



HAL
open science

Enquête nationale d'opinion sur les MK et le télésoin

Nadine Guibert

► **To cite this version:**

Nadine Guibert. Enquête nationale d'opinion sur les MK et le télésoin. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03476844

HAL Id: dumas-03476844

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03476844>

Submitted on 13 Dec 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

Enquête nationale d'opinion sur les MK et le télésoin

Guibert Nadine

Diplôme d'état de masso-kinésithérapie

Promotion 2017-2021



Institut de Formation en Masso Kinésithérapie
22, avenue Camille Desmoulins
CS 93837
29238 BREST CEDEX
Tél. : 0298017975



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné(e), Nom :

Prénoms :

étudiant(e) à l'IFMK de Brest, atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Fait à Brest, le

Signature de l'étudiant

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est l'aboutissement d'un travail de plusieurs mois, durant lesquels j'ai reçu le soutien de nombreuses personnes.

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de mémoire, Matthieu Saint-Cas, qui a accepté de me suivre tout au long de ce travail. Au-delà de la pertinence de ses conseils, sa grande disponibilité et sa bienveillance m'ont permis d'avancer sereinement à chaque étape de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également mon formateur référent Marc le Roy pour son soutien, ainsi que les nombreux professionnels MK qui m'ont accompagnée et notamment Nadine, Samuel, Christophe, Céline, Hervé, Camille, Soazig et Fanny.

Enfin, un dernier remerciement à Olivier, Clémence et Pauline.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. ETAT DES LIEUX DE LA LITTERATURE.....	2
2.1 Le télésoin et e-santé.....	2
2.2 Télésoin et masso-kinésithérapie	8
3. DEMARCHE REFLEXIVE	17
3.1 Question de recherche.....	17
3.2 Hypothèses de recherche	17
3.3 Objectifs de recherche	17
4. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	18
4.1 Le choix d'une enquête d'opinion	18
4.2 Population étudiée.....	20
4.3 Méthodologie mixte.....	20
5. RESULTATS DE LA RECHERCHE	27
5.1 Résultats généraux : tri à plat.....	27
5.2 Méthode de Tri croisé	39
6. DISCUSSION.....	47
6.1 Analyse des principaux résultats.....	47
6.2 Limites et biais de l'enquête	54
6.3 Ouverture	55
7. CONCLUSION	57

INDEX DES FIGURES

FIGURE 1. Liste des actes de kinesitherapie facturables a l'assurance maladie (source : arrete du 16 avril 2020)	9
FIGURE 2 Quand recourir a la telesante? (source wcpt)	12
FIGURE 3 actes realises a distance entre la semaine 14 et la semaine 37 (source cnam)	144
FIGURE 4 Evolution des actes entre la semaine 14 et 37 (source cnam)	155
FIGURE 5 Les etapes de la methodologie de recherche	221
FIGURE 6 Analyse semantique des entretiens exploratoires	233

