



**HAL**  
open science

# Étude qualitative sur l'implémentation du télésoin en France

Joanna Matar

► **To cite this version:**

Joanna Matar. Étude qualitative sur l'implémentation du télésoin en France. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03337914

**HAL Id: dumas-03337914**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03337914>**

Submitted on 8 Sep 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**I.F.M.K.N.**

**Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Niçois**

Mémoire présenté et soutenu par Joanna MATAR

Avril 2021

**Étude qualitative sur l'implémentation  
du télésoin en France**

Axe 2 : Les soins primaires

Évaluation des pratiques professionnelles en masso-kinésithérapie

**Jury**

Arnaud CHOPLIN, PhD – HDR en Sciences de l'Éducation – Directeur de l'IFMKN

Véronique DUBRULLE, Formateur de l'IFMKN – Directrice de mémoire

Valérie GENTIL, Cadre de santé – Rééducation, FSEF – Les Cadrans Solaires – Vence

## Résumé

**Introduction :** Il existe en France une importante hétérogénéité d'accès aux soins de masso-kinésithérapie. Pour pallier ces inégalités, plusieurs pays ont depuis des années recours à la téléréhabilitation. Depuis l'état d'urgence face au Covid-19, le ministère de la santé autorise le télésoin pour les masseurs-kinésithérapeutes (MK). L'objectif de cette étude qualitative est de comprendre la vision des MK de l'implémentation du télésoin dans leur pratique professionnelle. **Méthode :** Trois entretiens semi-directifs ont été réalisés, retranscrits, codés et analysés. **Résultats :** Les principaux freins soulevés par les MK sont le manque de ressources personnelles, les croyances en leurs capacités et les difficultés à évaluer le patient à distance. L'absence du toucher semble être un frein majeur. Les MK interrogés ont tous effectué du télésoin hors cadre réglementaire, au moins dans un premier temps. **Discussion :** Les MK évoquent l'infériorité du télésoin par rapport au présentiel, cependant, ils restent optimistes et manifestent la volonté de poursuivre cette pratique, dans un rôle de conseil ou en alternance avec des séances en présentiel. **Conclusion :** Le télésoin s'inscrit dans les missions du MK et représente un atout supplémentaire pour le patient. Une formation spécifique pourrait aider les professionnels à adapter leur pratique à cette nouvelle modalité.

**Mots-clés :** Télésoin, Rééducation, Implémentation, Pratiques professionnelles

## Abstract

**Introduction:** In France, there is a significant heterogeneity of access to physiotherapy care. To overcome these inequalities, several countries have been using telerehabilitation for years. Since the state of emergency in the face of Covid-19, the Ministry of Health has authorized telecare for physiotherapists (PT). The objective of this qualitative study is to understand the vision of the PT of the implementation of telecare in their professional practice. **Method:** Three semi-directive interviews were conducted, transcribed, coded and analyzed. **Results:** The main obstacles raised by the PT were the lack of personal resources, beliefs in their abilities and difficulties in assessing the patient at a distance. The absence of touch seemed to be a major obstacle. All the PT interviewed had performed telecare outside the regulatory framework, at least initially. **Discussion:** The PT mentioned that telecare was inferior to face-to-face care, but they remained optimistic and expressed a desire to continue this practice, in an advisory role or alternating with face-to-face sessions. **Conclusion:** Telecare is part of the PT's mission and represents an additional asset for the patient. Specific training could help professionals to adapt their practice to this new modality.

**Keywords:** Telerehabilitation, Rehabilitation, Implementation, Professional practices

## **Liste des abréviations**

HAS : Haute Autorité de Santé

MK : Masseur-kinésithérapeute

TR : Téléréhabilitation

## Table des matières

<b>1. Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Définitions</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Le télésoin à l'étranger</b> .....	<b>2</b>
1.2.1 Champ musculosquelettique .....	2
1.2.2 Champ neuromusculaire .....	4
1.2.3 Champ cardio-respiratoire.....	5
<b>1.3 Le télésoin en France</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Revue de littérature</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1 La méthode de recherche bibliographique</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2 La revue de littérature</b> .....	<b>10</b>
<b>2.3 Résultats de la revue de littérature</b> .....	<b>11</b>
2.3.1 Du point de vue des patients .....	11
2.3.2 Du point de vue des thérapeutes.....	12
2.3.3 Mise en place de la télé-réhabilitation.....	12
<b>3. Méthode de recherche</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1 Question de recherche</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2 Type d'étude choisi</b> .....	<b>16</b>
<b>3.3 Cadre catégoriel a priori</b> .....	<b>17</b>
<b>3.4 Population</b> .....	<b>19</b>
<b>3.5 Déroulement des entretiens</b> .....	<b>20</b>
<b>3.6 Analyse de contenu</b> .....	<b>20</b>
3.6.1 Retranscription et codage.....	20
3.6.2 Analyse catégorielle .....	21
3.6.3 Analyse de l'énonciation.....	22
<b>4. Résultats</b> .....	<b>23</b>
<b>4.1 Réévaluation de la grille d'analyse catégorielle</b> .....	<b>23</b>
<b>4.2 Entretien 1</b> .....	<b>23</b>
4.2.1 Résultats bruts .....	23
4.2.2 Analyse catégorielle .....	24
4.2.3 Analyse de l'énonciation.....	28

<b>4.3</b>	<b>Entretien 2</b> .....	<b>30</b>
4.3.1	Résultats bruts.....	30
4.3.2	Analyse catégorielle.....	30
4.3.3	Analyse de l'énonciation.....	33
<b>4.4</b>	<b>Entretien 3</b> .....	<b>36</b>
4.4.1	Résultats bruts.....	36
4.4.2	Analyse catégorielle.....	37
4.4.3	Analyse de l'énonciation.....	40
<b>4.5</b>	<b>Synthèse des résultats</b> .....	<b>43</b>
<b>5.</b>	<b>Discussion</b> .....	<b>47</b>
<b>5.1</b>	<b>Interprétation des résultats</b> .....	<b>47</b>
<b>5.2</b>	<b>Biais et limites</b> .....	<b>50</b>
5.2.1	Biais.....	50
5.2.2	Limites.....	51
<b>5.3</b>	<b>Intérêt dans le domaine de la kinésithérapie</b> .....	<b>51</b>
<b>6.</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>52</b>
<b>6.1</b>	<b>Réponse à la problématique</b> .....	<b>52</b>
<b>6.2</b>	<b>Perspectives</b> .....	<b>53</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	
	<b>Annexes</b> .....	

## **1. Introduction**

Il existe aujourd'hui une importante hétérogénéité d'accès aux ressources sur le territoire français, notamment en termes de masso-kinésithérapie. Les soins de rééducation peuvent être proposés en hospitalisation, en ambulatoire, en centre de rééducation, en cabinet libéral et/ou à domicile selon les disponibilités des structures et du patient. Pour pallier les inégalités d'accès aux soins, certains pays comme le Canada, les États-Unis ou la Norvège ont recours depuis plusieurs années déjà à la télé-réhabilitation (TR) notamment dans le contexte de maladies chroniques.

### **1.1 Définitions**

Les termes « télésoin », « télé-réhabilitation », « téléconsultation », et « téléexpertise » font tous partie du grand ensemble qu'est la « télé-médecine ». D'après le grand dictionnaire terminologique, la télé-médecine est un « mode de prestation de soins de santé pratiqué à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication » [1]. Le télésoin est quant à lui défini comme une « application de la télé-médecine permettant d'assurer à distance une meilleure prise en charge des convalescents et des malades chroniques qui reçoivent des services de santé à domicile » [2]. La téléconsultation est une « application de la télé-médecine permettant la tenue de consultations médicales à distance entre des médecins ou d'autres professionnels de la santé dans le but de recueillir un avis de traitement ou de diagnostic pour un cas précis, ou lorsqu'un deuxième avis est nécessaire » [3] et c'est dans ce contexte un terme synonyme de « téléexpertise », mais le terme « téléconsultation » est également employé notamment en France, « pour désigner l'avis donné à distance au patient par le médecin » [3]. D'après la Haute Autorité de Santé, « Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un pharmacien ou un auxiliaire médical dans l'exercice de leurs compétences. » [4] Le terme « télé-réhabilitation » est utilisé comme un synonyme de « télésoin » dans la littérature étrangère.

## **1.2 Le télésoin à l'étranger**

Toutes les études disponibles proviennent de l'étranger où le terme de « téléréhabilitation » et sa traduction anglaise « telerehabilitation » sont préférés à ceux de « télésoin » ou « telehomecare ». Aucun article ni étude menée en France n'est disponible pour le moment, le sujet étant encore trop récent. Aux États-Unis, au Canada, et dans les pays scandinaves entre autres, l'usage de la TR s'inscrit dans les pratiques courantes, dans tous les champs de la masso-kinésithérapie. La TR a montré des avantages lorsqu'elle est utilisée en complément ou en remplacement de la rééducation conventionnelle, en permettant de dépasser les barrières géographiques, physiques et motivationnelles d'accès aux soins pour de nombreux patients [5]. Ses applications dans les différents champs de la kinésithérapie sont diverses et de nombreuses études ont été menées sur ce sujet d'un intérêt grandissant en termes de santé publique.

### **1.2.1 Champ musculosquelettique**

Au cours des dernières années, les services de TR se sont développés rapidement et ont permis de lever de nombreuses barrières d'accès aux soins pour les patients, en présentant notamment des avantages comme l'absence de temps de trajet, des horaires plus flexibles et la possibilité de mieux intégrer les exercices dans leurs tâches quotidiennes. Une revue systématique néerlandaise conclut que la TR a le potentiel d'améliorer la qualité de vie des patients, qu'elle est non seulement faisable mais au moins aussi efficace que la rééducation classique en post-opératoire [6]. Une autre étude, espagnole, se veut plus mitigée et déclare ne pas avoir de preuves suffisantes pour conclure à l'efficacité de la TR après chirurgie orthopédique : des preuves fortes sont en faveur de la TR chez les patients ayant subi des arthroplasties de genou et de hanche mais peu de preuves sont retrouvées pour des interventions sur le membre supérieur [7]. Des études portant sur la TR pour les patients âgés opérés indiquent que celle-ci a des résultats prometteurs en termes de faisabilité, d'acceptabilité et de compliance et suggère de développer sa mise en œuvre pour les patients âgés nécessitant des interventions chirurgicales [8]. D'après les patients, la télérééducation est une alternative pratique à la rééducation conventionnelle après une arthroplastie totale de genou et ils en sont satisfaits [9][10]. La même méta-analyse menée en 2017 conclut également à une absence de différence significative dans les amplitudes de flexion/extension du genou entre les groupes TR seule et rééducation conventionnelle, ainsi que des niveaux

d'activité physique similaires [10]. En 2018, une autre méta-analyse menée en Chine conclut que la télééducation permet une amplitude plus importante en extension ainsi qu'une plus grande force du quadriceps, comparée à la rééducation en face-à-face, avec des niveaux de douleur équivalents et une meilleure récupération fonctionnelle [11].

Une méta-analyse parue en 2016 montre que la TR est efficace et comparable aux méthodes conventionnelles de rééducation concernant l'amélioration de la condition physique et la diminution de la douleur pour la plupart des troubles musculosquelettiques, et que la TR associée à la rééducation standard est encore plus bénéfique [12]. Une revue systématique publiée dans le Journal of Telemedicine and Telecare en 2017 conclut que l'évaluation de nombreux paramètres tels que la douleur, l'œdème, les amplitudes articulaires, la force musculaire, la marche et les capacités fonctionnelles est techniquement faisable en utilisant la vidéoconférence. L'évaluation ainsi réalisée aurait une bonne validité et une excellente fiabilité, excepté pour la posture lombaire, certains tests spécifiques orthopédiques, neurodynamiques et le bilan des cicatrices [13]. En 2018, une revue systématique publiée dans le même journal étudie la validité et la fiabilité de l'usage de la TR pour les troubles musculosquelettiques. Elle montre que les études menées précédemment ont des risques élevés de présenter des biais et que bien que des effets positifs aient été identifiés et que les patients se disent satisfaits, il est nécessaire de mettre en place des études plus robustes évaluant notamment l'effet de la TR sur le long terme et les coûts engendrés [14]. En 2019, une revue systématique d'essais contrôlés randomisés conclut que la TR peut-être une alternative intéressante pour lutter contre la douleur, améliorer la condition physique et la qualité de vie chez les adultes en situation de handicap, avec des effets similaires aux autres types d'interventions en rééducation [15].

Dans le contexte des pathologies rhumatismales, une revue systématique publiée en 2019 dans le Journal of Telemedicine and Telecare indique que les effets de la TR sur la douleur, les capacités fonctionnelles, la qualité de vie et la connaissance de sa pathologie sont incertains en raison de preuves trop faibles retrouvées dans trop peu d'études sur le sujet et conclut encore qu'il est nécessaire de réaliser davantage d'études et d'évaluer les coûts [16].

### 1.2.2 Champ neuromusculaire

Une étude qualitative américaine de 2020 a fait émerger quatre thèmes regroupant les principales barrières à la réhabilitation post accident vasculaire cérébral : l'accès à une réhabilitation de qualité, l'adaptabilité aux différences des patients, la compliance avec la réhabilitation et l'engagement dans la réhabilitation [17]. La TR pourrait permettre de lever plusieurs de ces barrières [17]. Plusieurs revues systématiques et méta-analyses concluent que la TR est d'une efficacité similaire à la rééducation en face-à-face, sur les plans de la motricité, de la marche, de l'équilibre, des activités de la vie quotidiennes et de la qualité de vie [18][19][20][21]. L'une d'entre elles, réalisée en 2018, avance même que la TR pourrait avoir de meilleurs résultats que la rééducation conventionnelle sur les fonctions motrices, corticales et les troubles de l'humeur. En effet, sur vingt-deux études analysées, toutes montrent des améliorations au moins similaires sur tous ces aspects et huit d'entre-elles indiquent une différence significative en faveur de la TR [21]. En 2020, une revue de la Cochrane Library conclut non seulement qu'il n'y a pas de différence significative entre TR et rééducation en face-à-face, mais suggère également que le coût de la TR est inférieur à celui de la rééducation conventionnelle [22]. Cependant, le sujet étant récent, trop peu de données concernant le coût sont disponibles pour le moment et il est nécessaire de poursuivre les recherches pour pouvoir conclure à ce sujet [22]. Si de nombreuses études montrent l'efficacité de la TR chez les patients post accident vasculaire cérébral, davantage d'études portant sur le coût, la faisabilité et l'acceptabilité de ce mode de rééducation seraient nécessaires [22][23].

Pour les patients atteints de sclérose en plaques, si les études montrent que la TR a des effets positifs sur la motricité, les effets sur la qualité de la marche, l'équilibre et les déficiences cognitives sont plus mitigés [24]. Peu d'études sont disponibles pour cette pathologie et bien qu'elles suggèrent que les patients atteints de sclérose en plaques pourraient bénéficier de la TR notamment dans le traitement des symptômes moteurs, d'autres études seraient nécessaires afin de trouver un modèle de réhabilitation permettant d'agir sur tous les aspects de la pathologie [24][25].

Trop peu d'études ont été réalisées chez les patients avec un traumatisme crânien, une revue systématique réalisée en 2018 suggère que la TR est en général bien acceptée par les patients

adultes mais ne conclut pas quant à son efficacité ni à son coût, en comparaison à une réhabilitation conventionnelle [26].

D'une manière générale dans le champ de la neurologie, la TR est un outil prometteur, permettant de garantir la continuité de l'accès aux soins et dont l'efficacité a été prouvée, spécialement dans le cas de la rééducation post accident vasculaire cérébral [17][27]. Non seulement la TR pourrait permettre d'augmenter la fréquence des séances en réduisant potentiellement les coûts [22][27], mais dans les pays en développement ou les déserts médicaux celle-ci représenterait la seule chance d'accéder aux soins pour des patients isolés [28].

### **1.2.3 Champ cardio-respiratoire**

De nombreux essais randomisés multicentriques comparent des programmes de TR supervisés en ligne avec une prise en charge conventionnelle de réhabilitation respiratoire et font l'objet de revues de littérature : l'utilisation de la TR respiratoire chez les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive est prometteuse, notamment en termes de faisabilité et d'acceptabilité par les patients [29]. L'hétérogénéité des études menées et des résultats obtenus ne permet pas de conclure à la supériorité de la TR sur la prise en charge conventionnelle concernant la dyspnée et la qualité de vie [30]. Si la TR semble aussi efficace que la prise en charge conventionnelle sur l'amélioration de la qualité de vie et de la tolérance à l'effort des patients obstructifs au Canada, il n'y pas assez de preuves pour conclure à la diminution de la fréquence des exacerbations [31]. Une revue de littérature canadienne affirme que la TR avec télémonitorage chez des patients souffrant de pathologies cardiaques a une efficacité similaire à la réhabilitation standard, sans effets indésirables signalés [32]. Une autre étude compare des protocoles hybrides alternant réhabilitation cardiaque sur site et TR avec de la réhabilitation cardiaque standard : les deux modèles montrent une efficacité comparable en termes de taux de lipides sanguins, pression artérielle, tolérance à l'effort et qualité de vie [33].

Des études portant sur la faisabilité, la sécurité, l'adhérence au traitement et la satisfaction des patients lors de programmes de TR chez des patients obstructifs ayant déjà bénéficié d'une réhabilitation standard montrent que la TR est faisable. Elle est également bien acceptée par les patients, avec des effets cliniques et sociaux positifs, même si la technologie

est parfois perçue comme compliquée par les utilisateurs [29]. Les coûts de différents modèles de réhabilitation respiratoire pour la bronchopneumopathie chronique obstructive ont été évalués : la TR est celle qui présente le coût le plus faible [34].

Du point de vue de patients insuffisants respiratoires chroniques ayant bénéficié de TR et des professionnels de santé, plusieurs composantes des séances ont été identifiées comme critiques : l'aspect social, la communication, la connaissance de soi et l'utilisation des capteurs de monitoring [35].

### **1.3 Le télésoin en France**

En France, dans le contexte particulier de l'état d'urgence sanitaire face à l'épidémie de Covid-19, le Ministère des solidarités et de la santé autorise l'activité à distance par télésoin en vidéo-transmission pour les masseurs-kinésithérapeutes (MK) à partir du 16 avril 2020 : « A l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilan, les actes de masso-kinésithérapie mentionnés en annexe du présent article peuvent être réalisés à distance par télésoin. La pertinence du recours au télésoin est déterminée par le MK. Ces actes de télésoin sont réalisés par vidéo-transmission. Ils sont conditionnés à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par le MK. » [36][37]

Seuls certains actes de la NGAP sont donc réalisables en télésoin et un tableau les recensant est disponible en annexe (Annexe I)[37]. Les bilans initiaux et les renouvellements de bilan sont exclus de la prise en charge par télésoin, il est impératif que le MK ait déjà vu le patient au moins une fois en présentiel au préalable. Les séances doivent être d'une durée de trente minutes et individuelles. Elles doivent être réalisées en vidéo-transmission, de nombreuses plateformes sont d'ailleurs recensées par le ministère [38][39] et les outils destinés au grand public tels que Whatsapp, Facetime, Zoom ou autres sont autorisés dans ce contexte particulier, avec l'accord du patient [40]. Cependant, dans le contexte de l'état d'urgence face à la pandémie de Covid-19, « les professionnels, en dernier recours, doivent utiliser le téléphone pour communiquer avec leur patient » [4]. Pour les mineurs et les patients en perte d'autonomie, la présence d'un aidant est requise [41][37]. Les actes réalisés en télésoin sont facturés de la même manière et avec les mêmes cotations et coefficients AMK, AMS et AMC qu'en présentiel et ils sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie [4][41].

Plusieurs mois après l'arrêté du 16 avril 2020, et depuis que les séances en présentiel sont de nouveau possibles, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie une nouvelle fiche intitulée « Qualité et sécurité du télésoin ». Elle précise notamment les critères d'éligibilité au télésoin et ses conditions de réalisation [42]. D'après ces nouvelles recommandations : « Aucune situation de soin ne peut être exclue, a priori, du télésoin, à l'exception des soins nécessitant un contact direct en présentiel avec le patient ou équipement spécifique non disponible auprès du patient. [...] Le professionnel évalue si le télésoin est adapté au patient ; des critères d'éligibilité sont à vérifier en amont de la réalisation d'un acte de télésoin. [...] Le professionnel doit juger de la pertinence d'une prise en charge à distance plutôt qu'en présentiel. [...] Le télésoin est d'autant plus pertinent que la relation patient-professionnel est bien établie. [...] Le professionnel peut alterner soin en présentiel et télésoin s'il l'estime nécessaire » [42].

La HAS recommande le déploiement de la télésanté afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients ayant une maladie chronique et « encourage l'ouverture progressive au télésoin, telle qu'elle est actuellement engagée » [4].

Nous avons donc abouti au questionnaire suivant : Y aurait-il des avantages à pérenniser l'usage du télésoin par les MK en France ? Quelles ont été les difficultés rencontrées lors de son implémentation dans ce contexte d'urgence en France ?

## 2. Revue de littérature

### 2.1 La méthode de recherche bibliographique

Nous effectuons une recherche bibliographique afin de définir le cadre conceptuel de notre mémoire autour du concept de télééducation. Nous interrogeons pour cela la base de données MEDLINE avec le moteur de recherche PubMed en utilisant les traductions anglaises et les synonymes nécessaires. Il est primordial de définir au préalable les termes de la recherche, notamment pour le concept de télésoin car on retrouve dans la littérature et les textes règlementaire de nombreux termes utilisés dans ce cadre. Nous utilisons le grand dictionnaire terminologique pour définir les termes « télésoin », « téléconsultation », « téléexpertise », « téléassistance », et « télémontage », faisant tous partie du grand ensemble qu'est la « télémédecine ». Chaque concept est recherché sur HeTOP puis défini par son descripteur MeSH et l'ensemble de ses termes et synonymes. Le MeSH (Medical Subject Headings) est le thésaurus de référence dans le domaine biomédical, pour interroger la base de données MEDLINE. Le terme « télésoin » utilisé dans les récents textes règlementaires français n'est pas retrouvé dans la littérature étrangère qui lui préfère le terme « telerehabilitation », appartenant au concept de « téléadaptation » (Tableau 1). Nous utilisons donc tous les termes qui en dérivent pour construire notre équation de recherche.

Tableau 1 : Descripteurs et termes MeSH pour le concept de téléadaptation

Concept	Téléadaptation
Descripteur MeSH français	Téléadaptation
Descripteur MeSH américain	Telerehabilitation
Termes MeSH français	Réadaptation virtuelle/Réadaptation à distance/ Réhabilitation virtuelle/Réhabilitation à distance/ Télé-réadaptation/Téléréhabilitation/Téléréhabilitation
Termes MeSH américains	Telerehabilitations/Tele-rehabilitation/Tele ehabilitation/Tele-rehabilitations/Remote Rehabilitation/Rehabilitation, Remote/Rehabilitations, Remote/Remote Rehabilitations/Virtual Rehabilitation/ Rehabilitation, Virtual/ Rehabilitations, Virtual/ Virtual Rehabilitations

Dans un premier temps nous effectuons une recherche afin d'obtenir un maximum de résultats nous permettant une revue de littérature exhaustive sur le télésoin dans les pays étrangers : nous basons pour cela notre recherche uniquement sur le concept de « téléadaptation » en reliant tous les termes et synonymes par des « OR », l'opérateur « OR » permettant d'élargir la recherche, en sélectionnant les résultats obtenus pour chaque terme. La recherche étant volontairement très large, nous obtenons 2534 résultats, mais nous décidons d'exclure les résultats antérieurs à 2015 car l'objet de notre recherche est un sujet d'actualité qui évolue très rapidement, nous obtenons alors 2513 résultats. Au vu du nombre toujours trop élevé de résultats, nous choisissons de ne conserver que les revues systématiques et les méta-analyses ce qui réduit la recherche à 199 résultats. Parmi ces articles, nous réalisons une présélection grâce à la pertinence du titre et des mots clés, nous en retenons alors 55, puis une seconde sélection sur lecture des abstracts à l'issue de laquelle nous retenons 39 articles. Enfin, après lecture complète et exclusion des articles déjà étudiés par les revues de littérature ou méta-analyses incluses dans les résultats, nous retenons les plus pertinents au regard du sujet de l'étude soit 34 articles (Fig.1).

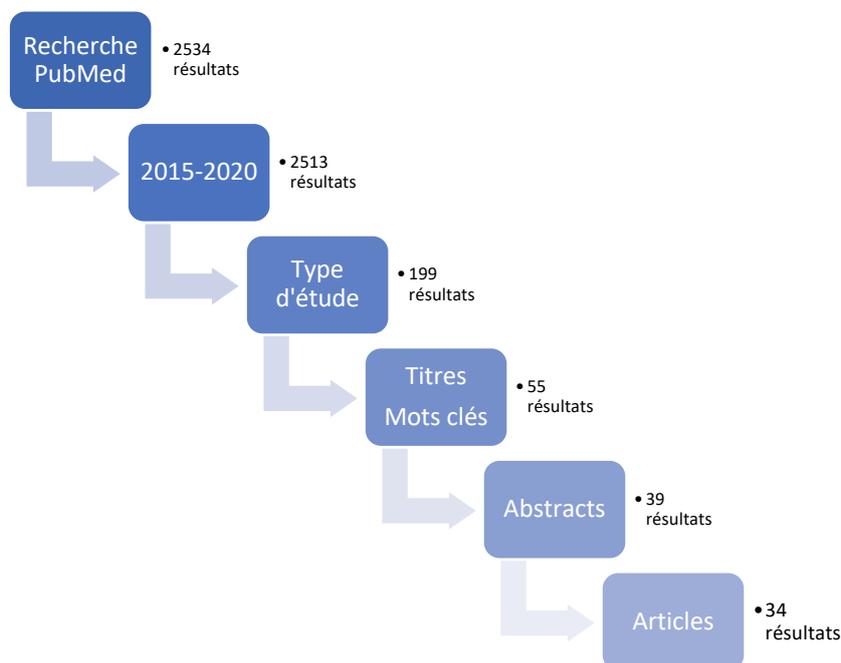


Figure 1: Processus de sélection des articles, recherche préliminaire « Téléadaptation »

Les résultats sont ensuite consignés et organisés dans un tableur Excel dans lequel figurent les données nécessaires à l'élaboration de la bibliographie ainsi que le type d'étude, l'abstract et les idées directrices de chaque article. Les articles sont organisés par champs de

la masso-kinésithérapie dans le but de regrouper les idées et les citations pour chaque partie de notre introduction (1.2).

Dans un second temps, nous décidons d'axer notre recherche sur les freins et les facilitateurs à la mise en place du télésoin, dans les pays qui ont plus de recul sur l'implémentation du système. Nous utilisons donc les traductions anglaises et les synonymes des mots clés « barrières » et « facilitateurs » : « barriers », « obstacles », « enablers » et « facilitators ». Nous associons ces mots-clés aux termes MeSH reliés au concept de « téléadaptation » (Tableau 1) en utilisant les connecteurs booléens « OR » et « AND » : l'opérateur « OR » permet d'élargir la recherche, l'opérateur « AND » quant à lui permet de diminuer le nombre de références et de préciser la recherche, en sélectionnant uniquement les résultats contenant tous les termes mentionnés. Nous choisissons donc de relier pour chaque concept tous les termes et synonymes par des « OR » et de relier les concepts entre eux par un AND. Nous recherchons ces termes dans le titre, l'abstract et les termes MeSH des articles, ce qui nous amène à l'équation de recherche suivante pour la base MEDLINE/PubMed :

```
((("telerehabilitation"[MeSH Terms] OR "telerehabilitation"[Title/Abstract] OR "tele-  
rehabilitation"[Title/Abstract] OR ("remote"[Title/Abstract] AND  
"rehabilitation"[Title/Abstract])) OR ("virtual"[Title/Abstract] AND  
"rehabilitation"[Title/Abstract])) AND (("barriers" [Title/Abstract]) OR ("enablers"  
[Title/Abstract]) OR ("facilitators" [Title/Abstract]) OR ("obstacles" [Title/Abstract])))
```

## **2.2 La revue de littérature**

Nous obtenus 103 résultats, mais nous décidons d'exclure les résultats antérieurs à 2015 car l'objet de notre recherche étant un sujet d'actualité qui évolue très rapidement, les barrières rencontrées par le passé ne nous paraissent pas aussi pertinentes aujourd'hui que celles relevées par des études plus récentes. Nous obtenons donc 85 résultats parmi lesquels nous réalisons une présélection grâce à la pertinence du titre et des mots clés, nous en retenons alors 22, puis une seconde sélection sur lecture des abstracts à l'issue de laquelle nous retenons 17 articles. Enfin, après lecture complète et exclusion des articles déjà étudiés par les revues de littérature ou méta-analyses incluses dans les résultats, nous retenons les plus pertinents au regard du sujet de l'étude soit 15 articles (Fig 2).

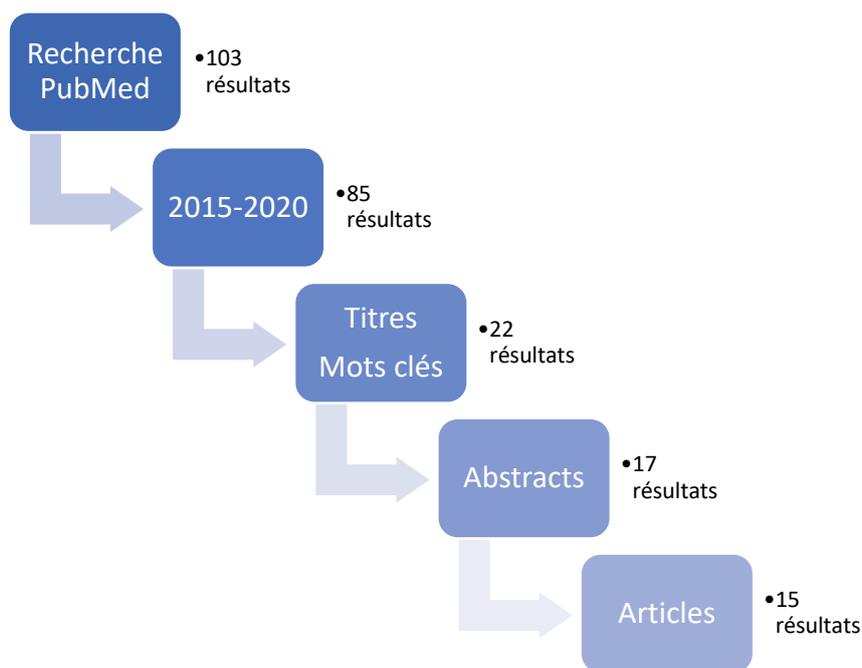


Figure 2: Processus de sélection des articles, revue de littérature « Téléréadaptation, freins et facilitateurs »

## 2.3 Résultats de la revue de littérature

### 2.3.1 Du point de vue des patients

Plusieurs études qualitatives portant sur l'acceptabilité de la TR par les patients ont été menées ces dernières années et ont révélé plusieurs freins et facilitateurs à sa mise en place, du point de vue des patients. En 2018, une étude réalisée à Singapour montre que les principaux facilitateurs relevés par les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral et leurs aidants sont l'accessibilité et le coût [43]. Des résultats similaires sont donnés par une étude belge de 2020 sur des patients atteints de sclérose en plaques [44]. Les patients identifient cependant des freins : les difficultés liées à l'installation de l'équipement, les problèmes de connectivité et le nombre limité d'exercices réalisables, ces deux derniers freins étant d'ailleurs cités également par les thérapeutes interrogés [43]. Des caractéristiques telles que l'âge du patient, la sévérité de l'accident vasculaire cérébral, le soutien des aidants et les influences culturelles modifient les perceptions des patients et leur choix de rééducation [43]. Une autre étude qualitative de 2020, américaine, relève des bénéfices observés par les patients sur leurs capacités physiques, cognitives et leur bien-être émotionnel ; ils considèrent la TR comme un outil facile et pratique, permettant une flexibilité horaire et géographique [45].

