



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Mémoire N° 1604

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie

par

Brossier Clémence

Pourquoi la pratique à domicile de la kinésithérapie ne se développe-t-elle pas davantage en France ? Éléments de réponse tirés d'une enquête raisonnée auprès de 1075 masseurs-kinésithérapeutes.

**Why does home-based physiotherapy in France slowly progress?
Possible answers drawn from a 1075 physiotherapists reasoned survey.**

Directeurs de mémoire

Boudrahem Samir

Weber Florence

2019- 2020

Session 1

Membres du jury

Sayeux Anne-Sophie

Cochet Anne

CHARTRE ANTI-PLAGIAT DE LA DRDJSCS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes paramédicaux et du travail social. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue, que les directives suivantes sont formulées.

Elles concernent l'ensemble des candidats devant fournir un travail écrit dans le cadre de l'obtention d'un diplôme d'État, qu'il s'agisse de formation initiale ou de parcours VAE.

La présente charte définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de certification du diplôme préparé (mémoire, travail de fin d'études, livret2).

Il est rappelé que « le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou des idées originales d'un auteur, sans lui en reconnaître la paternité, par des guillemets appropriés et par une indication bibliographique convenable »¹.

La contrefaçon (le plagiat est, en droit, une contrefaçon) **est un délit** au sens des articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle.

Article 1 :

Le candidat au diplôme s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 2 :

Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation² et du Code de la propriété intellectuelle³, il s'expose également à des poursuites et peines pénales.

Article 3 :

Tout candidat s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussignée Clémence Brossier

Atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes et de m'y être conformé(e)

Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du livret/mémoire fourni en vue de l'obtention du diplôme suivant :

Fait à Caumont-sur-Durance, le 29 avril 2020. Signature :



Zér 

¹ Site Université de Nantes : <http://www.univ-nantes.fr/statuts-et-chartes-usagers/dossier-plagiat-784821.kjsp>

² Article L331-3 : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics »

³ Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle



Mémoire N° 1604

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie

par

Brossier Clémence

Pourquoi la pratique à domicile de la kinésithérapie ne se développe-t-elle pas davantage en France ? Éléments de réponse tirés d'une enquête raisonnée auprès de 1075 masseurs-kinésithérapeutes.

**Why does home-based physiotherapy in France slowly progress?
Possible answers drawn from a 1075 physiotherapists reasoned survey.**

Directeur de mémoire

Boudrahem Samir

Weber Florence

2019 - 2020

Session 1

Membres du jury

Sayeux Anne-Sophie

Cochet Anne



Université Claude Bernard  Lyon 1

Président

Frédéric FLEURY

Vice-président CA

REVEL Didier

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Directeur

RODE Gilles

U.F.R de Médecine Lyon-Sud

Charles Mérieux

Directrice

BURILLON Carole

Département de Formation et

Centre de Recherche en Biologie

Humaine

Directeur

SCHOTT Anne-Marie

Comité de Coordination des

Etudes Médicales (CEM)

COCHAT Pierre

U.F.R d'Odontologie

Directeur

BOURGEOIS Denis

Institut des Sciences

Pharmaceutiques et Biologiques

Directrice

VINCIGUERRA Christine

Institut des Sciences et

Techniques de Réadaptation

Directeur

Xavier PERROT



Institut Sciences et Techniques de Réadaptation
Département MASSO-KINESITHERAPIE

Directeur ISTR
Xavier PERROT

Équipe de direction du département de masso-kinésithérapie :

Directeur de la formation
Franck GREGOIRE

Responsables des travaux de recherche

Samir BOUDRAHEM

Référents d'années

Geneviève SANSONI
Ilona BESANCON
Dominique DALLEVET
Samir BOUDRAHEM

Référents stages cycle 1

Annie KERN-PAQUIER

Référents stages cycle 2

Franck GREGOIRE

Secrétariat de direction et de scolarité

Audrey MOIRON

Remerciements

La concrétisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je souhaite adresser mes plus chaleureux remerciements :

À Madame Florence Weber,

qui a très généreusement accepté de diriger ce mémoire. Ce fut un honneur d'avoir bénéficié de votre accompagnement bienveillant et de vos précieux conseils.

À Monsieur Samir Boudrahem,

qui a également dirigé ce mémoire et m'a permis de découvrir toute la richesse des sciences humaines appliquées au domaine de la santé. Merci de votre confiance, de votre indéfectible soutien et de votre considérable implication pour vos étudiants.

Aux membres du jury, Mmes Anne Cochet et Anne-Sophie Sayeux,

qui ont accepté de juger mon travail malgré les difficultés liées à cette période de confinement.

À toute l'équipe de Gudule,

pour leur aide indispensable, leur soutien généreux et leur confiance dès notre première rencontre en juin 2018. L'attention qu'ils portent à leurs patients à domicile et la joie de leur travail me confortent dans ma vocation de kinésithérapeute.

À mes parents, mes frères et sœur, et ma famille,

qui m'ont toujours entourée et qui ont cru en mes capacités. Votre amour m'édifie.

À Za,

mon collaborateur particulier, mon premier soutien.

Liste des acronymes

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CDC : Cour des Comptes

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

CSP : Code de la Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAD : Hospitalisation à Domicile

IF : indemnités forfaitaires

IK : Indemnités Kilométriques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

JO : Journal Officiel

MK : Masseur-Kinésithérapeute

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRADO : Programme d'Accompagnement de Retour à Domicile après Hospitalisation

SESSAD : Service d'Éducation Spécialisée À Domicile

SNIIRAM : Système National d'Informations Inter-Régimes d'Assurance Maladie

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNSMKL : Union Nationale de Syndicats de Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Sommaire

1.	INTRODUCTION.....	1
1.1.	Préambule	1
1.2.	État des lieux de la kinésithérapie à domicile	2
1.2.1.	La kinésithérapie en France.....	2
1.2.2.	Place des soins à domicile dans la kinésithérapie	4
1.3.	Les enjeux actuels du système de santé.....	8
1.3.1.	Vieillessement de la population	8
1.3.2.	Virage ambulatoire.....	11
1.4.	Problématique.....	13
1.5.	Hypothèses.....	13
2.	MATERIEL ET METHODES.....	14
2.1.	Stratégie d'enquête	14
2.2.	Entretiens semi-directifs.....	14
2.2.1.	Choix de la méthode d'entretien.....	14
2.2.2.	Outils de l'entretien.....	15
2.2.3.	Personnes enquêtées et déroulement	15
2.2.4.	Collecte et analyse des données	16
2.3.	Questionnaire descriptif	17
2.3.1.	Choix et forme du questionnaire.....	17
2.3.2.	Construction du questionnaire.....	17
2.3.3.	Échantillon interrogé	19
2.3.4.	Mise en ligne, collecte et analyse des données	19
3.	RESULTATS.....	21
3.1.	Compte rendu de l'enquête par entretien	21
3.1.1.	Des profils variés de kinésithérapeutes.....	21
3.1.2.	Organisation du temps	21

3.1.3.	Organisation des déplacements	23
3.1.4.	Aspects techniques et matériels	23
3.1.5.	Prise en charge kinésithérapique	25
3.1.6.	Aspect relationnel	28
3.2.	Résultats quantitatifs de l'enquête par questionnaire	30
3.2.1.	Caractéristiques générales des masseurs-kinésithérapeutes répondants	30
3.2.2.	Les principales contraintes à domicile.....	38
3.2.3.	Les principaux intérêts à domicile	40
3.2.4.	Les kinésithérapeutes ne réalisant pas de soins à domicile	41
4.	DISCUSSION	43
4.1.	Caractéristiques des kinésithérapeutes à domicile	43
4.1.1.	Une pluralité de formes d'exercice	43
4.1.2.	Une pratique singulière de la kinésithérapie.....	44
4.1.3.	Des kinésithérapeutes satisfaits de leur pratique à domicile.....	46
4.2.	Les freins et moteurs de la pratique à domicile	46
4.2.1.	Les difficultés	46
4.2.2.	Les intérêts	50
4.2.3.	L'équilibre difficile entre intérêts humains et contraintes matérielles	52
4.3.	Perspectives de la kinésithérapie à domicile.....	53
4.3.1.	Une pratique qui répond aux enjeux de santé publique	53
4.3.2.	Une promotion nécessaire auprès de la profession.....	54
4.3.3.	Revaloriser les déplacements.....	55
4.4.	Présence de biais et limites de cette étude	56
4.4.1.	Biais des entretiens	56
4.4.2.	Biais du questionnaire	57
4.4.3.	Limites	58
5.	CONCLUSION	59
6.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62

Table pour les figures

Figure 1 : Moyenne de la distribution des actes de kinésithérapie libérale sur 8 ans, de 2011 à 2018	6
Figure 2 : Évolution des actes de kinésithérapie libérale sur 8 ans, de 2011 à 2018 (en millions).....	7
Figure 3 : Courbes d'évolution du nombre d'actes en kinésithérapie libérale sur 8 ans, de 2011 à 2018 (en millions)	7
Figure 4 : Répartition des âges pour chaque acte de kinésithérapie à domicile, moyenne sur 8 ans de 2011 à 2018.....	10
Figure 5 : Évolution de la moyenne d'âge des patients pour chaque acte de kinésithérapie à domicile sur 8 ans de 2011 à 2018	10
Figure 6 : Distribution des MK selon leur activité	31
Figure 7 : Répartition des répondants selon l'âge et le sexe	32
Figure 8 : Réponses des kinésithérapeutes selon leur région (nombre).....	33
Figure 9 : Réponses des MK pondérées par le nombre total de MK par région (source CNOMK 2017 ; pourcentage).....	33
Figure 10 : Répartition des milieux des MK selon chaque pratique	34
Figure 11 : Répartition des statuts professionnels des MK selon chaque pratique	35
Figure 12 : Répartition des MK selon le nombre d'heures effectuées à domicile par semaine et selon l'activité (en pourcentage)	35
Figure 13 : Répartition des modes de déplacement des kinésithérapeutes strictement à domicile	36
Figure 14 : Répartition des modes de déplacement des kinésithérapeutes en partie à domicile	36
Figure 15 : Champs cliniques rencontrés majoritairement par les MK exerçant strictement à domicile	37
Figure 16 : Champs cliniques rencontrés majoritairement à domicile par les MK exerçant en partie à domicile	37
Figure 17 : Note de satisfaction des kinésithérapeutes face à leur pratique de soins à domicile (en pourcentage)	38

Figure 18 : Degré d'approbation des kinésithérapeutes à l'affirmation : « les trois contraintes que vous venez de hiérarchiser sont un frein à l'exercice à domicile » ..	39
Figure 19 : Degré d'approbation des kinésithérapeutes à l'affirmation : « les trois intérêts que vous venez de hiérarchiser favorisent la pratique à domicile » ..	41
Figure 20 : Principales raisons pour lesquelles les MK strictement en cabinet n'exercent pas à domicile ..	41
Figure 21 : Réponse des kinésithérapeutes n'exerçant pas à domicile à la question « Imaginez que nous trouvions une solution pour pallier ces contraintes, seriez-vous susceptibles alors de réaliser des soins à domicile ? » ..	42
Figure 22 : Champs cliniques évoquant les domiciles par les MK n'exerçant pas à domicile ..	42

Table pour les tableaux

Tableau I : Exclusion ou inclusion des MK selon leur statut ..	30
Tableau II : Répartition des trois groupes de MK selon leur activité ..	31
Tableau III : Hiérarchisation des contraintes rencontrées à domicile selon l'activité ..	39
Tableau IV : Hiérarchisation des intérêts rencontrés à domicile selon l'activité ..	40

RÉSUMÉ

Introduction : La kinésithérapie à domicile constitue une partie de l'activité de certains kinésithérapeutes libéraux. Elle nécessiterait de se développer pour faire face aux actuels enjeux du système de santé tels que le vieillissement de la population et le virage ambulatoire. Or, les données de remboursements des huit dernières années ne montrent pas une augmentation des actes de kinésithérapie à domicile, à la différence des actes en cabinet.

Objectifs : Cette étude tente de décrire la pratique à domicile dans sa singularité, tout en recherchant les freins et les moteurs de cet exercice auprès de masseurs-kinésithérapeutes libéraux français, afin de comprendre l'absence d'augmentation de ces soins depuis huit ans.

Méthodes : Deux outils de sciences humaines et sociales ont été utilisés pour cette étude : l'entretien semi-directif et le questionnaire. Six kinésithérapeutes ont répondu aux entretiens et 1075 réponses ont été obtenues pour le questionnaire.

Résultats : La kinésithérapie à domicile est réalisée par des masseurs-kinésithérapeutes aux profils divers. L'organisation du temps, des déplacements, les aspects techniques, matériels et financiers sont des thématiques abordés durant les entretiens. Il s'agit d'une manière singulière de pratiquer la kinésithérapie : les pathologies que présentent les patients sont variées, parfois complexes, à mi-chemin entre celles du cabinet et celles de l'hôpital. La rééducation est fonctionnelle, basée spécifiquement sur les besoins du patient. La relation au patient prend une tournure particulière du fait de l'exercice des soins au domicile même de ce dernier.

Conclusion : L'étude réalisée met en évidence que les intérêts surtout relationnels ne suffisent pas à compenser les contraintes surtout matérielles, malgré une satisfaction générale des personnes interrogées. Une promotion et une revalorisation de cette pratique auprès de la profession semble opportune compte tenu des enjeux du système de santé et du besoin croissant de ces soins apportés au domicile des patients.

Mots clés : Kinésithérapie à domicile ; pratique professionnelle ; relation au patient ; virage ambulatoire ; vieillissement ; entretiens ; questionnaire

ABSTRACT

Introduction: Home-based physiotherapy is well known to be a part of physiotherapists' practice. Nowadays, in-home physios' needs are increasing due to many factors such as population aging or ambulatory care development. However, home-based physiotherapy has not increased over the last ten years comparatively to outpatient clinics or private-owns physiotherapy clinics. Therefore, some patients found themselves in need of home care but are not able to find a practitioner.

Objectives: This study attempts to determine why home-based physiotherapy doesn't represent an increasing part of the profession. It describes different practitioners' practices, and searches for reasons why home-based physio is being deserted.

Setting and Participants: Firstly, six experienced physiotherapists were interviewed about their professional practice of home-based physiotherapy in a semi-structured interview. In a second time, a survey was completed by 1 075 liberal physiotherapists in France.

Design: The interviews were recorded and lasted 30 minutes each. Each interview was audiotaped, and the tapes were transcribed verbatim. Where after, interviews were thematically analyzed for comparison.

The survey was designed to be short, easy and intuitive, with closed questions and short answers. Questions were different toward three types of physiotherapists: those that were only doing home-based physio, those that were doing home-based physio and group / independent physio at private practices, and those that were doing only group / independent physio at private practices.

Results: We observed different manners of practicing in-home physiotherapy. This exercise of physiotherapy is singular and has its own benefits and disadvantages, depending on the type of physiotherapists questioned.

The survey reveals common difficulties, such as the insufficient travel allowance or the lack of equipment during sessions, but also some benefits, among which, for instance, flexible schedule, deeper relationships with patients, interesting sessions based on functional need.

Conclusion: This study evinces a singular practice that is sparsely recognized and hard to sustain. It brings the question of what could be established to improve physiotherapists' ability to practice home care physiotherapy.

Keywords: home-based; physiotherapy; professional practice; patient relationship; ambulatory care; population aging; interviews; survey

1. Introduction

1.1. Préambule

La part du relationnel dans l'accompagnement médical ou paramédical a une importance indéniable. « Prendre soin, c'est porter attention à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être et à sa santé » (Hesbeen,1997). Soigner requiert de la part du soignant une sollicitude ajustée et une prise en compte totale de la psychologie et du contexte de vie du patient.

Très jeune, j'étais certaine de m'orienter professionnellement dans le monde de la santé, orientation vécue comme une réelle vocation. Parmi les nombreuses raisons inhérentes à cette vocation, la richesse évidente et complexe de la relation interpersonnelle entre soignant et soigné apparaît comme la plus importante. Au plus près des patients, là où le toucher est soin, la kinésithérapie est de ces métiers vocationnels qui engagent toute la personne. Dès mes premières années d'études, j'ai été très sensibilisé à la prise en soins biopsychosociale du patient (Engel, 1980). De fait, les multiples terrains de stage ont non seulement affiné ma connaissance du milieu médical et mes compétences techniques mais surtout mon approche relationnelle. Avec du recul sur ces quatre années de formation, les séances de kinésithérapie à domicile sont celles qui, dans l'intimité même des patients, m'ont le plus marquée. Parallèlement à ces expériences de stage, j'ai été frappée par la lecture de livres relatant la fin de vie d'enfants atteints de maladies neurodégénératives. Il existe des vies humaines, bien trop courtes, qui dépassent notre entendement et nous questionnent. Thaïs et Gaspard sont tous les deux décédés avant l'âge de 4 ans. Longtemps hospitalisés, ils ont vécu leurs derniers moments en famille, chez eux, ce qui implique d'un point de vue médical, d'assurer une présence à domicile. Un soin utile, nécessaire, indispensable, malgré la mort inéluctable. Ces lectures ont questionné ma vision de la fin de vie idéale, mais aussi l'organisation des soins dans le cas du domicile. Il est clair que le déplacement du soignant vers le soigné ne constitue pas la même approche qu'une consultation dans une structure de soin. Ce mémoire est donc tout naturellement tourné sur la kinésithérapie à domicile.

Dans cette introduction, nous tâcherons dans un premier temps de faire un état des lieux de la kinésithérapie en France, ainsi que la place des soins à domicile dans la profession. Dans un second temps, nous développerons deux des principaux enjeux du système de santé actuel pour lesquels le kinésithérapeute à domicile a un rôle à jouer important.

1.2. État des lieux de la kinésithérapie à domicile

Avant d'aborder le sujet de la kinésithérapie à domicile, il est indispensable de présenter le métier de masseur-kinésithérapeute en France. Qui sont ces professionnels de la « thérapie par le mouvement » (terme emprunté au suédois Pehr Henrik Ling), et quel est le cadre légal de leur exercice ?

1.2.1. La kinésithérapie en France

Les kinésithérapeutes diplômés d'état sont habilités à réaliser, dans un but thérapeutique, des actes définis dans leur décret de compétence, et ce, après prescription médicale (article L. 4321-1 du Code de la Santé Publique). Les kinésithérapeutes pratiquant généralement des actes en série, il leur revient de fixer le nombre de séances nécessaires, voire de faire renouveler l'ordonnance par le médecin.

La tranche d'âge la plus représentée dans la profession est celle des 30-45 ans. Bien que paritaire avec 50,3 % d'hommes pour 49,7 % de femmes, la tendance est à la féminisation avec une augmentation du nombre de femmes inscrites au tableau de l'Ordre plus rapide que le nombre d'hommes (rapport démographique du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, septembre 2017). Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes est en forte augmentation. En effet, depuis sa création en 1946, la profession ne cesse de se développer, comptant en 2017, 85 223 professionnels inscrits, avec une augmentation annuelle d'environ 3500 praticiens supplémentaires chaque année depuis 2011. On peut donc s'attendre à plus de 100 000 kinésithérapeutes d'ici quelques années (ibid.).

À ce jour, la proportion de kinésithérapeutes libéraux qui pratiquent en ville est nettement supérieure à celle de leurs confrères hospitaliers, avec 85,88% de libéraux contre 14,12 % d'hospitaliers (ibid.), sans prendre en compte les kinésithérapeutes

ayant une activité mixte. Concernant l'offre d'accès aux soins de kinésithérapie sur le territoire français, la répartition des kinésithérapeutes est très inégale : on compte facilement 140 MK pour 100 000 habitants dans les régions du Sud, moins de 100 MK pour certaines régions du Nord (cartographie du CNOMK, 2017). Équilibrer la densité des kinésithérapeutes en France est un défi plusieurs fois évoqué dans les politiques de santé des dernières décennies (Stratégie Nationale de Santé 2018-2022). Pour répondre à ce déséquilibre territorial, l'avenant 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes conclue le 6 novembre 2017 entre, d'une part, l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et, d'autre part, l'union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (UNSMKL), a été publié au Journal officiel du 8 février 2018. Il vise notamment à établir un nouveau zonage, permettant une régulation de l'installation des nouveaux cabinets. L'objectif est ainsi d'enrayer la dynamique d'implantation des jeunes kinésithérapeutes, qui s'installent préférentiellement dans le Sud de la France, sur le littoral et dans les grandes villes.

Les soins de masso-kinésithérapie sont susceptibles d'être remboursés par la sécurité sociale. Ils doivent alors être inscrits dans une liste des actes et des prestations (article L.162-1-7 du Code de la Sécurité Sociale). Ainsi, grâce au travail de l'UNCAM, la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) a-t-elle été créée à destination des professionnels médicaux, paramédicaux et auxiliaires médicaux. Parue en 2005 au journal officiel (JO) et régulièrement mise à jour depuis, la NGAP (Annexe I) définit pour chaque acte, c'est-à-dire pour chaque séance de kinésithérapie, une formule telle que :

COTATION = Lettres clés (AMS, AMK ou AMC) x Coefficient

Les lettres clés correspondent à la nature des actes et sont associées à un tarif de base. Le coefficient est différent selon les pathologies. Par exemple, une séance cotée AMS6 correspond à un soin de rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée. Le tarif de base d'une AMS est de 2,15€. Le prix de cette séance sera donc de $2,15 \times 6 = 12,90\text{€}$.

Cette cotation universelle permet de chiffrer les dépenses de santé au niveau national. Et de fait, la consommation de soins auprès des auxiliaires médicaux est en nette augmentation. Avec 3,6 milliards d'euros, les remboursements de soins de

masso-kinésithérapie ont doublé depuis 2000 et constituent en 2014, le deuxième poste de dépenses de l'Assurance Maladie au titre des auxiliaires médicaux, après les soins infirmiers qui représentent quant à eux 6,4 milliards d'euros (Cour des Comptes, 2015).

Les soins de kinésithérapie à domicile s'inscrivent dans le décret de compétences si le kinésithérapeute peut disposer de moyens techniques suffisants (article R.4321-114 du Code de Déontologie). Ces actes doivent respecter la durée déontologique d'une séance, c'est-à-dire 30 minutes. Pour qu'une prise en charge soit réalisée chez le patient, il est nécessaire que le médecin spécifie « à domicile » sur son ordonnance. La séance est facturée de la même manière qu'une séance en cabinet, avec une majoration liée au déplacement : il existe plusieurs indemnités forfaitaires différentes, en fonction du type de déplacement et de la pathologie du patient : IFD, IFO, IFR, IFN, IFP, IFS (Annexe I). Enfin, l'indemnité forfaitaire peut être associée à une indemnité kilométrique de déplacement. Cette indemnité concerne les kinésithérapeutes faisant des distances supérieures à deux kilomètres. Il en existe de trois types : IK plaine, IK montagne, IK ski/pied (Annexe I).

On obtient donc une formule de ce type :

$\begin{aligned} \text{COTATION} &= \text{Lettres clés (AMS, AMK ou AMC)} \times \text{Coefficient} \\ &+ \text{Indemnité forfaitaire} \\ &+ \text{Indemnité kilométrique} \end{aligned}$

En termes de dépenses, ces indemnités de déplacement représentent une part limitée (5%) des dépenses de l'Assurance Maladie au titre des masseurs-kinésithérapeutes (Cour des Comptes, 2015). Mais alors, quelle est la place de la kinésithérapie à domicile au sein du métier de MK ?

1.2.2. Place des soins à domicile dans la kinésithérapie

La pratique à domicile est essentiellement réalisée par des MK exerçant à titre libéral, bien qu'il existe également des services ou organisations privées ou publiques susceptibles d'en réaliser, comme les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) ou les hospitalisations à domicile (HAD). Il s'agit pour les MK

libéraux de pratiquer une séance de kinésithérapie non plus dans un environnement classique de rééducation, mais auprès du lieu de vie de la personne soignée, dont la nécessité d'une prise en soin à domicile est justifiée par l'ordonnance du médecin mais également par le bilan kinésithérapique réalisé en première séance. La relation d'aide relève ici pleinement du modèle sanitaire d'emploi à domicile, à distinguer des modèles domestique (aide familiale, employé de maison), industriel (service de portage des repas) ou social (bénévolat, aide informelle) (Weber et al., 2014).

Face à la croissance importante du nombre de MK libéraux, on pourrait s'attendre à une nette augmentation du nombre d'actes pratiqués en cabinet, mais également à domicile. Cependant, il n'existe pas de publications récentes permettant de chiffrer ces évolutions. De plus, à ce jour, aucune étude n'a abordé la question des domiciles dans le système de prise en soin kinésithérapique.

Pour avoir une idée plus précise de ces chiffres nationaux, nous avons utilisé une base de données en libre accès sur internet, Open DAMIR. Ce jeu de données provient directement de l'Assurance Maladie, branche de la Sécurité Sociale. Il s'agit d'une extraction du Système National Inter Régimes d'Assurance Maladie (SNIIRAM) portant sur l'ensemble des remboursements de l'assurance maladie tous régimes confondus. La méthode d'analyse est détaillée en annexe (Annexe 2).

Sur une période de 2011 à 2018, nous avons comptabilisé le nombre d'actes réalisés par les MK libéraux en nous basant sur les trois lettres clés (AMC, AMK, AMS) des cotations de kinésithérapie : nous avons ainsi obtenu la somme exhaustive de tous les actes déclarés à la Sécurité Sociale sous l'une de ces trois lettres clés.

Nous avons ensuite comptabilisé le nombre d'actes réalisés par les MK libéraux ayant nécessité un remboursement de déplacement, en nous basant sur les lettres clés des indemnités forfaitaires de déplacement (IFD, IFO, IFR, IFN, IFP, IFS) : il s'agit donc des actes de kinésithérapie à domicile.

Nous avons également comptabilisé la totalité des actes réalisés en établissement par des kinésithérapeutes libéraux, actes bénéficiant d'une cotation spécifique puisqu'ils correspondent à la lettre clé AMC. Il s'agit notamment des soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Dès lors, pour connaître la part des actes de kinésithérapie réalisés en cabinet, il suffisait de soustraire du nombre total d'actes de kinésithérapie les actes ayant nécessité un déplacement ou correspondant à la lettre clé AMC.

En moyenne sur 8 années consécutives, la kinésithérapie à domicile représente 19% des actes de kinésithérapie en libéral (figure 1).

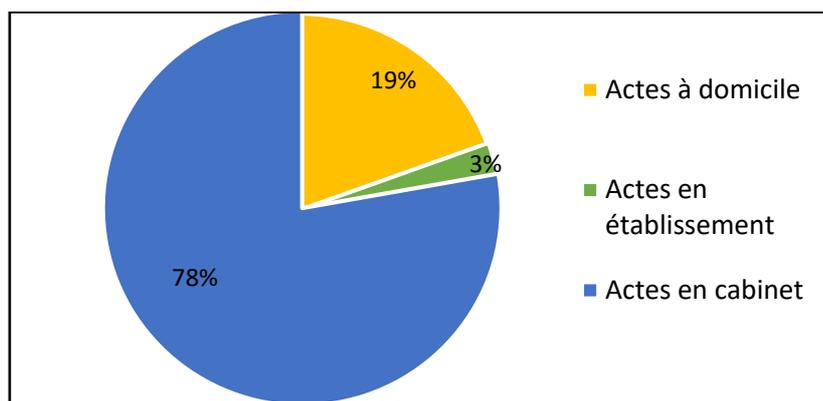


Figure 1 : Moyenne de la distribution des actes de kinésithérapie libérale sur 8 ans, de 2011 à 2018

Sur la figure 2, nous constatons une nette augmentation du nombre d'actes de kinésithérapie libérale en 8 ans : de près de 210 millions d'actes en 2011, on passe à 274 millions d'actes en 2018, ce qui correspond à une augmentation de 23,4%. Mais cette augmentation se fait seulement au profit des actes en cabinets libéraux. On peut en effet constater la même pente croissante pour les actes en cabinet libéraux que pour les actes totaux, alors que les actes à domicile restent fortement minoritaires. La kinésithérapie à domicile n'évolue pas autant, passant de 44 millions d'actes en 2011 à 48 millions en 2018, soit une augmentation de 8,3%.

