leurs données à tout moment.

La conduite de l'entretien s'appuiera sur un guide d'entretien semi-directif, comprenant des questions ouvertes et exploratoires sur les défis rencontrés, les adaptations mises en œuvre, et les besoins en formation. L'intervieweur utilisera des techniques d'écoute active, de reformulation et de relance pour encourager les participants à développer leurs réponses et à partager leurs expériences de manière approfondie. La communication non verbale sera

également utilisée pour établir une relation de confiance et soutenir l'expression des participants (46). Les silences seront respectés, permettant aux participants de réfléchir et de structurer leurs pensées. L'intervieweur veillera à maintenir le focus sur les objectifs de la recherche, tout en laissant la place aux récits et aux expériences des participants.

Pour la collecte des données, les entretiens seront enregistrés audio avec l'accord des participants, en utilisant un enregistreur numérique ou une application de visioconférence sécurisée (Teams). Les enregistrements seront stockés de manière anonymisée. Un tableau récapitulatif (*annexe 5*) sera créé, indiquant pour chaque entretien la date, la durée, le lieu, et les caractéristiques pertinentes du participant. L'ensemble des entretiens sera retranscrit intégralement, selon la méthode "mot pour mot", afin de permettre une analyse fine des données.

3.2.6. Méthodologie d'analyse des entretiens

L'analyse des entretiens semi-directifs, bien que riche en informations, nécessite une approche rigoureuse pour garantir la validité scientifique des résultats. En effet, l'entretien seul ne permet pas une analyse pertinente du discours (45). Les méthodes d'analyse doivent donc être fondées sur des bases théoriques solides et suivre des protocoles établis (47). Dans cette étude, nous avons opté pour une analyse thématique, combinant une approche déductive et inductive, afin de répondre aux objectifs de recherche tout en permettant l'émergence de thèmes inattendus (48).

La première étape de l'analyse a consisté à transcrire intégralement les enregistrements audios des entretiens. La transcription "mot pour mot" (*annexe 5*) a été privilégiée pour préserver la richesse et la nuance des propos des participants, ainsi que les éventuelles hésitations, silences ou intonations significatives. Cette méthode permet de conserver une trace fidèle du discours, essentielle pour une analyse approfondie (49). Chaque Tour de Parole (TP) a été identifié et numéroté (MK1-TP1, MK1-TP2, etc.) afin de faciliter le repérage et la manipulation des données lors des étapes ultérieures (47).

Une fois les transcriptions réalisées, nous avons procédé au codage initial des données. Cette étape a consisté à identifier des segments de texte pertinents au regard des objectifs de recherche et du cadre théorique, et à leur attribuer des codes descriptifs ou interprétatifs (48). Les codes ont ensuite été regroupés en thèmes, en suivant une démarche à la fois déductive et inductive.

Les thèmes déductifs ont été définis à partir des hypothèses de recherche et du cadre théorique, tandis que les thèmes inductifs ont émergé des données elles-mêmes, permettant de saisir les aspects non anticipés par le chercheur (48). Une grille d'analyse (*annexe 6*) à double entrée (thèmes x participants) a été construite pour faciliter la lecture et la comparaison des données, tant par entretien (cas par cas) que de manière transversale (par thème) (48).

Les thèmes identifiés ont ensuite été révisés et affinés afin de garantir leur cohérence et leur pertinence (47). Cette étape a permis de s'assurer que les thèmes reflétaient fidèlement les données et répondaient aux objectifs de recherche. Enfin, les thèmes ont été définis et nommés de manière claire et concise, et illustrés par des extraits de verbatim significatifs.

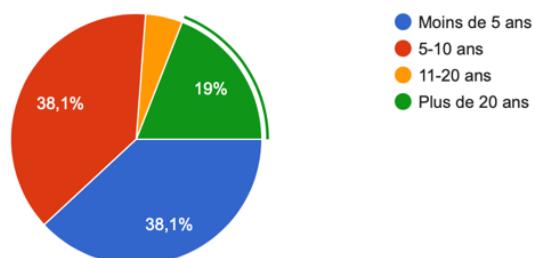
Les résultats de l'analyse thématique ont été présentés sous forme d'une narration argumentée, mettant en évidence les principaux défis rencontrés par les MK, les adaptations qu'ils mettent en œuvre et leurs besoins en formation. Cette narration a permis de dégager un sens global des données et de répondre à la problématique de recherche (43).

4. Résultats

4.1. Résultats quantitatifs au questionnaire

Le choix de prioriser les résultats selon les hypothèses de recherche a guidé l'analyse des données issues du questionnaire diffusé auprès de MK. L'ensemble des résultats est présenté ci-dessous accompagné des figures pertinentes effectuées via Google Forms. Le traitement des données a été réalisé via Excel pour obtenir des statistiques descriptives, tandis que la saisie et la diffusion du questionnaire ont été effectuées via LimeSurvey, enregistrant un total de 21 réponses.

Afin de contextualiser l'analyse des réponses au questionnaire, il est essentiel de dresser un portrait de la population de MK ayant participé à cette étude. La *Figure 1 : Répartition des participants en fonction des années d'expérience* illustre la distribution de l'expérience professionnelle au sein de l'échantillon. On observe une répartition



La Figure 1 : Répartition des participants en fonction des années d'expérience

bimodale avec 38,1 % (8 réponses) des participants ayant moins de 5 ans d'expérience et un

pourcentage égal (38,1 %, 8 réponses) ayant entre 5 et 10 ans d'expérience. Une proportion plus faible de répondants présente une expérience entre 11 et 20 ans (4,8 %, 1 réponse), tandis que 19 % (4 réponses) affichent plus de 20 ans de pratique. L'analyse descriptive révèle une médiane de 7 ans et une moyenne de 9,3 ans d'expérience, avec un écart-type de 8,3 ans, témoignant d'une hétérogénéité significative au sein du groupe interrogé. L'étendue de l'expérience varie de 3 ans (minimum) à 25 ans (maximum), avec un premier quartile (Q1) à 3 ans et un troisième quartile (Q3) à 7 ans.

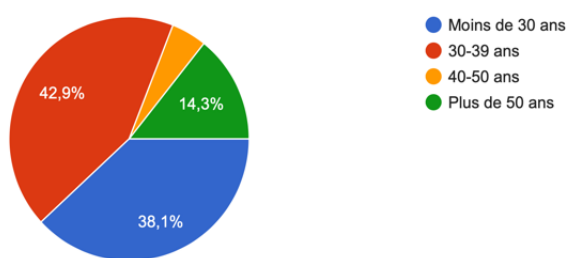


Figure 2 : Répartition des participants en fonction des tranches d'âge

La Figure 2 : Répartition des participants en fonction des tranches d'âge présente la distribution des âges des répondants. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 30-39 ans (42,9 %, 9 réponses), suivie de près par les moins de 30 ans (38,1 %, 8 réponses). Les catégories des 40-50 ans (4,8 %, 1 réponse) et des plus de 50 ans (14,3 %, 3 réponses) sont moins importantes. L'âge moyen des participants est d'environ 34,76 ans, avec une médiane de 35 ans. L'écart-type de 10,2 ans et les quartiles (Q1 à 27 ans et Q3 à 37 ans) indiquent une certaine dispersion des âges au sein de l'échantillon, s'étendant d'un minimum estimé à 25 ans à un maximum de 65 ans.

L'âge moyen des participants est d'environ 34,76 ans, avec une médiane de 35 ans. L'écart-type de 10,2 ans et les quartiles (Q1 à 27 ans et Q3 à 37 ans) indiquent une certaine dispersion des âges au sein de l'échantillon, s'étendant d'un minimum estimé à 25 ans à un maximum de 65 ans.

La Figure 3 : Répartition des participants selon le sexe met en évidence une prédominance féminine au sein de l'échantillon étudié, avec 61,9 % de femmes (13 réponses) contre 38,1 % d'hommes (8 réponses). Le ratio femmes/hommes est d'environ 1,625, confirmant une surreprésentation du sexe féminin parmi les répondants. Le mode est "Femme", représentant la majorité des participants.

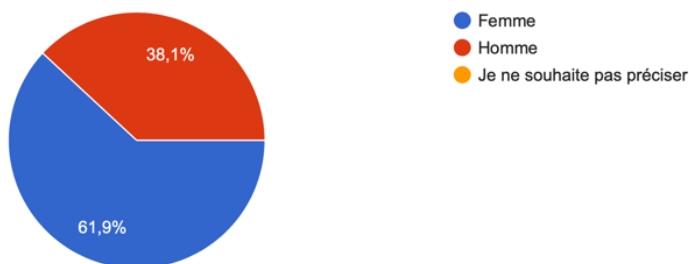
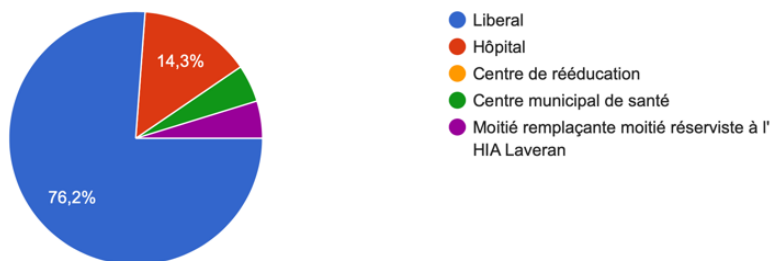


Figure 3 : Répartition des participants selon le sexe

La Figure 4 : Répartition des participants selon le lieu d'exercice révèle que la majorité des répondants exerce en libéral (76,2 %, 16 réponses). Les autres lieux d'exercice sont l'hôpital (14,3 %, 3 réponses), le centre municipal de santé (4,8 %, 1 réponse) et une pratique mixte moitié remplaçante moitié réserviste à l'HIA Laveran (4,8 %, 1 réponse). Le mode est clairement le secteur libéral.



La Figure 4 : Répartition des participants selon le lieu d'exercice

Le questionnaire a permis de recueillir des données épidémiologiques intéressantes concernant la prévalence et les caractéristiques des troubles psychiatriques rencontrés dans la pratique des MK interrogés. Une majorité significative des répondants (81 %, 17 réponses) a déclaré avoir déjà pris en charge un patient présentant des troubles psychiatriques. Le ratio des réponses "Oui" par rapport aux réponses "Non" (19 %, 4 réponses) est de 4,25, indiquant que les MK ont plus de quatre fois plus de chances d'avoir déjà été confrontés à cette patientèle.

La Figure 5 : Fréquence de prise en charge des patients avec troubles psychiatriques illustre la fréquence à laquelle les répondants sont amenés à prendre en charge des patients présentant des troubles psychiatriques. Près de la moitié des répondants (47,1 %, 8 réponses) les prennent en charge régulièrement (plus de 5 patients par mois), soulignant la prévalence de cette problématique dans leur pratique. 35,3 % (6 réponses) les prennent en charge occasionnellement (1 à 5 patients par mois), tandis que 17,6 % (3 réponses) ne les prennent en charge que rarement (moins d'un patient par mois).

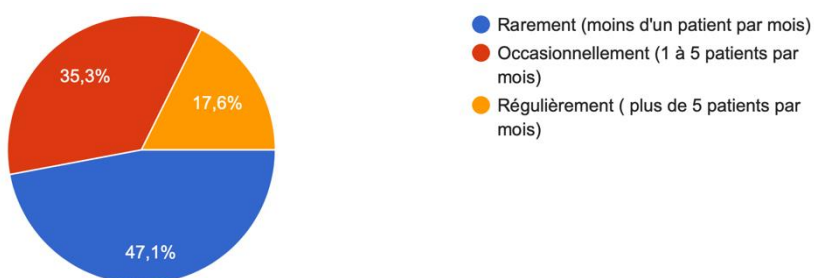


Figure 5 : Fréquence de prise en charge des patients avec troubles psychiatriques

Les troubles psychiatriques les plus fréquemment rencontrés, classés par ordre de fréquence (1er = 3 points, 2ème = 2 points, 3ème = 1 point), sont la dépression (27 points), la démence

(18 points) et les troubles anxieux (16 points). Ces résultats mettent en évidence les catégories de troubles mentaux les plus prévalentes dans la patientèle des MK interrogés.

La *Figure 6 : Répartition des spécificités de prise en charge* indique la spécificité dans laquelle les MK rencontrent le plus de patients atteints de troubles de la santé mentale. La gériatrie est

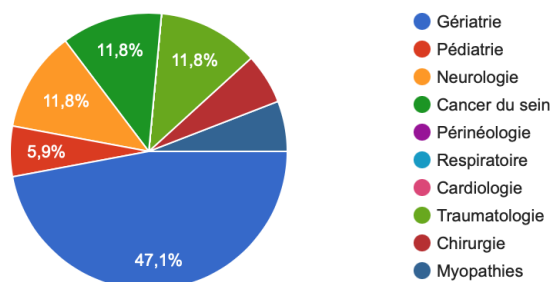


Figure 6 : Répartition des spécificités de prise en charge

la spécificité la plus citée (47,1 %, 8 réponses), suivie par la neurologie, la traumatologie et le cancer du sein (11,8 % chacun, 2 réponses), et enfin la pédiatrie (5,9 %, 1 réponse). Le ratio de patients rencontrés en gériatrie par rapport à la somme des autres spécialités est de 1,14, suggérant une légère prédominance de cette population dans le contexte gériatrique.

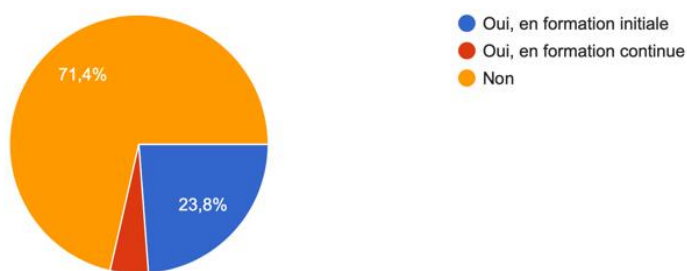
Le questionnaire a permis de récolter des informations concernant les hypothèses 1, 2 et 3.