### **2.3.2 Du point de vue des thérapeutes**

Du point de vue des professionnels de santé, les principaux freins cités sont les problèmes techniques, les compétences du personnel et les coûts engendrés [46][47]. Une étude publiée en 2015 par le Journal of Telemedicine and Telecare, dans l'objectif de créer un service de TR, a interrogé différents professionnels de la rééducation sur leur perception des barrières à l'utilisation de la vidéoconférence pour la rééducation. Leurs inquiétudes portaient sur la durée des séances (qu'ils estimaient plus longues qu'en face-à-face), la sécurité et la confidentialité des échanges, le manque de recommandations dans le domaine, la peur que la relation avec le patient devienne impersonnelle et les difficultés techniques [47]. Une revue systématique réalisée en 2017, révèle que les cliniciens ayant peu d'expérience de la TR craignent de ne pas réussir à développer une relation de confiance avec le patient. Dans la même étude, il est mentionné que selon les dires des soignants, le maintien d'une alliance thérapeutique est facilité par l'existence préalable d'une relation de soins, en amont des séances en vidéoconférence [48].

### **2.3.3 Mise en place de la télé-réhabilitation**

Une revue de littérature américaine très récente porte sur la mise en place rapide et forcée de la TR dans le contexte de la pandémie de Covid-19, pour les patients en situation de handicap et classe les défis à la mise en place de la TR dans cinq catégories : infrastructure et accès, défis opérationnels, réglementation, communication et législation [49]. Les auteurs dénoncent le fait que peu d'attention ait été accordée à la prise en charge de ces patients vulnérables pendant la pandémie et suggèrent que des changements sur le long-terme doivent être apportés sur tous ces aspects, cependant, cette étude repose sur très peu de bibliographie [49].

Aux États-Unis, un programme de TR appelé TeleHOME a été mis en place en 2016 pour répondre aux besoins de la population de vétérans habitant dans des zones rurales avec peu d'offre de soins. Des études qualitatives ont analysé les défis rencontrés lors de l'implémentation et de l'utilisation de ce programme [50][51]. Les professionnels de santé en général ont relevé plusieurs difficultés : la formation en général, la technologie à disposition, le manque de matériel à disposition chez le patient, la sécurité et l'ergonomie du domicile du patient [51]. Les freins et facilitateurs rencontrés ont été classés dans une

seconde étude menée en 2020 en trois catégories : culturels, logistiques et environnementaux [50]. La catégorie la plus souvent citée par les professionnels de santé était la barrière culturelle, avec une conception traditionnelle de la rééducation comme un acte manuel reposant sur des manipulations et des évaluations réalisées en face-à-face. Les professionnels les plus réticents à adopter la TR étaient alors les physiothérapeutes et ergothérapeutes [50]. Une revue systématique réalisée en 2017 et portant sur la mise en place de la télémédecine pour des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral a relevé plusieurs freins, notamment la qualité audiovisuelle de la vidéoconférence et le manque d'un espace dédié à la rééducation, les compétences techniques, les ressources matérielles telles que les ordinateurs et le temps, mais aussi les croyances et les représentations des cliniciens à propos de la perception de la télémédecine par les patients [48]. Par ailleurs, l'expérience, l'organisation pluridisciplinaire et la mise en place de recommandations et de procédures ont été identifiées comme des facilitateurs à l'adoption de la télémédecine en routine [48]. Une étude qualitative portant sur les perspectives des patients et des soignants concernant la TR pulmonaire dans un contexte de bronchopneumopathie chronique obstructive a identifié quatre aspects critiques à cette modalité de rééducation : l'aspect social de la réhabilitation pulmonaire, la communication avec les autres professionnels, l'utilisation de capteurs pour monitorer le patient et améliorer ses connaissances de sa pathologie, et l'évaluation des progrès avec le temps [35].

Afin de représenter les nombreux freins et facilitateurs relevés dans notre revue de littérature et de mettre en évidence les liens qu'ils entretiennent entre eux et avec les contraintes réglementaires et culturelles, nous utilisons une carte mentale (Fig 3).

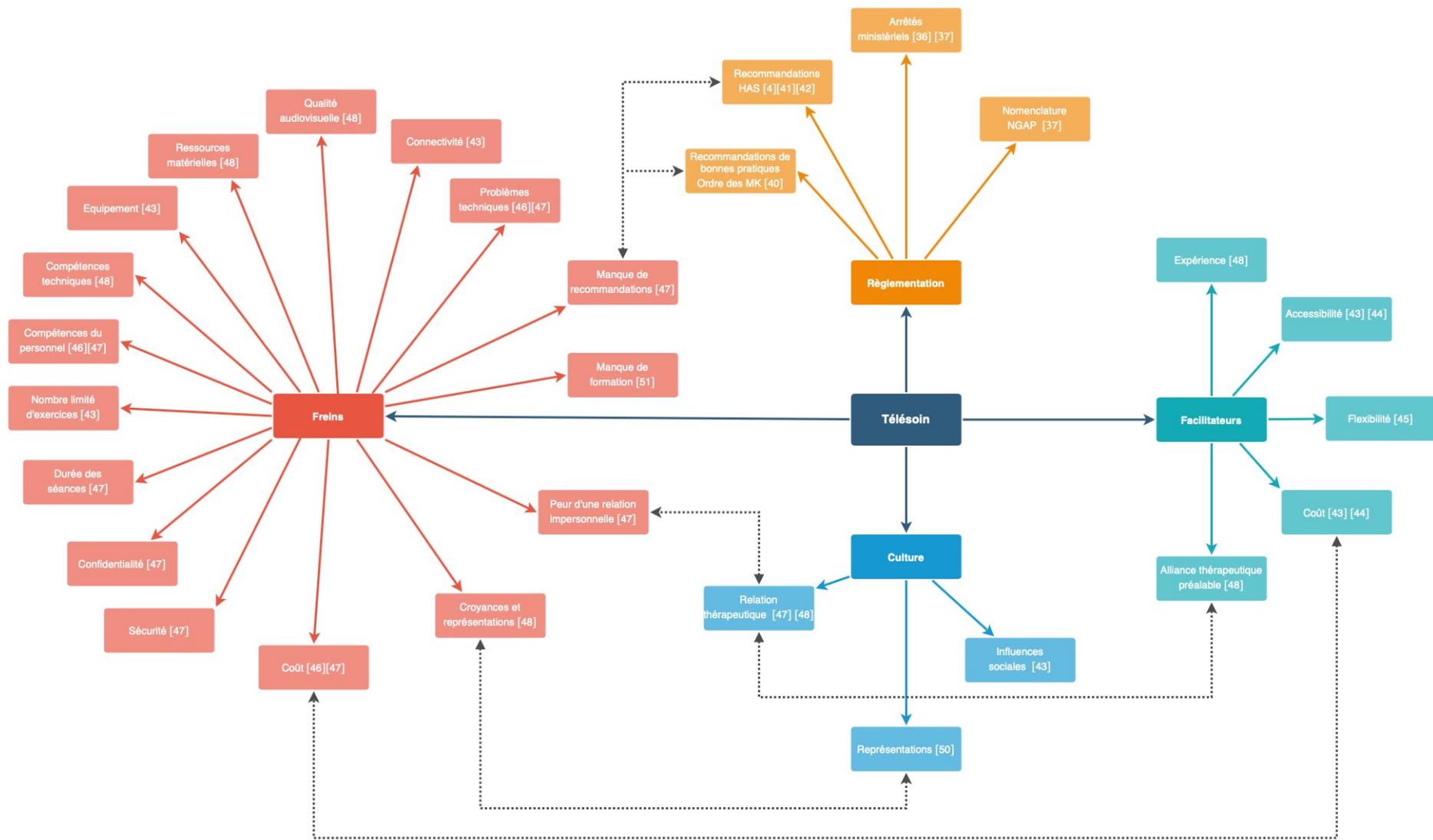


Figure 3: Carte mentale, résultats de la revue de la littérature

En 2020, une synthèse canadienne de plusieurs études menée sur les freins et facilitateurs de l'implémentation de la TR les a regroupés dans les quatre catégories suivantes : efficacité et coûts, satisfaction du patient, acceptation du clinicien, considérations technologiques [52]. Les résultats de cette étude semblent montrer que les patients sont satisfaits de ce service lorsqu'ils sont formés à l'utilisation de la technologie de manière appropriée et ont suffisamment d'interactions sociales. Les cliniciens préfèrent les interactions en face-à-face mais utilisent la TR quand le face-à-face n'est pas possible [52]. D'après une étude danoise sur la réhabilitation respiratoire pour les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive, en ce qui concerne l'implémentation et l'exercice de la TR par les professionnels de santé, freins et facilitateurs peuvent se regrouper en 6 domaines : les compétences, le rôle professionnel et l'identité, les croyances à propos des capacités, les croyances à propos des conséquences, le contexte environnemental et les ressources, les influences sociales [53].

### **3. Méthode de recherche**

#### **3.1 Question de recherche**

Nous nous interrogeons sur la part des MK libéraux ayant réalisé des séances de télésoin avec leurs patients depuis son autorisation en France le 16 avril 2020, ainsi que sur les composantes et les modalités de ces séances. Nous souhaitons analyser les freins et les facilitateurs à la mise en place du télésoin, du point de vue des MK français.

Les MK sont-ils prêts pour le télésoin ? Sont-ils conscients des difficultés qu'ils vont rencontrer ?

Ce questionnaire aboutit finalement à la problématique suivante : Quelle est la vision des MK de l'implémentation du télésoin dans leur pratique professionnelle ?

#### **3.2 Type d'étude choisi**

L'objectif de cette étude est de comprendre la vision des MK de l'implémentation du télésoin dans leur pratique professionnelle, en faisant émerger les barrières perçues lors de leur exercice pendant la pandémie de Covid-19. Le terme « implémentation » du télésoin est utilisé dans ce travail dans le sens « installation en réalisant les adaptations nécessaires à son fonctionnement ».

Le recueil de ces informations étant un phénomène subjectif, nous avons jugé plus pertinent d'utiliser une méthodologie qualitative [54]. Nous avons choisi la méthode de l'entretien semi-directif car celle-ci s'inscrit dans une démarche compréhensive d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur [55].

Un questionnaire différentiel aurait également été intéressant et aurait permis d'étudier chaque critère défini par notre cadre catégoriel en regard de la pratique quotidienne du MK mais l'objet de notre étude étant particulièrement récent, nous risquons de nous heurter à la difficulté de recueillir trop peu de données » [56]. Ceci pourrait faire l'objet d'un second temps de cette étude. D'autre part, la passation d'un questionnaire avec des questions fermées inhiberait l'expression libre des MK interviewés ce qui serait préjudiciable dans le

cadre de cette étude préliminaire, c'est pourquoi nous avons choisi de mener des entretiens d'enquête semi-directifs auprès de la population ciblée.

L'entretien semi-directif permet de structurer l'interrogation sans pour autant diriger le discours de l'interviewé, garantissant ainsi l'investigation de l'ensemble des sujets qui intéressent le chercheur [57]. La construction des entretiens à partir d'une base commune assure la comparabilité des résultats entre eux.

### **3.3 Cadre catégoriel a priori**

L'entretien semi-directif nécessite la définition d'un cadre théorique a priori, fondé sur les données de la littérature disponibles sur le sujet. La revue de littérature effectuée 2.3) permet d'identifier de nombreux freins et facilitateurs à l'implémentation du télésoin, mais la catégorisation de ces critères est souvent différente selon les études. L'étude de Damhus et col. [53] utilise comme cadre catégoriel le *Theoretical Domains Framework* développé par Michie et col., un groupe de psychologues et chercheurs en implémentation [58]. Ce cadre d'étude, appliquant les théories comportementales à l'implémentation de nouveaux systèmes a été validé en 2012 par Cane et col., pour une utilisation dans le domaine de la santé [59]. Il comprend quatorze domaines (Annexe II). Le *Theoretical Domains Framework* peut être appliqué à la fois pour analyser des données qualitatives telles que les entretiens ou les *focus group* mais également les données quantitatives obtenues par des questionnaires [58][59]. Nous jugeons pertinent de réutiliser ce modèle pour définir nos catégories a priori, en regard de la problématique énoncée plus haut (3.1).

Nos catégories sont ainsi définies, en respectant les principes de la catégorisation décrits par L. Bardin. En effet, un ensemble de bonnes catégories doit avoir les qualités suivantes : exclusion mutuelle, pertinence, objectivité, fidélité et productivité [55]. D'après la règle d'homogénéité des catégories, « un seul même principe de classification doit gouverner leur organisation ».

Les catégories sont subdivisées en sous-catégories en regard de notre objet d'étude, pour chacune d'elles, des indicateurs déterminant l'entrée d'un élément dans une sous-catégorie ont été listés (Tableau 2). La précision de ces indicateurs permet de respecter l'objectivité et la fidélité des catégories : « L'organisateur de l'analyse doit définir clairement les variables qu'il traite, comme il doit préciser les indices qui déterminent l'entrée d'un élément dans

une catégorie » [55]. La catégorie « compétences » est par exemple subdivisée à l'aide du référentiel de compétences du Diplôme d'État qui énumère les onze compétences du MK [60] (Annexe III). C'est la règle de pertinence qui nous permet de ne retenir que les six compétences intéressant notre objet d'étude : celles qui traitent de l'interaction entre le MK et le patient. D'après L. Bardin : « Le système de catégories doit refléter les intentions de recherche, les questions de l'analyse et/ou correspondre aux caractéristiques des messages » [55]. Nous les regroupons ensuite en quatre sous-catégories afin de respecter la règle d'exclusion mutuelle : évaluation, traitement et soin, promotion de la santé et communication. En effet, d'après la règle de l'exclusion mutuelle, « les catégories devraient être construites de telle sorte qu'un élément ne puisse pas avoir deux ou plusieurs aspects susceptibles de le faire classer dans deux ou plusieurs catégories » [55]. Les catégories et sous-catégories définies a priori peuvent être modifiées au cours de l'analyse et de nouvelles catégories peuvent également émerger a posteriori, c'est pourquoi nous prévoyons une catégorie « autre ». La grille d'analyse catégorielle suivante (Tableau 2) a donc été construite afin d'organiser la réalisation des entretiens et de guider l'analyse de contenu.

Tableau 2: Grille d'analyse catégorielle a priori

<b>Catégories</b>	<b>Sous-catégories</b>	<b>Indicateurs</b>
<b>Connaissances</b>	<b>Définition du télésoin</b>	Soin à distance Vidéo-transmission
	<b>Règlementation</b>	HAS, Arrêté, Recommandations NGAP, Cotation, Facturation
<b>Représentations</b>	<b>Identité</b>	Identité personnelle Appartenance à un groupe
	<b>Rôle socio-professionnel</b>	Identité professionnelle Rôle, Barrières
<b>Compétences</b>	<b>Évaluation (n°1)</b>	Bilan, Diagnostic Interrogatoire, Auscultation
	<b>Traitement et soin (n°2, 4)</b>	Étirements, Renforcement Techniques, Exercices
	<b>Promotion de la santé (n°3, 6)</b>	Prévention, Conseil Éducation thérapeutique

	<b>Communication (n°5)</b>	Écoute, Dialogue
<b>Croyances</b>	<b>A propos de ses capacités</b>	Efficacité personnelle Compétences perçues Confiance en soi, Estime de soi
	<b>A propos des conséquences</b>	Attentes à propos des résultats Anticipation des résultats Risque perçu
<b>Émotions</b>	<b>Appréhension</b>	Peur, Crainte, Anxiété, Stress
	<b>Satisfaction</b>	Plaisir, Contentement
<b>Ressources</b>	<b>Ressources matérielles</b>	Objets, Outils numériques Disponibilité, Utilisation
	<b>Ressources personnelles</b>	Du MK, du patient, des aidants
<b>Influences sociales</b>	<b>Des autres professionnels</b>	Comparaison, Pression sociale Travail d'équipe, Hiérarchie
	<b>Du patient</b>	Feedback
<b>Comportement</b>	<b>Nature du comportement</b>	Quand ? Comment ? Avec qui ? Routine, Habitude, Expérience
	<b>Intention</b>	Objectifs, Priorités, Alternatives Motivation, Engagement
<b>« Autre »</b>		

### 3.4 Population

Cette étude s'intéresse aux MK ayant pratiqué le télésoin en France, depuis l'arrêté du Ministère des solidarités et de la santé du 16 avril 2020, dans le contexte particulier de l'état d'urgence sanitaire face à l'épidémie de COVID-19. La pertinence du recours au télésoin étant déterminée par les MK, il nous semble pertinent de les interroger directement. Seuls les MK ayant réalisé des actes de télésoin en France, depuis le 16 avril 2020, sont donc inclus dans notre étude.

Nous contactons donc par mail plusieurs MK afin de savoir s'ils ont réalisé des actes de télésoin, ceux qui n'en ont pas réalisé ne sont pas inclus dans notre étude. La variabilité des parcours professionnels, des lieux d'exercice et de la patientèle est prise en compte dans le choix des participants. En effet, la recherche de différents profils nous paraît pertinente pour un recueil d'informations le plus complet possible. La variabilité des points de vue pourrait permettre de nourrir notre question de recherche. Le nombre de participants est fixé à quatre, les refus rencontrés limitant la quantité d'entretiens effectués.

Un fois un accord obtenu sur la date de rendez-vous, chaque participant reçoit un document d'information et d'autorisation (Annexe IV) qu'il nous retourne signé dans le but de le renseigner sur le projet de recherche auquel il participe et de recueillir son consentement éclairé. L'autorisation d'enregistrer l'entretien et d'en utiliser et conserver les données est ainsi systématiquement demandée.

### **3.5 Déroulement des entretiens**

Tous les entretiens débutent par la même question inaugurale, « Quelle est votre définition du télésoin ? » car, « l'analyse étant comparative, il est nécessaire que les conditions soient standardisées » [55]. Au cours des entretiens, des relances sont effectuées en regard des différentes catégories retrouvées dans la littérature. Le discours est laissé libre au locuteur pour encourager une expression qui lui est propre afin de rendre l'analyse plus riche. L'interviewé est ainsi libre de s'exprimer, tout en étant guidé et relancé par le chercheur pour l'amener donner à son avis sur toutes les catégories définies par la littérature, libre d'évoquer ou non chaque sous-catégorie. Pour cela, nous nous aidons d'un guide d'entretien constitué de la grille d'analyse catégorielle (Tableau 2). Les entretiens ne dépassent pas vingt minutes et prennent fin lorsque l'interviewé s'est exprimé sur toutes les catégories.

### **3.6 Analyse de contenu**

#### **3.6.1 Retranscription et codage**

Les entretiens enregistrés sont retranscrits le plus fidèlement possible, de façon linéaire, et codés selon les règles énoncées par V. Traverso (Annexe V) [61]. Ce codage permet de mettre en évidence des informations latentes contenues dans des paramètres de

communication non-verbale tels que l'intonation de l'interviewé, le débit d'élocution, les hésitations, les temps de pause et les gestes, permettant par la suite d'interpréter le plus fidèlement possible le discours de l'interviewé. Dans les retranscriptions ainsi obtenues, dans un souci d'anonymat, le MK interviewé est désigné par les lettres « MK » suivies d'un numéro et le chercheur par la lettre « C ». Les dires des interlocuteurs sont intégralement retranscrits, les tours de paroles sont respectés et sont traduits par un retour à la ligne, chaque ligne étant numérotée pour permettre de retrouver plus facilement les verbatim lors de l'analyse.

### **3.6.2 Analyse catégorielle**

L'analyse catégorielle est la plus ancienne et la plus utilisée [55]. Elle consiste en un découpage du corpus en unités puis une classification de celles-ci en catégories selon la grille d'analyse prédéfinie (3.3). Selon L. Bardin, l'analyse s'organise en trois phases : « la pré analyse, l'exploitation du matériel et le traitement des résultats par l'inférence et l'interprétation » [55]. La pré analyse correspond à une période d'intuition, débutant par une « lecture flottante » du corpus, permettant à l'enquêteur de s'en imprégner et de faire émerger des impressions et des orientations [55]. L'exploitation du matériel consiste à ranger dans la grille d'analyse prédéfinie toutes les unités de contenu afin de pouvoir les décompter. Cette grille doit être appliquée de manière systématique à l'ensemble du corpus afin de respecter les règles d'exhaustivité et de non-sélectivité [55]. Les catégories étant exclusives les unes des autres, chaque occurrence ne peut être classées que dans une seule catégorie. Enfin, lors de la dernière phase, les résultats bruts sont traités afin de devenir significatifs et compréhensibles. Dans la suite de ce travail, ils nous permettent d'établir des tableaux et diagrammes afin de condenser et mettre en relief les données obtenues. Nous décidons de réaliser un tri différentiel afin de classer les occurrences positivement ou négativement par rapport à notre problématique afin de faciliter l'inférence (4) puis l'interprétation (5.1). Nous procédons en deux niveaux d'analyse successifs, l'un enrichissant l'autre. Le premier niveau consiste en un déchiffrement centré sur chaque entretien individuellement (4.24.34.4), permettant de « comprendre de l'intérieur la parole d'une personne » [55] en faisant abstraction de nos a priori et des autres entretiens. « La transversalité thématique » est le second niveau de notre analyse (4.5) et consiste à mettre en relation l'ensemble des entretiens effectués dans une synthèse mettant à jour les constances, les ressemblances et les régularités entre les différents MK interviewés [55].

Afin de limiter la subjectivité de nos résultats, l'appréciation d'un observateur extérieur à la recherche appartenant au monde de la santé est requise. Ayant pris connaissance de notre cadre catégoriel défini a priori, cet observateur classe à son tour les unités de sens dans les différentes catégories. Les résultats obtenus sont comparés à ceux obtenus par le chercheur. En cas de discordance, le chercheur et l'observateur entament une discussion autour des occurrences divergentes afin de trouver un accord.

L'analyse catégorielle est d'après L. Bardin, une technique qui « a fait ses preuves, elle permet de balayer au niveau manifeste l'ensemble des entretiens » [55]. Cependant, bien que le découpage du texte en unités de sens et leur classification en catégories soit rapide et efficace, « le compte-rendu final sera une abstraction impuissante à transmettre l'essentiel des significations produites par les personnes, laissant échapper le latent, l'original, le structurel, le contextuel » [55].

### **3.6.3 Analyse de l'énonciation**

L'analyse de l'énonciation est complémentaire de l'analyse catégorielle puisqu'elle permet d'aller au-delà de l'analyse transversale thématique en préservant « l'architecture cognitive et affective des personnes singulières » [55]. En effet, d'après L. Bardin, « une lecture de la manière de dire, décalée de la lecture thématique, peut compléter et approfondir l'analyse » [55]. Dans notre travail, il nous semble pertinent pour comprendre le vécu et la vision des MK de l'implémentation du télésoin dans leur pratique professionnelle, d'analyser autant les « signifiés » que les « signifiants » dans les dires des MK [55]. L'analyse de l'énonciation s'appuie sur la transcription exhaustive du corpus qui doit « conserver le maximum d'information tant linguistique que paralinguistique » [55]. Cette analyse s'effectue à plusieurs niveaux, elle peut être séquentielle et/ou stylistique afin de révéler la dynamique globale du discours mais aussi les éléments atypiques tels que les récurrences, les illogismes et les figures de rhétorique [55]. La difficulté ici est de réussir à partir de quelques entretiens réalisés auprès d'une population de MK à inférer à propos d'une réalité professionnelle. Comme le dit G. Michelat, « Comment préserver l'équation particulière de l'individu tout en faisant la synthèse de la totalité des données verbales provenant de l'échantillon des personnes interrogées ? » ou encore « Comment se servir de la singularité individuelle pour atteindre le social ? » [62].

## **4. Résultats**

Quatre entretiens sont réalisés, mais seulement trois sont exploitables et sont retenus pour notre travail. Ils sont enregistrés, retranscrits et codés intégralement. Nous présentons d'abord les résultats bruts obtenus pour chaque entretien et les analysons ensuite un par un selon la grille d'analyse catégorielle prédéfinie (3.3). Les occurrences sont classées selon si elles sont positives ou négatives en regard de notre problématique. Nous réalisons enfin une synthèse des résultats obtenus pour chaque catégorie. Nous réalisons également une analyse de l'énonciation pour chaque entretien.

### **4.1 Réévaluation de la grille d'analyse catégorielle**

Après avoir réalisé plusieurs lectures flottantes des trois corpus obtenus, nous avons réévalué notre grille catégorielle en regard des différentes règles énoncées par L. Bardin, notamment la règle de la productivité : « Un ensemble de catégories est productif s'il apporte des résultats riches en indices d'inférences, en hypothèses nouvelles et en données fiables » [55]. Nous avons par ailleurs observé l'émergence du thème de la conformité au cadre réglementaire. En effet, chez les trois MK interrogés, de nombreuses occurrences ayant trait à la réglementation mais ne se classant pas dans la catégorie des connaissances, sont d'abord classées dans la sous-catégorie « nature du comportement » de la catégorie « comportement ». Après classement de toutes les occurrences dans la grille d'analyse, nous constatons que toutes les occurrences classées dans la « nature du comportement » relèvent finalement de la conformité au cadre réglementaire. Afin de nous conformer au mieux à la règle de la pertinence des catégories [55], nous décidons de renommer notre sous-catégorie « conformité au cadre réglementaire », ce qui rend également plus cohérent le tri différentiel des occurrences en regard de notre objet d'étude.

### **4.2 Entretien 1**

#### **4.2.1 Résultats bruts**

Le premier MK interviewé est une femme de 67 ans, ayant débuté dans l'enseignement puis s'étant formée à la masso-kinésithérapie et ayant exercé pendant plus de 20 ans dans différents centres de rééducation. Enseignante en masso-kinésithérapie et en éthique de la

rééducation, elle exerce en parallèle en libéral, avec une patientèle toujours orientée neurologie ou traumatologie. L'entretien se déroule le 12/11/20 via Skype pour des raisons organisationnelles puisque nous sommes en confinement. Les résultats bruts obtenus sont indiqués dans le tableau suivant (Tableau 3).

Tableau 3: Données brutes, entretien avec le MK1

<b>Moyen utilisé</b>	Skype (vidéo)
<b>Durée</b>	15'57''
<b>Nombre de lignes</b>	146
<b>Nombre de relances</b>	14
<b>Nombre de verbatims</b>	83

#### 4.2.2 Analyse catégorielle

L'entretien est retranscrit (Annexe VI) et les 83 occurrences triées dans la grille d'analyse (Annexes VII et VIII). Les résultats sont illustrés par des diagrammes (Fig. 4 et 5).

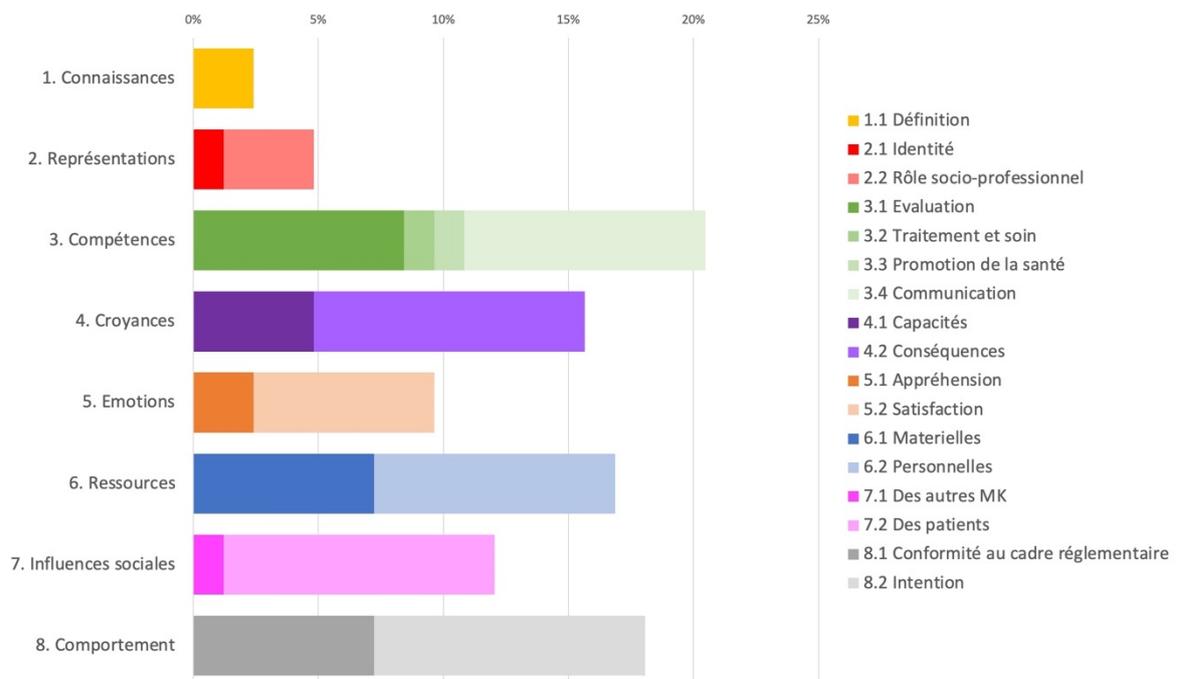


Figure 4: Diagramme des occurrences par catégories et sous-catégories, MK1

Pour le MK1, la distribution des occurrences est assez équilibrée dans les catégories « compétences », « comportement », « ressources » et « croyances » avec respectivement 21%, 18%, 17% et 16% des occurrences, viennent ensuite les catégories « influences sociales » et « émotions » avec respectivement 12% et 9% des occurrences. Enfin, les catégories « représentations » et « connaissances » sont particulièrement sous-représentées avec respectivement 5% et 2% des occurrences totales de ce premier corpus.

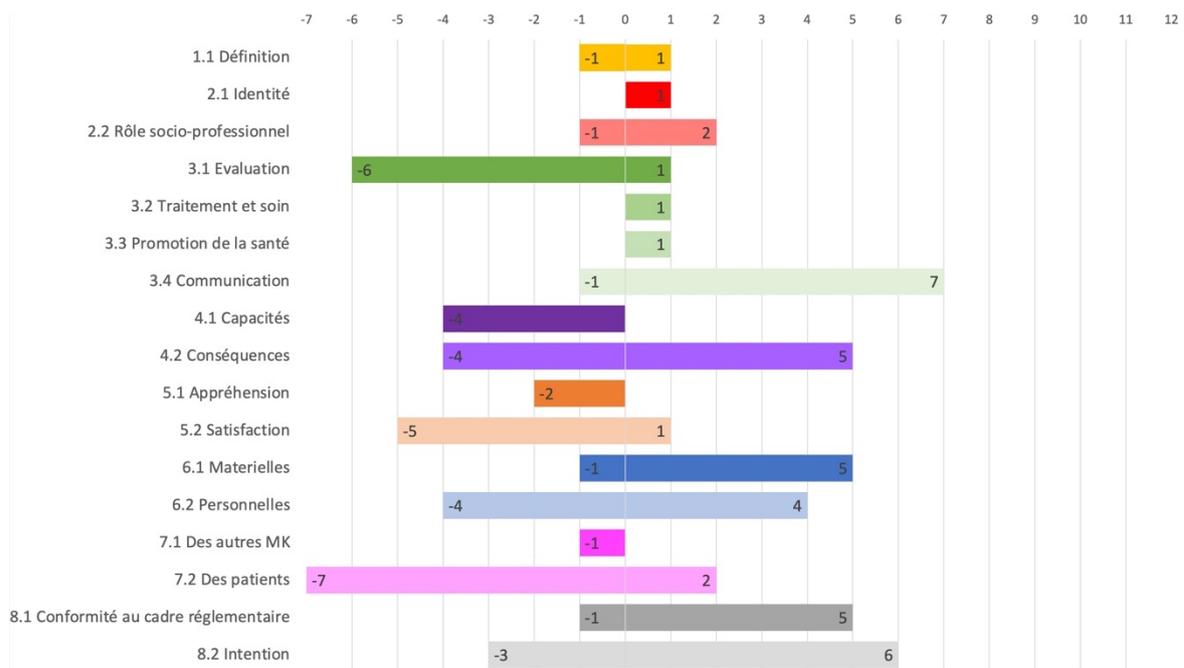


Figure 5: Diagramme des occurrences positives et négatives par sous-catégories, MK1

La catégorie des « compétences » regroupe 21% des occurrences du corpus, inégalement réparties entre les quatre compétences du MK étudiées. En effet, les compétences « évaluation » et « communication » regroupent à elles seules la quasi-totalité des occurrences de cette catégorie. Alors que les occurrences dans la sous-catégorie « communication » sont presque toutes positives, « elle CONNAISSAIT ↑ elle COMPRENAIT ce que je lui disais » (l.13-14), « elle comprenait très bien ce que je voulais dire » (l.16-17), le MK1 semble considérer ces séances comme une occasion de prodiguer des conseils au patient, comme elle le mentionne dans la seule occurrence pour la sous-catégorie « promotion de la santé » : « plutôt dans une fonction de conseil [...] c'est JUSTE un conseil » (l.70-72). En ce qui concerne la compétence d'évaluation, les occurrences presque toutes négatives indiquent une grande difficulté pour le MK1 d'utiliser à distance cette compétence : « y'a pas de moyen de REGULATION » (l.47-48). On note également

une seule occurrence dans la sous-catégorie « traitement et soin » ce qui laisse penser que, paradoxalement ce n'est pas une compétence mobilisée de manière majoritaire lors du télé « soin ».