INDEX DES TABLEAUX

TABLEAU 1 repartition statistique par age des repondants	277
TABLEAU 2 repartition statistique par pays d'obtention du diplome	288
TABLEAU 3 repartition statistique par zone d'exercice	288
TABLEAU 4 statistiques d'usage des ntic dans la pratique professionnelle	288
TABLEAU 5 repartition statistique de recours au telesoin lors du 1er confinement	299
TABLEAU 6 repartition statistique du niveau de connaissance du telesoin	299
TABLEAU 7 repartition statistique du sentiment d'information sur le telesoin	30
TABLEAU 8 repartition statistique du sentiment de competence pour l'usage du telesoin	30
TABLEAU 9 repartition statistique des raisons du non recours au telesoin lors du 1er confinement	31
TABLEAU 10 categorisation des autres raisons evoquees du non recours au telesoin	32
TABLEAU 11 repartition statistique des raisons de recours au telesoin lors du 1er confinement	33
TABLEAU 12 repartition statistique des principaux atouts du telesoin	35
TABLEAU 13 repartition statistique des principaux inconvenients du telesoin	36
TABLEAU 14 repartition statistique de la perception du telesoin	366
TABLEAU 15 repartition statistique des emotions eu egard au telesoin	377
TABLEAU 16 croisement statistique de l'age et du recours au telesoin	399
TABLEAU 17 croisement statistique de l'age et du niveau de connaissance du telesoin	40
TABLEAU 18 croisement statistique de l'age et du sentiment d'information sur le telesoin	40
TABLEAU 19 croisement statistique de l'age et du sentiment de competence	41
TABLEAU 20 croisement statistique de l'age et de la perception du telesoin	422
TABLEAU 21 croisement statistique du niveau de connaissance et du lieu d'exercice	433
TABLEAU 22 croisement statistique du niveau de connaissance du telesoin et de l'usage des ntic dans la pratique professionnelle	433
TABLEAU 23 croisement statistique du niveau de connaissance et de la mise en place du telesoin lors du 1er confinement	444
TABLEAU 24 croisement statistique du niveau de connaissance et de la perception du telesoin	455
TABLEAU 25 croisement statistique du niveau de connaissance et du sentiment d'information sur le telesoin	455
TABLEAU 26 croisement statistique du niveau de connaissance et du sentiment de competence	466

TABLE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

WCPT: World Confederation for Physical Therapy

NTIC: Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

HPST (loi) : Hopital, Patient, Santé, Territoires

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INSEE : institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

GIS : Groupement d'Intérêt Scientifique

MK : Masseur-Kinésithérapeute

ANR : Agence Nationale de la Recherche

AVC : Accident Cardio-Vasculaire

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

SEP : Sclérose en Plaque

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

1. INTRODUCTION

Le 4 juillet 2016, la ministre des affaires sociales et de la santé Marisol Touraine lançait le plan e-santé 2020, visant à moderniser le système de santé français et s'adapter aux changements sociétaux dans ce domaine. Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, et le manque de professionnels de santé pour y répondre faisaient partie des grandes problématiques à l'initiative de ce plan.

Quatre années après, la crise sanitaire liée à la COVID-19 accélérât le processus, en permettant notamment aux masseur-kinésithérapeutes de prendre en charge les patients en téléconsultation, non seulement durant la période de confinement mais également après cette dernière.

En France, si certaines structures ont franchi le pas, les masseur-kinésithérapeutes libéraux sont peu nombreux à avoir adopté ces nouvelles technologies pour assurer une continuité de soins vis-à-vis de leur patientèle. Cela est également vrai pour de nombreuses professions médicales et paramédicales.

Les recherches sur l'efficacité de cette méthode de soins sont nombreuses, et présentent pourtant des résultats intéressants sur de nombreuses pathologies, notamment en neurologie, traumatologie et dans la prise en charge de certaines maladies chroniques.

L'objet de ce mémoire est donc de comprendre quels sont les freins au déploiement du télésoin chez les MK libéraux. En effet, nombreux sont aujourd'hui les spécialistes à penser que ce type de crise sanitaire planétaire n'est pas isolé et sera amené à se réitérer dans les prochaines décennies, du fait de la pression exercée par l'homme sur son environnement. On peut donc légitimement penser que le télésoin pourrait être un outil thérapeutique d'avenir, économique et qualitatif, concourant à répondre aux défis sanitaires de demain.

2. ETAT DES LIEUX DE LA LITTERATURE

2.1 Le télésoin et e-santé

Pour le ministère des solidarités et de la santé, « *le télésoin permet la pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Le télésoin met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens et auxiliaires médicaux* ».

Il constitue une branche de la télésanté, et plus généralement de l'e-santé (1).

2.1.1 Quelques définitions

De nombreuses terminologies sont utilisées dans le domaine de l'e-santé. Leurs définitions ne sont pas toujours stabilisées, elles sont non harmonisées entre les pays (2) et on y retrouve une certaine redondance. La polysémie de ces termes peut concourir à une forme de flou dans leur utilisation. Pour exemple, durant l'épidémie de COVID-19, les termes de télésoin et téléconsultation ont souvent été utilisés et confondus, notamment dans les médias. Si les définitions de ces 2 termes restent sensiblement les mêmes, l'arrêté du 16 avril 2020 (3), permettant la réalisation à distance de certains actes de masso-kinésithérapie privilégie le terme de télésoin.