Hypothèse 1 : « Les freins rencontrés par les MK dans la prise en charge des patients atteints de troubles de la santé mentale limitent l'efficacité des interventions et la mise en place d'une approche holistique ». Les réponses à la question 9 : « Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de patients avec des troubles psychiatriques ? » mettent en lumière plusieurs freins significatifs. Le manque de motivation des patients est la difficulté la plus fréquemment citée (47,6 %, 10 réponses), suivi par la difficulté à établir une relation thérapeutique (33,3 %, 7 réponses) et, à égalité (23,8 %, 5 réponses chacun), les problèmes de compliance (suivi des séances) et les symptômes physiques associés aux troubles psychiatriques (tensions, douleurs). Ces résultats suggèrent que des facteurs liés à l'engagement du patient, à la communication et aux manifestations somatiques des troubles mentaux représentent des obstacles majeurs pour les MK dans leur pratique auprès de cette population, potentiellement limitant l'efficacité des interventions.

Hypothèse 2 : « Les MK adaptent leur pratique auprès de ces patients. La diversité des pratiques varie selon la formation et l'expérience des MK. ». La quasi-totalité des répondants (94,1 %, 16 réponses) à la question 10 : « Avez-vous déjà dû adapter vos techniques ou votre approche pour des patients avec des troubles psychiatriques ? » a déclaré avoir déjà adapté sa pratique. Les adaptations les plus fréquemment mises en place (question 11) sont l'adaptation des exercices en fonction de la fatigue ou de la motivation (71,4 %, 15 réponses), l'utilisation d'approches

plus douces (33,3 %, 7 réponses) et le recours à des techniques de relaxation (19 %, 4 réponses). Ces données confirment une adaptation significative des pratiques des MK face aux patients présentant des troubles psychiatriques. L'hypothèse suggère également une variation de ces pratiques en fonction de la formation et de l'expérience. Bien que le questionnaire ne permette pas une analyse statistique approfondie de cette variation en raison de la taille de l'échantillon et de la distribution des niveaux de formation, les réponses qualitatives pourraient potentiellement éclairer cette dimension lors de l'analyse croisée avec les entretiens.

Hypothèse 3 : « Le manque de littérature conduit à des choix d'intervention basés sur l'expérience personnelle ». *La Figure 7 : Répartition des formations reçues* révèle qu'une majorité significative des



La Figure 7 : Répartition des formations reçues

répondants (71,4 %, 15 réponses) n'a pas reçu de formation spécifique sur la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques. Seuls 23,8 % (5 réponses) ont reçu une formation lors de leur cursus initial et une minorité de 4,8 % (1 réponse) en formation continue. Ce manque de formation spécifique est d'autant plus pertinent que la quasi-totalité des répondants (95,2 %, 20 réponses) estime qu'une formation complémentaire sur les troubles psychiatriques serait bénéfique pour améliorer leurs pratiques. *La question 15* « Quels aspects d'une formation vous sembleraient les plus utiles ? » indique que les aspects les plus souhaités dans une formation sont les stratégies pour adapter les séances kinésithérapiques (45 %, 9 réponses) et les techniques de communication adaptées (25 %, 5 réponses), suivis par la gestion des situations de crise (20 %, 4 réponses). L'absence de mention de la reconnaissance des symptômes psychiatriques comme aspect prioritaire de formation pourrait suggérer un besoin moins perçu dans ce domaine par les répondants, possiblement en lien avec leur rôle plus axé sur la prise en charge motrice et fonctionnelle. Ces résultats tendent à soutenir l'hypothèse selon laquelle le manque de formation spécifique pourrait conduire à des choix d'intervention davantage basés sur l'expérience personnelle et le tâtonnement.

L'analyse des réponses de 21 MK a révélé un profil professionnel diversifié, avec une expérience médiane de 7 ans et une répartition notable entre les praticiens en début et en milieu de carrière. La majorité des répondants sont des femmes exerçant principalement en libéral.

Une proportion importante a déjà pris en charge des patients présentant des troubles psychiatriques, principalement en gériatrie et souffrant de démence, de dépression ou de troubles anxieux, avec une fréquence de prise en charge souvent régulière. Les principaux freins identifiés concernent la motivation des patients et la relation thérapeutique. La grande majorité des MK adapte sa pratique, principalement en modulant les exercices et en utilisant des approches douces. Cependant, un manque significatif de formation spécifique sur les troubles psychiatriques est constaté, avec un fort désir exprimé pour une formation complémentaire axée sur l'adaptation des séances et la communication. Ces premiers résultats quantitatifs soulignent la complexité de la prise en charge kinésithérapique des patients avec troubles psychiatriques et mettent en évidence des besoins de formation potentiels.

La section suivante présentera les résultats issus des entretiens semi-directifs menés auprès de cinq MK expérimentés en gérontopsychiatrie. Ces entretiens visent à approfondir les thématiques abordées dans le questionnaire, à explorer en détail les stratégies d'adaptation mises en œuvre au quotidien et à recueillir des informations qualitatives plus riches sur les freins et les facilitateurs de la prise en charge, offrant ainsi une perspective complémentaire aux données quantitatives recueillies.

4.2. Résultat qualitatif aux entretiens : Freins et adaptations de la prise en charge en masso-kinésithérapie auprès de patients gériatriques présentant des troubles psychiatriques (Focus sur la démence)

4.2.1. Les freins à la prise en charge

De manière prédominante, les cinq MK interrogés ont souligné que les troubles psychiatriques de type démence étaient les plus fréquemment rencontrés chez leur patientèle âgée. Nous parlerons donc principalement de ce type de patientèle dans ces entretiens. L'analyse des entretiens a permis d'identifier une diversité de freins rencontrés par les MK dans la prise en charge des patients atteints de troubles de la santé mentale en gériatrie. Ces obstacles, qui entravent l'efficacité des interventions et la mise en place d'une approche holistique, se manifestent à différents niveaux.

Concernant la communication, elle émerge comme un défi majeur, particulièrement souligné par les jeunes diplômés. MK1 témoigne de son désarroi : « *C'était la première fois que ça m'arrivait d'être démunie [...] il n'y avait pas de communication.* » (TP10, MK1), et décrit la complexité de la situation : « *La communication est parfois compliquée. Soit ils ont du mal à*

communiquer verbalement, soit ils ne me comprennent pas. Ou ils ne comprennent pas qui je suis. » (TP10, MK1). Pour MK3, le manque de communication rend la prise en charge plus ardue : « *Dès qu'il nous manque la communication, de suite on sent que c'est plus compliqué de prendre en charge un patient.* » (TP12, MK1). La difficulté à se faire comprendre est également relevée par MK5 : « *il y a aussi des gros problèmes de compréhension de leur part, c'est compliqué de se faire comprendre par ces patients.* » (TP12, MK5). MK2 met en avant la nécessité pour le patient de comprendre les demandes : « *Il faut déjà qu'ils arrivent à comprendre ce qu'on leur demande. Parce qu'il y en a certains qui sont vraiment dans leur monde.* » (TP 14, MK2), tandis que MK3 insiste sur l'importance de se faire reconnaître, surtout en cas de démence : « *C'est surtout pour les patients qui ont une démence, plus dans la communication. Il faut faire comprendre qui on est, à quoi on sert, se faire reconnaître* » (TP14, MK3). MK4 reconnaît également la complexité de la communication : « *Ouais, bah la communication évidemment est toujours un peu compliquée.* » (TP14, MK4), tout en notant la variabilité selon le stade de la pathologie : « *Alors tout dépend du stade bien sûr. Puis il y en a qui vont parfaitement comprendre* » (TP12, MK4).

Le temps constitue un autre frein significatif, partagé par une majorité des MK interrogés. MK1 déplore : « *On n'a souvent pas beaucoup de temps pour prendre en charge ces patients* » (TP10, MK1). MK2 souligne la durée variable de la récupération : « *Certains mettent 2-3 jours à reprendre pied [...], d'autres, c'est beaucoup plus long, il faut être patient.* » (TP 16, MK2). En libéral, le temps dédié aux tâches administratives empiète sur le soin direct, comme le précise MK3 : « *En libéral, on manque de temps pour faire passer ces questionnaires.* » (TP34, MK3).

L'entourage du patient peut également représenter un obstacle. MK1 témoigne : « *Des fois, la famille peut être un obstacle dans la prise en charge.* » (TP 16, MK1), et cite des attitudes problématiques : « *la famille des patients qui font miroiter des choses au patient " tu vas aller mieux" »* (TP 16, MK1). MK4 souligne des attentes familiales inadaptées : « *Les familles, souvent, veulent qu'on intervienne tout de suite, mais il faut qu'ils comprennent qu'on doit parfois attendre un peu avant de mettre des choses en place.* » (TP14, MK4).

Les moyens à disposition constituent un autre niveau de freins. Le manque d'espace de travail à domicile est relevé par MK1 : « *quand c'est à domicile, selon chez qui vous allez, il n'y a pas l'espace pour faire ce qu'on veut.* » (TP 16, MK1). MK3 pointe également les limites de l'aménagement des cabinets : « *Le frein parfois du fonctionnement du cabinet. Parfois la*

communication est un peu plus compliquée, le patient a plus de mal à se livrer dans une grande salle de rééducation. » (TP16, MK3).

Les caractéristiques comportementales des patients représentent des défis importants. MK1 décrit la désorientation : « *Les patients [...] sont complètement déboussolés.* » (TP10, MK1). L'agressivité est mentionnée par MK2 : « *Ils sont craintifs, donc ils se défendent. Parfois on se prend des coups, on esquive des coups.* » (TP 18, MK2), et par MK5 : « *Des fois ils peuvent être agressifs quand ils n'ont pas envie de travailler.* » (TP18, MK5). L'apathie et le manque de motivation sont soulignés par MK2 : « *Certains sont asthéniques et dorment beaucoup [...], c'est difficile de les dynamiser.* » (TP 14, MK2), et par MK3 pour les troubles anxio-dépressifs : « *Pour les patients avec des troubles anxieux-dépressifs, bah là, c'est surtout l'impact motivationnel qui est un peu plus compliqué à mettre en place.* » (TP14, MK3). MK4 confirme ce manque de motivation : « *Beaucoup ne sont pas très motivés.* » (TP14, MK4), et note également des difficultés cognitives : « *assez cognés* » (TP8, MK4), ainsi qu'un manque de conscience de la nécessité de l'activité : « *Donc souvent on a l'impression... On a l'impression de les inciter alors que on sait très bien que dans la journée, ils vont pas se mettre debout pour autant.* » (TP12, MK5), et des problèmes de mémoire : « *Ils oublient... qui ils sont, ce qu'ils sont habitués à faire mais également, ils oublient de se lever pour marcher* » (TP6, MK5).

Le système de santé présente également des lacunes. Le manque d'informations est souligné par MK1 : « *c'est vrai qu'en libéral, on n'a pas forcément les infos de ce type-là* » (TP 8, MK1). Les contraintes financières sont également un frein, comme l'explique MK1 : « *les actes sont de plus en plus réduits [...] mais le kiné forcément, il n'a plus envie de faire tous ses efforts là* » (TP16, MK1). Le manque de ressources humaines spécialisées est déploré par MK2 : « *On n'a pas d'APA, pas d'ergo, pas de psychomotricien. C'est surtout les aides-soignants et les infirmiers qui stimulent les patients.* » (TP 44, MK2), et par MK3 : « *Mais après, au niveau des structures, je pense que parfois, en effet, il n'y a pas assez de choses mises en place au sein des structures pour faire bouger ces patients-là et les stimuler. Par exemple, en maison de retraite.* » (TP16, MK3). Le manque de coordination est aussi relevé par MK4 : « *il y a peut-être pas en fait assez de communication avec les personnes qui prennent en charge ces personnes.* » (TP6, MK4).

4.2.2. Les adaptations des pratiques en masso-kinésithérapie

L'analyse des entretiens révèle une adaptation significative des pratiques des MK face aux patients atteints de troubles de la santé mentale.

La communication est un domaine où les adaptations sont particulièrement notables. MK1 décrit l'utilisation du mimétisme comme une stratégie initiale : « *Je me suis dit, on va faire du mimétisme. Je me suis dit bon, on va faire du miroir.* » (TP 10, MK1), et insiste sur l'importance de maintenir un contact verbal constant : « *Je ne me vois pas les mobiliser sans leur parler et donc voilà, je leur parle.* » (TP 12, MK1). L'approche verbale est adaptée, comme le souligne MK2 : « *On essaye d'être gentil, de les rassurer, de se faire comprendre [...]. Il faut parler calmement.* » (TP 16, MK2), en utilisant un langage simple : « *Faut que ce soit simple pour que ce soit le plus compréhensible possible.* » (TP30. MK2), et en montrant les exercices : « *On leur montre* » (TP30. MK2). MK3 privilégie une approche relationnelle et ludique : « *J'essaie d'être un peu plus souriant, un peu plus drôle. En fait, de lier vraiment la personne au soin en tant que tel. Plutôt lui faire passer un bon moment, lui poser des questions sur elle, sur sa vie.* » (TP20, MK3), et utilise des feedbacks visuels : « *Je leur mets des feedbacks visuels, des feedbacks plutôt ludiques.* » (TP20, MK3). MK4 adapte la complexité des consignes : « *Tu ne vas pas leur faire faire des choses trop compliquées.* » (TP18, MK4), et recourt également au mimétisme : « *Moi j'utilise aussi beaucoup le mimétisme pour leur faire faire des mouvements actifs.* » (TP26, MK4), une stratégie également employée par MK5 : « *Il va falloir tout mimer* » (TP12, MK5).