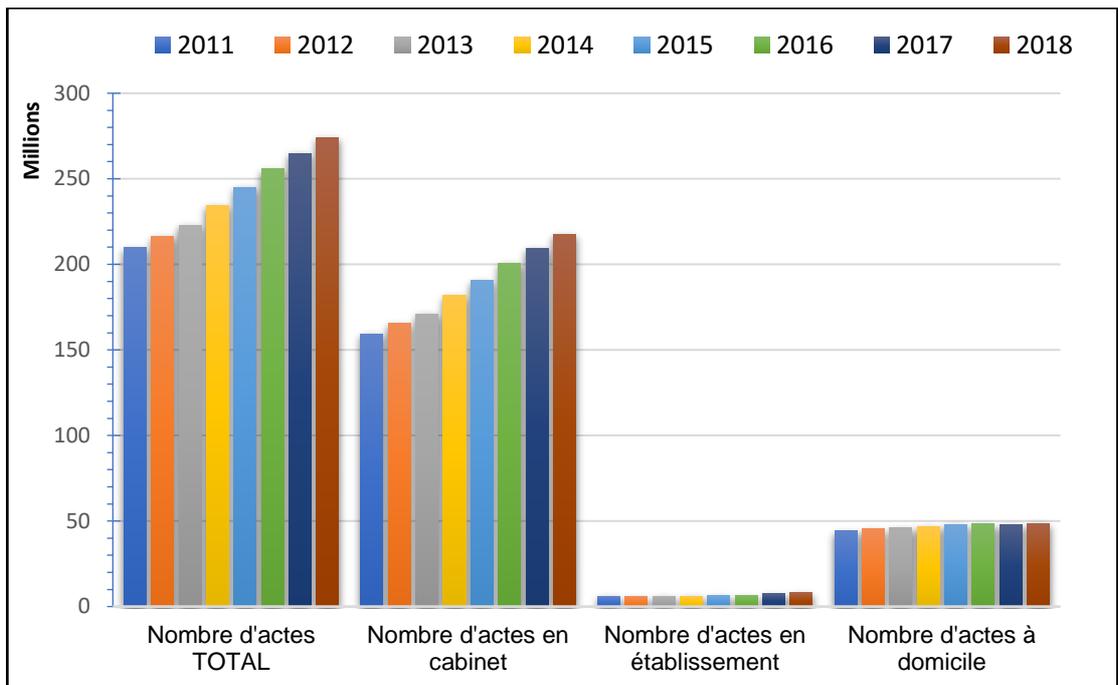


Figure 2 : Évolution des actes de kinésithérapie libérale sur 8 ans, de 2011 à 2018 (en millions)

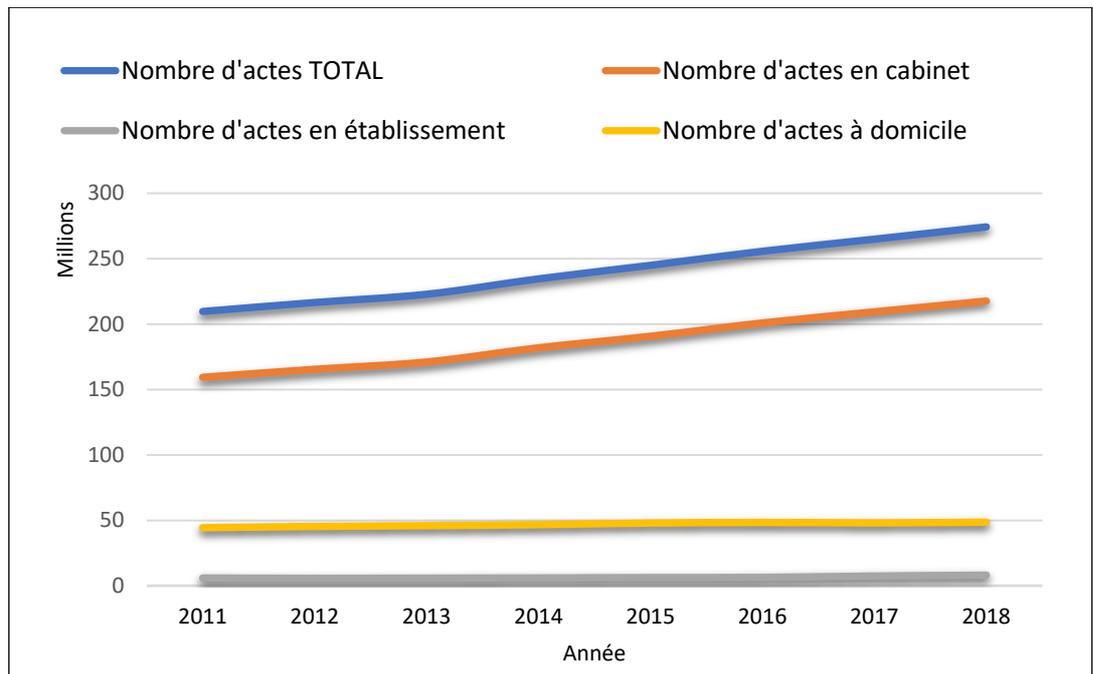


Figure 3 : Courbes d'évolution du nombre d'actes en kinésithérapie libérale sur 8 ans, de 2011 à 2018 (en millions)

Les données analysées apportent une réponse sur l'évolution actuelle des soins à domicile comparativement à ceux prodigués en cabinet : alors que les soins en cabinet augmentent considérablement, on constate une dynamique de soins à domicile qui stagne.

Mais la France n'aura-t-elle pas besoin de plus de soins de kinésithérapie à domicile dans les prochaines années pour répondre à une demande croissante ? Parmi les enjeux du système de santé récemment mis en avant par les politiques de santé ou les instances publiques, quels sont ceux supposés en lien avec la kinésithérapie à domicile ?

1.3. Les enjeux actuels du système de santé

Il y a vingt ans, l'OMS présentait le système de santé français comme étant le plus performant en termes de dispensation et d'organisation des soins. Basé sur un système de solidarité nationale, depuis la création de la Sécurité Sociale en 1945, il représente 11,3% du PIB français (OCDE, 2019). Aujourd'hui, ce système doit être capable de se réinventer pour faire face à de nombreux défis actuels. Tout en maintenant des soins de qualité optimale dans un contexte de restriction budgétaire, le système de santé doit responsabiliser le patient pour en faire l'acteur central de sa santé, répondre aux déséquilibres territoriaux d'accès aux soins, appréhender le vieillissement de la population française, mettre en application le virage ambulatoire, décloisonner l'hôpital et la ville, valoriser les actions de prévention. Parmi ces enjeux, nous avons décidé d'en développer deux : le vieillissement de la population et le virage ambulatoire, car il s'agit de défis pour lesquels la kinésithérapie joue un rôle prépondérant.

1.3.1. Vieillissement de la population

- Chiffres traduisant une évolution démographique importante

Il existe d'importants défis concernant le grand âge, puisque les données démographiques montrent une nette accentuation du vieillissement de la population. Au 1er janvier 2020, la France compte 67,063 millions d'habitants (INSEE 2020). Le vieillissement de la population française se poursuit. Les personnes âgées d'au moins

65 ans représentaient 19,6% de la population en 2018, elles représentent aujourd'hui 20,5% (INSEE, janvier 2020).

Les prévisions des prochaines années vont dans le sens d'un vieillissement de la population, du fait de l'avancement en âge de la génération des « baby-boomers » (génération des personnes nées entre 1945 et 1965).

Si l'OMS définit le terme de « personne âgée » à partir de 65 ans, il est clair que les problématiques des « séniors » sont différentes selon leur tranche d'âge. On retrouve des problématiques liées à la gériatrie plus tard, à partir de 80 ans.

- Stratégies nationales

Le 1er octobre 2018, Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé lançait une vaste concertation nationale coordonnée par M. Dominique Libault, en vue du projet de loi « Grand âge et autonomie » qui sera présenté à l'Assemblée Nationale dans les mois à venir. L'objectif : « permettre le libre choix et une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées, dont la citoyenneté doit être pleinement reconnue » (Libault, 2019).

Pour répondre à ce défi démographique, une place primordiale est donc accordée à la prévention de la perte d'autonomie, définie comme la « capacité à se gouverner soi-même » (Winance, 2007), et à la lutte contre l'isolement. Parmi les huit priorités du rapport Libault, certaines vont dans le sens d'un renforcement des actions de maintien à domicile, ainsi qu'une prise en charge des pathologies chroniques et de la dépendance, définie comme « l'incapacité à réaliser les diverses activités de la vie quotidienne sans recourir à une aide » (ibid.).

Par ailleurs, cet engagement sociétal doit se faire en ayant conscience des enjeux budgétaires du système de santé actuel. « Il importe de concilier ces évolutions avec une maîtrise des dépenses indispensables dans le contexte de déficits récurrents de l'assurance maladie, tout en assurant une prise en charge de qualité sur l'ensemble du territoire » (Cour des Comptes, 2015).

- Place de la kinésithérapie face au vieillissement

L'intérêt de la prise en charge kinésithérapique auprès des personnes âgées n'est plus à prouver. Le kinésithérapeute, habilité à prendre en soin des personnes

âgées, réalise des soins de prévention, notamment contre la perte d'autonomie (Berasategui, 2019). Il aide à la déambulation, au maintien à domicile des personnes en proposant des formations au relevé du sol (Brika et al, 2018) et en participant à la lutte contre l'isolement. La kinésithérapie est donc une pratique indispensable pour accompagner les personnes âgées.

À partir des données du SNIIRAM que nous avons analysées, nous avons constaté que les actes réalisés à domicile sont majoritairement pratiqués auprès d'une patientèle âgée, comme en atteste la répartition des âges par tranches sur la figure 4. On découvre même qu'en 8 ans, la moyenne d'âge passe de 74 ans à 78 ans (figure 5).

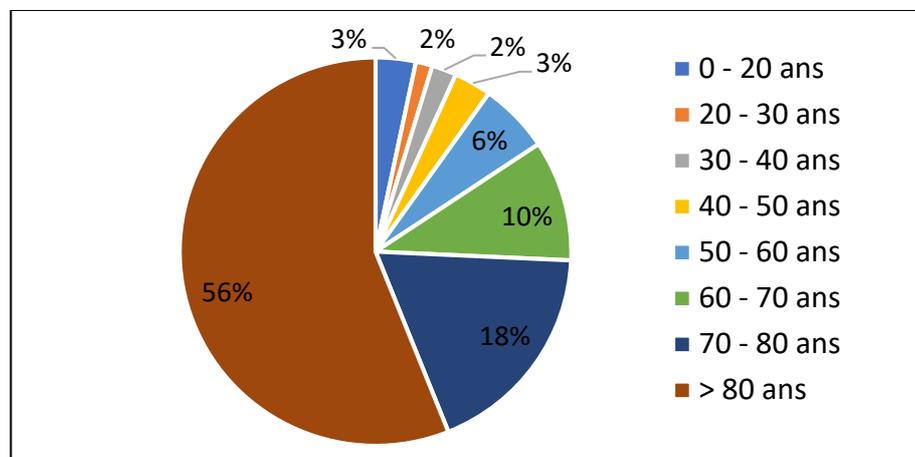


Figure 4 : Répartition des âges pour chaque acte de kinésithérapie à domicile, moyenne sur 8 ans de 2011 à 2018

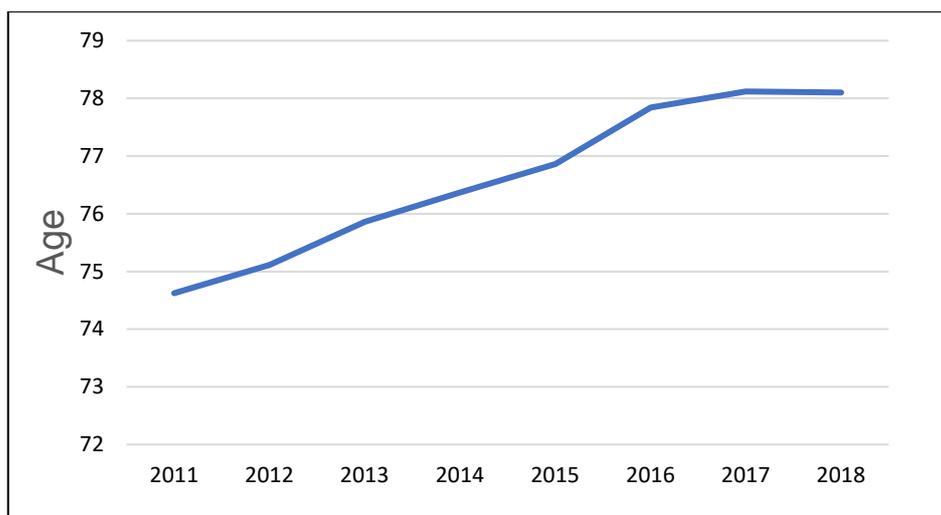


Figure 5 : Évolution de la moyenne d'âge des patients pour chaque acte de kinésithérapie à domicile sur 8 ans de 2011 à 2018

On constate donc que les actes de kinésithérapie à domicile, même s'ils n'augmentent pas depuis les dix dernières années, concernent davantage nos aînés qui constituent une proportion importante de la population du fait de son vieillissement.

1.3.2. Virage ambulatoire

- Émergence du concept

Le virage ambulatoire est une ambition politique qui a émergé à la fin du XXème siècle. Alors même que l'hôpital français s'organisait peu à peu comme l'élément central du système de santé par sa concentration d'innovations, de connaissances et de technologies, les questions budgétaires et enjeux du XXIème siècle remettent en question l'ensemble du parcours de soin des patients et notamment la durée de séjour hospitalier. Cette révolution de « dés-hospitalisation », (terme emprunté à l'ancien ministre québécois Jean Rochon), est un virage dans la mesure où, dès que la personne hospitalisée est cliniquement et fonctionnellement capable et autonome, on l'encourage à retourner chez elle.

- Stratégies nationales

Dès 2016, la Loi de Modernisation du Système de Santé s'attache à favoriser des hospitalisations de jour, c'est-à-dire des actes à l'hôpital réalisés sur le temps d'une journée, afin de limiter les dépenses et de libérer des places dans les hôpitaux tout en conservant une qualité de prise en charge équivalente.

« D'ici à 2022, je souhaite porter la médecine ambulatoire à 55% et la chirurgie ambulatoire à 70%, contre 43% et 54% aujourd'hui », a déclaré Mme Buzyn, en octobre 2017, dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. Les soins à l'hôpital sont donc pratiqués plus brièvement. Dans le secteur de la chirurgie par exemple, les prises en charge ambulatoires ont déjà explosé.

- Coordonner l'hôpital et la ville

Si la durée d'hospitalisation est plus courte, le parcours de santé de la personne soignée, quant à lui, ne s'arrête pas à la sortie de l'hôpital. Cette ambition politique provoque de nouveaux enjeux avec la nécessité d'un suivi, et donc une parfaite coordination ville-hôpital. Des mesures en pleine réflexion, un sujet qui interroge.

Ainsi la Fédération Hospitalière de France, association réunissant la quasi-totalité des établissements de santé publics français, a rendu un rapport en mars 2018 donnant des clés pour coordonner l'hôpital public et les professionnels de ville. (FHF, 2018). L'importance des autres professions de santé ou secteurs intervenant dans les parcours de santé (sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes...) est aussi prise en considération.

La sortie de l'hôpital ou d'un établissement de santé est parfois suivie d'une entrée en établissement de soins de suite et réadaptation (SSR). Globalement, le nombre total de journées réalisées en SSR ne cesse d'évoluer : il est ainsi passé de 35,9 millions en 2012 à un peu plus de 37 millions en 2014 (DGOS, 2019). Les patients peuvent donc bénéficier d'une continuité de soins de kinésithérapie en séjournant dans ces structures.

La sortie de l'hôpital peut aussi être suivie d'une prise en charge en cabinet de kinésithérapie, mais pas toujours : un temps de transition est souvent nécessaire pour retrouver une indépendance fonctionnelle suffisante pour accéder au cabinet. Dès lors une prise en charge kinésithérapique à domicile est nécessaire.

Ainsi, des services ont commencé à se mettre en place afin d'anticiper les besoins du patient dans le cadre de son retour à domicile après son hospitalisation, de manière à fluidifier le parcours hôpital-ville. Prenons par exemple le PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation) qui se généralise peu à peu depuis 2010, proposé par l'Assurance Maladie, ayant déjà pris une place importante dans le cas des suites d'hospitalisation de BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), d'AVC (accident vasculaire cérébral), après accouchement ou chirurgie (Ameli, 2020).

Il existe aussi de nouveaux tarifs conventionnels applicables aux MK libéraux en faveur de cette transition hôpital-ville (Annexe I). Deux forfaits ont été mis en place : le forfait de retour à domicile post-AVC (FRD) et le forfait d'accompagnement du retour à domicile post-chirurgie orthopédique (FAD) mais aussi une indemnité forfaitaire de déplacement dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation (IFS).

Les kinésithérapeutes libéraux se déplaçant à domicile constituent donc d'importants protagonistes de ce virage ambulatoire.

1.4. Problématique

Suite à une rapide présentation du métier de masseur-kinésithérapeute, nous avons décrit la pratique de la kinésithérapie à domicile, représentant environ 20% des actes de kinésithérapie libérale en France. De manière très surprenante, ces soins n'évoluent pas de la même manière que les soins en cabinet, qui eux, explosent (+8,3% à domicile contre +23,4% en cabinet).

Parallèlement, nous avons vu que la kinésithérapie à domicile est un moyen de faire face au vieillissement de la population en permettant la prévention de la perte d'autonomie et la lutte contre l'isolement des personnes âgées. Elle est également une réponse face au développement rapide du virage ambulatoire, mesure politique phare visant à désengorger les hôpitaux.

Mais alors, durant les huit dernières années, pourquoi le nombre d'actes à domicile n'a-t-il pas augmenté alors même que les besoins se multiplient ? Quelle peut-être l'origine de l'absence de croissance du volume de soins de kinésithérapie à domicile ?

1.5. Hypothèses

On suppose que la kinésithérapie à domicile est une pratique singulière, qui se distingue de la kinésithérapie traditionnelle en cabinet libéral avec ses intérêts et contraintes propres.

On suppose que les kinésithérapeutes libéraux sont freinés par les contraintes de cette pratique, ce qui pourrait expliquer la faible augmentation d'actes de kinésithérapie depuis les huit dernières années.

2. Matériel et méthodes

2.1. Stratégie d'enquête

Pour réaliser notre enquête, nous avons choisi d'employer deux méthodes couramment utilisées en sciences humaines et sociales : l'entretien semi-directif et le questionnaire descriptif. Les entretiens ont été réalisés au début du parcours de recherche, afin de se familiariser avec le sujet des soins à domicile, mais aussi de se distancer des prénotions, puisqu'il s'agit d'un terrain « proche » dans lequel nous évoluons professionnellement (Beaud et Weber, 1997). L'élaboration du questionnaire s'est faite dans un second temps, après avoir récolté et analysé les données d'entretien. Ce chapitre, divisé en deux parties, décrit l'ensemble des étapes d'élaboration de ces deux méthodes de recherche sociologique.

2.2. Entretiens semi-directifs

2.2.1. Choix de la méthode d'entretien

En sociologie, les trois grands types d'entretiens utilisés sont l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien compréhensif. Dans un souci de connaissance plus approfondie de l'activité à domicile des MK libéraux, nous avons réalisé plusieurs entretiens semi-directifs, ou entretiens centrés (Combessie J.C, 2007). Il s'agit d'entretiens en face à face avec un seul enquêté, durant lesquels les questions ne sont pas préparées à l'avance méthodiquement comme dans un entretien directif. Toutefois, une grille d'entretien peut servir afin de ne pas s'éparpiller. D'après F. le Play, il est préférable d'écouter plutôt que d'interroger (F. le Play, XIXe siècle). Ainsi, l'importance réside-t-elle ici dans la compréhension du sujet et de sa pratique, lors d'une conversation spontanée et fluide associée à une écoute active. Dans ce type d'entretien, les relances, les silences sont des informations tout aussi importantes que la parole de l'enquêté.

2.2.2. Outils de l'entretien

- La grille d'entretien

Afin de ne pas se perdre durant l'échange, nous avons réalisé une grille de questions ouvertes dont l'ordre importe peu si ce n'est une logique d'enchaînement. En effet, l'entretien semi-directif doit suivre sa « dynamique propre » (Combessie, 2007). Bien que les questions orientent l'enquêté sur une thématique, sa réponse peut amener la discussion sur des thématiques différentes, ou sous-thématiques. Ainsi, nous avons élaboré une grille d'entretien qui se divise, de manière générale, en trois parties : présentation globale du kinésithérapeute et de sa pratique, ses difficultés, et enfin les ressources et points positifs rencontrés dans sa pratique à domicile (cf. Annexe III).

- Le journal de terrain

Nous avons tenu un journal de terrain pendant toute la période d'enquête. Comme sur un journal de bord, nous y avons noté l'ensemble des événements et éléments de l'enquête au cours de la progression de la recherche (Beaud et Weber, 1997), mais également les informations jugées pertinentes de chaque entretien. En effet, « si la retranscription est une pièce majeure du corpus de données issues de l'enquête, elle doit être complétée par une série d'observations consignées dans le journal de terrain de l'enquêteur » (Barbot, 2012) : date, prise de contact, description du lieu d'entretien, de l'attitude des protagonistes ainsi que des échanges après l'entretien. Les informations confidentielles (adresses, numéros de téléphones, mails...) sont également consignées mais non transmises à des tiers.

- Dictaphone et ordinateur pour la retranscription

Chaque entretien a été enregistré après accord de l'enquêté par une application de dictaphone sur smartphone. Dans un second temps nous avons retranscrit chacun des entretiens sur plusieurs documents Word®.

2.2.3. Personnes enquêtées et déroulement

Nous avons choisi de nous restreindre à six entretiens auprès de kinésithérapeutes exerçant des soins à domicile à titre libéral (ou ayant exercé à titre

libéral). Nous n'avons pas interrogé de kinésithérapeutes n'exerçant pas à domicile. Les kinésithérapeutes ont tous été contactés par téléphone, pour présenter notre démarche de recherche et organiser un rendez-vous. Les entretiens se sont déroulés sur une période entre mars 2019 et janvier 2020, dans des environnements différents. À l'exception du dernier entretien, nous avons toujours été en mesure d'aller au plus près des lieux résidentiels ou de travail de chaque kinésithérapeute.

Le déroulement de chaque entretien est segmenté en plusieurs parties. Dans un premier temps l'annonce, c'est-à-dire la mise en matière qui a pour but d'amorcer l'échange. Vient ensuite la partie de développement ponctuée par des relances, terme générique qui désigne la manière de reprendre en « écho » les propos mêmes de son interlocuteur afin qu'il les développe (Combessie JC, 2007). Puis vient la conclusion, avec une explication plus développée de notre démarche de recherche. Enfin, une ouverture vers une éventuelle prochaine rencontre.

2.2.4. Collecte et analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés par téléphone portable et retranscrits sous forme de documents Word. Nous avons veillé à l'anonymisation des personnes en changeant leurs prénoms en pseudonymes. Nous avons également supprimé les lieux d'exercices ou d'obtention de diplôme trop précis.

Pour analyser les entretiens, nous avons utilisé la méthode de l'analyse thématique. Cette méthode est décrite dans l'ouvrage *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (Paillé et Mucchielli, 2012) comme une méthode qui consiste à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observations. Nous avons ainsi procédé en deux étapes : la création d'un relevé de thème (Annexe IV), document contenant la liste linéaire des thèmes abordés dans chaque entretien, ainsi que la formation d'un arbre thématique (Annexe V), schématisation rassemblant l'ensemble des regroupements thématiques ainsi que les verbatim des kinésithérapeutes interrogés. L'ensemble des résultats est donc analysé de façon croisée, thématiquement, dans le but d'interpréter les entretiens pour réaliser un compte rendu d'enquête (Beaud et Weber, 1997)

2.3. Questionnaire descriptif

2.3.1. Choix et forme du questionnaire

La phase d'entretiens nous a permis d'obtenir des informations approfondies auprès d'un groupe limité de kinésithérapeutes libéraux. De ces résultats de nature qualitative, nous avons observé un certain nombre de points communs et de divergences concernant leur pratique de la kinésithérapie à domicile. Désormais, nous cherchons à décrire et à comprendre le comportement d'une plus grande proportion de kinésithérapeutes. « L'observation, l'entretien favorisent une approche intensive, approfondissant un nombre limité de cas. Le questionnaire a pour fonction principale de donner à l'enquête une extension plus grande et de vérifier statistiquement jusqu'à quel point sont généralisables les informations et hypothèses préalablement constituées » (Combessie, 2007). La rédaction d'un questionnaire suppose une connaissance préalable du « terrain », c'est-à-dire de la population étudiée et du domaine de recherche (Parizot, 2012).

L'objectif de ce questionnaire est donc d'appréhender les différentes représentations que se font les kinésithérapeutes sur les soins à domicile et de quantifier, voire hiérarchiser, les informations.

Nous avons choisi de réaliser un questionnaire auto-administré individuellement par les kinésithérapeutes. « Les enquêtes auto-administrées réduisent les biais liés à la présence d'un enquêteur et présentent l'avantage de coûts de passation moindres » (ibid.). Grâce à un outil en ligne, Google Forms, le questionnaire a été diffusé à plusieurs réseaux de kinésithérapeutes existants, également relayé par les URPS Auvergne Rhône-Alpes et Ile-de-France.

Afin d'obtenir le plus de réponses possibles, nous avons été vigilants à sa mise en forme et au texte de présentation, qui constitue le premier contact avec les potentiels répondants. La présentation était simple, l'intention clairement évoquée, l'anonymat garanti ainsi que la forme volontairement distrayante.

2.3.2. Construction du questionnaire

La trame du questionnaire se trouve en Annexe VI.

- La recherche d'indicateurs

La notion centrale du questionnaire correspond aux difficultés et facilités de l'exercice à domicile. Cette notion est appréhendée à partir de plusieurs indicateurs, qui, selon Paul Lazarsfeld, doivent être multiples : « La relation entre chaque indicateur et le concept fondamental étant définie en termes de probabilité et non de certitude, il est indispensable d'utiliser autant que possible un grand nombre d'indicateurs » (Boudon et Lazarsfeld, 1965). Chacun de ces indicateurs pourra être étudié séparément, apportant des informations intéressantes en elles-mêmes ; mais ils pourront également être regroupés (agrégés) afin d'analyser le rapport au concept fondamental de façon plus globale. Nous avons choisi six indicateurs à caractère négatif et cinq indicateurs à caractère positif, faisant chacun référence à une question.

- La forme et la formulation des questions

Le choix de la forme des questions est primordial. En effet, « la qualité des réponses obtenues dépend assurément au moins en partie, de celle des questions posées » (Parizot, 2012). Il existe deux grandes catégories de questions : les questions ouvertes, laissant un champ libre à l'enquêté pour répondre, et les questions fermées, plus simples à analyser par la suite mais nécessitant que les modalités de réponse proposées couvrent l'ensemble des situations potentiellement vécues par les enquêtés (ibid.) Nous avons choisi des questions fermées, avec l'utilisation de choix multiples ou uniques en fonction des questions. En fin de questionnaire, il était cependant possible de s'exprimer via une réponse courte à la question « Avez-vous des remarques particulières sur la pratique à domicile ? »

Pour certaines questions, l'utilisation d'une échelle était nécessaire afin de mesurer le degré d'approbation d'un indicateur ou le niveau de satisfaction concernant un sujet. Nous avons donc utilisé une méthode psychométrique : l'échelle de Rensis Likert (1932). De plus, pour évaluer la satisfaction des kinésithérapeutes vis-à-vis de leur exercice à domicile, nous avons emprunté aux techniques de marketing le CSAT ou « satisfaction utilisateur ». (Beugniez, 2019). Il s'agit d'une question rapide et fiable permettant de connaître de manière univoque l'avis de l'enquêté.

Concernant la formulation des questions, nous avons privilégié un vocabulaire simple et précis. Afin de minimiser l'effet de suggestion que peuvent avoir certaines

questions, les termes étaient méticuleusement choisis pour être neutres, sans connotation (positive ou négative).

- L'ordre des questions

L'échantillon des répondants au questionnaire est constitué de kinésithérapeutes libéraux aux profils variés. De fait, il existe de multiples manières d'exercer la kinésithérapie à domicile. Les kinésithérapeutes ne réalisant pas de soins à domicile étaient aussi interrogés. Il était donc indispensable de diriger les différents profils d'enquêtés vers les questions qui les concernent. Dès lors, l'usage de filtres est tout indiqué puisqu'ils « évitent d'interroger tous les enquêtés sur un thème qui ne concernerait qu'une partie d'entre eux » (Parizot, 2012).