Il apparaissait important de débiter cette recherche par une présentation des définitions des termes employés régulièrement dans le domaine de l'e-santé :

- e-santé : selon l'HAS, « Le terme « e-santé » recouvre un vaste domaine d'applications des technologies de l'information et de la télécommunication au service de la santé. Les missions de la HAS dans ce domaine concernent les logiciels des professionnels de santé (avec les logiciels d'aide à la prescription, les dossiers médicaux électroniques...), la télémédecine (avec la téléconsultation, la téléexpertise...), la santé mobile (avec les applications de santé sur téléphone portable) ou bien encore l'information des usagers. » (1)
- téléconsultation : une consultation entre un professionnel médical «téléconsultant» et un patient, qui peut ou non être accompagné par un professionnel de santé, par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication.» (4)

- télémédecine : « La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle permet d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soins (notamment dans les territoires fragiles) et la qualité de vie des patients en permettant une prise en charge et un suivi sur leur lieu de vie. » (1)
- la télésanté : pour le WCPT, elle « consiste à utiliser des moyens de communication électronique afin de partager des informations médicales et ainsi d'améliorer l'état de santé d'une personne. (26)
- la santé mobile : « La santé mobile (ou mobile health) recouvre un univers large et divers de produits matériels (objets connectés) ou d'applications logiciels en rapport avec la santé ou le « bien-être ». »(1)
- télé-réadaptation : de nombreuses études traitent de télé-réadaptation ou de télé-rééducation, ces termes n'étant à ce jour pas reconnus en France.

2.1.2 Histoire de l'e-santé

Le domaine de la santé n'échappe pas à une évolution de société où personnes et objets sont connectés et échangent signaux et informations en permanence. Ces évolutions sociétales tendent à changer en profondeur les pratiques des professionnels de santé, mais aussi les attentes des patients. Cette montée en puissance des nouvelles technologies dans la santé ne date pas d'hier.

L'arrivée des NTIC dans le champ de la santé date des années 1970, avec l'informatisation des fonctions de gestion hospitalière. En quarante ans, de nombreux projets et innovations ont vu le jour, avec parfois plus ou moins de réussite, à l'instar de l'échec du Dossier médical Patient au début des années 2000, par manque d'appropriation des technologies par les professionnels du terrain. Avec l'arrivée d'internet dans les années 90, ce sont de nouvelles sources d'information et de nouveaux moyens de communication qui sont devenus accessibles. Plus récemment, le développement de l'intelligence artificielle à travers les objets connectés a laissé entrevoir de nouvelles perspectives en termes d'amélioration de la prise en charge du patient, en soulevant néanmoins des questions éthiques et déontologiques encore plus importantes, notamment face à l'utilisation des données.

Après la reconnaissance juridique en France de la télémédecine, à travers la loi HPST (Hopital, Patient, Santé, Territoire), l'année 2016 a vu naître le plan e-santé 2016-2020 (5), qui avait pour objectif d'accompagner les professionnels de santé dans l'ère du numérique, notamment pour améliorer la coordination interprofessionnelle, de faire face à l'augmentation des maladies chroniques au sein de la population ainsi qu'au vieillissement de cette dernière, et de favoriser l'autonomisation des patients dans leur prise en charge. Derrière cette modernisation du système de santé apparaissait bien entendu très nettement un objectif économique fort face à l'augmentation des dépenses de santé, qui atteignaient 3037 euros par français en 2018 (6), et plaçait la France au premier rang des pays européens dans ce domaine.