Le temps est géré avec flexibilité. MK2 insiste sur la patience et la nécessité de s'adapter au rythme des patients : « *On prend le temps, on discute, on rassure. Certains sont plus lents à retrouver une dynamique.* » (TP 16, MK2). MK4 confirme cette adaptation : « *Il faut leur laisser le temps de s'installer.* » (TP14, MK4), et réitère la nécessité de suivre leur cadence : « *faut y aller à leur rythme en fait* » (TP24, MK4), en étant « *vraiment patient* » (TP26, MK4). MK5 montre une adaptation pragmatique de la séance en fonction de l'état du patient : « *Donc l'adaptation c'est d'attendre la prochaine fois à travailler et puis c'est tout.* » (TP18, MK5).

L'entourage du patient est pris en compte. MK1 se positionne comme un soutien pour les aidants : « *Je suis là pour soulager son mari, parce que je peux comprendre, parce que le pauvre a beaucoup de travail et pas beaucoup de proche pour l'aider.* » (TP 14, MK1), et privilégie la communication simple avec la famille : « *Pour la famille, ça reste plutôt simple [...] en*

discutant » (TP 20, MK1). MK4 souligne l'éducation et l'importance de gérer les attentes familiales : « *Il faut qu'ils comprennent qu'on doit parfois attendre un peu avant de mettre des choses en place.* » (TP14, MK4).

Concernant les moyens, l'adaptabilité est de mise, comme le souligne MK1 : « *Adaptabilité* », qui peut aller jusqu'à solliciter l'aide des familles pour l'acquisition de matériel en pratique à domicile : « *selon les familles, on peut leur demander des fois d'acheter du matériel* » (TP20, MK1). MK2 met en avant la collaboration et le travail d'équipe comme une stratégie de gestion des situations potentiellement difficiles : « *On y va souvent à deux. Il y en a un qui discute et l'autre qui est là pour parer, parce que parfois ça part vite.* » (TP 20, MK2), et insiste sur l'importance de la collaboration avec les autres soignants : « *Le travail en équipe est essentiel, surtout avec les aides-soignants et infirmiers.* » (TP 44, MK2). L'utilisation d'aides techniques est également préconisée, comme le mentionne MK4 : « *Faut pas hésiter à utiliser les aides techniques : déambulateur, cannes, la main courante.* » (TP24, MK4), qui privilégie également les exercices actifs pour une meilleure gestion de la douleur et une favorisation de l'autonomie : « *Je préfère faire de l'actif. Pour éviter comme ça en plus, ça évite de leur faire mal, c'est eux qui font leur mouvement donc c'est à eux de gérer leur douleur.* » (TP26, MK4). MK5 illustre l'adaptation à l'espace par l'utilisation d'éléments simples : « *Au mimétisme par exemple, j'ai mis des plots devant et ben j'ai marché avec elle et forcément au bout d'un moment, elle a fini par enjamber.* » (TP16, MK5).

Face aux caractéristiques comportementales des patients, les MK adaptent leurs objectifs thérapeutiques, comme le précise MK1 : « *je diminuais les objectifs* » (TP20, MK1). L'environnement est rendu plus rassurant par une attitude calme et rassurante, comme le décrit MK2 : « *On essaye d'être gentil, de les rassurer, de se faire comprendre [...]. Il faut parler calmement.* » (TP 16, MK2), et « *On adapte notre approche pour éviter les situations à risque.* » (TP 20, MK2), en insistant sur la nécessité de « *rester calme, les rassurer.* » (TP18, MK2). La personnalisation de la prise en charge est soulignée par MK3 : « *Je leur pose des questions pour savoir si ça leur plaît, ce qu'ils en pensent, s'ils pensent que ça a un intérêt.* » (TP22, MK3). La mise en place de routines est une stratégie efficace pour MK4 : « *Il y a un truc qui marche bien, c'est la routine* » (TP42, MK4), qui préconise également le travail à deux MK dans certaines situations notamment lorsque le patient est agressif : « *Faut pas hésiter à travailler à deux kinés.* » (TP24, MK4). L'incitation à la participation est une approche dynamique, comme le mentionne MK4 : « *En général en faisant... en étant de bonne humeur...*

En fait, il faut savoir les entraîner. » (TP18, MK4), tout en soulignant la nécessité de savoir gérer l'agressivité : « *Il faut échapper aux baffes... Il faut être bon... en esquive.* » (TP18, MK4).

Au niveau du système de santé, les MK expriment le besoin d'un meilleur partage d'informations médicales, notamment en libéral, comme le souligne MK1 : « *je trouve que ça serait quand même intéressant que le médecin transmette l'information au kiné.* » (TP 8, MK1). La collaboration interdisciplinaire est valorisée, notamment en structure, où MK3 explique : « *En structure, je demande souvent conseil aux infirmières ou aux médecins lorsque je les croise.* » (TP42, MK3). MK4 insiste sur le rôle des autres soignants dans la stimulation des patients : « *Je répète toujours aux aides-soignantes. Faites-les marcher le plus possible.* » (TP40, MK4).

4.2.3. Justification des choix thérapeutiques

L'analyse des entretiens révèle une justification des choix thérapeutiques principalement ancrée dans l'expérience personnelle et l'intuition des MK, confortant l'hypothèse d'un recours limité à la littérature scientifique dans ce contexte spécifique de prise en charge gériatrique avec troubles psychiatriques.

La justification des stratégies employées émerge comme étant fortement intuitive et empirique. MK1 explique son recours au mimétisme par une simple décision pragmatique : « *Je me suis dit, on va faire du mimétisme* » (TP10, MK1), et reconnaît une adaptation continue et spontanée : « *Je pense que je fais comme je peux sur le moment* » (TP20, MK1). MK2 confirme cette approche basée sur le ressenti et l'expérience : « *C'est au feeling, c'est l'expérience [...]. On s'adapte selon le patient.* » (TP 32, MK2). MK3 partage cet avis, insistant sur l'importance de son expérience : « *Très concrètement, au feeling. Je me base vraiment sur l'expérience, sur ce que j'ai pu voir.* » (TP24, MK3). L'importance de la pratique est également mise en avant par MK4 : « *C'est le fait d'avoir pratiqué beaucoup* » (TP24, MK4), qui reconnaît également fonctionner « *beaucoup à l'instinct* » (TP30, MK4) et expérimenter différentes approches au fur et à mesure « *J'ai fait quelque chose de nouveau un peu au feeling et après je voyais si c'était efficace et je reproduisais si je trouvais ça efficace.* » (TP30, MK4). L'expérimentation n'est pas aléatoire, mais guidée par l'observation de l'efficacité des approches testées. Cela renforce l'idée d'un processus d'apprentissage et d'ajustement basé sur les résultats concrets. Pour MK5, l'expérience est le principal guide : « *Ouais bah c'est la pratique [...] C'est plutôt excessivement l'expérience qui m'a montré que ça marchait plutôt bien.* » (TP20, MK5).

L'adaptation centrée sur le patient est une constante dans leurs justifications, où l'expérience permet d'ajuster les interventions aux besoins spécifiques de chaque individu.

Concernant la littérature, les MK interrogés reconnaissent des formations initiales et continues limitées sur la prise en charge des troubles psychiques en gériatrie. MK1 dit : « *Je n'ai pas eu de formation à part à l'école [...] je ne pense pas que ça soit très demandé et personnellement, je n'ai pas eu l'occasion d'être plus formée que ça sur le sujet.* » (TP 4, MK1). MK2 exprime un avis tranché sur la prédominance de la pratique : « *Non, c'est pas basé sur des livres [...]. La théorie c'est bien, mais la pratique nous apprend.* » (TP 32, MK2). Bien que certains MK mentionnent l'utilisation de sources d'information alternatives, comme MK4 qui se forme « *plus sur les bouquins, les articles. Maintenant, on a Internet, donc c'est quand même bien plus pratique pour se documenter.* » (TP4, MK4), ou MK5 qui avoue « *Sans avoir lu des choses particulières...* » (TP20, MK5), la prédominance de l'expérience pratique sur la théorie semble être la norme. L'apprentissage se fait principalement sur le terrain, au contact des patients, plutôt que par une consultation de la littérature scientifique.

4.2.4. Évaluation de l'efficacité des interventions en masso-kinésithérapie

L'analyse des entretiens révèle que l'évaluation de l'efficacité des interventions en masso-kinésithérapie auprès des patients gériatriques présentant des troubles psychiatriques repose sur une combinaison de méthodes, combinant évaluation fonctionnelle et observation directe. MK1 souligne l'importance des « *bilans réguliers où je note ce que le patient est capable de faire* » (TP22, MK1). MK2 quant à lui, associe la réussite de la prise en charge à des indicateurs fonctionnels clairs : « *Quand on arrive à les lever, à les faire marcher, on sait qu'on a réussi.* » (TP 34, MK2). MK4 partage cette approche et favorise l'observation en notant : « *On voit qu'ils sont capables* » (TP32, MK4). MK5 confirme l'importance des « *évaluations fonctionnelles* » (TP22, MK5) dans le suivi de l'évolution. L'utilisation de questionnaires et tests standardisés apparaît moins systématique. Bien que MK3 mentionne : « *Il y a des questionnaires, mais on ne les utilise pas systématiquement. J'utilise parfois le Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ).* » (TP34, MK3), et que MK4 parle du « *Timed Up and Go.* » (TP33, Étudiant), leur usage ne semble pas être une pratique généralisée. L'importance de l'avis des aidants et des autres soignants est également soulignée dans l'évaluation. MK1 précise que « *L'avis des aidants, de la famille, et des autres soignants est aussi très important* » (TP22, MK1). MK4 va dans ce sens en évoquant « *Les aides-soignantes qui servent de marqueurs* » (TP34, MK4). La subjectivité et la variabilité individuelle de l'évolution sont reconnues, comme

l'exprime MK5 : « *Pour chacun l'évolution va être différente, ça va être difficile de l'évaluer[...]C'est assez subjectif.* » (TP22, MK5).

Les principaux axes de traitement influencent l'évaluation, la réautonomisation et le retour à la marche sont des objectifs clés, comme le mentionnent MK1 avec son but d'aider les patients à « *rester le plus autonome possible* » (TP26, MK1) et MK2 avec l'objectif de « *les remettre en marche et de retrouver un maximum d'autonomie.* » (TP 36, MK2). L'amélioration des fonctions essentielles telles que « *marche équilibre pour éviter les chutes* », la souplesse des « *articulations souples pour que les personnes qui les aident au quotidien puissent le faire les soins sans trop de difficultés* », et la « *force musculaire* » (TP26, MK1) sont également des critères d'évaluation. MK3 intègre la stimulation cognitive et la coordination dans ses traitements, évaluant ainsi l'efficacité au-delà des aspects purement moteurs : « *Je travaille beaucoup sur les doubles tâches.* » (TP36, MK3) et « *La coordination peut aussi être un axe intéressant* » (TP36, MK3). L'approche fonctionnelle est primordiale, comme le souligne MK1 : « *Je me concentre surtout sur ce qui est utile pour leur vie de tous les jours* » (TP26, MK1), et MK4 : « *Donc c'est très fonctionnel* » (TP18, MK4). Enfin, la stimulation du système cardiovasculaire est un axe pour MK3, qui y voit un bénéfice sur l'état général : « *D'abord, je stimule leur système cardiovasculaire [...]cela active le système hormonal et métabolique, ce qui peut avoir un effet bénéfique sur leur état général.* » (TP36, MK3).

4.2.5. Perception de la place de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge globale

L'analyse des entretiens révèle une perception nuancée de la place de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge globale des patients gériatriques atteints de troubles psychiatriques. Un questionnement sur l'utilité et l'éthique de la pratique émerge chez certains MK, notamment face à des patients très diminués. MK1 se demande : « *Ça serait mentir de dire que je ne me suis pas posé cette question de qu'est-ce que je fais là* » (TP14, MK1), allant jusqu'à s'interroger sur un potentiel effet contreproductif : « *est-ce qu'au final je ne suis pas un petit peu maltraitant dans le sens où il n'a pas envie de faire ces trucs, il a juste envie de se reposer ?* » (TP14, MK1). MK2 partage ce questionnement dans des situations extrêmes : « *Ça arrive hein quand on a des gens qui sont vraiment très très très diminués* » (TP38, MK2). MK5 exprime également cette remise en question face à des patients complètement rétractés : « *Oui effectivement pour une personne qui est complètement rétractée* » (TP24, MK5). Un sentiment d'incompétence et un besoin de formation sont également exprimés. MK3 reconnaît : « *Parce que, parce que je*

pense que je ne m'y prends pas bien peut-être. » (TP14, MK3), « *Sans formation spécifique, il est difficile d'adapter nos pratiques à ce type de patientèle.* » (TP44, MK3).

Malgré ces doutes, une reconnaissance de l'apport de la kinésithérapie, mais avec des limites, est présente. MK3 estime que « *Je pense que d'autres professionnels pourraient être plus utiles que nous dans certains cas. Mais on peut tout de même apporter notre pierre à l'édifice* » (TP38, MK3). MK5 se positionne principalement sur l'aspect moteur : « *Moi je suis plutôt basé sur le moteur.* » (TP32, MK5), tout en reconnaissant les limites de l'incitation face au manque d'autonomie : « *Donc souvent on a l'impression... On a l'impression de les inciter alors que on sait très bien que dans la journée, ils vont pas se mettre debout pour autant.* » (TP12, MK5). La pratique est majoritairement perçue avec un focus sur l'amélioration de la qualité de vie et l'aspect fonctionnel, comme le souligne MK4 : « *On est là pour améliorer leur qualité de vie au quotidien, pas pour les préparer à une performance.* » (TP18, MK4). Enfin, un sentiment de gratification et de résultats positifs est également rapporté, MK2 exprime : « *Mais sinon non ben c'est gratifiant je trouve* » (TP38, MK2), et MK4 témoigne : « *Tu te rends compte que ça fonctionne quoi, que tu as des résultats. Et du coup bah tu dis bon bah voilà, c'est plutôt sympa quoi.* » (TP30, MK4).