La catégorie « comportement » recense quant à elle 18% des occurrences de ce corpus avec une grande majorité d'occurrences positives, que ce soit sur le plan de la « conformité au cadre réglementaire » ou de l'« intention ». Cette répartition indique non-seulement que dans la majorité des cas, les séances réalisées par le MK1 le sont dans le cadre prévu par la HAS, « ce sont des gens que je CONNAISSAIS AVANT » (l.7), mais aussi le MK1 montre une attitude plutôt positive à l'égard du télésoin, qu'elle pratiquait déjà auparavant et entend continuer à pratiquer si nécessaire : « AVEC le télésoin je trouve ↑ alors point positif ↑ (...) on s'ADAPTE nous les kinés ↑ et ça c'est je trouve que c'est un gros gros avantage ↑ et c'est pour ça qu'on le faisait avant ↑ et que je continue à le faire ↑ » (l.85-88).

En ce qui concerne les « ressources » qui comptent 17% des occurrences totales, les « ressources matérielles » ne semblent pas considérées comme un frein, puisque cinq occurrences sur six sont positives. En effet, l'interviewée affirme « pour moi le matériel c'est pas un problème ↓ au contraire ↓ » (l.88-89). Pour autant, la seule occurrence négative relevée pour cette sous-catégorie est en contradiction directe avec l'une des occurrences positives, nous jugeons donc utile à la compréhension du discours et à son interprétation d'approfondir cet élément dans un second temps, grâce à l'analyse de l'énonciation (4.2.3). Pour la sous-catégorie « ressources personnelles », les résultats sont mitigés avec autant d'occurrences positives que négatives. L'expérience partagée du MK et du patient semble être une ressource importante pour le télésoin selon le MK1 : « MAIS on avait quand même l'expérience ↓ ça c'est important ↓ de ce qui avait été fait AVANT » (l.15-16). A l'inverse, la ressource qui paraît manquer le plus au MK1 est le contact, terme mentionné dans les quatre occurrences négatives relevées : « y'avait pas LE CONTACT » (l.35), « y'a vraiment une notion de de CONTACT euh ::: qu'on a pas » (l.38-40), « Le contact euh ::: je l'ai pas touchée ↓ » (l.43), « par téléphone et bah ::: y'a pas la possibilité de de de mettre une réaction avec un CONTACT manuel ↓ ou corporel ↓ [...] Y'a pas » (l.46-47).

La catégorie « croyances », avec 16% du total des occurrences du corps, est celle qui compte le plus d'occurrences négatives. En effet, dans la sous-catégorie « croyances à propos des capacités », toutes les occurrences sont négatives, le MK1 évoque non-seulement des limites

dues aux modalités de réalisation de la séance (téléphone ou vidéo), « c'est pas derrière une caméra qu'on voit ce qui se passe ↑ ! Il faut ::: faut aller sur le terrain ↑ faut y aller tu vois ↑ ça c'est pas mon PETIT téléphone qui peut le faire ↑ » (l.123-124), mais elle affirme même que rien ne peut remplacer sa présence physique auprès du patient : « Rien ne me remplace quoi ↑ » (l.133). En ce qui concerne les « conséquences », on compte presque autant d'occurrences négatives que positives, pour le MK1, le télésoin « c'est mieux que zéro c'est mieux que rien » (l.51-52).

Dans ce premier entretien, on note une certaine importance des « influences sociales », recensant 12% des occurrences du corpus, majoritairement des « influences des patients », pour lesquelles plus des trois quarts des occurrences sont négatives : « en général (.) ils préfèrent que je sois là ↑ [...] ils préfèrent (.) le le renvoi euh ::: le CONTACT [...] manuel pour GUIDER ↓ » (l.91-95), « je les cite hein ↑ rien ne remplace (.) la ::: la rétroaction (.) de quelqu'un euh ::: à côté de soi ↓ » (l.102-103). Le MK1 ne mentionne qu'une seule fois une influence d'un autre MK ce qui indique que la pratique du télésoin ne semble pas avoir fait l'objet d'une concertation entre confrères depuis sa réalisation, ou que les avis des autres MK sur le sujet importent peu pour le MK1.

Dans la catégorie « émotions » qui compte 9% des occurrences du corpus, sept occurrences sur huit sont négatives. Le télésoin suscite à la fois appréhension et insatisfaction pour le MK1 : « si jamais elle glisse ↑ ou je sais pas quoi ↑ euh je peux RIEN moi ↓ d'où je suis » (l.54-55), « justement ↑ j'étais un peu inquiète ↑ » (l.126), « MOI en tant que kiné c'est pas satisfaisant ↑ » (l.56-57), « je me suis sentie pas bien ↑ ! » (l.137).

Les quelques occurrences dans la catégorie « représentations », 5% du total des occurrences, indiquent la nécessité pour le MK1 d'un accompagnement du patient : « de pas les laisser tout seuls ↑ avec leur blessure ↑ (.) Je crois que c'est ça qui est important ↓ (.) » (l.144-145), « Pour ce qui est neuro ↑ euh je pense qu'il faut un accompagnement [...] on peut pas laisser des gens tout seuls ↑ [...] c'est le rôle du kiné » (l.63-66).

En ce qui concerne les connaissances au sujet du télésoin, on ne retrouve que 2% des occurrences et aucune dans la sous-catégorie « réglementation », l'interviewée n'évoque jamais ni la fiche de la HAS ni l'arrêté du 16 avril 2020, on peut donc se demander le cadre

règlementaire est bien connu du MK1 ou si une relance supplémentaire de la part du chercheur aurait été nécessaire.

### 4.2.3 Analyse de l'énonciation

Le MK1 a un discours plutôt saccadé, avec de nombreuses hésitations et perturbations de langage. En dehors des passages où elle se réfère à des situations vécues qu'elle relate avec des détails, les réponses sont courtes et nécessitent de nombreuses relances de la part du chercheur. Lors de ce premier entretien, nos relances sont assez directives, l'enchaînement des thèmes évoqués est donc presque imposé au locuteur. Cela rend peu pertinent une analyse logique ou séquentielle pour ce corpus. Nous effectuons donc une analyse stylistique de l'entretien réalisé avec le MK1.

Lorsqu'on l'interroge sur la définition du télésoin, le MK1 répond : « C'est des séances de rééducation ↑ en virtuel c'est à dire PAS EN PRESENCE REELLE de la personne » (1.2-3). L'emploi de cette tournure négative soulignée par l'accentuation des termes employés marque, dès le début du discours, l'importance que revêt pour elle la présence physique du MK aux côtés du patient lors de la séance.

Pour décrire les séances réalisées, elle reprend des exemples concrets, notamment deux cas cliniques tirés de sa pratique. Les phrases sont alors longues, avec des perturbations de langage de type « euh » qui deviennent progressivement de moins en moins nombreuses. Au-delà des descriptions qu'elle fait de ces séances, on observe déjà des récurrences marquant l'importance pour elle, de connaître le patient en amont : elle accentue d'ailleurs tous les termes se référant à une expérience préalable avec le patient en présentiel : « ce sont des gens que je CONNAISSAIS AVANT » (1.6-7), « on avait quand même l'expérience ↓ ça c'est important ↓ de ce qui avait été fait AVANT ↓ » (1.15-16). En effet, pour le MK1, cette expérience partagée est perçue comme une ressource essentielle au traitement : « on a REPRIS des exercices qu'on avait DEJA faits avant donc elle CONNAISSAIT ↑ elle COMPRENAIT ce que je lui disais ↑ » (1.12-13).

Lorsque le MK1 évoque une séance réalisée avec une patiente jamais rencontrée en présentiel, elle la qualifie de « test » et mentionne immédiatement les limites qu'elle perçoit comme des incapacités, à la fois pour le MK et la patiente : « j'arrivais pas ↓ elle elle comprenait pas ↓ (.) » (1.32). Pour le MK1, ces limites sont dues au manque d'une ressource

primordiale à ses yeux, « LE CONTACT » (1.35) pour lequel on retrouve six récurrences dans ce corpus, marqueurs de l'importance du toucher dans sa pratique : « Le contact euh ::: je l'ai pas touchée ↓ » (1.43), « le renvoi euh ::: le CONTACT (*plaque ses mains l'une contre l'autre*) manuel pour GUIDER ↓ » (1.94-95). Si l'absence du toucher semble la préoccuper, on observe dans cette partie du discours de nombreuses interpolations avec notamment des silences marquant des ruptures dans la continuité de ce qui vient à l'esprit du MK1. De nombreuses relances sont alors nécessaires pour approfondir cette notion et c'est indirectement, en usant de circonlocutions que l'interviewée exprime ses idées : « Euh : le contact au sens euh ::: chose que j'avais fait avec les deux autres patientes si tu veux ↓ j'avais toujours utilisé ou la main ↓ ou le tapis ↓ ou une chaise ↓ ou quelque chose ↑ et si on fait QUE par téléphone ↑ sans utiliser ::: un ::: enfin (2'') y'a vraiment une notion de de CONTACT euh ::: qu'on a pas ↓ » (1.37-40).

Comme pour appuyer sa propre expérience de l'absence du toucher, elle utilise les dires des patients qui confirment son vécu personnel : « elle a dit oui mais la chaise ELLE ↑ elle ne sent rien ↑ et elle ne réagit pas ↓ et c'est là que j'ai compris ↑ c'est ELLE qui m'a fait comprendre » (1.44-45). Pour le MK1, la principale limite perçue dans l'exercice du télésoin est la difficulté de régulation : « en fait ↑ par téléphone et bah ::: y'a pas la possibilité de de mettre une réaction avec un CONTACT manuel ↓ ou corporel ↓ ou ce que tu veux hein ↑ Y'a pas ↑ Et donc y'a pas de moyen de REGULATION ↓ » (1.46-48).

Le MK1 va plus loin, en évoquant les notions d'« erreur » (1.52) et même de « RISQUE » (1.137), d'après elle, la distance l'expose au risque de ne pas voir les erreurs du patient et cela suscite chez elle de l'appréhension quant à cette modalité d'exercice : « MAIS si jamais par exemple elle met un appui ↑ qui est pas bon ↑ si jamais elle glisse ↑ ou je sais pas quoi ↑ euh je peux RIEN moi ↓ d'où je suis ↓ » (1.54-55), « je leur ai fait prendre UN RISQUE ↑ je me suis sentie pas bien ↑ ! Alors c'était bien pratique par télé ::: ↑ mais le prix à payer pour la personne ↑ [...] bon (.) » (1.135-138). Ce risque perçu est à l'origine de son sentiment d'appréhension mais entraîne également de l'insatisfaction : « euh ::: MOI en tant que kiné c'est pas satisfaisant ↑ » (1.56-57).

En résumé, pour le MK1, bien que le télésoin permette « de garder ↑ euh ::: le lien ↑ et peut-être de de pas les laisser tout seuls (les patients) ↑ » (1.144), il ne permet pas une évaluation satisfaisante de l'état du patient ou de la bonne réalisation des exercices prescrits

et ne peut donc pas remplacer le contact physique avec la main du MK. En effet, pour elle, sa présence physique est irremplaçable et « le télésoin on va dire que c'est quand y'a rien d'autre ↓ c'est mieux que zéro ↓ euh ::: voilà ↓ » (1.138-139).

### 4.3 Entretien 2

#### 4.3.1 Résultats bruts

Le deuxième MK interviewé est un homme de 35 ans, exerçant depuis 12 ans en libéral, avec une patientèle présentant exclusivement des douleurs complexes et persistantes. Il est également formé en hypnose et thérapies comportementales et cognitives. L'entretien se déroule le 30/01/21 par téléphone. Les résultats bruts obtenus sont indiqués dans le tableau suivant (Tableau 4).

Tableau 4: Données brutes, entretien avec le MK2

<b>Moyen utilisé</b>	Téléphone
<b>Durée</b>	11'51''
<b>Nombre de lignes</b>	154
<b>Nombre de relances</b>	21
<b>Nombre de verbatims</b>	72

#### 4.3.2 Analyse catégorielle

L'entretien est retranscrit (Annexe IX) et les 72 occurrences triées dans la grille d'analyse (Annexes X et XI). Les résultats sont illustrés par des diagrammes (Fig. 6 et 7).

L'analyse catégorielle réalisée pour cet entretien montre que les catégories « compétences », « ressources » et « croyances » sont de loin les plus représentées au cours de l'entretien 2, avec respectivement 26 %, 21 % et 19 % des 72 occurrences relevées dans le corpus. La catégorie « comportement » regroupe 11 % des occurrences tandis que les catégories « émotions », « représentations » et « connaissances » sont très peu exprimées avec respectivement 8 %, 7 % et 6 %. La catégorie « influences sociales » n'est presque pas

évoquée dans le discours du MK2, elle représente seulement 2 % des occurrences du corpus avec une seule occurrence dans la sous-catégorie « influences sociales des autres MK » et aucune dans la sous-catégorie « influences sociales des patients » ce qui montre que le MK2 est plutôt sûr de lui et de ses stratégies thérapeutiques, qui ne semblent pas influencées par les opinions des autres.

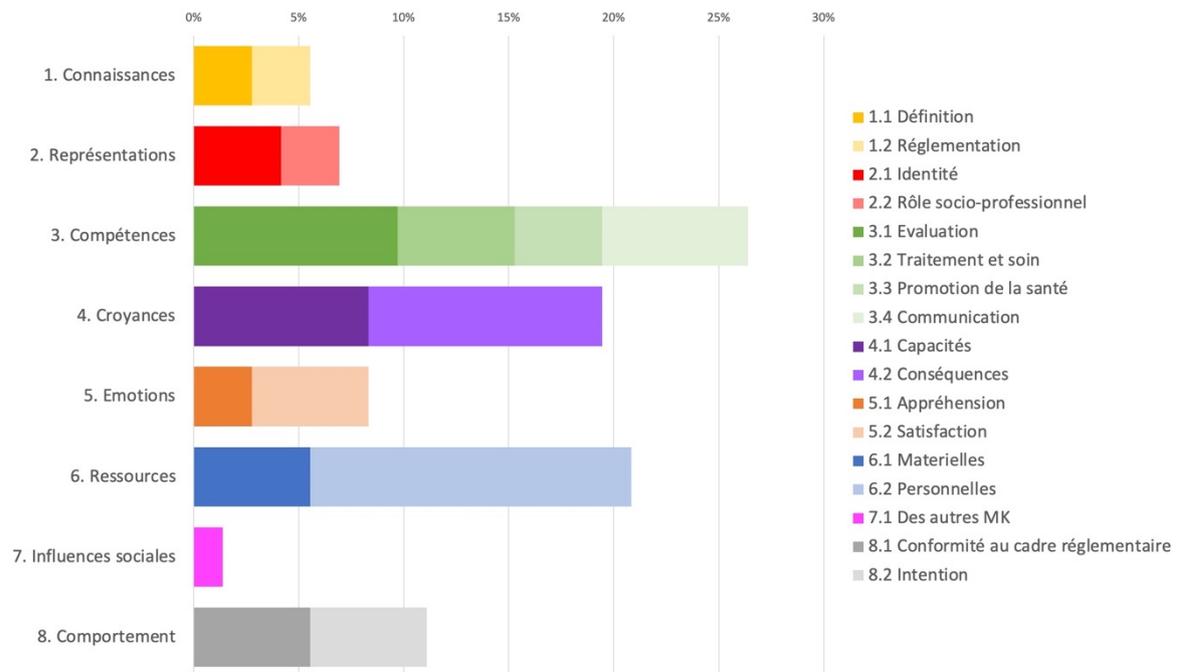


Figure 6: Diagramme des occurrences par catégories et sous-catégories, MK2

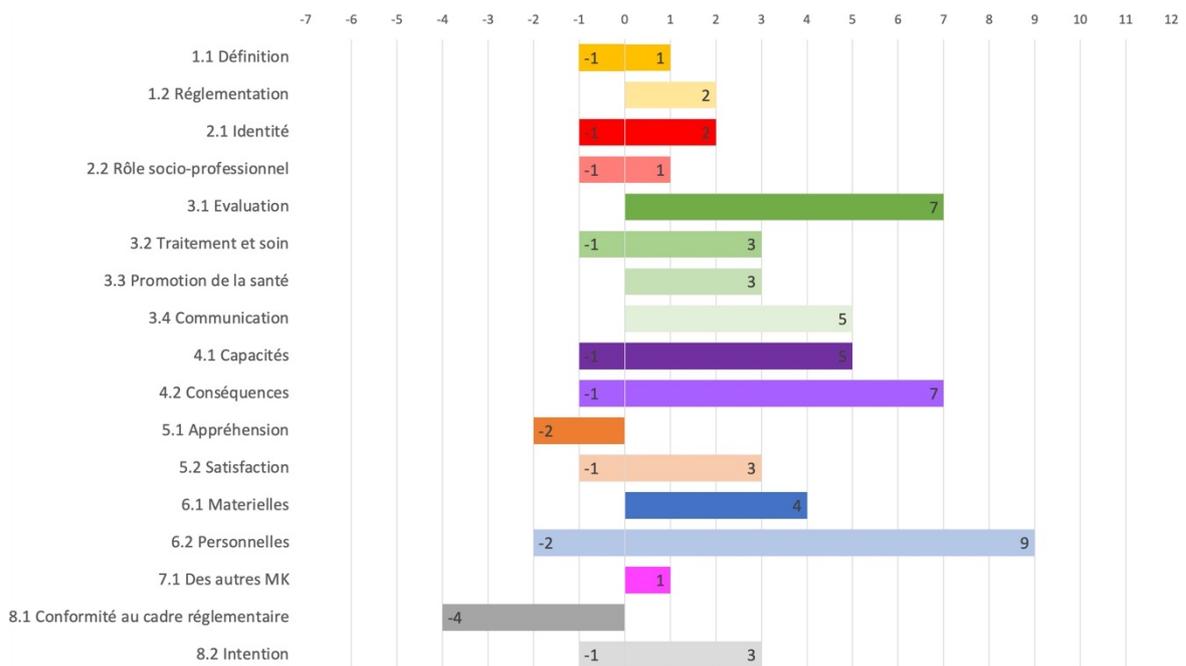


Figure 7: Diagramme des occurrences positives et négatives par sous-catégories, MK2

La catégorie « compétences du MK » est la plus fréquemment évoquée avec 19 occurrences, réparties entre toutes les compétences du MK, avec une prédominance des sous-catégories « évaluation » et « communication » pour lesquelles toutes les occurrences sont positives. Cela souligne que pour le MK2, ce sont des compétences essentielles qu'il considère parvenir à mobiliser de manière satisfaisante lors du télésoin. Il mime d'ailleurs à plusieurs reprises un dialogue avec le patient : « bah je vais lui demander bah allez-y mettez une main derrière vous sentez ↑ y'a des points un peu plus durs bah tournez autour est-ce qu'il y a un côté qui est plus sensible que l'autre ↑ » (l.96-97), « quand il a fait son Slump devant moi je lui demande de lever la tête ↑ est-ce que les signes neuro diminuent ↑ S'il me dit oui bah dans ces cas-là OK j'ai une implication du système nerveux central donc je le sais en fait ↑ » (l.103-106). Il n'a donc aucun mal à imaginer et décrire l'échange qui se met en place avec le patient lors d'une séance en télésoin et met ici en avant la compétence d'évaluation du MK, deuxième sous-catégorie la plus représentée.

La deuxième catégorie la plus représentée dans le discours du MK2 est celle des « ressources », avec une grosse majorité d'occurrences positives, ce qui semble montrer que ni les « ressources matérielles » ni les « ressources personnelles » ne semblent être limitantes pour le MK2. En effet, il ne considère pas la palpation comme une ressource indispensable : « LA PALPATION faut pas se leurrer ↑ la palpation ne nous apporte euh ::: PAS GRAND-CHOSE » (l.88-89). C'est d'ailleurs une ressource qu'il ne mobilise pas systématiquement même lors de ses séances au cabinet, il l'exprime lorsqu'il dit « « je pense que je touche quasiment tous mes patients » (l.51). Pour le MK2, la ressource qui est la plus utile est tirée de ses formations complémentaires, en thérapie cognitive comportementale et entretien motivationnel, avec son expérience professionnelle « ma pratique présentielle m'a permis de de d'arriver à faire cette pratique en télétravail très facilement ↑ » (l.68-69). Cette idée est renforcée par le fait qu'il utilise uniquement des occurrences positives en ce qui concerne ses croyances, que ce soit à propos de ses capacités ou des conséquences du télésoin.

En ce qui concerne les « connaissances » de la définition et de la réglementation autour du télésoin en France, il y a peu d'occurrences mais elles sont presque toutes positives ce qui montre que le MK2 connaît bien le cadre de mise en œuvre du télésoin dans le contexte actuel de pandémie de Covid-19 : « normalement on devrait toujours faire une séance en présentiel d'abord » (l.79).

On constate cependant une incohérence entre « connaissances » et « comportement », catégorie recensant 11% des occurrences. En effet, les 4 occurrences relevées dans la sous-catégorie « conformité au cadre réglementaire » sont toutes négatives : le MK2 met donc en œuvre des séances dans des conditions différentes de celles effectivement prévues par la HAS et en toute connaissance de cause, on peut donc se demander les raisons qui l'ont amené à le faire (5.1). Il justifie notamment le fait de réaliser des séances « sans avoir vu le patient avant » (l.12) par le fait de donner à ces patients vivant dans des zones sous-dotées « une POSSIBILITE supplémentaire d'aller mieux [...] ça serait dommage de pas offrir ça au patient » (l.152-154). Il fait également référence à une certaine lenteur administrative, « si on attend que ::: que tout se fasse dans les ::: dans l'ordre ↑ on ::: on fait jamais rien ↑ » (l.81-82), pourtant il ironise « j'en faisais déjà avant ↑ (RIRE) même si y'avait pas le droit ↑ (RIRE) » (l.115) et verbalise son intention de poursuivre cette pratique à l'avenir : « oui ↑ donc moi bah je continuerais ↑ ! » (l.115). Pour lui, « ça serait quand même dommage de pas le ::: de pas donner cette autorisation » (l.139-142). Pour le MK2, c'est justement la représentation du rôle socio-professionnel du MK que de permettre à ceux qui en ont vraiment besoin, de bénéficier de séances de kiné.

Dans la catégorie « émotions », on relève quelques occurrences se référant à l'appréhension de la nouveauté, ressenties uniquement lors des toutes premières séances selon les dires du MK2. Dans la sous-catégorie « satisfaction du MK », toutes les occurrences sont positives et le MK2 confirme cela en précisant « une fois qu'on voit que ça se passe bien ↑ bah après y'a pas de difficulté hein ↑ » (l.37-38).

### 4.3.3 Analyse de l'énonciation

Le discours du MK2 est globalement assez synthétique, les phrases sont courtes et on retrouve peu d'hésitations. Les réponses du locuteur à nos questions sont brèves et directes. Le discours est de moins en moins contrôlé au fil de l'entretien et de nombreuses relances sont nécessaires de la part du chercheur pour amener le locuteur à développer ses idées.

Lorsqu'on l'interroge sur la définition du télésoin, le MK2 utilise d'abord une définition par la négative « c'est le fait de faire un soin [...] sans que le PATIENT ↑ soit présent en chair et en os » (l.2-3) insistant ainsi sur l'absence du patient, puis il utilise plutôt les modalités de sa réalisation pour le définir « par téléphone » (l. 4), « en visio » (l. 6). Cette

idée d'absence du patient évoquée au début du discours laisse place ensuite à celle de l'autonomisation du patient, pour laquelle on retrouve plusieurs récurrences dans ses dires : « aux solutions ↑ du PATIENT aux solutions que le patient va pouvoir trouver lui-même » (l.60-61), « le patient il PARTICIPE du coup et c'est super intéressant » (l.93-94). Il utilise pour exprimer cela le mot anglais « *empowerment* » dont la traduction littérale est « autonomisation » ou « responsabilisation » et qu'il définit ici comme le fait de « redonner en fait la capacité du patient à se guérir lui-même » (l. 61-62).

Le fait que le locuteur insiste autant en accentuant le terme « PATIENT » à 3 reprises montre qu'il le considère comme l'acteur principal de sa prise en charge. C'est ainsi qu'en parallèle de la valorisation des capacités du patient à se soigner lui-même, il relativise l'importance du toucher du MK : « faut pas se leurrer ↓ notre CAPACITE PALPATOIRE ↑ est quand même pas euh à ce point exceptionnelle ↑ que le patient ne puisse pas euh ::: au moins nous aider en faisant un télésoin » (l.31-32).

On peut observer dans le discours du MK2 une certaine ambivalence autour du thème du toucher : « je pense que je touche quasiment tous mes patients » (l.51). En effet il exprime d'une part une frustration de ne pas pouvoir toucher le patient quand il dit « j'aimerais bien toucher ↑ » (l.26), « on n'a pas le toucher » (l.43) et d'autre part il démystifie la capacité palpatoire du MK en répétant « encore une fois la LA PALPATION faut pas se leurrer ↑ la palpation ne nous apporte euh ::: PAS GRAND-CHOSE » (l. 88-89) pour conclure en affirmant que « finalement ↑ tous mes tests cliniques ↑ qui sont caractéristiques et qui peuvent me servir à faire un diagnostic kinésithérapique ↑ bah je peux les avoir sans MON interface ↑ sans MA PALPATION ↓ » (l. 108), « en fait finalement le patient si on lui demande de toucher une zone et si on lui demande ce qu'il ressent bah en fait c'est aussi bien que si nous on le faisait ↓ » (l. 27-28). On retrouve dans ce corpus plusieurs récurrences autour de la notion de capacité palpatoire du MK et de l'intérêt du toucher dans la prise en charge masso-kinésithérapique.

On retrouve de nouveau cette ambivalence dans la représentation du MK2 de son identité propre, au sein de l'ensemble des MK : Il suppose que ses confrères « imaginent peut être que je vais beaucoup discuter avec le patient et que c'est beaucoup de psychologie » (l.53-54), pour autant il dit en hésitant « je je fais des séances qui ressemblent à ::: au kiné lambda en fait » (l.54-55) mais aussi « je ne suis pas un kiné ↑ qui ne fait QUE masser ou QUE

mettre de l'électro ↓ ou qui fait que des étirements » (l.49-50) comme s'il cherchait par-là de se distinguer des autres MK de par son identité particulière.

Concernant son vécu du télésoin, lorsqu'on lui pose la question « ça s'est passé comment ↑ ? » (l.7-8), le MK2 répond en premier lieu par un seul mot, en s'exclamant : « BIEN ! ↑ » puis « bien passé globalement » (l.17). Au fil des questions et des relances, les réponses du locuteur s'allongent, il développe de plus en plus sa pensée en laissant apparaître beaucoup de perturbations de langage, des onomatopées telles que « euh » et « bah » traduisant une pensée qui se cherche. Lorsqu'on lui demande de développer concernant son ressenti, il ne répond pas directement à la question et compare plutôt la séance en télésoin avec une « séance en chair et en os » en énumérant tous les objectifs de la séance qui selon lui sont identiques, tout comme les résultats : « souvent on arrive à peu près aux mêmes choses » (l. 17). Pour lui, comparée à une séance au cabinet, la pratique du télésoin, « ça change absolument rien » (l.110). Il affirme même : « ma pratique présenteielle m'a permis de de d'arriver à faire cette pratique en télétravail très facilement ↑ » (l.68-69). On peut donc se demander quelles sont les caractéristiques particulières de sa pratique qui lui permettent de ressentir et affirmer cela avec certitude.

En effet pour le MK2, la mise en place du télésoin n'a pas été perçue comme une difficulté, si ce n'est « au TOUT DEBUT » (l.25), « la TOUTE PREMIERE séance » (l. 36-37). Il emploie le « je » dès lors qu'il évoque son ressenti et ses émotions, cela montre qu'il s'investit personnellement et se replonge dans les souvenirs de ses premières séances : « au TOUT DEBUT ça m'embêtait un peu » (l. 25), « la TOUTE PREMIERE séance forcément j'étais pas super à l'aise ↑ euh jme demandais comment ça allait se passer et tout ça ↑ » (l. 36-37). L'accentuation des termes utilisés vise à indiquer que ces ressentis ne sont plus d'actualité depuis qu'il a acquis plus d'expérience, il explique alors en prenant plus de distance avec l'emploi cette fois du pronom « on » : « en fait une fois qu'on voit que ça se passe bien ↑ bah après y'a pas de difficulté hein ↑ » (l. 37-38).

Et selon lui, ce sont aussi les formations complémentaires en thérapies cognitives comportementales et entretien motivationnel qu'il a effectuées qui lui ont conféré cette aisance avec la pratique du télésoin : « ça se passe bien aussi ces séances parce que euh je suis formé » (l.39-40), « je pense que ça (formation) c'est quelque chose qui qui contribue grandement au ::: à ma facilité ↑ à faire du télésoin ↓ » (l.45-46), « ça m'aide beaucoup

dans ces circonstances là où on a QUE le verbal » (l.42-43). Toutes les occurrences ayant trait à la compétence de communication du MK qu'il considère maîtriser tout particulièrement sont positives et il affirme d'ailleurs « je suis habitué à laisser parler le patient » (l.40-41) et « ça je peux le faire [...] en téléconsultation » (l.127-128).

Le locuteur alterne l'usage du « je » et du « on » tout au long de l'entretien, et dès qu'il s'agit de décrire les interactions avec le patient, le MK2 reprend systématiquement l'usage du « on », comme s'il généralisait ses propos : « on essaye d'atteindre les mêmes objectifs c'est à dire que le patient ait compris ↑ euh ::: ce dont on a parlé, qu'il soit capable de le verbaliser ↑ correctement que ::: il ait plus de questions quand on a fini ↑ » (l. 19-21), « si on lui demande de toucher une zone et si on lui demande ce qu'il ressent » (l. 27-28).

Lorsque nous décidons de mettre fin à l'entretien, le locuteur s'étant exprimé dans toutes les catégories, celui-ci insiste pour conclure sur l'intérêt majeur du télésoin « POUR LE PATIENT » (l.141). L'implication du patient dans son traitement et la communication avec celui-ci semblent primordiales pour le MK2. Celui-ci se sent confiant dans sa capacité à prodiguer à distance des soins d'une qualité équivalente à ceux réalisés en présentiel et envisage sans crainte de poursuivre l'usage du télésoin qu'il considère comme « une POSSIBILITE supplémentaire d'aller mieux » (l.152) pour le patient.

## **4.4 Entretien 3**

### **4.4.1 Résultats bruts**

Le troisième MK interviewé est une femme de 34 ans, ayant débuté en milieu hospitalier dans le service de pneumologie puis exercé en centre de kinésithérapie respiratoire pendant 4 ans et exerçant maintenant en libéral, avec une patientèle présentant exclusivement des pathologies respiratoires. L'entretien se déroule le 04/03/21 en face-à-face, à son cabinet. Ce troisième corpus recense au total 95 occurrences dont les deux tiers sont positifs. Les résultats bruts obtenus sont indiqués dans le tableau suivant (Tableau 5).

Tableau 5: Données brutes, entretien avec le MK3

<b>Moyen utilisé</b>	Face à face
<b>Durée</b>	16'30''
<b>Nombre de lignes</b>	209
<b>Nombre de relances</b>	8
<b>Nombre de verbatims</b>	95

#### 4.4.2 Analyse catégorielle

L'entretien est retranscrit (Annexe XII) et les 95 occurrences triées dans la grille d'analyse (Annexes XIII et XIV). Les résultats sont illustrés par des diagrammes (Fig. 8 et 9).

