



Ecole de Kinésithérapie du C.H.U. de Grenoble
Hôpital Sud
Avenue de Kimberley
CS 90338
38434 Echirolles cedex
Tél. 04.76.76.89.41 - 04.76.76.52.56
fax 04.76.76.59.18



Rhône-Alpes Région

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

REGION RHONE ALPES

UFR ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER-GRENOBLE I

ECOLE DE KINESITHERAPIE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE

KINESITHERAPEUTES ET THERAPIES ALTERNATIVES : ENTRE CULTURE PROFESSIONNELLE ET FLOU IDENTITAIRE

Rapport de recherche présenté par : Philippe-Antoine DAVID
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute
Et du Master 1 Mouvement Performance Santé Ingénierie

Année : 2013

Directeurs de recherche

Dr. Nicolas PINSAULT

Kinésithérapeute, cadre de santé

Ecole de kinésithérapie du CHU de Grenoble

19, avenue de Kimberley BP158

38431 Echirolles Cedex

Tel : 04.76.76.52.56 Fax : 04.76.76.89.41

npinsault@chu-grenoble.fr

Dr. Richard MONVOISIN

Mission "Sciences, esprit critique & société"

Collectif de Recherche Transdisciplinaire Esprit Critique & Sciences

Bibliothèque Universitaire de Sciences - Grenoble 1

40 rue des mathématiques BP 66

38402 Saint-Martin d'Hères Cedex

monvoisin@cortecs.org

Remerciements

Avant tout, à l'ensemble des kinésithérapeutes qui m'ont accordé une interview, et dont je dois respecter l'anonymat. Rien n'aurait été possible sans vous !

À Nicolas PINSAULT et Richard MONVOISIN, pour leur soutien, leurs conseils et leur patience tout au long de ces travaux

À Julien LEVY, pour ses précieux conseils méthodologiques

À Marjolaine DEY, pour ses relectures et ses précieux avis

À Tristan LIVAIN, pour ses éclaircissements sur le système de Développement Professionnel Continu

À Serge SEVENIER, pour ses ressources documentaires

À tous ceux qui ont témoigné de l'intérêt et de la curiosité vis-à-vis de mes travaux

Mots clés

Thérapies alternatives, thérapies complémentaires, sociologie, exercice professionnel

Résumé

La masso-kinésithérapie est une jeune profession créée à partir de techniques issues de l'ancêtre du thermalisme, des médecines populaires, du reboutement... La forte influence de la médecine scientifique lui a permis de s'extraire de ces aspects traditionnels, tout en tissant un lien de forte dépendance envers le corps médical. Les techniques employées par la profession se basent très largement sur des consensus professionnels. L'Evidence Based Practice, si elle constitue un idéal, est encore peu applicable en masso-kinésithérapie, du fait du manque d'études scientifiques objectives, bien que le code de déontologie et le décret d'acte et d'exercice de la profession interdise l'usage de techniques à l'efficacité insuffisamment prouvées. Cependant, de nombreux organismes proposent des formations à ce type de techniques, que le kinésithérapeute pourra appliquer librement dans ses prises en charge. De plus, les patients s'avèrent demandeurs et consommateurs de soins autres que ceux prodigués par la médecine conventionnelle.

Confrontés à ce flou contextuel, comment les masseurs-kinésithérapeutes se positionnent-ils par rapport à ces thérapies complémentaires ou alternatives ? Quelles sont leurs motivations à s'y investir, ou à les rejeter ?

Nous avons questionné 14 masseurs-kinésithérapeutes grenoblois au cours d'entretiens semi-directifs, sur leur carrière, leur pratique et leur démarche de formation.

Nous constatons l'impact de la formation initiale, le poids de la culture professionnelle et l'importance de l'esprit critique dans le processus d'autodétermination des personnes interrogées.

De plus, il semble que le développement des connaissances scientifiques nécessaires pour remplacer la culture du consensus professionnel soit encore inaccessible aux praticiens.

Key words

Complementary therapies, Alternative therapies, sociology, professional practice

Summary

Physiotherapy is a young profession created using techniques from its ancestors: hydrotherapy, popular medicine, bone setting ... The strong influence of scientific medicine has allowed it to escape its traditional aspects, while building a strong dependence on medical doctors. The techniques used by the profession are largely based on professional consensus. Evidence Based Practice, if it is an ideal, is still not applicable in physiotherapy, due to the lack of objective scientific studies, although the Code of Ethics and the decree of act and practice of the profession prohibits the use of scientifically sound and sufficiently proven techniques. However, many organizations offer training in such techniques, which the therapist may then apply freely in practice. In addition, patients are becoming care consumers, with a demand for offers other than those provided by conventional medicine. Faced with this contextual blur, how do physiotherapists position themselves in relation to these complementary or alternative therapies? What are their motivations to invest or to reject them?

We asked 14 physiotherapists based in Grenoble during semi-structured interviews on their career, their practice and training process.

We have highlighted the impact of the initial training, the weight of professional culture and the importance of critical thinking in the determination process. To conclude, we find that the development needed to replace the traditional empirical science still seems inaccessible to practitioners.

Table des matières

Directeurs de recherche	II
Remerciements	III
Mots clés	IV
Résumé	IV
Key words	V
Summary	V
Introduction	4
Cadre contextuel.....	6
Historique de la profession.....	6
Les constats de l’histoire	8
La formation initiale.....	8
La formation continue	9
Les thérapies alternatives	11
L’infiltration	13
Le choix des patients	15
Le choix des kinésithérapeutes ?.....	17
Synthèse et problématique de recherche	20
Hypothèses de départ	20
Méthodologie	24
Choix de la méthode.....	24
Modalité des entretiens.....	24
Population.....	25
Entretiens-tests	26
Entretiens finaux	27
Profils généraux des interviewés.....	27
Cadre épistémologique	30
Technique d’analyse.....	32
Résultats et analyse	34
Motifs de refus	34
Thèmes émergents	34

Résultats par thèmes.....	35
Synthèse des résultats.....	54
Discussion	56
Méthodologie	56
Résultats	57
Perspectives.....	59
Conclusion.....	62
Bibliographie.....	64
Annexe	68
Grille d’entretien	68
Règles de conduite d’entretien	70

Introduction

La profession de masseur-kinésithérapeute offre une multitude de possibilités d'exercice. On distingue généralement l'activité salariée de l'exercice libéral. Ensuite, le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes reconnaît des spécificités de pratique relatives à la structure du lieu d'exercice (présence de bassin de rééducation, fauteuil rotatoire...) et des spécificités d'exercice, selon les pratiques préférentielles des praticiens (kinésithérapie respiratoire, périnéo sphinctérienne...). Le profane sera tenté d'identifier d'autres pseudo-spécialités : thérapeute manuel, microkinésithérapie, kinésiologie, fasciathérapie...

Ne bénéficiant pas d'une reconnaissance officielle, basées sur des concepts à l'épistémologie discutable, ces techniques de soin sont généralement qualifiées de thérapies dites alternatives ou complémentaires.

Dans cette étude, nous souhaitons identifier les facteurs incitant les Masseurs-Kinésithérapeutes Diplômés d'Etat à s'investir et à se positionner vis-à-vis de ces méthodes de soin.

Avant toute chose, il convient de définir la profession de masseur-kinésithérapeute. La définition officielle de la profession est précisée par l'article L4321-1 du code de la santé publique ¹: « *La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'État, après avis de l'Académie nationale de médecine. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession* ». Notons que selon cette définition, la kinésithérapie est délimitée par un ensemble de techniques fixé par le conseil d'Etat, avec l'avis de l'Académie Nationale de Médecine.

Le Conseil National de l'Ordre de Masseurs-Kinésithérapeutes, constatant auprès de la profession le caractère dépassé de cette définition, propose une définition plus adaptée à l'exercice actuel de la profession ²: « *La kinésithérapie est une discipline de santé et une science clinique. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne humaine à tous les âges de la vie, que ce soit dans un but thérapeutique ou pour favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux-être des personnes. Les interventions de masso-kinésithérapie s'inscrivent dans les politiques de santé et participent aux actions de santé publique. Tenant compte de l'activité des autres professions de santé, la masso-kinésithérapie met au cœur de sa pratique le patient et vise à le rendre coauteur dans la gestion de ses capacités fonctionnelles, de son autonomie et de sa santé* ». Celle-ci ne définit plus la discipline comme une somme de techniques, mais comme un domaine d'intervention.

Nous tâcherons donc d'éclairer ces ambiguïtés quant à l'identité de la profession...

Cadre contextuel

Si la profession de Masseur kinésithérapeute n'a pas cessé d'évoluer depuis sa création en 1946², ses racines s'enfoncent bien plus avant dans l'Histoire. Afin de comprendre les dynamiques qui l'animent aujourd'hui, il convient de retracer succinctement son histoire.

Historique de la profession^{2,3}

Les Grecs Anciens fréquentaient les thermes pour s'y faire masser, profiter de bains chauds ou froids, pratiquer la gymnastique... C'est durant l'Antiquité que l'on retrouve les prémices de la kinésithérapie actuelle, au travers des massages et d'une forme de balnéothérapie.

Au Moyen-âge, les pratiques religieuses font disparaître l'ensemble des pratiques corporelles, dont le massage, en France. À cette époque, les cultures chinoises et japonaises conservent le massage et les techniques manuelles, et les établissent à la base de leurs pratiques médicales.

Il faut attendre la création de la Société Royale de Médecine en 1778, pour qu'en France s'ébauche un début de politique de santé : la médecine se singularise alors des guérisseurs et thérapeutes autoproclamés. Le terme de « masseur » réapparaît en 1779 ; le massage et le thermalisme sont progressivement réintroduits comme pratiques de santé, au début du XIX^{ème} siècle. L'action du thermalisme est alors justifiée selon les principes de régulation des humeurs corporelles, issues de représentations hippocratiques bimillénaires. Lors des cures, outre les bains, massages et absorption d'eau, des médecins pouvaient procéder à des mobilisations douces ou forcées.

Le mot kinésithérapie naît en 1867 dans le Dictionnaire Larousse. Ce n'est qu'au XX^{ème} siècle que le mot prend du sens au niveau du grand public.

En 1863, Jean-Dominique Estradère, dans sa thèse intitulée « *Du massage, son histoire, ses effets physiologiques et thérapeutiques* », appelle à l'intégration et au développement du massage dans la prise en charge médicale, déplorant, en province, une mainmise des guérisseurs et charlatans sur cette pratique : « *Le massage est moins répandu faute de gens capables et que les médecins le prescrivent rarement, car j'oserais dire qu'ils ignorent ce moyen thérapeutique qui n'est cependant de création récente et que les rebouteux, dames blanches et souffleuses d'entorses mettent tous les jours en pratique* ». En parallèle, le développement de la gymnastique médicale, prescrite et encadrée par des médecins, soulève les mêmes questions : Gustave Chancerel, dans sa thèse « *Histoire de la Gymnastique* » remet en question la crédibilité des ouvrages et discours des non-médecins en la matière. On assiste durant le XIX^{ème} siècle à un développement global des pratiques de santé, qu'elles soient médicales, pseudo-médicales ou encore charlatanesques, les unes par rapport aux autres. La fin de ce siècle est marquée par un développement plus poussé de la gymnastique médicale par le courant hygiéniste français, jusque dans les écoles.

Le système de santé français subit une mutation forcée durant la première guerre mondiale, du fait des 3 millions de blessés de guerre. L'ensemble des médecins et masseurs s'avèrent

incapables de satisfaire les besoins pléthoriques en matière de rééducation, c'est pourquoi sont formés, de manière parfois très précaire (3 à 10 jours de formation), des rééducateurs non-médicaux. Si cette sous-traitance a lieu en pratique, les textes prévoient un encadrement strict de ces rééducateurs. Les médecins demeurent très présents dans ces prises en charge kinésithérapiques. Afin de réaffirmer le contrôle du massage et de la gymnastique par l'autorité médicale à l'issue de la guerre et d'uniformiser les multiples formations en la matière, il est créé en 1923 un diplôme d'infirmier masseur, puis en 1932 un D.E. de professeur de culture physique médicale, assurant le contrôle du domaine de la rééducation au corps médical.

Ces deux diplômes évoluent durant la seconde guerre mondiale, sur décision du régime de Pétain, vers les statuts de masseur médical et moniteur de gymnastique médicale, définissant des rôles d'auxiliaires médicaux sans responsabilité ni autonomie. Devant l'incapacité à satisfaire les objectifs initiaux, les syndicats des deux professions fusionnent et créent en 1946 le diplôme de masseur-kinésithérapeute. Bien qu'entièrement passés sous la coupe des médecins, avec un statut d'auxiliaires médicaux, ces professionnels s'appuient sur leur ancienne appartenance au corps des moniteurs de gymnastique médicale pour justifier l'exercice dans les champs non thérapeutiques de la santé. Cette nouvelle profession est régie par un Conseil Supérieur de la Kinésithérapie, composé entre autres de médecins, qui impose à la discipline d'être prescrite de manière qualitative et quantitative, restreignant de fait l'autonomie des praticiens.

Parallèlement au développement de la médecine scientifique, la kinésithérapie se modernise peu à peu, et voit notamment ses champs d'application s'étendre. Avec la loi Debré de 1958, ordonnant la création des CHU, la kinésithérapie hospitalière se développe davantage, bien que restant majoritairement libérale.

En 1968, une réforme des études fait passer de deux à trois ans la durée de celles-ci. C'est la dernière réforme majeure dont bénéficie formation à la profession à ce jour. En 1973 est créé le titre de moniteur cadre kinésithérapeute. Le décret du 5 septembre 1989 pose les bases du programme d'étude que doivent suivre les Instituts de Formation en Kinésithérapie (IFMK). Suivent d'autres réformes attestant de l'évolution continue de la profession, avec à noter en 1995 une première loi créant l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes qui ne sera jamais appliquée, puis abrogée en 2002. En 1996 apparaît dans un décret la notion de bilan-diagnostique kinésithérapique (BDK) et donne au praticien le libre choix des actes et techniques. La prévention, le conseil et la recherche apparaissent dans ses prérogatives. Quatre ans plus tard, en 2000, les aspects qualitatifs et quantitatifs sont supprimés de l'obligation de prescription préalable à la consultation d'un kinésithérapeute.

C'est en 2002 que la profession obtient le droit de prescription, il faut attendre 2006 que la liste du matériel prescriptible soit officialisée pour que ce droit s'applique réellement.

Enfin, en 2004, l'ordre professionnel des MKDE est recréé tel qu'il existe encore aujourd'hui.

Pour plus de détails et d'exhaustivité, le lecteur est invité à consulter le référentiel publié par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes², ou encore les travaux de Jacques Vaillant⁴.

Les constats de l'histoire

De ces faits historiques, nous tirons les observations suivantes :

- La profession de masseur-kinésithérapeute est encore très jeune, âgée de seulement 67 ans.
- Son développement s'est beaucoup accéléré au début des années 2000. Cependant, aucune réforme d'importance n'est apparue depuis 2004.
- Ses racines sont communes avec celle de la médecine
- La « médicalisation » du massage et de la gymnastique a puisé dans des techniques et savoirs issus des médecines populaires, rebouteux, guérisseurs en tous genres et même charlatans, sélectionnant par le filtre de la médecine les techniques à conserver et développer.
- Le corps médical a toujours œuvré pour garder la kinésithérapie dans son giron, tout en subordonnant cette dernière au maximum à l'autorité des médecins. Ce n'est que très récemment, avec l'apparition du BDK, puis de la suppression des caractères qualitatifs et quantitatifs, de l'apparition du droit de prescription et la constitution d'un ordre professionnel indépendant que l'autonomie des MK se développe.
- La recherche est aujourd'hui, de par les textes juridiques, accessible aux MK.
- Le programme de la formation initiale a très peu évolué depuis 1989.

La formation initiale

Depuis 1968, la formation s'effectue en trois années en Institut de Formation de Masseur-Kinésithérapeute (IFMK), plus au moins une année de sélection préalable. À l'heure actuelle, cette sélection peut s'effectuer selon les modalités suivantes (ces informations ne sont pas exhaustives)⁵:

- PACES - (Première Année Commune des Etudes de Santé)
- L1 STAPS
- L1 SCIENCES & TECHNOLOGIES
- Concours « PCB » (Physique, Chimie, Biologie), généralement pour des écoles à prépa intégrée, recrutant directement après le Bac⁶.

Ces conditions d'admission ne sont à l'heure actuelle pas uniformisées pour l'ensemble des IFMK. Chaque institut doit satisfaire aux exigences minimales du programme imposé par le décret de 1989⁷. Celui-ci est aujourd'hui pointé du doigt comme inadapté à la réalité de la pratique⁸. Le texte de 1989 définit principalement le contenu de la formation, en restant flou sur ses objectifs finaux. Le contenu purement médical est très présent dans la formation et parfois trop peu adapté à la réalité pratique de la profession. Le choix des techniques enseigné est davantage basé sur les attentes des médecins que sur celles des patients⁴. De même, si près de 92% des kinésithérapeutes exercent en libéral⁹, 5 des 7 stages prévus lors de la formation

clinique sont effectués en milieu hospitalier. A ce titre, trois études^{4,10,11} réalisées auprès de MKDE constatent un sentiment de manque dans la formation initiale lors de leur arrivée sur le marché du travail, en pratique libérale.

Aujourd'hui, les kinésithérapeutes interviennent dans des domaines extrêmement variés, voire très spécialisés, que la formation initiale ne permet pas d'explorer, principalement par manque de temps.

« Il se crée une difficulté croissante dans l'élaboration pratique des cursus d'apprentissage. Face à une durée de formation courte, des choix s'imposent entre un enseignement technique exhaustif et un apprentissage du processus cognitif professionnel. Le plus souvent, un compromis entre les deux est fait, et crée ainsi une sensation de manque ou d'inachevé dans les deux volets. Ceci explique en partie l'engouement des jeunes professionnels pour des formations complémentaires à la sortie du diplôme »⁴.

Au-delà des programmes minimaux d'enseignement imposés par le décret de 1989, le programme définitif de formation fluctue d'un institut à l'autre. Ainsi, toutes les écoles n'imposent pas aux élèves d'effectuer au moins un stage en cabinet libéral. De même, les modalités de l'examen final d'accession au Diplôme d'Etat diffèrent selon les instituts : celui-ci prend généralement la forme d'un mémoire, soit à vocation de Recherche, comme à Grenoble, soit sous forme de cas clinique¹². La recherche est apparue dans les prérogatives des MK en 1996, mais peu d'écoles valorisent actuellement l'enseignement par la recherche. Si certaines n'abordent pas la méthodologie de recherche dans leurs programmes, d'autres y consacrent de nombreuses heures, un stage et rajoutent des enseignements d'esprit critique⁵.

Il apparaît donc que les bases de la formation sont aujourd'hui en décalage, et même en retard, par rapport à la réalité professionnelle. Devant ce constat, chaque IFMK s'efforce d'adapter la formation selon ses moyens et orientations. Cette hétérogénéité contribue à diversifier les pratiques professionnelles, multiplier les solutions techniques et à éclater l'identité de la profession.

La formation continue

Le code de déontologie précise¹³:

« Art. R. 4321-62. - Le masseur-kinésithérapeute doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il prend toutes dispositions nécessaires pour satisfaire à ses obligations de formation continue. Il ne peut se soustraire à l'évaluation de ses pratiques professionnelles prévue à l'article L. 4382-1. »

Depuis le 1^{er} janvier 2012, le décret d'application de la loi HPST du 21 janvier 2009 concernant le Développement Professionnel Continu (DPC), issu de la fusion de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et de la Formation Médicale Continue (FMC), est entré en vigueur¹⁴. Les MKDE (hospitaliers, libéraux, salariés) ainsi d'ailleurs que toutes les professions de santé, doivent satisfaire à leur obligation de DPC en participant à un

programme collectif de DPC, qui regroupera en une seule démarche l'analyse des pratiques et l'acquisition de connaissances.

Concrètement, les thérapeutes doivent participer à des programmes de formation validés par la Haute Autorité de Santé (HAS), en accord avec des directives nationales. L'élaboration de ces programmes est à la charge « d'organismes de DPC », des établissements de formation publics ou privés, qui répondent à des appels d'offres lancés par l'Organisme de Gestion du DPC (OGDPC).

À titre informatif, le financement de ces formations pourra être assuré par :

- des crédits sur la masse salariale pour les hôpitaux.
- des crédits définis par leur code du travail pour les salariés.
- une cotisation à l'assurance maladie pour les libéraux.

Nous avons donc quatre acteurs centraux :

- l'OGDPC, qui associe l'Etat et l'Assurance maladie.
 - il enregistre les organismes de DPC et les finance
 - lance les appels d'offre répondant à des priorités nationales voire régionales.
- la Commission Scientifique Indépendante (CSI)
 - définit les orientations nationales conjointement avec la HAS
 - prépare le cahier des charges des appels d'offre de DPC (lancés par l'OGDPC) et évalue les organismes de DPC.
 - la majorité des membres de la CSI seront nommés par la Fédération des Spécialités Médicales (FSM).
- le Conseil National de DPC (CNDPC)
 - vaste assemblée comprenant 5 collèges : médecins pharmaciens, chirurgiens dentistes, sages femmes, professions paramédicales et une commission de coordination de près de 30 membres.
 - le CN DPC donne un Avis sur les orientations nationales de DPC, la qualité et l'efficacité du dispositif de DPC à partir de l'analyse d'impact sur les objectifs et propose les améliorations du dispositif.
- le Conseil national de l'Ordre des médecins (ou des Kinésithérapeutes ?..)
 - assure la validation et, en cas de défaut, peut proposer au soignant une procédure d'accompagnement.