Il a été démontré que dans un questionnaire, l'ordre des questions peut influencer les réponses (Grémy, 1993). Le questionnaire débute par des questions obligatoires sur les déterminants sociaux (sexe, âge, lieu d'exercice, type d'activité, etc.) avec des questions à choix unique. Une fois les profils déterminés, chaque profil est orienté sur de nouvelles questions (Annexe VI). Les kinésithérapeutes qui réalisent des soins à domicile doivent répondre à une série de questions à réponses échelonnées, les questions autour de la notion de « contraintes » étant positionnées avant celles de la notion « d'intérêts ». La question plus générale de satisfaction est volontairement positionnée en fin de questionnaire.

2.3.3. Échantillon interrogé

Les kinésithérapeutes ayant participé à ce questionnaire devaient travailler en libéral, avec une activité à temps plein ou mixte (libéral et salariat). Ainsi, ont été exclus de l'étude les kinésithérapeutes salariés, intérimaires, retraités et « autres ».

2.3.4. Mise en ligne, collecte et analyse des données

Avant de mettre en ligne et de diffuser le questionnaire, il a été testé plusieurs fois par cinq professionnels libéraux, deux étudiants, ainsi que trois membres de notre famille afin d'éliminer tout problème d'enchaînement de questions ainsi que les questions trop orientées ou mal formulées. La collecte des données s'est faite par le biais du logiciel Microsoft Excel, ce qui nous a permis d'analyser l'ensemble des informations. Nous avons dans un premier temps réalisé un tri à plat des informations,

puis un tri croisé en associant plusieurs variables. Les données ont ensuite été analysées.

3. Résultats

3.1. Compte rendu de l'enquête par entretien

Nous allons ici exposer les différentes thématiques qui sont ressorties des échanges, à partir de l'arbre thématique que nous avons réalisé (Annexe V), de sorte que « le terrain ne disparaisse pas sous les concepts, mais au contraire, que les concepts éclairent le terrain » (Beaud et Weber, 1997).

3.1.1. Des profils variés de kinésithérapeutes

La population interviewée par entretiens était constituée de six kinésithérapeutes exerçant en France. Ces kinésithérapeutes étaient tous libéraux, ou anciennement libéraux, avec une activité à domicile régulière ou exclusive. Au total, on compte trois femmes pour trois hommes âgés de 27 à 44 ans. Les lieux d'exercice de ces kinésithérapeutes sont très variables avec des kinésithérapeutes exerçant dans des grandes villes (Paris, Lyon), et d'autres dans des villes plus petites (banlieues d'Annecy ou de Chambéry) voire dans des espaces ruraux (dans les montagnes des Aravis et des Bauges).

Sur les six kinésithérapeutes interrogés, trois d'entre eux sont titulaires de leur activité et pratiquent strictement à domicile : Thomas, Carole et Marie. Alice quant à elle, a arrêté son activité libérale il y a un an, après deux ans strictement à domicile. Les difficultés de ce mode de travail ayant pris le dessus, elle a choisi de se consacrer désormais aux séances de kinésithérapie à domicile en étant salariée dans un SESSAD (Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile). Cependant l'échange que nous avons eu concernait sa période d'activité libérale. Enfin, les autres kinésithérapeutes Philippe et Tristan, sont assistants-collaborateurs dans des cabinets et consacrent plusieurs journées par semaine à domicile.

3.1.2. Organisation du temps

Alice, Thomas, Marie et Carole travaillent quatre à cinq jours par semaine. Les kinésithérapeutes exerçant à domicile et en cabinet ont une quantité horaire totale de domiciles différente : Philippe fait « deux matinées par semaine » ; Tristan fait « quatre

demi-journées par semaine » ce qui représente la moitié de son activité, et il lui arrive de « devoir passer voir des patients qui en ont besoin le samedi ».

La différence entre l'activité strictement à domicile et l'activité en partie en cabinet se retrouve surtout dans le temps alloué à la séance. Nous remarquons que Alice, Thomas, Marie et Carole n'hésitent pas à rester plus de 30 minutes pour les séances : « Mes séances duraient environ 20 minutes, mais avec une partie relationnelle qui les fait durer jusqu'à 40 minutes » (Alice), « Les séances dépassent parfois 30 minutes : certaines durent 40 minutes, notamment lorsqu'il est possible d'aller dehors pour marcher » (Carole). Marie déclare qu'elle a « été beaucoup pressée comme une serpillière, donc maintenant [elle] prends le temps » et explique cela par le fait qu'elle n'a pas de cabinet à rentabiliser : « si j'en avais un, je ne pourrais pas me le permettre ! » En effet, pour les kinésithérapeutes avec une activité en partie en cabinet, les séances durent moins longtemps : dépasser 30 minutes « c'est arrivé dans des cas particuliers mais c'est plutôt rare » pour Philippe, et pour Tristan « c'est toujours environ 20 minutes. »

L'organisation du temps en faisant des domiciles comporte plusieurs aspects positifs pour l'ensemble des personnes interrogées. Les kinésithérapeutes effectuant strictement des domiciles témoignent tous d'une importante liberté horaire : Alice évoque une meilleure disponibilité pour sa vie personnelle, Thomas parle d'un « meilleur confort de vie » avec la possibilité d'avoir d'autres projets, de se « lancer dans l'entrepreneuriat ». Pour Caroline et Marie, c'est un bon compromis : maintenir une activité libérale avec des horaires plus souples. Marie rajoute également la volonté d'indépendance : « J'avais envie de faire mon truc à moi, pas forcément dépendre des autres, je ne voulais pas me coincer avec des personnes. » Pour Tristan et Philippe, les domiciles sont un moyen de « sortir du cabinet » et de ne pas « rester enfermés ». « J'aime bien me promener, faire du 9h-19h au cabinet sans sortir, j'aurais vraiment du mal » (Tristan).

Mais l'exercice à domicile comporte aussi des désavantages en termes d'organisation du temps. Pour Philippe, réaliser des domiciles quand on possède une activité en cabinet est un « effort » puisque « il y a déjà tellement de demandes » et « ce n'est pas rentable ». Tristan explique que les kinésithérapeutes « ne se cassent

pas la tête à courir à droite à gauche », préférant « prendre quatre patients au cabinet à la demi-heure ». Philippe rajoute qu'il a un timing précis à assurer en cabinet : « je ne peux pas prendre de retard ». Pour Marie et Alice, le problème des domiciles résulte dans la difficulté de trouver des remplaçants : « il y en a moins qu'en cabinet » (Alice). C'est pour cette raison que Marie ne s'est pas installée avant ses congés maternité. Tristan témoigne : « Ce n'est pas facile de trouver des remplacements, là, pour les fêtes, j'ai dû abandonner mes patients pendant 15 jours. Sauf certains que j'ai vus le 23 et le 30 décembre, en cas de post-opératoire. Souvent en vacances, je descends une fois dans la semaine pour maintenir des séances importantes. »

3.1.3. Organisation des déplacements

Les six kinésithérapeutes interrogés se déplacent pour la grande majorité en voiture. Seul deux utilisent un vélo (Thomas et Pascal). Carole se déplace parfois en trottinette et Marie se pose la question d'acheter un vélo électrique. Les périmètres sont variables : en voiture, les kinésithérapeutes peuvent facilement faire 20 kilomètres, c'est le cas notamment de Tristan et de Marie. La distance la plus longue de Philippe, qui se déplace à vélo, est de 6 kilomètres. Carole et Thomas, qui pratiquent en ville, se déplacent dans un arrondissement déterminé, secteur qu'ils définissent eux-mêmes. Ces déplacements et la localisation des domiciles sont parfois difficiles d'accès pour plusieurs raisons. Marie, qui travaille en montagne, est impactée dans ses déplacements par la neige plusieurs mois par an : « Je passe une heure tous les matins à déneiger les trois mètres qui me séparent de la route. » « Faudrait quasiment que j'achète un 4x4 ». Il existe une indemnité de déplacement à ski, et Marie évoque les déplacements en ski de randonnée quand la neige sur la route allant chez les patients est trop abondante : « ça serait carrément plus rapide des fois ! ». Thomas évoque la réglementation de l'installation de kinésithérapeutes libéraux dans les zones sur-dotées. Selon lui, il faudrait une dérogation pour les kinésithérapeutes réalisant uniquement des soins à domicile, car il existe un réel besoin.

3.1.4. Aspects techniques et matériels

Nous avons interrogé les kinésithérapeutes sur leurs gestions financières respectives. Pour Alice, la « comptabilité est chronophage, sauf si l'on prend un comptable ». C'est ce qu'a fait Tristan, qui ne s'en occupe pas : « je suis entouré

d'experts-comptables dans ma famille donc j'ai la chance de leur filer toute ma paperasse. ». Selon Carole, qui est titulaire et réalise seulement des domiciles : « la comptabilité est plus facile qu'en cabinet ». Les autres kinésithérapeutes qui sont dans le même cas sont unanimes concernant l'intérêt de l'absence de charges : « Je ne payais aucune charge ! Ça a beaucoup changé comparé à mes activités de cabinet auparavant. » (Alice) ; « Je ne paies pas de charges de cabinet, et surtout, je suis titulaire de mon activité donc je ne dois pas de rétrocession à quiconque. Car si j'étais dans un cabinet, je serais sûrement assistant donc je devrais en payer ! » (Thomas) ; « tu paies vraiment moins de charges... » (Carole) ; « Le domicile ça a l'avantage de ne pas induire des frais de cabinets » (Marie).

Certains des kinésithérapeutes évoquent, dans l'aspect financier, les cotations des actes nécessitant un déplacement. Pour Philippe, il est clair que l'indemnisation n'est pas assez reconnue : « En cabinet on a des AMS 9,5 [AMS : *lettre clé des actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques, 9,5 est le coefficient*] et à domicile c'est AMK 6 [AMK : *lettre clé des actes pratiqués au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé*], avec deux euros de déplacement, personne ne veut le faire, c'est évident.» Il ajoute : « Il faudrait qu'on reconnaisse mieux le déplacement comme un temps pour que je n'ai pas besoin de courir, s'il y avait une meilleure reconnaissance je pourrais en prendre plus. » Tristan, lui aussi en activité à domicile et en cabinet, explique pourquoi il arrêterait les domiciles : « ce qui pourrait me faire arrêter les domiciles ce serait un changement de calcul des indemnités kilométriques à notre désavantage. » Marie, quant à elle, déplore les difficultés liées aux cotations : « Le problème c'est que à ski concrètement parfois je serais obligée d'y aller puisque je ne peux pas y aller en voiture ! Mais le jour où je dois y aller en ski, je dois faire une autre fiche patient, en précisant le nombre de kilomètres à ski...ça n'existe pas, ou alors c'est inutilisable. »

D'un point de vue matériel, le professionnel de santé se doit d'avoir des outils pour facturer les patients, mais aussi pour réaliser des séances convenables avec des accessoires. Ainsi les kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile possèdent un nécessaire pour facturer les patients. Alice par exemple possédait un appareil de télétransmission portatif en plus d'un ordinateur portable et de son logiciel. Marie n'en

a pas acheté : « Elle coûte 500 euros la machine de télétransmission, du coup j'ai trouvé que ça coûtait moins cher d'acheter un ordinateur et un lecteur de carte vitale. » Tous peuvent également se fournir en petit matériel de rééducation, comme Marie qui a « tabouret, ballon, mousse, cannes ». Tristan possède une petite table de massage pliante, un step, de temps en temps, des élastiques, des mousses » et trouve cela pratique. Philippe lui, utilise seulement les objets du quotidien des patients : « tout est bon pour la rééducation, et c'est justement ça qui est intéressant quand on va à domicile, on a des idées, les ustensiles de la vie quotidienne sont aussi importants voire plus importants que les outils que l'on a au cabinet. » « Ce qui est important c'est leur montrer qu'ils peuvent faire plein de choses, c'est ça la rééducation, c'est l'éducation thérapeutique, arriver à trouver des pistes pour que la personne réussisse à se prendre en charge quoi... »

Concernant la gestion de la patientèle, quatre des six kinésithérapeutes évoquent la liste d'attente de patients qui augmente, particulièrement pour Tristan et Philippe. En effet, Tristan explique : « En ce moment, on est à plus de six semaines d'attente : on renvoie directement les personnes qui nous appellent vers d'autres cabinets car ça n'a plus de sens de faire patienter autant des patients...Sauf grosse urgence, dans ce cas on s'adapte et on essaie de trouver de la place. ». Même chose pour Philippe : « Ceux [*les patients*] en attente ? C'est permanent, il y a des kinés qui font que des domiciles donc on leur envoie mais ils sont très débordés. » Pour Marie, c'est un peu moins problématique : « Moi ça fait un an et demi que je suis installée, je n'ai pas une liste d'attente monstrueuse...Des gens appellent sur des secteurs qui ne sont pas les miens et normalement je ne suis pas censé les prendre. Après ça fait boule de neige...les patients que j'ai à domicile c'est des patients que je garde longtemps ! ». Mais Carole témoigne devoir répondre 5 à 10 fois par jour pour répondre à de nouvelles demandes de prise en charge à domicile.

3.1.5. *Prise en charge kinésithérapique*

Qu'en est-il des séances sur le plan strictement thérapeutique et kinésithérapique ? Nous avons demandé aux six interviewés de nous décrire les pathologies qu'ils rencontraient, le niveau et l'intérêt de la rééducation en elle-même,

mais aussi leur ergonomie au travail et la part de la pluridisciplinarité dans les prises en soins.

Tous sont univoques sur un point : on rencontre tout type de pathologies à domicile. « Il y a vraiment de tout, c'est la particularité... ». « Rhumatologie, pédiatrie, médecine interne, oncologie, lymphologie avec des drainages » » (Marie) ; « À domicile, on rencontre de tout. Mais dans un contexte thérapeutique particulier où le patient ne peut pas ou plus se déplacer jusqu'au cabinet libéral le plus proche : je retrouve par exemple beaucoup de pathologies gériatriques, des prises en charge en post-opératoire, de la kinésithérapie respiratoire avec par exemple des BPCO ou des bronchiolites » (Thomas).

Les kinésithérapeutes s'accordent pour dire qu'ils retrouvent de la gériatrie mais dans des contextes très différents : « Il y a bien sûr la gériatrie, mais pas seulement » (Alice) ; « À domicile, c'est sûr, on retrouve beaucoup de personnes âgées, mais avec des pathologies différentes : rhumatologie, neurologie, problèmes respiratoires » (Carole) ; « Globalement j'ai surtout des personnes âgées, avec aucune pathologie identiques...on a des pathologies très variables. Mais globalement ça va être prévention du risque de chute, prise en charge de l'équilibre, marche, renforcement musculaire, c'est le plus commun, sinon ça va être de la prise en charge de l'AVC [*accident vasculaire cérébral*], cervicalgies [*douleurs au niveau des cervicales*] » (Philippe).

Beaucoup évoquent aussi les prises en charge en post-opératoire : « J'avais beaucoup de post-opératoire (PTH, PTG) [*Prothèse totale de hanche, de genou*] » (Alice et Tristan) ; « Il y a aussi toutes les personnes opérées qui sortent des hôpitaux en ambulatoire » (Carole) ; « Dernièrement, c'était en post hospitalisation lors d'une reprise d'activité après hospitalisation pour une tumeur. » (Philippe) ; « Je retrouve de la neurologie (centrale et périphérique), de la pneumologie, traumatologie, notamment des prothèses totales de hanche et de genou, tout ce qui est chirurgie et soins post-opératoire, j'ai quelqu'un avec une fracture de Pouteau-Colles en ce moment par exemple [*Il s'agit d'une fracture au niveau du poignet*] » (Marie).

Pour Marie, le fait d'être en montagne, dans un milieu assez rural, est une particularité : « ici, quand tu es blessé, tu ne peux plus conduire, et quand tu ne peux

plus conduire, tu es dépendant de tout. Tu te sens isolé comme en prison, tu dépends de tout le monde. J'ai aussi des gens qui dépriment parce qu'ils ne peuvent plus se déplacer en voiture et du coup leur rêve c'est de pouvoir reconduire... ».

Des pathologies variées, parfois même complexes. On retrouve en effet plusieurs témoignages convergents concernant la difficulté de certaines prises en charge qui relèvent plutôt de l'hospitalisation : « je préfère comparer à l'hôpital parce que les gens que je vois sont plus des gens que tu pourrais croiser à l'hôpital » (Marie). Alice par exemple parle de « kiné respiratoire grave avec des mucoviscidoses, myopathies. Une rééducation de mucoviscidose ou myopathie c'est 1 à 2 fois par jour, tous les jours, avec séances plus longues que 20 minutes ! », pathologies pour lesquelles « il faut être prêt à ne pas avoir de vacances ni de WE ». Alice reconnaît que « les pathologies rencontrées sont parfois très complexes et les kinés libéraux pas assez formés » voire même que « les kinés en libéral ne veulent faire que du domicile de post opératoire, pas de neurologie par exemple ». C'est en effet ce que reconnaît Philippe : « Il ne faut pas que ça soit des pathologies trop lourdes non plus, parce que moi en tout cas si c'est trop lourd [...], j'ai du mal » Tristan est d'accord pour dire qu'il « s'agit de patients avec des pathologies similaires au cabinet mais à un degré supérieur. » Il a déjà eu une situation « un peu lourde », « de la neurologie avec de fortes séquelles et ce n'était pas évident, surtout du fait que je n'ai pas beaucoup de temps à domicile. »

Pour certains, la rééducation est intéressante, pour d'autres, elle est limitée. Philippe explique son point de vue : « Je trouve qu'au niveau rééducation c'est intéressant, car effectivement on voit les personnes dans leur milieu habituel afin de savoir comment ils fonctionnent, savoir comment on peut faire en sorte que la rééducation puisse être autre chose que simplement deux fois par semaine mais leur donner des clés par rapport à ce qu'ils ont dans leur environnement, on est sur place donc c'est bien. » Pour Marie, « le travail est intéressant, c'est de la gériatrie complexe » ainsi que pour Tristan : « c'est peut-être un petit peu répétitif, dans le maintien de la marche et de l'autonomie, on peut sembler tourner en rond mais il y a toujours des petites spécificités à chaque patient donc ça reste intéressant, en tout cas moi ça m'intéresse ». « Parfois les patients t'expliquent leurs difficultés quand ils sont au cabinet mais tu n'arrives pas à visualiser, là tu peux travailler et voir directement, adapter l'ergonomie au domicile. ».

Carole constate plutôt que la rééducation n'est pas « très variée. » « A long terme, le risque est de perdre certaines techniques de kinésithérapie. Il faut savoir se réinventer et trouver des stratégies à court terme, mais après plusieurs années de pratique, c'est toujours assez semblable. » Elle regrette qu'il n'existe pas de formations continues sur les soins à domicile.

L'ergonomie du kinésithérapeute est un inconvénient, notamment pour Marie qui reconnaît que « le fait de ne pas avoir de table, suivant les gens, [*le fait de ne pas pouvoir*] se mettre comme on voudrait sur les lits ou canapés » est une difficulté. Il en est de même pour Tristan : « on se pète pas mal le dos, car même si j'ai ma table, quand j'ai quatre étages à monter, je ne la prends pas forcément. » Il ajoute à cela les nombreux kilomètres en voiture : « je suis jeune, j'ai 30 ans mais à la longue, si on n'a pas une voiture confortable, ce n'est pas possible. »

La pluridisciplinarité est inexistante pour Tristan « On voit un peu les infirmières mais on n'a pas grand-chose à se dire ». Elle est au contraire importante pour Carole : « Travailler en équipe avec des infirmières, des auxiliaires de vie ainsi que des médecins est très intéressant et stimulant. ». Elle reste compliquée pour d'autres : Marie a du mal à joindre les médecins, et Philippe reconnaît une difficile coordination avec les autres professionnels de santé : « on est tous débordés avec des temps limités donc si on tombe en même temps, surtout avec de grosses pathologies... ». Enfin, Alice regrette que « le temps d'échanges avec les autres professionnels ne soit pas compté. »

3.1.6. Aspect relationnel

Nous avons interrogé les kinésithérapeutes sur la qualité relationnelle des soins à domicile, qui se distinguent des soins en cabinet par l'environnement très différent autour du patient. En effet, on rentre beaucoup plus dans l'intimité des personnes soignées. Nous nous sommes également intéressés à la sécurité des soignants dans cette pratique et à la possible solitude au quotidien.

La kinésithérapie à domicile est considérée comme réellement « utile » pour Alice, Thomas, et « gratifiante » pour Carole. L'isolement des patients est un point qui revient souvent. « On crée un vrai lien avec des personnes parfois très isolées » (Thomas) ; « Le fait que les patients ne pourraient pas rester chez eux si tu ne passais

pas, c'est important et c'est un vrai point positif. » (Tristan) ; Manon « aime bien le contact avec les patients à domicile » ; pour Alice, les patients sont « attachants » ; enfin, Thomas reconnaît avoir fait de « belles rencontres ».

Pourtant, Marie admet également qu'il est nécessaire de « placer une distance, et c'est avec l'expérience qu'on y arrive. », il faut « savoir mettre tout de suite des limites » avec certains patients. Même chose pour Carole : « certains patients ont des situations personnelles complexes, il est difficile de mettre une barrière. » ; « Un juste positionnement doit se trouver au fur et à mesure ».

A l'inverse des situations d'isolement, il y a aussi la problématique de la famille environnante trop présente. C'est le cas par exemple pour Marie qui a parfois des situations complexes : « Bien souvent, j'ai des patients qui habitent avec leurs enfants. Souvent c'est très compliqué au niveau relationnel...les enfants sont très exigeants avec leurs parents, et puis ce sont des histoires de coopérations, de vie ensemble, la vie collective ce n'est pas toujours facile, surtout quand la maladie s'installe ». Pourtant, les échanges avec les familles peuvent aussi être un plus, c'est ce qu'explique Philippe : « on peut leur montrer les exercices quand elles sont là...C'est toujours bien d'échanger avec les aidants et la famille car ça peut vraiment apporter un plus ».

Parallèlement, la réalisation de soins de kinésithérapie à domicile peut inclure une prise de risque, ce que reconnaît Carole lorsqu'elle sort dans la rue pour aider ses patients à marcher : « Il faut parfois sortir de son cadre de compétence, ce qui peut mettre en cause la sécurité du patient comme du professionnel ».

Enfin, deux des six kinésithérapeutes évoquent une solitude dans la pratique à domicile : c'est le cas d'Alice qui dit que la solitude est « plus marquée à domicile comparée au travail en cabinet de groupe » ; pour Carole également : « auparavant, j'avais une consœur qui faisait la même chose dans un secteur voisin. L'entraide était bénéfique, mais maintenant qu'elle a arrêté, je me sens plus seule ».

3.2. Résultats quantitatifs de l'enquête par questionnaire

3.2.1. Caractéristiques générales des masseurs-kinésithérapeutes répondants

Du 14 mars au 5 avril 2020, nous avons diffusé le questionnaire en ligne sur plusieurs plateformes de communication, notamment sur des groupes de kinésithérapeutes sur Facebook. Le taux de réponses total s'élève à 1075 personnes. Il est également à noter que 243 personnes ont ajouté une réponse courte en fin de questionnaire.

Nous avons exclu de cette étude les kinésithérapeutes salariés, intérimaires, retraités ou « autres » grâce à la première question qui déterminait le statut professionnel (tableau I). Ils étaient 17 à répondre à cette question et donc exclus du questionnaire. Nous avons donc conservé les réponses de $n = 1058$ masseurs-kinésithérapeutes.

Tableau I : Exclusion ou inclusion des MK selon leur statut

Libéral (titulaire, assistant-collaborateur, remplaçant)	1026	Inclus
Activité mixte (libéral et salariat)	32	Inclus
Retraité	1	Exclus
Salariat	12	Exclus
Intérimaire	1	Exclus
Autre	3	Exclus

Pour répondre au questionnaire, il était nécessaire de distinguer les masseurs-kinésithérapeutes selon leurs types d'activité (figure 6). En effet, concernant la pratique à domicile, il existe différents profils, comme nous l'avons constaté durant les entretiens : les kinésithérapeutes pratiquant strictement à domicile, les kinésithérapeutes ayant une activité à domicile parmi d'autres activités, notamment en cabinet libéral et les kinésithérapeutes n'exerçant pas à domicile, c'est-à-dire exerçant strictement en cabinet libéral ou strictement en maison de santé.

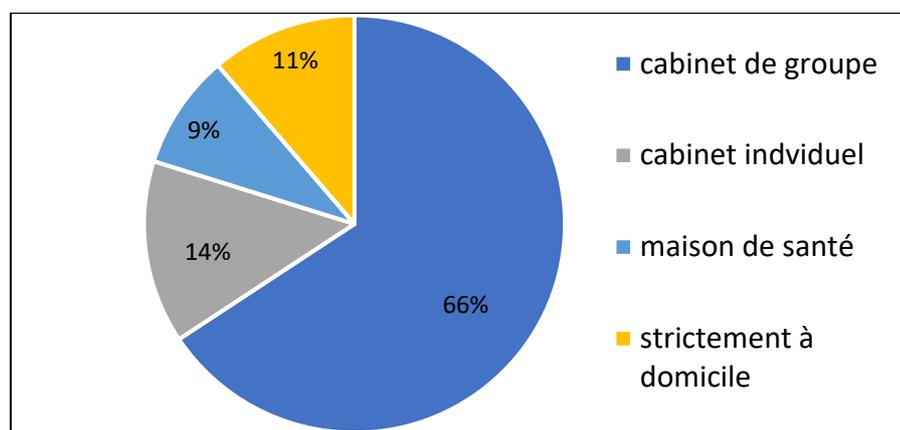


Figure 6 : Distribution des MK selon leur activité

On retrouve $n = 119$ kinésithérapeutes exerçants strictement à domicile, soit 11%. Parmi les 939 kinésithérapeutes travaillant en cabinet de groupe (66%), en cabinet individuel (14%), ou dans une maison de santé (9%), à la question « pratiquez-vous des soins à domicile ? » : 772 répondent « oui » contre 167 qui répondent « non ». On obtient donc trois groupes :

Tableau II : Répartition des trois groupes de MK selon leur activité

Les kinésithérapeutes exerçants strictement à domicile	N= 119
Les kinésithérapeutes exerçant à domicile et en cabinet	N = 772
Les kinésithérapeutes n'exerçant pas à domicile	N = 167

Les kinésithérapeutes répondant au questionnaire étaient répartis selon leur sexe et selon cinq tranches d'âges (figure 7). Nous observons une plus grande proportion de kinésithérapeutes entre 26 et 35 ans ($n = 444$) ainsi qu'entre 36 et 45 ans ($n = 252$). La répartition homme / femme n'est pas aussi paritaire qu'au niveau national avec une proportion plus importante de femmes ($n = 738$) que d'hommes ($n = 320$), ce qui revient à 69,7% de femmes pour 30,3% d'hommes.