Ce plan a été remplacé en 2018 par la stratégie « Ma santé 2022 » (7) , où le développement du numérique reste un élément clé, avec la création d'une délégation ministérielle du numérique en santé, qui a pour but de faciliter et d'encadrer le déploiement de l'e-santé sur le territoire, en lien avec l'Agence du Numérique en Santé. La télémédecine et la télé-expertise ont ainsi été reconnues légalement en France en 2019. Aussi, mettre des outils numériques performants au service de tous est l'une des priorités définies dans le plan « Ma Santé 2022 ». Mais là encore, il s'agit de parvenir à réguler un marché de l'e-santé de plus en plus florissant aux impératifs juridiques et de sécurisation des données, où comment trouver un équilibre entre la facilitation de l'innovation et sa régulation éthique. Le Comité Consultatif National d'Ethique a d'ailleurs rendu à ce sujet des recommandations autour des questions posées par le recueil et les nouvelles possibilités d'utilisation de données personnelles dans le domaine des sciences de la vie et de la santé. (8)

Enfin, pour terminer cette partie relative à l'histoire de la télémédecine par un peu de prospective, il se peut que *« les générations futures d'utilisateurs de la télémédecine considéreront cette période comme une période de transition. Les 30 premières années de mise en œuvre de la télémédecine ont été semées d'obstacles et de défis. Les 30 prochaines années verront un paradigme entièrement différent de la pratique de la médecine, y compris le consumérisme et les systèmes intelligents. »* (9)

2.1.3 Les enjeux de l'e-santé et du télésoin

L'histoire de l'e-santé permet de comprendre que son déploiement a pour but de répondre à différents enjeux sociétaux. Aussi, pour l'Agence du Numérique en Santé, la transformation de notre système de santé vers la e-santé doit répondre à 6 défis (10).

- Un défi de l'efficience : il s'agit d'une part de contrecarrer les coûts de dépense de santé, qui en 2017 représentait 8,7% de la richesse nationale (6). Le poids des maladies chroniques pèse de plus en plus dans le système de santé, et le vieillissement de la population et l'allongement de la durée de vie tend également à augmenter considérablement ces dernières.
- Un défi de la qualité des soins constitue le deuxième, avec un nombre important d'hospitalisations qui pourraient être évitées chaque année en France.
- Un défi géographique d'accès aux soins à tous, face à l'existence de véritables déserts médicaux.
- Un défi démographique, face à une population vieillissante, face à un manque de lits dans certains services hospitaliers, et face au manque de professionnels dans certains domaines de la santé.
- Un défi de la prévention et de l'autonomisation du patient grâce au NTIC en est un autre, ainsi que celui du partage et de l'optimisation des connaissances.

Pour la WCPT, il existe également d'autres enjeux liés au télésoin et notamment un enjeu écologique. Le télésoin permet en effet de « *diminuer l'impact environnemental avec une réduction des déplacements pour accéder aux soins* » (11). Ce dernier point, relatif à la réduction des déplacements soulèvent néanmoins dans certaines études la question de l'isolement, notamment chez les personnes âgées ou dépendantes.

D'autres enjeux sont liés à l'encadrement du déploiement de l'e-santé. En effet, il s'agit d'enjeux juridiques autour de « *la sécurité et la qualité des objets, des pratiques et des droits et obligations des patients et des praticiens* » (12). En effet, la collecte de données de santé doit être encadrée pour éviter les dérives, à des fins marchandes, politiques, etc., et se faire ainsi dans le respect de la vie privée du patient, du secret médical et de la Loi Informatique et Libertés du 06 janvier 1978, qui a été réformée par le règlement général sur la protection des données (RGPD). L'OMS recommande

d'ailleurs de légiférer sur l'utilisation des données de santé, et d'encadrer la mise sur le marché des applications de santé mobile. Elle préconise également une meilleure formation des agents de santé sur ces nouvelles pratiques, afin de s'assurer du bon usage des données.