4.2.6. Enseignement de l'autonomie et de l'auto-rééducation

L'analyse des entretiens met en lumière le rôle actif des MK dans l'enseignement de l'autonomie à leurs patients gériatriques atteints de troubles psychiatriques, bien que l'auto-rééducation représente un défi plus conséquent.

Concernant l'autonomie, l'objectif de favoriser la reprise des activités de base est partagé par l'ensemble des MK. MK2 explique qu'ils incitent les patients à « *faire un maximum par eux-mêmes [...], s'asseoir, aller aux toilettes, marcher.* » (TP 26, MK2). MK4 insiste sur la nécessité de « *garder le maximum d'autonomie [...] qu'il faut c'est que la personne bouge globalement* » (TP28, MK4). MK3 considère que « *favoriser l'autonomie est essentiel, quel que soit le type de patient.* » (TP40, MK3). MK1 souligne l'importance d'encourager les patients à « *faire des choses simples seuls ou avec quelqu'un de leur entourage* » (TP26, MK1), tandis que MK5 précise que l'approche dépend du « *stade* » (TP30, MK5) du patient. L'encouragement de l'indépendance apparaît donc comme une constante dans leur pratique.

Les défis liés à l'auto-rééducation sont plus significatifs. Une difficulté de mise en œuvre est soulignée par plusieurs MK. MK4 affirme : « *Ouais, non, franchement, c'est très compliqué.* » (TP40, MK4), et MK3 estime que « *dans les cas de démence, c'est quasiment impossible à mettre en place (e.i l'auto rééducation)* » (TP40, MK3). MK2 met en avant le manque d'initiative et le besoin de stimulation constante des patients : « *C'est compliqué [...]. Ils ne prennent pas l'initiative, il faut les stimuler en permanence.* » (TP 42, MK2). Cependant, MK5 nuance en précisant que pour certains patients, l'auto-rééducation est possible : « *Elle est tout à fait capable de faire l'auto-rééducation. Par contre les autres, c'est complètement impossible.* » (TP30). Face à ces difficultés, l'importance de l'éducation des aidants est cruciale, comme le souligne MK1 : « *C'est primordial d'expliquer aux personnes qui les aident comment les faire bouger les lever en toute sécurité* » (TP26, MK1).

4.2.7. La collaboration interprofessionnelle

L'analyse des entretiens met en évidence une reconnaissance unanime de l'importance du travail en équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge globale des patients gériatriques atteints de troubles psychiatriques. MK1 affirme : « *On ne travaille pas chacun de notre côté en fait on est une équipe autour du patient* » (TP24, MK1), et insiste sur la finalité de cette collaboration : « *On travaille vraiment en équipe pour offrir la meilleure prise en charge possible aux patients* » (TP24, MK1). Cette nécessité de collaboration, notamment avec les aides-soignants et les infirmiers, est particulièrement soulignée par MK2 : « *On travaille surtout avec les aides-soignants et infirmiers [...]. Il manque des professionnels comme des ergothérapeutes.* » (TP 44, MK2), et par MK5 : « *On travaille toujours en pluridisciplinarité.* » (TP28, MK5). MK4 décrit une équipe variée incluant « *les infirmières... aussi et les psychomotriciens [...] les orthophonistes [...] les pédicures [...] l'infirmière qui est notre lien entre les professionnels* » (TP38, MK4). MK3 perçoit souvent le médecin ou le psychiatre comme ayant un « *rôle de chef d'orchestre* » (TP38, MK3), exposant une vision hiérarchique.

Concernant la réorientation des patients, les MK se montrent conscients de leurs limites et n'hésitent pas à orienter vers d'autres professionnels lorsque cela s'avère nécessaire. MK1 déclare : « *Oui bien sûr il m'arrive de réorienter les patients si je pense que ça dépasse mon champ de compétences* » (TP24, MK1). MK4 explique cette démarche par l'observation des besoins : « *C'est sans arrêt que voilà, on a des observations et on se dit bah tiens... Madame machin, il a besoin de ceci ou cela...* » (TP38, MK4). MK5 donne un exemple concret de réorientation vers des services sociaux : « *Je lui ai conseillé d'aller voir une assistante sociale*

ou bien le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC). » (TP28, MK5). En structure, la consultation avec d'autres professionnels facilite cette orientation, comme le mentionne MK3 : « *En structure, je demande souvent conseil aux infirmières ou aux médecins...* » (TP42, MK3). Cependant, MK3 nuance cette facilité en libéral : « *En libéral, c'est plus compliqué. Dans l'idéal, il faudrait le faire.* » (TP42, MK3). MK2 évoque également une orientation post-hospitalisation vers des structures de soins de suite : « *Après l'hospitalisation, on les envoie en maison de convalescence ou en soins de suite.* » (TP 34, MK2).

4.3. Réponse aux hypothèses

L'analyse combinée des données quantitatives issues du questionnaire et des données qualitatives recueillies lors des entretiens semi-directifs permet de répondre aux hypothèses de recherches initialement formulées :

L'hypothèse 1 : Les freins rencontrés par les MK dans la prise en charge des patients atteints de troubles de la santé mentale limitent l'efficacité des interventions et la mise en place d'une approche holistique est confirmée. Les résultats convergent pour identifier de multiples freins à la prise en charge. Le manque de motivation et les difficultés relationnelles, soulignés dans les deux types de données, représentent des obstacles majeurs à l'engagement du patient et à l'établissement d'une alliance thérapeutique efficace. Les défis de communication, exacerbés par les troubles cognitifs et comportementaux (agressivité, apathie, désorientation) mis en lumière lors des entretiens, complexifient la transmission des consignes et l'adaptation des techniques. Les contraintes de temps, les difficultés liées à l'entourage, les limitations des moyens et les lacunes du système de santé (manque d'information, de ressources spécialisées, de coordination) constituent des freins systémiques qui entravent la mise en place d'une approche véritablement holistique, intégrant les différentes dimensions de la santé du patient.

L'hypothèse 2 : Les MK adaptent leur pratique auprès de ces patients. La diversité des pratiques varie selon la formation et l'expérience des MK est largement confirmée. La quasi-totalité des répondants au questionnaire déclare adapter ses techniques et son approche face aux patients présentant des troubles psychiatriques, principalement en modulant les exercices, en utilisant des approches douces et des techniques de relaxation. Les entretiens révèlent une riche palette d'adaptations concrètes au niveau de la communication (mimétisme, simplification du langage, approche ludique), de la gestion du temps (patience, respect du rythme), de la prise en compte de l'entourage, de l'utilisation du matériel et des stratégies comportementales (rassurance,

routines). Bien que le questionnaire n'ait pas permis d'établir une corrélation statistique significative entre la diversité des pratiques et la formation/expérience en raison de la taille de l'échantillon, la variété des adaptations décrites par les MK expérimentés en entretien suggère que ces facteurs influencent indéniablement la richesse des stratégies mises en œuvre.

L'hypothèse 3 : Le manque de littérature conduit à des choix d'intervention basés sur l'expérience personnelle est confirmée. Les données du questionnaire révèlent un manque significatif de formation spécifique sur la prise en charge des troubles psychiatriques chez la majorité des MK interrogés, associé à un fort désir de formation complémentaire. Les entretiens corroborent ce constat, mettant en évidence une justification des choix thérapeutiques principalement ancrée dans l'expérience personnelle, l'intuition et le "feeling" des praticiens. Le recours à la littérature scientifique est limité, l'apprentissage se faisant majoritairement sur le terrain. Ce manque de formation spécifique semble effectivement favoriser une pratique guidée par l'empirisme individuel.

L'hypothèse 4 : Les MK utilisent des évaluations diagnostiques pour adapter leurs interventions est partiellement confirmée. L'évaluation fonctionnelle et l'observation directe constituent une base commune de l'évaluation chez les MK, comme en témoignent les bilans réguliers et l'attention portée à l'autonomie et à la marche. Cependant, l'utilisation de tests standardisés apparaît variable et moins systématique. L'adaptation des interventions semble reposer sur une combinaison de cette évaluation fonctionnelle, de l'avis des aidants et des autres soignants, ainsi que d'une appréciation subjective de l'évolution et des besoins spécifiques de chaque patient, plutôt que sur l'application stricte de protocoles diagnostiques standardisés.

L'hypothèse 5 : Les obstacles systémiques limitent la mise en œuvre de soins intégrés est confirmée. Les entretiens mettent en lumière plusieurs obstacles systémiques qui entravent une prise en charge pleinement intégrée. Le manque de partage d'informations, les contraintes financières pesant sur le temps de prise en charge et les actes, le manque de ressources humaines spécialisées (ergothérapeutes, psychomotriciens) et les difficultés de coordination interprofessionnelle sont autant de facteurs qui limitent l'approche globale et la collaboration optimale autour du patient.

L'hypothèse 6 : Les MK jouent un rôle clé dans l'éducation thérapeutique des patients est partiellement confirmée. Les MK interrogés en entretien se montrent actifs dans l'enseignement de l'autonomie, en encourageant la reprise des activités de la vie quotidienne et en adaptant les

objectifs au stade du patient. Cependant, l'auto-rééducation représente un défi significatif, en particulier chez les patients atteints de démence, en raison du manque d'initiative et de la nécessité d'une stimulation constante. L'éducation des aidants est reconnue comme essentielle pour pallier ces difficultés. Le rôle d'éducation thérapeutique est donc plus marqué en ce qui concerne l'autonomie que pour l'auto-rééducation auprès de cette population spécifique.

L'hypothèse 7 : Les MK orientent les patients vers d'autres professionnels lorsque nécessaire est partiellement confirmée. Les entretiens révèlent une pratique établie d'orientation des patients vers d'autres professionnels de santé ou services sociaux lorsque leurs besoins dépassent le champ de compétences de la masso-kinésithérapie. Cette orientation est facilitée en structure par la collaboration avec les équipes médicales et soignantes, tandis qu'elle est perçue comme plus complexe en libéral. L'observation des besoins spécifiques du patient est le principal moteur de cette démarche.

5. Discussion

5.1. Retour sur la méthodologie

Cette étude exploratoire, initialement conçue pour examiner les adaptations des pratiques en masso-kinésithérapie face à un large éventail de troubles de la santé mentale chez les personnes âgées, a nécessité une réévaluation méthodologique post-collecte. Bien que l'objectif initial fût d'embrasser la diversité des troubles mentaux rencontrés en gérontologie, l'analyse préliminaire des données a révélé une prédominance marquée des troubles neurocognitifs dans les discours des MK interrogés. Cette concentration inattendue a conduit à un recentrage stratégique de l'étude, permettant une exploration plus approfondie et cohérente des pratiques spécifiques à cette population. Ce choix, bien que limitant la portée initiale de l'étude, a permis d'optimiser l'analyse et d'obtenir des résultats plus pertinents et exploitables concernant les troubles neurocognitifs. Cependant, la prédominance des troubles neurocognitifs dans notre échantillon pourrait avoir limité notre capacité à identifier des adaptations spécifiques à d'autres types de troubles de la santé mentale, tels que la dépression ou les troubles psychotiques.

Cependant, il est crucial de reconnaître les limitations et biais méthodologiques inhérents à cette recherche. La taille limitée de l'échantillon, bien que conforme aux recommandations pour les études qualitatives exploratoires, a restreint la diversité des perspectives et potentiellement limité la généralisation des résultats. Le faible nombre de participants pourrait avoir empêché l'émergence d'une plus grande variété d'adaptations utilisées par les MK face à la diversité des

profils de patients et des contextes de soins. De plus, le processus de recrutement, basé sur la diffusion de questionnaires via des réseaux professionnels et sociaux, a pu introduire un biais de sélection, en attirant principalement des MK déjà sensibilisés et intéressés par la santé mentale en gérontologie. Ce biais pourrait avoir conduit à une surestimation de la fréquence ou de la sophistication des adaptations rapportées, car les MK moins à l'aise ou moins intéressés par cette thématique pourraient avoir été moins enclins à participer. Le délai restreint pour la collecte des données a également pu limiter la diversité des réponses, potentiellement excluant des praticiens moins réactifs ou moins disponibles.

L'hétérogénéité des troubles mentaux abordés initialement a posé un défi analytique considérable. La diversité des pathologies rencontrées, allant de la dépression aux troubles psychiatriques, a rendu difficile l'identification de pratiques spécifiques et homogènes. Le recentrage sur les troubles neurocognitifs a permis de surmonter partiellement cette difficulté, en ciblant un groupe de patients avec des besoins et des défis plus homogènes.

L'analyse des entretiens semi-directifs, bien que menée avec rigueur à travers une analyse thématique, comporte une part de subjectivité inhérente à l'interprétation des données qualitatives. Un défi majeur a été la difficulté à récolter des données nouvelles et innovantes, non présentes dans la littérature existante. Cette difficulté découle en partie de la volonté de couvrir un trop large éventail de questions et d'objectifs opérationnels, ce qui a empêché une exploration approfondie des sujets. De plus, l'absence de questions de relance ciblées, motivée par la volonté de limiter la durée des entretiens, a pu restreindre la richesse et la profondeur des informations recueillies.

De plus, les spécialités et expériences individuelles des MK ont influencé leurs discours et leurs pratiques, limitant potentiellement la représentativité des données et soulignant la nécessité de considérer la diversité des profils dans l'analyse. Un autre défi majeur a été la difficulté à définir la saturation des données lors des entretiens, en raison de la richesse et de la complexité des informations recueillies. Cette difficulté a été exacerbée par le manque de temps alloué à la réalisation de la méthodologie mixte, qui a nécessité une gestion complexe et chronophage.