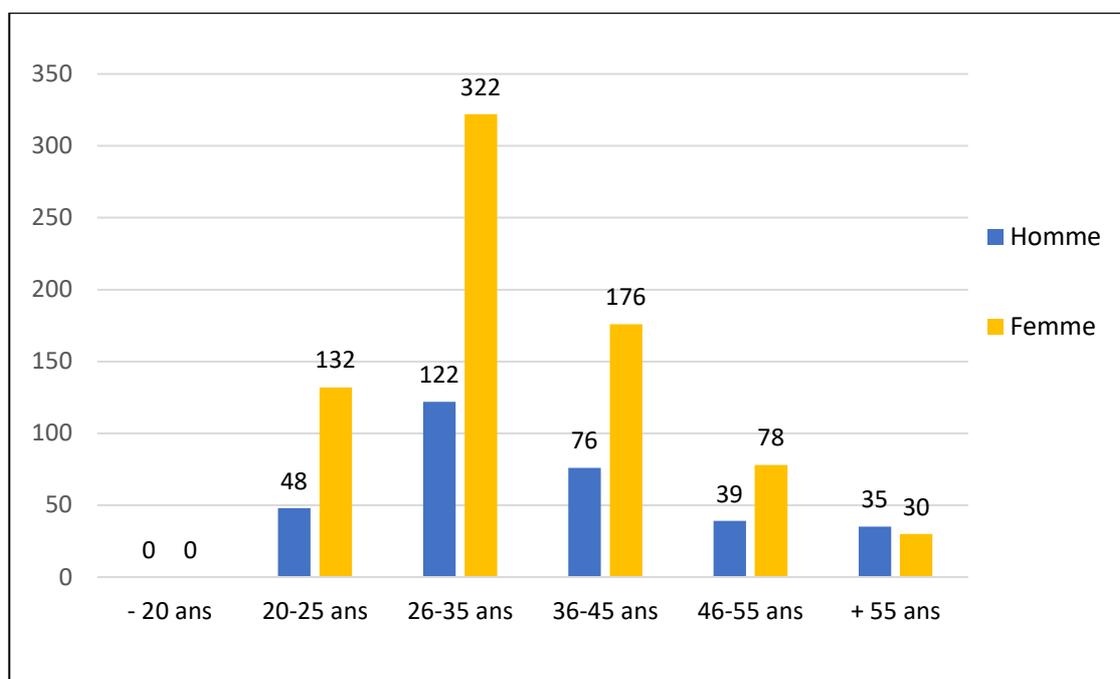


Figure 7 : Répartition des répondants selon l'âge et le sexe

Les kinésithérapeutes sont également répartis selon leur lieu et milieu d'exercice. Chaque kinésithérapeute devait renseigner son département d'exercice (Annexe VII). Ainsi, nous avons pu tracer une carte des régions françaises afin de représenter la répartition des 1058 kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire (figure 8). On constate que la région Auvergne Rhône-Alpes est majoritairement représentée avec 187 réponses provenant de l'un de ses départements. Ces chiffres, pondérés par la densité régionale des kinésithérapeutes libéraux, montrent une meilleure répartition des répondants dans l'ensemble des régions : entre 1% et 2% des kinésithérapeutes ont répondu dans chaque région (figure 9).

Concernant le milieu d'exercice, on observe une proportion plus importante de kinésithérapeutes en ville avec 49,6% d'entre eux exerçant en milieu urbain (figure 10).

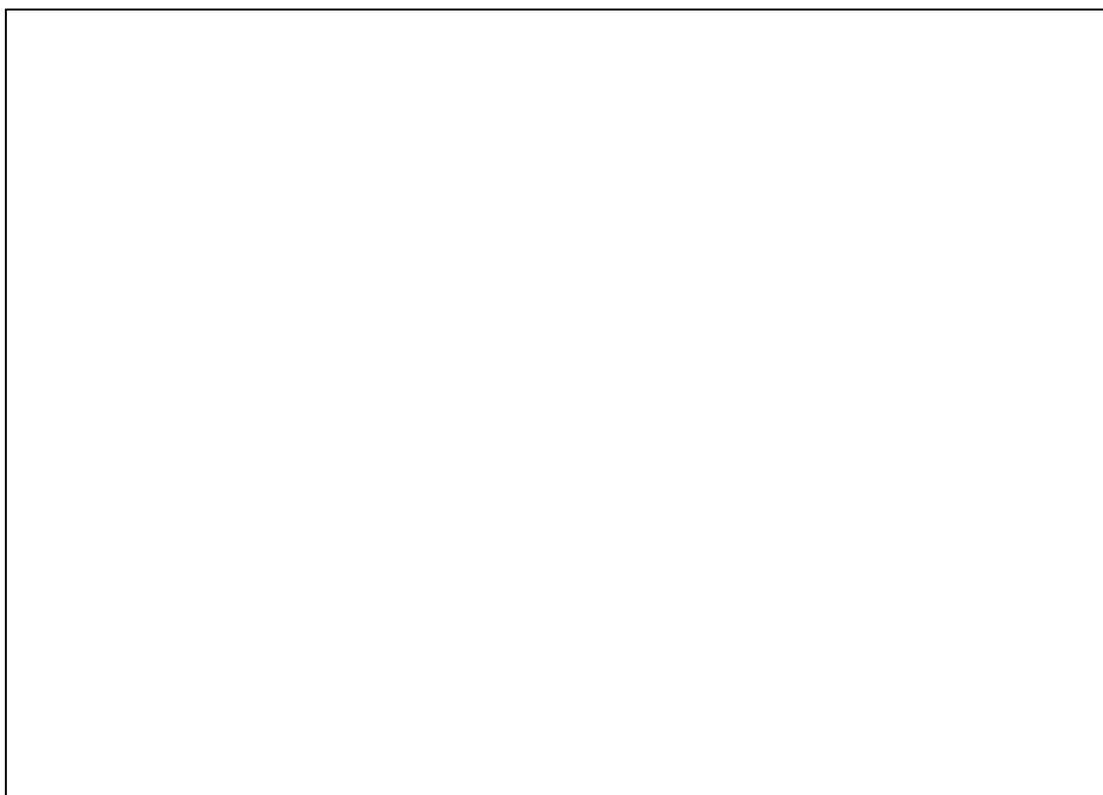


Figure 8 : Réponses des kinésithérapeutes selon leur région (nombre)

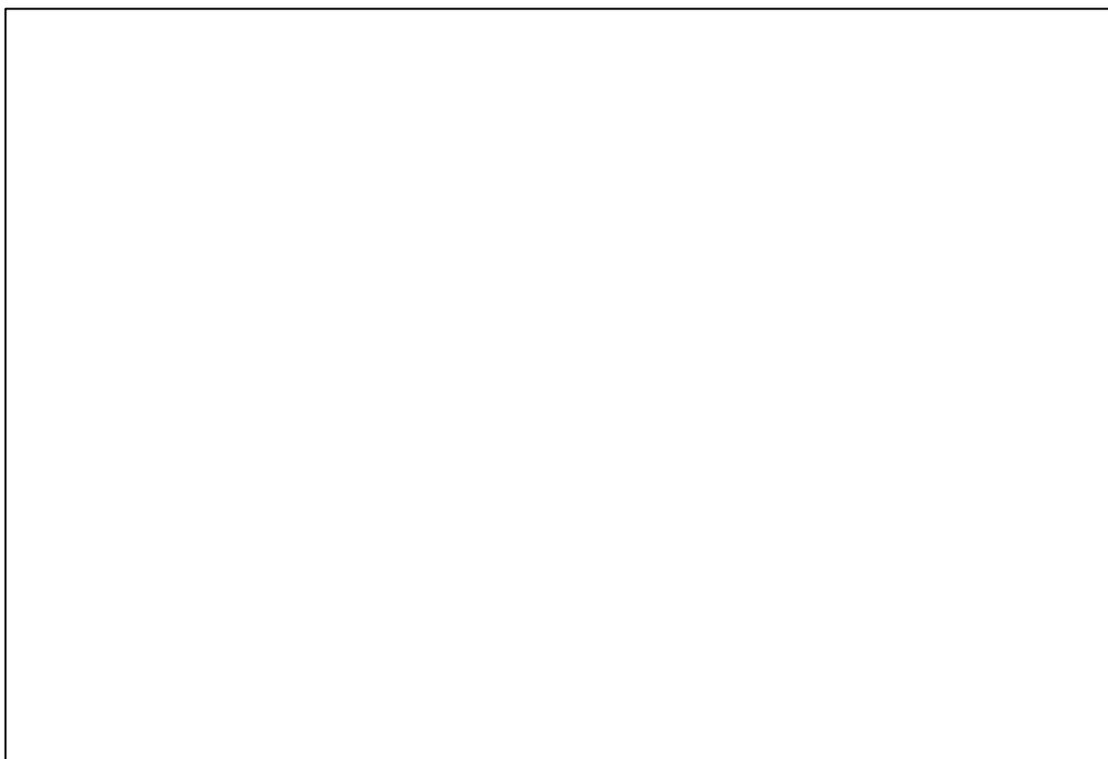


Figure 9 : Réponses des MK pondérées par le nombre total de MK par région (source CNOMK 2017 ; pourcentage)

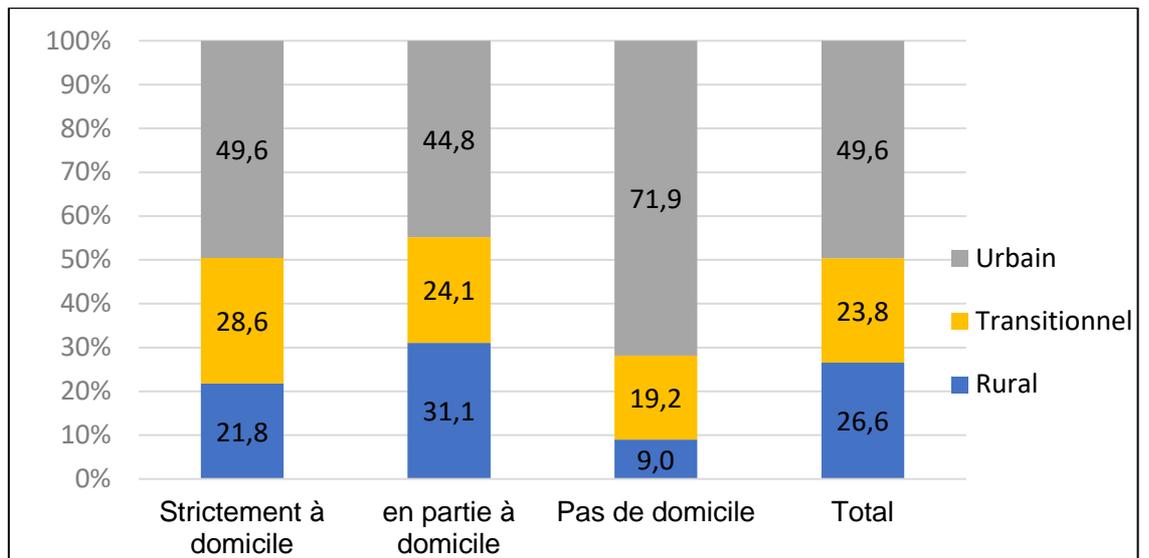


Figure 10 : Répartition des milieux des MK selon chaque pratique

De même, nous avons distingué les répondants selon leur statut professionnel (figure 11). Au total, on comptabilise près de 33% d'assistants collaborateurs, 58% de titulaires et 8,3% de remplaçants.

Nous avons déterminé le nombre d'heures réalisées à domicile par semaine selon les profils (figure 12). Les kinésithérapeutes exerçant en cabinet et à domicile organisent leur semaine en dépassant rarement 20 heures par semaine, à la différence des kinésithérapeutes strictement à domicile qui pratiquent, pour près de 68% d'entre eux, plus de 30 heures au domicile des patients.

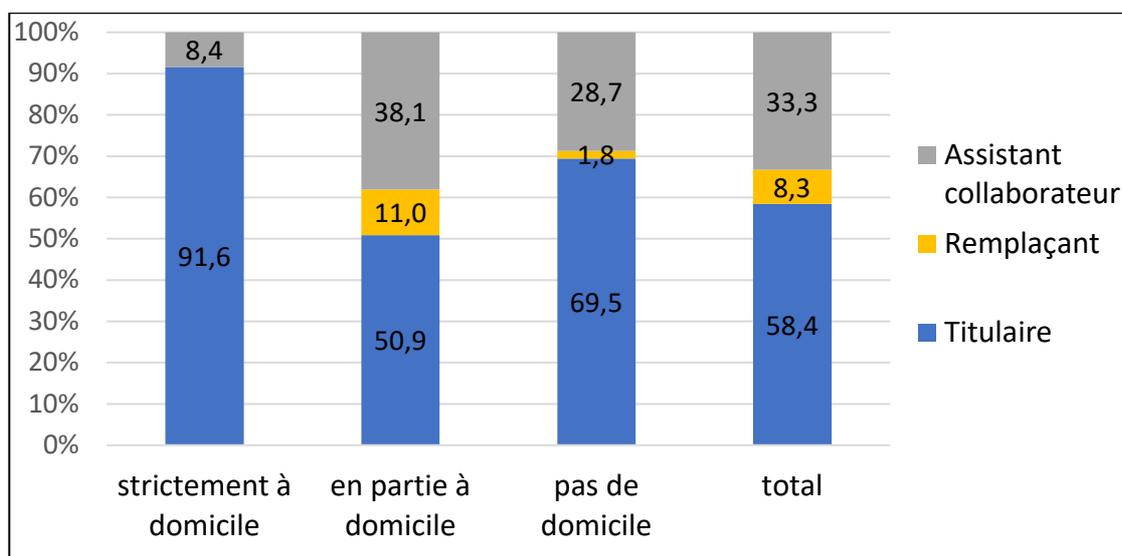


Figure 11 : Répartition des statuts professionnels des MK selon chaque pratique

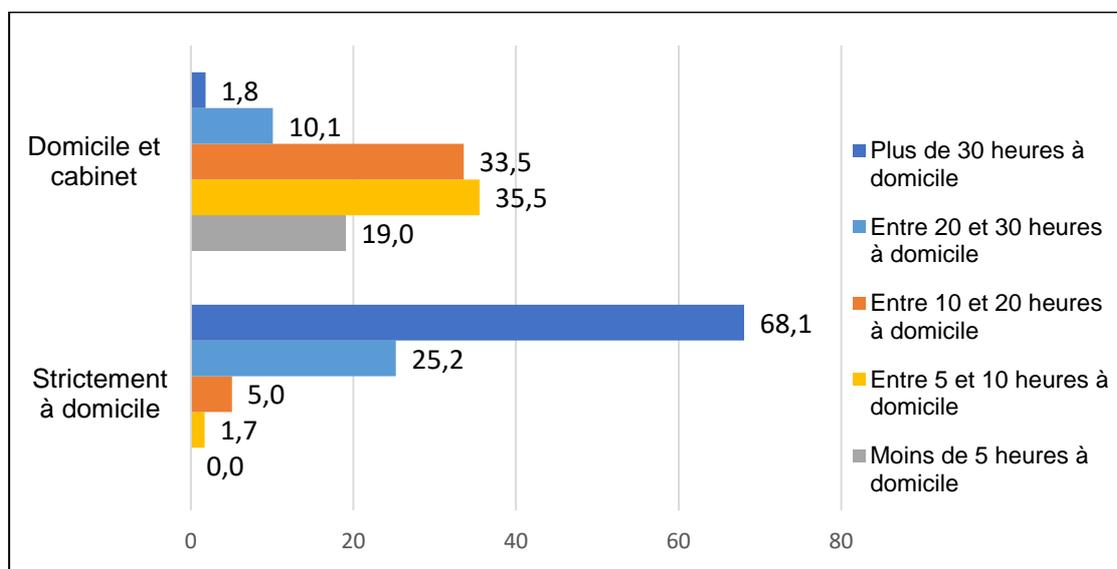


Figure 12 : Répartition des MK selon le nombre d'heures effectuées à domicile par semaine et selon l'activité (en pourcentage)

Les heures effectuées aux domiciles des patients nécessitent des déplacements, réalisés en grande majorité en voiture pour l'ensemble des kinésithérapeutes (figures 13 et 14). Il existe une proportion non négligeable de kinésithérapeutes se déplaçant à pied au sein du groupe des kinésithérapeutes en cabinet, correspondant à 16% des déplacements.

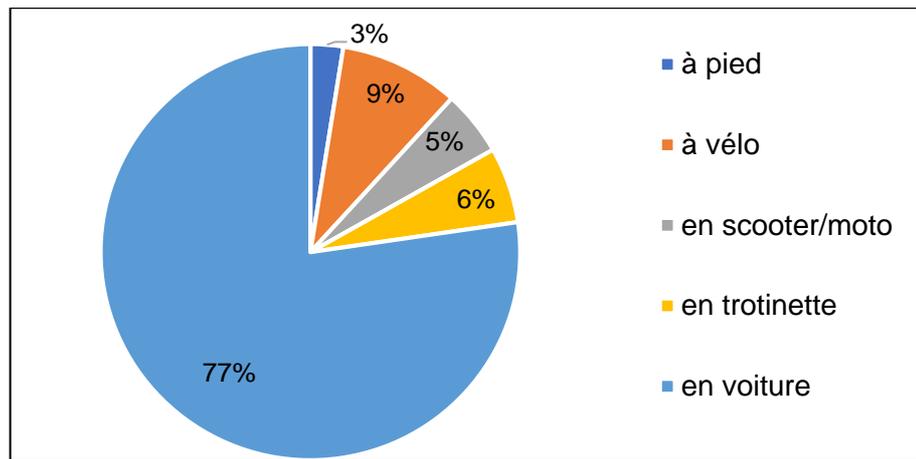


Figure 13 : Répartition des modes de déplacement des kinésithérapeutes strictement à domicile

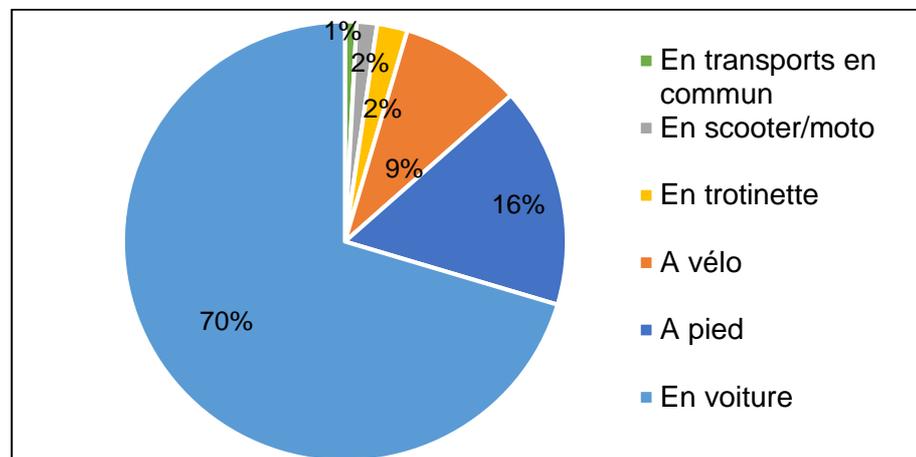


Figure 14 : Répartition des modes de déplacement des kinésithérapeutes en partie à domicile

Les champs cliniques rencontrés chez les patients traités à domicile sont assez semblables selon les groupes, même si l'on retrouve quelques différences notables (figures 15 et 16). Sans surprise, la gériatrie constitue la principale discipline médicale retrouvée à domicile pour l'ensemble des kinésithérapeutes. Pour les kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile, le deuxième champ est la neurologie, à la différence des kinésithérapeutes en cabinet et à domicile qui placent l'orthopédie en deuxième, avant la neurologie et la rhumatologie.

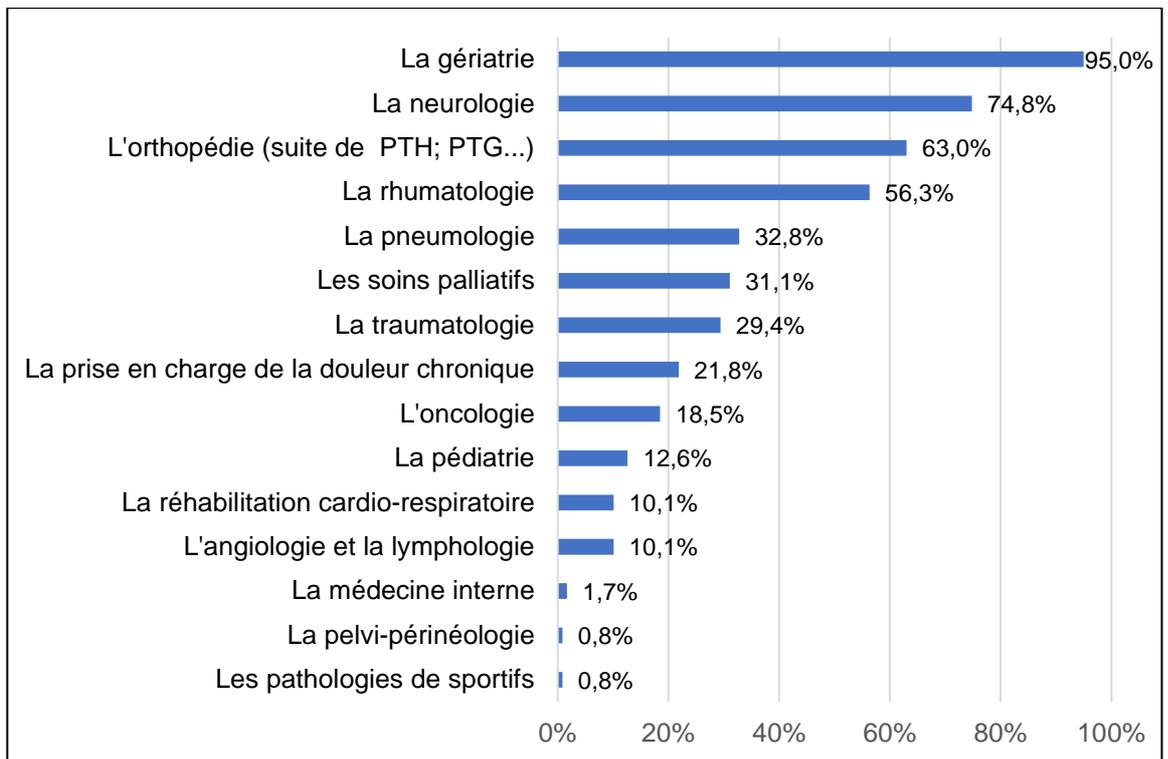


Figure 15 : Champs cliniques rencontrés majoritairement par les MK exerçant strictement à domicile

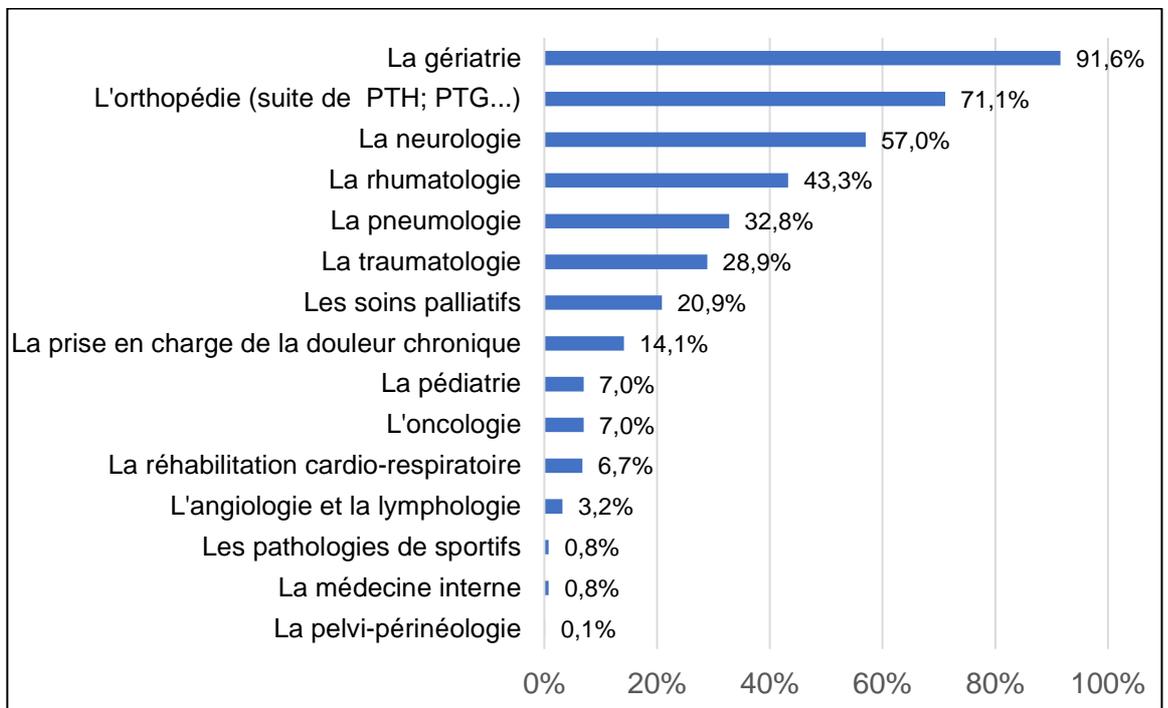


Figure 16 : Champs cliniques rencontrés majoritairement à domicile par les MK exerçant en partie à domicile

Enfin, pour terminer sur les caractéristiques générales des kinésithérapeutes répondants, nous avons obtenu les notes de satisfaction de l'ensemble des kinésithérapeutes pratiquant à domicile (figure 17). Les 119 kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile notent leur satisfaction à 4,2 / 5 en moyenne. Les 772 kinésithérapeutes exerçant à domicile et en cabinet notent leur satisfaction à 3,6 / 5 en moyenne.

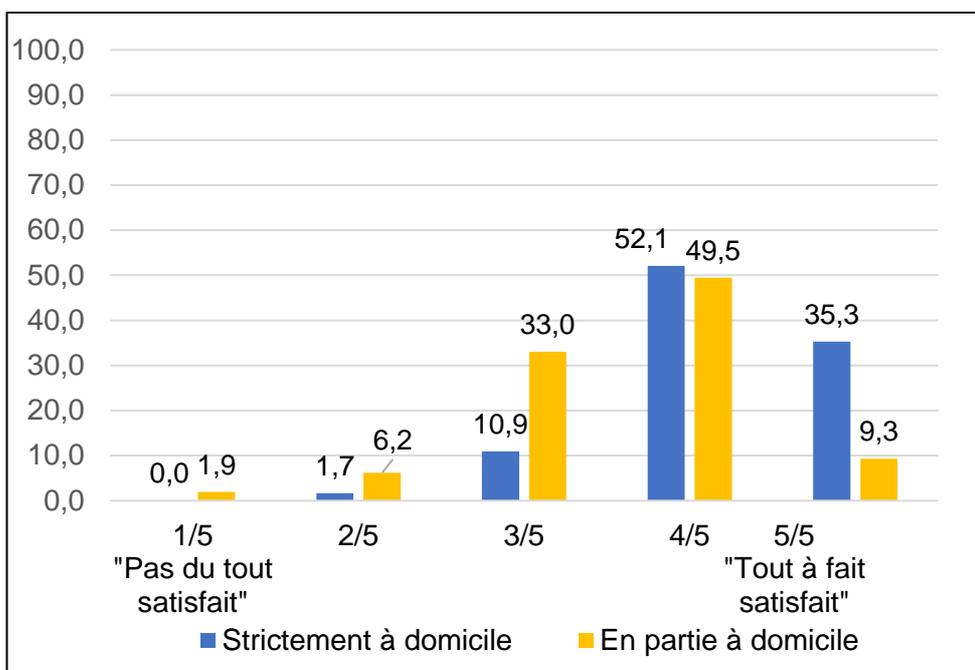


Figure 17 : Note de satisfaction des kinésithérapeutes face à leur pratique de soins à domicile (en pourcentage)

3.2.2. Les principales contraintes à domicile

L'objectif du questionnaire était de hiérarchiser et de quantifier les contraintes ou difficultés de l'exercice à domicile. Les deux groupes de kinésithérapeutes ont répondu en hiérarchisant les trois principales contraintes (première, deuxième, troisième). Au travers du tableau III, on constate des différences dans les réponses, mais aussi quelques similitudes, comme pour la troisième contrainte qui correspond aux indemnités de déplacement dans les deux groupes. Pour les kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile, la première contrainte est, pour 44% des répondants, la chronicité des prises en charge, alors que l'autre groupe de kinésithérapeutes considère à 56% qu'il s'agit plutôt du manque de matériel et de l'installation du kinésithérapeute.

Tableau III : Hiérarchisation des contraintes rencontrées à domicile selon l'activité

Contraintes	MK exerçant strictement à domicile	MK exerçant en partie à domicile
1ère contrainte	La chronicité des prises en charge (44%)	Le manque de matériel et l'installation du kiné (56%)
2ème contrainte	Le manque de matériel et l'installation du kiné (36%)	Le manque de temps durant la séance (35%)
3ème contrainte	Les indemnités de déplacement (42%)	Les indemnités de déplacement (36%)
4ème contrainte	L'organisation (tournée de soins, téléphone...) (27%)	La chronicité des prises en charge (32%)
5ème contrainte	Le manque de temps durant la séance (15%)	L'organisation (tournée de soins, téléphone...) (14%)
6ème contrainte	Le fait de devoir se déplacer (12%)	Le fait de devoir se déplacer (12%)

Dans quelle mesure ces contraintes sont-elles un frein à l'exercice de la kinésithérapie ? A l'affirmation « les trois contraintes que vous venez de hiérarchiser sont un frein à l'exercice à domicile », les kinésithérapeutes ne répondent pas de la même manière selon leur activité : 62,3% des kinésithérapeutes exerçant en partie à domicile sont « d'accord » et « tout à fait d'accord » avec cette affirmation, contre 47% des kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile (figure 18). De plus, 39,5% de ces derniers répondent par la négative à l'affirmation.