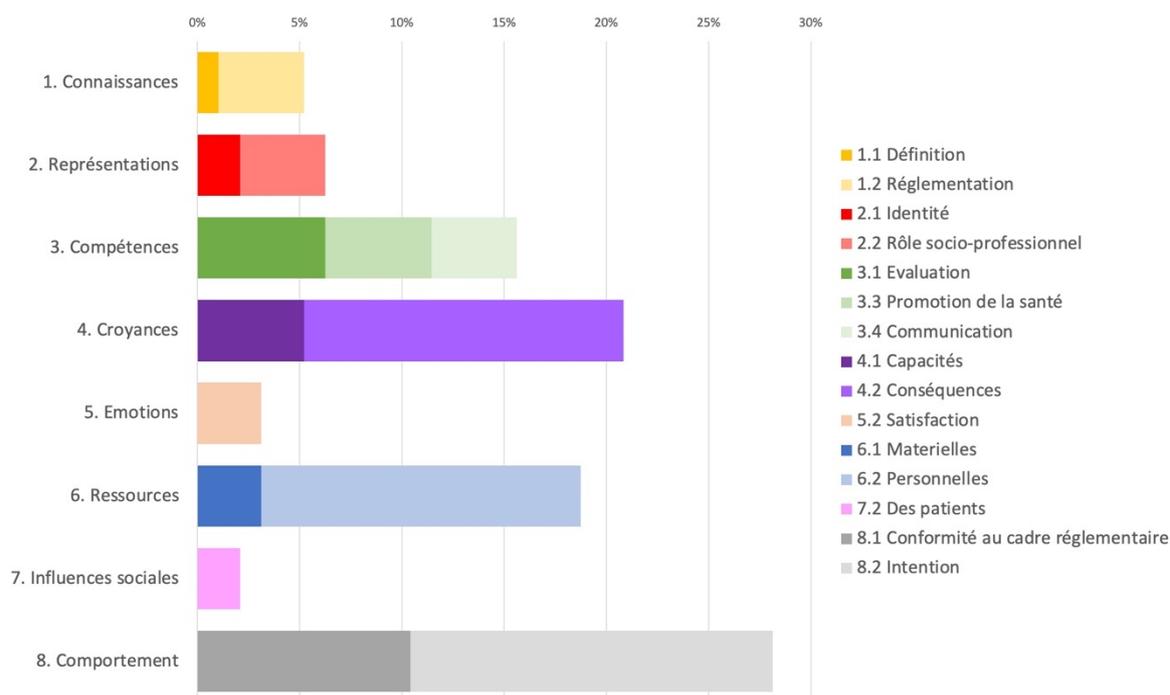


Figure 8: Diagramme des occurrences par catégories et sous-catégories, MK3

La catégorie « comportement » est la plus représentée chez le MK3 avec 28% des occurrences totales. Les catégories « croyances », « ressources » et « compétences » viennent ensuite avec respectivement 21%, 19% et 16% des occurrences tandis que les catégories « représentations », « connaissances », « émotions » et « influences sociales »

sont très peu exprimées, avec respectivement 6%, 5%, 3% et 2%. Le discours du MK3 est ainsi centré sur sa pratique, qu'elle explique par ses croyances, les ressources à sa disposition et les compétences qu'elle possède.

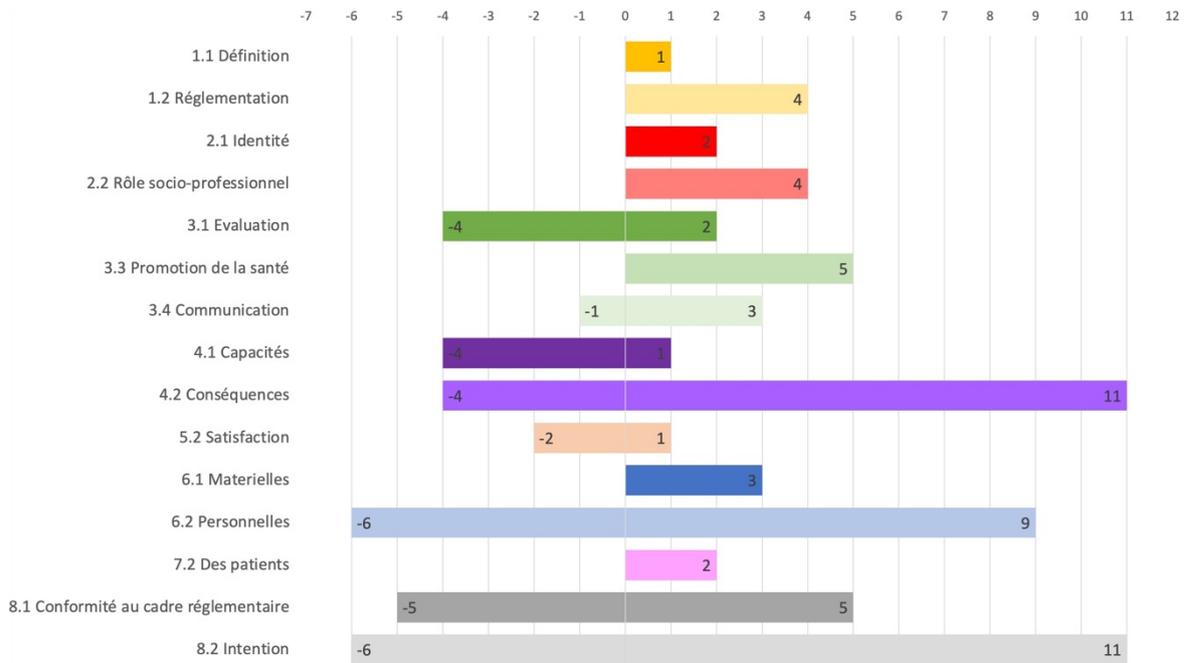


Figure 9: Diagramme des occurrences positives et négatives par sous-catégories, MK3

Dans la catégorie « comportement » qui recense 28% des occurrences totales du corpus, on observe une large prédominance de la sous-catégorie « intention » ce qui indique que pour l'interviewée, l'implémentation de ce nouvel outil dans sa pratique régulière est d'une importance majeure. Les occurrences de cette sous-catégorie sont en majorité positives, ce qui indique une volonté d'adopter le comportement : « pour des gens qui sont un peu plus éloignés ↑ ou ou TRES ELOIGNES qui veulent des conseils ↑ ça euh ::: ça serait une super bonne idée » (1.131-132). Cependant on retrouve tout de même 35% d'occurrences négatives qui s'y opposent plutôt : « y'a un côté un peu EN ATTENDANT DE je trouve si c'est juste de la ::: si c'est juste de la téléconsult' ↓ » (1.203-204). Nous jugeons pertinent d'analyser de manière plus approfondie leur apparition dans le discours et la manière dont elles s'articulent, cela est effectué plus loin dans notre travail de recherche lors de notre analyse de l'énonciation (4.4.3). En ce qui concerne la sous-catégorie « conformité au cadre réglementaire » il est intéressant de constater qu'il y a autant d'occurrences positives que négatives, ce qui signifie que les situations dans lesquelles le télésoin est effectué par le MK3 sont seulement dans la moitié des cas celles prévues par la HAS. Pourtant, le MK3 connaît

la réglementation en vigueur puisque toutes les occurrences de la catégorie « connaissances » sont positives.

La deuxième catégorie la plus représentée est celle des « croyances » avec 21% des occurrences relevées dans le corpus. Les occurrences évoquant les croyances du MK3 « à propos de ses capacités » sont presque toutes négatives, dans le sens où elle se sent moins capable d'utiliser ses ressources lors d'un télésoin que lors d'une séance au cabinet : « je pourrais avec quand même mes mains ↑ ma présence ↑ les outils que j'ai au cabinet ↑ prodiguer des soins beaucoup plus pertinents que juste par téléphone ↑ » (l.145-147). Pour autant, les « croyances à propos des conséquences » du télésoin sont nombreuses et positives pour 73% d'entre-elles « le patient ça peut vraiment beaucoup l'améliorer ↑ » (l.198-199).

Les « ressources » représentent quant à elles 19% des occurrences totales. Pour le MK3, les ressources matérielles ne semblent pas être un problème puisque toutes les occurrences de cette sous-catégorie sont positives : « quand le patient avait un saturomètre ou qu'on trouvait que c'était IMPORTANT qu'il en ait un ↑ bhe il s'en fournissait un » (l.42-43). Cependant, en ce qui concerne les ressources personnelles, les résultats sont plus mitigés. On retrouve cette fois-ci un tiers d'occurrences négatives et parmi les freins relevés par le MK3, une occurrence relève l'absence du toucher mais la grande majorité des freins mentionnés sont plutôt de l'ordre des déficiences du patient.

Bien qu'elles soient assez peu évoquées dans ce corpus, les « représentations » du MK concernent la singularité de son identité de kinésithérapeute « avec une SPECIFICITE respiratoire » (l.11-12) qu'elle considère comme sa principale ressource personnelle pour la réalisation du télésoin : « j'avais BESOIN de mon expérience et de la bonne connaissance des patients pour pouvoir le faire ↑ » (l.37-38).

La catégorie « compétences » regroupe 16% des occurrences. Parmi les quatre compétences étudiées pour notre travail, la plus citée par le MK3 est « l'évaluation » avec 6 occurrences dont 2 sont négatives, cela montre une difficulté pour le MK3 à mobiliser cette compétence lors de séances à distance : « les bruits sont difficiles à entendre à travers un écran ↑ » (l.47-49). En ce qui concerne la compétence « promotion de la santé », 100% des occurrences sont positives ce qui indique que pour le MK3, c'est celle qui prédomine lors du télésoin : « 'fin y'avait quand même beaucoup de conseils ↑ très facilement abordables par téléphone »

(1.65-66). Il n'y a aucune occurrence dans la sous-catégorie « traitement et soin », nous pouvons nous demander pourquoi et nous tentons de répondre à cette question plus loin dans ce travail (5.1), avec l'éclairage apporté par l'analyse de l'énonciation.

Le MK3 semble donner peu d'importance à ses émotions, qu'elle évoque peu dans le discours avec seulement 3% des occurrences, malgré une certaine insatisfaction mentionnée à deux reprises : « mon ressenti souvent c'était de me dire bon bah tant pis essaye pas d'aller aussi profondément que ce que tu pourrais faire et que ce que t'avais ENVIE de faire et de ce que tu POURRAIS faire au cabinet ↑ » (1.194-196), « 'fin sur des trucs un peu frustrants comme ça ↑ » (1.204-205).

#### **4.4.3 Analyse de l'énonciation**

L'entretien avec le MK3 débute comme tous les autres par une séquence de définition du télésoin, imposée par notre question inaugurale. Ensuite, on observe au cœur de l'entretien une alternance de séquences où le MK3 évoque successivement le contexte, les ressources, les limites et la réglementation autour du télésoin. Après un blocage en début d'entretien ayant nécessité la reformulation de la question par le chercheur, le MK3 emploie des phrases longues, souvent inachevées, ponctuées de perturbations de langage. Le MK3 développe beaucoup ses idées et les illustre d'exemples puisés dans sa pratique. Peu de relances sont nécessaires de la part du chercheur car le locuteur s'exprime spontanément et abondamment sur ce sujet qui l'anime.

En réponse à notre question inaugurale, le MK3 définit le télésoin de manière brève « pour moi le télésoin c'est bah ::: une téléconsultation ↑ (.) par vidéo ou par euh ::: téléphone quoi ↑ voilà ↑ » (1.3-4). Il est intéressant de constater que dans sa définition mais aussi tout au long de l'entretien, elle n'emploie jamais le terme de « télésoin » mais plutôt ceux de « téléconsultation » ou « consultation », utilisés à 16 reprises dans ce corpus. Le terme « soin » est utilisé uniquement dans deux contextes particuliers : l'absence d'accès aux soins et la réalisation directe des soins par le MK sur le patient lors de séances au cabinet. Nous pouvons donc nous demander dans quelle mesure le MK3 considère prodiguer des soins au patient lors de ces séances à distance.

Lorsqu'elle décrit sa pratique du télésoin, le MK3 fait en premier lieu référence au contexte dans lequel elle l'a réalisé, en début de confinement, et ses premières propositions hésitantes concernent les aspects administratifs des séances. Les prolongations de syllabes et perturbations de langage de type « euh » soulignent ici une pensée qui se cherche en début de discours : « Alors ↑ y'a eu deux types de ::: consultations ↑ euh ::: qui ont été mise en place d'ailleurs y'avait des consultations un peu de ::: comment on appelait ça un peu au :: sur le terme du volontariat ↑ et du sans remboursement et sans facturation et cetera » (1.8-10). Elle fait le lien entre cette absence de cadre règlementaire en début de confinement et sa perception de son rôle en tant que MK à ce moment précis : « juste pour essayer de répondre à des questions à des gens qui étaient dans le ::: besoin ↑ » (1.10-11). Elle évoque d'ailleurs la mise en place spontanée par « un p'tit groupe de ::: de kinésithérapeutes » (1.12) d'un réseau référençant des « kinésithérapeutes avec une SPECIFICITE respiratoire ↑ » (1.12) ce qui renforce la notion de nécessité, pour elle, d'un cadre permettant la prise en charge des patients atteints de pathologies respiratoires, dans ce contexte singulier où la visite au cabinet est impossible.

Dès cette première séquence, on observe une accentuation des termes en lien avec une « SPECIFICITE respiratoire » (1.12). En effet, on retrouve tout au long du discours du MK3 des récurrences autour de la notion de spécificité respiratoire, rendant compte de son investissement psychologique pour ce sujet : « quand on a l'habitude de travailler quand même avec des patients malades respiratoires ↓ on SAIT » (1.32-33).

Lorsqu'on lui demande si elle considère une séance de télésoin comme « une séance normale » (1.24), de nouveau, le premier aspect qui est mentionné est le cadre administratif et règlementaire : « Alors ↑ bhe pff, c'était ↑ comme une séance normale à la différence que elle était faite sur le mode du bénévolat ↑ et qu'on était pas facturé mais nous ↑ on faisait ça en séance normale ↑ » (1.25-27). Ensuite, le MK3 rapporte les limites perçues lors de cet exercice et les relie à son expérience spécifique du domaine de la kinésithérapie respiratoire : « HONNETEMENT voilà ↑ j'aurais pas pu le faire euh :: la même chose y'a cinq ou dix ans en arrière parce que franchement j'avais BESOIN de mon expérience et de la bonne connaissance des patients pour pouvoir le faire ↑ » (1.36-38). Il est intéressant de remarquer l'articulation des propositions entre-elles dans cette séquence (1.25-50) où l'alternance entre le positif et le négatif du télésoin est constante. Les limites du télésoin et les freins rencontrés sont ici tour à tour affirmés et réfutés : « c'est vrai que c'est assez

LOURD euh ::: des fois on a essayé de le faire » (1.30) , « c'était un peu complexe ↑ après euh sinon c'était comme une séance classique ↑ » (1.38-39).

Le cœur de l'entretien est empreint d'une grande hésitation quand il s'agit d'évoquer l'efficacité perçue de sa séance « Ah bah alors clairement ↑ euh ::: clairement beaucoup 'fin MOINS efficace bien-sûr ↑ que si j'avais pu rencontrer le patient ↑ et faire ma ::: mon heure de séance comme je faisais d'habitude et tout ↑ ça c'est ::: ça c'est certain ↑ on va pas se ::: 'fin c'est ::: on a directement on voit directement le thorax ↑ on voit directement les bruits ↑ comment le patient respire ::: on met les mains ↑ donc 'fin c'est des c'est quelque chose qui est pas ::: qui est pas euh ::: ouais ↑ qui est pas du tout reproductible à travers un écran ↑ » (1.53-58). On remarque une contradiction entre cette idée d'infériorité du télésoin par rapport au soin en présentiel et les autres propositions suggérant le contraire. En effet, pour le MK3, le télésoin permettrait aux patients d'avoir « vraiment UN kiné face à EUX qui n'écoutait QUE EUX qui n'était QU'AVEC EUX ↑ » (1.70-71) et de pouvoir « VRAIMENT dire tout ce qui ressentaient ↑ » (1.74), comme s'il cela n'était « pas toujours le cas » (1.72) au cabinet.

On observe alors l'émergence d'un autre thème pour lequel plusieurs récurrences sont relevées dans le corpus et qui semble essentiel aux yeux du MK3, « l'autonomisation du patient » : « du coup les patients ont appris un peu à se ::: à s'auto-ausculter » (1.74-75). Le MK3 met directement ce thème en lien avec le télésoin et c'est d'ailleurs l'argument principal qu'elle utilise en faveur de cette modalité : « c'est vrai que c'est quelque chose que la téléconsultation m'a ::: nous a re ::: nous a ::: ouais ↑ nous a fait faire ↑ et qui est vraiment quelque chose de très de très bénéfique je pense on devrait le faire plus ↑ » (1.83-88).

Tout au long de son discours, le MK3 utilise les pronoms personnels « on » et « nous » plutôt dans une intention de généraliser ses propos, elle utilise le « je » et le « moi » essentiellement dans la dernière séquence où elle évoque son ressenti personnel. Cette séquence finale dont le mot clé pourrait être « GROSSIER », accentué et utilisé à deux reprises pour décrire le télésoin notamment dans une métaphore par opposition à « la haute couture du soin ↑ », est marquée par un sentiment de frustration qui clôt l'entretien : « c'est vrai qu'y a un côté un peu EN ATTENDANT DE je trouve si c'est juste de la ::: si c'est juste de la téléconsult' ↓. 'Fin sur des trucs un peu frustrants comme ça ↑ c'est quand même souvent ::: en attendant

↑ dans une période euh de déplacement ↑ dans une période où le patient peut pas se déplacer au cabinet ↑ c'est quand même plus comme ça qu'on l'entendrait ↑ que vraiment une prise en charge euh 100% téléconsultation ↓. Voilà ↓ » (1.203).

#### 4.5 Synthèse des résultats

Nous regroupons tout d'abord sur un même diagramme illustrant la prédominance des catégories (Fig 10) les occurrences obtenues pour chacun des trois MK interrogés, afin de pouvoir dégager une tendance pour chacun d'eux et de les comparer entre eux. Il apparaît ici des tendances communes à tous les MK mais également des différences individuelles que nous tentons d'expliquer plus loin dans ce travail (5.1). Les trois MK interrogés semblent s'accorder sur la place importante des « compétences » et des « ressources » pour leur pratique du télésoin. Au cours des entretiens menés, la catégorie « comportement » est quant à elle évoquée dans des proportions très différentes selon le MK interrogé. Il en est de même pour les « croyances » et les « influences sociales ». Pour les trois MK interrogés, les « émotions », les « représentations » et les « connaissances » ne tiennent qu'une place minimale dans le discours.

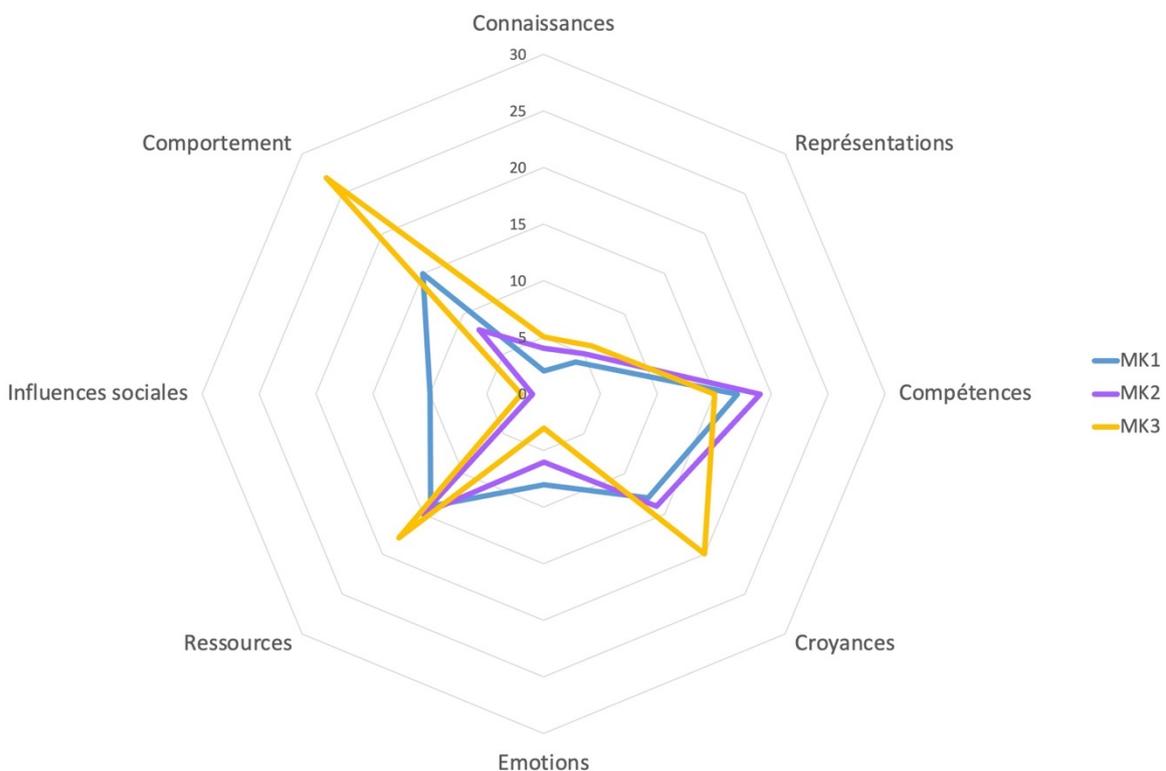


Figure 10: Diagramme illustrant la prédominance des catégories, par MK

Nous regroupons ensuite toutes les occurrences obtenues dans les discours des trois MK, au sein d'un même tableau afin de recenser pour la globalité des entretiens, le nombre d'occurrences par catégorie et sous-catégorie. Nous réalisons de la même manière que pour les entretiens individuels un tri différentiel des occurrences en regard de notre problématique. Les résultats sont consignés dans un tableau (Annexe XV) et représentés par les diagrammes ci-dessous (Fig 11 et 12).



Figure 11: Diagramme des occurrences par catégories et sous-catégories, tous MK confondus

Globalement, dans les dires des trois MK interrogés, quatre catégories sont évoquées à parts à peu près égales, avec environ 20% des occurrences totales chacune : le comportement, les compétences, les ressources et les croyances (Fig 11). Les catégories « émotions »,

« connaissances », « représentations » et « influences sociales » ne représentent toutes réunies que 20% des occurrences totales. 65% des occurrences totales sont positives et vont donc dans le sens d'une vision positive de l'implémentation du télésoin dans leur pratique par les MK interrogés (Fig 12).

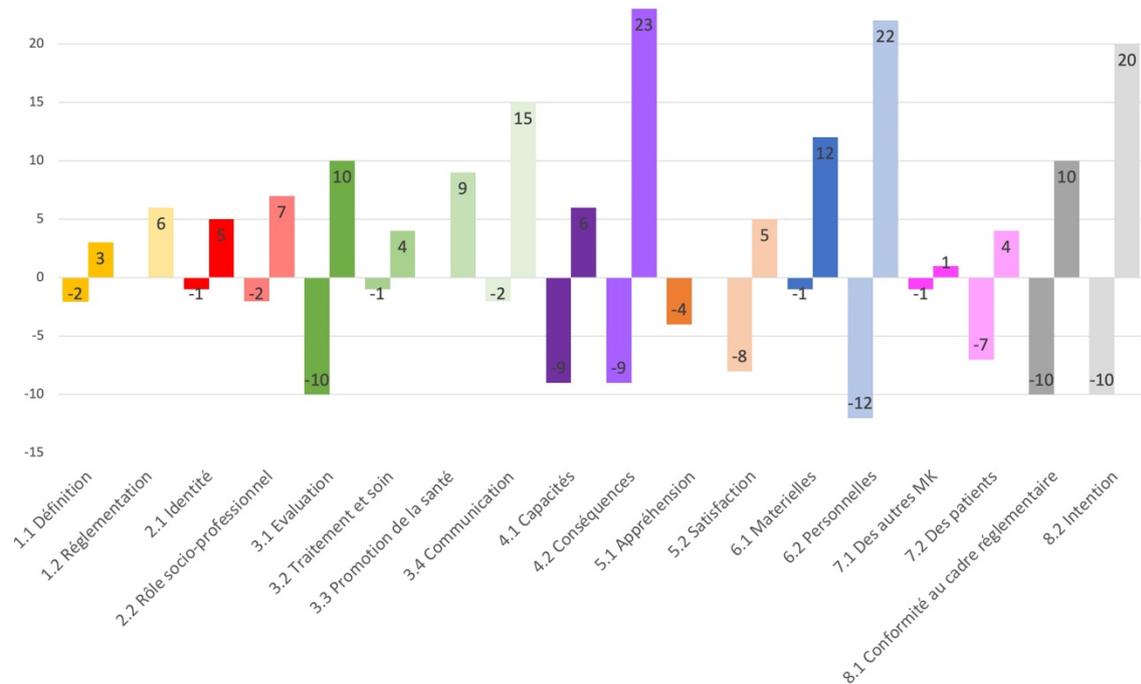


Figure 12: Diagramme des occurrences positives et négatives par sous-catégories, tous MK confondus

Dans la catégorie « comportement », on relève deux tiers d'occurrences positives concernant l'intention, ce qui montre globalement une tendance des MK à vouloir adopter le télésoin. Cependant, en ce qui concerne la conformité au cadre réglementaire, on dénombre 50% d'occurrences négatives : bien que les MK pratiquent le télésoin, ils ne le font que dans la moitié des cas dans les conditions prévues par les textes réglementaires. Nous tentons d'analyser plus loin dans ce travail les raisons de ce comportement (5.1).

Dans la catégorie « compétences », l'évaluation est la compétence la plus évoquée par les MK, avec 50% d'occurrences négatives ce qui indique que pour eux cette compétence a une importance primordiale mais n'est pas toujours mobilisable dans le cadre du télésoin. La compétence de « communication » est elle aussi beaucoup évoquée par les MK avec 88% d'occurrences positives indiquant cette fois que le télésoin permet aux MK d'utiliser cette compétence. Il en est de même pour la « promotion de la santé » avec 100% d'occurrences positives. La compétence « traitement et soin » est quant à elle très peu mentionnée, dans les

trois corpus recueillis, cela peut paraître paradoxal puisque c'est le cœur du métier du MK, qui par définition est un soignant.

En ce qui concerne les « ressources », les ressources matérielles ne semblent être un problème pour aucun des MK interrogés puisque toutes les occurrences relevées sont positives à l'exception d'une seule. En revanche, les résultats globaux sont plus mitigés concernant les ressources personnelles pour lesquelles un tiers des occurrences est négatif. Cela indique que d'une manière générale, ce sont plutôt les ressources personnelles, des MK ou même des patients, qui peuvent faire défaut lors du télésoin.

Dans la catégorie des « croyances », on recense deux tiers d'occurrences négatives en ce qui concerne les « capacités », les MK semblent donc penser ne pas être capables de réaliser des séances en télésoin ou du moins, pas de manière aussi efficace qu'en présentiel. Cette idée est appuyée par les quelques occurrences négatives recensées pour les « croyances à propos des conséquences ». Cependant, dans la sous-catégorie des conséquences, 72% des occurrences sont positives ce qui peut paraître contradictoire : en effet les MK semblent croire que ces séances apportent un certain bénéfice aux patients, même s'ils ne se sentent pas capables d'être réellement efficaces dans leur prise en charge lorsqu'ils réalisent des séances en télésoin.

Bien que les « émotions » tiennent une place peu importante dans le discours avec seulement 7% des occurrences totales, il nous semble intéressant de noter que les occurrences sont pour la plupart négatives : le télésoin suscite chez les MK interrogés à la fois de l'appréhension et de l'insatisfaction.

Les « influences sociales » viennent essentiellement des patients avec des retours négatifs au sujet du télésoin pour 64% des occurrences. Les MK n'ont par ailleurs presque jamais évoqué d'influences d'autres MK ni même d'aucun autre professionnel.

## 5. Discussion

### 5.1 Interprétation des résultats

Les définitions du télésoin diffèrent de celles énoncées dans les textes réglementaires [37], [36] et varient selon les MK interviewés, l'une le définissant par l'absence du patient, l'autre par le terme « téléconsultation », réservé en France aux consultations médicales [3]. Par ailleurs, la compétence de « traitement et soin » du MK est particulièrement sous-représentée dans les dires des sujets interrogés, ce qui laisse penser que ces derniers perçoivent ces séances comme des prestations de conseil et d'expertise plutôt que des soins à proprement parler. En effet, pour tous les MK interviewés, la notion de conseil reliée à la compétence de « promotion de la santé » est très présente et semble être le rôle premier du télésoin.

L'efficacité et les bénéfices apportés par le télésoin dans tous les champs de la kinésithérapie ont été démontrés [5] [6] [10] [11] [12] [15] [18] [19] [20] [21] [32] [33] pourtant, dans notre étude, il apparaît des différences en ce qui concerne les croyances des MK selon les champs. En effet, pour le MK1 par exemple, si le télésoin est considéré sans danger en rhumatologie, il peut s'avérer risqué en traumatologie ou en neurologie. Les résultats de notre revue de littérature n'indiquent pas plus d'évènements indésirables survenus lors de séances en vidéoconférence que de séances en présentiel pour les champs musculosquelettique et cardio-respiratoire [32][9]. Aucune donnée de ce type n'est retrouvée dans la littérature pour le champ neuromusculaire.

Si on ne parle pas de spécialité en kinésithérapie, tous les MK interrogés pour notre étude ont bien une spécificité dans l'exercice de leur profession, la neurologie pour le MK1, les douleurs neuropathiques pour le MK2 et la kinésithérapie respiratoire pour le MK3. Cette expérience qu'on peut qualifier d'expertise s'est avérée être une ressource essentielle dans leur pratique du télésoin. Leurs formations complémentaires et leur ouverture aux sciences sociales apparaissent également comme des ressources personnelles renforçant leur compétence de « communication », deuxième compétence la plus évoquée lors de nos entretiens. Cela est en accord avec les résultats de notre revue de littérature [48].

Contrairement à ce que montre notre revue de la littérature [46] [47], les ressources matérielles ne semblent pas être un frein pour les MK interrogés, comme le dit le MK1 : « pour moi le matériel c'est pas un problème ↓ au contraire ↓ ». Les patients semblent

disposer à domicile du matériel nécessaire à leur rééducation ou en tout cas ne pas éprouver de difficultés à l'acquérir si besoin. C'est plutôt le manque de ressources personnelles des MK qui a été vécu comme un frein. Parmi celles-ci, le toucher est apparu comme une ressource primordiale faisant cruellement défaut.

Les MK sont, avec les ergothérapeutes, les professionnels de santé les moins enclins à réaliser des séances à distance, puisqu'ils utilisent des techniques traditionnellement manuelles [50]. Les MK français ont à cœur leur rôle de « masseurs », si bien qu'ils revendiquent leur appellation spécifique de « masseurs-kinésithérapeutes » quand partout ailleurs dans le monde on utilise plutôt le terme de « physiothérapeutes » [63]. Les dires des MK1 et MK3 confirment ces a priori : « le contact au sens euh ::: [...] j'avais toujours utilisé la main », « la MAIN bien-sûr ça nous enlève euh ::: beaucoup de sens ». L'absence du toucher est reliée à des croyances négatives des MK en leurs capacités. Il est intéressant de remarquer que le MK2 est le seul à ne pas mentionner cette difficulté. D'ailleurs, même en présentiel, il n'utilise pas systématiquement des techniques manuelles. Ce MK s'intéresse particulièrement aux patients présentant des douleurs chroniques, cette différence dans l'exercice de la profession peut s'expliquer par cette patientèle spécifique et les récentes études qui suggèrent que les exercices actifs sont plus efficaces que les techniques passives manuelles sur la diminution de la douleur, les capacités fonctionnelles et la santé mentale des patients lombalgiques chroniques [64]. D'une manière générale, l'équilibre entre techniques actives et passives, *hands-off* et *hands-on* est un sujet qui fait débat dans la profession [65][66]. Parmi les techniques *hands-off* on retrouve tout ce qui a trait à l'éducation du patient, pour laquelle la communication est une compétence essentielle. Le MK2, de par son expérience et ses formations, a développé ses aptitudes en communication, ce qui lui a facilité l'usage du télésoin : « ma pratique présenteielle m'a permis de de d'arriver à faire cette pratique en télétravail très facilement ».