De plus, la réalisation d'une méthodologie mixte a révélé des limites inattendues. Le questionnaire, initialement conçu pour recueillir des données quantitatives et qualitatives, a généré un grand nombre de réponses ouvertes difficiles à interpréter et à coder de manière cohérente. Ce constat a conduit à une réévaluation de l'utilité du questionnaire dans ce contexte

spécifique, suggérant que l'étude aurait pu bénéficier d'une approche exclusivement qualitative, centrée sur les entretiens, pour une exploration plus approfondie et nuancée des pratiques des MK.

Pour les recherches futures, plusieurs améliorations méthodologiques peuvent être envisagées. Il serait judicieux de cibler un trouble spécifique dès la conception de l'étude, afin d'obtenir des données plus homogènes et comparables. Ceci permettrait d'identifier des adaptations plus fines et spécifiques à chaque pathologie. L'élargissement de l'échantillon, en incluant des MK exerçant dans divers contextes (hôpitaux, EHPAD, libéral), permettrait d'enrichir la diversité des perspectives et d'améliorer la généralisation des résultats. Un échantillon plus large et plus diversifié pourrait révéler une plus grande variété de pratiques et d'adaptations.

L'intégration de groupes de discussion pourrait favoriser l'émergence de perspectives variées et approfondies, en permettant aux MK de partager leurs expériences et de discuter des défis et des solutions de manière interactive. Les interactions au sein de groupes pourraient stimuler la réflexion et faire émerger des adaptations moins évidentes lors d'entretiens individuels. Enfin, l'utilisation de relances ciblées lors des entretiens permettrait d'obtenir des informations plus détaillées et spécifiques sur les pratiques et les adaptations mises en œuvre. De plus, une réflexion sur les connaissances des MK en psychopathologie et leurs représentations aurait pu être intégrée à la méthodologie. L'ajout de questions spécifiques lors des entretiens aurait permis de recueillir des informations sur leur niveau de compréhension des troubles mentaux et d'objectiver d'éventuels besoins en formation.

5.2. Confrontation à la littérature

Bien que la conception initiale de cette étude exploratoire visait à examiner les adaptations des pratiques en masso-kinésithérapie face à un large éventail de troubles de la santé mentale chez les personnes âgées, incluant diverses pathologies psychiatriques, l'analyse préliminaire des données issues des entretiens semi-directifs a révélé une prédominance significative des échanges centrés sur la prise en charge des patients atteints de troubles neurocognitifs, et plus particulièrement de démences telles que la maladie d'Alzheimer. Ainsi, bien que le cadre initial de la recherche englobait l'ensemble des troubles psychiatriques en gériatrie, la confrontation à la littérature qui suit se concentrera principalement sur les adaptations spécifiques mises en œuvre par les MK face aux défis posés par la prise en charge des patients atteints de démence, cette orientation s'étant avérée nécessaire au regard des données recueillies.

Cette étude exploratoire a mis en lumière les adaptations significatives des pratiques en masso-kinésithérapie face aux défis posés par la prise en charge de patients gériatriques atteints de troubles de la santé mentale, en particulier les démences. Les résultats des entretiens menés auprès de cinq MK ont permis d'identifier les obstacles rencontrés, les stratégies thérapeutiques mises en œuvre et les réflexions des professionnels sur leur rôle et leurs pratiques. Les principaux résultats ont confirmé que les MK sont confrontés à de multiples freins, notamment des difficultés de communication, des contraintes de temps et des lacunes systémiques, mais qu'ils mettent en œuvre diverses adaptations de leurs techniques, de leur communication et de leur environnement de travail. L'étude a également souligné un recours prédominant à l'expérience personnelle face au manque de formation spécifique et une utilisation variable des évaluations diagnostiques standardisées. Enfin, le rôle des MK dans l'éducation thérapeutique, bien que présent, se révèle plus complexe dans le cadre de l'auto-rééducation chez les patients atteints de troubles neurocognitifs, et l'orientation vers d'autres professionnels est une pratique courante, bien que parfois plus ardue en libéral.

La problématique de ce mémoire interrogeait les adaptations des pratiques en masso-kinésithérapie face aux différentes problématiques rencontrées dans la prise en charge de patients atteints de troubles de la santé mentale dans un contexte gérontologique. Les résultats de cette étude exploratoire indiquent que les MK développent des adaptations pragmatiques pour répondre aux défis posés par cette population complexe. Ces adaptations se manifestent tant au niveau de la communication que des techniques utilisées, de la gestion de l'environnement et de la collaboration avec l'entourage et les autres professionnels de santé. Les difficultés de communication, liées à la compréhension altérée et à l'expression limitée des patients, représentent un obstacle majeur, un constat qui fait écho aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (50) qui souligne l'importance cruciale d'une communication adaptée dans le parcours de soins de ces patients. Bien que l'étude ait permis d'identifier des adaptations pratiques, une analyse plus approfondie des freins et des facilitateurs spécifiques aux troubles neurocognitifs pourrait enrichir la compréhension des défis rencontrés. Décortiquer les obstacles liés aux difficultés d'apprentissage, aux troubles de la mémoire ou à l'anosognosie, et identifier les stratégies qui facilitent l'engagement (comme l'implication de l'aidant, l'instauration de routines ou l'aménagement d'un environnement sécurisant) apporterait des informations précieuses pour optimiser les interventions. Par ailleurs, il serait pertinent d'explorer l'impact émotionnel de ces prises en charge sur les MK. La confrontation à des situations complexes, la gestion des troubles du comportement et la communication avec des

patients dont les capacités sont altérées peuvent engendrer une charge émotionnelle significative. Comprendre les stratégies de coping utilisées par les MK et identifier leurs besoins en termes de soutien psychologique ou de supervision pourrait contribuer à améliorer leur bien-être et la qualité des soins.

Ces observations trouvent un écho intéressant dans l'étude d'Andrew et al. (2019) (4), qui met en lumière plusieurs limites rencontrées par les MK dans la prise en charge des patients âgés souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Nos résultats corroborent notamment les obstacles liés aux caractéristiques des patients, tels que les difficultés de motivation et les comportements imprévisibles, qui complexifient l'établissement d'une alliance thérapeutique, un point également souligné par Andrew et al (4). De plus, nos données mettent en évidence des barrières systémiques, telles que le manque de coordination et les contraintes de temps, qui font écho aux difficultés organisationnelles et financières rapportées par l'étude de 2019(4). Le manque de formation spécifique sur les troubles mentaux, identifié comme un frein majeur dans notre étude, est également un point central des conclusions d'Andrew et al.(4), qui soulignent un besoin urgent d'améliorer la formation des physiothérapeutes dans ce domaine. Cependant, notre étude se concentre spécifiquement sur les adaptations mises en œuvre par les MK face à ces défis, ce qui permet de compléter les constats d'Andrew et al. (4) En explorant les stratégies concrètes développées par les praticiens pour surmonter ces obstacles. Bien que l'étude de 2019 insiste sur les limites, nos résultats illustrent la capacité d'adaptation des MK, notamment en termes de communication, d'ajustement des techniques et de collaboration avec l'entourage.

La spécification du type de pathologie nous a amenés à réaliser des recherches complémentaires concernant la prise en charge de la démence. La présente étude exploratoire trouve un écho pertinent dans les résultats de l'étude de cas qualitative menée par Yokogawa et al. de 2022 (51) qui examine les interactions entre un physiothérapeute et un patient âgé atteint de démence. Les défis interactionnels mis en lumière par Yokogawa et al., notamment les difficultés de communication verbale et non verbale ainsi que l'impact des troubles cognitifs sur la participation, convergent avec les freins soulignés par les masseurs-kinésithérapeutes interrogés dans notre recherche. De même, les stratégies d'adaptation déployées par le physiothérapeute dans cette étude de cas, telles que la simplification du langage, l'utilisation de démonstrations et l'adaptation des techniques, reflètent les ajustements pragmatiques rapportés par nos participants. Cependant, notre étude apporte une perspective complémentaire en mettant en évidence des obstacles systémiques significatifs, tels que les contraintes de temps et le manque

de coordination, qui ne sont pas l'objet principal de l'étude de cas de Yokogawa et al. De plus, notre exploration du recours à l'expérience personnelle face au manque de formation spécifique et de la pratique d'orientation vers d'autres professionnels offre des dimensions supplémentaires à la compréhension de la prise en charge en masso-kinésithérapie dans ce contexte complexe.

Cette étude exploratoire apporte un éclairage sur les adaptations des pratiques des MK face à la complexité de la prise en charge des patients gériatriques atteints de troubles de la santé mentale. Bien que confrontés à des défis significatifs, les MK font preuve d'ingéniosité dans l'ajustement de leurs approches. Les pistes d'amélioration futures devraient s'orienter vers le renforcement de la formation, l'optimisation de la collaboration interprofessionnelle et l'intégration d'outils d'évaluation adaptés pour soutenir davantage les pratiques des MK dans ce contexte spécifique.

6. Conclusion

Cette étude a permis de mettre en lumière les adaptations mises en œuvre par les MK face aux défis posés par la prise en charge des patients âgés souffrant de troubles mentaux. Les résultats soulignent l'importance de la communication adaptée, de la prise en compte du rythme du patient, de la collaboration avec l'entourage et les autres professionnels de santé, et de la création d'un environnement rassurant. Ces adaptations, bien qu'essentielles, sont souvent basées sur l'expérience personnelle des praticiens, ce qui souligne la nécessité de renforcer la formation et de développer des outils et des protocoles standardisés.

Si des initiatives nationales, tels que le Plan « Santé mentale et psychiatrie » 2021-2025 (52), ont mis en avant l'importance de la santé mentale, les résultats de cette étude, confortés par des recherches ultérieures d'Andrew et al. (2019) (4), indiquent que les MK continuent de ressentir un manque de soutien adéquat. Ainsi, malgré les intentions affichées, les besoins en formation et en ressources spécifiques pour la prise en charge de ces patients ne semblent pas avoir été pleinement satisfaits, révélant un décalage persistant entre les politiques de santé et leur application sur le terrain.

L'entrée en vigueur d'un nouveau programme sur la santé en 2025 (53) soulève la question cruciale de la mise en place de moyens concrets pour améliorer la prise en charge de ces patients et le bien-être des MK, notamment par le renforcement de la formation initiale et continue, le développement de ressources et d'outils adaptés, la création de réseaux de soutien et de

collaboration, l'amélioration de la coordination des soins, ainsi qu'un soutien financier et logistique.

Il apparaît donc impératif que les politiques de santé publique se traduisent par des actions concrètes et des moyens adéquats pour soutenir les MK dans leur rôle essentiel auprès des patients gériatriques atteints de troubles de la santé mentale. Les recherches futures devront continuer à explorer les meilleures pratiques dans ce domaine, afin de permettre aux MK de répondre de manière toujours plus efficace et humaine aux besoins de cette population vulnérable.

Bibliographie

1. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. La santé mentale des personnes âgées : prévalence et représentations des troubles psychiques. *L'Encéphale*. 2010 ;36(4):S1-S6. doi :10.1016/S0013-7006(10)70018-X.
2. Ministère de la santé et de la prévention. Santé mentale et psychiatrie : Synthèse du bilan de la feuille de route. Paris : Ministère de la Santé et de la prévention ; 3 mars 2023. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale_et_psychiatrie_-_3_mars_2023.pdf
3. Mallet J et al. Santé mentale et Covid : toutes et tous concernés. Une revue narrative. *Ann Med Psychol. (Paris)*.2022 ;180(10):1057-1063.
4. Andrew E, Briffa K, Waters F, Lee S, Fary R. Physiotherapists' views about providing physiotherapy services to people with severe and persistent mental illness: a mixed methods study. *J Physiother*. 2019;65(4):222-229.
5. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e éd. Paris : Masson ; 2013.
6. Jenson CB, Meeusen R, Hellsten Y, Page P. Exercise and mental health. *Neurobiology of Disease*. 2009;34(1):180-188.
7. Bergamin J, Luigjes J, Kiverstein J, Bockting CL, Denys D. Defining autonomy in psychiatry. *Front Psychiatry*. 2022 ;13 :801415. doi: 10.3389/fpsyt.2022.801415.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington : American Psychiatric Publishing; 2013.
9. Widakowich C, Van Wettere L, Jurysta F. L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : aspects historiques et épistémologiques. *Rev Psychiatry*. 2013 ; 14(2) :123-130.
10. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders (SCID-I). New York : Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute ; 2001.
11. Ministère de la santé et de la prévention. Santé mentale et psychiatrie, Synthèse du bilan de la feuille de route. Paris : Ministère de la santé et de la prévention ; 3 mars 2023. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale_et_psychiatrie_-_3_mars_2023.pdf
12. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(9):655-79.
13. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, Gaudin AF. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000. *L'Encéphale*. 2005 Apr;31(2):182-194. doi: 10.1016/S0013-7006(05)82385-1.
14. Bergamin J, Luigjes J, Kiverstein J, Bockting CL, Denys D. Defining autonomy in psychiatry. *Front Psychiatry*. 2022 May 31;13:801415. doi: 10.3389/fpsyt.2022.801415. PMID: 35711601. Free PMC article. Review.
15. Doran CM, Kinchin I. A review of the economic impact of mental illness. *Aust Health Rev*. 2019 Feb;43(1):43-48. doi: 10.1071/AH16115.
16. Ciobanu AM, Catrinescu LM, Ivaşcu DM, Niculae CP, Szalontay AS. Stigma and quality of life among people diagnosed with mental disorders: a Narrative Review. *Consort Psychiatr*. 2021 Dec 31;2(4):23-29. doi: 10.17816/CP83.
17. Lovero KL, Dos Santos PF, Come AX, Wainberg ML, Oquendo MA. Suicide in global mental health. *Curr Psychiatry Rep*. 2023 Jun;25(6):255-262. doi: 10.1007/s11920-023-01423-x. Epub 2023 May 13. PMID: 37178317; PMCID: PMC10182355.