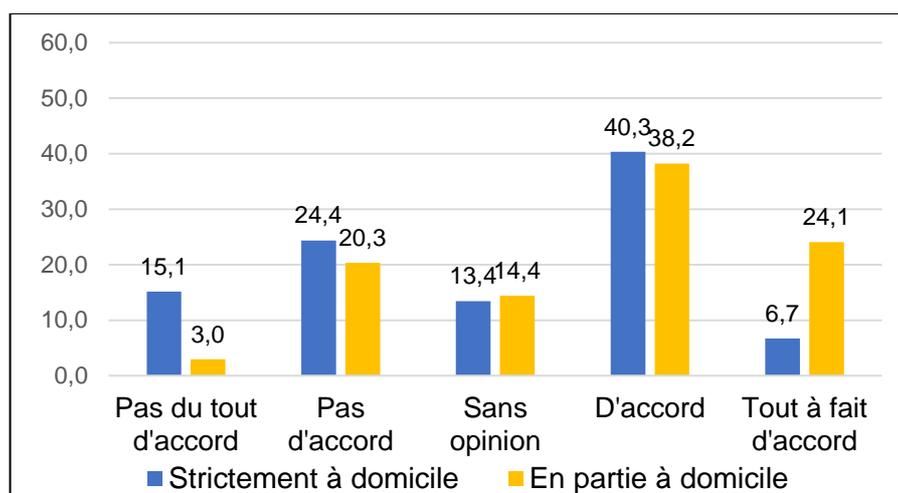


Figure 18 : Degré d'approbation des kinésithérapeutes à l'affirmation : « les trois contraintes que vous venez de hiérarchiser sont un frein à l'exercice à domicile »

3.2.3. Les principaux intérêts à domicile

Nous avons réalisé le même type de questions orientées cette fois sur les intérêts des soins à domicile, résumés dans le tableau IV.

La hiérarchisation des intérêts montre une nette différence selon les groupes concernant la liberté d'emploi du temps, ce critère arrivant en premier pour les kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile, mais en avant dernière position pour les autres kinésithérapeutes.

À l'inverse, les intérêts en lien avec la relation de soin (l'aspect relationnel et le fait de rendre service au patient ne pouvant pas se déplacer) constituent dans les deux groupes des intérêts principaux puisqu'on les retrouve dans les trois premiers critères.

Tableau IV : Hiérarchisation des intérêts rencontrés à domicile selon l'activité

Intérêts	MK exerçant strictement à domicile	MK exerçant en partie à domicile
1er intérêt	La liberté d'emploi du temps (54%)	Le fait de rendre service au patient ne pouvant pas se déplacer (57%)
2e intérêt	Le relationnel, le contact humain (49%)	Le relationnel, le contact humain (47%)
3e intérêt	Le fait de rendre service au patient ne pouvant pas se déplacer (41%)	Le travail fonctionnel et le maintien de l'autonomie des personnes (41%)
4e intérêt	Le travail fonctionnel et le maintien de l'autonomie des personnes (32%)	La liberté d'emploi du temps (21%)
5e intérêt	L'avantage financier (15%)	L'avantage financier (7%)

Dans quelle mesure les intérêts sont-ils un moteur de la pratique à domicile ? 80,3% des kinésithérapeutes exerçant en partie à domicile sont « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord » avec cette affirmation, contre 93,3% des kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile (figure 19). Seulement 0,8% de ces derniers répondent par la négative à l'affirmation, contre 6,7% des kinésithérapeutes exerçant en partie à domicile.

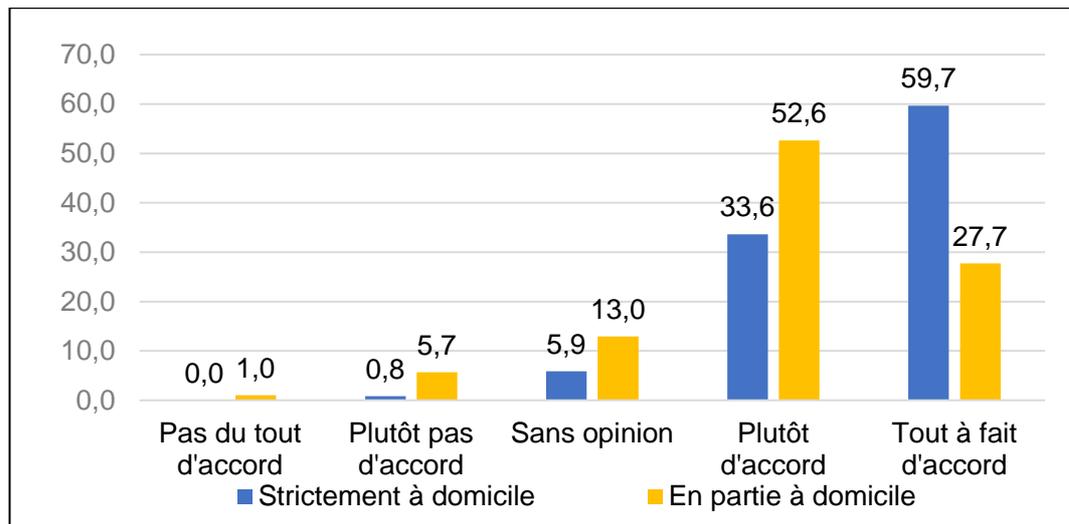


Figure 19 : Degré d'approbation des kinésithérapeutes à l'affirmation : « les trois intérêts que vous venez de hiérarchiser favorisent la pratique à domicile »

3.2.4. Les kinésithérapeutes ne réalisant pas de soins à domicile

Les raisons principales pour lesquelles ces kinésithérapeutes ne pratiquent pas à domicile sont les contraintes temporelles (le manque de temps durant la séance) ainsi que les contraintes matérielles (le manque de matériel et l'installation du kinésithérapeute). Les contraintes financières (de rémunération et d'indemnités) sont cochées par 32,9% des kinésithérapeutes, tout comme la mention « les pathologies rencontrées ne m'intéressent pas » (figure 20).

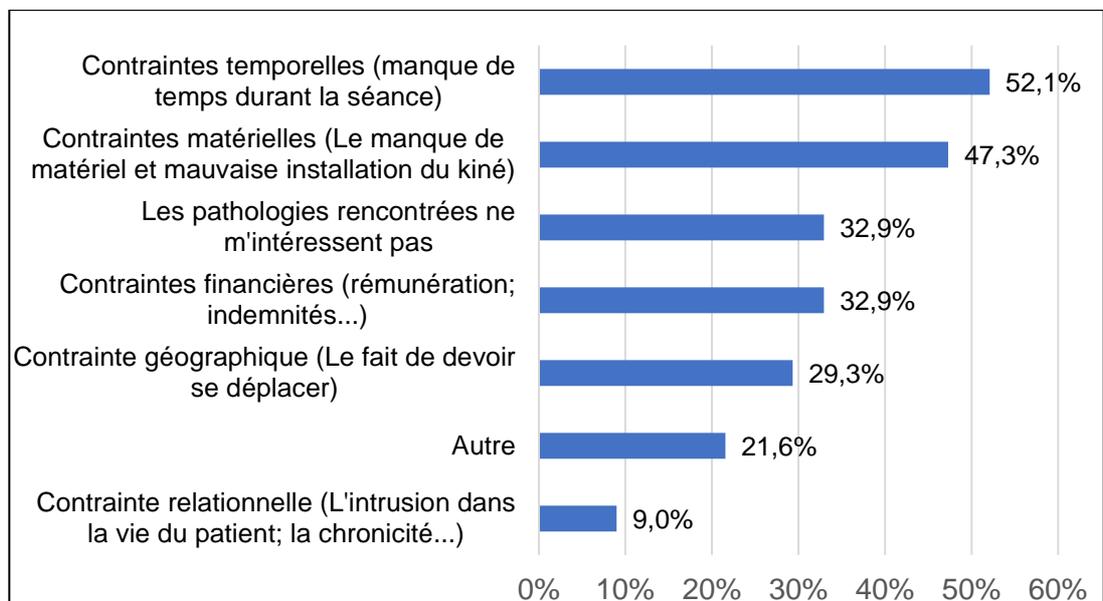


Figure 20 : Principales raisons pour lesquelles les MK strictement en cabinet n'exercent pas à domicile

A la question « imaginez que nous trouvions une solution pour pallier ces contraintes, seriez-vous susceptibles alors de réaliser des soins à domicile ? » : 52% répondent « non, pas du tout » et « plutôt non » ; 36% répondent « oui » et « oui, tout à fait » ; 12,5% sont sans opinion (figure 21).

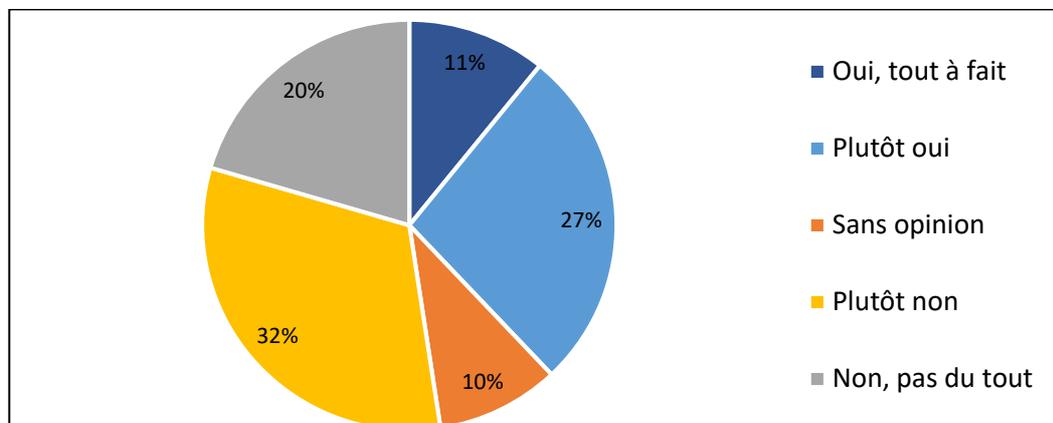


Figure 21 : Réponse des kinésithérapeutes n'exerçant pas à domicile à la question « Imaginez que nous trouvions une solution pour pallier ces contraintes, seriez-vous susceptibles alors de réaliser des soins à domicile ? »

Enfin, concernant les pathologies qui évoquent les soins à domicile pour les kinésithérapeutes libéraux n'en pratiquant pas, les champs cliniques qui reviennent principalement sont la gériatrie, les soins palliatifs, la neurologie ainsi que la pneumologie (figure 22).

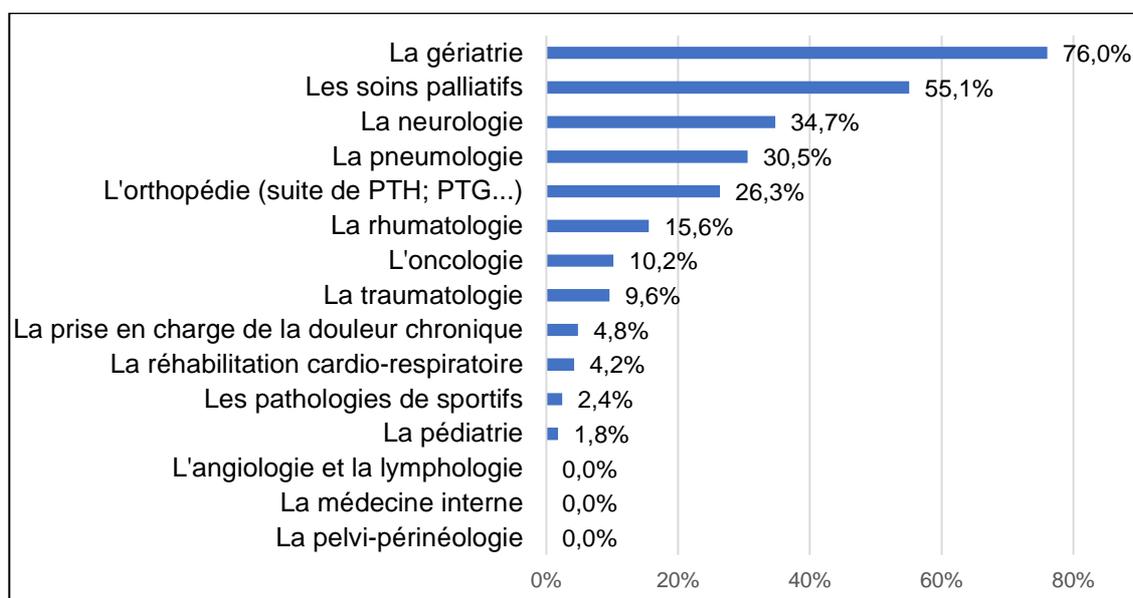


Figure 22 : Champs cliniques évoquant les domiciles par les MK n'exerçant pas à domicile

4. Discussion

Nous avons réalisé une étude descriptive à la fois qualitative et quantitative en mêlant deux méthodes de sciences humaines et sociales : l'entretien semi-directif et le questionnaire. Durant cette étude, nous avons cherché à comprendre la perception des soins de kinésithérapie à domicile au sein d'un échantillon de masseurs kinésithérapeutes libéraux français. En effet, l'absence de développement de cette pratique en France, malgré des besoins nationaux croissants, interroge. Nous avons émis les hypothèses suivantes : la kinésithérapie à domicile, avec ses intérêts et contraintes propres, est une pratique singulière qui se distingue de la kinésithérapie libérale plus conventionnelle en cabinet. De ce fait, les contraintes de cette pratique peuvent être un frein pour beaucoup de kinésithérapeutes libéraux et donc être la cause de la faible augmentation des actes à domicile depuis les dix dernières années. Dans cette partie, nous allons confronter ces hypothèses à nos observations, mais aussi déterminer les perspectives d'avenir en lien avec le sujet.

4.1. Caractéristiques des kinésithérapeutes à domicile

4.1.1. Une pluralité de formes d'exercice

Au travers des entretiens et du questionnaire, nous avons découvert qu'il existe plusieurs profils de masseurs-kinésithérapeutes réalisant des soins à domicile. En effet, parmi les six kinésithérapeutes interrogés lors des entretiens, deux d'entre eux pratiquaient en alternant séances en cabinet libéral et séances au domicile de patients : Tristan et Philippe. Les quatre autres, Marie, Carole, Alice et Thomas sont kinésithérapeutes strictement à domicile. Concernant le questionnaire, nous retrouvons ces mêmes différences de profils (tableau I).

Les kinésithérapeutes pratiquant en cabinet ou en maison de santé, mais également à domicile, sont largement représentés dans le questionnaire avec plus de 700 réponses. Les soins réalisés à domicile constituent pour beaucoup une part minoritaire de leur activité (figure 12).

L'ensemble des 119 kinésithérapeutes pratiquant strictement à domicile ayant participé à notre étude réalisent en moyenne plus de 30 heures par semaine à domicile

(figure 12). Ils se déplacent donc beaucoup plus, utilisant en grande majorité une voiture - la voiture restant le principal moyen de locomotion pour l'ensemble des kinésithérapeutes à domicile (figures 13 et 14). Alice, Marie, Thomas et Carole sont tous titulaires de leur activité. Les kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile dans le questionnaire sont majoritairement titulaires, à 91,6% (figure 11).

Au cours de nos recherches, nous n'avons pas été en mesure de connaître le nombre exact de kinésithérapeutes libéraux installés en activité strictement à domicile en France. Si leurs confrères exerçant en cabinet sont largement majoritaires, et particulièrement présents dans les réponses au questionnaire avec 88,7% des réponses (tableau II), et si la part totale des soins à domicile représente seulement 20% des soins de kinésithérapie, nous pouvons supposer une proportion équivalente au niveau national. Il semble donc qu'il existe peu de kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile en France. Dès lors, une grande partie des actes effectués au domicile des patients seraient pratiqués par les kinésithérapeutes des cabinets libéraux qui accordent, en moyenne, moins de 10 heures par semaine pour les domiciles (figure 12).

Comme nous l'avons vu, l'exercice à domicile représente 20% des actes des kinésithérapeutes libéraux (figure 1). Qu'en est-il des autres acteurs soignants de proximité ? Parmi l'ensemble des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou salariés, les infirmières sont actuellement celles qui interviennent le plus massivement à domicile (Bouchayer, 2010). Pour les médecins généralistes, d'une manière générale, les visites sont perçues comme contribuant fortement aux difficultés rencontrées dans la maîtrise de leurs horaires et de leur temps de travail (ibid.). Il serait en effet intéressant de comparer ces trois professions dans leur pluralité de formes d'exercices.

4.1.2. Une pratique singulière de la kinésithérapie

Plusieurs observations nous amènent à penser que la pratique de la kinésithérapie à domicile est unique en son genre, à mi-chemin entre cabinet et hôpital.

Tout d'abord, en ce qui concerne la prise en charge kinésithérapique et les pathologies rencontrées, les six enquêtés s'accordent sur le fait que les pathologies caractéristiques des domiciles sont variées. Ils remarquent la place importante de la

discipline médicale de la gériatrie, qui revêt de multiples formes pathologiques et donc des rééducations qui en découlent très différentes selon les cas, plutôt chroniques. On repère également une place importante de soins de suites post-opératoires pour chacun des kinésithérapeutes.

Les réponses au questionnaire sont semblables à celles des entretiens, avec une différence notable selon les profils d'activité (figures 15 et 16). En effet, on retrouve en majorité le champ clinique de la gériatrie dans les deux groupes de kinésithérapeutes pratiquant à domicile. Cependant, le deuxième champ clinique le plus nommé diffère selon les groupes : la neurologie est en deuxième position pour les kinésithérapeutes strictement à domicile, à la différence des kinésithérapeutes pratiquant à domicile et en cabinet qui placent la neurologie en troisième position et l'orthopédie en deuxième position. Cela pourrait être une conséquence de la volonté de ces derniers à effectuer un important « turn-over » de patients, c'est-à-dire à renouveler leur patientèle pour éviter des pathologies chroniques. Par exemple, en post-opératoire de traumatologie ou d'orthopédie, les durées de prise en charge engagent généralement à moins long terme que dans le cas d'une prise en charge en neurologie ou en gériatrie.

À partir des entretiens, on constate que les pathologies sont qualifiées comme étant plus « complexes » que celles rencontrées classiquement en cabinet libéral. Parfois, les kinésithérapeutes libéraux doivent posséder des compétences à la fois en matière de rééducation de « ville » mais aussi de soins « hospitaliers ». Bien qu'il ne s'agisse pas d'hospitalisation à domicile (HAD) à proprement parler, certaines situations y ressemblent, notamment dans le cas de soins palliatifs, rencontrés par 30% des kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile, et 20% des kinésithérapeutes exerçant à domicile et en cabinet (figures 15 et 16). Cela reflète l'importance du domicile comme lieu de la fin de vie, et la « médicalisation » de ces espaces intimes (Biaudet et Godfroid, 2016). Durant nos stages en cabinet libéral, nous avons été en mesure de suivre des kinésithérapeutes durant leurs tournées de domiciles. Nous avons alors assisté à des séances prodiguées dans des domiciles adaptés aux soins palliatifs ou hospitaliers. Lit médicalisé, matelas anti-escarres, brumisateur, oxygénothérapie, nécessaire de soins infirmiers sur la table de chevet : l'environnement direct des patients transformait l'espace intime en revêtant des caractéristiques médicales.

Enfin, pour l'ensemble des kinésithérapeutes enquêtés, l'échange avec les patients prend une tournure assez spéciale à domicile. La relation soignant-soigné est vécue comme un lien avec des personnes parfois très isolées, notamment lors des prises en soins chroniques. Le sentiment d'utilité est souvent mis en avant par les kinésithérapeutes. En effet le passage des kinésithérapeutes au domicile permet, pour beaucoup de patients, de rester chez eux en autonomie, voire même de retrouver une vie sociale. Toujours durant nos observations de stage, nous avons rencontré Mme M., qui présentait des lympo-œdèmes des membres inférieurs et qui n'était pas descendue dans la rue de son appartement parisien depuis plus de six mois. Sans l'intervention pluri-hebdomadaire de sa kinésithérapeute, Mme M. n'aurait pas été en mesure de sortir de chez elle.

4.1.3. Des kinésithérapeutes satisfaits de leur pratique à domicile

Les entretiens et le questionnaire nous ont permis de rencontrer et d'interroger des kinésithérapeutes qui sont plutôt heureux de leur activité à domicile.

Dans les entretiens, les six kinésithérapeutes interrogés présentent cette pratique de façon positive et évoquent tous la richesse des soins à domicile dans leur quotidien malgré les contraintes liées. Il est intéressant de noter le parcours d'Alice, qui a longuement travaillé strictement à domicile en tant que titulaire. Elle a cependant changé de statut pour finalement devenir salariée dans un SESSAD, ce qui lui permet de continuer de réaliser des actes à domicile auprès d'enfants sans être freinée par les contraintes trop importantes du libéral. On constate cette satisfaction des domiciles dans le questionnaire également, bien qu'elle soit plus marquée pour les kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile (figure 17).

4.2. Les freins et moteurs de la pratique à domicile

4.2.1. Les difficultés

Il existe plusieurs difficultés relatives aux domiciles identifiées dans les entretiens et confirmées par le questionnaire. Ces difficultés, qui sont différentes selon les profils, sont plutôt un frein à la pratique à domicile pour 62,3% des kinésithérapeutes libéraux exerçant en partie à domicile, contre 47% des kinésithérapeutes exerçant strictement

à domicile (figure 18). Quelles sont ces contraintes exprimées différemment selon l'activité des kinésithérapeutes interrogés ?

En premier lieu, nous notons des difficultés d'ordre matérielles et ergonomiques. Les entretiens font état d'une mauvaise installation professionnelle au travail, un aspect remarqué par plusieurs enquêtés lors des entretiens. Il est également parfois difficile d'obtenir du matériel aussi efficace et utile qu'en cabinet, bien que certains soignants se déplacent avec du petit matériel ou des tables pliables. Ces deux aspects négatifs, rendant la pratique à domicile plus fatigante et contraignante, sont confirmés par le questionnaire : le « manque de matériel et l'installation inadaptée du kinésithérapeute » constituent pour les kinésithérapeutes exerçant en partie à domicile et strictement à domicile respectivement la première contrainte et la deuxième contrainte rencontrée à domicile (tableau III). On remarque également que cette contrainte est une raison suffisante pour ne pas faire de domiciles pour 47,3% des 167 kinésithérapeutes libéraux ne réalisant pas de soins à domicile. Par exemple, Mme C., opérée suite à une fracture du plateau tibial, nécessitait des séances d'arthromoteur [*appareil électrique, mécanique, permettant de mobiliser une articulation dans une amplitude définie*] pluriquotidiennes en plus des séances de kinésithérapies trois fois par semaine. La mise en place et le retrait de cet appareil lourd, difficilement transportable, sont apparus comme une contrainte pour la kinésithérapeute en charge de Mme C., qui se déplaçait en vélo entre chaque domicile.

En deuxième lieu, l'aspect financier constitue aussi un frein à lui seul. Beaucoup d'enquêtés abordent la question des indemnités de déplacement : Philippe aimerait que les indemnités forfaitaires de déplacement soient revalorisées : « s'il y avait une meilleure reconnaissance je pourrais en prendre plus ». Il s'insurge, en expliquant que pour « deux euros de déplacement, personne ne veut le faire, c'est évident ». Tristan est satisfait des indemnités car « cela permet d'avoir des séances qui rapportent un peu » mais il explique aussi qu'il arrêterait de faire des domiciles dans le cas d'un « changement de calcul des indemnités kilométriques à notre désavantage. » Marie considère que les indemnités kilométriques à ski (IKS) sont « inadaptées et inutilisables ». Elle ne comprend pas non plus les différences d'indemnités de déplacement en fonction de la cotation effectuée selon la pathologie : « Le déplacement est pourtant le même ! ». Les indemnités de déplacement constituent,

pour l'ensemble des kinésithérapeutes effectuant des domiciles, la troisième contrainte principale de cette activité (tableau III). Pourtant, les indemnités sont les mêmes que celles perçues par les infirmiers libéraux en déplacement à domicile. Les infirmiers diplômés d'État réalisent beaucoup plus de soins aux domiciles des patients que les MK. Il est également intéressant de ne pas seulement considérer le modèle sanitaire des métiers du domicile, constitué par des acteurs médicaux ou paramédicaux dont les actes sont remboursés par la Sécurité Sociale. En effet, d'autres emplois de proximité existent. C'est le cas des aides à domicile qui travaillent quotidiennement auprès de personnes dépendantes. Il existe une pluralité de statuts d'emploi pour une même relation d'aide et des salaires très variables, voire instables. Les conditions de travail et les contrats soulèvent des interrogations importantes, alors que la relation de soin entre le patient et le professionnel libéral semble plus communément établie et facile à mettre en place (Weber et al, 2014).

En troisième lieu, la complexité de certaines pathologies à domicile est parfois vécue comme un frein, comme pour Philippe qui déclare avoir « du mal » si les pathologies sont trop « lourdes ». Alice constate que les kinésithérapeutes réalisant des soins en cabinet et parfois à domicile se sentent plus aptes à prendre en soins des patients en post-opératoire plutôt qu'avec des pathologies neurologiques difficiles. Pour Tristan, qui a déjà eu ce type de situation complexe, le manque de temps durant la séance est un problème.

Dès lors, un autre aspect de la prise en charge s'ajoute, pouvant constituer une différence avec la prise en charge classique en cabinet libéral : les kinésithérapeutes qui prennent en charge ces patients avec des pathologies complexes, souvent chroniques, s'engagent à plus long terme, ce qui implique un moins grand « turnover » de patients. Ainsi, la chronicité des prises en charge peut être vécue comme une difficulté supplémentaire. Cela est confirmé par les réponses des kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile concernant la première contrainte de la pratique à domicile : la « chronicité des prises en charge » constitue pour eux la première contrainte (tableau III).

En quatrième lieu, une autre contrainte souvent mentionnée constitue la difficulté de gestion du temps. À noter que ce point concerne surtout les kinésithérapeutes

devant assurer des séances en cabinet parallèlement. Pour Tristan et Philippe, les séances dépassent rarement 20 minutes, afin de ne pas prendre de retard sur le reste de leurs journées. Ce point négatif constitue pour les 772 kinésithérapeutes libéraux exerçants en cabinet et à domicile, la deuxième contrainte principale de l'activité à domicile (tableau III). De plus, elle constitue une raison suffisante pour 52% des 167 kinésithérapeutes libéraux en cabinet de ne pas faire de domiciles (figure 21).

Et, pour aller plus loin dans l'organisation de l'emploi du temps et des périodes de congés, une difficulté commune pour l'ensemble des profils s'ajoute : la gestion des remplacements est difficile. C'est le cas notamment pour Marie et Tristan qui évoquent tous les deux leur difficulté de trouver des remplaçants se déplaçant aux domiciles des patients.

En cinquième lieu, il existe d'autres contraintes qui apparaissent avec moins d'évidence.

Tout d'abord, des difficultés dans le fait de se déplacer peuvent survenir. Les déplacements sont effectués différemment selon le milieu dans lequel évolue le kinésithérapeute. Les kinésithérapeutes travaillant en milieu rural font facilement une vingtaine de kilomètres pour aller voir un patient. Ceux habitant en ville ont parfois des difficultés de parking, comme l'explique Carole. Pour Tristan, les déplacements sont difficiles, même s'ils permettent de « bouger » et de ne pas rester seulement en cabinet. Marie évoque également les difficultés de parking mais aussi les intempéries, avec plus spécifiquement la neige plusieurs mois par an.

Ensuite, la rééducation en elle-même peut sembler répétitive, notamment pour Carole, nécessitant alors de « savoir se réinventer et trouver des stratégies ».

Enfin, dans une moindre mesure encore, la solitude dans l'exercice, l'absence de collègues, particulièrement dans le cas des kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile, peut constituer une difficulté supplémentaire bien que choisie. En effet, il est également possible d'exercer en cabinet libéral de façon individuelle, ce qui est d'ailleurs le cas pour 14% des kinésithérapeutes répondant au questionnaire (figure 6). Mais l'exercice au domicile des patients, la chronicité de certaines prises en soin et la charge émotionnelle qui en découle peuvent être un frein à l'exercice à domicile voire même un risque de burn-out (Cochet, 2017).