D'après la littérature, la connaissance de soi est un aspect particulièrement critique à prendre en compte lors de la réalisation de séances à distance [35]. C'est également ce que soulève le MK3 lorsqu'elle dit : « tous les patients ne sont pas aptes [...] à vraiment BIEN décrire ce qu'ils ressentent [...] bien réussir à mettre les BONS mots [...] d'avoir une capacité d'écoute et de compréhension précise de ce qu'on lui dit ↑ ». La récente fiche de la HAS définissant des critères d'éligibilité des patients au télésoin va dans le sens de cette expérience : « le professionnel doit s'assurer de la possibilité de réaliser un soin à distance

en fonction [...] de la capacité du patient à communiquer à distance et à utiliser les outils technologiques [...] de facteurs physiques, psychologiques, socio-professionnels, familiaux » [42]. Selon la même fiche de recommandations : « Le télésoin est d'autant plus pertinent que la relation patient-professionnel est bien établie » [42]. La littérature étrangère montre en effet que le maintien d'une alliance thérapeutique est facilité par l'existence préalable d'une relation de soins, en amont des séances en vidéoconférence [48] et le ressenti des MK interrogés semble confirmer ces conclusions.

Tous les MK interrogés ont réalisé bénévolement des séances de télésoin, avant même la parution de l'arrêté ministériel. Cela témoigne de la nécessité, pour eux, d'assurer la continuité des soins. Ce sont leurs représentations du rôle socio-professionnel du MK qui les ont amenés à s'organiser, parfois en créant un réseau de MK experts, en amont des directives gouvernementales et des recommandations de la HAS. C'est en effet ce que rapporte le MK3 : « on avait fait un p'tit groupe de ::: de kinésithérapeutes avec une SPECIFICITE respiratoire ↑ euh ::: où on était référencés et où on pouvait nous adresser des patients ». Une fois l'arrêté du 16 avril paru, tout en ayant connaissance des textes, les MK interviewés décrivent des séances de télésoin effectuées hors cadre réglementaire pour la moitié des cas. Cette contradiction montre bien que ce n'est pas une ignorance des textes qui pousse les MK à sortir du cadre, mais un choix qui semble justifié par la représentation qu'ils se font de leur rôle socio-professionnel. Ils évoquent également une certaine lourdeur administrative et une rigidité du cadre législatif, ce qu'on retrouve également dans la littérature étrangère sur le sujet [49]. Bien que le bilan ne fasse pas partie des actes réalisables et facturables en télésoin d'après l'arrêté du 16 avril 2020 [37], tous les MK interviewés ont réalisé des bilans par vidéoconférence, mais tous ne décrivent pas la situation de la même manière. Si pour le MK1 il s'agissait d'un test, lui permettant de confirmer l'hypothèse que le bilan devait se faire en présentiel, pour le MK2 la distance ne modifiait en rien le déroulé ni la validité du bilan et pour le MK3, « le patient devrait ::: PRESQUE voilà ↑ faire son bilan euh :: AUSSI savoir AUSSI faire son bilan tout seul ↑ ».

A l'étranger, les actes de kinésithérapie ne sont pas toujours ou pas intégralement remboursés. Pour les patients, le télésoin est donc parfois une solution permettant de réduire les coûts [22] [27]. Puisqu'en France ces actes sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie, ce genre de problématique ne se pose pas et n'entre pas dans la balance lorsqu'il s'agit de déterminer la pertinence du recours au télésoin [4] [41].

Les MK interrogés pour notre étude n'évoquent presque jamais l'influence d'autres MK ni même d'aucun autre professionnel, ce qui semble indiquer qu'il n'y a pas eu de concertation interprofessionnelle au sujet de la mise en place de ces séances, ni de régulation a posteriori. La communication entre les professionnels permettrait peut-être d'améliorer leurs connaissances et compétences dans le domaine, les rendant ainsi plus confiants et efficaces dans leurs séances. La littérature met en évidence l'importance de la coopération et de l'organisation interprofessionnelle pour favoriser l'adoption du télésoin en routine [48].

Même si les MK doutent de leurs capacités et soulèvent des freins quant à la pratique du télésoin, ils sont conscients des nombreux avantages qu'il apporte au patient, et semblent favorables à son utilisation. Pour les MK interrogés, le télésoin permet avant tout de garder le lien, dans ce contexte particulier de pandémie de Covid-19.

## **5.2 Biais et limites**

### **5.2.1 Biais**

Les biais sont des erreurs systématiques, indépendantes de la taille de l'échantillon, qui doivent être maîtrisées au mieux afin de garantir la validité d'une étude. Bien que nous ayons pris soin de les prendre en compte et de les éviter au maximum, notre étude comprend plusieurs biais méthodologiques et autres limites.

Tout d'abord, nous pouvons relever pour notre travail un biais de sélection, puisque les MK interrogés ont été choisis par réseau et bouche-à-oreille. Comme le choix n'a pas été effectué par tirage au sort, l'échantillon n'est peut-être pas représentatif de la population étudiée.

Plusieurs biais d'investigation ou de mesure peuvent également être relevés dans notre étude. Le chercheur étant novice dans la passation des entretiens, le recueil d'information peut être incomplet. Quelques questions sont mal formulées ou trop directives, ce qui induit des blocages de la part des locuteurs ou les oriente trop dans leurs réponses, limitant ainsi leur expression libre.

Bien que le choix des catégories et sous-catégories soit fondé sur la littérature, il pourrait varier si un autre investigateur menait la recherche. Lors de notre analyse thématique, nous

avons classé les verbatim dans les catégories et sous-catégories en nous basant sur nos indicateurs prédéfinis, cependant, cette méthode garde une part de subjectivité. Nous avons eu recours à un observateur extérieur à l'étude pour réduire cette variabilité interindividuelle, mais pour réellement mesurer la fiabilité de notre étude, nous aurions pu utiliser un outil statistique tel que le kappa de Cohen.

### **5.2.2 Limites**

Plusieurs limites se sont imposées à nous lors de ce projet de recherche. Tout d'abord une limite de temps, en effet, notre sujet d'étude faisant l'objet d'une actualité très récente, nous avons réalisé ce travail dans un délai assez court. Plus de temps nous aurait également permis d'inclure davantage de MK dans l'étude. Notre échantillon est effectivement assez faible avec seulement trois répondants, mais nous avons rencontré des difficultés à trouver des MK ayant effectué des séances en télésoin, ou à obtenir leur accord pour participer à cette étude. De par le faible échantillon et le biais de sélection précédemment évoqué (5.2), nous sommes dans l'incapacité d'extrapoler les résultats de ce mémoire de recherche.

### **5.3 Intérêt dans le domaine de la kinésithérapie**

Cette étude qualitative sur le vécu des MK a permis de soulever les difficultés qu'ils ont rencontré dans leur pratique du télésoin et de trouver des pistes pour essayer de les surmonter. Nos entretiens ont également rappelé la place centrale de l'éducation thérapeutique dans la rééducation, qu'elle se déroule en présentiel ou à distance. Ce travail pourrait permettre de faire évoluer les pratiques et de démocratiser le télésoin. L'identification des ressources ayant manqué aux MK dans ce contexte particulier indique qu'une formation spécifique et adaptée serait nécessaire. Même si d'autres études avec une méthodologie plus robuste sont souhaitables en France, la littérature étrangère laisse penser que le télésoin pourrait être une solution pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins et réduire les coûts en santé publique.

## **6. Conclusion**

### **6.1 Réponse à la problématique**

Ces entretiens semi-directifs nous ont permis de comprendre non seulement comment les MK ont appréhendé le télésoin pendant le premier confinement national mais aussi leurs intentions quant à son intégration dans leur pratique courante. Pour les MK, le télésoin a un intérêt majeur pour le patient et les bénéfices de ces séances sont nombreux. Le télésoin fait partie intégrante du rôle socio-professionnel du MK et représente un atout supplémentaire pour le patient. C'est aussi l'occasion d'aller vers davantage d'autonomisation du patient et grâce à la prévention et la promotion de la santé intégrées à ces séances. Pour cette raison, mais aussi pour assurer une continuité des soins, les MK manifestent leur intention de poursuivre l'usage du télésoin, si celui-ci demeure autorisé après l'état d'urgence sanitaire.

Une fois passée l'appréhension de la nouveauté, les MK ont acquis avec leur expérience du télésoin, davantage d'aisance dans leur pratique. Cependant, tous les MK ne se sentent pas aussi confiants en leurs capacités à prodiguer à distance, des soins d'une qualité équivalente à ceux réalisés en présentiel. La définition de recommandations, mais aussi la mise en place d'une formation spécifique, pourraient les aider à adapter leur pratique à ce nouveau mode d'exercice.

Les MK évoquent tout de même une notion d'infériorité du télésoin par rapport au soin en présentiel. Pour eux, le télésoin reste plutôt une option à utiliser dans l'attente de pouvoir faire mieux. Ils n'envisagent pas de réaliser des prises en charge à 100% en télésoin, mais, dans certaines circonstances, ils jugent pertinent d'alterner séances en présentiel et vidéoconférence. D'après eux, cela faciliterait entre autres l'aspect logistique, à la fois pour le MK et pour le patient. Une évaluation régulière de l'évolution de l'état du patient par des bilans intermédiaires réalisés en présentiel resterait nécessaire. Les entretiens font tout de même apparaître une volonté des MK d'élargir au bilan l'autorisation de réalisation et de facturation du télésoin. Les textes réglementaires excluent pour l'instant cette idée. Cependant, les données de la littérature semblent montrer que le télésoin permettrait de lutter contre les inégalités d'accès aux soins, en aidant des patients vivant dans des zones sous-dotées à accéder à des MK experts, via cette nouvelle modalité.

## 6.2 Perspectives

Si cette étude préliminaire nous a permis de recueillir les premières impressions de quelques MK français, il serait pertinent dans un futur proche d'interroger davantage de MK de tous horizons sur leur pratique du télésoin. Une méthodologie telle que le questionnaire différentiel pourrait nous permettre de confirmer nos hypothèses et d'extrapoler nos résultats. Nous nous sommes focalisés pour ce travail sur la vision des MK mais il serait intéressant d'analyser également le vécu de patients ayant bénéficié du télésoin, y compris quand la présence d'un aidant était nécessaire. La démocratisation du télésoin pourrait aider à trouver le juste équilibre entre techniques *hands-off* et *hands-on*, dans une approche bio-psycho-sociale du patient, avec toutes les spécificités culturelles des MK français. Au-delà de l'implémentation d'une nouvelle pratique professionnelle, ce sont l'évolution et la modernisation de la profession de MK en France qui sont ici en jeu.

## Bibliographie

- [1] télémédecine n.d. [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8371522](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8371522) (consulté le 21 mars 2021).
- [2] télésoins à domicile n.d. [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8370620](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8370620) (consulté le 21 mars 2021).
- [3] téléconsultation n.d. [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8873165](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8873165) (consulté le 21 mars 2021).
- [4] HAS. Réponses rapides dans le cadre du covid-19. Téléconsultation et télésoin. 2020.
- [5] Galea MD. Telemedicine in Rehabilitation. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 2019;30:473–83. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2018.12.002>.
- [6] van Egmond MA, van der Schaaf M, Vredevelde T, Vollenbroek-Hutten MMR, van Berge Henegouwen MI, Klinkenbijn JHG, et al. Effectiveness of physiotherapy with telerehabilitation in surgical patients: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy* 2018;104:277–98. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2018.04.004>.
- [7] Pastora-Bernal JM, Martín-Valero R, Barón-López FJ, Estebanez-Pérez MJ. Evidence of Benefit of Telerehabilitation After Orthopedic Surgery: A Systematic Review. *J Med Internet Res* 2017;19:e142. <https://doi.org/10.2196/jmir.6836>.
- [8] Jonker LT, Haveman ME, de Bock GH, van Leeuwen BL, Lahr MMH. Feasibility of Perioperative eHealth Interventions for Older Surgical Patients: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association* 2020:S1525861020304382. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.035>.
- [9] Jansson MM, Rantala A, Miettunen J, Puhto A-P, Pikkarainen M. The effects and safety of telerehabilitation in patients with lower-limb joint replacement: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Telemedicine and Telecare* n.d.:19.
- [10] Shukla H, Nair S, Thakker D. Role of telerehabilitation in patients following total knee arthroplasty: Evidence from a systematic literature review and meta-analysis. *J Telemed Telecare* 2017;23:339–46. <https://doi.org/10.1177/1357633X16628996>.
- [11] Jiang S, Xiang J, Gao X, Guo K, Liu B. The comparison of telerehabilitation and face-to-face rehabilitation after total knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare* 2018;24:257–62. <https://doi.org/10.1177/1357633X16686748>.
- [12] Cottrell MA, Galea OA, O’Leary SP, Hill AJ, Russell TG. Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard

- practice: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* 2017;31:625–38. <https://doi.org/10.1177/0269215516645148>.
- [13] Validity and reliability of Internet-based physiotherapy assessment for musculoskeletal disorders: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare* n.d.:13.
- [14] Grona SL, Bath B, Busch A, Rotter T, Trask C, Harrison E. Use of videoconferencing for physical therapy in people with musculoskeletal conditions: A systematic review. *J Telemed Telecare* 2018;24:341–55. <https://doi.org/10.1177/1357633X17700781>.
- [15] Dias JF, Oliveira VC, Borges PRT, Dutra FCMS, Mancini MC, Kirkwood RN, et al. Effectiveness of exercises by telerehabilitation on pain, physical function and quality of life in people with physical disabilities: a systematic review of randomised controlled trials with GRADE recommendations. *Br J Sports Med* 2020:bjsports-2019-101375. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101375>.
- [16] Srikesavan C, Bryer C, Ali U, Williamson E. Web-based rehabilitation interventions for people with rheumatoid arthritis: A systematic review. *J Telemed Telecare* 2019;25:263–75. <https://doi.org/10.1177/1357633X18768400>.
- [17] Jayasree-Krishnan V, Ghosh S, Palumbo A, Kapila V. Developing a Framework for Designing and Deploying Technology-Assisted Rehabilitation Post Stroke: A Qualitative Study n.d.:1.
- [18] Rintala A. Effectiveness of Technology-Based Distance Physical Rehabilitation Interventions for Improving Physical Functioning in Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials n.d.:20.
- [19] Chen J. Telerehabilitation Approaches for Stroke Patients: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials n.d.:9.
- [20] Appleby E, Gill ST, Hayes LK, Walker TL, Walsh M, Kumar S. Effectiveness of telerehabilitation in the management of adults with stroke: A systematic review. *PLoS ONE* 2019;14:e0225150. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225150>.
- [21] Sarfo FS, Ulasavets U, Opare-Sem OK, Ovbiagele B. Tele-Rehabilitation after Stroke: An Updated Systematic Review of the Literature. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2018;27:2306–18. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.05.013>.
- [22] Laver KE, Adey-Wakeling Z, Crotty M, Lannin NA, George S, Sherrington C. Telerehabilitation services for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010255.pub3>.

- [23] Tchero H, Tabue Teguo M, Lannuzel A, Rusch E. Telerehabilitation for Stroke Survivors: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res* 2018;20:e10867. <https://doi.org/10.2196/10867>.
- [24] Di Tella S, Pagliari C, Blasi V, Mendozzi L, Rovaris M, Baglio F. Integrated telerehabilitation approach in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare* 2020;26:385–99. <https://doi.org/10.1177/1357633X19850381>.
- [25] Rintala A, Hakala S, Paltamaa J, Heinonen A, Karvanen J, Sjögren T. Effectiveness of technology-based distance physical rehabilitation interventions on physical activity and walking in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Disability and Rehabilitation* 2018;40:373–87. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1260649>.
- [26] Ownsworth T, Arnautovska U, Beadle E, Shum DHK, Moyle W. Efficacy of Telerehabilitation for Adults With Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2018;33:E33–46. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000350>.
- [27] Maresca G, Maggio MG, De Luca R, Manuli A, Tonin P, Pignolo L, et al. Tele-Neuro-Rehabilitation in Italy: State of the Art and Future Perspectives. *Front Neurol* 2020;11:563375. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.563375>.
- [28] Sarfo FS, Adamu S, Awuah D, Ovbiagele B. Tele-neurology in sub-Saharan Africa: A systematic review of the literature. *Journal of the Neurological Sciences* 2017;380:196–9. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.07.037>.
- [29] Almojaibel A. Delivering pulmonary rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease at home using telehealth: A review of the literature. *Saudi J Med Med Sci* 2016;4:164. <https://doi.org/10.4103/1658-631X.188247>.
- [30] Lundell S, Holmner Å, Rehn B, Nyberg A, Wadell K. Telehealthcare in COPD: A systematic review and meta-analysis on physical outcomes and dyspnea. *Respiratory Medicine* 2015;109:11–26. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2014.10.008>.
- [31] Selzler A-M, Wald J, Sedeno M, Jourdain T, Janaudis-Ferreira T, Goldstein R, et al. Telehealth pulmonary rehabilitation: A review of the literature and an example of a nationwide initiative to improve the accessibility of pulmonary rehabilitation. *Chron Respir Dis* 2018;15:41–7. <https://doi.org/10.1177/1479972317724570>.
- [32] Chan C, Yamabayashi C, Syed N, Kirkham A, Camp PG. Exercise Telemonitoring and Telerehabilitation Compared with Traditional Cardiac and Pulmonary Rehabilitation:

- A Systematic Review and Meta-Analysis. *Physiotherapy Canada* 2016;68:242–51. <https://doi.org/10.3138/ptc.2015-33>.
- [33] Wu C, Li Y, Chen J. Hybrid versus traditional cardiac rehabilitation models: a systematic review and meta-analysis n.d.:8.
- [34] Liu S, Zhao Q, Li W, Zhao X, Li K. The Cost-Effectiveness of Pulmonary Rehabilitation for COPD in Different Settings: A Systematic Review. *Appl Health Econ Health Policy* 2020. <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00613-5>.
- [35] Inskip JA, Lauscher HN, Li LC, Dumont GA, Garde A, Ho K, et al. Patient and health care professional perspectives on using telehealth to deliver pulmonary rehabilitation. *Chron Respir Dis* 2018;15:71–80. <https://doi.org/10.1177/1479972317709643>.
- [36] Légifrance. Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. n.d.
- [37] Légifrance. Arrêté du 16 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. n.d.
- [38] Référencement des outils numériques COVID-19 dédiés aux professionnels | Santé.fr n.d. <https://www.sante.fr/covid-numerique-pro> (consulté le 11 avril 2021).
- [39] Référencement des outils numériques COVID-19 dédiés au grand public | Santé.fr n.d. <https://www.sante.fr/covid-numerique> (consulté le 11 avril 2021).
- [40] Guide de bonnes pratiques relatif au télésoin en kinésithérapie – Ordre des masseurs-kinésithérapeutes n.d. <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/guide-de-bonnes-pratiques-relatif-au-telesoin-en-kinesitherapie/> (consulté le 11 avril 2021).
- [41] HAS. Tableau récapitulatif des professions autorisées à exercer à distance dans le cadre de la gestion de crise covid-19. 2020.
- [42] HAS. Qualité et sécurité du télésoin. Critères d'éligibilité. 2020.
- [43] Tyagi S, Lim DSY, Ho WHH, Koh YQ, Cai V, Koh GCH, et al. Acceptance of Tele-Rehabilitation by Stroke Patients: Perceived Barriers and Facilitators. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2018;99:2472-2477.e2. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.04.033>.
- [44] Remy C, Valet M, Stoquart G, Sankari SE, Pesch VV, Haan AD, et al. Telecommunication and rehabilitation for patients with multiple sclerosis: access and willingness to use. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 2020;56:9.

- [45] Chen Y, Chen Y, Zheng K, Dodakian L, See J, Zhou R, et al. A qualitative study on user acceptance of a home-based stroke telerehabilitation system. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2020;27:81–92. <https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1683792>.
- [46] Aloyuni S, Alharbi R, Kashoo F, Alqahtani M, Alanazi A, Alzhrani M, et al. Knowledge, Attitude, and Barriers to Telerehabilitation-Based Physical Therapy Practice in Saudi Arabia. *Healthcare* 2020;8:460. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040460>.
- [47] Mozer R, Bradford NK, Caffery LJ, Smith AC. Identifying perceived barriers to videoconferencing by rehabilitation medicine providers. *J Telemed Telecare* 2015;21:479–84. <https://doi.org/10.1177/1357633X15607136>.
- [48] Tran V, Lam MK, Amon KL, Brunner M, Hines M, Penman M, et al. Interdisciplinary eHealth for the care of people living with traumatic brain injury: A systematic review. *Brain Injury* 2017;31:1701–10. <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1387932>.
- [49] Annaswamy TM, Verduzco-Gutierrez M, Frieden L. Telemedicine barriers and challenges for persons with disabilities: COVID-19 and beyond. *Disability and Health Journal* 2020;13:100973. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100973>.
- [50] Hale-Gallardo JL, Kreider CM, Jia H, Castaneda G, Freytes IM, Cowper Ripley DC, et al. Telerehabilitation for Rural Veterans: A Qualitative Assessment of Barriers and Facilitators to Implementation. *JMDH* 2020;Volume 13:559–70. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S247267>.
- [51] Michael P. Cary, Michelle Spencer, Ansuya Carroll, Deborah H. Hand, Kristopher Amis, Elizabeth Karan, et al. Benefits and Challenges of Delivering Tele-rehabilitation Services to Rural Veterans 2016;Volume 34.
- [52] Caughlin S, Mehta S, Corriveau H, Eng JJ, Eskes G, Kairy D, et al. Implementing Telerehabilitation After Stroke: Lessons Learned from Canadian Trials. *Telemedicine and E-Health* 2020;26:710–9. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0097>.
- [53] Damhus CS, Emme C, Hansen H. Barriers and enablers of COPD telerehabilitation – a frontline staff perspective. *International Journal of COPD* n.d.:10.
- [54] Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. *Les méthodes qualitatives*. Presses Universitaires de France; 2013.
- [55] Bardin L. *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France; 2013.
- [56] De Singly F. *Le questionnaire*. Paris: Armand Colin; 2016.
- [57] Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. Paris: Armand Colin; 2007.

- [58] Michie S. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality and Safety in Health Care* 2005;14:26–33. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155>.
- [59] Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Sci* 2012;7:37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>.
- [60] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Annexe II. Diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute. Référentiel de compétences 2015.
- [61] Traverso V. *L'analyse des conversations*. Paris: Armand Colin; 2004.
- [62] Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non-directif en sociologie. *Revue Française de Sociologie* 1975;16.
- [63] Remondière R, Durafourg M-P. Regards sur la kinésithérapie en 2018. *Santé Publique* 2018;30:869. <https://doi.org/10.3917/spub.187.0869>.
- [64] Owen PJ, Miller CT, Mundell NL, Verswijveren SJJM, Tagliaferri SD, Brisby H, et al. Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. *Br J Sports Med* 2020;54:1279–87. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100886>.
- [65] Geri T, Viceconti A, Minacci M, Testa M, Rossetini G. Manual therapy: Exploiting the role of human touch. *Musculoskeletal Science and Practice* 2019;44:102044. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.07.008>.
- [66] Girbés EL. Balancing “hands-on” with “hands-off” physical therapy interventions for the treatment of central sensitization pain in osteoarthritis n.d.:18.

## Annexes

### Annexe I : Tableau des actes de kinésithérapie réalisables et facturables en télésoin

- Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée	7,5	AMS
- Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9,5	AMS
- Rééducation du rachis et/ ou des ceintures quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur)	7,5	AMS
- Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis	7,5	AMS
- Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde ...) :	7,6	AMK
- Atteinte localisée à un membre ou le tronc ;	9	AMK
- Atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres.	9	AMK
- Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire	7,6	AMK
- Rééducation abdominale du post-partum	7,6	AMK
- Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale	7,6	AMK
- Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ ou troubles trophiques	7,6	AMK
- Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs	7,6	AMK
- Rééducation de l'hémiplégie	9	AMK
- Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination ...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie		
- localisation des déficiences à un membre et sa racine	8,3	AMK
- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face	10	AMK
- Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)	8,3	AMK

## Annexe II : Domaines et sous-thèmes du TDF.

**Table 1** Theoretical domains, component constructs, and eliciting questions for investigating the implementation of evidence-based practice

Domains*	Constructs	Interview questions
(1) Knowledge	Knowledge Knowledge about condition/scientific rationale Schemas+mindsets+illness representations Procedural knowledge	Do they know about the guideline? What do they think the guideline says? What do they think the evidence is? Do they know they should be doing x? Do they know why they should be doing x?
(2) Skills (Skills)	Skills Competence/ability/skill assessment Practice/skills development Interpersonal skills Coping strategies	Do they know how to do x? How easy or difficult do they find performing x to the required standard in the required context?
(3) Social/professional role and identity (Self-standards)	Identity Professional identity/boundaries/role Group/social identity Social/group norms Alienation/organisational commitment	What is the purpose of the guidelines? What do they think about the credibility of the source? Do they think guidelines should determine their behaviour? Is doing x compatible or in conflict with professional standards/identity? (prompts: moral/ethical issues, limits to autonomy) Would this be true for all professional groups involved?
(4) Beliefs about capabilities (Self-efficacy)	Self-efficacy Control—of behaviour and material and social environment Perceived competence Self-confidence/professional confidence Empowerment Self-esteem Perceived behavioural control Optimism/pessimism	How difficult or easy is it for them to do x? (prompt re. internal and external capabilities/constraints) What problems have they encountered? What would help them? How confident are they that they can do x despite the difficulties? How capable are they of maintaining x? How well equipped/comfortable do they feel to do x?
(5) Beliefs about consequences (Anticipated outcomes/ attitude)	Outcome expectancies Anticipated regret Appraisal/evaluation/review Consequents Attitudes Contingencies Reinforcement/punishment/consequences Incentives/rewards Beliefs Unrealistic optimism Salient events/sensitisation/critical incidents Characteristics of outcome expectancies—physical, social, emotional; Sanctions/rewards, proximal/distal, valued/not valued, probable/improbable, salient/not salient, perceived risk/threat	What do they think will happen if they do x? (prompt re themselves, patients, colleagues and the organisation; positive and negative, short term and long term consequences) What are the costs of x and what are the costs of the consequences of x? What do they think will happen if they do not do x? (prompts) Do benefits of doing x outweigh the costs? How will they feel if they do/don't do x? (prompts) Does the evidence suggest that doing x is a good thing?
(6) Motivation and goals (Intention)	Intention; stability of intention/certainty of intention Goals (autonomous, controlled) Goal target/setting Goal priority Intrinsic motivation Commitment Distal and proximal goals Transtheoretical model and stages of change	How much do they want to do x? How much do they feel they need to do x? Are there other things they want to do or achieve that might interfere with x? Does the guideline conflict with others? Are there incentives to do x?
(7) Memory, attention and decision processes	Memory Attention Attention control Decision making	Is x something they usually do? Will they think to do x? How much attention will they have to pay to do x? Will they remember to do x? How? Might they decide not to do x? Why? (prompt: competing tasks, time constraints)
(8) Environmental context and resources (Environmental constraints)	Resources/material resources (availability and management) Environmental stressors Person x environment interaction Knowledge of task environment	To what extent do physical or resource factors facilitate or hinder x? Are there competing tasks and time constraints? Are the necessary resources available to those expected to undertake x?
(9) Social influences (Norms)	Social support Social/group norms Organisational development Leadership Team working Group conformity Organisational climate/culture Social pressure Power/hierarchy Professional boundaries/roles Management commitment Supervision Inter-group conflict Champions Social comparisons Identity; group/social identity Organisational commitment/alienation Feedback Conflict—competing demands, conflicting roles	To what extent do social influences facilitate or hinder x? (prompts: peers, managers, other professional groups, patients, relatives) Will they observe others doing x (i.e. have role models)?

Table 1 Continued

Domains*	Constructs	Interview questions
	Change management Crew resource management Negotiation Social support: personal/professional/organisational, intra/ interpersonal, society/community Social/group norms: subjective, descriptive, injunctive norms Learning and modelling	
(10) Emotion (Emotion)	Affect Stress Anticipated regret Fear Burn-out Cognitive overload/tiredness Threat Positive/negative affect Anxiety/depression	Does doing x evoke an emotional response? If so, what? To what extent do emotional factors facilitate or hinder x? How does emotion affect x?
(11) Behavioural regulation	Goal/target setting Implementation intention Action planning Self-monitoring Goal priority Generating alternatives Feedback Moderators of intention-behaviour gap Project management Barriers and facilitators	What preparatory steps are needed to do x? (prompt re individual and organisational) Are there procedures or ways of working that encourage x?
(12) Nature of the behaviours	Routine/automatic/habit Breaking habit Direct experience/past behaviour Representation of tasks Stages of change model	What is the proposed behaviour (x)? Who needs to do what differently when, where, how, how often and with whom? How do they know whether the behaviour has happened? What do they currently do? Is this a new behaviour or an existing behaviour that needs to become a habit? Can the context be used to prompt the new behaviour? (prompts: layout, reminders, equipment) How long are changes going to take? Are there systems for maintaining long term change?

\*Corresponding constructs from Fishbein *et al.*<sup>14</sup> shown in parentheses.

## **Annexe III : Référentiel de compétences du DE de MK, les 11 compétences du MK**

### **DIPLOME D'ÉTAT DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE**

#### ***Référentiel de compétences***

##### **Compétences**

- 1. Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique**
- 2. Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation**
- 3. Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage**
- 4. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie**
- 5. Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie**
- 6. Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie**
- 7. Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle**
- 8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques**
- 9. Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources**
- 10. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs**
- 11. Informer et former les professionnels et les personnes en formation**

## **Annexe IV : Autorisation d'enregistrement et d'exploitation des données.**

<b>Autorisation pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------

### Présentation

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'un mémoire de recherche en kinésithérapie. L'enquête porte sur la mise en place du télésoin en France dans le contexte de l'état d'urgence dû à la pandémie de Covid-19. Cette recherche est menée par Joanna MATAR et encadrée par Madame Véronique DUBRULLE. Elle est uniquement possible grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées, à qui nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

### Autorisation

Je soussigné(e) .....

- Autorise par la présente à enregistrer en audio le ..... à .....
- Autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche scientifique
- Prend acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi enregistrées seront anonymisées. Ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants.