Cette jeune structure de Développement Professionnel Continu, complexe et lourde, est dans les faits aujourd'hui encore très théorique. Nous pouvons relever les failles suivantes :

- le décret concerne l'ensemble des professions médicales. Or la HAS n'a à ce jour validé des orientations que pour certaines spécialités médicales, rien pour les MKDE
- la FSM nomme la majorité des membres de la CSI. Nous nous interrogeons sur la place des professionnels paramédicaux dans l'un et l'autre organisme.
- il n'existe aucun critère concret ou critique pour l'élaboration des cahiers des charges des appels d'offres, donc rien concernant l'application de l'EBP

- il en va de même pour les programmes proposés par les organismes DPC
- une mauvaise évaluation d'un organisme de DPC par la CSI, n'empêchera pas l'enregistrement de cet organisme auprès de l'OGDPC (à cause de la Directive européenne sur la concurrence), mais il est tout de même précisé dans le projet de Décret qu'un programme de DPC entrepris par des praticiens auprès d'organismes de DPC ayant une mauvaise évaluation ne sera pas validé dans le cadre de l'acquittement du devoir de formation du thérapeute
- de fait, les organismes proposant des formations non valides seront enregistrés comme DPC et pourraient bénéficier de la même visibilité que les valides.
- des organismes restent donc très libres de proposer n'importe quelle formation, satisfaisant ou non aux principes de l'EBP
- les conseils ordinaires, organismes les plus proches des praticiens, sont relégués à un rôle purement exécutif, voire disciplinaire.
- le catalogue de l'offre de formation de DPC vient tout juste de paraître¹⁵, reste à voir comment les praticiens en seront informés.

Le contenu proposé par les nombreux organismes de formation est extrêmement diversifié, et rien n'empêche ces contenus de sortir partiellement ou totalement des principes de l'EBP ou des orientations définies par la HAS. Il convient maintenant de s'intéresser à ces pratiques sortant du cadre conventionnel.

Les thérapies alternatives

Définitions et terminologie

Une thérapie est constituée par un ensemble de moyens employés pour aider à guérir un patient, soulager ou minimiser des symptômes ou en prévenir l'apparition¹⁶. L'adjectif « alternatif » suppose la possibilité d'un choix entre au moins deux solutions¹⁷.

En France, ces solutions sont constituées, d'abord, par la médecine et para-médecine dites « conventionnelles », reconnues par la CPAM. Il convient de distinguer la médecine scientifique, intégrant uniquement des thérapies dont l'efficacité des traitements est prouvée comme supérieure à la guérison naturelle et l'effet placebo, c'est le concept d'exercice basé sur la preuve (Evidence Based Practice, ou EBP). La médecine conventionnelle repose principalement sur la médecine scientifique, bien qu'intégrant des thérapies n'ayant pas fait la preuve scientifique de leur efficacité, comme l'homéopathie. La pratique de la médecine conventionnelle est réservée aux seuls professionnels de santé, médecins et paramédicaux, et peut faire l'objet de remboursements par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Les alternatives, donc les autres possibilités de choix de soin ouvertes aux patients, sont regroupées sous le terme de médecines et thérapies « non-conventionnelles ». Ces méthodes de soin, très nombreuses et d'origines très diverses, n'ont pas fait la preuve scientifique de leur efficacité. Elles ne sont généralement pas remboursées par la CPAM (il existe des exceptions, comme l'homéopathie), mais de plus en plus d'assurances et de complémentaire santé proposent aujourd'hui leur prise en charge financière^{18,19}.

Il est également très fréquent de trouver dans toute sorte de publications et discours les notions de médecines douces, naturelles, traditionnelles, exotiques, complémentaires, paramédecines... Un récent rapport de l'Académie Nationale de Médecine (ANM) exhorte à l'utilisation du terme « thérapies complémentaires », permettant à la fois d'éviter tout risque de confusion en employant le terme « médecine », tout en insistant sur le fait qu'elles ne sauraient se substituer à la prise en charge médicale²⁰. La Medical Subject Headings (MeSH), dont la mission est d'indexer et cataloguer toutes les informations et documents reliées au biomédical et à la santé, propose cette définition pour les thérapies complémentaires: « *pratiques thérapeutiques n'étant pas considérées comme partie intégrante de la médecine allopathique conventionnelle. Ce peut être par manque d'explications biomédicales ; cependant, du fait des progrès de la recherche, certaines finissent par être acceptées (certaines thérapies manuelles, acuponcture...) alors que d'autres (concept des humeurs, thérapie au radium) disparaissent progressivement, tout en conservant une valeur historique. Ces thérapies sont identifiées comme complémentaires lorsqu'appliquées en plus des traitements conventionnels, et qualifiées d'alternatives lorsqu'utilisées à la place du traitement conventionnel* »²¹. Cette définition nous montre que le caractère alternatif ou complémentaire n'est pas intrinsèque à la thérapeutique, mais dépend du contexte de son application, par rapport au traitement conventionnel.

Dans cette étude, conformément au souhait de l'ANM²⁰, nous désignerons ces pratiques par le terme « Thérapies Complémentaires », ou ThC.

L'Union Nationale des Associations de Défense des Familles et de l'Individu Victimes des Sectes (UNADFI) estimait en 2010 à 247 le nombre de thérapies non-conventionnelles. Dans un rapport publié en 2012, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Dérive Sectaires en recensait près de 400²². Il existe d'autres listes classifiant les thérapies, nous mentionnerons en plus des précédentes celles proposées par l'OMS²³, et celle des 17 thérapies complémentaires proposée par la MeSH²¹. Aucune n'a la prétention d'être exhaustive, d'autant que certaines pratiques relativement jeunes (biokinergie...) n'ont pas encore retenu l'attention de ces organismes.

Contexte politique et social

Le rapport de 2002 de l'OMS²³ classe les différents systèmes de santé en trois catégories^{24,25} :

- Le **système intégratif**, au sein duquel les ThC sont totalement incluses, officiellement reconnues, et remboursées. Ce système est installé en Chine, en République Populaire Démocratique de Corée (Nord), en République de Corée (Sud) et au Vietnam.
- Si le **système inclusif** reconnaît les ThC, celles-ci ne sont pas intégrées dans l'ensemble des offres de soin. Ce peut être à défaut d'une législation précise : c'est le cas dans certains pays comme le Nigéria ou le Mali, ou comme le Canada ou le Royaume Uni (notons que dans ce dernier, l'ostéopathie est néanmoins enseignée à l'université), dont les structures d'enseignement universitaires ne prennent pas en charge ces pratiques, dont l'exercice est encadré.

- Les **systèmes tolérants** sont basés sur la médecine scientifique. Les pratiques de ThC sont tolérées par la loi, dans une certaine mesure.

La France se placerait soit dans le troisième système²⁵, soit dans le second²⁴. Cette indécision peut être mise sur le compte de certaines fluctuations observées au niveau des institutions ces dernières années, faites d'alternances entre avancées et reculs de la reconnaissance de certaines ThC. C'est à l'heure actuelle encore le cas pour l'ostéopathie^{20,26}.

Tout ceci est à remettre dans le contexte du principe d'autodétermination dont jouissent les patients, notamment en France. Selon la loi française, les patients ont le droit de choisir leur traitement, encore faut-il qu'ils fassent ce choix en connaissance de cause. Si en théorie la France est classée parmi les systèmes tolérants, dans les faits, notamment avec le remboursement croissant des ThC par les mutuelles, elle se situerait plus parmi les inclusifs.

Les systèmes inclusifs ont une tendance à évoluer progressivement vers des systèmes intégratifs²³. Plus il y a de place laissée aux ThC, plus elles fidélisent de patients. Certains y voient l'action de lobbies pseudo-médicaux^{24,26,27} ou encore une conséquence de l'évolution des moyens d'accès à l'information, en particulier d'Internet, ouvrant de nouveaux horizons pseudo-médicaux. D'autres parlent d'un changement de paradigme vers la médecine centrée sur le patient, dans un contexte où malgré les progrès de la médecine, les patients n'en semblent pas satisfaits²⁸.

L'infiltration

Ce terme proposé par Jean Brissonnet dans son ouvrage « les pseudo-médecines »²⁴ décrit les procédés par lesquels des ThC finissent par être appliquées dans des cadres réservés d'ordinaire au soin conventionnel.

Quatre français sur dix feraient appel aux ThC en renfort ou en lieu et place des traitements conventionnels, ce chiffre monte à 60% pour les malades atteints de cancer²². Une autre étude publiée en 2002 estime que 54% des français croyaient aux guérisons par magnétiseurs et imposition des mains²⁹.

Ce phénomène n'est pas récent. Évoquant l'histoire de la profession de Masseur-kinésithérapeute, nous avons constaté que son évolution s'est faite à partir des médecines populaires, pratiques de rebouteux et guérisseurs. La communication et l'échange entre ces différentes techniques de soin ne date donc pas d'hier.

La transition vers un système de santé dit « d'intégration » est particulièrement lente et discrète. En la matière, la législation ne fait finalement qu'officialiser tardivement des pratiques devenues courantes et ancrées dans les attentes des patients et les habitudes des thérapeutes. Il serait difficilement acceptable, voire considéré comme liberticide, d'interdire praticiens et patients de recourir à des ThC auxquelles ils auraient pris goût.

C'est principalement dans les petites structures, comme les cabinets médicaux et paramédicaux que cette transition s'effectue en douceur²². Les MKDE sont donc en première ligne, en étant des acteurs centraux dans cette évolution, comme le sont également les

médecins, infirmiers et toute personne proposant des soins non conventionnels. Le phénomène a gagné en ampleur, attirant la considération des instances officielles lorsque plusieurs universités ont proposé des enseignements de ThC, sanctionnées par un diplôme universitaire (DU)²⁰.

Le rapport de l'ANM présente également la démarche de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)³⁰ consistant à intégrer quatre ThC (l'ostéopathie, l'hypnose, l'acupuncture et le Taï-chi) dans la démarche de soins aux patients²⁰, « ... *non comme une reconnaissance et une valorisation de ces méthodes, mais comme un moyen de préciser leurs effets, de clarifier leurs indications et d'établir de bonnes règles pour leur utilisation* ». L'AP-HP lançait en 2012 un appel à projet, dans le but de financer des projets ThC dans un cadre hospitalier³¹. L'hôpital d'Aix-en-Provence a récemment inclus l'hypnose pour la prise en charge de la douleur³².

La différence entre les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux et les autres tient au code de déontologie auquel ils doivent se soumettre. Nous nous intéresserons dans cette étude au seul cas des MKDE, dont le code de déontologie de cette profession stipule³³:

« Art. R. 4321-87. - Le masseur-kinésithérapeute ne peut conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme étant salutaire ou sans danger, un produit ou un procédé, illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite. »

Contrevenir à cet article expose le MKDE à des sanctions pouvant aller du blâme à l'interdiction d'exercer, voire jusqu'à la condamnation pénale pour des cas extrêmes, notamment en cas de dérive sectaire²².

Au final, un kinésithérapeute ayant été formé (ou non) d'une quelconque manière à une ThC peut appliquer ces techniques à sa convenance dans ses prises en charge, compte tenu du libre choix des techniques dont il dispose. Seul le code de déontologie et le décret d'exercice de la profession s'opposent à l'utilisation d'une technique insuffisamment prouvée. Le Conseil National de l'Ordre a autorité à poursuivre d'éventuels contrevenants.

Signalons également que la kinésithérapie se base essentiellement sur des consensus professionnels (nous renvoyons le lecteur à l'ensemble des référentiels de la HAS³⁴), et que relativement peu de techniques ont fait l'objet d'études scientifiques de haut niveau, garantissant de forts niveaux de preuve. De plus, l'application à l'exercice de soins de l'EBP requiert l'acquisition préalable d'un outillage critique assez complet. Une culture épistémologique ou des compétences en lecture critique de publications scientifiques peuvent permettre de différencier la science de la pseudoscience. Cette démarche s'apparente au final à celle de recherche.

Une étude menée auprès de physiothérapeutes américains³⁵ soulève la bonne volonté de la profession à intégrer l'EBP dans sa pratique. Elle identifie également comme principal frein à cette application le caractère chronophage de la démarche. Bien évidemment, pour l'appliquer, il convient d'y avoir été formé. L'étude révèle que les jeunes diplômés seraient plus compétents en la matière, les cursus de formation ayant été récemment adaptés pour

sensibiliser les futurs praticiens à la recherche et à l'esprit critique. Ce genre de formations se développe progressivement en France, en commençant notamment par les IFMK de Grenoble et de Rennes.

Le strict respect du code de déontologie sur l'utilisation exclusive de techniques à l'efficacité prouvée n'est donc que très difficilement applicable en pratique, la profession étant encore très attachée à la démarche empirique³⁵.

Ce « mélange » subtil et progressif, reposant sur une identité indistincte, permettant aux ThC de s'introduire peu à peu, et de manière pas toujours transparente, dans les pratiques de soin est bien résumé par R. Hammer : « *On observe ainsi très clairement une méconnaissance de ce que sont ces médecines non conventionnelles ou de l'identité des praticiens parallèles. [...] Les médecines alternatives se caractérisent ainsi par une identité particulièrement floue. Même l'une des oppositions les plus classiques, chimique vs naturel, peut faire l'objet d'un brouillage, dès lors que le mode de production industrielle et la logique de marché s'appliquent aussi aux médecines douces. [...] Les pratiques soignantes autres s'affichent comme un vaste ensemble hétérogène dont les frontières sont vagues, non seulement entre elles mais aussi par rapport à la médecine classique. En d'autres termes, le pluralisme thérapeutique actuel se donne assez largement à voir sous les traits d'une nébuleuse n'offrant guère de repères pour véritablement s'y orienter* »^{36(p191)}.

Une parfaite illustration de ce phénomène est visible dans le bulletin Officiel du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes n°16, édité en novembre 2010^{37(p13)} : « *La microkinésithérapie exclusive est-elle considérée comme un exercice illégal de masso-kinésithérapie si le praticien n'est pas inscrit à l'ordre ? – Il suffit de se référer au site internet des créateurs de cette technique pour constater qu'ils revendiquent la qualité de masseur-kinésithérapeute. De plus, il serait étonnant que les MK partisans de cette technique acceptent que des non-MK la dispensent. D'ailleurs, l'appellation choisie ne laisse aucun doute. Jusqu'à preuve du contraire, nous sommes dans le domaine de la masso-kinésithérapie ; il s'ensuit que ces professionnels doivent être inscrits à l'Ordre ; dans le cas contraire ils se trouveraient en infraction avec le code de santé publique et en situation d'exercice illégal de notre profession* », ou comment l'Ordre lui-même, en la reconnaissant du domaine de la kinésithérapie, accorde d'office la légitimité à une thérapie aux effets non-prouvés sur la simple présence du terme kinésithérapie dans son appellation. Cette simple question-réponse juridique est le parfait exemple du flou existant à l'égard de la reconnaissance des ThC dans l'exercice professionnel du kinésithérapeute.

Le choix des patients

Nous évoquons que près de la moitié des français font appel aux ThC²². Intéressons-nous aux raisons de leur choix et de leur investissement dans ce type de soins.

La médecine scientifique, basée sur une approche scientifique de l'anatomie, de la biomécanique et des processus physiologiques, est parfois accusée de « couper en tranches », « déshumaniser » les patients³⁶, établissant un clivage entre le corps physique et le corps

symbolique de l'individu¹⁰. L'indissociabilité du corps et de l'esprit non réductibles entre eux constitue la notion fondamentale du concept holistique³⁸ ou globaliste dont s'inspirent nombre de ThC, dénonçant au passage un travers analytique des pratiques conventionnelles, pourtant plus volontiers imputables aux services qu'à la philosophie sous-jacente. « *Les bienfaits et avantages que l'on reconnaît aux médecines alternatives découle d'abord des désavantages ou des défauts de la biomédecine* »^{36(p178)}, souligne R. Hammer, qui s'est intéressé de près aux motivations poussant les patients à adhérer aux ThC³⁶. Dans son étude qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs avec 64 hommes durant l'année 2000 dans le canton de Genève, il recueille le vécu, les croyances et critiques des patients à l'égard de leurs confrontations avec le soin en général. Il consacre un chapitre à la représentation des usages de thérapies alternatives.

D'après ces témoignages, la médecine scientifique, malgré certaines critiques, bénéficie encore largement de la reconnaissance des patients, grâce à son pouvoir de guérison et sa valeur scientifique. Elle servirait d'ailleurs de principal étalon pour mesurer l'efficacité des ThC, occupant le devant de la scène du soin, et laissant donc peu de place aux ThC, qui convainquent d'autant plus facilement les déçus de la médecine.

Un patient adhérant aux ThC rechercherait avant tout l'effet curatif, la méthode reste secondaire. C'est particulièrement vrai dans le cas de pathologies incurables par la médecine conventionnelle : les ThC sont alors vues comme la dernière chance à tenter ; le patient n'ayant plus rien à perdre, peu importe ses croyances. Cependant, la conviction qu'aurait, ou non, le malade envers la ThC conditionnerait largement son efficacité³⁶. Cette conviction serait très dépendante de la relation soignant/soigné, certains témoignages laissant supposer que pour optimiser cette conviction, le thérapeute peut même être amené à « conditionner » le patient. Cet aspect procurerait au patient une sensation d'implication plus forte dans son traitement, mais la supposition que la subjectivité du patient soit une pièce maîtresse de l'efficacité de ces techniques tend à remettre en cause pour d'autres patients l'existence de la pathologie motivant le soin.

Les patients rechercheraient davantage une capacité d'écoute et de compassion en se tournant vers les ThC, privilégiant davantage le « care » au « cure »³⁹. D'après eux, les thérapeutes complémentaires seraient davantage à l'écoute des malades, la relation soignant/soigné serait beaucoup plus profonde. Cela passe par une approche plus globale, prenant en compte les déficiences physiques, mais aussi psycho-sociales concomitantes.

Beaucoup de patients craignent, de part leur méconnaissance de ces disciplines, d'être confrontés à des « charlatans » et d'encourir un risque financier et/ou sanitaire. Or, ils évoquent que plus une ThC est différenciée et propose une démarche et un raisonnement proche de la médecine conventionnelle, en se basant sur des faits (qu'ils soient scientifiques ou pseudo-scientifiques), moins elle suscite la méfiance. Les patients sont d'autant plus rassurés que le thérapeute revendique un statut médical ou paramédical, diplômés à l'appui. Ils incarnent une garantie d'efficacité, de protection contre le « charlatanisme ». De plus,

qu'une ThC soit prise en charge par une assurance ou mutuelle tend à augmenter sa crédibilité auprès du public, qui aura tendance à y voir une reconnaissance par les autorités.

Enfin, l'étude conclue que le caractère « complémentaire » des ThC doit être étayé par le contrôle et l'encadrement d'une instance de régulation qui ne peut être que la médecine conventionnelle. Cela permet entre autre de ne pas remettre en question, aux yeux du public, le statut dominant de la médecine. L'ANM soutient d'ailleurs les mêmes conclusions, en évoquant la démarche entreprise par l'AP-HP²⁰.

Cette étude de R. Hammer, sans être exempte de biais (population exclusivement masculine, restriction géographique), permet néanmoins de dresser un paysage global précis de l'attitude des patients face aux ThC, en se basant sur des données relativement récentes (2000).

Le choix des kinésithérapeutes ?

A notre connaissance, peu d'études s'intéressent à l'investissement des Masseurs-Kinésithérapeutes dans les thérapies complémentaires. Nous avons précédemment mis en évidence la difficulté inhérente à différencier dans la pratique quotidienne l'utilisation de ThC par rapport à des thérapies conventionnelles, surtout dans les cabinets libéraux (Cf. « l'infiltration »). De plus, nous n'avons pas connaissance de statistiques recensant les MKDE utilisateurs de ThC, ce qui n'est guère surprenant, compte-tenu du litige entre l'utilisation de ces pratiques et le code de déontologie.

Une estimation pourrait-être réalisée auprès des organismes de formation proposant des ThC, mais il semblerait que ceux-ci soient réticents à communiquer leurs chiffres¹¹. Signalons également que ces organismes sont pléthoriques : pour les seuls organismes de formation paramédicaux très récemment enregistrés comme conformes au cahier des charges de l'OGDPC, la liste est déjà longue de 1087 structures, dont les contenus de formations ne sont pas transparents. D'autres sites et portails de formation, moins officiels^{40,41}, proposent en tête de gondole des formations à la naturothérapie ou à la « kiné reboutement », juste à côté d'annonces en rapport à la HAS : rien n'est fait pour faciliter la transparence et le choix éclairé de sa formation. Une autre manière d'évaluer la quantité de praticiens de ThC serait par le nombre de patient y ayant recours. Nous avons déjà évoqué que 4 français sur 10 admettaient recourir à des ThC²⁰, en 2002, 54% des français croyaient aux guérisons par imposition des mains et par les magnétiseurs²⁹. Enfin, en 1997, une étude montre que si 9% des personnes interrogées recouraient à la kinésithérapie classique, 4% recouraient à des pratiques alternatives¹⁰. Ces chiffres ne permettent cependant pas d'estimer l'implication des MKDE quant à l'offre de soin par des ThC répondant à cette demande.

De manière tardive, nous avons pu mettre la main sur deux études produites à l'école des cadres de santé du CHU de Grenoble s'intéressant aux motivations des kinésithérapeutes à s'investir dans des thérapies complémentaires.