4.2.2. Les intérêts

Il existe plusieurs intérêts relatifs aux domiciles retrouvés dans les entretiens et confirmés par le questionnaire. Ces intérêts, qui sont différents selon les profils, sont un réel moteur à la pratique à domicile pour 80,3% des kinésithérapeutes libéraux exerçants en partie à domicile et 93,3% des kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile (figure 19).

En premier lieu, les intérêts avancés par l'ensemble des kinésithérapeutes en entretien et lors du questionnaire sont essentiellement ceux mêlant la relation au patient. En effet, l'aspect relationnel et la possibilité de se rendre utile sont les principaux points positifs faisant l'unanimité pour tous les kinésithérapeutes interrogés.

Tout d'abord, la qualité de la relation humaine est une source d'épanouissement au travail pour les kinésithérapeutes, comme le précisent certains enquêtés, décrivant des patients « attachants » et de très « belles rencontres ». Les résultats du questionnaire placent cet intérêt en deuxième position pour l'ensemble des kinésithérapeutes pratiquants à domicile (tableau IV).

Ensuite, la possibilité de rendre service au patient ne pouvant plus se déplacer, le fait de faire ce lien social auprès de personnes souvent « très isolées » comme le précise Thomas, se sentir véritablement utile, voire indispensable pour maintenir l'autonomie du patient, constitue un réel avantage, ce que l'on retrouve dans le questionnaire, en première et troisième position des principaux intérêts respectivement pour les kinésithérapeutes qui pratiquent en partie à domicile et ceux qui pratiquent exclusivement à domicile.

En deuxième lieu et en ce qui concerne la rééducation en elle-même : celle-ci est considérée comme « intéressante » pour Tristan, Philippe et Marie. Le fait de voir le patient dans son environnement, et de faire des exercices fonctionnels, centrés sur son quotidien et ses réels besoins, est considéré comme un point positif. Il s'agit de se réinventer chaque jour afin de trouver des exercices adaptés aux situations et pertinents pour le patient. La rééducation fonctionnelle dans l'environnement du patient constitue le troisième intérêt rencontré à domicile pour l'ensemble des kinésithérapeutes pratiquant en cabinet et à domicile (tableau IV). Durant nos stages, nous avons observé de multiples manières de s'adapter à l'environnement du patient

pour faire une séance fonctionnelle : chambranle d'une porte pour faire des étirements, escaliers pour travailler l'équilibre et la flexion-extension du genou et de la hanche, couloirs d'immeubles pour travailler la marche sur plusieurs mètres, outils de cuisine, bouteilles lestées... les kinésithérapeutes utilisent les outils à disposition et s'adaptent, pour permettre des séances efficaces et reproductibles.

En troisième lieu, il existe d'autres intérêts de la pratique à domicile, qui sont plus spécifiques selon les profils de kinésithérapeutes, notamment sur l'organisation du temps dans la semaine et la durée de la séance auprès du patient. La pratique strictement à domicile semble plus avantageuse en termes de durée de séance car comme l'explique Marie : « je n'ai pas de cabinet à rentabiliser non plus, si j'en avais un, je ne pourrais pas me permettre ! ». On constate que les kinésithérapeutes pratiquant strictement à domicile, Alice, Marie, Thomas et Carole, font durer leurs séances au domicile des patients plus longtemps, dépassant souvent les 30 minutes. Cette flexibilité horaire, que l'on retrouve à l'échelle de la semaine, permet aux kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile d'avoir d'autres activités professionnelles ou personnelles. Nous constatons que la « liberté d'emploi du temps » constitue le premier véritable intérêt pour ce profil de kinésithérapeutes. À l'inverse, pour les kinésithérapeutes en cabinet, en manque de temps car déjà très occupés par la patientèle de cabinet, la liberté d'emploi du temps arrive seulement en quatrième position.

En quatrième lieu, nous découvrons un intérêt majeur pour les kinésithérapeutes exerçants strictement à domicile : l'absence de charges de cabinet. Cet avantage financier est un point qui est fréquemment revenu dans les échanges avec les quatre kinésithérapeutes interrogés. Thomas met également en avant l'absence de rétrocession en tant que titulaire de son activité, comparant celle-ci au travail en cabinet en tant qu'assistant-collaborateur.

Enfin et en cinquième lieu, pour les kinésithérapeutes en cabinet, les domiciles sont vus comme une manière positive de « sortir du cabinet », d'effectuer des soins de service auprès d'une patientèle différente pour « varier » leur activité.

4.2.3. L'équilibre difficile entre intérêts humains et contraintes matérielles

Tout d'abord, il semble opportun de rappeler que les kinésithérapeutes pratiquant à domicile le font de façon libre et assumée. En effet, s'ils ne trouvaient pas d'intérêts concrets à cette pratique, ils pratiqueraient exclusivement en cabinet. C'est le cas par exemple des 167 kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire et ne pratiquant pas à domicile.

Nous constatons que les principales motivations à la réalisation de cette pratique sont liées à l'aspect humain : le fait de rendre service au patient ne pouvant plus se déplacer et la relation de soin qui se crée au cours des séances constituent des intérêts majeurs pour le kinésithérapeute. Il s'agit en effet d'appliquer une éthique professionnelle, qui constitue pour beaucoup, le cœur de la vocation de kinésithérapeute.

Mais cette éthique est-elle suffisante pour motiver les kinésithérapeutes à pratiquer à domicile ? Il semblerait que non. En effet, l'intérêt humain est confronté à des contraintes matérielles très fortes comme le manque de rentabilité ou l'inconfort de la pratique. L'équilibre entre intérêt humain et contraintes matérielles est donc possible, tout en restant fragile, uniquement pour les soignants dont l'éthique est au cœur de la pratique. Les réalités économique (besoin d'une rémunération suffisante) et matérielle (besoin de conditions de travail supportables) peuvent facilement prendre le dessus et rendre la pratique à domicile particulièrement difficile. Les kinésithérapeutes pratiquant seulement à domicile réussissent à renforcer cet équilibre entre intérêts et contraintes en se libérant de celles liées au fonctionnement d'un cabinet et en optimisant leur organisation grâce à une plus grande flexibilité. Mais cette population reste largement minoritaire dans la profession. À l'inverse, il est très difficile pour les kinésithérapeutes pratiquant en cabinet et à domicile de dépasser les contraintes matérielles malgré leur volonté éthique si cette dernière n'est pas soutenue par d'autres intérêts.

Par conséquent, il semble important de valoriser et de promouvoir la pratique à domicile pour l'ensemble des kinésithérapeutes en cabinet afin qu'elle s'inclue de façon plus adaptée et plus rentable dans leur quotidien.

4.3. Perspectives de la kinésithérapie à domicile

4.3.1. Une pratique qui répond aux enjeux de santé publique

À partir des résultats des entretiens et du questionnaire, nous constatons que les kinésithérapeutes à domicile sont des acteurs de première ligne face au virage ambulatoire, puisqu'ils sont souvent amenés à prendre en charge des patients en sortie d'hôpital après une opération (en orthopédie notamment) et ce, majoritairement dans le cas de kinésithérapeutes avec une activité en cabinet et à domicile. On découvre également une proportion importante de soins de kinésithérapie respiratoire et de neurologie. L'augmentation des soins ambulatoires, visée par les politiques de santé et notamment dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, nécessiterait ainsi une plus grande offre de kinésithérapie à domicile sur le territoire.

Par ailleurs, les patients âgés constituent la principale population concernée à domicile (figures 15 et 16). Cela confirme les données analysées en introduction sur la répartition des âges des bénéficiaires (figure 4). Les kinésithérapeutes intervenant au domicile des patients évoquent la qualité relationnelle des séances et la gratifiante lutte contre l'isolement lors de leurs interventions auprès d'un public âgé à domicile. Ils effectuent des séances basées sur un travail fonctionnel en lien avec les priorités des patients. Les témoignages recueillis vont dans le sens des recommandations de bonne pratique de la haute autorité de santé (HAS) dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile : « Le masseur-kinésithérapeute, en lien avec les autres intervenants à domicile, prend en compte l'environnement psychosocial de manière à ajuster la relation avec le malade et l'entourage et à personnaliser les objectifs de manière réaliste. » ; « En ce qui concerne l'environnement matériel, [...] le masseur-kinésithérapeute évalue les conditions de l'habitat, les besoins en aide technique et aide à la marche et les possibilités de déplacement à l'extérieur pour faciliter les actes de la vie quotidienne » (HAS, 2005). Ainsi, les kinésithérapeutes à domicile sont et seront des protagonistes indispensables face à l'enjeu actuel du vieillissement de la population. Une augmentation des soins à domicile en France bénéficierait à un plus grand nombre de personnes âgées, luttant contre l'isolement et la perte d'autonomie, constituant un axe phare du rapport Libault en vue du projet de loi « Grand âge et autonomie » (cf. page 9).

4.3.2. Une promotion nécessaire auprès de la profession

Les kinésithérapeutes pratiquant exclusivement à domicile sont minoritaires au sein de la profession. L'augmentation des prises en charge à domicile au niveau national doit donc passer par la contribution des kinésithérapeutes en cabinets libéraux. Il semble donc important de promouvoir la pratique à domicile plus spécifiquement auprès de ces derniers.

Cette promotion commencerait par une lutte contre la méconnaissance de la kinésithérapie à domicile au sein de la profession, notamment concernant les pathologies rencontrées. Par exemple, pour seulement 25% des kinésithérapeutes n'effectuant pas de domicile, l'orthopédie est une pathologie évoquant le domicile (figure 22) alors qu'elle est effectivement rencontrée par 71% des kinésithérapeutes pratiquant en partie à domicile (figure 16). À l'inverse, plus de la moitié (55%) des kinésithérapeutes n'exerçant pas à domicile estiment que les soins palliatifs sont un champ clinique fréquemment rencontré à domicile (figure 22), alors que seulement 21% des kinésithérapeutes exerçant en partie à domicile rencontrent régulièrement ce champ clinique (figure 16). Tous les kinésithérapeutes à domicile interrogés décrivent une multiplicité de pathologies et des situations toujours différentes. Par ailleurs, la rééducation est intéressante car elle nécessite d'employer des outils différents de ceux utilisés classiquement en cabinet, en interagissant avec l'environnement propre du patient. Ainsi, des initiatives permettant une promotion de la pratique à domicile auprès de tous les kinésithérapeutes libéraux pourraient être mises en place et seraient profitables à tous.

La formation des kinésithérapeutes à la pratique à domicile pourrait être dans un premier temps un moyen efficace de promouvoir cette dernière au sein de la profession. L'idée (soumise par l'un des enquêtés) de formations initiales ou continues centrées sur la kinésithérapie à domicile est pertinente. Ces formations pourraient être axées sur les pathologies fréquemment rencontrées à domicile ou sur les techniques de rééducation selon l'environnement. En effet, nous avons constaté une indisposition de plus de la majorité des kinésithérapeutes libéraux face à certaines pathologies considérées comme plus « complexes » que celles retrouvées en cabinet, mais également une réelle appréhension face à l'absence de matériel de cabinet lors des séances. Pourtant, ces difficultés seraient facilement surmontables grâce au

développement de connaissances spécialisées et de nouvelles compétences adaptées à la pratique. A ce jour, il n'existe pas encore d'initiation ou d'enseignement spécifique formant aux enjeux de la kinésithérapie à domicile, ni en faculté, ni en formation professionnelle continue (DPC). D'autres moyens permettraient cette promotion, comme par exemple la mise en place de réseaux de kinésithérapeutes à domicile, la rédaction d'articles dans des revues de kinésithérapie ou la mise en place de campagnes d'informations sur les soins à domicile, à travers des infographies permettant une meilleure visibilité des intérêts de cette pratique et des réalités de terrain.

4.3.3. Revaloriser les déplacements

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la prise en charge des kinésithérapeutes à domicile repose en partie sur la qualité des relations de soins et la possibilité du service rendu. Cependant, ces intérêts ne sauraient-êtré suffisants pour assurer une pratique à domicile attractive sur le long terme. Un moyen d'encourager les kinésithérapeutes à pratiquer à domicile et de reconnaître le service rendu est de revaloriser les déplacements.

En effet, les kinésithérapeutes ayant un cabinet à entretenir évoquent fréquemment leur manque de temps pour effectuer des domiciles, qu'ils considèrent comme peu rentables. Plusieurs raisons expliquent cette observation. Le domicile implique en particulier un temps de déplacement qui n'est en théorie pas inclus dans le temps de la séance. En réalité, les kinésithérapeutes empiètent sur le temps de la séance pour se déplacer pour que le déplacement ne les empêche pas de prendre un patient supplémentaire afin de payer les charges de cabinet. Par ailleurs, les difficultés liées à la gestion des indemnités de déplacement et aux cotations de la NGAP en général sont également mises en avant. Par exemple, il existe six indemnités forfaitaires différentes, ainsi que trois indemnités kilométriques (Annexe I), qui ne sont pas toujours faciles à mettre en application.

Ainsi, est-il important d'apporter une plus grande reconnaissance du travail fourni à domicile par les kinésithérapeutes. Il faudrait donc revaloriser les déplacements, en augmentant les indemnités de déplacements et faciliter les démarches de

remboursements. Ceci permettrait d'encourager les kinésithérapeutes à inclure plus de domiciles dans leur quotidien.

4.4. Présence de biais et limites de cette étude

4.4.1. Biais des entretiens

Nous avons été confrontés, durant toute la période de recueil des entretiens, à une difficulté majeure, celle de mettre à distance nos « prénotions ». Pour réaliser une enquête, il faut s'impliquer et s'intéresser au sujet. Mais étant dans le milieu paramédical et partageant le même métier que les personnes interrogées, nous n'avons pas toujours été en mesure de prendre de la distance pour sortir de l'évidence du terrain. Cependant, nous étions animés d'une vraie soif de découvrir et de comprendre, ce qui nous a permis de donner un intérêt à notre travail et non d'en faire, nous l'espérons, une simple formalité d'exercice scolaire (Weber et Beaud, 1997).

Nous avons fondé l'ensemble de notre travail d'analyse thématique sur des retranscriptions d'entretiens, issues pour quatre d'entre elles d'enregistrements audio, les deux premières ayant été prises en notes immédiatement durant l'échange. Ces retranscriptions ont la particularité de rapporter un échange à l'écrit de façon précise, mais avec le risque d'ôter toutes les émotions du discours : les hésitations, les silences, les tons ironiques ou interrogatoires n'ont pas été saisis. Ainsi, nous avons conscience que notre analyse manque de précisions sur ce point.

Par ailleurs, notre analyse thématique a pu manquer de méthodologie lors de l'élaboration de l'arbre thématique, en utilisant des rubriques plutôt que des thèmes, c'est-à-dire en cherchant à catégoriser les sujets plutôt qu'à les thématiser. Enfin, l'utilisation de cet arbre thématique peut-être une limite dans la mesure où un arbre thématique « dépersonnalise les logiques individuelles, cela est en quelque sorte inévitable si l'on souhaite tracer un portrait transversal synthétique d'un certain nombre de témoignages » (Paillé et Mucchielli, 2012).

4.4.2. Biais du questionnaire

- Biais de sélection

La sélection des kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire s'est faite par des réseaux sociaux et par mail. Dès lors, tous les kinésithérapeutes n'ayant pas de compte sur Facebook ou d'adresse mail valide n'ont pas été en mesure de voir, répondre, ou diffuser le questionnaire. Ceci constitue un biais de sélection éventuel. De plus, le fait que le questionnaire soit en ligne implique un faible taux de participation.

- Biais de représentativité

Nous avons interrogé un échantillon de 1058 kinésithérapeutes, dans le but d'obtenir un groupe représentatif de la population de kinésithérapeutes français. Les données recueillies en effet ne reflètent jamais qu'un aspect de la réalité sociale étudiée (Parizot, 2012).

- Biais de communication

La transmission du questionnaire s'est faite avec un texte de présentation différent selon la publication. Par exemple, nous n'avons pas présenté le questionnaire de la même manière entre un mail et une publication sur les réseaux sociaux. Ceci pourrait avoir un impact sur la participation des kinésithérapeutes et constitue un biais de communication.

- Biais de formulation et de condition de passation

Nous avons réalisé une série de questions fermées dans un souci de simplification d'analyse. Cependant, l'utilisation de ce type de questions risque parfois de provoquer des incompréhensions et un sentiment de malaise, chez les enquêtés, du fait que ceux-ci doivent se situer par rapport à des items qui ne reflètent pas toujours la complexité de leur situation (Parizot, 2012).

Le questionnaire était rempli par les kinésithérapeutes dans leurs propres milieux de vie par auto-administration. Cela supposait que les enquêtés puissent comprendre d'eux-mêmes les consignes, sans qu'un enquêteur les assiste ou réponde à d'éventuelles interrogations. Par ailleurs, nous n'avons pas été en mesure de

connaître le taux d'abandon lié à une éventuelle lassitude durant la réalisation du questionnaire.

- Biais de désirabilité sociale et d'acquiescement

Il existe une tendance plus ou moins inconsciente de la part des enquêtés, à répondre en fonction de ce qu'on attend d'eux. Cette tendance a été repérée dans des travaux de psychologie et de neuropsychologie. Ainsi, il existerait une tendance à minimiser certaines caractéristiques embarrassantes, dévalorisantes, ou contraires à ce que l'enquêteur chercherait à montrer. Il était donc nécessaire d'être très neutre dans la formulation des questions afin que les enquêtés ne soient pas tentés d'aller dans le sens de ce que nous voulions montrer.

Concernant les questions de Lickert, qui consistent à répondre selon le degré d'acquiescement, une difficulté tient à la tendance à répondre plus souvent par l'affirmative que par la négative. Les kinésithérapeutes ont pu être tentés de répondre plus facilement « d'accord » ou « tout à fait d'accord » plutôt que « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ». Il en est de même pour les questions de satisfaction.

4.4.3. Limites

Nous avons rencontré une importante difficulté méthodologique rendant l'analyse des intérêts et contraintes des kinésithérapeutes compliquée (tableau III et IV). En effet, l'organisation des questions sous forme de hiérarchisation nécessitait une analyse statistique des réponses qui dépassait nos compétences. Il aurait peut-être mieux fallu demander aux kinésithérapeutes répondant de noter chaque contrainte et chaque intérêt. Nous n'avons pas été en mesure de rectifier cette erreur méthodologique.

De plus, nous n'avons pas analysé de façon précise l'ensemble des 243 réponses courtes des kinésithérapeutes. En effet, il aurait été pertinent de réaliser une étude d'occurrence de certains mots pour déterminer leur fréquence d'apparition et en dégager les principaux thèmes. Certaines remarques auraient apporté des informations intéressantes, nous confortant plusieurs fois dans les observations de notre étude.

5. Conclusion

Bien que la kinésithérapie à domicile soit connue de tous au sein de la profession, elle correspond à une part minimale de la kinésithérapie en France, représentant environ 20% des actes de kinésithérapie libérale. De plus, après avoir analysé les données exhaustives de la Sécurité Sociale sur une période de huit ans (2011-2018), nous constatons qu'elle n'augmente pas au fil des années, alors même que les actes des cabinets libéraux se développent.

Pourtant, les enjeux de santé publique actuels, constitués notamment par la politique du virage ambulatoire et la démographie nationale provoquant un important vieillissement de la population, nécessiteraient une plus grande proportion de kinésithérapeutes se déplaçant au domicile des patients. Il existe donc un paradoxe entre la nécessité d'une augmentation importante de ces soins au niveau national et leur croissance pourtant hésitante lorsque l'on regarde les données de remboursement.

Dans ces circonstances, ce mémoire avait pour objectif de mieux cerner les difficultés et intérêts des kinésithérapeutes réalisant des soins à domicile pour comprendre l'origine du paradoxe mis en avant. Nous cherchions à montrer pourquoi le nombre d'actes à domicile n'a pas augmenté alors même que les besoins se multiplient. Nous supposons que les contraintes rencontrées à domicile par les kinésithérapeutes constituaient une cause de cette faible augmentation des actes à domicile sur la dernière décennie.

L'étude correspond dans un premier temps à un état des lieux global de ce qu'est la kinésithérapie à domicile au sein de la profession, à travers un échantillon de kinésithérapeutes libéraux consultés selon deux méthodes de sciences humaines et sociales : l'entretien semi-directif et le questionnaire. Les informations recueillies dans les entretiens étaient utilisées dans la formulation du questionnaire, celui-ci s'adressant à un plus large échantillon de masseurs-kinésithérapeutes. Nous avons recueilli six entretiens et 1075 réponses au questionnaire, ce qui correspond à environ 1% de l'ensemble de la population de kinésithérapeutes en France.

Nous avons été en mesure de déterminer plusieurs caractéristiques liées à l'organisation quotidienne des kinésithérapeutes : gestion du temps, des déplacements, organisation des tournées et des séances. Nous avons également caractérisé les séances sur le plan kinésithérapique avec une estimation des pathologies fréquemment rencontrées et de la gestion de la rééducation.

L'étude permet de déterminer les contraintes rencontrées à domicile constituant des freins majeurs à l'exercice mais également les principaux intérêts constituant des moteurs à l'exercice. Les kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile et ceux exerçant en cabinet et à domicile n'éprouvent pas les mêmes difficultés ni les mêmes facilités en réalisant des domiciles au quotidien.

Si la chronicité des prises en charge apparaît comme une contrainte importante pour les kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile, les principales contraintes rencontrées à domicile par l'ensemble des kinésithérapeutes sont des contraintes d'ordre matériel : le manque de matériel et l'installation compliquée à domicile et une faible valorisation de la prise en charge. Les principaux intérêts concernent la relation au patient, avec la qualité de la relation humaine et l'utilité de la séance pour permettre au patient de rester autonome chez lui. Les kinésithérapeutes exerçant strictement à domicile ajoutent à ces avantages la liberté d'emploi du temps du fait de leur plus importante flexibilité, mais aussi de l'absence de charges de cabinet. Cependant, ces intérêts relationnels ne semblent pas suffisants pour encourager durablement les kinésithérapeutes à pratiquer à domicile face aux contraintes matérielles importantes. Cela expliquerait la trop faible augmentation du nombre de prises en charge à domicile.

Dès lors, cette recherche permet d'avancer des perspectives concernant la pratique de la kinésithérapie à domicile. Nous avons découvert dans ce travail des professionnels de santé passionnés par l'exercice qui répond aux enjeux actuels de santé publique bien que qu'il soit souvent contraint par des difficultés variées. Ces difficultés, pour certaines, seraient évitables par une meilleure promotion de cette pratique (en commençant par proposer des formations initiales et continues) et une revalorisation des déplacements.

L'étude comporte cependant de nombreux biais et nécessiterait d'être associée à des recherches plus approfondies. Par exemple, il serait intéressant d'obtenir une estimation de la quantité d'ordonnances de soins de kinésithérapie à domicile prescrites par les médecins comparativement aux soins effectivement réalisés. Nous aurions de ce fait, un meilleur aperçu des besoins en kinésithérapeutes à domicile face à une demande supposée croissante dans notre étude.

La réalisation de ce mémoire nous a permis de découvrir une manière unique du prendre soin, cette attention particulière portée à une personne (Hesbeen, 1997). Les situations de soins vécues lors des stages, les échanges avec les professionnels de santé et les retours des patients ravis de pouvoir bénéficier de cette aide si précieuse, sont autant de raisons pour lesquelles nous souhaitons poursuivre nos recherches sur la kinésithérapie à domicile, mais également la pratiquer. Ainsi, ce mémoire a été un véritable tremplin pour continuer des soins à domicile non plus comme stagiaire mais en tant que jeune kinésithérapeute diplômée.

6. Références bibliographiques

Ameli. (2020). *Prado, le service de retour à domicile*.

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

Article L162-1-7 du 24 décembre 2019 du Code de la Sécurité Sociale. (2019).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740731>

Article L4321-1 du Code de la Santé Publique. (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031930031&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>

Article R4321-114 du code de la santé publique dans sa rédaction issue du Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 - art. 1. (2008).

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=0A5C26F192779D45C90EBE8697640423.tplqfr36s_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000019730164&dateTexte=20200430&categorieLien=id#LEGIARTI000019730164

Avis relatif à l'avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs-

kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007 et tacitement renouvelée, (2018),

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=59F901B9F4F0D5F7B699BD8564BBF18B.tplqfr36s_1?cidTexte=JORFTEXT000036580951&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000036580244

- Barbot, J. (2012) 6 – Mener un entretien en face à face. In Serge Paugam éd., *L'enquête sociologique* (pp. 115-141). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.
- Beaud, S. et Weber, F. (1997). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris, La Découverte.
- Berasategui, C. (2019). « La rééducation de la personne âgée : objectifs, techniques et prescription. Qu'entend-t-on par maintien de l'autonomie ? » *Kinésithérapie, la Revue* 19 (205) : p 20-27.
- Beugniez, A. (2019). *Comment exploiter le CSAT (score de satisfaction client) ?* consulté le 7 mars 2020 à l'adresse :
<https://www.myfeedback.com/fr/blog/comment-utiliser-csat-score-satisfaction-client>
- Biaudet, J et Godfroid, T. (2016). « *Mourir chez soi, mourir avec les siens : quels effets d'une prise en charge de la fin de vie à domicile ?* », *Enfances Familles Générations* [En ligne], mis en ligne le 15 août 2016, consulté le 25 avril 2019.
URL : <http://journals.openedition.org/efg/975>
- Bouchayer, F. (2010). Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux. Dans : Géraldine Bloy éd., *Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale* (pp. 169-188). Rennes, France : Presses de l'EHESP.

Boudon, R et Lazarsfeld, P. (1965), *Le vocabulaire des sciences sociales*, Paris, Mouton

Brika, M. Desramault, F. Mourey, F. et Kubicki, A. (2018). « Et si l'important n'était pas la chute mais de réussir à se relever du sol ? » *Kinésithérapie, la Revue* 18(194) : p 39.

Clermont, M-A & Clermont, B. (2018). *Gaspard, entre ciel et terre*. Cerf

Cochet A, (2017) *Le burn out : difficultés et ressources chez les soignants indépendants exerçant à domicile* (Mémoire de master 2 Management des établissements de Santé), Université Paris Créteil.

Combessie, J-C. (2007). II. L'entretien semi-directif. In : Jean-Claude Combessie éd., *La méthode en sociologie*. Paris : La Découverte.

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes, (2017), Cartographie interactive des kinésithérapeutes. URL : <http://cartographie.ordremk.fr/geoconcept-web/easy/public/portal/cnomk>

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes. (2017). *Démographie des kinésithérapeutes, une expansion incapable de répondre à la pénurie hospitalière et à la disparité ville / campagne*. URL: http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf

- Cour des Comptes. (2015). *Chapitre IX : Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai*. URL : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20150915-rapport-securite-sociale-2015-depenses-soins-infirmiers-masso-kinesitherapie-en-liberal.pdf>
- DGOS, (2020). « Soins de suite et de réadaptation - SSR ». *Ministère des Solidarités et de la Santé*. URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137 (5), 535-544
- FHF. (2018). *Ville-hôpital, des pistes pour renforcer les liens*. Fédération hospitalière de France. URL : <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>
- Grémy, J-P. (1993). Questions et réponses : quelques résultats sur les effets de la formulation des questions dans les sondages. *Sociétés contemporaines* N°16, Femmes au travail : l'introuvable égalité ? p. 165-176.
<https://doi.org/10.3406/socco.1993.1146>
- HAS, (2005). Recommandations pour la pratique clinique. *Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile*.

URL : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations.pdf>

Hesbeen, W. (1997). « Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante », Paris, France : Masson

INSEE (2020). *Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2020, France*. Institut National de la statistique et des études économiques. URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>

Julliand, A-D. (2011). *Deux petits pas sur le sable mouillé*. Les Arènes

Libault, D. (2019). *Concertation grand âge et autonomie*. URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

Likert, R. (1932) « A Technique for the Measurement of Attitudes », Archives of Psychology, vol. 140, p. 1–55

Ministère des solidarités et de la Santé. (2017). *Stratégie Nationale de Santé 2018-2022*. URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019) France: Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin. Chapitre 11, l'analyse thématique pp. 231-313

Parizot, I. (2012). 5 – L'enquête par questionnaire. Dans : Serge Paugam éd., *L'enquête sociologique* (pp. 93-113). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.