Lieu et date :

Signature :

**Annexe V : Tableau de transcription selon Véronique Traverso.**

<b>Codage</b>	<b>Signification</b>
[...]	Interruption et chevauchement
(.)	Pause ou silence d'une seconde
(x'')	Pause chronométrée de x secondes
↑	Intonation montante
↓	Intonation descendante
MAJ	Insistance
!	Exclamation
:::	Prolongation d'une syllabe
(ASP)	Inspiration du locuteur
(SP)	Soupir du locuteur
(RIRE)	Rire du locuteur
« euh »	Émissions vocales retranscrites de manière littérale
<i>(geste)</i>	Gestes et actions notés entre parenthèses en italique

## Annexe VI : Retranscription de l'entretien 1.

- 1 **C : Pour commencer, c'est quoi votre définition du télésoin ↑ ?**
- 2 MK1 : C'est des séances de rééducation ↑ en virtuel c'est à dire PAS EN PRESENCE  
3 REELLE de la personne avec qui tu dois faire la ::: la séance ↓
- 4 **C : Ok ↑ et donc VOUS les séances que vous avez réalisé comment ça s'est passé ↑ ?**
- 5 MK1 : Alors je vais te prendre deux exemples ↑ euh ::: dans les deux cas ↑ ce sont de  
6 jeunes adultes c'est deux femmes ↑ qui représentent bien euh ::: mes patients hein euh ce  
7 sont des gens que je CONNAISSAIS AVANT alors c'est de la traumatologie ↑ une ::: traumatologie  
8 neuro ↑ c'est une dame qui a eu une paralysie suite à un accident de ski ↑ au niveau de du  
9 nerf fibulaire ↑ et puis euh ::: je l'avais rééduquée en ::: en live puisque j'allais à domicile  
10 chez elle ↑ c'est quand j'étais encore euh ::: sur Paris et cette dame s'est retordu le pied ↑  
11 le MEME côté puisque toute façon elle avait pas complètement récupéré ↓ et donc là ↑  
12 avec le confinement ↑ je ::: j'ai travaillé avec elle par téléphone ↑ c'est à dire qu'on a  
13 REPRIS des exercices qu'on avait DEJA faits avant donc elle CONNAISSAIT ↑ elle  
14 COMPRENAIT ce que je lui disais ↑ je pouvais lui dire tu mets ton pied dans TELLE  
15 position ↑ tu vas sur le tapis de TELLE façon ↑ tu glisses (.) MAIS on avait quand même  
16 l'expérience ↓ ça c'est important ↓ de ce qui avait été fait AVANT ↓. Donc elle  
17 comprenait très bien ce que je voulais dire (.) enfin très bien ↓ (.) J'EN SAIS RIEN ↑  
18 puisque un des gros problèmes c'est que je pouvais pas vérifier ↑ Donc tu vois c'est ça le  
19 problème ! ↑ Et puis l'autre elle s'était fait opérer du dos ↑ du rachis ↑ pour euh ::: hernie  
20 euh ::: paralysante ↑ sciatique paralysante parce que moi j'aime bien ::: ce qui est un peu  
21 neuro quand même ↓ (RIRE) et elle avait fait beaucoup de yoga ↑ en ::: télésoin enfin c'est  
22 pas du télésoin ↓ télé ::: télé ::: visio enfin je sais pas comment on dit pour le yoga ↓ et  
23 donc on a TRANSPOSÉ ce qu'elle avait fait en yoga ↑ elle connaissait par exemple pour  
24 s'asseoir sur sa chaise ↑ pour mettre ses ses ses ::: membres inférieurs dans telle ou telle  
25 position ↑ et donc ELLE me disait ce qu'elle avait fait ↑ et MOI je lui disais ok ↑ c'est ok  
26 ↓ c'est d'accord ↓ c'est pas d'accord ↓ on améliore ↓ on change ↓ et cetera ↓ Donc on  
27 partait AUSSI d'un vécu de sa part ↓

28 **C : D'accord ↓ donc le fait que vous l'avez déjà vue en présentiel ça vous a aidée dans**  
29 **la réalisation des séances à distance ↓**

30 MK1 : Ouais ↓ et j'ai essayé de faire un test ↑ avec une jeune femme que ::: j'avais jamais  
31 rééduquée que je ::: bon ↓ (SP) et je lui ai dit ::: euh parce qu'elle avait mal au dos ↓ euh :::  
32 j'arrivais pas ↓ elle elle comprenait pas ↓ (.) Alors après je l'ai vue ↑ donc domicile hein  
33 ↓ elle a fait sur la chaise ↑ les exercices ↑ j'ai fait comme si je n'étais pas là ↑ mais j'étais  
34 quand même un peu là ↑ mais bon j'ai fait comme si ↑ et j'ai compris ↑ pourquoi ↑ par  
35 téléphone je pouvais pas y arriver ↓. Parce que y'avait pas LE CONTACT ↓ (.)

36 **C : Comment ça ↑ ?**

37 MK1 : Euh : le contact au sens euh ::: chose que j'avais fait avec les deux autres patientes si  
38 tu veux ↓ j'avais toujours utilisé ou la main ↓ ou le tapis ↓ ou une chaise ↓ ou quelque  
39 chose ↑ et si on fait QUE par téléphone ↑ sans utiliser ::: un ::: enfin (2'') y'a vraiment une  
40 notion de de CONTACT euh ::: qu'on a pas ↓

41 **C : Et c'était le contact euh physique ↑ ou le contact visuel qui vous manquait ↑ à ce**  
42 **moment-là ↑ ?**

43 MK1 : Le contact euh ::: je l'ai pas touchée ↓ parce que la la dame quand elle a elle était  
44 contre la chaise ↑ elle a dit « oui mais la chaise ELLE ↑ elle ne sent rien ↑ et elle ne réagit  
45 pas ↓ » et c'est là que j'ai compris ↑ c'est ELLE qui m'a fait comprendre hein ↑ que que  
46 en fait ↑ par téléphone et bah ::: y'a pas la possibilité de de de mettre une réaction avec un  
47 CONTACT manuel ↓ ou corporel ↓ ou ce que tu veux hein ↑ Y'a pas ↑ Et donc y'a pas  
48 de moyen de REGULATION ↓

49 **C : Ok ↓ et dans ce genre de cas ↑ est-ce que vous pensez que ça aide les patients ↑ ?**

50 MK1 : Alors je vais la rappeler et je vais lui demander ↑ euh ::: ce qu'elle en a tiré euh si  
51 c'était mieux que rien ↑ comme elle euh ::: les gens ils disent hein ↑ c'est mieux que zéro  
52 c'est mieux que rien ↓ MAIS euh jme dis en traumatisme en tout cas (.) On on y'a l'erreur y'a  
53 un droit à l'erreur ↑ euh ::: bon quand y'a le WhatsApp ↑ et le Skype ↑ on peut voir ↑ on  
54 peut on peut vérifier ↑ MAIS si jamais par exemple elle met un appui ↑ qui est pas bon ↑

55 si jamais elle glisse ↑ ou je sais pas quoi ↑ euh je peux RIEN moi ↓ d'où je suis ↓ Donc  
56 (2s) ils en tirent certainement quelque chose ↑ euh ::: MOI en tant que kiné c'est pas  
57 satisfaisant ↑ parce que on les met pas dans des conditions euh ::: ordinaires ↑ on les met  
58 pas dans des conditions réelles (ASP)

59 **C : Et est-ce que pour vous ça fait partie du rôle du kiné quand même ↑ ?**

60 MK1 : Bah quand on peut rien faire d'autre ↑ c'est à dire là on est LOIN là on est euh ou  
61 dans mon village y'avait pas de kiné ::: bon ↓ il fallait bien qu'on fasse quelque chose ↑  
62 euh (.) Pff je dirais ↑ (.) pour ce qui est rhumato ↑ ok ↓ pas de soucis ↓ mal au dos hein  
63 ↓ bon d'accord ↓ euh je ::: je suis pas méprisante ↑ mais je dis ::: ok ↓. Pour ce qui est  
64 neuro ↑ euh je pense qu'il faut un accompagnement enfin ↑ en cas de paralysie ↑ en cas :::  
65 on peut pas laisser des gens tout seuls ↑ donc pff euh ::: et ↑ en traumatisme je trouve que  
66 c'est dangereux ↓ donc euh ::: c'est le rôle du kiné MAIS EN COMPLEMENT je trouve  
67 hein ↑ je le trouvais déjà avant ↓ en complément de de séances vraiment ::: en live ↑ euh  
68 tu vois ↓

69 **C : Oui ↓ et est-ce que vous continuez à faire des séances comme ça en télésoin ↑ ?**

70 MK1 : Alors euh ::: oui je continue ↑ je continue plutôt dans une fonction de conseil ↓ par  
71 téléphone ↓ par visio ↓ par euh ↓ si on me dit « voilà ::: je mets mon pied comme ça  
72 qu'est-ce que t'en penses ↑ ? » Là je peux répondre ↓ c'est JUSTE un conseil ↓ MAIS  
73 autrement je me déplace euh je je ::: je maintiens le le ::: la rééducation dite ::: classique on  
74 va dire ↓

75 **C : Juste un conseil ok (.) Mais ça compte pas vraiment comme une séance du coup ↑**  
76 **il manque un truc quoi ↓ c'est ça ↑ ?**

77 MK1 : Bah moi je l'ai toujours fait ↑ en plus le ::: parce que j'allais dans les pays étrangers  
78 ↑ je me baladais donc euh on a toujours pratiqué un petit peu comme ça ↑ par euh ::: par  
79 téléphone ↑ par euh par vidéo ↑ par Skype ↑ hein donc c'est pas nouveau ↑ et j'aime bien  
80 ↑ parce que je vais ::: je vais peut-être aller à dire le contraire de ce que les autres disent ↑  
81 mais justement parce qu'on a pas tous les trucs ↑ et bah au moins ↑ on fait la rééducation  
82 comme les gens (.) la VIVENT CHEZ EUX parce que ↓ quand on a des ::: des j'ai travaillé

83 dans des centres et tout ↑ on avait vraiment tous les hyper bons matériels ↓ mais c'est pas  
84 ça la rééducation ↑ Quand on rentre chez soi ↑ bah on a un escalier ↑ on a un lit ↑ on a :::  
85 donc AVEC le télésoin je trouve ↑ alors point positif ↑ qu'on est VRAIMENT  
86 EXACTEMENT dans l'environnement de la personne ↓ et AU MOINS là ↑ on s'ADAPTE  
87 nous les kinés ↑ et ça c'est je trouve que c'est un gros gros avantage ↑ et c'est pour ça  
88 qu'on le faisait avant ↑ et que je continue à le faire ↑ et que pour moi le matériel c'est pas  
89 un problème ↓ au contraire ↓

90 **C : Et les patients ils en pensent quoi ↑ à votre avis ↑ ?**

91 MK1 : Alors ↑ euh j'ai demandé hein ↑ en général (.) ils préfèrent que je sois là ↑ (RIRE)  
92 parce que mais pas pour les bonnes raisons ↑ parce qu'on s'amuse ↑ parce que ::: tu vois  
93 des raisons qui n'ont rien à voir avec la rééducation ↓ et euh ::: sur la rééducation ↓ ils  
94 préfèrent (.) le le renvoi euh ::: le CONTACT (*plaque ses mains l'une contre l'autre*) manuel  
95 pour GUIDER ↓ pour le confort ↑ ils aiment mieux chez eux euh ↓ mais tu vois ↑ celle  
96 qui s'est qui était tombée ::: là à ski et tout ↑ euh ::: y'a sa petite nièce aussi qui ::: qui sort  
97 du plâtre ↑ et bah on aurait pu faire ↑ comme ça par télé ::: la nièce elle a 40 ans hein ↑  
98 elle a PREFERE aller dans un grand cabinet de kiné de sport ↑ elle a préféré ↓ elle a PAS  
99 VOULU le ::: le télésoin ↓ alors qu'elle nous connaissait ↑ qu'elle avait vu ::: tout le monde  
100 en faire ↑ et bah NON (.) elle est allée dans ce cabinet ↓

101 **C : Mais pourquoi à votre avis ↑ ?**

102 MK1 : Bah je ::: je les cite hein ↑ rien ne remplace (.) la ::: la rétroaction (.) de quelqu'un  
103 euh ::: à côté de soi ↓ Même dans le cabinet ↑ même quand ils sont tout seuls en train de  
104 sauter ↑ en train de faire leurs euh leurs exercices ↑ y'a quand même des gens ↑ des kinés  
105 ↑ jeunes ↓ beaux ↓ intelligents ↓ (RIRE) à côté d'eux ↑ et ::: quelque part ça les rassure  
106 ↑ quelque part ils trouvent que ça les GUIDE mieux ↓ que y'a c'est plus rapide ↑ le temps  
107 de réactivité est différent ↓ Ils disent que quand ils sont alors dans ce grand cabinet de sport  
108 ↓ et bah si y'a une erreur ça se voit tout de suite ↑

109 **C : Ok et vous ↑ à distance ↓ vous arrivez à voir les erreurs ↑ ?**

110 MK1 : Et bah, voilà ↓ j'ai ::: y'a ::: la semaine dernière (.) je suis allée vérifier ↓ (.) je suis  
111 allée VOIR DE MOI-MEME ↓ je suis allée sentir peut-être ↑ mais surtout voir de moi-  
112 même comment comment ça se passait ↓ je suis allée chez elle ↑ euh ::: parce que (.) bah :::  
113 quand on est en en visio ↑ on a pas tout l'environnement on a pas même même si la caméra  
114 est est reculée ↑ même on est ON A PAS TOUT on a pas tous les éléments ↓ enfin moi  
115 c'est ce que je ressens hein ↓ donc OUI je suis allée vérifier ↑ et OUI ↑ on recommence  
116 à se dire par téléphone tu fais ça ↓ tu fais ça ↓ nanana ↓ comment ça va ↓ qu'est-ce que  
117 tu ressens ↓ et cetera ↑ MAIS j'ai été voir ↓ (.) Maintenant hein c'est peut-être moi hein  
118 je sais pas ↑ !

119 **C : Donc au bout de plusieurs séances à distance ↑ vous avez eu besoin d'aller la voir**  
120 **chez elle pour constater l'efficacité de vos séances à distance c'est ça ↑ ?**

121 MK1 : Bah oui ↑ j'avais besoin de vérifier ↑ parce que par exemple tu fais faire des sauts  
122 à quelqu'un ↓ prenons parce que c'est des skieurs hein euh des sauts de bosses ou des sauts  
123 comme ça ↓ c'est pas derrière une caméra qu'on voit ce qui se passe ↑ ! Il faut ::: faut aller  
124 sur le terrain ↑ faut y aller tu vois ↑ ça c'est pas mon PETIT téléphone qui peut le faire ↑

125 **C : Mais là ↓ quand vous y êtes allée qu'est-ce que ça vous a apporté ↑ ?**

126 MK1 : Alors j'ai vu ↑ justement ↑ j'étais un peu inquiète ↑ parce que J'AI TROUVE  
127 qu'elle boitait ↓ J'AI TROUVE que c'était MOINS BON qu'avant ↓ euh ::: j'ai trouvé ↑  
128 finalement ↓ mais elle m'a dit ↑ qu'elle pas fait sa rééducation aussi sérieusement et aussi  
129 assidûment que les premières fois ↑ donc euh ::: les torts sont partagés ↑ mais c'était moins  
130 bon ↑ OUI ↑ !

131 **C : Et quand vous avez vu ça (.) qu'est-ce que ça vous a fait ↑ ? Vous vous êtes dit**  
132 **quoi ↑ ?**

133 MK1 : Bah (RIRE) tu vas rire hein ↑ Mais je me suis dit en fait ↑ Rien ne me remplace  
134 quoi ↑ j'étais FIERE ↑ c'est vrai hein ↑ j'étais fière ↓. Non mais sans rire ↓ quand même  
135 je me suis dit (.) ça ::: ça doit rester assez ::: exceptionnel ↓ ÇA NE DOIT PAS ↑ devenir  
136 la pratique majoritaire ↓ parce que t' imagine quand même ↓ là ↑ je leur ai fait prendre  
137 UN RISQUE ↑ je me suis sentie pas bien ↑ ! Alors c'était bien pratique par télé ::: ↑ mais

138 le prix à payer pour la personne ↑ que j'aime bien en plus ↑ bon (.) Le télésin on va dire  
139 que c'est quand y'a rien d'autre ↓ c'est mieux que zéro ↓ euh ::: voilà ↓ et c'est bien  
140 pratique quand on a plus internet ↑ quand (RIRE) parce que chez nous y'a des coupures  
141 dans le village ↑ attends je te dis pas quand c'est inondé ↑ bon ↓ (.) Euh ::: donc un petit  
142 coup de téléphone c'est mieux que zéro ↑ on peut plus aller chez eux les ponts ont sauté ↑  
143 enfin bon euh ::: tu vois c'est ::: il faut pas cracher non plus sur cette façon de travailler ↑  
144 hein ça permet de garder ↑ euh ::: le lien ↑ et peut-être de de pas les laisser tout seuls ↑  
145 avec leur blessure ↑ (.) Je crois que c'est ça qui est important ↓ (.) Tu vois ↓ (.)

146 **C : Oui ↓. Et bien merci beaucoup de m'avoir accordé ce temps !**

**Annexe VII : Tableau de retranscription de l'entretien 1.**

Catégories	Sous catégories	Occurrences		Verbatim (Lignes du corpus)
<b>Connaissances</b>	<b>Définition</b>	+	1	« C'est des séances de rééducation ↑ en virtuel c'est à dire PAS EN PRESENCE REELLE de la personne avec qui tu dois faire la ::: la séance ↓ » (1.2-3)
		-	1	« on les met pas dans des conditions euh ::: ordinaires ↑ on les met pas dans des conditions réelles (ASP) tu peux ::: en traumato en tout cas ! » (1.57-58)
	<b>Règlementation</b>	+	0	
		-	0	
<b>Représentations</b>	<b>Identité</b>	+	1	« moi j'aime bien ::: ce qui est un peu neuro quand même ↓ (RIRE) » (1.20-21)
		-	0	
	<b>Rôle socio-professionnel</b>	+	2	« il fallait bien qu'on fasse quelque chose » (1.61) « de pas les laisser tout seuls ↑ avec leur blessure ↑ (.) Je crois que c'est ça qui est important ↓ (.) » (1.144-145)
		-	1	« Pour ce qui est neuro ↑ euh je pense qu'il faut un accompagnement [...] on peut pas laisser des gens tout seuls ↑ [...] c'est le rôle du kiné MAIS EN COMPLEMENT je trouve hein » (1.63-66)

<b>Compétences</b>	<b>Evaluation</b>	+	1	« (avec la vidéo) on peut voir ↑ on peut on peut vérifier ↑ » (l.53-54)
		-	6	« y'a pas de moyen de REGULATION » (l.47-48) « la semaine dernière (.) je suis allée vérifier ↓ (.) je suis allée VOIR DE MOI-MEME ↓ je suis allée sentir peut-être ↑ mais surtout voir de moi-même comment comment ça se passait ↓ je suis allée chez elle ↑ » (l.110-112) « donc OUI je suis allée vérifier ↑ (en présentiel) » (l.115) « MAIS j'ai été voir (en présentiel) ↓ (.) » (l.117) « Bah oui ↑ j'avais besoin de vérifier (en présentiel) ↑ » (l.121) « Alors j'ai vu ↑ (en présentiel) [...] J'AI TROUVE qu'elle boitait ↓ J'AI TROUVE que c'était MOINS BON qu'avant ↓ » (l.126-128)
	<b>Traitement et soin</b>	+	1	« elle a fait sur la chaise ↑ les exercices ↑ » (l.33)
		-	0	
	<b>Promotion de la santé</b>	+	1	« plutôt dans une fonction de conseil [...] Là je peux répondre ↓ c'est JUSTE un conseil » (l.70-72)
		-	0	
	<b>Communication</b>	+	7	« elle CONNAISSAIT ↑ elle COMPRENAIT ce que je lui disais » (l.13-14) « je pouvais lui dire tu mets ton pied dans TELLE position ↑ tu vas sur le tapis de TELLE façon » (l.14-15)

				<p>« elle comprenait très bien ce que je voulais dire (.) » (l.16-17)</p> <p>« ELLE me disait ce qu'elle avait fait ↑ et MOI je lui disais ok ↑ c'est ok ↓ c'est d'accord ↓ c'est pas d'accord ↓ on améliore ↓ on change ↓ et cetera » (l.25-26)</p> <p>« je vais la rappeler et je vais lui demander ↑ euh ::: ce qu'elle en a tiré » (l.50)</p> <p>« si on me dit [...] qu'est-ce que t'en penses ↑ ? » (l.72)</p> <p>« on recommence à se dire par téléphone tu fais ça ↓ tu fais ça ↓ nanana ↓ comment ça va ↓ qu'est-ce que tu ressens ↓ et cetera ↑ » (l.115-117)</p>
		-	1	« j'arrivais pas ↓ « elle elle comprenait pas ↓ (.) » (l.32)
<b>Croyances</b>	<b>A propos des capacités</b>	+	0	
		-	4	<p>« enfin très bien ↓ (.) J'EN SAIS RIEN ↑ puisque un des gros problèmes c'est que je pouvais pas vérifier ↑ Donc tu vois c'est ça le problème ! ↑ » (l.17-19)</p> <p>« j'ai compris ↑ pourquoi ↑ par téléphone je pouvais pas y arriver » (l.34-35)</p> <p>« c'est pas derrière une caméra qu'on voit ce qui se passe ↑ ! Il faut ::: faut aller sur le terrain ↑ faut y aller tu vois ↑ ça c'est pas mon PETIT téléphone qui peut le faire ↑ » (l.123-124)</p> <p>« je me suis dit en fait ↑ Rien ne me remplace quoi ↑ (présence physique) » (l.133)</p>
	<b>A propos des conséquences</b>	+	5	<p>« c'est mieux que zéro c'est mieux que rien » (l.51-52)</p> <p>« Donc (2s) ils en tirent certainement quelque chose » (l.55-56)</p> <p>« pour ce qui est rhumato ↑ ok ↓ pas de soucis ↓ » (l.62)</p>

				« Euh ::: donc un petit coup de téléphone c'est mieux que zéro ↑ » (l.141-142) « ça permet de garder ↑ euh ::: le lien ↑ » (l.144)
		-	4	« jme dis en traumato en tout cas (.) [...] y'a un droit à l'erreur ↑ » (l.52-53) « en traumato je trouve que c'est dangereux » (l.65-66) « là ↑ je leur ai fait prendre UN RISQUE ↑ » (l.136-137) « mais le prix à payer pour la personne ↑ [...] bon (.) » (l.137-138)
<b>Émotions</b>	<b>Appréhension</b>	+	0	
		-	2	« MAIS si jamais par exemple elle met un appui ↑ qui est pas bon ↑ si jamais elle glisse ↑ ou je sais pas quoi ↑ euh je peux RIEN moi ↓ d'où je suis » (l.54-55) « justement ↑ j'étais un peu inquiète ↑ » (l.126)
	<b>Satisfaction</b>	+	1	« et j'aime bien ↑ » (l.79)
		-	5	« euh ::: MOI en tant que kiné c'est pas satisfaisant ↑ » (l.56-57) « ON A PAS TOUT on a pas tous les éléments ↓ enfin moi c'est ce que je ressens hein ↓ » (l.114-115) « c'était moins bon ↑ OUI ↑ ! » (l.129-130) « j'étais FIERE ↑ c'est vrai hein ↑ j'étais fière ↓ (de voir que sa présence physique était irremplaçable) » (l.134) « je me suis sentie pas bien ↑ ! » (l.137)

<b>Ressources</b>	<b>Matérielles</b>	+	5	<p>« le WhatsApp ↑ » (1.53)</p> <p>« le Skype ↑ » (1.53)</p> <p>« pour moi le matériel c'est pas un problème ↓ au contraire ↓ » (1.88-89)</p> <p>« on fait la rééducation comme les gens (.) la VIVENT CHEZ EUX » (1.81-82)</p> <p>« on est VRAIMENT EXACTEMENT dans l'environnement de la personne » (1.86-87)</p>
		-	1	« quand on est en en visio ↑ on a pas tout l'environnement » (1.113)
	<b>Personnelles</b>	+	4	<p>« on a REPRIS des exercices qu'on avait DEJA faits avant » (1.12-13)</p> <p>« MAIS on avait quand même l'expérience ↓ ça c'est important ↓ de ce qui avait été fait AVANT » (1.15-16)</p> <p>« elle avait fait beaucoup de yoga [...] et donc on a TRANSPOSE ce qu'elle avait fait en yoga ↑ elle connaissait » (1.21-23)</p> <p>« on parlait AUSSI d'un vécu de sa part » (1.27)</p>
		-	4	<p>« Parce que y'avait pas LE CONTACT » (1.35)</p> <p>« le contact au sens euh ::: [...] j'avais toujours utilisé ou la main ↓ ou le tapis ↓ ou une chaise ↓ ou quelque chose ↑ et si on fait QUE par téléphone ↑ [...] (2'') y'a vraiment une notion de de CONTACT euh ::: qu'on a pas » (1.37-40)</p> <p>« Le contact euh ::: je l'ai pas touchée ↓ » (1.43)</p> <p>« en fait ↑ par téléphone et bah ::: y'a pas la possibilité de de de mettre une réaction avec un CONTACT manuel ↓ ou corporel ↓ [...] Y'a pas » (1.46-47)</p>

<b>Influences sociales</b>	<b>Des autres MK</b>	+	0	
		-	1	« je vais peut-être aller à dire le contraire de ce que les autres disent ↑ » (1.80)
	<b>Des patients</b>	+	2	« si c'était mieux que rien ↑ comme elle euh ::: les gens ils disent hein ↑ » (1.50-52) « pour le confort ↑ ils aiment mieux chez eux euh ↓ » (1.95)
		-	7	« parce que la la dame quand elle a elle était contre la chaise ↑ elle a dit [...] et c'est là que j'ai compris ↑ (qu'elle ne pouvait pas y arriver à distance) c'est ELLE qui m'a fait comprendre hein ↑ » (1.43-45) « en général (.) ils préfèrent que je sois là ↑ (RIRE) parce que mais pas pour les bonnes raisons ↑ parce qu'on s'amuse ↑ parce que ::: tu vois des raisons qui n'ont rien à voir avec la rééducation ↓ et euh ::: sur la rééducation ↓ ils préfèrent (.) le le renvoi euh ::: le CONTACT [...] manuel pour GUIDER ↓ » (1.91-95) « elle a PREFERE aller dans un grand cabinet de kiné de sport ↑ elle a préféré ↓ elle a PAS VOULU le ::: le télésoin ↓ alors qu'elle nous connaissait ↑ qu'elle avait vu ::: tout le monde en faire ↑ et bah NON (.) elle est allée dans ce cabinet ↓ » (1.98-100) « Bah je ::: je les cite hein ↑ rien ne remplace (.) la ::: la rétroaction (.) de quelqu'un euh ::: à côté de soi ↓ » (1.102-103) « « dans le cabinet [...] y'a quand même des gens [...] quelque part ça les rassure ↑ » (1.103-105) »

				<p>« quelque part ils trouvent que ça les GUIDE mieux ↓ [...] le temps de réactivité est différent ↓ Ils disent que quand ils sont alors dans ce grand cabinet de sport ↓ et bah si y'a une erreur ça se voit tout de suite ↑ » (1.105-108)</p> <p>« elle m'a dit ↑ qu'elle pas fait sa rééducation aussi sérieusement et aussi assidûment que les premières fois ↑ donc euh ::: les torts sont partagés ↑ » (1.128-129)</p>
<b>Comportement</b>	<b>Conformité au cadre réglementaire</b>	+	5	<p>« ce sont des gens que je CONNAISSAIS AVANT » (1.7)</p> <p>« je l'avais rééduquée en ::: en live puisque j'allais à domicile chez elle » (1.9-10)</p> <p>« j'ai travaillé avec elle par téléphone » (1.12)</p> <p>« Bah moi je l'ai toujours fait ↑ [...] on a toujours pratiqué un petit peu comme ça ↑ par euh ::: par téléphone ↑ par euh par vidéo ↑ par Skype ↑ hein donc c'est pas nouveau ↑ » (1.77-79)</p> <p>« ça ::: ça doit rester assez ::: exceptionnel ↓ ÇA NE DOIT PAS ↑ devenir la pratique majoritaire ↓ » (1.135-136)</p>
		-	1	<p>« j'ai essayé de faire un test ↑ avec une jeune femme que ::: j'avais jamais rééduquée que je ::: bon ↓ (SP) » (1.30-31)</p>
	<b>Intention</b>	+	6	<p>« en complément de de séances vraiment ::: en live ↑ euh tu vois ↓ » (1.67-68)</p> <p>« Alors euh ::: oui je continue ↑ je continue » (1.70)</p> <p>« AVEC le télésoin je trouve ↑ alors point positif ↑ (...) on s'ADAPTE nous les kinés ↑ et ça c'est je trouve que c'est un gros gros avantage ↑ et c'est pour ça qu'on le faisait avant ↑ et que je continue à le faire ↑ » (1.85-88)</p>

			<p>« Alors c'était bien pratique par télé ::: ↑ » (l.137)</p> <p>« Le télésoin on va dire que c'est quand y'a rien d'autre ↓ c'est mieux que zéro ↓ euh ::: voilà ↓ et c'est bien pratique quand on a plus internet ↑ quand [...] on peut plus aller chez eux » (l.139-142)</p> <p>« il faut pas cracher non plus sur cette façon de travailler ↑ » (l.143)</p>
		- 3	<p>« Alors après je l'ai vue ↑ donc domicile hein [...] j'ai fait comme si je n'étais pas là ↑ mais j'étais quand même un peu là ↑ mais bon j'ai fait comme si ↑ » (l.32-34)</p> <p>« Bah quand on peut rien faire d'autre ↑ [...] bon ↓ » (l.60-61)</p> <p>« MAIS autrement je me déplace euh je je ::: je maintiens le le ::: la rééducation dite ::: classique on va dire ↓ » (l.72-74)</p>

**Annexe VIII : Tableau de comptage des occurrences par catégorie, Entretien 1.**

Catégories	Sous-catégories	Nombre d'occurrences		
		Total	+	-
Connaissances	Définition du télésoin	2	1	1
	Règlementation	0	0	0
Représentations	Identité	1	1	0
	Rôle socio-professionnel	3	2	1
Compétences	Evaluation	7	1	6
	Traitement et soin	1	1	0
	Promotion de la santé	1	1	0
	Communication	8	7	1
Croyances	A propos de ses capacités	4	0	4
	A propos des conséquences	9	5	4
Émotions	Appréhension	2	0	2
	Satisfaction	6	1	5
Ressources	Matérielles	6	5	1
	Personnelles	8	4	4
Influences sociales	Des autres MK	1	0	1
	Des patients	9	2	7
Comportement	Conformité cadre réglementaire	6	5	1
	Intention	9	6	3
<b>Total des occurrences</b>		<b>83</b>	42	41

## **Annexe IX : Retranscription de l'entretien 2.**

1 **C : Alors pour commencer, c'est quoi votre définition du télésoin ↑ ?**

2 MK2 : Le TELESOIN ↑ bah c'est le fait de faire un soin euh ::: sans que le PATIENT ↑  
3 soit présent en en chair et en os donc pour moi le télésoin ça peut-être euh même je considère  
4 que le soin par téléphone ↑ c'est du télésoin, que le soin en visio ↑ c'est du télésoin ou  
5 enfin n'importe quel autre moyen voilà en tout cas c'est c'est comme ça que je ::: en tout cas  
6 que moi je ::: je l'imagine ↓

7 **C : Et quand vous avez fait des séances avec vos patients du coup ça s'est passé**  
8 **comment ↑ ?**

9 MK2 : BIEN ! ↑ (RIRE)

10 **C : (RIRE) Je veux dire comment en termes de modalités ↑ ? (RIRE) C'était par**  
11 **visio ↑ ? Par téléphone ↑ ?**

12 MK2 : Euh j'ai fait du soin sans avoir vu le patient avant ↓ (.) du soin en ayant déjà fait  
13 une séance en euh en chair et en os avec le patient avant ↑ euh ::: des soins euh un télésoin  
14 par téléphone ↑, télésoin par Skype ↑, télésoin par WhatsApp euh ::: et télésoin par  
15 Messenger ↑ ouais régulièrement Messenger d'ailleurs euh voilà différentes plateformes  
16 comme ça ↓.

17 **C : Ok ↑ et quand vous dites que ça s'est bien passé ↑ vous voulez dire quoi ↑ ?**

18 MK2 : Bien passé globalement c'est à dire que ::: bah souvent on arrive à peu près aux  
19 mêmes choses que ::: une séance en en chair et en os encore une fois, je sais pas si on dit en  
20 présentiel ou quoi que ce soit, mais euh oui c'est à dire qu'on essaye d'atteindre les mêmes  
21 objectifs c'est à dire que le patient ait compris ↑ euh ::: ce dont on a parlé, qu'il soit capable  
22 de le verbaliser ↑ correctement euh ::: que il ait plus de questions quand on a fini ↑ et qu'il  
23 sache exactement quoi faire euh d'ici la prochaine séance ↓.

24 **C : Ok (.) et est-ce qu'il y a des choses qui vous ont gênées dans le fait d'être à distance**  
25 **↑ par rapport à vos séances habituelles au cabinet ↑ ?**

26 MK2 : Non parce que (.) alors au TOUT DEBUT ça m'embêtait un peu parce que je me  
27 disais ah là là ↑ mais en fait euh ::: oui là j'arrive pas vraiment à voir ↑, j'aimerais bien  
28 toucher ↑, en en fait finalement le patient si on lui demande de toucher une zone et si on lui  
29 demande ce qu'il ressent bah en fait c'est aussi bien que si nous on le faisait ↓ Donc euh  
30 faut pas se leurrer ↓ notre CAPACITE PALPATOIRE ↑ est quand même pas euh à ce point  
31 exceptionnelle ↑ que le patient ne puisse pas euh ::: au moins nous aider en faisant un  
32 télésoin ↓

33 **C : Ouais donc pour vous c'était pas vraiment un souci de devoir passer à ce mode de**  
34 **consultation ↓**

35 MK2 : Non ↑ ça a demandé au tout départ un peu d'adaptation ↑ euh ::: parce que ::: parce  
36 que effectivement la la TOUTE PREMIERE séance forcément j'étais pas super à l'aise ↑  
37 euh jme demandais comment ça allait se passer et tout ça ↑ mais en fait une fois qu'on voit  
38 que ça se passe bien ↑ bah après y'a pas de difficulté hein ↑. Après je pense que ↓ je sais  
39 pas si on en parle maintenant ou pas ↑ mais ↑ ça se passe bien aussi ces séances parce que  
40 euh je suis formé ↑ euh j'ai fait des formations ↑ euh en thérapie cognitive  
41 comportementale ↑ en entretien motivationnel ↑ ce qui fait que je suis habitué à laisser  
42 parler le patient euh ::: et donc ça m'aide beaucoup ↑ dans ces circonstances là en fait ↓ où  
43 on a QUE le verbal et on n'a pas le toucher ↑.