La première, de Serge SEVENIER¹⁰, « Masseur Kinésithérapeute et Thérapies Alternatives : vers une nouvelle identité ? », cherche à déterminer pourquoi, devant les possibilités qui

s'offrent à eux, des MKDE choisissent-ils d'étudier des thérapeutiques qualifiées d' « alternatives ». Outre la description du cadre contextuel, cette étude s'appuie sur six entretiens semi-directifs réalisés auprès de MKDE libéraux, dont cinq pratiquaient des thérapies alternatives. Une grille d'entretien servait de fil rouge pour chacun d'entre eux. Ces entretiens ont ensuite fait l'objet d'une analyse thématique basée sur les axes les plus fréquemment abordés, croisés avec le cadre contextuel, la question de départ et la problématique de construction identitaire.

Trois principaux thèmes ont émergé : la formation initiale, les valeurs professionnelles et le rapport à la clientèle.

Les lacunes liées à la formation initiale seraient le principal moteur à l'investissement dans des formations complémentaires, bien qu'aucun lien ne puisse être établi entre ce besoin de formation et l'orientation vers des thérapies alternatives. Les valeurs professionnelles représenteraient un idéal de pratique que chaque praticien s'efforceraient d'atteindre, notamment par le biais de ses formations complémentaires, afin de répondre à des besoins techniques et/ou conceptuels. L'auteur pointe qu'une adhésion au concept globaliste serait un élément majeur orientant vers les thérapies alternatives. Enfin, la problématique de rapport à la clientèle montrerait que les praticiens sont influencés par les demandes et/ou suggestions de leurs patients, impactant sur leurs choix de formation, et donc sur leur pratique, amenant le thérapeute, après plusieurs années d'exercice libéral, à « échapper aux concepts mécanicistes de la médecine classique ». L'étude conclue à une évolution de notre profession, évolution corrélée à celle de la société dans laquelle l'influence des malades pèse de plus en plus lourd dans les décisions les concernant.

L'étude de Marjorie TARDIVAT¹¹, « de la motivation des Masseurs-Kinésithérapeutes à se former à l'Ostéopathie », restreint la question de la motivation à cette seule thérapie alternative (rappelons que le très récent rapport de l'Académie Nationale de Médecine²⁰, ainsi que l'OMS⁴² classent l'ostéopathie parmi les thérapies complémentaires). Après avoir soigneusement posé un cadre contextuel et théorique, l'enquête est menée par l'intermédiaire d'entretiens téléphoniques semi-directifs. Seuls quatre jeunes MKDE libéraux, étudiants en première année de formation continue en ostéopathie, ont été interrogés. L'analyse relève quatre arguments motivant ces praticiens à se former à cette discipline : les lacunes de leur formation initiale, le besoin de conformation à un groupe, le besoin d'évolution sociale et de gain d'autonomie et enfin, la demande des patients.

La formation initiale est ici encore qualifiée de limitée, inadaptée à la prise en charge des pathologies rencontrées en libéral (à cette époque, les IFMK ne proposaient pas de stage hors clinique réalisable en cabinet libéral). Ces lacunes seraient là encore le moteur de l'inscription dans une formation continue, susceptible d'apporter toutes les solutions : « *la kinésithérapie est décrite comme déficitaire, l'ostéopathie comme salutaire* ». Le besoin de conformation au groupe est présenté en deux temps : tout d'abord, au niveau du lieu d'exercice du MKDE. Un ostéopathe déjà présent dans la structure l'inciterait à suivre la même voie. Ensuite, une

seconde dynamique de groupe s'installe avec les collègues rencontrés lors de la formation. Ce serait donc pour s'identifier à ces modèles que le praticien s'impliquerait progressivement dans cette formation. Dans le prolongement de ce thème, le désir d'évolution sociale et d'autonomie se révélerait motivant, entre autres parce que les ostéopathes jouissent d'une relative indépendance vis-à-vis du système de santé, leur exercice n'étant pas soumis à une prescription préalable. Enfin, la demande des patients, à la recherche d'une « autre manière de soigner » serait également à considérer.

L'auteur pointe également une mauvaise connaissance de l'ostéopathie par l'ensemble des sujets interrogés. Ayant elle-même beaucoup étudié les origines et l'évolution de la discipline, elle aura remarqué des lacunes de raisonnement critique chez ses témoins : *« Une des personnes interrogées m'a rapporté qu'en école d'ostéopathie, on leur affirmait que l'ostéopathie peut tout traiter. Cette personne était encore critique, mais disait que sa vision changerait notamment après trois ou quatre années de formation et qu'elle serait certainement elle aussi dans cette certitude. Elle ne voulait pas lutter contre, comme si cela était rassurant. »*

Si cette étude reconnaît les limites relatives au faible nombre de personnes interrogées, il y est précisé que son objet est *« d'ouvrir des pistes de réflexion et non de tirer des conclusions »* et généralisations.

Chacune de ces études propose une approche méthodologique semblable, basée dans un premier temps sur un entretien exploratoire, puis sur des entretiens semi-directifs, basés sur une grille. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Les deux études mettent en évidence un sentiment d'insuffisance de la formation initiale : les praticiens rencontreraient bien rapidement les limites des techniques enseignées dans leur IFMK, qui ne seraient pas adaptées à la prise en charge de patients en activité libérale. La confrontation à ces limites les pousserait à rechercher des solutions dans les formations continues, que leur contenu soit alternatif ou non. Ce serait, entre autre, les demandes des patients qui influenceraient ce choix. La problématique de l'idéal de pratique est abordé dans les deux études, mais pas de la même façon. Les travaux de S. SEVENIER relatent davantage des motivations relatives à l'efficacité thérapeutique (compétence technique, conceptuelle), alors que les travaux de M. TARDIVAT mettent davantage en exergue des facteurs pratiques et sociaux (conformation au groupe, autonomie).

Dans les deux cas, le nombre de personnes interrogées est restreint (6 et 4), il est donc très probable que d'autres critères, d'autres compromis puissent motiver des praticiens à s'investir dans ce type de pratiques.

Dans l'étude de S. SEVENIER, la problématique du flou de la frontière séparant la kinésithérapie des thérapies alternative est abordée dans le cadre contextuel. Cette question n'est pas reprise dans la grille d'entretien, et une seule personne interrogée sur les six n'avait pas suivi de formation alternative. De plus, l'auteur reconnaît ne pas avoir suffisamment exploré l'identité personnelle des praticiens.

Nous tâcherons donc de prendre en compte les conclusions et limites de ces études, afin d'explorer plus profondément et plus largement ces motivations.

Synthèse et problématique de recherche

La masso-kinésithérapie est une jeune profession créée à partir de techniques issues de l'ancêtre du thermalisme, des médecines populaires, du reboutement... La forte influence de la médecine scientifique lui a permis de s'extraire de ces aspects traditionnels, tout en tissant un lien de forte dépendance envers le corps médical. Les techniques employées par la profession se basent très largement sur des consensus professionnels. L'Evidence Based Practice, si elle constitue un idéal, est encore peu applicable en masso-kinésithérapie, du fait du manque d'études scientifiques objectives, bien que le code de déontologie de la profession interdise l'usage de techniques à l'efficacité insuffisamment prouvées. Cependant, de nombreux organismes proposent des formations à ce type de techniques, que le kinésithérapeute pourra appliquer librement dans ses prises en charge, dans certains cas avec la bénédiction des instances régulatrices de la profession. De plus, les patients s'avèrent demandeurs et consommateurs de soins autres que ceux prodigués par la médecine conventionnelle.

Confrontés à ce flou contextuel, ces ambiguïtés et ces contradictions politico-juridiques, comment les masseurs-kinésithérapeutes se positionnent-ils par rapport à ces thérapies complémentaires ou alternatives ? De cette question découle celle du placement de la limite entre kinésithérapie et thérapies complémentaires et de leurs motivations à s'y investir, ou à les rejeter.

Hypothèses de départ

Les différents motifs que nous allons maintenant envisager ne sauraient être exclusifs les uns par rapport aux autres. Nous allons, pour chacun d'entre eux, tenter de proposer un ou des cheminements logiques susceptibles d'être empruntés par des praticiens.

La formation initiale

Il a été soulevé que d'éventuelles lacunes dans la formation initiales pouvaient constituer un moteur pour le suivi de formations continues, potentiellement alternatives ou complémentaires^{10,11}.

Nous tâcherons d'estimer l'impact qu'aura eu la formation initiale sur les choix professionnels des MKDE.

La formation continue

Devant la complexité du dispositif de DPC fraîchement entré en vigueur¹⁴, nous concevons qu'il est difficile à l'heure actuelle pour un MKDE de se sentir guider dans le choix de ses formations, tout en gardant en tête que celles-ci sont dorénavant obligatoires. De plus, aucun critère explicite n'incite au suivi des principes de l'EBP, que ce soit pour l'élaboration des directives, des programmes de formation, ou pour le choix final du praticien. Rappelons

néanmoins l'article R. 4321-87 du code de déontologie, interdisant l'usage de pratiques n'ayant pas suffisamment fait la preuve de leur efficacité : il constitue la seule allusion au principe de l'EBP. La porte est donc bien ouverte pour les organismes vendeurs de formations en ThC, susceptibles d'être suivies par des MKDE avec la satisfaction du devoir de formation continue accompli, et la bénédiction des autorités.

Notre seconde hypothèse sera, qu'en présence d'un catalogue de formation régi par des principes flous, dans lequel l'application des principes de l'EBP est quasi-inexistante, la scientificité des contenus quasi-opaque, et en contre partie l'obligation de formation continue, un MKDE peut être amené à s'investir dans des ThC, à son insu ou par défaut.

L'esprit critique

Des thérapies peuvent être identifiées comme pseudo-scientifiques parce qu'elles sont hors de tout cadre épistémologique valide et n'apportent aucun fondement à leurs prétentions. Basées sur des arguments d'autorité, mélangeant corrélation et causalité, ou pour bien d'autres raisons encore, elles peuvent aisément séduire un praticien peu informé.

L'application à l'exercice de soins de l'EBP requiert l'acquisition préalable d'un outillage critique assez complet. Une culture épistémologique ou des compétences en lecture critique de publications scientifiques peuvent permettre de différencier la science de la pseudoscience. Cette démarche s'apparente au final à celle de recherche.

L'esprit critique d'un thérapeute tient autant à la qualité de son outillage critique, qu'au temps qu'il sera prêt, ou qu'il lui sera possible de consacrer pour l'appliquer dans sa démarche de soin et de formation.

Tout ceci ne prend pas en compte un éventuel conflit d'intérêt, qui, pour des raisons financières ou autres, pourraient inciter à un thérapeute à mettre de côté son sens critique.

L'existence d'une faiblesse épistémologique, que ce soit par manque de temps ou de compétence, ou encore volontaire, constituera notre troisième hypothèse.

L'argument commercial

Que ce soit après avoir obtenu son diplôme, ou après un changement de lieu d'exercice, un thérapeute arrivant sur un nouveau « marché » pourra être confronté à un manque de patient.

Le code de déontologie stipule³³:

« Art. R. 4321-67. - La masso-kinésithérapie ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité, exception faite des cas prévus aux articles R. 4321-124 et R. 4321-125. En particulier, les vitrines doivent être occultées et ne porter aucune mention autre que celles autorisées par l'article R. 4321-123. »

Si le fait de pratiquer des ThC ne dispense pas de cette interdiction, il permet néanmoins de s'individualiser par rapport à la concurrence.

L'argument commercial constitue notre quatrième hypothèse.

La raison financière

Qui dit acte en dehors de la nomenclature, définie par le décret d'exercice, permet une tarification hors nomenclature. Une compétence supplémentaire et originale est un bon argument pour augmenter les honoraires d'une consultation.

La raison financière constitue notre cinquième motivation.

La gratification sociale

Déjà esquissée dans le cadre de la recherche de patientèle, l'envie d'individualisation par rapport à l'ensemble des confrères peut être une motivation valable. La kinésithérapie ne possède pas de spécialisation « officielle », à l'image de la médecine, qui possède près d'une quarantaine de spécialisation⁴³. Elle propose néanmoins des pratiques spécifiques⁹. L'acquisition de compétences singulières peut permettre de passer du statut d'auxiliaire de soin, agissant exclusivement sur prescription, à celui de soignant autonome, comme c'est le cas pour les ostéopathes.

La recherche de gratification sociale sera notre sixième hypothèse.

La volonté de guérir

Le kinésithérapeute est un rééducateur. Contrairement à un chirurgien qui raccommode les os, suture des artères, greffe des organes ou réimplante des membres, le kinésithérapeute ne guérit pas, il apprend au patient à utiliser son plein potentiel, malgré la pathologie bien présente. Cette limite, qui ne remet pas en cause l'intérêt de la kinésithérapie, peut être mal vécue par certains praticiens, qui vont s'investir dans des ThC en cherchant des solutions simples à des ensembles de pathologies dont l'origine serait unique.

La volonté de guérir constitue la septième hypothèse.

Synthèse des hypothèses de départ

Nous proposons donc *a priori* sept critères pouvant motiver des MKDE à s'orienter vers la pratique de thérapies non conventionnelles :

- La formation initiale
- Une épistémologie trop floue dans l'offre de formation
- Une faiblesse critique
- L'argument commercial
- La raison financière
- La gratification sociale
- La volonté de guérir

Ces hypothèses de départ servent à l'élaboration de notre grille d'entretien. Elles ne sauraient constituer à elles seules une argumentation exhaustive quant aux choix des thérapeutes, et seront certainement enrichies au cours des entretiens.

Méthodologie

Nous présentons maintenant les principes des méthodes que nous allons employer, en décrivant leur fonctionnement et en les replaçant dans le contexte de notre étude.

Nous avons précédemment dressé un cadre conceptuel, et émis quelques hypothèses quant aux critères pouvant motiver des MKDE à s'investir dans des pratiques non-conventionnelles. Cependant, ces hypothèses, basées sur l'intuition ou certains ouvrages, requièrent un approfondissement significatif, préalable à leur vérification.

Choix de la méthode

Pour ce faire, nous proposons de conduire des entretiens^{44,45}. Cette méthode, largement utilisée en sciences humaines, permet de recueillir des données, appelées « matériaux », préférentiellement par des questions ouvertes. Pour traiter ces matériaux, nous proposons de jumeler ces entretiens à l'analyse de contenu⁴⁶. Nous l'appliquerons afin d'enrichir le caractère « exploratoire » d'un matériau : c'est l'analyse de contenu « pour voir ». Son utilisation est particulièrement indiquée dans un cadre peu « débroussaillé » comme le notre.

Modalité des entretiens

Directivité

L'outil peut prendre trois formes distinctes, selon le degré de structuration⁴⁶:

- L'entretien non directif, au cours duquel l'enquêté est laissé libre de choisir l'orientation de son raisonnement. Ce type d'entretien est à préconiser en l'absence totale d'hypothèse de départ.
- L'entretien semi directif, respectant un guide commun à chaque entretien. Les différents points sont introduits par l'enquêteur, si l'enquêté ne les a pas abordé de lui-même. Ce dernier doit rester libre du développement de chacun des points. Ce type d'entretien permet, entre autre, de comparer différents entretiens sur une base commune.
- L'entretien directif, proche d'un questionnaire, auquel l'enquêté peut répondre comme bon lui semble. Efficace pour vérifier des hypothèses, il laisse peu de place à l'exploration et à la découverte d'idées nouvelles.

Quel que soit le type d'entretien, les questions abordées doivent rester ouvertes. L'aspect qualitatif ou quantitatif résultant des entretiens est déterminé par l'analyse de contenu qui leur sera appliqué. L'entretien de recherche s'articule autour de deux acteurs : l'enquêteur (nous-mêmes) et l'enquêté (les MKDE interviewés).

Nous avons opté pour des entretiens de type semi directif. Ceux-ci nous permettent de vérifier (ou éventuellement infirmer) et approfondir nos hypothèses préalables, tout en nous permettant d'explorer de nouveaux critères non envisagés auparavant.

En outre, cette méthode permet de partager le vécu de professionnels de santé, issus d'horizons variés et aux parcours très différents, voire atypiques. Cette expérience est extrêmement enrichissante pour un futur kinésithérapeute.

Élaboration de la grille

Cette grille se construit autour des objectifs de la recherche, et constitue le pilier de l'ensemble des entretiens. Préparée à l'avance, elle définit les différentes questions et thèmes à aborder, ainsi que les consignes qu'il convient de préciser en début d'entretien.

Nous proposons de nous baser sur les hypothèses préalables et les données issues de la littérature décrites précédemment, en gardant à l'esprit que les entretiens semi-directifs n'empêchent pas la découverte et l'approfondissement de nouvelles hypothèses, bien que nos questions puissent éluder totalement des thèmes (Cf. problématique de sélection des faits, ci-après).

L'élaboration des questions obéit à des règles générales^{45,46} (Cf. annexe). Des consignes, énoncées au début de l'entretien, permettent de renseigner l'enquêté sur le sujet de l'étude, ses thèmes, et précisent les règles régissant l'entretien. La définition des thèmes peut être volontairement floue, afin de laisser à l'enquêté un maximum de liberté quant aux thèmes abordés, limitant ainsi l'influence des attentes de l'enquêteur sur l'attitude et le discours de l'enquêté. Ces consignes sont donc à définir de manière cohérente avec le degré de directivité de l'entretien.

Population

Critères d'inclusion

Le choix de l'échantillonnage doit être fait consciencieusement, dans un souci de validité. Ce choix peut reposer sur l'un de ces trois principes⁴⁶:

- Exhaustivité : l'intégralité de la population est interrogée
- Représentativité : si la population est trop importante, il convient de sélectionner un échantillon synthétisant l'ensemble
- Significativité : diversifier au maximum les points de vue récoltés, au risque de ne pas être représentatif de l'ensemble

Dans notre cas, nous avons fait le choix de restreindre notre étude aux Masseurs Kinésithérapeutes Diplômés d'Etat (MKDE), qu'ils mettent, ou non, en œuvre des thérapies alternatives dans le cadre de leur exercice. L'exhaustivité n'est bien sûr pas réaliste dans le contexte de cette étude. Quant à la représentativité, notre connaissance de l'ensemble de la population est encore trop limitée pour y prétendre. Nous poursuivrons donc un objectif de significativité afin d'explorer et cerner un maximum de critères motivationnels.

Notre choix d'interroger également des MKDE non-pratiquants de ThC nous permet d'étudier d'éventuelles raisons repoussant des praticiens à s'investir dans ce type de prise en charge. Si certains arguments provoquent l'adhésion de certaines personnes, ils peuvent également en

rebuter d'autres. Nous espérons ainsi obtenir une vision plus précise du contexte brumeux que nous avons dressé, avec des points de vue situés de part et d'autre de la frontière séparant la kinésithérapie des thérapies alternatives.

Nous avons tâché de diversifier au maximum les profils des thérapeutes interrogés, que ce soit par l'âge et le nombre d'années de pratique, les types de thérapies pratiquées, l'exercice libéral ou hospitalier, l'IFMK d'origine... Cependant, pour des raisons pratiques, nous avons dû nous limiter à des personnes disponibles sur l'agglomération Grenobloise.

Recrutement

Nous avons interrogé des personnes que nous savions disposées à répondre à nos questions, à accorder du temps pour cette étude, et présentant des profils variés.

La prise de contact a été réalisée soit par email, soit par téléphone. Après une présentation sommaire de l'étude, et dans le cas d'une réponse positive, un rendez-vous a été fixé pour procéder à l'entretien. Les thérapeutes pouvaient à tout moment interrompre celui-ci, leur accord a été obtenu pour l'enregistrement de l'échange. Ils ont été informés de la règle d'anonymat relative à ce genre d'étude.

Au final, nous souhaitions recruter une quinzaine de personnes pour cette étude, nous permettant ainsi de diversifier les points de vue, même pour des profils similaires. Moins de personnes eut été superficiel, et davantage non réaliste en regard du temps disponible à consacrer à l'étude.

Entretiens-tests

Ne nous étant jamais livrés à la conduite d'entretiens de ce type, nous avons effectué deux premiers entretiens basés sur une grille provisoire. Leurs objectifs étaient les suivants :

- S'initier à la conduite d'entretiens, à la reformulation, aux relances, à la posture de neutralité...
- Évaluer la durée moyenne d'un entretien, afin d'obtenir des ressources riches sans être trop volumineuses, et donc, non-analysables
- Vérifier le niveau de directivité des questions, mettre en évidence des redondances
- Souligner la pertinence ou non des hypothèses de départ proposées
- Obtenir nos premières ressources exploitables

A l'issu de ces deux entretiens, nous avons constaté (sans prétendre avoir démontré) que nos hypothèses de départ constituaient une bonne base. Nous avons également réajusté la grille, pour ouvrir davantage les questions, sans toucher à leur nombre, qui permettait d'atteindre une durée d'entretien d'environ 45 minutes, avec le sentiment d'avoir suffisamment approfondi les thèmes abordés. Il apparaissait en outre primordial de bien laisser les gens parler, de les laisser eux-mêmes épuiser un sujet avant de les relancer.

Entretiens finaux

La grille servant de support aux entretiens s'articule autour de trois principaux thèmes : la carrière, la pratique et la formation.

Nous débutons l'entretien en invitant l'enquêté à relater sa carrière. Cela permet de poser les jalons de son parcours, d'identifier des faits marquants à approfondir par la suite, mais également de le mettre à l'aise et de « briser la glace ». Nous relançons ensuite sur les raisons ayant motivées ce parcours, de la démarche d'inscription aux concours d'entrée en IFMK, jusqu'aux différents « pivots » de la carrière.