Singly, F. de (2005), *L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire*, Paris, Armand Colin, « Collection 128 », 2eéd., p. 28

Weber, F. (2014). « Introduction. Le maintien à domicile : à quel prix ? », *Le salaire de la confiance*, Éditions Rue d'Ulm « Sciences sociales », p. 9-40.

Winance, M. (2007). Dépendance *versus* autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médico-sociales : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, vol. 25(4), 83-91. doi :10.3917/sss

ANNEXES

ANNEXE I : Fonctionnement de la NGAP
ANNEXE II : Utilisation des données Open Damir
ANNEXE III : Grille d'entretien
ANNEXE IV : Relevé de thèmes
ANNEXE V : Arbre thématique
ANNEXE VI : Trame du questionnaire
ANNEXE VII : Départements d'exercice des MK répondants

ANNEXE I : fonctionnement de la NGAP

Guide pratique de la NGAP à destination des masseur-kinésithérapeute, commission paritaire des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne Rhône-Alpes, avril 2019

La NGAP fixe les conditions d'utilisation de la lettre-clé (AMS, AMK ou AMC) selon le type d'acte effectué par le MK et le cas échéant selon le lieu d'exécution (tableau ci-dessous).

Le montant des lettres-clés AMS, AMK et AMC est unique à 2,15€ (tarif en métropole).

Nature des actes	Lieu de réalisation des actes	Lettre-clé à utiliser
Rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques (NGAP, titre XIV, chapitre II, article 1)	Dans n'importe quel lieu de réalisation (cabinet, domicile, structure de soins, établissement...)	AMS
Tous les autres actes des MK à la NGAP	Au cabinet ou au domicile du malade (la notion de domicile est étendue au foyer logement et à la maison de retraite)	AMK
	Dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le patient y a élu domicile (EHPAD...) Dans un cabinet installé dans un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé	AMC

4. LES FRAIS DE DEPLACEMENT

Les articles 13 et 13.1 des dispositions générales de la NGAP et l'avenant 5 à la convention nationale des MK fixent les conditions de remboursement des frais de déplacement.

4.1 Principes généraux

Les frais de déplacement s'appliquent pour les actes remboursables réalisés au domicile du malade ou dans un lieu dans lequel le malade a élu domicile (foyer logement, EHPAD...).

Les frais de déplacement ne peuvent être facturés qu'une seule fois par déplacement. Ainsi, si les soins concernent plusieurs malades dans un même lieu, les frais de déplacement ne doivent être facturés qu'à un seul des patients soignés (exemple : rééducation de plusieurs patients dans un même domicile ou dans un même EHPAD).

4.2 Modalités de facturation

Les frais de déplacement comprennent l'indemnité forfaitaire de déplacement (IF) associée le cas échéant à une indemnité kilométrique (IK) selon les modalités au tableau 1.

L'indemnité forfaitaire dépend de la rééducation effectuée selon les modalités au tableau 2 ([avenant 5 à la convention nationale des MK](#)).

Les indemnités forfaitaires ne sont pas cumulables entre elles.

L'indemnité kilométrique ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au MK dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade sauf lorsque les déplacements sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile (Prado).

TABLEAU 1
Principes de facturation des frais de déplacement

La résidence du patient et le domicile professionnel...	Le MK facture...
sont dans la même agglomération (1) quelle que soit la distance.	indemnité forfaitaire seule (pas d'indemnité kilométrique).
ne sont pas dans la même agglomération (1) et sont distants de moins de 2 km en plaine ou de moins de 1 km en montagne (2).	
ne sont pas dans la même agglomération (1) et sont distants de plus de 2 km en plaine ou plus de 1 km en montagne (2).	indemnité forfaitaire + indemnité kilométrique (IK) = 1 IK/km après déduction de 4 km aller-retour en plaine et 2 km aller-retour en montagne (2).

(1) La liste des communes urbaines (agglomération) et rurales (hors agglomération) peut être téléchargée sur le site Internet de l'INSEE (feuillelet « Composition communale » du fichier « base des unités urbaines 2010 »).

(2) Le zonage plaine / montagne est déterminé par l'adresse professionnelle. La zone IK figure dans la case IK du pavé d'identification sur les feuilles de soins : facturer des IK plaine en cas de 1 dans la case IK, facturer des IK montagne en cas de 2.

Mise à jour : 1er février 2019

TABLEAU 2
Choix de l'indemnité forfaitaire

Nature de la rééducation réalisée à domicile	Indemnité forfaitaire
« Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres » (NGAP, titre XIV, chapitre II, article 1)	IFO
« Rééducations des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires » (NGAP, titre XIV, chapitre II, article 2)	IFR
« Rééducations des conséquences d'affections neurologiques et musculaires » (NGAP, titre XIV, chapitre II, article 4)	IFN
« Rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) » et « Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose » (NGAP, titre XIV, chapitre II, article 5)	IFP
« actes liés à la prise en charge des patients après une intervention orthopédique ou traumatologique pendant une période allant de la date de sortie d'hospitalisation au 35ème jour après cette date. Cette limitation temporelle ne s'applique pas aux déplacements liés aux actes réalisés dans le cadre des Prado mis en œuvre par les régimes d'assurance maladie »	IFS
Tous les autres actes de MK	IFD

TARIFS DES INDEMNITES DE DEPLACEMENT



Tarifs conventionnels applicables aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux
(source : Ameli)
à compter du 1^{er} juillet 2018

Actes professionnels	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer (dont Mayotte)
AMK	2,15 €	2,36 €
AMC	2,15 €	2,36 €
AMS	2,15 €	2,36 €
IFD : Indemnité forfaitaire de déplacement	2,50 €	2,50 €
IFO : Indemnité forfaitaire orthopédique et rhumatologique (1)	4,00 €	4,00 €
IFR : Indemnité forfaitaire rhumatismale (2)	4,00 €	4,00 €
IFN : Indemnité forfaitaire neurologique (3)	4,00 €	4,00 €
IFP : Indemnité forfaitaire pneumologique 4)	4,00 €	4,00 €
IFS : Indemnité forfaitaire de sortie (5)	4,00 €	4,00 €
FRD : Forfait prise en charge rapide du retour à domicile post-AVC (6)	100,00 €	100,00 €
FAD : Forfait accompagnement du retour à domicile post-chirurgie orthopédique (7)	20,00 €	20,00 €
Majoration de nuit	9,15 €	9,15 €
Majoration de dimanche (8)	7,62 €	7,62 €
IK : Indemnité kilométrique en plaine	0,38 €	0,43 €
IK : Indemnité kilométrique en montagne	0,61 €	0,66 €
IK : Indemnité kilométrique à pied ou à ski	3,35 €	3,35 €

(6) Le forfait de prise en charge rapide liée à un accident vasculaire cérébral (AVC) est un forfait complémentaire aux actes de rééducations habituels, facturable une fois pour chaque patient après la première prise en charge par le masseur-kinésithérapeute. Cette rémunération ne concerne pas les soins qui demeurent rémunérés à l'acte. Elle est versée sur la base d'un forfait qui comprend :

- la prise en charge rapide (dans un délai de 3 à 4 jours), initialement à domicile, pluri-hebdomadaire ;
- la participation à l'éducation du patient et de son entourage ;
- la coordination avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, attestée par la transmission du BDK ;
- la transmission d'un point d'étape sur la rééducation en cours, au médecin traitant et à l'équipe médicale en vue de la consultation post AVC (hospitalière et/ou extra hospitalière) au moment de la facturation du forfait.

(7) Le forfait accompagnement du retour à domicile post-chirurgie orthopédique est un forfait complémentaire aux actes de rééducations habituels, facturable une fois pour chaque patient. Cette rémunération ne concerne pas les soins qui demeurent rémunérés à l'acte. Elle est versée sur la base d'un forfait qui comprend :

- la prise en charge rapide (dans un délai de 48 heures), initialement à domicile ;
- la participation à l'éducation du patient et de son entourage ;
- la coordination avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, attestée par la transmission du BDK.

Deux forfaits de prise en charge à domicile (source : ameli)

Filterer les variables sur PBI pour conserver seulement les données pertinentes

- Une fois chargées sur le logiciel, les données mensuelles assemblées par années correspondent à un tableau à deux entrées : En colonne, les 13 variables que nous avons conservées, en lignes, plus de 300 millions de de lignes de prestations.

14 COLONNES, 999+ LIGNES Profilage de la colonne en fonction des 1000 premières lignes

- L'objectif ensuite sera de former un rapport de ce jeu de donnée, en gardant seulement les catégories qui nous intéressent au sein des variables chargées. Pour ce faire, les variables peuvent être filtrées, en sélectionnant ou non des codes clés. Nous utilisons la fonction « segment » et « visualisation par liste défilante » de PBI. Par exemple :
 - o Statut juridique du professionnel exécutant (PSE STJ SNDS) : nous sélectionnons seulement « 1 » qui correspond aux professions libérales.
 - o Catégorie de l'exécutant (PSE ACT CAT) : nous sélectionnons seulement « 7 » qui correspond aux masseur-kinésithérapeutes.
 - o Pour la nature de prestation (PRS-NAT), nous sélectionnons, au choix, les indemnités forfaitaires de déplacements des MK (il existe 6 codes différents, de 1842 à 1847), les indemnités kilométriques de déplacement des MK (il existe 3 codes différents, de 1811 à 1813) ou les actes professionnels (il en existe 3, les cotations AMC AMS et AMK correspondant respectivement aux codes 3121, 3122, 3125)

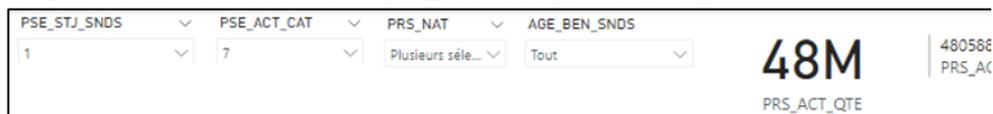
PSE_STJ_SNDS	PSE_ACT_CAT	PRS_NAT
1	7	Plusieurs sélections
<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1811
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1812
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1813
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 1842
	<input type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 1843
	<input type="checkbox"/> 6	<input checked="" type="checkbox"/> 1844
	<input checked="" type="checkbox"/> 7	<input checked="" type="checkbox"/> 1845
	<input type="checkbox"/> 8	<input checked="" type="checkbox"/> 1846
	<input type="checkbox"/> 9	<input checked="" type="checkbox"/> 1847

Extraction des chiffres et présentation sur Power BI puis Excel

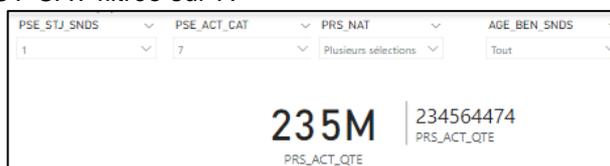
- Pour créer des graphiques et faire ressortir les chiffres, nous avons ensuite sélectionné les variables (précédemment filtrées) en adaptant la visualisation avec différents types d'outils de Power BI.

Nous obtenons alors, par exemple :

- o Quantité totale d'actes de kinésithérapie à domicile en 2017 : PRS-ACT-QTE : somme des prestations sur les 12 mois de l'année 2018 avec la variable PRS-NAT filtrée sur les chiffres 1842, 1843, 1844, 1845, 1846 ou 1847, la variable PSE-STJ-SNDS filtrée sur 1 et la variable PSE-ACT-CAT filtrée sur 7.



- o Quantité totale d'actes de kinésithérapie libérale en 2014 : PRS-ACT-QTE : somme des prestations sur les 12 mois de l'année 2016 avec la variable PRS-NAT filtrée sur les chiffres 3121, 3122 ou 3125, la variable PSE-STJ-SNDS filtrée sur 1 et la variable PSE-ACT-CAT filtrée sur 7.



- o Proportion d'actes de kinésithérapie à domicile en fonction de la répartition des âges en 2016 : graphe de distribution associant la variable AGE-BEN-SNDS (correspondant aux différentes tranches d'âges) et PRS-ACT-QTE (quantité d'actes totale) avec la variable PRS-NAT filtrée sur 1842, 1843, 1844, 1845, 1846 ou 1847, correspondant aux différents types d'indemnités forfaitaires de déplacement, ainsi que les variables PSE-STJ-SNDS et PSE-ACT-CAT filtrées respectivement sur 1 et 7.

- Nous avons réalisé la même méthodologie et les mêmes présentations de données pour toutes les années consécutives.
- La totalité des chiffres obtenus ont été copiés sur un document Excel ® récapitulatif. Cela nous a permis de ne plus utiliser de disque dur externe et de laisser de côté les quelques 400 Go de jeux de données.
- *En raison de la technicité de cette recherche, du temps consacré à produire ces chiffres et du caractère inédit de ce travail, l'ensemble des résultats présenté sous forme de graphiques est soumis aux droits d'auteur.*

Lexique des variables et codes associés

Code de la Variable	Libellé de la variable	Valeurs que peut-prendre la variable, ou code clé																															
PSE STJ SNDS	Statut Juridique du professionnel de santé exécutant	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>PROFESSIONS LIBERALES</td></tr> <tr><td>2</td><td>PRATICIENS EXERCANT A TITRE SALARIE</td></tr> <tr><td>8</td><td>PRATICIENS FICTIFS</td></tr> <tr><td>9</td><td>VALEUR INCONNUE</td></tr> </table>		1	PROFESSIONS LIBERALES	2	PRATICIENS EXERCANT A TITRE SALARIE	8	PRATICIENS FICTIFS	9	VALEUR INCONNUE																						
1	PROFESSIONS LIBERALES																																
2	PRATICIENS EXERCANT A TITRE SALARIE																																
8	PRATICIENS FICTIFS																																
9	VALEUR INCONNUE																																
PSE ACT CAT	Catégorie de l'exécutant	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>ETABLISSEMENT</td></tr> <tr><td>1</td><td>MEDECIN</td></tr> <tr><td>2</td><td>FOURNISSEUR</td></tr> <tr><td>3</td><td>LABORATOIRE</td></tr> <tr><td>4</td><td>DENTISTE (EX : SPECIALISTE O.D.F.)</td></tr> <tr><td>5</td><td>SAGE-FEMME</td></tr> <tr><td>6</td><td>INFIRMIER</td></tr> <tr><td>7</td><td>MASSEUR</td></tr> <tr><td>8</td><td>PEDICURE-PODOLOGUE</td></tr> <tr><td>9</td><td>ORTHOPTISTE - ORTHOPHONISTE</td></tr> <tr><td>99</td><td>SANS OBJET</td></tr> </table>		0	ETABLISSEMENT	1	MEDECIN	2	FOURNISSEUR	3	LABORATOIRE	4	DENTISTE (EX : SPECIALISTE O.D.F.)	5	SAGE-FEMME	6	INFIRMIER	7	MASSEUR	8	PEDICURE-PODOLOGUE	9	ORTHOPTISTE - ORTHOPHONISTE	99	SANS OBJET								
0	ETABLISSEMENT																																
1	MEDECIN																																
2	FOURNISSEUR																																
3	LABORATOIRE																																
4	DENTISTE (EX : SPECIALISTE O.D.F.)																																
5	SAGE-FEMME																																
6	INFIRMIER																																
7	MASSEUR																																
8	PEDICURE-PODOLOGUE																																
9	ORTHOPTISTE - ORTHOPHONISTE																																
99	SANS OBJET																																
PRS NAT	Nature de Prestation	<p>1080 codes différents, parmi lesquels :</p> <table border="1"> <tr><td>1811</td><td>IK PLAIN</td></tr> <tr><td>1812</td><td>IK MONTAGNE</td></tr> <tr><td>1813</td><td>IK PIED SKI</td></tr> <tr><td>1814</td><td>FRAIS DE DEPLACEMENT VACATION</td></tr> <tr><td>1821</td><td>ID PARIS LYON MARSEILLE, +100.000 HA, -100.000 HA</td></tr> <tr><td>1841</td><td>INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT</td></tr> <tr><td>1842</td><td>INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT DES AUXILIAIRES MEDICAUX ET ASSIMILES (IFA)</td></tr> <tr><td>1843</td><td>INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT MK ORTHOPEDIQUE ET RHUMATOLOGIQUE (IFO)</td></tr> <tr><td>1844</td><td>INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT MK RHUMATISMALE (IFR)</td></tr> <tr><td>1845</td><td>INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT MK NEUROLOGIQUE (IFN)</td></tr> <tr><td>1846</td><td>INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT MK PNEUMOLOGIE (IFP)</td></tr> <tr><td>1847</td><td>INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT DE SORTIE (IFS)</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">Remarque : l'IFD (1841) concerne les déplacements des médecins. l'IFA(1842) correspond ici à l'indemnité forfaitaire de déplacement des kinésithérapeutes et infirmières (2,50 euros)</p> <table border="1"> <tr><td>3121</td><td>ACTES AMC</td></tr> <tr><td>3122</td><td>ACTES EN AMK</td></tr> <tr><td>3125</td><td>ACTES DE KINESITHERAPIE OSTEO-ARTICULAIRE (AMS)</td></tr> </table>		1811	IK PLAIN	1812	IK MONTAGNE	1813	IK PIED SKI	1814	FRAIS DE DEPLACEMENT VACATION	1821	ID PARIS LYON MARSEILLE, +100.000 HA, -100.000 HA	1841	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT	1842	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT DES AUXILIAIRES MEDICAUX ET ASSIMILES (IFA)	1843	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT MK ORTHOPEDIQUE ET RHUMATOLOGIQUE (IFO)	1844	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT MK RHUMATISMALE (IFR)	1845	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT MK NEUROLOGIQUE (IFN)	1846	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT MK PNEUMOLOGIE (IFP)	1847	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT DE SORTIE (IFS)	3121	ACTES AMC	3122	ACTES EN AMK	3125	ACTES DE KINESITHERAPIE OSTEO-ARTICULAIRE (AMS)
1811	IK PLAIN																																
1812	IK MONTAGNE																																
1813	IK PIED SKI																																
1814	FRAIS DE DEPLACEMENT VACATION																																
1821	ID PARIS LYON MARSEILLE, +100.000 HA, -100.000 HA																																
1841	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT																																
1842	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT DES AUXILIAIRES MEDICAUX ET ASSIMILES (IFA)																																
1843	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT MK ORTHOPEDIQUE ET RHUMATOLOGIQUE (IFO)																																
1844	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT MK RHUMATISMALE (IFR)																																
1845	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT MK NEUROLOGIQUE (IFN)																																
1846	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT MK PNEUMOLOGIE (IFP)																																
1847	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT DE SORTIE (IFS)																																
3121	ACTES AMC																																
3122	ACTES EN AMK																																
3125	ACTES DE KINESITHERAPIE OSTEO-ARTICULAIRE (AMS)																																
AGE BEN SNDS	Tranche d'Age Bénéficiaire au moment des soins	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>0-19 ANS</td></tr> <tr><td>20</td><td>20 - 29 ANS</td></tr> <tr><td>30</td><td>30 - 39 ANS</td></tr> <tr><td>40</td><td>40 - 49 ANS</td></tr> <tr><td>50</td><td>50 - 59 ANS</td></tr> <tr><td>60</td><td>60 - 69 ANS</td></tr> <tr><td>70</td><td>70 - 79 ANS</td></tr> <tr><td>80</td><td>80 ANS ET +</td></tr> <tr><td>99</td><td>AGE INCONNU</td></tr> </table>		0	0-19 ANS	20	20 - 29 ANS	30	30 - 39 ANS	40	40 - 49 ANS	50	50 - 59 ANS	60	60 - 69 ANS	70	70 - 79 ANS	80	80 ANS ET +	99	AGE INCONNU												
0	0-19 ANS																																
20	20 - 29 ANS																																
30	30 - 39 ANS																																
40	40 - 49 ANS																																
50	50 - 59 ANS																																
60	60 - 69 ANS																																
70	70 - 79 ANS																																
80	80 ANS ET +																																
99	AGE INCONNU																																
PSE ACT SNDS	Nature d'Activité du professionnel Exécutant	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>NON RENSEIGNE</td></tr> <tr><td>19</td><td>CHIRURGIE DENTAIRE</td></tr> <tr><td>21</td><td>SAGE-FEMME</td></tr> <tr><td>24</td><td>INFIRMIER</td></tr> <tr><td>26</td><td>MASSEUR - KINESITHERAPEUTE</td></tr> <tr><td>27</td><td>PEDICURE-PODOLOGUE</td></tr> <tr><td>28</td><td>ORTHOPHONISTE</td></tr> </table>	0	NON RENSEIGNE	19	CHIRURGIE DENTAIRE	21	SAGE-FEMME	24	INFIRMIER	26	MASSEUR - KINESITHERAPEUTE	27	PEDICURE-PODOLOGUE	28	ORTHOPHONISTE	<table border="1"> <tr><td>29</td><td>ORTHOPTISTE</td></tr> <tr><td>30</td><td>LABORATOIRE</td></tr> <tr><td>50</td><td>PHARMACIE</td></tr> <tr><td>55</td><td>TRANSPORTEUR</td></tr> <tr><td>60</td><td>FOURNISSEUR</td></tr> <tr><td>90</td><td>ETABLISSEMENT DE SANTE</td></tr> <tr><td>99</td><td>VALEUR INCONNUE</td></tr> </table>	29	ORTHOPTISTE	30	LABORATOIRE	50	PHARMACIE	55	TRANSPORTEUR	60	FOURNISSEUR	90	ETABLISSEMENT DE SANTE	99	VALEUR INCONNUE		
0	NON RENSEIGNE																																
19	CHIRURGIE DENTAIRE																																
21	SAGE-FEMME																																
24	INFIRMIER																																
26	MASSEUR - KINESITHERAPEUTE																																
27	PEDICURE-PODOLOGUE																																
28	ORTHOPHONISTE																																
29	ORTHOPTISTE																																
30	LABORATOIRE																																
50	PHARMACIE																																
55	TRANSPORTEUR																																
60	FOURNISSEUR																																
90	ETABLISSEMENT DE SANTE																																
99	VALEUR INCONNUE																																

PSP STJ SNDS	Statut Juridique du professionnel de santé prescripteur	1 PROFESSIONS LIBERALES 2 PRATICIENS EXERCANT A TITRE SALARIE 8 PRATICIENS FICTIFS 9 VALEUR INCONNUE (Donne une information sur l'origine de la prescription : médecin de ville ou hôpital ?)
ASU NAT	Nature d'Assurance	10 MALADIE 22 SOINS AUX INVALIDES DE GUERRE (CNMSS) 30 MATERNITE 40 AT ET MP 50 DECES 70 PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES 80 INVALIDITE 90 PREVENTION MALADIE 99 VALEUR INCONNUE
BEN RES REG et BEN RES ZEAT (avant 2015)	Région de Résidence du Bénéficiaire	5 Régions et Départements d'outre-mer 11 Ile-de-France 24 Centre-Val de Loire 27 Bourgogne-Franche-Comté 28 Normandie 32 Hauts-de-France - Nord-Pas-de-Calais-Picardie 44 Grand Est 52 Pays de la Loire 53 Bretagne 75 Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes 76 Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées 84 Auvergne-Rhône-Alpes 93 Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse 99 Inconnu 0 Inconnu 1 Région Parisienne (11) 2 Bassin Parisien (21,22,23,24,25,26) 3 Nord (31) 4 Est (41,42,43) 5 Ouest (52,53,54) 6 Sud-Ouest (72,73,74) 7 Centre-Est (82,83) 8 Méditerranée (91,93,94) 9 Régions et Départements d'outre-mer (01,02,03,04,06)
BEN SEX COD	Sexe du Bénéficiaire	0 INCONNU OU PERSONNE MORALE SANS CIVILITE 1 MASCULIN 2 FEMININ 9 VALEUR INCONNUE
PRS ACT QTE	Quantité	
FLT PAI MNT	Montant de la Dépense de la Prestation Préfiltrée	
FLT ACT QTE	Quantité de la Prestation Préfiltrée	
FLT DEP MNT	Montant du Dépassement de la Prestation Préfiltrée	

ANNEXE III : Grille d'entretien

1. Introduction :

Je m'appelle Clémence, je suis étudiante en quatrième année de kiné à Lyon. Si je réalise aujourd'hui avec vous cet entretien c'est dans un but de recherche pour mon mémoire de fin d'étude. Le sujet de mon mémoire concerne la kinésithérapie à domicile. Je vais vous poser un certain nombre de questions, soyez libres d'y répondre ou non, d'y apporter votre avis personnel, vos remarques. Pour m'aider dans ma prise de note, je vais enregistrer notre entretien si vous n'y voyez pas d'inconvénients. Notre entretien durera moins d'une heure.

2. Thématiques et questions posées

Questions principales	Questions complémentaires
Quel est votre parcours professionnel depuis l'acquisition de votre diplôme ?	Quelle est votre année de diplôme ? Depuis combien de temps exercez-vous ? Quelles formations avez-vous suivies ? Dans quels établissements travaillez-vous ? Depuis combien de temps faites-vous des domiciles ?
En quoi consiste votre activité à domicile ?	Combien de séances à domicile faites-vous par semaine ? Pour combien de patients ? Comment gérer vous l'aspect financier ? Combien de temps dure votre séance ? Quelles pathologies rencontrez-vous ? Quels outils utilisez-vous à domicile ?
Comment vous déplacez vous lors des séances chez les patients ?	Quel moyen de transport utilisez-vous ? Combien de temps passez-vous dans les trajets ? Quels sont les problèmes que vous rencontrez principalement ?
Quels sont les points négatifs de la kinésithérapie à domicile ?	Quelles difficultés éprouvez-vous dans l'activité à domicile ? Pensez-vous qu'il est nécessaire d'avoir une formation pour des soins à domicile ? Devez-vous refuser des patients qui appellent pour de nouvelles prises en charge ? Que pensez-vous des indemnités de déplacement ? Comment faites-vous pour organiser vos congés ?
Quels sont les points positifs de cette pratique ?	Quelles différences notables retrouvez-vous avec l'exercice en cabinet libéral ? Y-a-t-il une dimension pluridisciplinaire dans ce type de prise en charge ?