44 **C : Ok ↓.**

45 MK2 : Donc euh je pense que ça c'est quelque chose qui contribue grandement au ::: à  
46 ma facilité ↑ à faire du télésoin ↓.

47 **C : Oui ↓ par rapport à d'autres kinés peut-être que vous avez plus de compétences**  
48 **en communication qui ont compensé l'absence du toucher ↑ ?**

49 MK2 : Oui ouais ouais ↓ oui tout à fait ↓ et puis je ne suis pas un kiné ↑ qui ne fait QUE  
50 masser ou QUE mettre de l'électro ↓ ou qui fait que des étirements. Alors j'en fait hein ↑

51 je pense que je touche quasiment tous mes patients ↑ et ce qui surprend d'ailleurs des fois  
52 les gens qui me connaissent qui me disent que je travaille que sur la douleur chronique  
53 ↑ ils imaginent peut être que je vais beaucoup discuter avec le patient ↑ et que c'est  
54 beaucoup de psychologie mais en fait non ↑ je je fais des séances qui ressemblent à ::: au  
55 kiné lambda en fait ↓ donc je touche le patient, je le mobilise ↑, mais le temps du télésoin  
56 bah on sait qu'il faudra passer par d'autres choses ↓.

57 **C : D'autres choses comme quoi par exemple ?**

58 MK2 : Bah comme euh interroger le patient sur ce qui a déclenché ses douleurs dans la  
59 semaine ↓ euh ::: comment est-ce qu'il aurait pu faire autrement ↓ euh ::: donc on  
60 s'intéresse beaucoup plus ↑ aux solutions ↑ du PATIENT aux solutions que le patient va  
61 pouvoir trouver lui-même a l'empowerment ↑ comme on dit chez les anglo-saxons c'est-à-  
62 dire comment redonner en fait la capacité du patient à se guérir lui-même ↑

63 **C : Ok ↓.**

64 MK2 : Et c'est finalement ce qu'on faire de toute façon en kiné ↑ mais ::: le télésoin nous  
65 OBLIGE à le faire ↓.

66 **C : Oui ↓. Et ça a changé votre pratique en présentiel du coup ↑ ?**

67 MK2 : Non ↑ non non ↓ parce que ça c'est quelque chose que je faisais avant donc ça n'a  
68 pas changé ma pratique en présentiel ↓, par contre ma pratique présentielle m'a permis de  
69 de d'arriver à faire cette pratique en télétravail très facilement ↑.

70 **C : Ok ↓. Et là aujourd'hui vous continuez les séances en télésoin ou pas ↑ ?**

71 MK2 : Oui ↑ oui oui régulièrement, là tu vois la semaine prochaine j'ai quelqu'un ↑ euh :::  
72 qui est dans les Alpes ↓ que je connais pas en fait euh ↓ qui est envoyée euh ↓ par  
73 quelqu'un que je connais pas un kiné euh ::: et c'est une dame qui a eu ::: beaucoup de monde  
74 ↑ et euh ::: jusqu'à présent (.) et euh qui en fait elle comprend pas pourquoi elle a toutes ces  
75 douleurs ↑ et euh comme elle est dans les Alpes bah elle peut pas venir donc on va faire  
76 euh on va faire une séance en (.) une séance en visio ↑.

77 **C : Ok et pour coter les séances vous faites comment vu que vous l'avez jamais vue ↑ ?**

78 MK2 : Alors ↑ (RIRE) là il faut pas le dire en fait ↑ c'est un peu particulier ↑ (RIRE)  
79 parce que normalement on devrait toujours faire une séance en présentiel d'abord ↑

80 **C : Oui ↓**

81 MK2 : Ouais ::: mais bon ↑ si on attend que ::: que tout se fasse dans les ::: dans l'ordre ↑  
82 on ::: on fait jamais rien ↑ donc bah là en fait ce que j'ai dit à la dame ↑ c'est que que bah  
83 elle allait me scanner l'ordonnance et puis (.) moi après je me débrouillerai euh ::: voilà en  
84 faisant une facturation papier ou un truc comme ça ↓.

85 **C : Et vous n'êtes pas du tout gêné vous dans votre évaluation par exemple pour le**  
86 **bilan ↑ par le fait de la voir qu'en vidéo ↑ ?**

87 MK2 : Non ↑ non parce qu'en fait euh ce qu'on cherche c'est des signes cliniques ↑ donc  
88 encore une fois la LA PALPATION faut pas se leurrer ↑ la palpation ne nous apporte euh :::  
89 PAS GRAND-CHOSE et si jamais elle nous apporte quelque chose ↑ comme par exemple  
90 un DN4 un questionnaire de douleurs neuropathiques en 4 questions ↑ à un moment donné  
91 ça sera intéressant d'aller TESTER mais dans ces cas-là on peut demander au patient de  
92 tester ↑ le patient il prend un bout de coton ↑ il teste euh le coton sur une jambe ↑ il teste  
93 le coton sur l'autre jambe ↑ est-ce qu'il a la même sensation ↑ Bah en fait euh le patient il  
94 PARTICIPE du coup et c'est super intéressant ↓. Si à un moment donné j'ai besoin euh :::  
95 d'aller euh ::: bah tester euh ::: ne serait-ce que la sensibilité au niveau des sacro-iliaques ↑  
96 bah je vais lui demander bah allez-y mettez une main derrière vous sentez ↑ y'a des points  
97 un peu plus durs bah tournez autour est-ce qu'il y a un côté qui est plus sensible que l'autre ↑  
98 (.) Et encore une fois, ce test là il apporte rien au niveau euh au niveau diagnostic différentiel  
99 donc bon ↓ est-ce que c'est important de savoir que y'a une sacro-iliaque qui est plus  
100 sensible qu'une autre ↑ Y'a pas un seul diagnostic différentiel qui qui ::: me sera apporté  
101 avec cette cette ce truc-là ↑ donc euh voilà ↑ les diagnostics ils se font sur les signes  
102 cliniques ↑ et ces signes cliniques c'est des signes que je peux obtenir chez le patient en le  
103 faisant se pencher en avant parce que du coup je me dis que ok le Slump il est positif ↑ bah  
104 euh quand il a fait son Slump devant moi je lui demande de lever la tête ↑ est-ce que les  
105 signes neuro diminuent ↑ S'il me dit oui bah dans ces cas-là OK j'ai une implication du

106 système nerveux central donc je le sais en fait ↑. Donc finalement ↑ tous mes tests cliniques  
107 ↑ qui sont caractéristiques et qui peuvent me servir à faire un diagnostic kinésithérapique  
108 ↑ bah je peux les avoir sans MON interface ↑ sans MA PALPATION ↓.

109 **C : Oui ↓.**

110 MK2 : Donc NON ça change absolument rien ↓.

111 **C : Ok ↑. Et ↑ si cette pratique venait à être autorisée même en dehors du contexte**  
112 **de l'épidémie ↑**

113 MK2 : [Ouais ↑]

114 **C : Est-ce que vous continueriez à faire des séances comme ça ?**

115 MK2 : Bah oui ↑ parce que j'en faisais déjà avant ↑ (RIRE) même si y'avait pas le droit  
116 ↑ (RIRE) donc euh oui ↑ donc moi bah je continuerais ↑ ! Oui parce qu'en fait je vois  
117 aussi des patients ↑ par exemple qui ont des fibromyalgies ↑ et y'a certains jours où ils  
118 sont TELLEMENT en phase douloureuse qu'ils peuvent à peine bouger ↑ !

119 **C : Oui ↓.**

120 MK2 : Donc euh ::: est-ce que c'est logique que EUX ↑ qui en ont vraiment besoin ↑, ils  
121 ne puissent pas bénéficier de séances de kiné quoi ↑

122 **C : Hmm ↓.**

123 MK2 : Bah non ↑ alors sauf que effectivement ↑ s'ils ne viennent pas au cabinet, même  
124 s'ils venaient au cabinet avec toutes ces douleurs ↑ je leur ferais pas du massage de toute  
125 façon ↑ par contre je les rassurerais sur l'origine de leur douleur ↓ on essaierait de  
126 COMPRENDRE pourquoi elles sont arrivées cette fois-ci et pas la fois d'avant ↓ euh ::: on  
127 verrait si y'a moyen de trouver des ASTUCES ↑ pour les diminuer puis voilà ↑ Mais ça je  
128 peux le faire euh je peux le faire en ::: en téléconsultation ↑. Donc euh oui ↑ pour les  
129 patients qui ont des fibromyalgies, qui ont des douleurs très fortes bah ça m'arrive aussi de

130 l'avoir fait ↑ et puis pour les gens qui avaient le Covid dernièrement ↑ c'était aussi possible  
131 de le faire ↓.

132 **C : Ok ↑.**

133 MK2 : Ouais ↓.

134 **C : Bah merci ↑ ! Merci pour le temps que vous m'avez accordé ↑ !**

135 MK2 : Bah de rien ↑ ! Si jamais t'as d'autres questions n'hésite pas ↑ ! Mais en tout cas je  
136 pense que ça c'est un truc qui est important ↑ pour les patients ↑ après ↑ je pense que ça  
137 peut faire peur à plein de kinés ↑ parce que l'idée c'est aussi de se dire oh là là mais on va  
138 perdre notre pouvoir ↑ il va commencer à y avoir plein de monde qui va faire ci qui va faire  
139 ça ↑ euh ouais en fait ↑ l'idée c'est pas que c'est pas parce que c'est autorisé que tout le  
140 monde doit le faire ↑ mais ceux qui ↑ ont la capacité de le faire, ceux qui ont un intérêt à  
141 le faire POUR LE PATIENT ↑ bah ça serait quand même dommage de pas le ::: de pas  
142 donner cette autorisation ↑ !

143 **C : Oui ↑ !**

144 MK2 : Voilà, si je peux faire une petite conclusion ↓. Donc voilà parce que justement tous  
145 ces patients qui ont du mal à se déplacer ↑ ou ces patients qui sont ↑ après la densité de  
146 kinés elle est faible ↑ là la personne qui m'appelle euh de ::: de la montagne là ::: des Alpes  
147 je sais pas où dans les Alpes la Savoie Haute-Savoie ou quoi euh des kinés ↑ y'en a pas des  
148 masses et des kinés qui connaissent un peu la douleur ↑ y'en a pas des masses non plus ↑  
149 donc si on peut pas faire la téléconsultation ↑ cette personne-là ↑ bah en fait elle reste dans  
150 son coin sans possibilité de soin ↓. Donc euh ::: alors je vais pas forcément dire que (.) parce  
151 qu'elle va faire une consultation avec moi c'est euh c'est un gain de chance ↑ mais en tout  
152 cas c'est au moins une POSSIBILITE supplémentaire d'aller mieux ↓.

153 **C : Oui ↑ !**

154 MK2 : Voilà ↓ et ça serait dommage de pas offrir ça au patient ↓.

Annexe X : Tableau de retranscription de l'entretien 2.

Catégories	Sous catégories	Occurrences		Verbatim (Lignes du corpus)
Connaissances	Définition	+	1	« je considère que le soin par téléphone ↑ c'est du télésoin, que le soin en visio ↑ c'est du télésoin ou enfin n'importe quel autre moyen voilà en tout cas c'est c'est comme ça que je ::: en tout cas que moi je ::: je l'imagine ↓ » (1.4-6)
		-	1	« Le TELESOIN ↑ bah c'est le fait de faire un soin euh ::: sans que le PATIENT ↑ soit présent en en chair et en os » (1.2-3)
	Règlementation	+	2	« normalement on devrait toujours faire une séance en présentiel d'abord » (1.79) « j'en faisais déjà avant ↑ (RIRE) même si y'avait pas le droit ↑ (RIRE) » (1.115)
		-	0	
Représentations	Identité	+	2	« je pense que je touche quasiment tous mes patients » (1.51) « je je fais des séances qui ressemblent à au kiné lambda en fait » (1.54-55)
		-	1	« je ne suis pas un kiné ↑ qui ne fait QUE masser ou QUE mettre de l'électro ↓ ou qui fait que des étirements » (1.49-50)
	Rôle socio-professionnel	+	1	« Et c'est finalement ce qu'on doit faire de toute façon en kiné » (1.64)
		-	1	« est-ce que c'est logique que EUX ↑ qui en ont vraiment besoin ↑, ils ne puissent pas bénéficier de séances de kiné quoi ↑ » (1.120)

<b>Compétences</b>	<b>Evaluation</b>	+	7	<p>« interroger le patient sur ce qui a déclenché ses douleurs dans la semaine » (1.58)</p> <p>« ce qu'on cherche c'est des signes cliniques » (1.87)</p> <p>« à un moment donné ça sera intéressant d'aller TESTER » (1.90-91)</p> <p>« dans ces cas-là on peut demander au patient de tester ↑ il teste euh le coton sur une jambe ↑ il teste le coton sur l'autre jambe ↑ est-ce qu'il a la même sensation ↑ » (1.91-93)</p> <p>« les diagnostics ils se font sur les signes cliniques » (1.101)</p> <p>« en le faisant se pencher en avant parce que du coup je me dis que ok le Slump il est positif ↑ bah euh quand il a fait son Slump devant moi je lui demande de lever la tête ↑ est-ce que les signes neuro diminuent ↑ S'il me dit oui bah dans ces cas-là OK j'ai une implication du système nerveux central donc je le sais en fait ↑ » (1.103-106)</p> <p>« on essayerait de COMPRENDRE pourquoi elles sont arrivées cette fois-ci et pas la fois d'avant » (1.125-126)</p>
		-	0	
	<b>Traitement et soin</b>	+	3	<p>« on essaye d'atteindre les mêmes objectifs » (1.19)</p> <p>« je touche le patient, je le mobilise » (1.55)</p> <p>« trouver des ASTUCES pour les diminuer » (1.127)</p>
		-	1	« je leur ferais pas du massage de toute façon » (1.124)

	<b>Promotion de la santé</b>	+	3	« qu'il sache exactement quoi faire euh d'ici la prochaine séance ↓ » (1.21-22) « comment est-ce qu'il aurait pu faire autrement » (1.59) « comment redonner en fait la capacité du patient à se guérir lui-même » (1.61-62)
		-	0	
	<b>Communication</b>	+	5	« que le patient ait compris ↑ euh ::: ce dont on a parlé, qu'il soit capable de le verbaliser ↑ correctement que ::: il ait plus de questions quand on a fini » (1.19-21) « le patient si on lui demande de toucher une zone si on lui demande ce qu'il ressent » (1.27-28) « je suis habitué à laisser parler le patient » (1.40-41) « bah je vais lui demander bah allez-y mettez une main derrière vous sentez ↑ y'a des points un peu plus durs bah tournez autour est-ce qu'il y a un côté qui est plus sensible que l'autre ↑ » (1.96-97) « je les rassurerais sur l'origine de leur douleur » (1.125)
		-	0	
<b>Croyances</b>	<b>A propos des capacités</b>	+	5	« ça se passe bien aussi ces séances parce que euh je suis formé » (1.39-40) « je pense que ça (formation) c'est quelque chose qui contribue grandement au ::: à ma facilité ↑ à faire du télésoin ↓ » (1.45-46) « c'est des signes que je peux obtenir chez le patient » (1.102)

				<p>« tous mes tests cliniques ↑ qui sont caractéristiques et qui peuvent me servir à faire un diagnostic kinésithérapique ↑ bah je peux les avoir » (l.107-108)</p> <p>« ça je peux le faire euh je peux le faire en ::: en téléconsultation » (l.127-128)</p>
		-	1	<p>« faut pas se leurrer ↓ notre CAPACITE PALPATOIRE ↑ est quand même pas euh à ce point exceptionnelle ↑ que le patient ne puisse pas euh ::: au moins nous aider en faisant un télésoin ↓ » (l.30-32)</p>
	A propos des conséquences	+	7	<p>« souvent on arrive à peu près aux mêmes choses que ::: une séance en en chair et en os » (l.17-18)</p> <p>« NON ça change absolument rien » (l.110)</p> <p>« ça c'est un truc qui est important ↑ pour les patients » (l.135-136)</p> <p>« ceux qui ↑ ont la capacité de le faire, ceux qui ont un intérêt à le faire POUR LE PATIENT ↑ bah ça serait quand même dommage de pas le ::: de pas donner cette autorisation ↑ ! » (140-141)</p> <p>« si on peut pas faire la téléconsultation ↑ cette personne-là ↑ bah en fait elle reste dans son coin sans possibilité de soin » (l.149-150)</p> <p>« c'est euh c'est un gain de chance » (l.151)</p> <p>« c'est au moins une une POSSIBILITE supplémentaire d'aller mieux [...] ça serait dommage de pas offrir ça au patient » (l.152-154)</p>
		-	1	<p>« on va perdre notre pouvoir ↑ il va commencer à y avoir plein de monde qui va faire ci qui va faire ça ↑ » (l.137-139)</p>

<b>Émotions</b>	<b>Appréhension</b>	+	0	
		-	2	« la TOUTE PREMIERE séance forcément j'étais pas super à l'aise ↑ euh jme demandais comment ça allait se passer et tout ça » (1.36-37) « je pense que ça peut faire peur à plein de kinés » (136-137)
	<b>Satisfaction</b>	+	3	« BIEN ! ↑ (RIRE) » (1.9) « Bien passé globalement » (1.17) « une fois qu'on voit que ça se passe bien ↑ bah après y'a pas de difficulté hein ↑ » (1.37-38)
		-	1	« au TOUT DEBUT ça m'embêtait un peu » (1.25)
<b>Ressources</b>	<b>Matérielles</b>	+	4	« un télésoin par téléphone » (1.13) « télésoin par Skype » (1.14) « télésoin par WhatsApp euh ::: » (1.14) « télésoin par Messenger ↑ ouais régulièrement Messenger d'ailleurs euh voilà différentes plateformes comme ça » (1.14-15)
		-	0	
	<b>Personnelles</b>	+	8	« déjà fait une séance en euh en chair et en os avec le patient avant » (1.12-13)

				<p>« j'ai fait des formations ↑ euh en thérapie cognitive comportementale ↑ en entretien motivationnel ↑ [...] et donc ça m'aide beaucoup dans ces circonstances là où on a QUE le verbal » (1.42-43)</p> <p>« passer par d'autres choses (que le toucher) » (1.56)</p> <p>« ma pratique présentielle m'a permis de de d'arriver à faire cette pratique en télétravail très facilement ↑ » (1.68-69)</p> <p>« donc encore une fois la LA PALPATION faut pas se leurrer ↑ la palpation ne nous apporte euh ::: PAS GRAND-CHOSE » (1.88-89)</p> <p>« je peux les avoir sans MON interface ↑ sans MA PALPATION » (1.108) « aux solutions ↑ du PATIENT aux solutions que le patient va pouvoir trouver lui-même » (1.60-61)</p> <p>« l'empowerment ↑ comme on dit chez les anglo-saxons » (1.61)</p> <p>« le patient il PARTICIPE du coup et c'est super intéressant » (1.93-94)</p>
		-	2	<p>« là j'arrive pas vraiment à voir ↑ j'aimerais bien toucher ↑ » (1.26)</p> <p>« on n'a pas le toucher » (1.43)</p>
<b>Influences sociales</b>	<b>Des autres MK</b>	+	1	« les gens qui me connaissent qui me disent que je travaille que sur la douleur chronique [...] ils imaginent peut être que je vais beaucoup discuter avec le patient et que c'est beaucoup de psychologie » (1.53-54)
		-	0	

	<b>Du patient</b>	+	0	
		-	0	
<b>Comportement</b>	<b>Conformité au cadre réglementaire</b>	+	0	
		-	4	<p>« Euh j'ai fait du soin sans avoir vu le patient avant ↓ » (1.12)</p> <p>« j'ai quelqu'un ↑ euh ::: [...] que je connais pas en fait » (1.71-72)</p> <p>« Alors ↑ (RIRE) là il faut pas le dire en fait [...] c'est un peu particulier ↑ (RIRE) » (1.78-79)</p> <p>« Ouais ::: mais bon ↑ si on attend que ::: que tout se fasse dans les ::: dans l'ordre ↑ on ::: on fait jamais rien ↑ donc bah là en fait ce que j'ai dit à la dame ↑ c'est que que bah elle allait me scanner l'ordonnance et puis (.) moi après je me débrouillerai euh ::: voilà en faisant une facturation papier ou un truc comme ça ↓ » (1.81-84)</p>
	<b>Intention</b>	+	3	<p>« le téléssoin nous OBLIGE à le faire (ce qu'on devrait faire de tout façon) » (1.65)</p> <p>« oui ↑ donc moi bah je continuerais ↑ ! » (1.115)</p> <p>« c'est pas parce que c'est autorisé que tout le monde doit le faire mais [...] ça serait quand même dommage de pas le ::: de pas donner cette autorisation » (1.139-142)</p>
		-	1	« ça a demandé au tout départ un peu d'adaptation » (1.35)

**Annexe XI : Tableau de comptage des occurrences par catégorie, Entretien 2.**

Catégories	Sous-catégories	Nombre d'occurrences		
		Total	+	-
Connaissances	Définition du télésoin	2	1	1
	Règlementation	2	2	0
Représentations	Identité	3	2	1
	Rôle socio-professionnel	2	1	1
Compétences	Evaluation	7	7	0
	Traitement et soin	4	3	1
	Promotion de la santé	3	3	0
	Communication	5	5	0
Croyances	A propos de ses capacités	6	5	1
	A propos des conséquences	8	7	1
Émotions	Appréhension	2	0	2
	Satisfaction	4	3	1
Ressources	Matérielles	4	4	0
	Personnelles	11	9	2
Influences sociales	Des autres MK	1	1	0
	Des patients	0	0	0
Comportement	Conformité cadre réglementaire	4	0	4
	Intention	4	3	1
<b>Total des occurrences</b>		<b>72</b>	<b>56</b>	<b>16</b>

## **Annexe XII : Retranscription de l'entretien 3.**

1 **J : Depuis le début de l'état d'urgence tu as l'occasion de faire des séances de télésoin**  
2 **avec tes patients ↓ est-ce que tu peux déjà me dire pour toi c'est quoi le télésoin ↑ ?**

3 MK3 : Oui ↑ (RIRE) Alors ↑ bah pour moi le télésoin c'est bah ::: une téléconsultation ↑  
4 (.) par vidéo ou par euh ::: téléphone quoi ↑ voilà ↑

5 **J : Et comment ça s'est passé toi tes séances ?**

6 MK3 : Euh :::

7 **J : C'était des patients que tu avais déjà vus : c'était ?**

8 MK3 : Alors ↑ y'a eu deux types de ::: consultations ↑ euh ::: qui ont été mise en place  
9 d'ailleurs y'avait des consultations un peu de ::: comment on appelait ça un peu au :: sur le  
10 terme du volontariat ↑ et du sans remboursement et sans facturation et cetera juste pour  
11 essayer de répondre à des questions à des gens qui étaient dans le ::: besoin ↑ donc on avait  
12 fait un p'tit groupe de ::: de kinésithérapeutes avec une SPECIFICITE respiratoire ↑ euh :::  
13 où on était référencés et où on pouvait nous adresser des patients euh ::: demandeurs  
14 d'information sur leur état respiratoire pendant cette période de confinement ↑ soit des gens  
15 qui tout simplement avaient des problèmes respiratoires BPCO ↑ dilatation de bronches :::  
16 mucoviscidose et cetera ↑ et qui ne pouvaient plus aller voir leur kiné ou qui VENAIENT  
17 d'avoir des problèmes respiratoires en aigu ↑ (.) et puis après y'a eu un autre type de ::: et  
18 puis bien sûr ↑ après bhe tous les patients qui étaient malades du ::: infectés par le Covid  
19 avec une répercussion pulmonaire euh qui éventuellement avaient besoin de soins (ASP)  
20 donc on a on a mis cette petite ::: CHOSE en place en tout cas ↑ de faire de la  
21 téléconsultation ::: donc c'était UNIQUEMENT des patients qu'on ne CONNAISSAIT PAS  
22 ↑ ::: et des patients même des fois qui n'étaient pas du tout de la région ↓ et qu'on ne  
23 rencontrerait probablement pour la plupart jamais ↓ (ASP) euh ::: donc euh

24 **J : Et donc ça c'était comme une séance normale pour toi ↑ ?**

25 MK3 : Alors ↑ bhe pff, c'était ↑ comme une séance normale à la différence que elle était  
26 faite sur le mode du bénévolat ↑ et qu'on était pas facturé mais nous ↑ on faisait ça en  
27 séance normale ↑ c'est-à-dire que là on retrouvait quelqu'un qu'on avait euh jamais vu :::  
28 pour lequel on avait pas un bilan ::: à part des fois un petit mot du médecin ↑ donc il fallait  
29 faire quand même un minimum un bilan ↑ refaire l'interrogatoire ↑ et puis dispenser des  
30 conseils ↓ donc c'est vrai que c'est assez LOURD euh ::: des fois on a essayé de le faire sur  
31 une seule consultation ↑ c'est vrai que c'était le plus le le la la chose la plus compliquée  
32 d'établir un bilan ::: maintenant euh ::: quand on a l'habitude de travailler quand même avec  
33 des patients malades respiratoires ↓ on SAIT euh un peu les ::: les plaintes et on arrive à :::  
34 'fin ça a nécessité je pense quand même une VRAIE habitude et une VRAIE connaissance  
35 euh ::: 'fin sur la maladie respiratoire ↑ et sur la prise en charge ↑ et sur le bilan ↑ donc  
36 euh HONNETEMENT voilà ↑ j'aurais pas pu le faire euh :: la même chose y'a cinq ou dix  
37 ans en arrière parce que franchement j'avais BESOIN de mon expérience et de la bonne  
38 connaissance des patients pour pouvoir le faire ↑ euh ::: donc ça c'était un peu complexe ↑  
39 après euh sinon c'était comme une séance classique ↑ dans le sens où on demandait un  
40 minimum un interrogatoire un minimum euh ::: complet ↑ parfois certaines mesures on  
41 demandait aux patients de se faire aider avec un mètre ruban quand c'était possible ↑ euh  
42 quand le patient avait un saturomètre ou qu'on trouvait que c'était IMPORTANT qu'il en  
43 ait un ↑ bhe il s'en fournissait un et puis après on pouvait avoir des ::: donc y'a quand même  
44 pas mal de choses qui sont ::: faites ↑ mais c'est vrai que ça demande vraiment un bon :::  
45 ouais ↑ une bonne habitude de la prise en charge ↑ une bonne habitude du bilan ↑ et  
46 beaucoup de temps ↑ (.) donc on en avait à cette période-là donc ça va ↑ euh ::: même si  
47 voilà ↑ même si bien-sûr que ça enlève tout le côté instinctif ↑ tout le côté ::: les bruits sont  
48 difficiles à entendre c'est important pour nous ↑ les bruits sont difficiles à entendre à travers  
49 un écran ↑ et euh la ::: la MAIN bien-sûr ça nous enlève euh ::: beaucoup de sens pour le  
50 pour le bilan ↑

51 **J : Et du coup d'avoir toutes ces informations en moins est-ce-que ça t'a gênée est-ce-**  
52 **que tu as eu l'impression d'être aussi efficace dans ta séance ↑ ?**

53 MK3 : Ah bah alors clairement ↑ euh ::: clairement beaucoup 'fin MOINS efficace bien-  
54 sûr ↑ que si j'avais pu rencontrer le patient ↑ et faire ma ::: mon heure de séance comme  
55 je faisais d'habitude et tout ↑ ça c'est ::: ça c'est certain ↑ on va pas se ::: 'fin c'est ::: on a  
56 directement on voit directement le thorax ↑ on voit directement les bruits ↑ comment le

57 patient respire ::: on met les mains ↑ donc ‘fin c’est des c’est quelque chose qui est pas :::  
58 qui est pas euh ::: ouais ↑ qui est pas du tout reproductible à travers un écran ↑ cependant  
59 euh ça a permis à énormément de gens qui n’avaient peut-être pas euh :: accès ↑ déjà tout  
60 simplement aux soins pendant cette période et encore moins ↑ à des kinés qui AVAIENT  
61 UNE SPECIFICITE respiratoire et qui avaient L’HABITUDE de prendre des gens ↑  
62 l’habitude de prendre des patients malades respiratoires (ASP) et ::: et je et et et et mine de  
63 rien y’a énormément de conseils (.) très simples ↑ du quotidien ou ::: des techniques fin tout  
64 simplement de parler HYGIENE nasale ↑ lavage de nez ::: de de dire voilà là vous êtes vous  
65 inspirez beaucoup trop ↑ essayez de souffler ::: ‘fin y’avait quand même beaucoup de  
66 conseils ↑ très facilement abordables par téléphone et qui pouvaient déjà vraiment ↑  
67 AMELIORER la santé des patients et d’ailleurs souvent c’était ce qui ::: c’est ce qui était  
68 perçu ↑ et et moi ce que j’ai bien aimé avec cette ::: alors ↑ je pense que les patients en  
69 majorité aimaient bien ça ↑ parce que pour ceux qui avaient pas l’habitude d’avoir vraiment  
70 un kiné disponible là ils avaient vraiment UN kiné face à EUX qui n’écoutait QUE EUX qui  
71 n’était QU’AVEC EUX ↑ donc ça c’est les retours qu’on a eu parfois parce que bah c’est  
72 pas toujours c’est pas toujours le cas ↑ des fois ::: ils ont l’impression de pas assez pouvoir  
73 parler ↑ donc là c’est vrai qu’ils avaient quelqu’un vraiment face-à-face et ils pouvaient  
74 VRAIMENT dire tout ce qui ressentaient ↑ euh l’autre côté bénéfique c’est que du coup les  
75 patients ont appris un peu à se ::: à s’auto-ausculter quand on leur posait des questions ↑  
76 euh ::: est-ce-que vous avez l’impression que vos côtes basses bougent ↑ c’est quelque  
77 chose qu’on demande jamais ↑ au patient en en présentiel on va dire ↑ dans le bilan ↑  
78 alors que là bah par nécessité ↑ on leur demandait de mettre les mains sur leurs côtes basses  
79 ↑ de sentir que c’était ici qu’il fallait que ça bouge ↑ de mettre les mains sur leur côtes  
80 hautes ↑ ‘fin du coup le patient apprenait un peu plus à s’écouter ↑ et à se palper ↑ et à  
81 ressentir et à faire son propre bilan ↑ euh :: clinique chose qui est hyper important  
82 finalement sur le long cours et petite chose qu’on devrait presque garder de la  
83 téléconsultation ↑ où où le patient devrait ::: PRESQUE voilà ↑ faire son bilan euh ::  
84 AUSSI savoir AUSSI faire son bilan tout seul ↑ pour être capable d’adapter ses techniques  
85 de souffle ↑ ses médicaments ↑ savoir si c’est grave ou si ::: s’il faut qu’il consulte ou pas  
86 ↑ donc ça c’est vrai que c’est quelque chose que la téléconsultation m’a ::: nous a re ::: nous  
87 a ::: ouais ↑ nous a fait faire ↑ et qui est vraiment quelque chose de très de très bénéfique  
88 je pense on devrait le faire plus ↑ et puis après y’avait les autres patients euh ::: qu’on qu’on  
89 connaissait avec qui on avait déjà fait plusieurs séances ↑ avec qui on avait fait un bilan ↑  
90 qu’on connaissait vraiment bien ↓ qui nous ont appelé des fois ↑ pour parce que vraiment

91 ils se sentaient moins bien ↑ ou pour des petits conseils ↑ ou pour qu'on puisse re regarder  
92 si tel et tel exercice était bien effectué ↑ ou voilà ↑ donc la y'avait beaucoup de de  
93 réassurance ↑ c'était plus réconfortant je pense pour eux ↓ mais mine de rien ça nous a  
94 permis bah de ::: ils faisaient déjà les exercices ↑ ça nous a permis de les corriger ↑ on se  
95 rend compte que finalement mine de rien euh ::: les deux trois premières semaines ça allait  
96 ↑ et puis ceux qu'on avait eu en téléconsultation euh au bout de un mois et demi deux mois  
97 de confinement ↑ bah y avait déjà euh ::: des choses qu'ils ne faisaient plus du tout comme  
98 avant euh ::: qu'ils n'arrivaient plus à utiliser leurs instruments comme d'habitude ou ils  
99 faisaient des erreurs que ::: parce que bah ils n'avaient pas été CORRIGES euh pendant les  
100 deux premiers mois donc ça c'était pertinent de pouvoir facilement par contrôle visuel les  
101 recorriger ↑ et ça c'est des consultations qui pouvaient être beaucoup plus rapides euh :::  
102 vraiment euh voilà ↑ un petit bilan de suivi et puis remontez-moi tel exercice ↑ ok ↓  
103 qu'est-ce qui vous a apporté des problèmes ↑ enfin c'était beaucoup plus rapide et ça c'est  
104 resté euh c'est resté pertinent pour euh bah tout simplement ↑ pour euh ::: les aider à faire  
105 leurs soins de meilleure qualité ↑ et surtout bah qu'ils continuent à faire leurs soins comme  
106 il fallait ↑

107 **J : Ok ↑ et tu dis que c'était pertinent ↑ du coup est-ce que c'est quelque chose qu'il**  
108 **faudrait faire plus ↑ ? Est-ce que tu continuerais à en faire si c'était autorisé en dehors**  
109 **de du contexte covid et tout ça ↑ ?**

110 MK3 : Alors ↑ c'est ::: c'est vrai que ::: du coup LA on est toujours actuellement encore  
111 habilités à le faire et surtout à le facturer ↑ parce que maintenant c'est même plus euh ça a  
112 été même plus bénévole ↑ puisque que mine de rien je comprends qu'il y ait beaucoup de  
113 personnes qui ont du mal à passer une heure de consultation avec quelqu'un à titre gratuit ↑  
114 donc en plus maintenant c'est rémunéré au tarif classique ↑ euh NOUS ça nous est encore  
115 arrivé de d'en faire ↑ euh en début de reprise de déconfinement même je sais pas comment  
116 on doit appeler ça maintenant ↑ mais pour des gens qui n'osaient pas tout de suite revenir  
117 et qui nous ont rappelés pour des donc euh ::: euh maintenant ↑ bah du coup ça nous a  
118 ouvert un ::: bah ::: alors je me disais naïvement que du coup les patients parce que souvent  
119 on a des problématiques et des angoisses des patients qui ont peur de partir ↑ parce que peut  
120 être pas de kiné parce que du coup euh personne auprès d'eux pour euh les conseiller ↑  
121 ou ::: les surveiller ↑ savoir si euh si ça va bien ou si ça va pas très bien euh :: de toute façon  
122 ↑ malheureusement cette chose on a pas trop pu la mettre en place ↑ parce que y a quand

123 même très peu de gens qui ont pu tout simplement partir ↑ donc on a pas pu mettre en place  
124 cette téléconsultation euh sur ce modèle-là bah parce que tout simplement les gens sont pas  
125 partis ↑ mais ça pourrait être TRES PERTINENT de continuer à le faire ↑ pour euh ::: pour  
126 autant ↑ on on on on aimerait bien euh ::: pour des gens tout simplement pour des gens ↑  
127 qui pourraient avoir accès au cabinet qui pourraient venir au cabinet franchement c'est c'est  
128 quand même toujours euh mieux de se rencontrer de pouvoir faire des séances en vrai donc  
129 c'est vrai pour les gens vraiment qui sont à PROXIMITE et qui PEUVENT se rendre au  
130 cabinet ↑ euh ça me viendrait pas vrait-forcément à l'idée de le ::: de le faire ↑ maintenant  
131 pour des gens qui sont un peu plus éloignés ↑ ou ou TRES ELOIGNES qui veulent des  
132 conseils ↑ ça euh ::: ça serait une super bonne idée au moins ↑ pour leur dire de ::: de faire  
133 un bilan et cetera ↑ sauf que dans la législation fin dans les droits pour l'instant ↓ ça doit  
134 être que chez des personnes qu'on a DEJA bilantées en cabinet ↑ donc ça n'entrerait pas  
135 dans le côté remboursable ↑ euh ::: donc c'est pour ça que c'est un peu plus limitant ↓  
136 maintenant euh ::: pfff ça nous est arrivé des fois de le faire pour des ::: pour des post-  
137 opératoires ↑ ou des gens qui veulent vraiment rester à leur domicile ↑ où on va la première  
138 séance au domicile ↓ voir le patient faire un bilan en présentiel ↓ PUIS les autres  
139 consultations on les fait à distance donc ça nécessite quand même que le patient euh soit un  
140 minimum autonome ↑ puisse faire ses exercices ↑ les aie bien compris ↑ euh et voilà ↑  
141 et on fait un SUIVI comme ça à distance pour les gens qui ne VEULENT ou ne PEUVENT  
142 pas se déplacer ↓.