L'axe « pratique » permet d'investiguer le positionnement professionnel du thérapeute. Pratique-t-il des ThA, ou au contraire, les exclue-t-il ? Nous nous intéressons également à la manière dont il choisit ses techniques, et comment il les remet en question, afin d'identifier sa limite entre l'acceptable et l'inacceptable. Ceci fait, nous lui demandons ce qui, pour lui, délimite la kinésithérapie des ThA.

Enfin, nous abordons la problématique de formation, si elle n'a pas été spontanément traitée préalablement. L'enquêté est questionné tant sur sa formation initiale que sur sa formation continue.

Bien entendu, cette grille constitue un support, un guide. Si l'enquêté prend l'initiative d'aborder spontanément un thème, ou qu'il glisse de l'un à l'autre, nous l'accompagnons, quitte à revenir par la suite sur les axes préalablement délaissés.

Nous concluons les entretiens par l'acquisition de renseignements généraux. Ces questions, ainsi que la grille d'entretien, sont disponibles en annexe.

Profils généraux des interviewés

Présentons maintenant succinctement chacun des participants aux entretiens.

Le tableau suivant récapitule les profils généraux des MKDE interviewés. Il rassemble les années d'obtention du diplôme d'état, leur âge, s'ils pratiquent ou non des thérapies complémentaires à leur propre avis, le cadre de leur exercice actuel (**Enseignant**, **Enseignant en formation continue**, **Cadre**, **Libéral**, **salarié Hospitalier**, **retraité**, **ingénieur**), s'ils pratiquent des actes hors nomenclature (sauf **non-applicable**), s'ils estiment avoir bénéficié à un moment donné d'une formation à l'esprit critique, leur IFMK d'origine, le lieu dans lequel s'est déroulé l'entretien, leur durée, et le nombre de pages après transcription.

Pseudo.	Sexe	DE	Age	ThC	Exercice actuel	Actes HN	Crit	IFMK d'origine	Lieu entret.	Durée (min)	Nb. de pages
MK1	F	1994	45	O	Ens/ca	Na.	o	Grenoble	IFMK	48	11
MK2	H	1982	54	O	Ens/ca	Na.	o	Vichy	IFMK	42	13
MK3	H	2005	30	N	Lib/ens	Non	o	Grenoble	IFMK	52	9
MK4	F	1997	37	O	Lib	Oui	n	Grenoble	Cabinet	45	9
MK5	F	2010	26	O	Lib	Non	n	St Etienne	Dom	47	9
MK6	H	1970	66	O	Ens FC	Na.	n	Grenoble	Dom	103	13
MK7	F	2005	30	O	Lib/ens	Oui	o	Grenoble	Cabinet	36	8
MK8	F	1980	56	N	Hos	Non	n	Paris	CHU	57	8
MK9	H	1970	65	N	Ret(lib/ensFC)	Oui	n	Rennes	Cabinet	73	9
MK10	H	1992	46	N	Hos/ing	Non	o	Paris	CHU	51	9
MK11	F	2005	33	N	Lib	Non	n	Grenoble	Cabinet	31	6
MK12	H	2011	29	N	Lib	Non	n	St Denis	Cabinet	32	6
MK13	F	2007	27	O	Lib	Non	n	St Maurice	Cabinet	45	8
MK14	F	1997	38	O	Lib	oui	n	Grenoble	Cabinet	50	11

Présentons-les succinctement.

MK1

Cadre enseignante en IFMK, 45 ans. Elle a pratiqué le massage réflexe, la fasciathérapie, la réflexologie plantaire, l'ostéopathie, la technique McKenzie. Elle a exercé six ans en libéral, avant de passer en mi-temps salarié, puis d'intégrer l'école des cadres, pour ensuite intégrer le salariat et l'enseignement.

Il s'agissait de notre premier entretien test, sa trame diffère des autres entretiens

MK2

Enseignant cadre, 54 ans. Il a suivi et achevé une formation d'ostéopathie, puis de microkinésithérapie. Titulaire d'un titre d'ingénieur Maître et d'un master en sciences de l'éducation. Il a supervisé la création d'un pôle de rééducation en hôpital de jour, participé à des travaux de recherche en microkinésithérapie, qui n'ont pas abouti, faute d'accord de médecin. Il se consacre aujourd'hui à l'enseignement en IFMK.

Son entretien fait parti des deux entretiens tests.

MK3

Praticien libéral, associé, 30 ans, enseignant à mi-temps, il base sa pratique exclusivement sur la preuve. Il souhaite s'investir davantage dans la recherche. Il exerce en cabinet libéral depuis son diplôme, d'abord en tant que collaborateur, puis en tant qu'associé.

MK4

Praticienne libérale, associée, 37 ans. Elle pratique l'ostéopathie, la biokinergie, et garde une patientèle de kinésithérapie. Elle propose des actes hors nomenclature. Au travers des autres disciplines, elle cherche à pouvoir soigner au-delà des limites de la kinésithérapie.

MK5

Praticienne libérale, 26 ans, plongée dans les médecines douces de par son contexte familial. La kinésithérapie est pour elle « *la seule médecine douce remboursée par la sécu* ». Elle se sent très limitée par sa formation initiale, et éprouve le besoin de se former. Il lui arrive de conseiller les patients sur l'utilisation de médecines douces, comme la citrobiotique.

MK6

66 ans, formateur en massages asiatiques, il dirige son propre organisme de formation. Il a exercé hors du cadre conventionnel comme acupuncteur, a suivi une formation d'ostéopathie dont il ne s'est jamais servi. Il a également travaillé en hospitalier, au service des soins palliatifs.

MK7

Praticienne libérale, associée, 30 ans. Elle pratique la microkinésithérapie en complément de ses prises en charge, essentiellement axées sur les troubles veineux et lymphatiques. Elle a travaillé plusieurs années à l'hôpital avant de s'installer.

MK8

Mode d'exercice hospitalier, 56 ans, ancienne infirmière. Spécialisée d'abord en pneumologie, puis ORL, elle s'est à plusieurs reprises impliquée dans la création et le développement de différents services de rééducation. Elle s'est également impliquée du côté purement administratif, faisant le lien entre les équipes soignantes et le corps gestionnaire hospitalier.

MK9

Praticien libéral retraité, ayant exercé individuellement, 65 ans. Il focalisait sa pratique sur le relationnel. Passionné de psychologie, il s'est tourné vers la profession de kinésithérapeute pour la dimension de contact corporel. A la fin de son cursus de formation initiale, il a entrepris une démarche de psychanalyse. Immédiatement lassé par la rééducation standardisée, qu'il trouve trop répétitive, il s'est investi dans une formation d'ostéopathie qu'il n'acheva pas. Il s'est par la suite formé à l'eutonnie, dont il a fait sa spécialité, pour enfin devenir formateur pour cette technique.

MK 10

Mode d'exercice hospitalier, 46 ans, ingénieur mathématicien. Après plusieurs années en service de pédiatrie, il valide un diplôme d'ingénieur, puis démarre une thèse en électrophysiologie. Celle-ci n'aboutira pas, notamment à cause des difficultés liées à la dépendance des kinésithérapeutes vis-à-vis des médecins. Aujourd'hui, il exerce le métier de kinésithérapeute de manière « alimentaire », avec le souhait de vivre de ses travaux en modélisation mathématique.

MK 11

Praticienne libérale, 33 ans. Elle pratique la méthode Mézières. Tous ses actes sont conventionnés. Elle souhaitait s'investir dans le soin à la personne, mais sentait que la médecine ne lui conviendrait pas.

MK 12

Praticien libéral de 29 ans, collaborateur, en exercice depuis 1 an et demi. Il suit actuellement un cursus de formation continue en thérapies manuelles. Il s'est réorienté vers la kinésithérapie après avoir échoué aux concours du CAPEPS.

MK 13

Praticienne libérale de 27 ans, collaboratrice, ayant débuté un cursus d'ostéopathie et biokinergie. En tout début de carrière, elle a alterné pratique libérale et salariale avant de devenir collaboratrice dans un cabinet.

MK 14

Praticienne libérale, associée, 38 ans, pratiquant l'ostéopathie, la biokinergie, et d'autres thérapies manuelles et énergétiques. Elle propose des actes hors nomenclature. Elle s'est installée à son compte un an et demi après son diplôme, et a travaillé durant quatre ans à mi-temps entre son cabinet et un centre de rééducation avec passer à temps plein en exercice libéral.

Cadre épistémologique

Notre étude concerne la profession de Masseur-kinésithérapeute, et s'intéresse plus particulièrement à la problématique sociologique posée par le positionnement des praticiens envers les thérapies alternatives ou complémentaires. N'étant nous-mêmes que peu expérimentés en sciences sociales, nous jugeons pertinent de rappeler quelques principes nécessaires à la conduite de cette étude, afin de poser un cadre épistémologique clair.

À partir de comportements singuliers de MKDE, nous souhaitons comprendre leur comportement, compte-tenu de leur expérience, du contexte de leurs évolutions... pour cerner leurs motivations profondes. En nous basant sur les concepts sociologiques de Max Weber, nous n'essaierons pas de reproduire ces faits sociaux, mais de les reconstruire de manière organisée, clarifiée, au travers d'une sélection parmi la multitude de ces faits.

Problématique de sélection des faits

Pour commencer, nous avons dû poser un certain nombre d'hypothèses, qui, selon les critères de réfutabilité de Popper⁴⁷, sont en pratique infalsifiables. Nous sélectionnerons, de manière subjective, dans les discours de nos interviewés, les éléments nous paraissant significatifs en fonction de notre « rapport aux valeurs ». Il s'agit de notre action d'analyse qui segmente les valeurs de la culture des MKDE en différents faits à analyser, sans émettre de jugement normatif sur cette culture (c'est-à-dire sans porter de « *jugement de valeur* »). Cette prise en

compte des valeurs du chercheur sans justifier des choix moraux constitue le critère de neutralité axiologique de Weber⁴⁸.

La sélection dépendra donc à la fois des valeurs des individus que nous étudions, et de notre propre rapport aux valeurs, sous-jacent à l'élaboration de notre grille. Nos résultats seront donc à relativiser, donc sans prétention de neutralité, et nous nous abstiendrons de poser un jugement évaluatif sur ce que nous aurons observé.

Construire des concepts

Selon Weber⁴⁹, ce n'est pas par généralisation que le fait social est établi, c'est l'idée qu'en a le chercheur qui construit le concept. C'est le principe de construction de « l'idéal type ». Dans son livre « *Essais sur la théorie de la science* »⁵⁰, il le définit comme un « tableau de pensée homogène ». Un tableau, d'abord, faisant office de représentation du réel, rassemblant les éléments choisis, sélectionnés par le « peintre » (le chercheur), organisés en premier, second et arrière plan, selon l'importance qu'il aura choisi de leur consacrer, selon l'angle de vue choisi pour la représentation... Ensuite, il est homogène, « *gommé de toutes les contradictions possibles pour faire apparaître en quelque sorte l'objet de manière cohérente, harmonieuse, sans contradiction* »⁴⁹.

Le concept est une production idéalisée, seulement au sens rationnel du terme, non en termes de valeurs : « *il y a des types idéaux de religion comme il y a des types idéaux de bordels* »⁵⁰. L'idéal type est donc ficelé par des liens logiques et cohérents à partir des traits relevés par nos soins, tout en sachant que certains d'entre eux sont mis en lumière et d'autres, étouffés.

Au final, notre construction conceptuelle dépendra donc de nos hypothèses a priori, concrètement au travers de notre grille d'entretien, qui est basée sur nos hypothèses de recherche et notre cadre contextuel. La validité scientifique de cette étude tient à l'explication minutieuse de ces hypothèses de départ, qui seront contestables au nom d'un autre rapport aux valeurs, c'est le contrôle externe⁴⁹. Cette validité dépend également de la cohérence des raisonnements, et de l'adéquation entre les conclusions de cette recherche et la réalité empirique : c'est le contrôle interne⁴⁹.

Notre position d'enquêteur

Il convient donc de préciser notre positionnement d'enquêteur.

Âgé de 28 ans, je poursuis des études de kinésithérapie suite à une reconversion professionnelle. Ingénieur diplômé en systèmes embarqués, j'ai ensuite poursuivi durant deux ans mes études en thèse de doctorat, dans le but de devenir chercheur dans une thématique de physique appliquée aux neurosciences, dans le développement de systèmes électroniques pour la santé. Très épanoui dans un premier temps, j'ai fini par réaliser que je souhaitais travailler davantage au contact des gens que des machines, et plus contribuer à leur santé. À l'époque, j'étais fasciné par les thérapies alternatives et leur côté que je qualifiais moi-même de magique. Après avoir démissionné de mon laboratoire, je m'inscrivais aux concours de

sélection pour l'IFMK de Grenoble plutôt qu'en école d'ostéopathie, pour des raisons pratiques (coût et durée des études).

Durant mon cursus, j'ai découvert l'art du doute, la zététique, qui a su faire vibrer plus que jamais mon esprit et ma culture scientifique que j'avais pu développer tout au long de ma « vie antérieure ». Grâce à cet outillage critique, je découvrais une autre manière de voir les choses, me permettant de concilier à la fois mon ressenti et ma logique, et me donnant plus d'aplomb pour appréhender différents concepts de soin.

Cette enquête est pour moi l'occasion de confronter et surtout d'enrichir ma vision de l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute au travers de celles de futurs confrères, et de me permettre d'affiner mon positionnement personnel sur la question des thérapies alternatives et complémentaires.

Technique d'analyse

Notre analyse aura pour but de :

- Décrire les matériaux en respectant le critère de neutralité axiologique
- Établir des liens logiques et enchaînements entre les différents éléments constituant les matériaux, mettre en évidence des régularités entre les différents profils d'interviewés
- Interpréter le tout, en prenant en compte le cadre contextuel, conscients du biais de notre rapport aux valeurs

Nous cherchons donc à extraire de nos matériaux, ici, nos entretiens, des informations logiques, justifiées et argumentées, concernant les émetteurs (les enquêtés). La portée de ces idéaux types est soumise aux principes d'échantillonnage évoqués plus haut : nous ne pourrions décemment prétendre qu'à la significativité.

Comme nous l'avons expliqué précédemment, nous ne prétendons donc pas pouvoir généraliser nos résultats d'une quelconque manière, il ne s'agit pas de quantifier une majorité parmi les opinions récoltées, ni d'établir une vérité illusoire. Notre étude restera donc qualitative, avec pour vocation d'ouvrir des pistes et de peindre un contexte ou une démarche plus ou moins global.

L'analyse des entretiens requiert leur transcription littérale et complète sous forme de textes, rédigés à partir des enregistrements vocaux. Ces transcriptions, réalisées en partie à l'aide d'un logiciel de dictée vocale, constituent nos matériaux de base.

Au cours de lectures systématiques des différents matériaux, nous classons les faits énoncés par les interviewés dans des catégories thématiques. Nous procédons par approche inductive : les thèmes d'analyse sont définis en fonction des informations extraites des entretiens, que nous mettons en lien d'une manière que nous estimons cohérente avec nos hypothèses de recherche, conformément aux critères de Weber énoncés précédemment, afin d'esquisser ce « tableau de pensée homogène ».

Résultats et analyse

Intéressons-nous maintenant à l'ensemble des données collectées, autour et durant les entretiens.

Motifs de refus

La première cause d'échec fut l'incapacité à joindre certaines personnes : emails restés sans réponse, absence systématique lors de nos appels téléphoniques... Ceux-ci furent au nombre de trois.

Nous avons reçu deux refus argumentés. Le premier, par téléphone, était motivé par une crainte de trop rentrer dans des détails intimes et personnels de la vie du praticien. Le second, par email, dépendait, semble-t-il, du contexte actuel :

« ...Étant donné le contexte médiatique concernant l'ensemble des techniques non conventionnelles, y compris celle que j'utilise, je ne juge pas opportun de répondre favorablement à votre demande. Désolé de ne pouvoir vous répondre positivement... »

Nous n'avons pas pris soin d'investiguer davantage ce « contexte médiatique ». L'étude de M. TARDIVAT¹¹ s'était également heurtée à des refus catégoriques, motivés, semble-t-il, par une crainte des praticiens d'un quelconque jugement sur leur pratique.

Nous n'aurons donc essuyé que cinq échecs sur dix-neuf prises de contact. Nous remercions encore les kinésithérapeutes grenoblois pour leur disponibilité et pour l'attention qu'ils ont portée à cette étude.

Thèmes émergents

Après plusieurs relectures des entretiens, nous avons repéré 13 différents axes apportant des éléments à notre problématique. Nous les avons regroupés en 5 thèmes :

1. Le capital social
 - La motivation à exercer la kinésithérapie
 - Les expériences personnelles
 - La recherche de gratification sociale
 - La volonté de guérir
2. Le capital matériel
 - L'argument financier
 - La raison commerciale
3. La formation
 - La formation initiale
 - La formation continue
4. Le rapport à la science
 - La démarche critique
 - L'EBP
 - Le besoin de comprendre
 - L'efficacité

5. Le flou de frontière

- La limite entre kinésithérapie et ThC

Nos hypothèses de départ ont été intégrées dans ces axes, plus adaptés à cerner l'ensemble des concepts évoqués. De plus, chacun des 13 thèmes n'aura pas été forcément évoqué par l'ensemble des MK, le regroupement nous permet d'appréhender chaque profil de manière plus lisible.

Résultats par thèmes

Examinons chacun d'entre eux, en les liant aux données contextuelles des interviewés.

Le capital social

Pseu do.	Sexe	Age	Ex. actuel	
MK 1	F	45	Ens/ca	<p>Nous n'avions pas questionné les motivations l'ayant poussé à devenir kinésithérapeute.</p> <p>C'est dans un souci de perfectionnement du soin qu'elle s'est investie dans différentes techniques thérapeutiques.</p>
MK 2	H	54	Ens/ca	<p>C'est la curiosité intellectuelle qui l'a guidé dans ses démarches pour l'ostéopathie et la microkiné. Il revendique une certaine autonomie dans sa pratique : <i>« c'est le fait que la kinésithérapie soit un exercice prescrit et donc a priori, au départ, l'exercice d'application d'une prescription, alors que je me suis toujours positionné comme un acteur responsables et maître de ses techniques, [...] comme revendiquant une certaine autonomie »</i>. Il déplore également le manque de crédibilité dont les MK faisaient l'objet dans les congrès médicaux, 20 ans auparavant.</p>
MK 3	H	30	Lib/en s	<p>Ayant toujours été motivé pour travailler avec du contact humain, sa rencontre avec son mentor lors d'un stage a été déterminante dans sa manière d'exercer la kinésithérapie aujourd'hui.</p>
MK 4	F	37	Lib	<p>Massant régulièrement durant sa jeunesse, la profession de kiné s'est révélée à elle lorsqu'elle réussit à faire céder un torticolis. Elle s'est toujours épanouie dans ce métier.</p> <p>Elle veut par-dessus tout soigner les gens, c'est ce qui l'a poussée à diversifier son arsenal : <i>« Enfin, on était un petit peu limité en kinésithérapie, dans sa capacité à soigner les gens, j'étais très frustrée de ne pas pouvoir soigner tout le monde.[...] Bon maintenant, j'ai évolué, je sais qu'on ne peut pas soigner tout le monde. Voilà, plein de gens qu'on ne soigne pas en kinésithérapie. [...] Je me disais que je ne voulais pas laisser passer un type avec une entorse de cheville et me dire qu'on a fait 30 ou 40 séances et que je ne sais pas, au revoir bonne journée, quoi. »</i></p>
MK 5	F	26	Lib	<p>Confrontée à la maladie durant son adolescence, sa mère la fit traiter par des médecines douces, jusqu'à ce que la chirurgie s'avère indispensable. Elle ne regrette pas cette démarche.</p>

				La kinésithérapie était un « <i>rêve de gamine. Le but, c'était de faire marcher des gens qui n'arrivaient pas à marcher. Je trouvais ça un peu magique</i> »
MK 6	H	66	Ens FC	<p>Il revendique une indépendance et une autonomie totale : « <i>Ça, c'était un aspect qui m'a beaucoup amusé d'être en exercice illégal, c'était au début, de faire un pied de nez. Et je vous emmerde, et moi je suis charlatan ! Yahaa !</i> ».</p> <p>Il a fait de nombreuses missions humanitaires qui lui ont beaucoup apporté sur le plan humain : « <i>J'ai beaucoup appris des autres, de Kinés du Monde, mais je pense qu'en fin de compte, l'humanitaire, c'est une démarche pour soi. C'est un leurre, quoi. Mais pour soi, c'est fabuleux. Très dynamisant, très beau... Je ne faisais pas dans l'humanitaire larmoyant.</i> »</p>
MK 7	F	30	Lib/en s	<p>Elle s'est dirigée vers la profession de kiné ne se sentant pas de suivre la formation de médecine. C'est une expérience personnelle qu'elle a eu de la microkiné qui l'a en partie décidé à s'investir dans la formation.</p> <p>« <i>Je pense que c'est aussi le début d'une carrière où on a l'impression qu'on va soigner tout le monde, et du coup on est déçu</i> » ; « <i>L'avantage de la micro kiné, c'est qu'elle m'apporte une solution dans mon panier. Mais je ne la propose pas aux gens que je vois en kinésithérapie classique</i> ».</p> <p>Elle éprouve beaucoup de plaisir à s'investir dans des programmes d'éducation thérapeutique auprès d'associations de patients.</p>
MK 8	F	56	Hos	<p>Durant son enfance, elle a rencontré et vu travailler de nombreux kinésithérapeutes au travers de la pathologie affectant sa mère.</p> <p>« <i>Ce que j'aime dans cette profession, c'est qu'on peut avoir plein de techniques, mais après, en fonction du patient, on va utiliser ceci ou utiliser cela. En réanimation, aussi, sur certains patients j'ai utilisé la réflexologie plantaire. J'ai fait ce genre de formation pour apporter un plus aux patients</i> ».</p> <p>« <i>On apprend pas toujours à vivre avec la maladie. J'ai fait des formations plus de recherche personnelle, mais qui m'ont servi pour transmettre aux autres. Quand on apprend sur soi, on apprend aussi pour les autres</i> ».</p>
MK 9	H	65	Ret (lib/en sFC)	<p>« <i>j'aurais bien aimé faire psy ; et finalement kiné, ça me plaisait bien, le contact corporel</i> ».</p> <p>« <i>Je pense qu'il y a une démarche d'aide, tout soignant fonctionne un petit peu avec un désir de sauver ses prochains entre guillemets. La plupart des soignants sont des sauveteurs</i> ».</p> <p>« <i>Guérir... On se guérit en guérissant les autres. Symboliquement, en aidant les autres, on s'aide soi-même, en miroir.</i>».</p> <p>« <i>La confiance est renforcée, elle s'élargit, auprès des médecins, d'autres patients. Au niveau narcissique, c'est satisfaisant</i> ».</p>
MK 10	H	46	Hos/in g	Voulant initialement être médecin, pour s'occuper d'enfants handicapés, il