3. Clôture

Merci de votre aide pour ma recherche de terrain. Les réponses que vous avez données m'aideront à approfondir mon questionnement

ANNEXE IV : Relevé de thèmes

Alice	Thomas	Carole	Philippe	Marie	Tristan
<p>Formation</p> <p>Parcours</p> <p>Activité libérale</p> <p>Mode de déplacement</p> <p>Grossesses</p> <p>Pathologies rencontrées</p> <p>Durée des séances</p> <p>Vacances et WE impactés</p> <p>Pause déjeuner rapide</p> <p>Problème avec les cotations selon le jour effectué</p> <p>Achat de matériel spécial</p> <p>Solitude de la pratique</p> <p>Pathologies complexes</p> <p>Raison du départ vers un SESSAD</p> <p>Volonté de sécurité et de sérénité</p> <p>Aspect utile des soins à domicile</p> <p>Patients attachants</p> <p>Aspect financier</p> <p>Prise en compte vie familiale</p>	<p>Parcours</p> <p>Mode d'exercice</p> <p>Mode de déplacement : à vélo</p> <p>Type de pathologies rencontrées</p> <p>Zonage de l'Avenant 5</p> <p>Virage ambulatoire complexe</p> <p>Le relationnel</p> <p>Titulaire sans rétrocession</p> <p>Confort de vie</p> <p>Entreprenariat</p>	<p>Parcours</p> <p>Déplacements en voiture et à trottinette</p> <p>Nombre de séances par semaine</p> <p>Périmètre de déplacement</p> <p>Gestion comptable</p> <p>Pathologies rencontrées</p> <p>Liste d'attente de patients</p> <p>Trouble musculo-squelettique au travail</p> <p>Rééducation pas très variée et perte de techniques</p> <p>Juste positionnement avec les patients</p> <p>Solitude pesante</p> <p>Prise de risque</p> <p>Absence de formations parallèles</p> <p>Travail gratifiant</p> <p>Horaires souples</p> <p>Durée des séances adaptables</p> <p>Pluridisciplinarité</p>	<p>Parcours</p> <p>Formation</p> <p>Nombre de séances à domicile par semaine</p> <p>Durée de la séance à domicile</p> <p>Pathologies rencontrées</p> <p>Mode de déplacement : à vélo</p> <p>Rééducation dans l'environnement du patient</p> <p>Déplacements plaisants</p> <p>Rééducation intéressante</p> <p>Intérêt à sortir du cabinet libéral</p> <p>Périmètre de prise en charge</p> <p>Cotations inadaptées</p> <p>Liste d'attente de patients</p> <p>Coordination pluridisciplinaire difficile</p> <p>Comparaison avec les kinés qui ne pratiquent qu'à domicile</p> <p>Pathologies complexes et manque de temps</p> <p>Formation non nécessaire pour faire du fonctionnel</p> <p>Échanges avec les familles des patients</p>	<p>Parcours</p> <p>Raison du passage du statut salarial à libéral</p> <p>Frais de cabinet</p> <p>Horaires adaptables</p> <p>Pathologies rencontrées</p> <p>Isolement si impossibilité de conduire en montagne</p> <p>Nombre de patients par semaine</p> <p>Gestion et comptabilité</p> <p>Mode de déplacement en voiture et périmètre</p> <p>Durée de la séance</p> <p>Gestion de l'absence de matériel</p> <p>Patientèle rencontrée</p> <p>Pluridisciplinarité</p> <p>Liste d'attente de patients</p> <p>Organisation de la semaine</p> <p>Contact avec les patients</p> <p>Visibilité du cadre de vie</p> <p>Rééducation intéressante</p> <p>Contraintes maternelles</p> <p>Gestion de la tournée de soin</p> <p>Gestion de la neige</p> <p>Indemnités inadaptées</p> <p>Chronicité des prises en charge</p> <p>Relationnel compliqué avec certains patients</p>	<p>Activité libérale</p> <p>Ouverture de son propre cabinet prochainement</p> <p>Formation complémentaire</p> <p>Situation familiale</p> <p>Pathologies rencontrées</p> <p>Pathologies complexes</p> <p>Durée de la séance</p> <p>Mode de déplacement et périmètre</p> <p>Nombre de séances par semaine</p> <p>Emploi du temps souple à domicile</p> <p>Matériel utilisé</p> <p>Liste d'attente de patients</p> <p>Déplacements plaisants</p> <p>Pratique intéressante</p> <p>Patientèle agréable</p> <p>Voir les gens dans leur environnement</p> <p>Indemnités</p> <p>Avis sur les kinésithérapeutes qui ne font pas de domiciles</p> <p>Travail pluridisciplinaire peu marqué</p> <p>Beaucoup de route</p> <p>Fatigue physique</p> <p>Difficulté pour rencontrer des remplaçants</p>

ANNEXE V : Arbre thématique

Organisation du temps	Nombre de séances par semaine	A. travaillait à domicile tous les jours sauf le mercredi et le dimanche.
		T. travaille à domicile 4 jours par semaine
		C. travaille 4 jours par semaine en se laissant les WE.
		P : « Je fais deux matinées par semaine. J'ai fait plus, j'ai fait moins. » « Alors je les vois par forcément deux fois par semaine, certains une seule fois. En ce moment, j'ai 17 prises en charge par semaine sur deux matinées. Je vois 7 patient deux fois par semaine et 3 patients une fois par semaine. »
		M : « J'ai 26 heures de boulot avec les patients, à quoi il faut rajouter la partie administrative derrière qui prend plus de 5 heures par semaine, voire jusqu'à 7 heures par semaines. Il y a les bilans à enregistrer, je les reprends un peu pour les mettre au propre, les ordonnances à scanner, facturer ... »
		Tr « Oui, je ne travaille pas le samedi, ni le mercredi. Ça m'arrive de devoir passer voir des patients qui en ont besoin le samedi » « Je fais à peu près 80 séances par semaines, dont 40 à domicile environ. » « Le mardi toute la journée en finissant tôt vers 15h30, le mercredi matin à l'HEPAD, jeudi après-midi et le vendredi matin : donc quatre demi-journées par semaine. »
Durée de la séance	30 min	A : : « Mes séances duraient environ 20 minutes, mais avec une partie relationnelle qui les fait durer jusqu'à 40 minutes »
		C : « Les séances dépassent parfois 30 minutes : certaines durent 40 minutes, notamment lorsqu'il est possible d'aller dehors pour marcher »
		M : « J'ai été beaucoup pressée comme une serpillière, donc maintenant je prends mon temps parce que j'aime bien bosser comme il faut. Ça m'arrive plus régulièrement de dépasser les trente minutes, je n'ai pas de cabinet à rentabiliser non plus, si j'en avais un, je ne pourrais pas me permettre ! »
	30 min	P : « Tout dépend de plein de choses, parfois quand on arrive il y a des soins qui n'étaient pas prévus...globalement on est à 20minutes. » « [dépasser 30 minutes] c'est arrivé dans des cas particuliers mais c'est plutôt rare. »
		Tr : « C'est toujours environ 20 minutes. J'en ai qui s'est fait opérer des lombaires avec une arthrodèse [intervention chirurgicale avec une pose de plaques en bas du dos] et il souffre beaucoup, donc je reste plutôt 30 minutes, et j'ai une autre patiente avec de la réadaptation cardio, on marche pas mal donc ça peut aller jusqu'à 30 minutes aussi. »

Organisation du temps (suite)	Points positifs	Liberté horaires	A : « C'était important pour moi d'être disponible pour mes filles » « J'ai fait deux ans à domicile parce qu'après mes grossesses, ce mode d'exercice était plus simple pour moi ».
			Th : « Pour moi être titulaire ça me permet une plus grande liberté d'organisation. C'est un meilleur confort de vie aussi ! Et ça m'a permis d'avoir d'autres projets parallèlement, notamment de me lancer dans l'entrepreneuriat ».
			C : « En fait, la kinésithérapie à domicile, ça me permet de garder mon activité libérale mais avec un bon compromis : les horaires sont plus souples et j'en avais besoin pour des raisons familiales et médicales ».
			M : j'avais envie de faire mon truc à moi, pas forcément dépendre des autres, je ne voulais pas me coincer avec des personnes. [...]. Et quand t'es jeune maman, ça te permet de travailler moins d'heures, avec des horaires adaptables. Tr : Oui, effectivement avec les domiciles on est plus souple sur les horaires, en général je donne une fourchette d'une demi-heure pour l'heure de passage, alors qu'au cabinet c'est des horaires bien précis.
	Sortir du cabinet	P : Voilà, et puis moi j'aime bien sortir du cabinet, et ne pas être enfermé dans le cabinet toute la journée.	
		Tr : D'accord, alors déjà j'aime bien me promener, faire du 9h-19h au cabinet sans sortir, j'aurais vraiment du mal. Ça permet de varier un peu, ce n'est pas tout à fait la même patientèle.	
	Points négatifs	Déjà beaucoup de travail au cabinet	P : « On a tellement de demandes au cabinet, c'est ça le truc, si à la limite on manquait de patient et bien d'accord, on fait un effort mais sinon c'est vrai que...c'est ce qui se passe pour la plupart des kinés quoi, ils ne font pas l'effort parce que forcément c'est pas rentable quoi, si on passe trop de temps à faire les trajets... » « je ne ferais pas tous les patients comme ça, c'est sûr. » « sauf ceux qui font du domicile tous les jours. Eux ça leur pose moins de soucis car ils ont plus de flexibilité, alors que moi si à midi je ne suis pas là c'est cuit, je ne peux pas prendre plus de retard. Nous au cabinet on essaie d'être dans les temps à 10 minutes près. Si voilà les jours où je prends une demi heure de pause, ça me fait un battement, si je n'en prends pas...comme je vous disais tout à l'heure, on a des demandes qui sont tellement importantes que de toute façon... »
			Tr : « Oui, et puis certains ont tellement de boulot dans leurs cabinets, ils préfèrent prendre quatre patients au cabinet à la demi-heure...ils ne se cassent pas la tête à courir à droite à gauche ! »
		Difficultés remplacements	M : « Je n'avais pas envie de m'installer avant mes congés mat. Parce que si tu te lances dans le libéral tu fais ta clientèle, mais après tu ne trouves pas de remplaçant, t'es embêté. »
	Tr : « Ce n'est pas facile de trouver des remplacements, là pour les fêtes j'ai dû abandonner mes patients pendant 15 jours. Sauf certains que j'ai vu le 23 et le 30 décembre, dans le cas de post-opératoire. Souvent en vacances, je descends une fois dans la semaine pour maintenir des séances importantes.		

Organisation des déplacements	Mode de déplacement	A : En voiture
		Th : à vélo
		C : En voiture et parfois en trottinette
		P : En vélo « C'est pratique, c'est rapide, je ne supporte pas la voiture. »
		M : Oui, je me déplace exclusivement en voiture. Je me pose la question par rapport à un vélo électrique
	Tr : Oui, seulement en voiture.	
	Périmètre	C. se déplace dans un secteur qu'elle définit elle-même et qui n'est pas nécessairement proche de son domicile : 1/3 du 3 ^{ème} arrondissement « Avant j'étais sur tout un arrondissement, maintenant je dois limiter mon secteur de prise en charge » « J'ai un caducée mais parfois ça ne suffit pas pour trouver une place »
		P : « Il y a une patiente, plus loin, je mets 6km pour aller la voir. » « Mais sinon la plupart c'est un périmètre de 3 à 4 km. »
		Tr : « Je remonte jusqu'à E***(20,1km, environ 18 minutes) , Saint A*** (20,6km, 21 minutes) , A** (14,7 km, 17 minutes)... »
		M : Je vais jusqu'à B***(17,3km) encore au-dessus, c'est le plus loin.
Inconvénients	Th : « Il y a un zonage mis en place depuis pas longtemps, qui empêche l'installation de nouveaux kinés libéraux, mais il n'y a pas de dérogation pour les kinés qui pratiquent strictement à domicile, or dans les grandes villes on retrouve beaucoup de besoin »	
	M : « C'est 20 minutes de trajet à chaque fois, quand il n'y a pas de neige...pour la sécurité sociale c'est la même chose mais pour nous c'est plus la même chose ! » « Faudrait quasiment que j'achète un 4x4... » « Il y a une prise de risque quand tu te déplaces sur la neige ! » « Je passe une heure tous les matins à déneiger les trois mètres qui me séparent de la route. » [Réaliser des déplacements à ski de randonnée] ça serait carrément plus rapide des fois ! J'ai des patients qui ne peuvent pas déneiger, quand un mètre de neige tombe dans la journée, on ne peut pas monter, on se gare là où il ne faut pas... Alors moi je ne comprends pas, pourquoi quand tu te déplaces pour un bras, tu as deux fois moins cher que pour quand tu te déplaces pour deux genoux. Tu as deux fois moins de frais de déplacement dans certains cas...le déplacement est le même ! (Ici, Marie fait allusion aux indemnités spécifiques de déplacement : « Les déplacements à domicile médicalement justifiés et liés à la réalisation de certains actes peuvent donner lieu à la facturation d'indemnités de déplacements spécifiques ou de forfaits spécifiques. « AMELI. Il y a donc une différence de nomenclature de l'indemnité si la séance est pratiquée sur un membre (IFD) ou deux membres (IFO).) »	

Aspects techniques et matériel	Gestion des finances	Comptabilité	A : « La comptabilité est chronophage, ou alors on a des frais de comptable »
			C : « La comptabilité est plus facile qu'en cabinet »
			Tr : « La comptabilité, je ne m'en occupe pas car je suis entouré d'experts-comptables dans ma famille donc j'ai la chance de leur filer toute ma paperasse. »
		Cotations et indemnités	P : « En cabinet on a des AMS9,5, à domicile c'est AMK6 avec deux euros de déplacement, personne ne veut le faire, c'est évident. » « Il faudrait qu'on reconnaisse mieux le déplacement comme un temps pour que je n'ai pas besoin de courir, s'il y avait une meilleure reconnaissance je pourrais en prendre plus. »
			M : « Le problème c'est que à ski concrètement parfois je serais obligée d'y aller puisque je ne peux pas y aller en voiture ! mais le jour où je dois y aller en ski, je dois faire une autre fiche patient, en précisant le nombre de kilomètres à ski...ça n'existe pas, ou alors c'est inutilisable. » « Alors moi je ne comprends pas, pourquoi quand tu te déplaces pour un bras, tu as deux fois moins cher que pour quand tu te déplaces pour deux genoux. Tu as deux fois moins de frais de déplacement dans certains cas...le déplacement est pourtant le même ! »
			Tr : « Ce qui pourrait me faire arrêter les domiciles ce serait un changement de calcul des indemnités kilométriques à notre désavantage. »
	Absences de charges	A : « Je ne payais aucune charge ! ça a beaucoup changé comparé à mes activités de cabinet auparavant ! »	
		T : « Je ne paies pas de charges de cabinet, et surtout, je suis titulaire de mon activité donc je ne dois pas de rétrocession à quiconque. Car si j'étais dans un cabinet, je serais sûrement assistant donc je devrais en payer ! »	
		C : « Tu paies vraiment moins de charges... »	M : « Et puis le domicile ça a l'avantage de ne pas induire des frais de cabinets »
		Tr : « Le fait d'avoir des indemnités cela permet d'avoir des séances qui rapportent un peu »	
	Matériel	Matériel de comptabilité	A : J'avais acheté du matériel spécial : ordinateur et logiciel (200€), appareil de télétransmission portatif (la télétransmission permet un apport financier plus constant que les feuilles de soin).
			M : Oui, j'ai mon ordinateur pro, après j'ai mon logiciel directement connecté sur internet » « Elle coute 500 euros la machine de télétransmission, du coup j'ai trouvé que ça coutait moins cher d'acheter un ordinateur et un lecteur de carte vitale. »
		Matériel de rééducation	M : « j'ai du matériel : tabouret, ballon, mousse, cannes »
P : « tout est bon pour la rééducation, et c'est justement ça qui est intéressant quand on va à domicile, on a des idées, les ustensiles de la vie quotidienne sont aussi importants voire plus importants que les outils que l'on a au cabinet. » « Ce qui est important c'est leur montrer qu'ils peuvent faire plein de choses, s, c'est ça la rééducation, c'est l'éducation thérapeutique, arriver à trouver des pistes pour que la personne réussisse à se prendre en charge quoi... »			
Gestion de la patientèle	Liste d'attente de patients	C : Chaque jour, 5 à 10 appels de patients recherchant un kiné à domicile.	
		P : « Ceux en attente...C'est permanent, il y a des kinés qui font que des domiciles donc on leur envoie mais ils sont très débordés. »	
		M : « Moi ça fait un an et demi que je suis installée, je n'ai pas une monstrueuse liste d'attente...Des gens appellent sur des secteurs qui ne sont pas les miens et normalement je ne suis pas censé les prendre. Après ça fait boule de neige...les patients que j'ai à domicile c'est des patients que je garde longtemps ! »	
		Tr : « En ce moment, on est à plus de six semaines d'attente : on renvoie directement les personnes qui nous appellent vers d'autres cabinets car ça n'a plus de sens de faire patienter autant des patients...Sauf grosse urgence, dans ce cas on s'adapte et on essaie de trouver de la place. »	

Prise en charge kinésithérapique	Pathologies rencontrées	Pathologies variées	A : « Il y a bien sûr la gériatrie, mais pas seulement, j'avais beaucoup de post-opératoire (PTH, PTG) et de la rhumatologie »
			Th : « À domicile, on rencontre de tout. Mais dans un contexte thérapeutique particulier où le patient ne peut pas ou plus se déplacer jusqu'au cabinet libéral le plus proche : je retrouve par exemple beaucoup de pathologies gériatriques, des prises en charge en post-opératoire, de la kinésithérapie respiratoire avec par exemple des BPCO ou des bronchiolites » « J'ai des patients avec des pathologies chroniques »
			C : « À domicile, c'est sûr, on retrouve beaucoup de personnes âgées, mais avec des pathologies différentes : rhumatologie, neurologie, problèmes respiratoires...il y a aussi toutes les personnes opérées qui sortent des hôpitaux en ambulatoire »
			P : « Alors, à l'époque j'avais pas mal de traumatologie, mais quasiment plus maintenant. Globalement j'ai surtout des personnes âgées, avec aucune pathologie identiques...on a des pathologies très variables. Mais globalement ça va être prévention du risque de chute, prise en charge de l'équilibre, marche, renforcement musculaire, c'est le plus commun, sinon ça va être de la prise en charge de l'AVC [<i>accident vasculaire cérébral</i>], cervicalgie [<i>douleurs au niveau des cervicales</i>] ». « Dernièrement, c'était en post hospitalisation lors d'une reprise d'activité après hospitalisation pour une tumeur. On va faire beaucoup de l'équilibre, de la proprioception, de l'endurance., reprise de l'activité musculaire...Voilà c'est vrai quand on a de l'endurance et bien on progresse on progresse et puis ça dépasse les trente minutes et à un moment on arrive à faire plus, 40 minutes de marche...alors ce qu'il faut aussi c'est que une fois qu'elle a pris confiance, on la laisse gérer quoi. »
			M : « Il y a vraiment de tout, c'est la particularité... » « je retrouve de la neurologie (centrale et périphérique), de la pneumologie, traumatologie, notamment des prothèses totales de hanche et de genou, tout ce qui est chirurgie et soins post-opératoire, j'ai quelqu'un avec une fracture de Pouteau-Colles en ce moment par exemple (<i>Il s'agit d'une fracture au niveau du poignet</i>) « rhumatologie, pédiatrie, médecine interne, oncologie, lymphologie avec des drainages... » « n'importe qui qui a un plâtre et ne peut plus conduire. » « J'ai des jeunes avec des lombalgies, après la particularité ici c'est que quand t'es blessé, tu peux plus conduire, et quand tu peux plus conduire, t'es dépendant de tout. Tu te sens isolé comme en prison, tu dépends de tout le monde. J'ai aussi des gens qui dépriment parce qu'ils peuvent plus se déplacer en voiture et du coup leur rêve c'est de pouvoir reconduire... »
		Tr : « De tout ! C'est soit du maintien de l'autonomie, de la prévention des chutes chez les personnes âgées, j'ai pas mal de neurologie, des AVC [<i>accidents vasculaires cérébraux</i>], Parkinson, du post- opératoire, des PTG [<i>prothèses totales de genou</i>] et PTH [<i>prothèses totales de hanche</i>], c'est principalement ça, un peu d'orthopédie-traumatologie... »	
		Pathologies complexes	A : « J'ai aussi fait de la kiné respiratoire grave avec des mucoviscidoses, myopathies. Une rééducation de mucoviscidose /myopathie c'est 1 à 2 fois par jour, tous les jours, avec séances plus longues que 20min ...et des cotations très fortes. Mais il faut être prêt à ne pas avoir de vacances ni de WE ». « Les kinés en libéral veulent faire que du domicile de post opératoire, pas de neurologie par exemple » « les pathologies rencontrées sont parfois très complexes et les kinés libéraux pas assez formés »
			P : « Et aussi il ne faut pas que ça soit des pathologies trop lourdes non plus, parce que moi en tout cas si c'est trop lourd et pas à côté, j'ai du mal car je sais que je ne vais pas prendre quelqu'un d'autre encore pour qui je n'aurais pas le temps... »
			M : je préfère comparer à l'hôpital parce que les gens que je vois sont plus des gens que tu pourrais croiser à l'hôpital.
			Tr : « Il s'agit de patients avec des pathologies similaires au cabinet mais à un degré supérieur. Après des pathologies plutôt proches de celles en hôpital, oui, ça m'est déjà arrivé d'en avoir, c'était de la neurologie un peu lourde avec de fortes séquelles et ce n'était pas évident, surtout du fait que je n'ai pas beaucoup de temps à domicile. »
Prise en charge kinésithérapique (suite)	Rééducation	Intéressante	P : « J'aime bien rencontrer les gens dans leur environnement habituel, c'est très intéressant, savoir comment ils fonctionnent, savoir comment on peut faire en sorte que la rééducation puisse être autre chose que simplement deux fois par semaine mais leur donner des clés par rapport à ce qu'ils ont dans leur environnement, voilà on est sur place donc c'est bien. » « Je trouve qu'au niveau rééducation c'est intéressant car effectivement on voit la personne dans son milieu habituel. »

		<p>M : « après je trouve que le travail est intéressant, c'est de la gériatrie complexe »</p> <p>Tr : « c'est peut-être un petit peu répétitif, dans le maintien de la marche et de l'autonomie etc, on peut sembler tourner en rond mais il y a toujours des petites spécificités à chaque patient donc ça reste intéressant, en tout cas moi ça m'intéresse. » « Parfois les patients t'expliquent leurs difficultés quand ils sont au cabinet mais tu n'arrives pas à visualiser, là tu peux travailler et voir directement, adapter l'ergonomie au domicile. »</p>
	Limitée	<p>C : « La rééducation n'est pas très variée. A long terme, le risque est de perdre certaines techniques de kinésithérapie. Il faut savoir se réinventer et trouver des stratégies à court terme, mais après plusieurs années de pratique, c'est toujours assez semblable. » « Peu de formations parallèles et continue proposent des enseignements en lien avec les soins à domicile. Il faudrait une formation »</p>
	Ergonomie du kiné	<p>M : « Le fait de ne pas avoir de table, suivant les gens, on ne peut pas forcément se mettre comme on voudrait sur les lits ou canapés »</p> <p>Tr : « D'abord on se pète pas mal le dos, car même si j'ai ma table, quand j'ai quatre étages à monter je ne la prends pas forcément. Après cela fait beaucoup de route, de kilomètres... bon, je suis jeune, j'ai 30 ans mais à la longue, si on n'a pas une voiture confortable, ce n'est pas possible. »</p>
	Pluri-disciplinarité	<p>Inexistante</p> <p>Tr : « On voit un peu les infirmières mais on n'a pas grand-chose à se dire, sauf pour certains patients s'ils ont des plaies... »</p>
<p>Importante</p> <p>C : « Travailler en équipe avec des infirmières, des auxiliaires de vie ainsi que des médecins est très intéressant et stimulant. »</p> <p>M : « Après les infirmières je les croise quand même souvent, on fait un peu la même tournée entre nous, on se recroise... il y a l'ADMR (Aide à domicile en milieu rural) aussi... »</p>		
<p>Complicquée</p> <p>A : « Le temps d'échange avec les autres professionnels de santé n'est pas compté »</p> <p>P : « la difficulté de se coordonner avec les autres professionnels de santé, on est tous débordé avec des temps limités donc si on tombe en même temps, surtout avec de grosses pathologies... » « ils sont débordés donc ils disent qu'ils passent entre 10h et 12H , ça m'est arrivé hein, et si nous on arrive, à un quart d'heure près...enfin je prends pas de pause à midi donc ça peut pas coller quoi, »</p> <p>M : « Alors avec les infirmiers, ça se passe sans problème, avec les médecins ça dépend desquels. Certains sont très compliqués à joindre ! »</p>		

Aspect relationnel	Relation au soigné	Personnes isolées	A : « On se sent utile et on aide des personnes qui ont vraiment besoin de nous, qui souffrent parfois d'isolement. »
			Th : « On crée un vrai lien avec des personnes parfois très isolées. »
			C : « C'est un travail très gratifiant. »
			Tr : « Le fait que les patients ne pourraient pas rester chez eux si tu ne passais pas, c'est important et c'est un vrai point positif. »
	Patients attachants	A : « Les patients sont vraiment attachants »	
		Th : « Pratiquer à domicile fait se sentir utile et permet de belles rencontres, comme Michelle, une de mes patientes que j'aime beaucoup »	
		M : J'aime bien le contact avec les patients à domicile	
	Distance nécessaire	M : Oui t'es obligé de placer une distance, et après c'est avec l'expérience qu'on y arrive. Quand on sort de l'école c'est difficile à faire mais après tu apprends. Quand certains patients sont chronophages tu le sens, et t'es obligée de savoir mettre tout de suite des limites.	
		C : « Certains patients ont des situations personnelles complexes, il est difficile de mettre une barrière. » « Un juste positionnement doit se trouver au fur et à mesure »	
	Échanges avec la famille du patient	P : « Ça arrive, parfois les personnes sont seules, mais oui on échange, parfois je téléphone...c'est important car pareil quand c'est la famille elles disent qu'elles ne peuvent plus rien faire alors que c'est important que les personnes qui viennent visiter participent aussi, on peut leur montrer les exercices quand elles sont là...C'est toujours bien d'échanger avec les aidants et la famille car ça peut vraiment apporter un plus. Quand les personnes sont fatiguées elles se plaignent aux familles qui n'ont que cette vision là... »	
		M : « bien souvent, j'ai des patients qui habitent avec leurs enfants. Souvent c'est très compliqué au niveau relationnel...sois les enfants sont très exigeants avec leurs parents, et puis c'est des histoires de coopérations, de vie ensemble, la vie collective ce n'est pas toujours facile, surtout quand la maladie s'installe... »	
	Insécurité dans l'exercice	C « Il faut parfois sortir de son cadre de compétence, ce qui peut mettre en cause la sécurité du patient comme du professionnel. »	
		M : « certains patients tu ne sais jamais sur qui tu tombes...mais je n'ai pas eu de situations problématiques ! Mais ça pourrait m'arriver ! »	
	Solitude dans l'exercice	C : « Auparavant, j'avais une consœur qui faisait la même chose dans un secteur voisin. L'entraide était bénéfique, mais maintenant qu'elle a arrêté, je me sens plus seule ».	
A : « C'est vrai qu'on a une solitude plus marquée à domicile comparée au travail en cabinet »			

ANNEXE VI : Trame du questionnaire

Quel est votre statut professionnel ?

Libéral / Activité mixte

Salaariat / Intérimaire / Retraité / Autre

Vous concernant :

- Sexe
- Age

Concernant votre exercice libéral :

- Département d'exercice
- Milieu d'exercice
- Statut professionnel
- Mode d'exercice :

Strictement à domicile

Cabinet ou maison de santé

Fin du questionnaire

Faites-vous des soins à domicile ?

Oui

Non

- Mode de déplacement à domicile
- Nombre d'heures par semaine à domicile
- Temps passé à organiser les domiciles
- Champs cliniques principalement rencontrés

Contraintes du MK à domicile :

- Première contrainte rencontrée à domicile ?
- Deuxième contrainte rencontrée à domicile ?
- Troisième contrainte rencontrée à domicile ?
- Ces contraintes sont-elles un frein à l'exercice à domicile ?

Intérêts du MK à domicile :

- Premier intérêt rencontré à domicile ?
- Deuxième intérêt rencontré à domicile ?
- Troisième intérêt rencontré à domicile ?
- Ces intérêts favorisent-ils la pratique à domicile ?

Êtes-vous satisfait de votre exercice à domicile ?

Avez-vous des remarques

- Mode de déplacement à domicile
- Nombre d'heures par semaine à domicile
- Temps passé à organiser les domiciles
- Champs cliniques principalement rencontrés

Contraintes du MK à domicile :

- Première contrainte rencontrée à domicile ?
- Deuxième contrainte rencontrée à domicile ?
- Troisième contrainte rencontrée à domicile ?
- Ces contraintes sont-elles un frein à l'exercice à domicile ?

Intérêts du MK à domicile :

- Premier intérêt rencontré à domicile ?
- Deuxième intérêt rencontré à domicile ?
- Troisième intérêt rencontré à domicile ?
- Ces intérêts favorisent-ils la pratique à domicile ?

Êtes-vous satisfait de votre exercice à domicile ?

Avez-vous des remarques

- Quelles sont les raisons principales pour lesquelles vous n'exercez pas à domicile ?

- Imaginons que nous trouvions une solution pour palier à ces contraintes, dans ces conditions, seriez-vous susceptible de vous mettre à faire des soins à domicile ?

- Champs cliniques qui évoquent les soins à domicile ?

- Avez-vous des remarques particulières sur la pratique à domicile ?

Annexe VII : répartition départementale des kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire

30 Gard	12
54 Meurthe-et-Moselle	12
80 Somme	12
42 Loire	11
91 Essonne	11
17 Charente-Maritime	10
77 Seine-et-Marne	10
71 Saône-et-Loire	10
85 Vendée	9
87 Haute-Vienne	8
66 Pyrénées-Orientales	8
971 Guadeloupe	8
94 Val-de-Marne	8
25 Doubs	8
2B Haute-Corse	8
14 Calvados	7
88 Vosges	7
19 Corrèze	6
02 Aisne	6
68 Haut-Rhin	6
76 Seine-Maritime	6
93 Seine-St-Denis	6
12 Aveyron	5
60 Oise	5
73 Savoie	5
47 Lot-et-Garonne	5
51 Marne	5
04 Alpes-de-Haute-Provence	5
50 Manche	5
55 Meuse	4
39 Jura	4
28 Eure-et-Loir	4