143 **J : Et ça te viendrait pas à l'idée pour des patients qui sont à proximité pourquoi ↑ ?**

144 MK3 : Bah parce que je pense que quand même ↑ mine de rien euh ::: au même euh :::  
145 pfff ::: ouais ↑ déjà au même tari- fin c'est ::: au même tarif ↑ euh je pourrais avec quand  
146 même mes mains ↑ ma présence ↑ les outils que j'ai au cabinet ↑ prodiguer des soins  
147 beaucoup plus pertinents que juste par téléphone ↑ donc je pense que ::: que vraiment ↑ si  
148 la personne peut se déplacer au cabinet j'aurais pas tellement euh ::: fin y'a y'a quand  
149 même ::: ça me prendrait quand même beaucoup plus le temps ↑ de trouver un problème ↑  
150 alors que des fois en UNE auscultation et UNE manipulation je sais tout de suite euh ce fin  
151 voilà ↑ ce que le patient a ↑ et ce que on peut faire ↑ donc euh donc NON pour les gens  
152 qui seraient à proximité et qui peuvent se déplacer je préférerais TOUJOURS les voir au  
153 moins au moins une fois ↑ à deux fois pour un bilan et indications thérapeutiques fin avoir  
154 un peu des des bases ↑ après OUI suivre des patients euh ::: (.) ou ::: comme on disait qui

155 resteraient à domicile ↑ ou ou certaines prises en charge peut être qui nécessitent pas parce  
156 que AVEC le l'état d'urgence mais c'est vrai que GLOBALEMENT euh ::: les plannings  
157 sont assez saturés ↑ donc peut être que pour libérer euh ::: les plannings au niveau de du  
158 cabinet ↑ pour que y'ait suffisamment de salles disponibles ↑ suffisamment d'appareils  
159 disponibles ↑ peut être que certaines personnes qui ::: n'ont pas besoin de tout ça ↑ et  
160 peuvent faire des exercices finalement TRES BIEN sous surveillance en autonomie un  
161 minimum ↑ euh et c'est le cas souvent quand même dans les les opérations thoraciques  
162 d'après moi ↑ où quand même y'a beaucoup de l'intérêt de la rééducation c'est vraiment de  
163 la répétition ::: le fait que ça soit fait tous les jours ↑ et que ça soit bien fait ↑ donc que ça  
164 soit surveillé et après avec un kiné de temps en temps oui ::: mais que ça soit fait tous les  
165 jours au cabinet voilà ↑ ça peut peut-être euh prendre de la place ↑ en terme de ::: salle de  
166 consultation ou d'appareils pour des gens qui pourraient finalement être suivis par  
167 téléconsultation ↓. Donc à la limite pour ces patients-là euh peut-être ↑ et après ↑ pour  
168 des patients qui finalement vont pas si mal ↑ et qui ont juste besoin de ::: qui ont juste besoin  
169 de ::: de conseils ou d'une éducation thérapeutique ↑ ou des choses comme ça ↑ oui  
170 pourquoi pas ↓. Mais encore une fois ça rentrerait pas dans le cadre du remboursement qui  
171 voudrait qu'on ait VU et bilanté le patient au moins une fois au cabinet ↓.

172 **J : Et ça t'est déjà arrivé pendant une séance en télésoin de te sentir limitée ↑ par le**  
173 **fait qu'il y ait cette distance de par la vidéo ↑ ?**

174 MK3 : Ah oui oui bah j pense qu'il y a euh ::: mine de rien ↑ euh j pense que tous les ::: tous  
175 les patients ne sont pas aptes toutes les personnes ne sont pas aptes à vraiment BIEN décrire  
176 ce qu'ils ressentent ↑ là ça demande VRAIMENT euh au patient de bien ressentir 'fin de  
177 bien réussir à décrire ce qu'il ressent ↑ de bien réussir à mettre les BONS mots ↑ euh de :::  
178 et puis tout simplement du coup de ::: d'ECOUTER d'avoir une capacité d'écoute et de  
179 compréhension précise de ce qu'on lui dit ↑ et c'est vrai que du coup on a été un peu limité  
180 avec des gens qui du coup maîtrisaient pas très bien euh ::: la langue euh ::: française ↑ ou  
181 tout simplement ↑ des gens qui avaient vraiment du mal à à répondre à des questions de  
182 base ↑ euh est-ce que voilà ↑ est-ce que vous êtes capables de sentir ci ↑ est-ce que vous  
183 avez l'impression que ::: vous avez des sécrétions ↑ est-ce que ::: et j' pense que vraiment  
184 y'a une limite ↑ sur euh ::: qui qui une fois qu'on a enlevé toutes les limites sur le fait que  
185 le kiné est quand même euh doit être ::: avoir l'habitude et bien connaître le patient et la  
186 maladie ↑ j' pense que oui y'a une limite aussi du patient qui des fois n'est pas forcément

187 euh ::: à l'aise ↑ soit de ::: de se déshabiller devant la caméra en ::: j'entends ↑ d'enlever  
188 son t-shirt devant la caméra pour qu'on puisse voir comment il respire (RIRE) euh ou ::: de  
189 faire lui-même des mesures ↑ ou ::: de ::: ou tout simplement de répondre à des questions  
190 un peu précises de sensation où on a BESOIN qu'ils y répondent parce qu'on peut PAS  
191 ALLER NOUS ↑ vérifier euh ::: la réponse ↑

192 **J : Et toi ↑ ton ressenti à toi quand tu pouvais pas vérifier ou quand le patient te**  
193 **donnait pas les informations dont t'avais besoin ↑ ton ressenti à toi c'était quoi ↑ ?**

194 MK3 : Bah mon ressenti souvent c'était de me dire bon bah tant pis essaye pas d'aller aussi  
195 profondément que ce que tu pourrais faire et que ce que t'avais ENVIE de faire et de ce que  
196 tu POURRAIS faire au cabinet ↑ essaye d'aller un peu plus à l'essentiel ↑ donc c'était moi  
197 qui reciblait mes questions sur des choses un peu plus GROSSIERES entre guillemets ↑ et  
198 qui déjà me disais bon bah déjà si euh ça ça ça ça c'est fait et compris ↑ le patient ça peut  
199 vraiment beaucoup l'améliorer ↑ mais euh clairement ça limitait du coup dans le ::: dans  
200 l'approfondissement et dans la haute couture du soin ↑ on était sur quelque chose d'un petit  
201 peu plus grossier peut-être ↑ qui euh qui des fois suffit hein ↑ mais ça remet un peu en  
202 perspective ça ! ↑ Des fois de pas aller trop loin ::: et et que des fois les ::: la base suffit en  
203 attendant ↑ mais c'est vrai qu'y a un côté un peu EN ATTENDANT DE je trouve si c'est  
204 juste de la ::: si c'est juste de la téléconsult' ↓. 'Fin sur des trucs un peu frustrants comme  
205 ça ↑ c'est quand même souvent ::: en attendant ↑ dans une période euh de déplacement ↑  
206 dans une période où le patient peut pas se déplacer au cabinet ↑ c'est quand même plus  
207 comme ça qu'on l'entendrait ↑ que vraiment une prise en charge euh 100% téléconsultation  
208 ↓. Voilà ↓.

209 **J : Bon ↑ merci d'avoir répondu à mes questions ↑ !**

Annexe XIII : Tableau de retranscription de l'entretien 3.

Catégories	Sous catégories	Occurrences		Verbatim (Lignes du corpus)
Connaissances	Définition du télésoin	+	1	« pour moi le télésoin c'est bah ::: une téléconsultation ↑ (.) par vidéo ou par euh ::: téléphone quoi ↑ voilà ↑ » (l.3-4)
		-	0	
	Règlementation	+	4	« LA on est toujours actuellement encore habilités à le faire et surtout à le facturer ↑ » (l.110-111) « maintenant c'est rémunéré au tarif classique ↑ » (l.114) « dans la législation fin dans les droits pour l'instant ↓ ça doit être que chez des personnes qu'on a DEJA bilantées en cabinet ↑ » (l.133-134) « le cadre du remboursement qui voudrait qu'on ait VU et bilanté le patient au moins une fois au cabinet ↓ » (l.170-171)
		-	0	
Représentations	Identité	+	2	« un p'tit groupe de ::: de kinésithérapeutes avec une SPECIFICITE respiratoire ↑ » (l.11-12) « des kinés qui AVAIENT UNE SPECIFICITE respiratoire et qui avaient L'HABITUDE de prendre des gens ↑ l'habitude de prendre des patients malades respiratoires (ASP) » (l.60-62)

		-	0	
	<b>Rôle socio-professionnel</b>	+	4	<p>« essayer de répondre à des questions à des gens qui étaient dans le ::: besoin ↑ » (1.11)</p> <p>« auprès d’eux pour euh les conseiller ↑ ou ::: les surveiller ↑ savoir si euh si ça va bien ou si ça va pas très bien euh :: » (1.120-121)</p> <p>« l’intérêt de la rééducation c’est vraiment de la répétition ::: le fait que ça soit fait tous les jours ↑ et que ça soit bien fait ↑ » (1.162-163)</p> <p>« le kiné est quand même euh doit être ::: avoir l’habitude et bien connaître le patient et la maladie ↑ » (1.185-186)</p>
		-	0	
<b>Compétences</b>	<b>Evaluation</b>	+	4	<p>« on demandait un minimum un interrogatoire un minimum euh ::: complet ↑ parfois certaines mesures » (1.39-40)</p> <p>« il fallait faire quand même un minimum un bilan ↑ refaire l’interrogatoire ↑ » (1.28-29)</p> <p>« pour qu’on puisse re regarder si tel et tel exercice était bien effectué ↑ » (1.91-92)</p> <p>« remontez-moi tel exercice ↑ ok ↓ qu’est-ce qui vous a apporté des problèmes ↑ » (1.102-103)</p>
		-	2	« les bruits sont difficiles à entendre c’est important pour nous ↑ les bruits sont difficiles à entendre à travers un écran ↑ » (1.47-49)

				« (en présentiel) on a directement on voit directement le thorax ↑ on voit directement les bruits ↑ comment le patient respire ::: on met les mains ↑ donc ‘fin c’est des c’est quelque chose qui est pas ::: qui est pas euh ::: ouais ↑ qui est pas du tout reproductible à travers un écran ↑ » (1.55-58)
	<b>Traitement et soin</b>	+	0	
		-	0	
	<b>Promotion de la santé</b>			« dispenser des conseils ↓ » (1.28-29) « y’a énormément de conseils (.) très simples ↑ du quotidien ou ::: des techniques fin tout simplement de parler HYGIENE nasale ↑ lavage de nez ::: [...] ‘fin y’avait quand même beaucoup de conseils ↑ très facilement abordables par téléphone » (1.63-66) « le patient devrait ::: PRESQUE voilà ↑ faire son bilan euh :: AUSSI savoir AUSSI faire son bilan tout seul ↑ pour être capable d’adapter ses techniques de souffle ↑ ses médicaments ↑ savoir si c’est grave ou si ::: s’il faut qu’il consulte ou pas ↑ » (1.83-85) « (les patients) qui nous ont appelé des fois ↑ pour parce que vraiment ils se sentaient moins bien ↑ ou pour des petits conseils ↑ » (1.90-91) « juste besoin de ::: qui ont juste besoin de ::: de conseils ou d’une éducation thérapeutique ↑ » (1.168-169)
		+	5	

		-	0	
	<b>Communication</b>	+	3	« des fois ::: ils ont l'impression de pas assez pouvoir parler ↑ donc là c'est vrai qu'ils avaient quelqu'un vraiment face-à-face et ils pouvaient VRAIMENT dire tout ce qui ressentait ↑ » (1.72-74) « on leur posait des questions ↑ euh ::: est-ce-que vous avez l'impression que vos côtes basses bougent ↑ [...] on leur demandait de mettre les mains sur leurs côtes basses ↑ de sentir que c'était ici qu'il fallait que ça bouge ↑ de mettre les mains sur leur côtes hautes ↑ » (1.75-79) « là y'avait beaucoup de de réassurance ↑ » (1.92-93)
		-	1	« on a été un peu limité avec des gens qui du coup maîtrisaient pas très bien euh ::: la langue euh ::: française ↑ » (1.179-180)
<b>Croyances</b>		<b>A propos des capacités</b>	+	1
	-		4	« j'aurais pas pu le faire euh :: la même chose y'a cinq ou dix ans en arrière » (1.36-37) « au même tarif ↑ euh je pourrais avec quand même mes mains ↑ ma présence ↑ les outils que j'ai au cabinet ↑ prodiguer des soins beaucoup plus pertinents que juste par téléphone ↑ » (1.145-147)

			<p>« ça me prendrait quand même beaucoup plus le temps ↑ de trouver un problème ↑ alors que des fois en UNE auscultation et UNE manipulation je sais tout de suite euh ce fin voilà ↑ ce que le patient a ↑ et ce que on peut faire ↑ » (l.149-150)</p> <p>« on a BESOIN qu'ils y répondent parce qu'on peut PAS ALLER NOUS ↑ vérifier euh ::: la réponse ↑ » (l.190-191)</p>
	<p><b>A propos des conséquences</b></p>	<p>+</p>	<p>11</p> <p>« donc y'a quand même pas mal de choses qui sont ::: faites ↑ » (l.43-44)</p> <p>« ça a permis à énormément de gens qui n'avaient peut-être pas euh :: accès ↑ déjà tout simplement aux soins pendant cette période » (l.59-60)</p> <p>« qui pouvaient déjà vraiment ↑ AMELIORER la santé des patients » (l.66-67)</p> <p>« l'autre côté bénéfique » (l.74)</p> <p>« le patient apprenait un peu plus à s'écouter ↑ et à se palper ↑ et à ressentir et à faire son propre bilan ↑ euh :: clinique » (l.80-81)</p> <p>« vraiment quelque chose de très de très bénéfique je pense » (l.87-88)</p> <p>« c'était plus réconfortant je pense pour eux ↓ » (l.93)</p> <p>« ça c'était pertinent ... et ça c'est des consultations qui pouvaient être beaucoup plus rapides euh ::: vraiment euh voilà ↑ ... enfin c'était beaucoup plus rapide et ça c'est resté euh c'est resté pertinent pour euh bah tout simplement ↑ pour euh ::: les aider à faire leurs soins de meilleure qualité ↑ » (l.100-105)</p> <p>« surtout bah qu'ils continuent à faire leurs soins comme il fallait ↑ » (l.105-106)</p> <p>« déjà si euh ça ça ça ça c'est fait et compris ↑ le patient ça peut vraiment beaucoup l'améliorer ↑ » (l.198-199)</p>

				« des fois les ::: la base suffit en attendant ↑ » (l.202-203)
		-	4	« bien-sûr que ça enlève tout le côté instinctif ↑ tout le côté ::: » (l.47) « clairement beaucoup ‘fin MOINS efficace bien-sûr ↑ que si j’avais pu rencontrer le patient ↑ et faire ma ::: mon heure de séance comme je faisais d’habitude et tout ↑ ça c’est ::: ça c’est certain ↑ on va pas se ::: » (l.53-55) « pour des gens tout simplement pour des gens ↑ qui pourraient avoir accès au cabinet qui pourraient venir au cabinet franchement c’est c’est quand même toujours euh mieux de se rencontrer de pouvoir faire des séances en vrai » (l.126-128) « mais euh clairement ça limitait du coup dans le ::: dans l’approfondissement et dans la haute couture du soin ↑ on était sur quelque chose d’un petit peu plus grossier peut-être ↑ » (l.199-201)
<b>Émotions</b>	<b>Appréhension</b>	+	0	
		-	0	
	<b>Satisfaction</b>	+	1	« moi ce que j’ai bien aimé » (l.68)
		-	2	« mon ressenti souvent c’était de me dire bon bah tant pis essaye pas d’aller aussi profondément que ce que tu pourrais faire et que ce que t’avais ENVIE de faire et de ce que tu POURRAIS faire au cabinet ↑ » (l.194-196) « Fin sur des trucs un peu frustrants comme ça ↑ » (l.204-205)

<b>Ressources</b>	<b>Matérielles</b>	+	3	<p>« on demandait aux patients de se faire aider avec un mètre ruban quand c'était possible ↑ » (1.40-41)</p> <p>« quand le patient avait un saturomètre ou qu'on trouvait que c'était IMPORTANT qu'il en ait un ↑ bhe il s'en fournissait un » (1.42-43)</p> <p>« beaucoup de temps ↑ (.) donc on en avait à cette période-là donc ça va ↑ » (1.46)</p>
		-	0	
	<b>Personnelles</b>	+	9	<p>« quand on a l'habitude de travailler quand même avec des patients malades respiratoires ↓ » (1.32-33)</p> <p>« 'fin ça a nécessité je pense quand même une VRAIE habitude et une VRAIE connaissance euh ::: 'fin sur la maladie respiratoire ↑ et sur la prise en charge ↑ et sur le bilan ↑ » (1.34-35)</p> <p>« j'avais BESOIN de mon expérience et de la bonne connaissance des patients pour pouvoir le faire ↑ » (1.37-38)</p> <p>« une bonne habitude de la prise en charge ↑ une bonne habitude du bilan ↑ » (1.45)</p> <p>« du coup les patients ont appris un peu à se ::: à s'auto-ausculter » (1.74-75)</p> <p>« ils faisaient déjà les exercices ↑ ça nous a permis de les corriger ↑ » (1.94)</p> <p>« y avait déjà euh ::: des choses qu'ils ne faisaient plus du tout comme avant euh ::: qu'ils n'arrivaient plus à utiliser leurs instruments comme d'habitude ou ils faisaient des erreurs que ::: parce que bah ils n'avaient pas été CORRIGES euh pendant les deux premiers mois » (1.97-100)</p>

			<p>« ça nécessite quand même que le patient euh soit un minimum autonome ↑ puisse faire ses exercices ↑ les aie bien compris ↑ euh et voilà ↑ » (l.139-140)</p> <p>« (certains patients qui) peuvent faire des exercices finalement TRES BIEN sous surveillance en autonomie un minimum ↑ » (l.160-161)</p>
		- 6	<p>« la MAIN bien-sûr ça nous enlève euh ::: beaucoup de sens pour le pour le bilan ↑ » (l. 49-50)</p> <p>« tous les patients ne sont pas aptes toutes les personnes ne sont pas aptes à vraiment BIEN décrire ce qu'ils ressentent ↑ là ça demande VRAIMENT euh au patient de bien ressentir 'fin de bien réussir à décrire ce qu'il ressent ↑ de bien réussir à mettre les BONS mots ↑ euh de ::: et puis tout simplement du coup de ::: d'ECOUTER d'avoir une capacité d'écoute et de compréhension précise de ce qu'on lui dit ↑ » (l.174-179)</p> <p>« des gens qui avaient vraiment du mal à à répondre à des questions de base ↑ euh est-ce que voilà ↑ est-ce que vous êtes capables de sentir ci ↑ est-ce que vous avez l'impression que ::: vous avez des sécrétions ↑ est-ce que ::: et j'pense que vraiment y'a une limite ↑ » (l.181-184)</p> <p>« j'pense que oui y'a une limite aussi du patient qui des fois n'est pas forcément euh ::: à l'aise ↑ soit de ::: de se déshabiller devant la caméra » (l.186-187)</p> <p>« (le patient n'est pas capable) de faire lui-même des mesures ↑ » (l.189)</p> <p>« (le patient n'est pas capable) tout simplement de répondre à des questions un peu précises de sensation » (l.189-190)</p>

<b>Influences sociales</b>	<b>Du patient</b>	+	2	« d'ailleurs souvent c'était ce qui ::: c'est ce qui était perçu ↑ » (l.67-68) « alors ↑ je pense que les patients en majorité aimaient bien ça [...] donc ça c'est les retours qu'on a eu parfois » (l.68-71)
		-	0	
	<b>Des autres MK</b>	+	0	
		-	0	
<b>Comportement</b>	<b>Conformité au cadre réglementaire</b>	+	4	« tous les patients qui étaient malades du ::: infectés par le Covid [...] on a mis cette petite ::: CHOSE en place en tout cas ↑ de faire de la téléconsultation » (l.18-20) « là ils avaient vraiment UN kiné face à EUX qui n'écoutait QUE EUX qui n'était QU'AVEC EUX ↑ » (l.70-71) « après y'avait les autres patients euh ::: qu'on qu'on connaissait avec qui on avait déjà fait plusieurs séances ↑ avec qui on avait fait un bilan ↑ qu'on connaissait vraiment bien ↓ » (l.88-90) « maintenant c'est même plus euh ça a été même plus bénévole ↑ » (l.111-112) « ça nous est arrivé des fois de le faire pour des ::: pour des post-opératoires ↑ ou des gens qui veulent vraiment rester à leur domicile ↑ où on va la première séance au domicile ↓ voir le patient faire un bilan en présentiel ↓ PUIS les autres consultations on les fait à distance » (l.136-139)

		-	5	<p>« sur le terme du volontariat ↑ et du sans remboursement et sans facturation et cetera » (1.9-10)</p> <p>« on était référencés et où on pouvait nous adresser des patients euh ::: demandeurs d'information sur leur état respiratoire pendant cette période de confinement ↑ soit des gens qui tout simplement avaient des problèmes respiratoires [...] et qui ne pouvaient plus aller voir leur kiné ou qui VENAIENT d'avoir des problèmes respiratoires en aigu ↑ » (1.13-17)</p> <p>« c'était UNIQUEMENT des patients qu'on ne CONNAISSAIT PAS ↑ ::: et des patients même des fois qui n'étaient pas du tout de la région ↓ et qu'on ne rencontrerait probablement pour la plupart jamais ↓ » (1.21-23)</p> <p>« c'était ↑ comme une séance normale à la différence que elle était faite sur le mode du bénévolat ↑ et qu'on était pas facturé » (1.25-26)</p> <p>« quelqu'un qu'on avait euh jamais vu ::: pour lequel on avait pas un bilan ::: à part des fois un petit mot du médecin ↑ » (1.27-28)</p>
	<b>Intention</b>	+	11	<p>« après euh sinon c'était comme une séance classique ↑ » (1.38-39)</p> <p>« chose (autonomisation du patient) qui est hyper important finalement sur le long cours et petite chose qu'on devrait presque garder de la téléconsultation ↑ » (1.81-83)</p> <p>« ça (autonomisation du patient) c'est vrai que c'est quelque chose que la téléconsultation m'a ::: nous a re ::: nous a ::: ouais ↑ nous a fait faire ↑ et [...] on devrait le faire plus ↑ » (1.86-88)</p>

			<p>« maintenant ↑ bah du coup ça nous a ouvert un ::: bah ::: alors je me disais naïvement que du coup les patients parce que souvent on a des problématiques et des angoisses des patients qui ont peur de partir ↑ parce que peut être pas de kiné [...] malheureusement [...] on a pas pu mettre en place cette téléconsultation [...] parce que tout simplement les gens sont pas partis ↑ » (l.117-125)</p> <p>« pour autant ↑ on on on on aimerait bien » (l.126)</p> <p>« pour des gens qui sont un peu plus éloignés ↑ ou ou TRES ELOIGNES qui veulent des conseils ↑ ça euh ::: ça serait une super bonne idée » (l.131-132)</p> <p>« on fait un SUIVI comme ça à distance pour les gens qui ne VEULENT ou ne PEUVENT pas se déplacer ↓ » (l.141-142)</p> <p>« après OUI suivre des patients euh ::: (.) ou ::: comme on disait qui resteraient à domicile ↑ ou ou certaines prises en charge » (l.154-155)</p> <p>« peut être que pour libérer euh ::: les plannings au niveau de du cabinet ↑ pour que y'ait suffisamment de salles disponibles ↑ suffisamment d'appareils disponibles ↑ peut être que certaines personnes qui ::: n'ont pas besoin de tout ça ↑ [...] c'est le cas souvent quand même dans les les opérations thoraciques d'après moi [...] donc que ça soit surveillé et après avec un kiné de temps en temps oui ::: mais que ça soit fait tous les jours au cabinet voilà ↑ ça peut peut-être euh prendre de la place ↑ en terme de ::: salle de consultation ou d'appareils pour des gens qui pourraient finalement être suivis par téléconsultation ↓. Donc à la limite pour ces patients-là euh peut-être ↑ » (l.161-167)</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>« pour des patients qui finalement vont pas si mal ↑ [...] oui pourquoi pas ↓ » (l.167-170)</p> <p>« (j') essaye d'aller un peu plus à l'essentiel ↑ donc c'était moi qui reciblait mes questions sur des choses un peu plus GROSSIERES entre guillemets ↑ » (l.196-197)</p>
		- 6	<p>« c'était un peu complexe ↑ » (l.38)</p> <p>« c'est vrai que c'est assez LOURD » (l.30)</p> <p>« pour les gens vraiment qui sont à PROXIMITE et qui PEUVENT se rendre au cabinet ↑ euh ça me viendrait pas vraitm-forcément à l'idée de le ::: de le faire ↑ » (l.129-130)</p> <p>« donc c'est pour ça que c'est un peu plus limitant ↓ » (l.135)</p> <p>« NON pour les gens qui seraient à proximité et qui peuvent se déplacer je préférerais TOUJOURS les voir au moins au moins une fois ↑ à deux fois pour un bilan et indications thérapeutiques fin avoir un peu des des bases ↑ » (l.151-154)</p> <p>« un côté un peu EN ATTENDANT DE je trouve si c'est juste de la ::: si c'est juste de la téléconsult' ↓ [...] c'est quand même souvent ::: en attendant ↑ dans une période euh de déplacement ↑ dans une période où le patient peut pas se déplacer au cabinet ↑ c'est quand même plus comme ça qu'on l'entendrait ↑ que vraiment une prise en charge euh 100% téléconsultation ↓. Voilà ↓ » (l.203-208)</p>

**Annexe XIV : Tableau de comptage des occurrences par catégorie, Entretien 3.**

Catégories	Sous-catégories	Nombre d'occurrences		
		Total	+	-
Connaissances	Définition du télésoin	1	1	0
	Règlementation	4	4	0
Représentations	Identité	2	2	0
	Rôle socio-professionnel	4	4	0
Compétences	Evaluation	6	4	2
	Traitement et soin	0	0	0
	Promotion de la santé	5	5	0
	Communication	4	3	1
Croyances	A propos de ses capacités	5	1	4
	A propos des conséquences	15	11	4
Émotions	Appréhension	0	0	0
	Satisfaction	3	1	2
Ressources	Matérielles	3	3	0
	Personnelles	15	9	6
Influences sociales	Des autres MK	0	0	0
	Des patients	2	2	0
Comportement	Conformité cadre règlementaire	9	4	5
	Intention	17	11	6
<b>Total des occurrences</b>		<b>95</b>	<b>65</b>	<b>30</b>

**Annexe XV : Tableau de comptage des occurrences par catégorie, tous les entretiens.**

Catégories	Sous-catégories	Nombre d'occurrences		
		Total	+	-
Connaissances	Définition du télésoin	5	3	2
	Règlementation	6	6	0
Représentations	Identité	6	5	1
	Rôle socio-professionnel	9	7	2
Compétences	Evaluation	20	10	10
	Traitement et soin	5	4	1
	Promotion de la santé	9	9	0
	Communication	17	15	2
Croyances	A propos de ses capacités	15	6	9
	A propos des conséquences	32	23	9
Émotions	Appréhension	4	0	4
	Satisfaction	13	5	8
Ressources	Matérielles	13	12	1
	Personnelles	34	22	12
Influences sociales	Des autres MK	2	1	1
	Des patients	11	4	7
Comportement	Conformité cadre règlementaire	20	10	10
	Intention	30	20	10
<b>Total des occurrences</b>		<b>251</b>	<b>162</b>	<b>89</b>