				<p>échoue aux concours, ce qu'il vit comme un échec. Il se lance finalement vers la kinésithérapie, et sous l'impulsion d'un mentor, s'investit profondément en pédiatrie : <i>« J'ai été kiné 24 heures sur 24 après le diplôme. La période avec M.X était une période fabuleuse, on nous trouvait encore à 8 heure dans les hôpitaux en train d'aller faire des plâtres. »</i></p> <p>Suite à un aléa de prise en charge, il remet en question sa manière de pratiquer : <i>« Et puis, j'ai pété le fémur d'un môme, une fois, ça a été très dur par ce que je n'ai pas fait d'erreur, je n'ai pas fait de faute professionnelle. [...] Et c'est ça qui a déterminé mon niveau de trouille. Je me suis dit, finalement, je ne suis pas aussi fiable que ce que je pensais »</i>. C'est suite à cela qu'il s'investit davantage dans des formations théoriques.</p>
MK 11	F	33	Lib	<p><i>« Il y a des moments où tu te dis que tu aimes ce que tu fais, mais est-ce que tu es bon dans ce que tu fais ?... Où tu te demandes si tu es vraiment à ta place dans ce que tu fais, et ce que les gens attendent de toi... Est-ce que tu es ce qu'il leur faut ? [...] Il y a des choses où tu n'y arrives pas, tu orientes les gens sur d'autres thérapeutes. Tu as des moments de doute »</i>.</p>
MK 12	H	29	Lib	<p>Ancien candidat au poste d'enseignant en éducation physique, issu d'une famille où la culture physique prédomine, c'est sur le conseil de sa compagne qu'il s'est réorienté vers la formation de kinésithérapeute.</p> <p>Il apprécie de s'occuper des cas difficiles : <i>« Ce qui me botte vraiment maintenant, c'est d'avoir des patients qui ont fait d'autres séances, qui ont un truc dont ils n'arrivent pas forcément à bien se débarrasser... Si tu arrives à être un petit peu efficace là-dessus, c'est le top »</i>.</p>
MK 13	F	27	Lib	<p>Initialement motivée par le contact humain et l'utilité de la profession médicale, elle ne s'est pas engagée en médecine par peur des responsabilités.</p> <p>Elle reste consciente des limites liées à la prise en charge : <i>« penser que tu vas pouvoir guérir tout le monde, c'est une utopie. Mais tu vas pouvoir au moins estimer avoir fait tout ce que tu as pu pour l'améliorer »</i>.</p>
MK 14	F	38	Lib	<p>Durant son adolescence, elle a rencontré des kinésithérapeutes afin de suivre un programme de rééducation. Cette expérience l'a, plus tard, aidé à choisir entre un cursus de médecine et des études en kinésithérapie.</p> <p>Une fois diplômée, elle s'est rapidement installée à son compte pour pouvoir travailler à sa manière : <i>« J'ai fait en sorte de pouvoir pratiquer comme je le sentais. Je me suis trouvé un moyen... J'aurais bien fait ça en assistantat quelque part si j'avais pu faire ce que j'avais envie de faire, mais très rapidement, en fait, ça ne se passait pas très bien avec mes collègues, j'ai peut-être trop de personnalité... En tout cas, une façon de travailler trop différente d'eux. [...] ils disaient oh la la ! Qu'est-ce que tu leur as fait, tu t'es trop occupé d'eux ! »</i></p> <p>Elle conçoit son exercice comme une quête spirituelle</p>

Analyse

La **volonté de soigner, voir de guérir**, constitue la principale motivation à l'exercice de la profession (MK 1,4, 7, 9, 10, 12, 13, 14). Les impasses ou stagnations lors des prises en charge sont régulièrement source de frustration et de remise en question.

Trois principaux arguments moteurs ont mené nos praticiens vers la kinésithérapie.

Le premier concerne le **rapport à l'humain et au corps** (MK 3, 4, 5, 9, 12, 13). Le métier de kinésithérapeute est reconnu pour son côté tactile, très orienté sur le contact humain. Profession paramédicale, elle s'inscrit dans les métiers du soin et propose une dimension altruiste, de dévotion à son prochain.

Le second relève des **expériences personnelles** (MK 4, 5,7, 8, 10 ,14), un événement marquant dans la jeunesse, touchant directement le futur praticien ou l'un de ses proches, ou un contexte familial particulier, le faisant rentrer en contact, voire suivre des kinésithérapeutes en exercice. Cette expérience peut parfois être la base d'un intérêt particulier pour des thérapies complémentaires (MK 5, 7).

Le troisième concerne le **positionnement vis-à-vis de la médecine** (MK 7, 11, 13, 14). Que ce soit suite à l'échec aux concours d'admission ou par crainte des responsabilités inhérente à cette discipline, certains thérapeutes trouvent dans la kinésithérapie le bon compromis.

Certains praticiens trouvent également dans leur pratique une dimension de **développement personnel** (MK 8, 6, 2, 9, 14). L'exercice de la profession est un moyen d'apprendre sur eux-mêmes, de satisfaire leur curiosité et de construire leur identité.

L'**autonomie** constitue un autre facteur d'épanouissement social (MK 2, 8, 6, 14).

Le capital matériel

Pseudo.	Actes HN	
MK1	Non	« Je n'avais pas de tarifs ni de tarification particulière, c'était la pratique de la kinésithérapie ». « C'est difficile de savoir si c'est en tant que thérapeute avec ces techniques complémentaires qui attire plus les patients ou si c'est parce que de toute manière, le carnet de rendez-vous est plein parce que il y a du monde tout le temps ».
MK2	Na.	Il a commencé à travailler en salariat hospitalier, ne trouvant pas de local accessible pour s'installer en libéral. Il est finalement resté en salariat.
MK3	Non	Il n'a rien révélé sur ce thème au cours de l'entretien.
MK4	Oui	Malgré quelques difficultés financières rencontrées à une époque, l'aspect matériel n'est pas pour elle une motivation aux pratiques alternatives. Elle pratique des actes hors nomenclature (ostéopathie, biokinergie), facturés 40€ pour des séances d'une heure.
MK5	Non	Elle évoque brièvement la sécurité de l'emploi et la facilité de mobilité liée à la profession.

MK6	Na.	L'organisation de séjours de formation en Asie s'est avérée rentable. En tant qu'acupuncteur, il exerçait hors du conventionnement.
MK7	Oui	L'argument financier l'a décidé à quitter l'hôpital, dans lequel un poste qu'elle attendait ne se créait pas. Pour ce qui est de sa pratique de micro-kiné, elle réalise en moyenne 4 séance d'une heure par semaine, facturées 40€, pour un total de 70 actes hebdomadaires. La plus-value dégagée par rapport à des actes ordinaires est de l'ordre de 4 à 6€ par heure, soit 16 à 24€ en plus par semaine, en moyenne.
MK8	Non	Salariée hospitalière, cet aspect ne s'est pas manifesté de manière significative durant l'entretien.
MK9	Oui	« <i>Mais ce n'est pas le fric que l'on ramasse qui peut nous valoriser. Sauf pour les formations, j'ai jamais autant gagné d'argent que quand j'ai fait des formations, pour de la formation continue, j'étais formateur</i> ». Il qualifie la technique d'eutonnie comme chronophage et donc peu rentable dans le cadre de prise en charge classique.
MK10	Non	La kinésithérapie en salariat hospitalier lui permet d'avoir un emploi stable, correctement rémunéré, relativement agréable, et dont les horaires lui permettent de travailler sur ses projets d'ingénierie mathématique.
MK11	Non	Elle évoque quelques difficultés financières survenues à cause d'un arrêt de travail pour des raisons médicales. Elle espère ne pas être obligée de renoncer à l'exercice libéral.
MK12	Non	Il n'évoque rien de particulier en relation avec la dimension matérielle.
MK13	Non	Elle considère la dissociation entre les différentes techniques de soin comme un prétexte pour vendre autre chose que de la kinésithérapie.
MK14	Oui	« <i>Et après, j'ai validé mon diplôme, et j'ai voulu être diplômé en ostéopathie, parce que c'est plus facile... Toute la culture et tout le fonctionnement juridique quand on est ostéopathe que thérapeute manuel</i> ». Elle propose des actes d'ostéopathie et de biokinergie hors nomenclature à 40 €.

Analyse

De manière générale, le **capital matériel ne s'avère que peu discriminant sur les modalités de pratique.**

Les praticiens admettant avoir gagné beaucoup d'argent l'ont fait en tant que formateurs, ce qui reste possible même en proposant des formations à des techniques conventionnelles.

Les actes hors nomenclature, généralement proposés à 40€ de l'heure, n'offrent qu'une légère marge bénéficiaire par rapport aux actes conventionnés (de l'ordre de 4 à 6€ par heure). Ces actes font de plus l'objet d'une déclaration fiscale spécifique et sont imposés de manière substantielle. De plus, si nous prenons l'exemple d'une formation à l'ostéopathie, se déroulant sur 5 ans, sur 44 jours de formation, à 225€ la journée, soit un total d'environ 9900€ [IFBO], le praticien doit enchaîner les séances pour être rentable.

Cependant, il faut aussi considérer le fait que certains praticiens utilisent des techniques complémentaires dans le cadre de l'exercice conventionné, sans tarification distincte. Qu'en est-il de la transparence vis-à-vis du patient ? Celui-ci est-il au fait de la nature de l'acte qui lui est appliqué ?

La formation

Pseud.	DE	IFMK d'origine	
MK1	1994	Grenoble	<p>Elle déplore le côté trop dispersé de la formation initiale actuelle, et préférerait des programmes plus cohérents, permettant aux étudiants de sortir confiant des IFMK. <i>« C'est ce qu'on essaye de faire à Grenoble, même si j'ai l'impression que les étudiants qui sortent sont beaucoup plus réactifs, beaucoup plus critiques que ce qu'on n'était. Par contre à l'inverse, ça les a amené à être beaucoup moins rassurés donc voilà c'est ... un équilibre peut-être à trouver ».</i></p> <p>Au fur et à mesure de sa pratique en libéral, elle a eu la sensation de manquer de techniques, et l'envie d'aller plus loin que la kinésithérapie. Confrontée à cette frustration, elle s'est orientée vers l'ostéopathie : <i>« c'était l'époque de l'ostéopathie -et ça reste un peu ça-, où l'ostéopathie paraissait la panacée, permettait, en tout cas, ou nous donnait l'impression que j'allais pouvoir Ça me donne un peu l'impression de toute puissance mais ça me donnait des outils. [...] Il y avait un abord assez global qui me paraissait très intéressant. Et j'étais encore dans l'époque où la kinésithérapie était très analytique : l'apprentissage qu'on en faisait à l'école était une rééducation très analytique. Donc, on n'avait pas du tout cette approche globale».</i> Les formations en fasciathérapie, réflexologie étaient intégrées à ce cursus. Elle n'aura fait que 4 ans de la formation avant de l'interrompre pour partir à l'école des cadres.</p> <p>Elle adhère au côté « auto-prise en charge » du patient dans le concept McKenzie et reproche à l'ostéopathie la passivité imposée au patient.</p>
MK2	1982	Vichy	<p>Confronté à des lacunes à l'issue de sa formation initiale, il est allé chercher des réponses vers l'ostéopathie, dont lui avait parlé un neurochirurgien. N'adhérant pas complètement aux hypothèses de cette discipline, il s'est tourné vers la microkiné pour trouver des réponses plus satisfaisantes.</p> <p>Il cherchait également dans ces formations une optimisation de ses compétences de diagnostique.</p>
MK3	2005	Grenoble	<p>Très satisfait de sa formation initiale, qu'il estime robuste de par son focus sur le bilan diagnostique kinésithérapique. Pour ses formations continues, il passe au crible l'ensemble des formations et publications des formateurs, et est exigeant sur le contenu : <i>« Si je vais en formation, c'est pour obtenir le Gold standard, qu'elle ait montré qu'elle a obtenu des résultats, généralement, et qu'elle ne soit ni dangereuse, ni contre-indiquée ».</i></p>

MK4	1997	Grenoble	<p>Très satisfaite de sa formation initiale grenobloise, de par la non systématisation des protocoles de rééducation, elle déplore cependant que la durée des études soit si courte, et estime qu'il faudrait aujourd'hui 5 ans au total pour que la formation satisfasse les besoins.</p> <p>Nous l'évoquions, sa frustration de ne pas pouvoir soigner (guérir ?) tous ses patients, mais aussi les conseils de sa collègue adepte des disciplines, l'ont mené vers l'ostéopathie et la biokinergie, avec également une affinité envers le concept holistique. Elle a également consulté le site de l'organisme de formation, auquel elle est restée fidèle jusqu'à aujourd'hui.</p> <p>Elle reste vigilante sur l'attitude et le discours des formateurs, écartant ceux « qui se prennent pour Dieu ».</p>
MK5	2010	St Etienne	<p>Sa formation initiale lui paraît lacunaire, elle ne se sentait pas suffisamment armée pour ses débuts en libéral : <i>« je ne me sens pas forcément au top des compétences, je trouve que je manque de formation... Après deux ans, je trouve que je commence à arriver aux limites de ce qu'on a appris, aux limites de la kiné... c'est peut-être l'envie de faire d'autres formations... »</i>.</p> <p>Elle ressent le besoin de diversifier sa prise en charge.</p> <p>Elle cherché également à pouvoir plus aisément diagnostiquer la cause des dysfonction des patients pour mieux les traiter.</p> <p>Pour ses formations continues, elle fait confiance à ses collègues et au bouche-à-oreilles. Elle met également en avant les côtés pratiques : coût, lieu et durée de formation. Sa prospection passe par les sites internet des organismes de formation.</p>
MK6	1970	Grenoble	<p>La formation initiale est pour lui trop analytique et n'intègre pas assez de thérapies complémentaires. Soulignons qu'il est récemment intervenu en tant qu'enseignant dans plusieurs IFMK, et est au fait des programmes actuels.</p> <p>Sa propre formation initiale n'était à l'époque qu'en deux ans. Il ne l'a pas évoqué de l'entretien.</p> <p>Sa formation continue aura été un moteur important de sa carrière. Il s'est formé au travers de nombreux voyages dans différents pays d'Asie et s'est investi corps et âme pour l'importation en France de ces techniques de massage. Il privilégie l'expérience à l'académique : <i>« Je t'ai parlé d'un copain qui n'a jamais fait de formation, ça me gonfle en tant que formateur, mais en fait, tu n'as pas besoin de formation. En fait, tu évolues, et il faut l'accepter »</i>.</p>
MK7	2005	Grenoble	<p>Sa formation initiale ne comportait pas de stage en cabinet libéral, elle a ressenti cela comme un manque lors de ses premières expériences. Sans critiquer la qualité de cette formation, elle la trouve néanmoins trop courte et manquant d'approfondissement.</p> <p>Sa spécialisation dans le domaine des pathologies veino-lymphatique s'est construite pendant ses études, par le biais de son mémoire, puis lors de son</p>

			exercice hospitalier. Elle reste à l'affût des nouveautés sur le sujet, par l'intermédiaire des conférences et publications. De même pour la microkiné, par l'intermédiaire des publications par les créateurs de la technique.
MK8	1980	Paris	<p>Elle aura profité au maximum des possibilités offertes par le milieu hospitalier, saisissant chaque opportunité, comme la création de nouveaux services, pour approfondir chaque fois davantage ses compétences. L'encadrement de stagiaires, l'émergence de nouvelles approches et techniques, toute occasion était bonne pour en apprendre davantage.</p> <p><i>« Ce qui me motivait, c'était d'approfondir les connaissances de l'endroit où j'étais. Déjà, pour mieux comprendre, et puis pour mieux participer aux staffs. Être crédible, mieux participer, avoir des ressources intellectuelles qui me permettent de mieux aborder ma profession dans l'endroit où j'étais ».</i></p> <p>Avant chaque formation, elle se renseignait dans la littérature, de manière à ne pas aborder le sujet sans connaissance.</p> <p><i>« J'avais déjà tellement à apprendre avec la médecine traditionnelle, je n'ai pas encore fini, et peut-être je vais encore apprendre maintenant ! ».</i></p>
MK9	1970	Rennes	<p>Il qualifie sa formation initiale, à l'époque en deux ans, de mauvaise, trop superflue et formelle. Le seul point positif la concernant concerne l'un de ses professeurs, enseignant en psychomotricité qui proposait une approche différente. <i>« J'ai tout appris après [l'école de kinésithérapie] ».</i></p> <p>Son entrée dans la formation d'ostéopathie repose sur le bouche à oreille : <i>« qu'est-ce qui vous avait orienté, au départ, vers l'ostéopathie ? Justement, la magie dont me parlaient des confrères, puis les patients aussi ».</i></p> <p>Sa rencontre avec l'eutonnie passe également par un confrère : <i>« Quand cette femme, la mère de M.X, a su qu'un jeune kiné venait de s'installer là, elle a dit à son fils : on va lui envoyer quelques clients. Il m'a donc envoyé quelques patients, et après, j'ai donc voulu le rencontrer, ça tombait bien, puisqu'il pratiquait une technique qui m'a plu d'emblée, donc j'ai suivi les cours collectifs ».</i></p>
MK10	1992	Paris	<p><i>« Je pense qu'il y a un tas de cours qu'on a reçu comme étant des cours de gourous. J'exagère en disant ça, mais c'est un petit peu exprès. On avait des gens très charismatiques qui disaient faites ci, faites ça... Et à la question du pourquoi du comment, à la fin, il y a souvent une question d'habitude, une question de perception des choses... Par la personne qui le fait... Ce n'est pas forcément une mauvaise chose, mais ça ne me satisfait pas en termes intellectuels ».</i> C'est confronté à ces insatisfactions conceptuelles qu'il se lance dans un DU de biomécanique, puis en DEA et en thèses.</p> <p>Sa formation clinique se sera principalement faite directement sur le terrain. Il ne s'implique plus dans les formations : <i>« C'est-à-dire, j'actualise, je regarde ce qui se passe en maths, pas en kiné ».</i></p>
MK11	2005	Grenoble	Plutôt satisfaite de sa formation initiale, elle lui rajouterait volontiers une

			<p>année.</p> <p>Le choix de la formation à la technique Mézières reposait d'abord sur les aspects pratiques (durée, lieu, coût) et sur le caractère holistique de cette technique.</p>
MK12	2011	St Denis	<p>Plutôt mitigé sur sa formation initiale, il ne se sentait pas confiant lors de ses débuts : « <i>Assez incomplète. Je trouve qu'on n'est pas assez armé. Au tout début, ça fait carrément flipper. Pour moi, un truc qui serait vraiment un progrès, ce serait qu'à l'école, il y ait une petite clinique où tu puisses venir consulter pour moins cher</i> ».</p> <p>« <i>Par rapport à d'autres écoles, ils font la part belle à tout ce qui est thérapies manuelles. Du coup, moi, ça m'a bien plu. Et ça m'a donné envie aussi</i> » ; « <i>Au départ, je voulais me préparer plutôt à faire ostéopathe, je savais que de toute façon, je n'allais pas en rester là à la sortie du diplôme. Et puis à force de discussions avec des potes qui étaient dans la filière, avec des profs, aussi, qui avaient fait ostéopathe... Avec moi qui en avais un peu marre des études, aussi... Ostéopathie, ça m'a paru un peu long [...] et c'est un prof qui m'a conseillé une autre formation, du coup...</i> ». C'est donc le bouche à oreille, avec ses collègues d'IFMK et l'un de ses professeurs, à qui il faisait particulièrement confiance, qui a déterminé son choix de formation. Il avait également contacté le formateur avant de s'inscrire. « <i>Ma pratique a beaucoup évolué, je ne travaille pratiquement plus qu'avec ça</i> ».</p> <p>Son choix de départ pour l'ostéopathie venait de son côté « magique », qu'il n'avait jamais éprouvé personnellement, et de la bonne réputation de la technique, notamment sur sa capacité de diagnostique.</p>
MK13	2007	St Maurice	<p>Sans être déçue de sa formation initiale, elle juge celle-ci trop courte pour aborder le métier dans son ensemble. Elle rajoute un point concernant la partie psychologique de la prise en charge : « <i>Par contre, l'aspect psycho de l'école, c'était pourri de chez pourri. Ca, je trouve que ça manque vraiment. Parce qu'en libéral, tu fais plein de psychologie. J'ai des patients, en fait, c'est ça la séance</i> ».</p> <p>La stagnation à laquelle elle est parfois confrontée la motive à s'investir dans des formations complémentaires.</p> <p>Par rapport à la formation continue : « <i>je bossais à Paris avec ma collègue qui est kiné et biokinergiste, et, du coup, mon autre collègue, qui était à l'école avec moi, elle a commencé ce cursus conjoint en ostéopathie et biokinergie, ça lui a bien plus, elle était hyper carrée, bons résultats avec les patients et tout...Et donc je me suis lancé là-dedans</i> » ; « <i>Par rapport à ma pratique, c'est en allant discuter avec mes collègues, en regardant sur Internet ; tu as les formations de la sécu qui sont assez carrées pour le coup</i> ».</p> <p>« <i>Après, pour moi, le problème avec la formation continue, c'est qu'il y a trop de choix. Du coup, c'est vraiment le bouche-à-oreille qui va te dire où aller,</i></p>

			<i>au fil de tes envies. Du coup, c'est difficile de savoir ce que l'une va t'apporter par rapport à l'autre. Au final, ça tourne en rond... Chacun l'appelle un peu différemment... Là-dessus, ce n'est pas évident de choisir ton école, de choisir ta formation, il faut connaître la personne... Ce n'est pas toujours facile ».</i>
MK14	1997	Grenoble	<p>Ayant apprécié sa formation initiale pour son détachement vis-à-vis de la rééducation protocolaire, elle lui reproche néanmoins l'absence à l'époque de stage en cabinet libéral.</p> <p>Son premier contact avec les thérapies énergétiques s'est fait par l'intermédiaire d'un professeur de shiatsu, dans le centre de rééducation. Par la suite, elle a cherché, notamment via internet, des formations mêlant thérapies manuelles et énergétiques. Elle a récemment suivi une formation à la « technique quantique » qui lui a été conseillée par un patient : « <i>C'est un patient qui m'a dit qu'il y avait cette technique là, qu'il fallait que je la connaisse. Je lui dis non, je ne sais pas, il m'a dit allé hop, on n'y va !</i> ».</p> <p>Ses formations lui ont permis d'affiner considérablement ses diagnostics et de pouvoir traiter plus efficacement les causes des déficiences.</p>

Analyse

La formation initiale rassemble des opinions mitigées. **Jugée lacunaire dans la moitié des cas** (MK 1, 2, 5, 6, 9, 12,13) les praticiens s'estiment mal préparés à l'exercice libéral, notamment du fait de l'absence de stage en cabinet libéral (qui a été mis en place aujourd'hui dans certaines écoles, comme celle de Grenoble). **Qu'ils aient été satisfaits ou non de cette formation, plusieurs s'accordent sur le fait qu'elle est aujourd'hui trop courte** pour préparer réellement les étudiants à la profession (MK 1, 4, 7, 11, 12, 13) et qu'il faut passer par des formations continues pour être efficace.