18. Organisation mondiale de la santé. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève : OMS ; 2016. 296 p.
19. Reynolds CF, et al. Aging and mental health: A population-based perspective. *Am J Psychiatry*. 2006;163(6):882-883.
20. Gatz M, et al. The role of mental health in older adults' health and longevity. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006 ;61(6): P307-P313.
21. Blazer DG. Depression in late life: Review and commentary. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2003;16(4):186-193.
22. Karel MJ, et al. The impact of aging on mental health: Challenges and opportunities. *Psychol Aging*. 2012 ;27(2):217-222.
23. Bartels SJ, DiMilia PR, Fortuna KL, Naslund JA. Integrated care for older adults with serious mental illness and medical comorbidity: evidence-based models and future research directions. *Clin Geriatr Med*. 2020 ;36(2) :217-234. doi: 10.1016/j.cger.2019.11.012.
24. Hu FH, Zhao DY, Fu XL, Zhang WQ, Tang W, Hu SQ, Shen WQ, Chen HL. Effects of social support on suicide-related behaviors in patients with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disor*. 2023 May 1;328:324-333. doi: 10.1016/j.jad.2023.02.070. Epub 2023 Feb 21
25. Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs. *Grand âge, autonomie et kinésithérapie*. Paris: FFMKR; 2023
26. Potter R, Ellard D, Rees K, Thorogood M. A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(10):1015-1025.
27. Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Silva ES, et al. Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. *Trends Psychiatry Psychother*. 2021;43(2):79-85. PMID: 33890431.
28. Field T. Massage therapy research review. *Complement Ther Clin Pract*. 2016 Aug;24:19-25.
29. West KL, Huzij T. A systematic review of manual therapy modalities and anxiety. *J Osteopath Med*. 2024 Nov 1;124(11):487-497. doi: 10.1515/jom-2024-0001. PMID: 38905700.
30. Soundy A, Freeman P, Stubbs B, Probst M, Coffee P, Vancampfort D. The transcending benefits of physical activity for individuals with schizophrenia: a systematic review and meta-ethnography. *Psychiatry Res*. 2014;220(1-2):11-19. PMID: 25149128.
31. Benlidayi IC. The effects of exercising on psychological well-being in older adults. *Anti-Aging Eastern Europe*. 2023;2(1):36-41. doi:10.56543/aaeeu.2023.2.1.06.
32. Engel GL. The biopsychosocial model and the nature of illness. *Science*. 1977;196(4286):127-128.
33. World Health Organization. *Mental health: a state of well-being*. Genève:WHO; 2021 Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
34. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
35. Haute Autorité de Santé. *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient – Recommandations*. Saint-Denis La Plaine :Haute Autorité de Santé. 2008. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf

36. Ibgui P, Osinski T. How to assess the presence of psychosocial factors in adults with chronic musculoskeletal pain in physiotherapy? (Delphi survey). *Kinésithérapie, la Revue*. 2022 Oct;22(250):5-13. doi: 10.1016/j.kine.2021.10.007.
37. Garnier M, Bailly-Leclaire M, Mangel A, Choplin A. Pratique clinique de la masso-kinésithérapie dans le champ de la santé mentale en France : un état des lieux par entretien auprès de professionnels. *Kinesither Rev*. 2024;22:1-10. doi:10.1016/j.kine.2024.04.008.
38. Longueville C, Dubrulle V. Place de la masso-kinésithérapie en santé mentale en France aux dires des psychiatres : étude qualitative à partir du cas des patients atteints de schizophrénie. *Kinesither Rev*. 2023;21:45-53.
39. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances: *Reflète Perspect Vie Économique*. 24 juin 2015; LIII(4):67-82.
40. Sollaci LB, Pereira MG. The introduction, methods, results, and discussion (IMRAD) structure: a fifty-year survey. *J Med Libr Assoc*. Jul 2004;92(3):364-71.
41. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2008;19(84):142-5.
42. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Med Hygiène*. 22 Sep 2004;(2497):1818-24.
43. Gatto F, RAVESTEIN J. *Le mémoire : penser, écrire, soutenir, réussir*. Sauramps Médical; 2008. 117 p.
44. Beaud S, Weber F. *Guide de l'enquête de terrain, produire et analyser des données ethnographiques*. 4ème édition. Paris: La découverte; 2011. 334 p. (Grands repères).
45. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. 2e édition. Malakoff: Dunod Editeur; 2015. 126 p. (Armand Colin).
46. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie: *Rech Soins Infirm*. 1 Sep 2010; 102(3):23-34.
47. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé - guide méthodologique. *Fédération Régionale Rech En Psychiatr Santé Ment En Haut Fr*. Dec 2021;
48. Intissar S, Rabeb C. Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Rev Francoph Rech Infirm*. 2015;(1):161-8.
49. Claude G. *Retranscription d'un entretien : méthodologie, conseils et exemple* [Internet]. Scribbr. 2018. [cité 2 février 2025] Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/retranscription-entretien/>
50. *Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Communiquer malgré les troubles de la mémoire ou du langage*. [Internet]. Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2018 [cité 3 avril 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833747/fr/l-accueil-et-l-accompagnement-des-personnes-atteintes-d-une-maladie-neuro-degenerative-en-pole-d-activites-et-de-soins-adaptes-pasa
51. Yokogawa M, et al. Physical therapy processes-interactions between a physical therapist and an older client with dementia. *Physiother Theory Pract*. 2022. PMID: 33849393.
52. *Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan « Santé mentale et psychiatrie » 2021-2025* [Internet]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé; 2021 [cité 3 avril 2025] Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_sante_mentale_et_psychiatrie_2021-2025.pdf

53. *Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan « Santé mentale et psychiatrie » 2021-2025. [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2021 [cité 3 avril 2025]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_sante_mentale_et_psychiatrie_2021-2025.pdf*

Annexes

Annexe 1 : DSM-5-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, par Jean-Marie Manus en 2024

Catégories Principales	Exemples	Symptomatologie
Troubles neurodéveloppementaux	Troubles du spectre de l'autisme - Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH) - Troubles spécifiques des apprentissages - Troubles de la communication	Difficultés dans le développement cognitif, social, ou comportemental apparaissant généralement dans l'enfance
Troubles schizophréniques et autres troubles psychotiques	Schizophrénie - Trouble délirant - Trouble schizo-affectif	Hallucinations, délires, pensée désorganisée, comportement anormal, symptômes négatifs comme le retrait émotionnel
Troubles bipolaires et apparentés	Trouble bipolaire de type I et II - Cyclothymie	Alternance entre des épisodes maniaques/hypomaniaques et des épisodes dépressifs majeurs
Troubles dépressifs	Trouble dépressif majeur - Trouble dépressif persistant (dysthymie) - Trouble dysphorique prémenstruel	Humeur dépressive persistante, perte d'intérêt, fatigue, sentiment de culpabilité, troubles du sommeil
Troubles anxieux	Trouble anxieux généralisé - Trouble panique - Phobie spécifique - Phobie sociale	Inquiétude excessive, peur disproportionnée, attaques de panique, évitement des situations anxiogènes
Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés	Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) - Dymorphophobie - Thésaurisation pathologique	Obsessions (pensées intrusives, récurrentes) et/ou compulsions (rituels comportementaux visant à réduire l'anxiété)
Troubles liés aux traumatismes et au stress	Trouble de stress post-traumatique (TSPT) - Trouble de l'adaptation - Trouble de stress aigu	Reviviscence d'événements traumatiques, évitement des rappels du traumatisme, hypervigilance, détresse émotionnelle
Troubles dissociatifs	Trouble dissociatif de l'identité - Amnésie dissociative - Dépersonnalisation/déréalisation	Perturbation de la mémoire, de la conscience, de l'identité ou de la perception de soi
Troubles à symptomatologie somatique et apparentés	Trouble à symptomatologie somatique - Trouble factice	Symptômes physiques sans cause médicale identifiable,

		préoccupation excessive pour ces symptômes.
Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments	Anorexie mentale - Boulimie - Hyperphagie boulimique	Préoccupations excessives concernant le poids et la forme du corps, comportements alimentaires perturbés.
Troubles du sommeil	Insomnie - Hypersomnie - Apnée du sommeil	Difficulté à initier ou maintenir le sommeil, fatigue excessive, perturbations des rythmes circadiens.
Troubles de la personnalité	Trouble de la personnalité borderline - Trouble de la personnalité antisociale - Trouble de la personnalité évitante	Modes de pensée, de perception, de réaction émotionnelle ou comportementale persistants, inadaptés et rigides
Troubles liés à une substance et troubles addictifs	Trouble lié à l'utilisation de l'alcool - Trouble lié à l'utilisation des opioïdes - Jeu pathologique	Usage incontrôlé de substances psychoactives, perte de contrôle, tolérance, syndrome de sevrage.
Troubles neurocognitifs	Démence (maladie d'Alzheimer) - Déclin cognitif léger - Délirium	Déficits cognitifs affectant la mémoire, l'attention, le langage, et le fonctionnement quotidien. Ces catégories permettent de mieux comprendre et organiser les différents troubles mentaux pour faciliter le diagnostic et le traitement.

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des hypothèses de recherche et des objectifs opérationnels

Hypothèses de recherche	Objectifs opérationnels
Les freins rencontrés par les MK dans la prise en charge des patients atteints de troubles de la santé mentale limitent l'efficacité des interventions et la mise en place d'une approche holistique.	Identifier les différents freins et obstacles que les MK rencontrent avec les patients atteints de troubles de la santé mentale.
Les MK adaptent leur pratique auprès de ces patients. La diversité des pratiques varie selon la formation et l'expérience des MK.	Identifier les stratégies thérapeutiques mises en œuvre par les MK pour traiter les troubles mentaux.
Le manque de littérature conduit à des choix d'intervention basés sur l'expérience personnelle.	Connaître les justifications des MK sur le choix de leurs stratégies thérapeutiques.
Les MK utilisent des évaluations diagnostiques pour adapter leurs interventions.	Questionner les MK sur leur évaluation de l'efficacité des traitements en masso-kinésithérapie.
Les obstacles systémiques limitent la mise en œuvre de soins intégrés.	Déterminer la place de la masso-kinésithérapie dans le cadre d'une rééducation globale des patients.
Les MK jouent un rôle clé dans l'éducation thérapeutique des patients.	Explorer comment les MK enseignent l'autonomie aux patients et les techniques d'auto-rééducation.
Les MK orientent les patients vers d'autres professionnels lorsque nécessaire.	Analyser les limites perçues par les MK dans leurs interventions et leur collaboration avec d'autres professionnels

Annexe 3 : Questionnaire

Questionnaire : L'influence des problématiques psychiatriques sur la prise en charge en masso-kinésithérapie dans un contexte gériatrique. Durée estimée : Moins de 10 minutes

Introduction : questionnaire introductif à des possibles entretiens.

1. Données démographiques (Ces questions permettent de situer les répondants en termes d'expérience et de contexte professionnel)

- Années d'expérience en tant que masseur-kinésithérapeute :

- Moins de 5 ans
- 5-10 ans
- 10-20 ans
- Plus de 20 ans

- Âge : (plus ou moins important)

- Moins de 30 ans
- 30-40 ans
- 40-50 ans
- Plus de 50 ans

- Sexe :

- Homme
- Femme
- Autre

- Travaillez-vous principalement en :

- Libéral
- Hôpital
- Centre de rééducation
- Autre (précisez) : _____

2. Expérience professionnelle avec les patients présentant des troubles psychiatriques

- Avez-vous déjà pris en charge un patient présentant des troubles psychiatriques ?

- Oui
- Non (si non, passer directement à la partie 5)

- À quelle fréquence êtes-vous amené à prendre en charge des patients présentant des troubles psychiatriques ?

- Rarement (moins d'une fois par mois)
- Occasionnellement (1 à 5 fois par mois)
- Régulièrement (plus de 5 fois par mois)

- Quels types de troubles psychiatriques avez-vous rencontrés chez vos patients ? (Plusieurs réponses possibles)

- Dépression
- Troubles anxieux
- Troubles bipolaires
- Schizophrénie
- Névrose hystérique
- Démence
- Troubles de la personnalité
- Autisme
- Trouble addictifs
- Trouble de l'hyperactivité (TDA/H)
- Troubles des conduites alimentaires

Autre (précisez) : _____

- Quels types de troubles psychiatriques avez-vous **le plus** rencontrés chez vos patients ? (Plusieurs réponses possibles)

- Dépression
- Troubles anxieux
- Troubles bipolaires
- Schizophrénie
- Névrose hystérique
- Démence
- Troubles de la personnalité
- Autisme
- Trouble addictifs
- Trouble de l'hyperactivité (TDA/H)
- Troubles des conduites alimentaires
- Autre (précisez) : _____

- Dans quelle spécificité de prise en charge avez-vous une patientèle atteinte de trouble de la santé mentale ?

- Gériatrie
- Pédiatrie
- Neurologie
- Cancer du sein
- Périnéologie
- Respiratoire
- Cardiologie
- Traumatologie
- Autre (précisez) : _____

3. Difficultés rencontrées

- Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de patients avec des troubles psychiatriques ? (Plusieurs réponses possibles)

- Difficulté à établir une relation thérapeutique
- Manque de motivation des patients
- Problèmes de compliance (suivi des séances)
- Symptômes physiques associés aux troubles psychiatriques (tensions, douleurs)
- Gestion du stress et de l'anxiété des patients
- Autre (précisez) : _____

4. Adaptations dans la prise en charge

- Avez-vous déjà dû adapter vos techniques ou approches kinésithérapiques pour des patients avec des troubles psychiatriques ?