Pour le choix de celles-ci, le bouche-à-oreille semble le meilleur moyen de se renseigner (MK 2, 4, 5, 9, 12, 13, 14). Nous retrouvons parmi les contacts sollicités principalement des collègues de travail ou de promotion, mais également des professeurs et parfois des patients. Interviennent ensuite les modalités pratiques des formations (coût, durée, lieu...). Les démarches de renseignement amont peuvent être complétées par des recherches poussées sur le contenu des formations et les formateurs (MK 1, 2, 3), ou par des recherche plus succinctes comme la consultation du site internet de l'organisme de formation (MK 4, 7, 12, 13).

La curiosité peut également être un moteur à la formation (MK 2, 6, 8), ainsi que la volonté d'acquérir des techniques plus globales ou holistiques (MK 1, 2, 4, 6, 9, 11, 13, 14), laissées pour compte dans la formation initiale.

Certains mettent également en avant le besoin de mieux évaluer le patient, afin de **poser des diagnostics plus précis** (MK 2, 5, 7, 13, 14) et d'être plus à même de traiter la cause des déficiences, trouvant parfois la kinésithérapie standard trop focalisée sur les symptômes et non les causes.

Le rapport à la science

Pseud.	ThC	Crit	
MK1	O	O	<p>« J'avais plutôt tendance à gober tout ce qu'on me donnait et à trouver tout merveilleux. Maintenant, j'ai besoin de beaucoup plus d'articles scientifiques et de preuves scientifiques pour pouvoir non pas accepter, mais pour pouvoir pratiquer ou adhérer à ces techniques-là. Voilà. Donc si tu veux, quand j'entends des retours sur le fasciathérapie où il n'y a aucun fondement, où il y a rien, sur la micro kiné pareil, au bout d'un moment, ça me rend perplexe. Je ne les réfute pas, ces techniques. Elles existent et certaines personnes ont l'air d'y trouver du bienfait, mais elles me questionnent beaucoup ».</p> <p>« Quand j'ai appris ces techniques-là, je les ai appris sans, je le dis franchement, sans avoir une réflexion sur la véracité, sur la fiabilité de ces apprentissages-là. C'est-à-dire, on me les apprenait, je trouvais ça intéressant, étonnant, je voyais les effets que ça pouvait faire, quand on voit un massage réflexes, les réactions histaminiques sur la peau ».</p> <p>« Il faudrait que les libéraux aient le temps [de faire de la recherche], il faudrait qu'il y ait des chercheurs en kinésithérapie qui permette au terrain de pratiquer avec des preuves à l'appui ça c'est sûr. Il faudrait des références beaucoup plus poussées que ce que l'on a dans nos revues donc oui bien sûr ».</p>
MK2	O	O	<p>« Suivre une formation ne signifie pas pour autant adhérer et considérer comme un dogme l'hypothèse de travail. [...] J'ai toujours abordé ces formations, et ensuite cette pratique avec des circonstances critiques, avec circonspection, mais sans verser dans le dogme et la croyance, toujours cherché à comprendre si cela avait un effet si cela n'avait pas d'effet, de rester toujours très prudent sur l'efficacité de ces techniques.»</p> <p>Il a toujours refusé d'appliquer une technique dont il ignorait les principes, et se positionne de manière critique par rapport à celles-ci. Il s'estime outillé sur le plan critique. Il estime L'EBP très pertinente (soumission d'un protocole de recherche en microkiné), mais reste conscient de son caractère chronophage. Il garde également une certaine ouverture au-delà du scientifique : « Mais ce n'est pas parce qu'on n'a pas prouvé que ça marche qu'on doit dire que ça ne marche pas. La science a aussi ses limites ».</p>
MK3	N	O	<p>Il attend donc toujours la preuve de l'efficacité d'une technique avant de s'y former et de l'appliquer. Il base son efficacité sur l'évaluation du patient et des connaissances à la pointe : « Comment savoir si une technique est adaptée ? Donc pour cela, il faut déjà avoir évalué son patient. Ensuite, c'est une technique qui apporte des résultats. Pour cela, il faut avoir réévalué son patient pour pouvoir comparer à l'évaluation de départ. [...]faut bien garder en tête qu'une technique qui marche chez l'un, ça ne va pas forcément marcher sur l'autre[...]si jamais on ne fait qu'appliquer une recette, forcément, si la recette ne prend pas, le perdant, c'est le patient[...]Est-ce la meilleure technique qui fonctionne ? Alors là, il n'y a pas 50 000 moyens, c'est d'aller étudier la bibliographie ».</p>

			<p>S'estimant très compétent en esprit critique, il déplore de ne pouvoir faire davantage de recherche : « <i>actuellement, on n'a pas les vrais moyens de faire de la vraie recherche. La recherche, ça nécessite une structure qui est adaptée, pour pouvoir publier, il faut avoir les compétences pour, à plusieurs échelons</i> ».</p>
MK4	O	N	<p>Son avis sur l'EBP est mitigé : « <i>C'est bien, mais c'est limitatif. Si on avait attendu que tout soit démontré scientifiquement pour avancer, on en serait toujours à la terre est plate. [...] Limiter la thérapie à la preuve, ça voudrait dire qu'on enlève tout ce qui est intuitif, tout ce qui est relationnel, toute la psychologie du patient et du thérapeute. Je trouve ça dommage [...] mais il ne faut pas interdire tout ce qui n'est pas scientifique, parce qu'ils ont décidé que ça ne doit reposer que sur des preuves scientifiques [...] de là à le marteler à la population pour que la population rejette tout ce qui n'est pas scientifiquement prouvé, c'est dommage.</i> »</p> <p>Elle n'a pas reçu de formation à l'outillage critique et à la méthodologie de recherche.</p> <p>Elle évalue l'efficacité de ses soins essentiellement par rapport au ressenti du patient.</p>
MK5	O	N	<p>Elle n'a pas suivi de formation à la recherche ou de formation critique.</p> <p>Elle conçoit le rôle du kiné comme étant de soulager les patients et que La confiance que placent les patients dans le thérapeute et dans ses techniques sont déterminants dans l'effet de la prise en charge : « <i>C'est un équilibre entre l'aspect mécanique et l'aspect complètement technique, et l'aspect, aussi, psychologique... Je suis assez persuadée que l'esprit contrôle beaucoup le corps</i> ». Elle se base sur le retour des patients pour évaluer ses prises en charge.</p>
MK6	O	N	<p>Il n'a pas eu de formation critique ou à la méthodologie de recherche. « <i>Je n'ai pas une approche scientifique, je ne veux pas... Je n'ai pas la compétence pour l'avoir, et puis ça ne me branche pas. Par contre, je pense que le seul moyen de convaincre, de faire avancer un petit peu les massages, c'est d'avoir un discours scientifique, parce que si on n'emprunte pas le discours de l'autre, il est impensable de penser pouvoir le convaincre de quoi que ce soit</i> ».</p> <p>Il a également encadré un mémoire visant à évaluer l'efficacité de massages. Bien que les résultats fussent à l'opposé de ses attentes, il les a intégrés dans sa pratique et a changé ses habitudes.</p> <p>Son approche de l'efficacité est très empirique et se base sur le soulagement immédiat du patient.</p>
MK7	O	O	<p>« <i>[Comme premier critère d'efficacité] j'essaie de me mettre au courant de ce qui est validé, évalué. C'est ce qu'on appelle l'evidence based medicine. [...] Et puis le deuxième aussi, c'est par expérience que je l'utilise, et qui, je trouve, améliore les gens dans mon cabinet</i> » ; « <i>Scientifiquement, tout n'est pas approuvé, la micro kiné d'ailleurs ne l'est pas encore, même si j'espère que ça viendra</i> ».</p> <p>Elle utilise donc préférentiellement des techniques validées scientifiquement, en accordant beaucoup d'importance à l'évolution des symptômes et du ressenti des patients.</p> <p>« <i>je n'en suis pas à faire des évaluations scientifiques dans mon cabinet,</i></p>

			<p><i>malheureusement, je n'ai pas le temps de faire ça ».</i></p> <p>Sa démarche d'apprentissage de la microkiné repose également sur une recherche de sens par rapport à des sensations : <i>« j'avais toujours beaucoup de sensations dans la main, beaucoup de sensations de petits mouvements, de choses qui bougent, ... Sans savoir si c'était moi qui bougeais ou si c'était mon patient qui bougeait dans ma main, en fait. C'était un peu inconnu. [...] Et puis en en reparlant avec d'autres personnes, ces petits micros mouvements, on utilise ça en micro kiné pour faire un diagnostic, pour déterminer ce que peut avoir la personne ».</i></p>
MK8	N	N	<p>Non directement abordé durant l'entretien, le souci de scientificité transparaît néanmoins dans sa démarche de formation.</p>
MK9	N	N	<p>Il s'est montré critique vis-à-vis de l'ostéopathie : <i>« Je me suis rendu compte que si j'expérimentais des manipulations au-dessus ou au-dessous, ça marchait aussi. Parce qu'en fait, rapidement, la personne se sentait d'aplomb, ça allait beaucoup mieux. L'effet placebo était considérable ».</i> Quant à son abandon de cette formation : <i>« j'ai arrêté la formation quand on a commencé à aborder le crânien. J'avais à l'époque beaucoup de connaissances en psychologie, et quand le professeur avait à l'époque la prétention de soigner des maladies psychiatriques en faisant des manipulations crâniennes, je me suis dit que j'avais mieux à faire en mettant mon argent ailleurs ».</i></p> <p>Sa considération de l'efficacité d'une prise en charge repose sur le ressenti des patients : <i>« Les gens viennent avec une souffrance, je vais résoudre la demande. Je réponds à la demande. On n'oublie jamais cela, si on oubliait, le patient serait la pour nous le rappeler ».</i></p> <p>Il s'est impliqué dans un groupe de recherche en kinésithérapie, qui organisait des conférences sur Grenoble.</p>
MK10	N	O	<p>Très scientifique de par son cursus et sa démarche, il remet constamment en cause les techniques de prise en charge : <i>« En fait, ce qu'on me racontait en kiné ne me satisfaisait pas tellement, il y avait des arguments mécaniques qui manquaient de consistance, en fait » ; « Et puis à la fin, on apprend les choses par cœur, sans comprendre pourquoi on a mis ou pas l'appui »,</i> au point de ne plus avoir confiance dans la discipline : <i>« Comment je choisis mes techniques ? Ça dépend des jours... Ça dépend des patients, ça dépend la façon dont je sens le patient. Le problème, c'est qu'à faire tout ça, je n'ai plus confiance intellectuellement dans les techniques utilisées jusque-là. [...] C'est ça le problème. Je ne sais pas ce qui fonctionne. [...] Alors on se cache en disant que ce sera dépendant du morale du patient, c'est-à-dire que si tu à une mémé complètement jetée, on dira tendez les jambes... Allez, trois fois... Est-ce que ça aura servi à quelque chose ? Honnêtement, je ne crois pas ».</i></p> <p><i>« L'efficacité, c'est un truc qui se projette. [...] L'efficacité pour le médecin, des fois, c'est juste d'être passé. Le patient est dans le même état ».</i></p>
MK11	N	N	<p>Son approche est très empirique et repose beaucoup sur la relation patient thérapeute : <i>« je ne me base sur rien de scientifique, juste de l'expérience ! Quand tu expliques aux patients ce que tu fais, et que tu dis, bon ben là, j'ai fait ça, ça marche pas, on va essayer autre chose, et que le patient a confiance, ça marche beaucoup mieux. Du</i></p>

			<p><i>coup, il faut beaucoup expliquer ce que tu fais, et le faire participer. Mais ça n'a rien de scientifique ! C'est juste de l'expérience. » ; « Mais le patient doit être investi dans sa rééducation de toute façon. Il ne peut pas juste s'abandonner et dire c'est vous le thérapeute ».</i></p>
MK12	N	N	<p><i>« Du moment que je sais que derrière, il y a de la preuve scientifique, moi ça me plaît » ; « un truc qui me manque un peu, je ne vais pas chercher moi-même [Dans la littérature] ».</i></p> <p>L'efficacité des techniques est évalué par le ressenti du patient : <i>« je fais beaucoup plus confiance à ce que dit le patient qu'à mes doigts. Ce n'est pas moi qui vais dire que c'est bon, qu'on en est venu à bout, sans écouter ce que dit le patient. Moi, c'est le patient, et ce pourquoi il est venu. [...] Tout est valable à partir du moment où ça fait du bien aux patients ? Oui, je le pense ».</i></p> <p>Il se refuse à utiliser des techniques auxquelles il ne croit pas.</p>
MK13	O	N	<p>Elle rend compte de l'efficacité de ses techniques par ses bilans. Pur ce qui est du ressenti lors du traitement, son interprétation est mesurée : <i>« Tu sens qu'il y a des choses qui se passent, ça, il n'y a pas de souci... Après, chacun en fait un petit peu ce qu'il veut ».</i></p> <p>Elle accorde une grande importance à la relation patient-thérapeute : <i>« Tu parles de gagner la confiance, donc justement, c'est quelque-chose d'essentiel, cette confiance ? Oui. Déjà, c'est sûr que la relation avec ton praticien, ça fait beaucoup dans ton traitement et dans sa guérison »</i></p>
MK14	O	N	<p><i>« Je suis assez fan de [recherche]. Je ne passe pas ma vie dans mes bouquins de recherche, parce que je trouve que pour l'instant, il n'y a pas beaucoup de développement. Ça commence un petit peu... par exemple, je trouve dommage qu'il n'y ait plus de mémoire en ostéopathie. Qu'on ne soit plus obligé d'avoir un mémoire en ostéopathie, je trouve que c'est super dommage pour la formation. Pas pour l'élève, mais pour l'école, pour la discipline. Faire des mémoires, ça permet de réfléchir, d'apprendre à réfléchir, de comprendre ce qui se passe».</i></p> <p>Mais c'est avant tout un besoin de compréhension spirituel et philosophique qui anime sa démarche : <i>« En fait, j'avais besoin qu'il y ait un lien autre, je cherchais un lien autre que purement mécanique. [...] Ce qu'on avait donné en kiné ne me suffisait pas, en fait. [...] J'avais besoin d'autres informations plutôt type philosophiques, on va dire. Tu as des informations dans la philosophie, dans la compréhension, et dans les liens... ».</i></p> <p>Elle privilégie son ressenti, associé aux réponses du patient, pour contrôler l'efficacité de ses techniques : <i>« je vais prendre des informations au départ pour avoir deux trois trucs, deux trois garde-fous, mais après, dans le traitement, je vais interroger la personne.[...] En fait, j'ai l'expérience qui me fait savoir que quand j'ai cette chose-là qui a lâché dans les mains, telle chose qui s'est libérée, à priori, j'ai 90% de chances que mon patient n'ai plus de douleur. Il reste toujours une part de j'en sais rien que je laisse au patient. [...] Quand tu soignes, à un moment donné, tu as l'impression que c'est plus fluide... Que c'est plus juste, que c'est plus clair. Voilà,</i></p>

			<i>c'est ça. C'est cette quête là, de fond, de fonds de roulement ».</i>
--	--	--	--

Analyse

Les praticiens qui se disent formés à l'esprit critique reconnaissent l'intérêt de l'Evidence Based Practice (MK 1, 2, 3, 7). Cependant, ils dénoncent le caractère chronophage de la démarche de recherche, et estiment très difficile voire impossible de s'investir dans son développement, en particulier en tant que praticien libéral.

Un seul thérapeute interrogé base sa pratique exclusivement sur la preuve (MK 3), d'autres estiment que **la science a ses limites** et bien que reconnaissant sa puissance, ils restent ouverts à d'autres manières de traiter (MK 1, 2, 4, 6, 7).

Kinésithérapie n'est pas encore synonyme de science. Si les praticiens admettent la pertinence de techniques fondées scientifiquement, certains pensent qu'elles sont encore trop limitées pour baser dessus son exercice (MK 1, 2, 4, 10, 11)

Que le concept de base soit ou non scientifique, il faut comprendre le fonctionnement, réel ou supposé, d'une technique pour pouvoir l'utiliser avec confiance (MK 2, 7, 9, 10, 11, 12). À ce titre, se former à ces techniques peut être la solution pour comprendre une sensation ou conceptualiser une expérience empirique (MK 4, 7, 13, 14).

L'évaluation de l'efficacité d'une technique ou d'une prise en charge repose avant tout sur le ressenti subjectif des patients, par rapport à d'éventuelles améliorations (MK 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14). Trois praticiens évoquent spontanément l'évaluation objective dans le cadre d'un bilan (MK 3, 7, 13).

Pour certains (MK 6, 9, 11, 13) la confiance existant entre le kinésithérapeute et son patient influe de manière importante sur l'efficacité du traitement.

Le positionnement vis-à-vis de la frontière entre kinésithérapie et thérapies alternatives

Nous indiquons la volonté du thérapeute à inclure ou non sa pratique dans une approche globale du patient.

Pseud.	ThC	Glo	
MK1	O	O	« La limite entre l'acte conventionnel et l'acte non conventionnel serait la sensation du thérapeute à être dans la toute-puissance. Voilà ce qui me ferait dire que c'est un acte non conventionné et que c'est un acte dangereux. Si on se base sur les techniques qui ont fait la preuve de leur fiabilité en kinésithérapie, je ne sais pas ce qui reste pour la kinésithérapie. Voilà. Donc, j'aurai du mal à dire que l'acte conventionné, c'est l'acte qui est appris à l'école de kiné et qui fait référence dans les actes de la nomenclature. Les actes qui sont référencés sont très larges. De plus, on prend un exemple simple comme le massage, c'est un acte dit conventionné, c'est un acte qui est référencé dans la nomenclature dans les actes du kinésithérapeute. Les effets du massage sont extrêmement questionnant, dépassent parfois la compréhension, ne sont pas forcément vérifiés. Donc voilà, je dirai c'est plutôt l'attitude du thérapeute » ; « Si dans l'acte conventionné on met le massage réflexe,

			<i>la réflexologie plantaire, la fasciathérapie etc. la micro kiné ou des choses de ce type-là, j'aurai du mal à dire que ce sont systématiquement des actes dangereux parce qu'ils sont non conventionnés »</i>
MK2	O	O	<p>Adhérant au concept holistique et conscient de l'importance de l'effet placebo, il considère l'ostéopathie et la microkiné comme des techniques complémentaires : <i>« avant de faire un bilan de micro kinésithérapie, ou un bilan d'ostéopathie, je commençais toujours par un bilan de kinésithérapie, toujours ».</i></p> <p>Il déplore l'opposition de tranchées entre la kiné et le reste. <i>« c'est ça qui est intéressant, de ne pas rentrer dans l'opposition, mais d'essayer d'être dans la complémentarité et dans l'harmonie entre des systèmes de pensée qui sont radicalement différents, qui sont a priori opposés, et d'essayer justement de les rendre plus compatibles. Ça c'est un but en soi, ce n'est pas quelque chose qui est acquis. C'est une démarche ».</i> Il est convaincu que toutes ces techniques doivent rester dans le domaine médical ou paramédical : <i>« il ne faut pas que ces techniques soient abordées par des gens qui n'ont pas été formés dans le système de santé, ça c'est clair »</i></p>
MK3	N	N	<p>Il est très clairement pour une kinésithérapie basée sur la preuve : <i>« c'est très compliqué, parce qu'on a quand même beaucoup plus de consensus professionnel que de niveau de preuve. Maintenant, il y a une démarche en kiné, en France... Nous, on est une profession où on tend à prouver ce qu'on fait. À terme, je pense que ce qui séparera la kinésithérapie de la « zozo thérapie », ce sera l'evidence based practice. Actuellement, c'est compliqué de porter un jugement puisqu'on n'a pas tout prouvé, mais à terme, j'ose espérer que de mon vivant, on pourra séparer la kiné du reste, parce que nous on aura des choses efficaces et prouvées. Je ne dis pas que le reste c'est inutile, mais est-ce que c'est forcément du soin ? ».</i></p> <p>Ses patients peuvent bien aller voir autre chose s'ils le désirent, mais ne devraient pas abandonner le traitement de référence. Il les sensibilise contre une éventuelle exposition à des dérives</p>
MK4	O	O	<p>Elle prône la complémentarité entre les différentes disciplines : <i>« Ce qui est la kinésithérapie, c'est ce qui va être effectivement le mouvement, c'est du soin qui va s'accorder au physique, essentiellement. Qui va prendre en compte la fonction. Pour moi, le kinésithérapeute rééduque la fonction. [...] La biokinergie ou l'ostéopathie, je trouve que c'est complémentaire. Elles vont s'intéresser à l'individu dans sa globalité, mais de manière plus précise. [...] J'ai découvert que la médecine chinoise ne s'opposait pas à la médecine occidentale : ça se complète, de la même façon que l'ostéopathie et la kinésithérapie se complètent ».</i></p>
MK5	O	O	<p><i>« C'est un petit peu la limite, on connaît la kiné classique, mais ce qui limite, c'est qu'au bout d'un moment, on n'a pas 15 millions de possibilités. C'est une sorte de cul-de-sac au niveau de la prise en charge. [...] J'aimerais arriver à ne pas soigner le symptôme, mais à plus soigner la cause. [...] J'aimerais avoir une approche plus globale du corps ».</i> Elle estime avoir atteint les limites de la kinésithérapie, manifestant une attitude désabusée à son égard. C'est par une approche holistique</p>

			<p>qu'elle entrevoie la solution.</p> <p>« Mes objectifs professionnels, ça a toujours été de lier les médecines douces, un peu naturelle, à la médecine traditionnelle, plus scientifique. On a tendance, franchement, à shunter totalement les médecines naturelles, les médecines plus vieilles... Du coup, je trouve qu'on perd une part très importante de la médecine... Avant, ils n'allaient pas se soigner à coups de gros examen comme des I.R.M.... Bon, la durée de vie était bien plus courte, mais je pense qu'on perd une part intéressante... Du coup, c'est quelque chose qui m'a toujours parlé. J'ai toujours été éduquée avec beaucoup de médecine naturelle »</p> <p>« la limite entre les deux, c'est un peu le remboursement par la sécurité sociale, la reconnaissance ou non par la CPAM ».</p>
MK6	O	O	<p>Toutes les thérapies sont complémentaires, quelle que soient leur origine : « Je pense qu'il faut travailler en harmonie avec des gens qui sont très spécialisés en médecine occidentale. Pour moi c'est une aberration de traiter des gens tout seuls en acupuncture ». Il déplore l'opposition qui règne entre les différents paradigmes thérapeutiques.</p> <p>Il prône également la liberté de prise en charge du thérapeute et de choix du patient : « Pour le patient, c'est évident, mais surtout, il faut rester toi, quoi. [...] Et si tu l'acceptes et le vis pleinement, je crois que tu pourras être de plus en plus efficace. Parce qu'en fin de compte, en tant que thérapeute, ce qui compte, c'est pas ta masturbation intellectuelle, c'est que ton patient trouve du bonheur à venir te voir, quand même » ; « Ce qui me fait peur, c'est d'être capté, d'être phagocyté. Pour moi, c'est une préoccupation importante en tant que formateur. Cette obligation d'être réservé, et de ne pas phagocyter l'autre ».</p>
MK7	O	O	<p>« C'est peut-être une thérapie qui ne rentre pas dans la voie classique de traitement pour une pathologie donnée qui est scientifiquement, enfin proposé par le médecin. [...] Après si cette voie ne fonctionne pas, il peut rester des douleurs, des choses qui restent. On peut aller vers des thérapies alternatives qui vont peut-être soit améliorer les choses, soit ne rien apporter de supplémentaire » ; « j'ai des fois des gens qui viennent me voir directement en temps que micro kinésithérapeute [...] Ce n'est pas quelque chose que j'ordonne aux patients, où je leur dis je vais travailler comme ça avec vous ».</p> <p>Sa pratique de la microkinésithérapie est donc complémentaire de sa pratique kinésithérapique.</p>
MK8	N	O	<p>« D'abord, la médecine traditionnelle elle est douce, aussi [...] C'est plus une question de prise de conscience de la médecine traditionnelle. On a l'impression que la médecine traditionnelle, c'est quelque chose qui est un peu dur ou violent. Mais pourquoi ? En fait, je ne sais pas. Pour moi, c'est comme on la fait ! Les traditions, c'est quelque chose à transmettre, ça fait parti de l'endroit où je vis, ça fait parti de ce que j'ai reçu comme culture... Ce n'est pas si violent que cela ! Les massages la rééducation, ça peut être doux. Il n'y a pas de philosophie derrière ».</p> <p>« C'est une mode [les médecines douces], et puis, même les patients, ils vont être</p>

			<i>attirés s'il y a un côté un petit peu exotique, qui sort de l'ordinaire. Ceci dit, ils apprécient beaucoup être pris en charge. Quand tu les prends en charge, j'ai fait l'expérience en libéral, quand ils voient que tu les prends bien en charge, ils l'expriment. Et puis, tu t'aperçois qu'ils n'ont pas besoin des médecines douces ! ».</i>
MK9	N	O	<p>En abandonnant l'ostéopathie, il a abandonné ce côté « magique » qu'il y cherchait au départ : <i>« on s'adresse à des adultes, et pas à des enfants avec leur mère qui attendent le geste salvateur, la bise sur le front, ou quelque chose qui va réparer la douleur ».</i></p> <p>Avec l'eutonie, il cherchait entre à avoir une démarche plus globale dans se prises en charge, tout en restant complètement dans la kinésithérapie : <i>« L'eutonie c'est une technique parfaitement kinésithérapique, vous soignez le mouvement par le mouvement, on est complètement, à 100 % dedans. Sauf que c'est assez peu développé, parce que ça demande aux gens de s'investir davantage, autant le thérapeute que les patients, de moins être cocooné. »</i></p> <p><i>« Je ne cherche pas à savoir [si l'ostéopathie est une discipline alternative], classer dans des casiers... »</i></p>
MK10	N	N	<i>« Je considère pratiquement la kiné comme une thérapie alternative. C'est-à-dire que le fait d'appliquer des choses... Si le patient dit qu'il a un problème, il a mal au dos, il va voir l'ostéopathe. L'ostéopathe lui guérit son mal de dos. Parfait ! Il va mieux, il va reprendre son sport... même réflexion que pour l'aspirine... Ça, ça ne me gêne pas. Si on fait du bien aux patients, tant mieux mais on va essayer de pas être délétère. Après, c'est comment on explique les choses. Ça c'est beaucoup plus important».</i>
MK11	N	O	<p><i>« Normalement, la base, ça devrait être des preuves scientifiques, avec des études. Mais je sais très bien qu'il y a plein de techniques kinésithérapiques qui n'ont pas de preuve scientifique, qu'on est en train d'essayer de faire des études dessus pour démontrer. Mais pour l'instant... ».</i></p> <p><i>« L'ostéopathie et un complément... Ou l'inverse. Ça se complète ».</i></p> <p><i>« J'ai un peu de mal avec tout ce qui est flux [...] je suis un peu cartésienne. [...] il faut y croire un minimum au début pour que ça marche. [...] Qu'est-ce qui fait que spontanément, tu places la microkiné ou la biokinergie dans cette catégorie alternative ? Parce que c'est moins tangible comme technique ».</i></p>
MK12	N	N	<i>« C'est compliqué. [...] Je mettrais bien une frontière aussi entre ce que tu apprends à l'école et ce que tu apprends en formation plus tard. Même si tu peux refaire des formations... Donc pour toi, l'alternatif, il est en dehors des sentiers battus de l'école ? Voilà, je le considère surtout comme ça... [...]Alors je me rends compte que dans l'alternatif, je mets aussi beaucoup de trucs pas trop concrets... [...]Du coup, pour moi, thérapie alternative, ça un peu une connotation... Pour moi ça n'a pas une super connotation, parce que je ne crois pas à tout ce qui est énergétique [...] Pour moi c'est du concret à 100 %, ça me convient très bien ».</i>
MK13	O	O	<i>« J'ai un peu de mal en fait... pour moi, tu fais un soin à la personne... Tu vas y greffer tout ce que tu apprends... Tu ne sais plus au fur et à mesure des choses que tu</i>

			<i>apprends... ce sont juste des choses qui viennent se greffer à ton activité... Tu peux les dissocier si tu veux en faire un concept pour te faire du fric, mais sinon, c'est du soin la personne » ; « Après, penser que tu vas pouvoir guérir tout le monde, c'est une utopie. Mais tu vas pouvoir au moins estimer avoir fait tout ce que tu as pu pour l'améliorer »</i>
MK14	O	O	<i>Elle [la limite entre kinésithérapie et thérapie alternative] n'existe pas. La kinésithérapie, c'est qu'à un moment, on s'est arrêté au bout de trois ans d'études. On a limité à certaines techniques. Il y a des techniques qu'on commence à aborder en kiné et qu'on a besoin d'approfondir. Pour moi c'est une évolution. Je ne fais pas de scission. Enfin, je la fais très mal, en tout cas. Pour moi, elle n'est pas très franche. [...] En fait, ce sont toutes des connaissances... En fait, je ne dirai plus que je fais de la biokinergie... Je ne fais pas ça. Je suis ostéopathe, je suis biokinergiste, je suis kiné... Ce sont des additions. Tous les jours, j'ai des techniques de kiné que j'utilise. [...] Je n'ai pas oublié, je ne dis pas « je suis plus kiné, c'est fini », ça n'existe pas ça. Ce n'est pas possible. Même des connaissances qui te paraissent anodines... Ce sont des connaissances que tu as acquises à un moment donné qui te servent tout le temps. Dans tous mes mouvements, tous les jours, mon approche du patient, ma main, c'est une base de kiné au départ. C'est de l'expérience. Après, le problème, c'est d'intellectualiser. Toutes les disciplines sont là, dans la main. Après, c'est une main intelligente ».</i>

Analyse

Selon notre corpus, **il n'existe pas de consensus particulier quant à la situation de la limite entre kinésithérapie et thérapies alternatives ou complémentaires.**

La majorité se prononce en **faveur de la complémentarité** (MK 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14), estimant que les techniques autres ne sauraient supplanter la kinésithérapie, et ne doivent être appliquée à la place, mais bien en plus de celle-ci, éventuellement selon les indications.

La présence de preuves scientifiques est un critère évoqué (MK 3, 7, 10, 11). Mais si cela situe la limite, que doit-on conclure si une thérapie complémentaire faisait la preuve de son efficacité ? Elle devrait alors être assimilée à la kinésithérapie, devenant remboursable et praticable uniquement par les titulaires d'un diplôme d'état. Comme certains l'ont soulevé, peu de choses sont aujourd'hui prouvées comme efficaces en kinésithérapie, sans pour autant être considérées comme alternatives ou complémentaires.

Nous observons également deux positions extrêmes : celle de MK 10, considérant la kinésithérapie comme alternative, du fait de sa démarche trop empirique à son goût ; et celle de MK 14 qui estime que ces disciplines se complètent au point qu'il n'existe aucune limite entre les deux. Elle est rejointe par MK 13 pour qui tout passe par la démarche de soin à la personne, et considère que la séparation n'existe que pour individualiser et rendre plus vendeuses certaines pratiques de soin.

Dans la continuité, MK 8 part du principe que les patients viennent vers les thérapies exotiques avant tout pour être écoutés et se sentir pris en charge, ce qui n'est absolument pas incompatible avec une pratique kinésithérapique standard. La douceur est entre les mains du praticien et non intrinsèque à la technique.

Pour d'autres, c'est l'attitude du thérapeute qui limite l'acceptable de l'inacceptable, de par le danger d'emprise qu'il fait planer sur ses patients, en introduisant une prétention de toute puissance dans sa démarche de soin (MK 1 et 6).

D'autres refusent simplement de trancher (MK 2, 9, 13).

Le contenu de la formation initiale est également évoqué comme plaçant la limite (MK 12, 14). Mais dans ce cas, que penser des différences de programme entre les IFMK ?

L'immatérialité est pour MK 11 et 12 un critère identifiant facilement les thérapies alternatives, rassemblant les différentes approches « énergétiques » ou « fluidiques ».

MK 5 considère que la limite est posée par le remboursement par la CPAM. Or, rien n'empêche à priori un kinésithérapeute formé à des thérapies complémentaires de les utiliser dans le cadre d'une séance conventionnée. Le remboursement de celle-ci tient uniquement à la déclaration de l'acte selon la nomenclature en vigueur, indépendamment des techniques réalisées au cours de la séance.

Les seuls documents posant une limite légale que sont le code de déontologie et le décret d'actes et d'exercice de la profession n'ont pas été cités par le corpus. La nécessité de preuve peut néanmoins renvoyer au code de déontologie.

Synthèse des résultats

Nous avons constaté une relative absence de consensus entre les membres de notre corpus, concernant la définition de la limite séparant la kinésithérapie des thérapies complémentaires. Aucun d'entre eux ne se réfère spontanément aux textes de référence en la matière, ni aux critères épistémologiques de base.

Dans l'ensemble, la tendance est à la complémentarité entre les techniques, afin de pouvoir prendre en charge et soigner un maximum de patients. Si cette tendance correspond à celle réclamée par l'ANM²⁰, elle ne facilite pas la définition d'un cadre lisible, et favorise les mélanges et brassage entre les différentes familles de techniques.

En pratique, l'EBP est appliquée par ceux ayant bénéficié d'un minimum de formation scientifique et critique. L'investissement dans le développement de l'EBP et dans la recherche, s'il constitue un idéal pour certains thérapeutes, ne semble pas réaliste dans un contexte d'exercice libéral.

Les MK interrogés évaluent principalement l'efficacité de leur prise en charge par le *feedback* du patient. Peu de praticiens évoquent procéder à des évaluations objectives. Cela rappelle la culture de la profession, qui repose encore principalement sur des consensus professionnels plus que sur des preuves scientifiques. Dans le prolongement, le corpus montre que le bouche-

à-oreille entre professionnels et parfois avec les patients est un critère décisif dans le choix des formations continues. L'examen de la littérature scientifique semble très en retrait derrière ces échanges entre collègues et des recherches succinctes sur les sites internet des formations, un seul des MK interrogés la consulte régulièrement.

L'influence de cette culture professionnelle est d'autant plus forte que les praticiens se sentent régulièrement perdus en début de carrière, d'autant plus lorsqu'ils débutent directement en exercice libéral. Confrontés aux limites de leurs capacités, bloqués techniquement dans leur prise en charge, ils se tournent vers leurs collègues ou éventuel mentor pour rechercher la formation qui leur permettra repousser ces limites.

L'aspect matériel ne semble pas influencer le positionnement des MK interrogés vis-à-vis de leur adhésion ou non à des thérapies complémentaires.

Discussion

Méthodologie

La population

La majorité des interviewés est issue de l'IFMK de Grenoble, proposant dans son cursus une formation par la recherche et prônant une kinésithérapie « d'ingénieur », basée sur l'élaboration du diagnostic kinésithérapique plutôt que sur des protocoles. Malgré cela, il n'apparaît pas de consensus épistémologique entre science et pseudo-science. Nous aurions souhaité diversifier davantage les établissements d'origine, et peut être constaté d'autres conséquences relatives à la formation initiale.

Nous avons été agréablement surpris par le peu de refus auxquels nous avons été confrontés, compte tenu de ce que relatent les études de Sévenier et Tardivat. Même les praticiens libéraux se sont prêtés au jeu et ont donné de leur temps pour nous recevoir et répondre à nos questions. Pour la plupart, les échecs étaient dus à une incapacité à joindre les professionnels.

Notre échantillon manque de praticiens exerçant totalement hors du cadre conventionnel. Nous n'avons pas de contacts pour interroger ces praticiens atypiques, totalement investis dans les thérapies complémentaires.

Nous nous sommes donc contentés, pour des raisons pratiques, à des MK présents sur l'agglomération grenobloise. Le nombre de personnes interrogées, 14, nous a permis de rassembler des profils de MK variés, de tous âges, aux expériences très différentes. L'échantillon est presque paritaire.

Cependant, à l'échelle du nombre de praticiens présents ne serait-ce que sur l'agglomération grenobloise, ce nombre ne permet pas de généraliser nos résultats et de les transposer à plus large échelle.

Nous devons également signaler que 5 praticiens exerçaient dans le même cabinet libéral, 2 dans le même service hospitalier, et 4 enseignent dans le même IFMK. Ils avaient donc la possibilité de communiquer entre eux au sujet des entretiens et potentiellement de biaiser l'étude.

Les entretiens

S'agissant de nos premières expériences de conduite d'entretien, nous avons constaté lors de la relecture certains défauts de formulation de question ou de relance, susceptibles d'influencer l'interlocuteur. Il nous est également arrivé de laisser de côté certaines questions pour libérer notre interlocuteur dans les temps convenant à ses impératifs.

Les entretiens ne prennent pas en compte certains aspects contextuels relatifs à l'interrogé. Aurait-il récemment suivi un séminaire de formation ? Aurait-il été récemment confronté à un événement particulier susceptible d'influencer sa posture ?

Notre posture d'étudiant en masso-kinésithérapie aurait eu une influence sur le comportement des MKDE interrogés, introduisant parfois une attitude « paternaliste » à notre égard. Ceci pourrait-être contourné en se présentant comme sociologue. Être en formation à l'IFMK de Grenoble et interroger des MK issus de cet institut biaise également l'entretien. Il faudrait se limiter à des praticiens issus d'autres IFMK.

Notre investigation du rapport au matériel, à l'argent, n'a peut être pas été abordé assez directement. Nous craignons de susciter chez les interviewés une réaction de retrait, du fait de la présomption du caractère tabou de ce thème. Ce biais nous empêche de conclure sur cette thématique.

Nous n'avons pas investigué précisément l'importance de la relation entre patient et thérapeute, désignée comme déterminante tout au long du soin par certains membres du corpus.

Nous n'avons pas non plus évalué le niveau de transparence avec lequel les thérapeutes proposent et appliquent leurs éventuelles techniques complémentaires dans le cadre d'un exercice conventionné. Informent-ils les patients quant à la nature des techniques employées ? Les mélangent-ils de manière opaque avec les pratiques conventionnelles ?

Faire passer ces entretiens constitue une expérience humaine extrêmement enrichissante, au point qu'il devient parfois délicat, en particulier lors de la sélection d'extraits de transcription, de garder une complète neutralité à l'égard des propos formulés. Nous avons formulé des hypothèses de départ et choisi une approche inductive, permettant un enrichissement des thématiques au fur et à mesure de l'étude des matériaux. Notre sélection se base sur le principe de neutralité axiologique évoqué précédemment. Elle est donc dépendante de notre position d'enquêteur, elle-même influencée par notre condition d'étudiant.

Résultats

Hypothèses de départ et d'arrivée

Avant de procéder aux entretiens pour identifier comment les masseurs-kinésithérapeutes se positionnent par rapport aux thérapies complémentaires ou alternatives, nous avons émis plusieurs hypothèses quant aux déterminants de ce choix : la formation initiale, une épistémologie trop floue dans l'offre de formation, une faiblesse critique, l'argument commercial, la raison financière, la gratification sociale et la volonté de guérir.

À l'issu des entretiens, nous les avons enrichis avec la motivation à exercer la kinésithérapie, les expériences personnelles, le rapport à l'EBP, le besoin de comprendre et les critères démontrant l'efficacité. À cela s'ajoute la question du placement de la frontière entre kinésithérapie et pratiques complémentaires. Ces ajouts ont permis de mieux explorer le vécu des MK et de cerner davantage leur mécanisme de raisonnement.

Nous avons ensuite regroupé ces hypothèses en cinq thèmes : le rapport au social, à la formation, au matériel, à la science et la prise de position. Ce choix de thématiques a permis d'éviter d'éparpiller les hypothèses dans un trop grand nombre de catégories, et de ne pas

sortir les éléments de réponse de leur cadre contextuel. Néanmoins, certains arguments se retrouvaient parfois entre deux thèmes, par exemple entre le thème de la formation et de la science. Nous avons donc été amenés à trancher en faveur de l'une ou l'autre catégorie thématique, selon celle correspondant le plus au contexte des propos.