- Oui
- Non

- Si oui, quelles adaptations avez-vous mises en place ? (Plusieurs réponses possibles)

- Techniques de relaxation
- Ajustement du rythme des séances
- Utilisation d'approches plus douces
- Adaptation des exercices en fonction de la fatigue ou de la motivation
- Autre (précisez) : _____

- Pensez-vous que ces adaptations sont généralement suffisantes pour une prise en charge optimale ?

- Oui
- Non
- Pas certain(e)

5. Besoins en formation

- Avez-vous reçu une formation spécifique sur la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques ?

- Oui
- Non

- Estimez-vous qu'une formation complémentaire sur les troubles psychiatriques serait bénéfique pour améliorer vos pratiques ?

- Oui
- Non

- Quels aspects d'une formation vous sembleraient les plus utiles ? (Plusieurs réponses possibles)

- Reconnaissance des symptômes psychiatriques
- Stratégies pour adapter les séances kinésithérapiques
- Techniques de communication adaptées
- Gestion des situations de crise (stress, anxiété, comportement)
- Autre (précisez) : _____

6. Commentaires supplémentaires

- Avez-vous des suggestions ou des réflexions à partager sur la prise en charge kinésithérapique des patients avec des troubles psychiatriques ?

Réponse ouverte : _____

-Si vous avez déjà pris en charge un patient de 65 ans ou plus atteint de trouble de la santé mentale seriez-vous intéressé de réaliser un entretien pour discuter plus en détail de votre expérience ?

- Oui
- Non

-Si oui, inscrivez ci-dessous

Nom : _____

Prénom : _____

@ : _____

Tel : _____

Annexe 4 : Guide d'entretien

Guide d'entretien : Adaptation de la pratique des masseurs-kinésithérapeutes auprès de patients gériatriques souffrant de troubles mentaux

Introduction

Bonjour, je suis [Votre nom]. Je vous remercie de participer à cet entretien. Son objectif est de mieux comprendre comment les masseurs-kinésithérapeutes adaptent leur pratique lorsqu'ils travaillent avec des patients souffrant de troubles mentaux dans un contexte gériatologique.

Votre expérience m'est précieuse pour avancer dans mon projet d'étude. L'entretien sera enregistré pour garantir une analyse plus précise. Soyez assuré que vos réponses seront traitées de manière anonyme et confidentielle.

Vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment si vous le souhaitez, et vous êtes également libre de ne pas répondre à certaines questions si vous ne vous sentez pas à l'aise.

I. Parcours professionnel et formation

- **Question principale 1 :** Pouvez-vous me parler de votre parcours en masso-kinésithérapie ?
 - **Questions de relance :**
 - Comment avez-vous évolué dans votre pratique ?
 - Quelles sont les populations de patients avec lesquelles vous travaillez le plus souvent ?
- **Question principale 2 :** Avez-vous suivi des formations ou spécialisations particulières concernant les troubles mentaux ?
 - **Questions de relance :**
 - Quelles sont les formations que vous avez suivies en lien avec la gériatrie ?
 - Pensez-vous que votre formation initiale vous a suffisamment préparé à travailler avec des patients souffrant de troubles mentaux ?

II. Expérience avec les patients gériatriques souffrant de troubles mentaux

- **Question principale 3 :** Pourriez-vous me décrire votre expérience avec des patients gériatriques souffrant de troubles mentaux ?
 - **Questions de relance :**
 - Quels types de troubles mentaux rencontrez-vous le plus souvent chez vos patients gériatriques ?
 - Quelles sont les difficultés spécifiques que vous rencontrez dans votre pratique avec cette population ?
 - Pourriez-vous me donner des exemples de situations où vous avez dû adapter votre pratique ?
- **Question principale 4 :** Comment adaptez-vous votre approche en fonction des troubles mentaux de vos patients ?
 - **Questions de relance :**
 - Quelles sont les techniques ou stratégies que vous utilisez pour communiquer/pour gérer la famille/le temps (en fonction de ce qui est relevé par le MK dans la partie difficulté) efficacement avec ces patients ?
- **Question 5 :** Comment justifiez-vous vos choix stratégiques ?
- **Question 6 :** Comment évaluez-vous l'efficacité de votre prise en charge sur ces patients ?
 - **Questions de relance :**
 - Quels sont les critères que vous utilisez pour évaluer l'efficacité de vos interventions ?
- **Question 7 :** Comment se déroule la collaboration avec les autres professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge de ces patients ?
 - **Questions de relance :**
 - Êtes-vous amené(e) à rediriger ces patients vers d'autres professionnels ?
- **Question 8 :** Quels sont vos principaux axes de traitement avec ces patients ?
 - **Questions de relance :**
 - Comment favorisez-vous l'autonomie et l'autorééducation chez ces patients ?

Conclusion

Avez-vous d'autres éléments que vous souhaiteriez partager ?

Je vous remercie sincèrement pour votre participation et vos réponses éclairantes.

Annexe 5 : Tableau de la retranscription de l'entretien

	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5
Date du diplôme d'état + lieu	2019 à IFMK Marseille	1988 à l'EFOM Paris	2020 à l'ISEK Belgique	1990 à IKP Paris	1988 à l'IFMK de Nantes
Lieu d'exercice	Cabinet libéral (remplacement) Marseille	Hôpital privé (libéral) Paris	Cabinet libéral (assistant) Trellière	Cabinet libéral mis temps maison de retraite + maison d'accueil spécialisée Paris	Cabinet libéral + maison de retraite à Couëron
Date et heure	26/02/25 à 12H30	13/03/25 à 18h30	17/03/25 à 20h30	25/04/25 à 20h30	28/04/25 à 12h30
Durée de l'entretien	31.51 min	23.02 min	21.19 min	30.11 min	22.21 min
Taille de la retranscription écrite	4555 mots	3396 mots	2349 mots	4119 mots	2034 mots

Tour	Interlocuteur	Contenu	Temps
1			
2			

Cf : Doc Résultats Retranscription

Annexe 6 : Tableaux d'analyse des entretiens

Légende : « ... » : citation issue des entretiens

[...] : coupure de citations

TP : tour de parole

(i.e....) : élément rajouté pour la compréhension de la citation

Objectif opérationnel numéro (n°) 1 : Identifier les différents freins et obstacles que les MK rencontrent avec les patients atteints de trouble de la santé mentale.

Thème	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	Synthèse
La communication	« C'était la première fois que ça m'arrivait d'être démunie [...] il n'y avait pas de communication. » (TP10, MK1) « La communication est parfois compliquée. Soit ils ont du mal à communiquer verbalement, soit ils ne me comprennent pas. Ou ils ne comprennent pas qui je suis. »	« Il faut déjà qu'ils arrivent à comprendre ce qu'on leur demande. Parce qu'il y en a certains qui sont vraiment dans leur monde. » (TP 14, MK2)	« C'est surtout pour les patients qui ont une démence, plus dans la communication. Il faut faire comprendre qui on est, à quoi on sert, se faire reconnaître » (TP14, MK3)	« Ouais, bah la communication évidemment est toujours un peu compliquée. » (TP14, MK4)	« il y a aussi des gros problèmes de compréhension de leur part, c'est compliqué de se faire comprendre par ces patients. » (TP12, MK5) « Alors tout dépend du stade bien sûr. Puis il y en a qui vont parfaitement comprendre » (TP12, MK4)	Compréhension altérée des patients Difficultés d'expression des patients

	(TP10, MK1) « Dès qu'il nous manque la communication, de suite on sent que c'est plus compliqué de prendre en charge un patient. » (TP12, MK1)					
Temps	« On n'a souvent pas beaucoup de temps pour prendre en charge ces patients » (TP10, MK1)	« Certains mettent 2-3 jours à reprendre pied [...], d'autres, c'est beaucoup plus long, il faut être patient. » (TP 16, MK2)	« En libéral, on manque de temps pour faire passer ces questionnaires. » (TP34, MK3)			Rythme des patients Contraintes administratives
Entourage du patient	« Des fois, la famille peut être un obstacle dans la prise en charge. » (TP 16, MK1) « la famille des patients qui font miroiter des choses au patient "même, tu vas aller			« Les familles, souvent, veulent qu'on intervienne tout de suite, mais il faut qu'ils comprennent qu'on doit parfois attendre un peu avant de mettre des choses en place. » (TP14, MK4)		Obstacles potentiels / attentes irréalistes

	mieux" » (TP 16, MK1)					
Moyen	" quand c'est à domicile, selon chez qui vous allez, il n'y a pas l'espace pour faire ce qu'on veut." (TP 16, MK1)		« Le frein parfois du fonctionnement du cabinet. Parfois la communication est un peu plus compliquée, le patient a plus de mal à se livrer dans une grande salle de rééducation. » (TP16, MK3)			Espace de travail insuffisant Adaptation des cabinets
Caractéristiques comportementales	« Les patients [...] sont complètement déboussolés. » (TP10, MK1)	« Ils sont craintifs, donc ils se défendent. Parfois on se prend des coups, on esquivé des coups. » (TP 18, MK2) « Certains sont asthéniques et dorment beaucoup [...], c'est difficile de les dynamiser. » (TP 14, MK2) « Il faut essayer de ne pas se prendre un coup de poing	« Pour les patients avec des troubles anxieux-dépressifs, bah là, c'est surtout l'impact motivationnel qui est un peu plus compliqué à mettre en place. » (TP14, MK3)	« Beaucoup ne sont pas très motivés. » (TP14, MK4) « assez cognés » (TP8, MK4)	« Donc souvent on a l'impression... On a l'impression de les inciter alors que on sait très bien que dans la journée, ils vont pas se mettre debout pour autant. » (TP12, MK5) « Ils oublient... qui ils sont, ce qu'ils sont habitués à faire	Désorientation et confusion Agressivité et peur Apathie et manque de motivation Comportements imprévisibles Risque d'agressivité

		ou de se faire mordre.» [...]. Il faut rester calme, les rassurer. » (TP 18, MK2)			mais également, ils oublient de se lever pour marcher » (TP6, MK5) « Des fois ils peuvent être agressifs quand ils n'ont pas envie de travailler. » (TP18, MK5)	
Systeme de santé	« c'est vrai qu'en libéral, on n'a pas forcément les infos de ce type-là » (TP 8, MK1) « les actes sont de plus en plus réduits [...]mais le kiné forcément, il n'a plus envie de faire tous ses efforts là » (TP16, MK1)	« On n'a pas d'APA, pas d'ergo, pas de psychomotricien. C'est surtout les aides-soignants et les infirmiers qui stimulent les patients. » (TP 44, MK2) « On manque de professionnels spécialisés qui pourraient les aider davantage. » (TP 44, MK2)	« Mais après, au niveau des structures, je pense que parfois, en effet, il n'y a pas assez de choses mises en place au sein des structures pour faire bouger ces patients-là et les stimuler. Par exemple, en maison de retraite. » (TP16, MK3)		« il y a peut-être pas en fait assez de communication avec les personnes qui prennent en charge ces personnes. » (TP6, MK4)	Manque d'informations et de coordination Ressources humaines insuffisantes Contraintes financières

Objectif opérationnel n°2 : Identifier les stratégies thérapeutiques mises en œuvre par les MK pour traiter les troubles mentaux.

Thème	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	Synthèse
La communication	<p>« Je me suis dit, on va faire du mimétisme. Je me suis dit bon, on va faire du miroir. » (TP 10, MK1)</p> <p>« Je ne me vois pas les mobiliser sans leur parler et donc voilà, je leur parle. » (TP 12, MK1)</p>	<p>« On essaye d'être gentil, de les rassurer, de se faire comprendre [...]. Il faut parler calmement. » (TP 16, MK2)</p> <p>« Faut que ce soit simple pour que ce soit le plus compréhensible possible. » (TP30. MK2)</p> <p>« On leur montre » (TP30. MK2)</p>	<p>« J'essaie d'être un peu plus souriant, un peu plus drôle. En fait, de lier vraiment la personne au soin en tant que tel. Plutôt lui faire passer un bon moment, lui poser des questions sur elle, sur sa vie. » (TP20, MK3)</p> <p>« Je leur mets des feedbacks visuels, des feedbacks plutôt ludiques. Par exemple, j'avais eu une dame qui avait des troubles de dépression et qui était devenue apathique à cause des médicaments. » (TP20, MK3)</p>	<p>« Tu ne vas pas leur faire faire des choses trop compliquées. » (TP18, MK4)</p> <p>« Moi j'utilise aussi beaucoup le mimétisme pour leur faire faire des mouvements actifs. » (TP26, MK4)</p>	<p>« Il va falloir tout mimer » (TP12, MK5)</p>	<p>Mimétisme et langage non verbal</p> <p>Communication constante et adaptée</p> <p>Adaptation des consignes</p>
Temps		<p>« On prend le temps, on discute, on rassure.</p>		<p>« Il faut leur laisser le temps de</p>	<p>« Donc l'adaptation c'est d'attendre la</p>	

		Certains sont plus lents à retrouver une dynamique. » (TP 16, MK2)		s'installer. » (TP14, MK4) « faut y aller à leur rythme en fait » (TP24, MK4) « Faut être patient, faut être vraiment patient. » (TP26, MK4)	prochaine fois à travailler et puis c'est tout. » (TP18, MK5)	Le respect du rythme individuel L'adaptation des séances La priorité à la relation
Entourage du patient	« Je suis là pour soulager son mari, parce que je peux comprendre, parce que le pauvre a beaucoup de travail et pas beaucoup de proche pour l'aider. » (TP 14, MK1) « Pour la famille, ça reste plutôt simple [...] en discutant » (TP 20, MK1)			« Il faut qu'ils comprennent qu'on doit parfois attendre un peu avant de mettre des choses en place. » (TP14. MK4)		Soutenir et soulager les aidants Faciliter la communication Gérer les attentes
Moyens	« Adaptabilité » « selon les familles, on peut leur demander	« On y va souvent à deux. Il y en a un qui discute et l'autre qui est là		« Faut pas hésiter à utiliser les aides techniques : déambulateur,	« Au mimétisme par exemple, j'ai mis des plots devant et ben j'ai	Privilégier l'activité du patient

	des fois d'acheter du matériel » (TP20, MK1)	pour parer, parce que parfois ça part vite. » (TP 20, MK2) « Le travail en équipe est essentiel, surtout avec les aides-soignants et infirmiers. » (TP 44, MK2)		cannes, la main courante. » (TP24, MK4) « Je préfère faire de l'actif. Pour éviter comme ça en plus, ça évite de leur faire mal, c'est eux qui font leur mouvement donc c'est à eux de gérer leur douleur. » (TP26, MK4)	marché avec elle et forcément au bout d'un moment, elle a fini par enjamber. » (TP16, MK5)	Collaboration et travail d'équipe Adaptation à l'espace et aux ressources disponibles Utilisation d'aides techniques
Caractéristiques comportementales	« je diminuais les objectifs » (TP20, MK1)	« On adapte notre approche pour éviter les situations à risque. » (TP 20, MK2) « Il faut rester calme, les rassurer. » (TP18, MK2)	« Je leur pose des questions pour savoir si ça leur plaît, ce qu'ils en pensent, s'ils pensent que ça a un intérêt. » (TP22, MK3)	« Il y a un truc qui marche bien, c'est la routine »(TP42, MK4) « Faut pas hésiter à travailler à deux kinés. » (TP24, MK4)	« En général en faisant... en étant de bonne humeur... En fait, il faut savoir les entraîner. » (TP18, MK4) « Il faut échapper aux baffes... Il faut être bon... en esquive. » (TP18, MK4)	Adaptation des objectifs thérapeutiques Création d'un environnement rassurant Personnalisation de la prise en charge Mise en place de routines Incitation à la participation Gestion des comportements agressifs Travail en équipe

<p>Système de santé</p>	<p>« je trouve que ça serait quand même intéressant que le médecin transmette l'information au kiné. » (TP 8, MK1)</p>		<p>« En structure, je demande souvent conseil aux infirmières ou aux médecins lorsque je les croise. » (TP42, MK3)</p>	<p>« Je répète toujours aux aides-soignantes. Faites-les marcher le plus possible. » (TP40, MK4)</p>		<p>Recherche d'informations médicales Collaboration interdisciplinaire</p>
-------------------------	--	--	--	--	--	--

Objectif opérationnel n°3 : Connaître les justifications des MK sur le choix de leurs stratégies thérapeutiques.

Thème	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	Synthèse
Justification	<p>« Je me suis dit, on va faire du mimétisme » (TP10, MK1) "Je pense que je fais comme je peux sur le moment" (TP20, MK1)</p>	<p>« C'est au feeling, c'est l'expérience [...]. On s'adapte selon le patient. » (TP 32, MK2)</p>	<p>« Très concrètement, au feeling. Je me base vraiment sur l'expérience, sur ce que j'ai pu voir. » (TP24, MK3)</p>	<p>« C'est le fait d'avoir pratiqué beaucoup » (TP24, MK4) « J'ai beaucoup fonctionné à l'instinct » (TP30, MK4) « J'ai fait quelque chose de nouveau un peu au feeling et après je voyais si c'était efficace et je reproduisais si je trouvais ça efficace. » (TP30, MK4)</p>	<p>« Ouais bah c'est la pratique [...] C'est plutôt excessivement l'expérience qui m'a montré que ça marchait plutôt bien. » (TP20, MK5)</p>	<p>Approche thérapeutique intuitive et empirique Importance de l'expérience et de la pratique Adaptation centrée sur le patient</p>

La littérature	« Je n'ai pas eu de formation à part à l'école [...] je ne pense pas que ça soit très demandé et personnellement, je n'ai pas eu l'occasion d'être plus formée que ça sur le sujet. » (TP 4, MK1)	« Non, c'est pas basé sur des livres [...]. La théorie c'est bien, mais la pratique nous apprend. » (TP 32, MK2)		« Je me forme plus sur les bouquins, les articles. Maintenant, on a Internet, donc c'est quand même bien plus pratique pour se documenter. » (TP4, MK4)	« Sans avoir lu des choses particulières... » (TP20, MK5)	Formation initiale et continue limitées Utilisation de sources d'information Prédominance de l'expérience pratique sur la théorie
----------------	---	--	--	---	---	---

Objectif opérationnel n°4 : Questionner les MK sur leur évaluation de l'efficacité des traitements en masso-kinésithérapie.

Thème	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	Synthèse
Moyens d'évaluation	« Bien sûr, il y a les bilans réguliers où je note ce que le patient est capable de faire » (TP22, MK1) « L'avis des aidants, de la famille, et des autres soignants est aussi très important » (TP22, MK1)	« Quand on arrive à les lever, à les faire marcher, on sait qu'on a réussi. » (TP 34, MK2)	« Il y a des questionnaires, mais on ne les utilise pas systématiquement. J'utilise parfois le FABQ. » (TP34, MK3)	« On voit qu'ils sont capables » (TP32, MK4) “Time Up and Go.” (TP33, Etudiant) « Les aides-soignantes qui servent de marqueurs » (TP34, MK4)	« Pour chacun l'évolution va être différente, ça va être difficile de l'évaluer[...]C'est assez subjectif. Après évidemment dans les bilans [...] évaluations fonctionnelles » (TP22, MK5)	Évaluation fonctionnelle et observation directe Utilisation de questionnaires et tests standardisés Importance de l'avis des aidants et des autres soignants Subjectivité et variabilité individuelle

<p>Principaux axes de traitement</p>	<p>« Je me concentre surtout sur ce qui est utile pour leur vie de tous les jours » (TP26, MK1) « mon but c'est de les aider à rester le plus autonome possible » (TP26, MK1) ; « marche équilibre pour éviter les chutes » (TP26, MK1) ; « articulations souples pour que les personnes qui les aident au quotidien puissent le faire les soins sans trop de difficultés » (TP26, MK1) ; « force musculaire [...] et puis j'essaie de les stimuler un peu au niveau de la tête » (TP26, MK1)</p>	<p>« L'objectif, c'est de les remettre en marche et de retrouver un maximum d'autonomie. » (TP36, MK2)</p>	<p>« Je travaille beaucoup sur les doubles tâches. Par exemple, faire tenir un patient en équilibre sur une jambe tout en réalisant une activité cognitive avec les membres supérieurs. » (TP36, MK3) « D'abord, je stimule leur système cardiovasculaire [...]cela active le système hormonal et métabolique, ce qui peut avoir un effet bénéfique sur leur état général. » (TP36, MK3) « La coordination peut aussi être un axe intéressant » (TP36, MK3)</p>	<p>« Donc c'est très fonctionnel » (TP18, MK4)</p>	<p>« J'entretiens les amplitudes articulaires » (TP16, MK5) "Travail... de l'autonomie... la marche..." (TP32, MK5)</p>	<p>Réautonomisation et retour à la marche Amélioration des fonctions essentielles Stimulation cognitive et coordination Approche fonctionnelle Stimulation du système cardiovasculaire</p>
--------------------------------------	---	--	---	--	--	--

Objectif opérationnel n°5 : Déterminer la place de la masso-kinésithérapie dans le cadre d'une rééducation globale des patients.

Thème	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	Synthèse
Perception de la pratique	<p>« Ça serait mentir de dire que je ne me suis pas posé cette question de qu'est-ce que je fais là » (TP14, MK1)</p> <p>« On peut se dire Oui, je sers à quelque chose parce que oui, je fais du bien sur le coup [...], mais est-ce qu'au final je ne suis pas un petit peu maltraitant dans le sens où il n'a pas envie de faire ces trucs, il a juste envie de se reposer ? » (TP14, MK1)</p> <p>« Je me suis dit oui, en fait, je viens pour la faire marcher[...]et je ne peux pas faire plus parce que je n'y arrive pas » (TP14, MK1)</p>	<p>« Ça arrive hein (ie de se demander l'interet de la masso-kinésithérapie) quand on a des gens qui sont vraiment. très très très diminués » (TP38, MK2)</p> <p>« Mais sinon non ben c'est gratifiant je trouve » (TP38, MK2)</p>	<p>« Parce que, parce que je pense que je ne m'y prends pas bien peut-être. » (TP14, MK3)</p> <p>« Sans formation spécifique, il est difficile d'adapter nos pratiques à ce type de patientèle. » (TP44, MK3)</p> <p>« Je pense que d'autres professionnels pourraient être plus utiles que nous dans certains cas. Mais on peut tout de même apporter notre pierre à l'édifice » (TP38, MK3)</p>	<p>« Ce n'est pas de la kiné de sportif quoi. » (TP16, MK4)</p> <p>« On est là pour améliorer leur qualité de vie au quotidien, pas pour les préparer à une performance. » (TP18, MK4)</p> <p>« Tu te rends compte que ça fonctionne quoi, que tu as des résultats. Et du coup bah tu dis bon bah voilà, c'est plutôt sympa quoi. » (TP30, MK4)</p>	<p>« Moi je suis plutôt basé sur le moteur. » (TP32, MK5)</p> <p>« Donc souvent on a l'impression... On a l'impression de les inciter alors que on sait très bien que dans la journée, ils vont pas se mettre debout pour autant. » (TP12, MK5)</p> <p>« (i.e Remis en cause de la prise en charge MK)</p> <p>Oui effectivement pour une personne qui est complètement rétractée » (TP24, MK5)</p>	<p>Questionnement sur l'utilité et l'éthique de la pratique</p> <p>Sentiment d'incompétence et besoin de formation</p> <p>Reconnaissance de l'apport de la kinésithérapie, mais avec des limites</p> <p>Focus sur l'amélioration de la qualité de vie et l'aspect fonctionnel</p> <p>Sentiment de gratification et de résultats positifs</p>

Objectif opérationnel n°6 : Explorer comment les MK enseignent l'autonomie aux patients et les techniques d'auto-rééducation.

Thème	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	Synthèse
Autonomie	Analyse : "On peut les encourager à faire des choses simples seuls ou avec quelqu'un de leur entourage" (TP26, MK1)	« On les incite à faire un maximum par eux-mêmes [...], s'asseoir, aller aux toilettes, marcher. » (TP 26, MK2)	« Ce serait l'idéal, car favoriser l'autonomie est essentiel, quel que soit le type de patient. » (TP40, MK3)	« C'est de garder le maximum d'autonomie [...] qu'il faut c'est que la personne bouge globalement » (TP28, MK4)	« Alors tout dépend du stade. » (TP30, MK5)	Favoriser la reprise des activités de base Encourager l'indépendance L'autonomie est un objectif essentiel Adaptation au stade du patient
Auto-rééducation	"C'est primordial d'expliquer aux personnes qui les aident comment les faire bouger les lever en toute sécurité" (TP26, MK1)	« C'est compliqué [...]. Ils ne prennent pas l'initiative, il faut les stimuler en permanence. » (TP 42, MK2)	« Mais dans les cas de démence, c'est quasiment impossible à mettre en place (e.i l'auto rééducation) »(TP 40, MK3)	« Ouais, non, franchement, c'est très compliqué. » (TP40, MK4)	« Elle est tout à fait capable de faire l'auto-rééducation. Par contre les autres, c'est complètement impossible. » (TP30)	Difficulté de mise en œuvre Manque d'initiative et besoin de stimulation constante Importance de l'éducation des aidants

Objectif opérationnel n°7 : Analyser les limites perçues par les MK dans leurs interventions et leur collaboration avec d'autres professionnels.

Thème	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	Synthèse
Travail collaboratif	« On ne travaille pas chacun de notre côté en fait	« On travaille surtout avec les aides-soignants et	« Une approche multidisciplinaire est essentielle.	« C'est sympa de bosser avec un ergo. » (TP20, MK4)	« On travaille toujours en	Importance du travail en équipe multidisciplinaire

	on est une équipe autour du patient » (TP24, MK1) ; « On travaille vraiment en équipe pour offrir la meilleure prise en charge possible aux patients » (TP24, MK1)	infirmiers [...]. Il manque des professionnels comme des ergothérapeutes. » (TP 44, MK2) « Le travail en équipe est essentiel, surtout avec les aides-soignants et infirmiers. » (TP 44, MK2)	Souvent, c'est le médecin ou le psychiatre qui joue le rôle de chef d'orchestre. » (TP38, MK3)	« Ce que je fais c'est que je répète toujours aux aides-soignantes » (TP40, MK4) « Les infirmières... aussi et les psychomotriciens [...] les orthophonistes [...] les pédicures [...] l'infirmière qui est notre lien entre les professionnels. C'est un peu comme ma référence, on va dire. Plus que le médecin presque » (TP38, MK4)	pluridisciplinarité. » (TP28, MK5)	Rôle de coordination
Réorientation des patients	"Oui bien sûr il m'arrive de réorienter les patients si je pense que ça dépasse mon champ de compétences" (TP24, MK1)	« Après l'hospitalisation, on les envoie en maison de convalescence ou en soins de suite. » (TP 34, MK2)	« En structure, je demande souvent conseil aux infirmières ou aux médecins... » (TP42, MK3) « En libéral, c'est plus compliqué. Dans l'idéal, il faudrait le faire. » (TP42, MK3)	« C'est sans arrêt que voilà, on a des observations et on se dit bah tiens... Madame machin, il a besoin de ceci ou cela... » (TP38, MK4)	« Je lui ai conseillé d'aller voir une assistante sociale ou bien le CLIC. » (TP28, MK5)	Réorientation en fonction des compétences Observation et identification des besoins Consultation et collaboration