Esprit critique et épistémologie

Au cours des entretiens, nous demandions aux professionnels s'ils avaient ou non bénéficié d'une formation à l'esprit critique, et s'ils se sentaient compétents en la matière. Cela intervenait généralement après nous être intéressé aux démarches mises en place pour s'informer et choisir une formation complémentaire.

Bien que certains s'estiment compétents en raisonnement critique, certaines citations issues de leur discours révèlent une faille conceptuelle sur le plan épistémologique. Il aurait fallu distinguer la notion « d'esprit critique » de celle « d'épistémologie^{51(Ch2)} » lors de l'interrogatoire.

La notion d'esprit critique est elle-même trop vague et subjective, elle est source d'argumentations paradoxales : « *Du moment que je sais que derrière, il y a de la preuve scientifique, moi ça me plaît* » suivi par « *un truc qui me manque un peu, je ne vais pas chercher moi-même [Dans la littérature]* » (MK 12). S'il est rassurant qu'une technique soit dite prouvée, aucune réflexion sur la véracité de la preuve n'est engagée.

De même, par MK 2 : « *J'ai toujours abordé ces formations, et ensuite cette pratique avec des circonstances critiques, avec circonspection, mais sans verser dans le dogme et la croyance, toujours cherché à comprendre si cela avait un effet si cela n'avait pas d'effet, de rester toujours très prudent sur l'efficacité de ces techniques.* » Puis : « *Mais ce n'est pas parce qu'on n'a pas prouvé que ça marche qu'on doit dire que ça ne marche pas. La science a aussi ses limites* ». Bien qu'affichant une démarche de réflexion et de prudence vis-à-vis de sa pratique, il transparait dans ses propos une faille conceptuelle majeure au travers d'une inversion de charge de la preuve.

Les bases épistémologiques des sujets de notre corpus sont, dans l'ensemble, faibles, bien que l'autorité de la science y soit reconnue. Cela conduit parfois à des détournements : « *Je n'ai pas une approche scientifique, je ne veux pas... Je n'ai pas la compétence pour l'avoir, et puis ça ne me branche pas. Par contre, je pense que le seul moyen de convaincre, de faire avancer un petit peu les massages, c'est d'avoir un discours scientifique, parce que si on n'emprunte pas le discours de l'autre, il est impensable de penser pouvoir le convaincre de quoi que ce soit* » (MK6).

La subjectivité de la notion d'esprit critique trouve un écho dans la subjectivité de l'évaluation de l'efficacité des prises en charge. Les MK basent principalement leurs choix de techniques et de formation sur des recommandations de collègues ou des arguments prétendus scientifiques, sans chercher à vérifier ou éprouver ceux-ci de manière scientifique. Idem pour en évaluer les résultats : c'est l'avis du patient, quels que soient les biais avec lesquels il peut

être recueilli, qui prédomine. Cette démarche semble être un important leitmotiv dans la profession.

Si un MK répondait avoir reçu une formation critique, nous n'avons pas investigué davantage le contenu de fond ou de forme de cette formation, ni en quoi consistaient en pratiques ces compétences. Nous laissons cette investigation à de futures études.

Parmi les praticiens interrogés, trois expriment clairement se référer à la littérature scientifique. Le reste des praticiens se contente au mieux de l'exploration des sites internet de formation ou de revues professionnelles. Nous n'avons pas plus précisément évalué leur accès à des sources scientifiques robustes, ainsi que les raisons de leur compromis actuel. Ils évoquent néanmoins le caractère chronophage de cette démarche.

Nous n'avons pas introduit la notion « d'épistémologie » dans nos questions d'entretien. Nous présumons la non-connaissance de ce terme et redoutons de transgresser la première règle de conduite des entretiens (cf. annexe) en employant un niveau de langage inaccessible.

Hypothèses retenues

Au final, le choix des techniques complémentaires résulterait donc d'un compromis entre :

- D'éventuelles expériences personnelles avec ces techniques
- Des personnes conseillant le thérapeute lors d'une éventuelle remise en question. Celle-ci peut survenir lors de blocages dans les prises en charge, et constituerait la réponse à une sensation de frustration
- De son niveau « d'esprit critique », soit ses compétences épistémologiques, combinées au temps qu'il sera prêt à y consacrer
- De ses attentes vis-à-vis de ces nouvelles techniques, notamment s'il souhaite s'ouvrir à des approches globalistes.

En outre, une remise en question interviendrait plus tôt lorsque le praticien estime sa formation initiale comme lacunaire.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence d'influence des aspects matériels au sein de notre corpus, du fait de la présomption du caractère tabou du sujet. Cependant, en pratique, la demande de soin surpasse l'offre, garantissant facilement une patientèle. De plus, il semble tout à fait possible, aux dires de certains de nos sujets, de s'enrichir en pratiquant la kinésithérapie conventionnelle, ou en développant une expertise suffisante pour devenir formateur.

Perspectives

Bien qu'arrivant au terme de la formation initiale de masseur-kinésithérapeute, et ayant différents projets concernant notre exercice futur, il nous fut parfois délicat de réaliser la portée des propos des professionnels interrogés. Notre expérience actuelle du métier se résume aux stages prévus dans la formation initiale.

Il serait enrichissant de se replonger dans ces entretiens après une ou plusieurs années d'exercice professionnel, ou de faire analyser les retranscriptions brutes par d'autres

praticiens plus expérimentés, ou encore par des enquêteurs dépourvus de lien directs avec le métier de kinésithérapeute et donc peu conscients de la culture professionnelle.

Après avoir cerné les jalons autour desquels s'articulent les choix de kinésithérapeutes pour s'investir ou non dans des pratiques alternatives, il conviendrait de les soumettre à une population plus large, éventuellement par le biais de questionnaires.

Il conviendrait également de faire un état des lieux de l'Evidence Based Practice en France.

De même, évaluer précisément les compétences en épistémologie des professionnels permettrait de mieux comprendre leur rapport à la science.

Développer l'EBP et le corpus de connaissances scientifiques pourrait passer par le développement de moyens permettant de concilier la recherche avec la pratique libérale, qui regroupe 92% des praticiens inscrits à l'Ordre National.

Conclusion

Nous avons exploré la limite entre masso-kinésithérapie et thérapies complémentaires. Celle-ci s'articule autour des deux textes juridiques que sont le code de déontologie et le décret d'acte et d'exercice de la profession. Rappelons également que la définition officielle de la profession limite la kinésithérapie à l'application de techniques fixées par le Conseil d'État, alors que l'Ordre National des Masseurs-Kinésithérapeutes la définit davantage comme un domaine d'intervention, à l'image des différentes spécialités médicales.

La profession est actuellement dans une phase de mutation ; son identité s'en trouve dispersée. En effet, dans ce contexte d'évolution où apparaissent régulièrement de nouvelles techniques, un cadre définit uniquement sur un inventaire de pratiques, fixé par le Conseil d'État, ne permet pas à la discipline d'intégrer ces innovations. Elles auront donc tendance à se développer en dehors du cadre réglementé, en marge de la science et de ses critères épistémologiques, se construisant comme alternatives ou complémentaires, selon leur application en complément ou à la place des prises en charges conventionnelles.

Malgré cette ambiguïté identitaire, la profession conserve une culture professionnelle forte.

Nous souhaitons cerner comment les masseurs-kinésithérapeutes se positionnent par rapport à ces thérapies complémentaires ou alternatives dans ce contexte de flou conceptuel, repérer leur limite entre kinésithérapie et thérapie complémentaire, ainsi que leurs motivations à s'y investir ou les rejeter.

Par le biais d'entretiens, nous avons constaté que la formation initiale, de par ses lacunes, encourage le jeune diplômé à suivre des formations continues, s'il veut atteindre un idéal de pratique. Il serait alors influencé par une culture professionnelle très présente : ses pairs, anciens professeurs ou formateurs l'aideraient à faire ses choix. Sa démarche serait également influencée par ses expériences personnelles et modérée par ses éventuelles compétences épistémologiques.

Autre aspect inhérent à cette culture professionnelle forte : la subjectivité semble rester très présente dans la pratique quotidienne des kinésithérapeutes. Le développement des connaissances scientifiques, passant, entre autre, par la mise en place d'évaluations objectives systématiques semble être une démarche encore trop coûteuse pour remplacer les consensus professionnels.

Cette culture pourrait évoluer en introduisant davantage la méthodologie de recherche dans la formation initiale, afin « d'automatiser » la démarche scientifique au sein de l'exercice quotidien des masseurs-kinésithérapeutes. Il conviendrait également de « rafraîchir » les bases scientifiques et épistémologiques des praticiens en exercice, par le biais de formations continues, encore faudrait-il que les MK adhèrent et s'impliquent dans cette démarche.

La prise de ces initiatives dépend de changements d'orientations en matière de politique de santé. Ces réformes impliqueraient une mobilisation de l'ensemble des acteurs de la profession : des hautes instances de la HAS, du Conseil National de Développement

Professionnel Continu, des Commissions Scientifiques indépendantes ; puis des instances professionnelles telles que le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, les IFMK et les organismes de formation continue.

Rappelons qu'actuellement, les étudiants se mobilisent, avec l'appui de certains IFMK, pour réformer la formation initiale, notamment pour allonger sa durée d'une année afin de l'adapter à l'évolution du niveau d'exigence de l'exercice professionnel. Le Gouvernement Français ne semble pas aller en ce sens, prônant une stagnation à trois années d'IFMK et une reconnaissance au grade de License, compromettant fortement l'accès à la recherche des MK.

Aujourd'hui, seuls les IFMK de Grenoble et de Rennes ont enclenché une démarche de formation par la recherche. Ces objectifs ne figurent toujours pas dans les prérogatives de la HAS, l'OGDPC n'a pas encore clarifié les modalités de validation des formations continues. Enfin, rappelons que le CNOMK a récemment validé l'intégration d'une pratique hors de tout cadre épistémologique valide et n'ayant apporté aucun fondement à ses prétentions au sein de la kinésithérapie.

À l'échelle de la profession, cette évolution vers une pratique basée sur la science n'a tout au plus qu'un caractère symbolique.

Bibliographie

1. *Code de la santé publique - Article L4321-1.*
2. OMK. Le référentiel du masseur-kinésithérapeute et du masseur kinésithérapeute ostéopathe.pdf. Available at: <http://publications.ordremk.fr/wp-content/uploads/2013/01/Le-r%C3%A9f%C3%A9rentiel-Edition-2012.pdf>. Accessed April 18, 2013.
3. URPS MK Midi-Pyrénées. Historique de la profession de masseur-kinésithérapeute.pdf.
4. Vaillant J. Masseur-kinesitherapeute et therapies alternatives vers une nouvelle identité. 1999. Mémoire de DESS "Politiques sociales", Université Pierre-Mendès France
5. CHU de Grenoble. Site officiel du CHU de Grenoble. Available at: http://www.chu-grenoble.fr/public/public_manuscrite.aspx?PAGE_CODE=ETUDIANT_KINE. Accessed April 8, 2013.
6. Nature des épreuves. Available at: <http://www.ecoledanhierdepreparation.fr/index.php/nature-des-epreuves.html>. Accessed April 8, 2013.
7. Image JO du 08/09/1989, texte : 1396. Available at: http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19890908&numTexte=11396&pageDebut=11396&pageFin=. Accessed April 8, 2013.
8. OMK. Recommandations du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes concernant la réforme de la formation.pdf. Available at: <http://publications.ordremk.fr/wp-content/uploads/2013/01/Recommandations-du-conseil-national-de-l'ordre-des-masseurs-kinesitherapeutes-concernant-la-reforme-de-la-formation.pdf>. Accessed April 8, 2013.
9. OMK. Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes > Site de l'Ordre. Available at: <http://www.ordremk.fr/>. Accessed April 19, 2013.
10. Sevenier S. Image de la kinesitherapie vue par les praticiens. 2004. Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme Cadre de Santé, CHU de Grenoble
11. Tardivat M. De la motivation des masseurs-kinesitherapeutes a se former a l osteopathie. 2002. Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme Cadre de Santé, CHU de Grenoble
12. ESMKP. Diplôme d'état. Available at: <http://www.ecoledanhierdepreparation.fr/index.php/diplome-detat-mk.html>. Accessed April 19, 2013.
13. *Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes.*
14. Journal Officiel de la République Française. Décret no 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu.
15. OGDPC. LISTE DES ORGANISMES DE DPC. Available at: <https://www.ogdpc.fr/index.php/ogdpc/organismes>. Accessed April 10, 2013.

16. Thérapie. *Wikipédia*. 2013. Available at: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A9rapie&oldid=91456848>. Accessed April 9, 2013.
17. alternatif, alternative. *Laroussefr - Dictionnaires*. Available at: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/alternatif_alternative/2566. Accessed April 9, 2013.
18. Crédit Mutuel > Assurance - Réflexe Prévention Santé : médecines douces > Avantages. Available at: <https://www.creditmutuel.fr/cmcee/fr/banques/particuliers/famille/prevoir-les-frais-sante/reflexe-prevention-sante.html>. Accessed April 9, 2013.
19. Mutuelles et ostéopathie. Available at: <http://www.osteopathe-syndicat.fr/patient-visiteur-osteopathe/mutuelles-osteopathie.html>. Accessed April 9, 2013.
20. Académie Nationale de Médecine. Thérapies complémentaires - leur place parmi les ressources de soin.pdf. 2013.
21. Complementary Therapies. Available at: http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2013/MB_cgi?mode=&term=Complementary+Therapies&field=entry. Accessed April 9, 2013.
22. MIVILUDES. Santé et dérives sectaires.pdf. Available at: http://www.miviludes.gouv.fr/sites/default/files/publications/francais/guide_sante_complet.pdf. Accessed April 10, 2013.
23. Marmot M, Wilkinson RG. *Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005*. WHO Regional Office Europe; 2004.
24. Brissonnet J. *Les pseudo-médecines : Un serment d'hypocrites*. Book-e-book.com; 2005.
25. Dery E. Reflexion sur les Médecines Non Conventionnelles suivies de deux médecines énergétiques :la Médecine Traditionnelle Chinoise et la Trame. 2003.
26. Lardry J-M. *Les professionnels de santé et l'ostéopathie : Complémentarité, déviance ou expédient ?* Book-e-book.com; 2011.
27. Brissonnet J. *Les Medecines Non-Conventionnelles Ou les Raisons d'une Croyance*. Book-E-Book; 2009.
28. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*. 2001;322(7284):444-445.
29. Boy D. Les Français et les para-sciences : vingt ans de mesures. *Rev. Française Sociol.* 2002;43(1):35-45. doi:10.2307/3322678.
30. AP-HP. Médecines complémentaire à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris. 2012. Available at: http://www.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/11/files/2012/07/Rapport_Med_Compl_AP-HP-05-20122.pdf. Accessed April 12, 2013.

31. AP-HP. Appel à projets « médecines complémentaires » 2012. Available at: <http://portail-web.aphp.fr/drcd/Appel-a-projets-medecines-complementaires-2012.html?article>. Accessed April 12, 2013.
32. L'hôpital d'Aix adopte l'hypnose contre la douleur. Available at: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/04/04/20175-lhopital-daix-adopte-lhypnose-contre-douleur>. Accessed April 5, 2013.
33. Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes. Code de Déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes.
34. HAS. Haute Autorité de Santé - Haute Autorité de Santé Page d'accueil - Accueil - Accueil 2012. Available at: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil-2012. Accessed April 19, 2013.
35. Jette DU, Bacon K, Batty C, et al. Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Phys. Ther.* 2003;83(9):786–805.
36. Hammer R. *Expériences ordinaires de la médecine : Confiances, croyances et critiques profanes*. Editions Seismo; 2010.
37. OMK. Bulletin officiel de l'ordre n16.pdf. Available at: <http://publications.ordremk.fr/wp-content/uploads/2010/11/b16.pdf>. Accessed April 10, 2013.
38. Holisme. *Wikipédia*. 2013. Available at: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Holisme&oldid=91830203>. Accessed April 10, 2013.
39. Molinier P, Laugier S, Paperman P. *Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Payot; 2009.
40. KineScoop: le portail de références de la Kinésithérapie. Available at: http://www.kinescoop.com/Formation-continue-en-Kinesitherapie_r35.html. Accessed April 10, 2013.
41. KINE FORMATIONS : formations pour masseurs kinésithérapeutes, ostéopathes. *Kine Form. Form. Pour Masseurs Kinésithérapeutes Ostéopathes*. Available at: <http://www.kine-formations.com>. Accessed April 10, 2013.
42. OMS. Benchmarks for Training in Osteopathy.pdf. Available at: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf>. Accessed April 13, 2013.
43. Spécialités médicales. *Wikipédia*. 2013. Available at: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sp%C3%A9cialit%C3%A9s_m%C3%A9dicales&oldid=89810789. Accessed April 19, 2013.
44. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien: L'enquête et ses méthodes*. 2e édition. Armand Colin; 2010.

45. JOVIC L. *L'entretien de recherche*. Centre hospitalier de la région parisienne Available at: <http://promothee2004.free.fr/Documents/L%27entretienmethodo.pdf>. Accessed May 18, 2012.
46. Bardin L. *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France - PUF; 2007.
47. Réfutabilité. *Wikipédia*. 2013. Available at: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9futabilit%C3%A9&oldid=91448021>. Accessed April 19, 2013.
48. Neutralité axiologique. *Wikipédia*. 2013. Available at: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Neutralit%C3%A9_axiologique&oldid=65447652. Accessed April 12, 2013.
49. La posture de Max Weber. Available at: <http://www2.ac-lyon.fr/enseigne/ses/weber1.html>. Accessed April 19, 2013.
50. Weber M. *Essais sur la théorie de la science*. Presses Pocket; 1992.
51. Monvoisin R. *Pour une didactique de l'esprit critique*. 2007. Thèse de Doctorat, EDISCE. Available at: <http://cortecs.org/bibliotex/126-these-r-monvoisin-pour-une-didactique-de-lesprit-critique>. Accessed May 6, 2013.

Annexe

Grille d'entretien

Thème/Question(s)	Sous-thèmes	Objectifs
Carrière		
<ul style="list-style-type: none"> Racontez votre carrière, de votre diplôme à aujourd'hui 	<ul style="list-style-type: none"> Démarrage « Périodes » séparées Changements, évolutions difficultés 	<p>Poser les jalons du parcours</p> <p>Identifier des évènements clés</p>
<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a motivé à faire ce métier ? 	<ul style="list-style-type: none"> Début des études Début vie pro Aujourd'hui Changements/jallons 	<p>Suivre l'évolution des motivations et l'intrication par rapport aux faits marquants</p>
Pratique		
<ul style="list-style-type: none"> quelles techniques ou disciplines utilisez-vous aujourd'hui ? 	<ul style="list-style-type: none"> Méthode d'acquisition Premières applications Points forts de votre pratique ? 	<p>Cerner le positionnement actuel du praticien</p> <p>Comment définit-il sa spécificité ?</p> <p>En quoi croit-il particulièrement ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qu'une technique qui fonctionne ? 	<ul style="list-style-type: none"> Tout est valable ? Sur quoi vous basez-vous ? Des techniques qui ne convainquent pas ? 	<p>Limite entre acceptable/inacceptable</p> <p>Niveau de preuve satisfaisant pour le praticien</p>
<ul style="list-style-type: none"> Où se situe la limite entre kinésithérapie et thérapies non conventionnelles ? 		<p>Faire poser une limite</p> <p>Cerner le référentiel du praticien</p>
Formation		
<ul style="list-style-type: none"> Que pensez-vous de votre formation initiale ? 	<ul style="list-style-type: none"> Points forts Limites 	<p>Impact sur la carrière, les choix ultérieurs</p>
<ul style="list-style-type: none"> Quelles formations suivies post-DE ? 	<ul style="list-style-type: none"> Critères de choix (prix, engagement, durée, accessibilité, certification) Comment est venue l'idée ? 	<p>Motifs du choix</p> <p>Influencé par quoi ? Qui ?</p>

Questions complémentaires :

- Diplômes, certificats, années d'obtention
- Nombre d'années de pratique
- Statut d'exercice (libéral, assistant, associé, nombre de chaque...)
- Conventionné ?
- Dépassement d'honoraires ?
- Nombre d'heures de travail par semaine ?
- Nombre d'heures de formation complémentaire ?
- Infos supplémentaires de contact.

Règles de conduite d'entretien

L'élaboration des questions obéit aux règles suivantes :

- Le langage et le vocabulaire employés dans les questions et tout au long des entretiens doivent correspondre à ceux habituellement employés par le sujet, afin qu'il puisse comprendre et répondre aux questions. La formulation des questions ne saurait être choquante.
- Les questions doivent s'enchaîner dans un ordre logique, du général au particulier. Bien entendu, dans un entretien semi-directif, il peut néanmoins arriver que des questions précises, initialement prévues en fin d'entretien, soient spontanément abordées plus tôt par l'enquêté. Les questions plus orientées fermées, à réponse courte, seront placées en fin d'entretien.
- Les questions ne doivent pas dépasser les connaissances et compétences supposées de l'enquêté, mettant celui-ci en situation d'échec et biaisant l'entretien. Le sujet ne doit pas être mis dans une situation difficile à vivre.
- Les questions ne doivent pas contenir d'orientation vers certaines réponses ou être, d'une quelconque façon, tendancieuses.
- Une seule idée par question.