Un enjeu d'évaluation est également important dans le déploiement de l'e-santé. A ce titre, l'OMS rappelle que « *à elles seules, les interventions de santé numérique ne se suffisent pas* », et qu'elles doivent plutôt constituer un « *complément précieux des interactions en face à face* » (13). Pierre Simon, Néphrologue, juriste de la santé, ancien président de la Société française de télémédecine, rappelait d'ailleurs en 2017, dans Actualité et Dossier en Santé Publique, que même l'impact économique de la télémédecine restait à mesurer...(14)

2.1.4 Les freins au déploiement de l'e-santé

De nombreuses études se sont penchées sur les freins au déploiement de l'e-santé, que ce soit sur le territoire national, mais également dans le monde. En effet, si l'intérêt qui lui est porté en France est conséquent, avec des stratégies de développement affirmées et des politiques publiques fortes, « *la pratique ne s'intensifie pas et les stratégies successives mises en œuvre par les organisations en charge de son déploiement peuvent être qualifiées d'insatisfaisantes. La télémédecine ne se développe pas, ou plutôt, ne se développe pas comme le souhaiterait la puissance publique.* » (15)

Ainsi, une étude réalisée en 2011 en Australie (16) démontre que les principaux obstacles identifiés au déploiement du télésoin dans ce pays étaient majoritairement « *le financement, le temps, les infrastructures, l'équipement, les compétences et la préférence pour l'approche traditionnelle.* » Cette étude montre que le temps requis pour mettre une consultation de télémédecine est plus important qu'une consultation en face à face. L'accès à internet dans les régions rurales et isolées de ce vaste pays constitue également une barrière importante. Enfin, l'étude pointe du doigt le fait que « *la préférence pour une approche traditionnelle peut refléter un manque d'intérêt pour l'apprentissage des compétences informatiques ou des difficultés à acquérir cet ensemble de compétences.* »

Une revue systématique de littérature a ainsi relevé 33 obstacles à l'adoption de la télémédecine dans le monde.(17) Les principaux freins étaient ainsi dans l'ordre : « *les*

problèmes avec le personnel en difficulté technique (11%), suivis par la résistance au changement (8%), le coût (8%), le remboursement (5%), l'âge des patient (5%) et niveau d'éducation du patient (5%). »

L'ensemble de ces études démontrent bien que les principaux freins sont du côté des praticiens, et qu'au-delà des freins matériels et organisationnels, les freins « cognitifs » semblent particulièrement prégnants : résistance au changement, connaissance et compétence, préférence pour l'approche traditionnelle...

On pourrait donc classer ces freins en plusieurs catégories :

- Les freins matériels

L'e-santé, et particulièrement le télésoin, sous-entend l'existence d'un site émetteur et un site récepteur. Cette dimension constitue un frein au déploiement de l'e-santé, puisque l'illectronisme représentait en 2019, 17% de la population française selon l'INSEE (10) . Inégalités de connexion, inégalités économiques mais aussi inégalités dans les capacités à utiliser les outils numériques sont autant d'éléments pouvant constituer de véritables freins à la mise en place de l'e-santé. Les premiers résultats du projet ANR Capacity, développé par le GIS Mars@uin depuis 2014 (18), et dont l'objet était de confronter les promesses de l'empowerment par les outils numériques à la réalité des usages et des bénéfices tirés par les utilisateurs de ces outils, confirment que l'éloignement de l'usage du numérique est corrélé à certains facteurs comme l'âge, le revenu, le niveau de diplôme...

- Des freins cognitifs

Le déploiement de l'e-santé demande de la part des professionnels un changement de pratique, notamment car le bon usage du numérique n'est pas une compétence essentielle pour un professionnel de santé. La résistance au changement est une thématique clé en sciences cognitives, et les travaux d'analyse et de facilitation de la transformation numérique sont nombreux en ce domaine, notamment ceux de Venkatesh (19) (20) car souvent complexes à accompagner. La perception de l'utilité du dispositif, la facilité d'usage, les opinions et croyances ainsi que l'influence sociale sont des facteurs déterminants dans la résistance au changement numérique (21), et sur la motivation, notamment intrinsèque, du praticien à s'engager dans une démarche d'e-santé. Le bon usage du numérique n'est pas une compétence essentielle pour un professionnel de santé.

- Des freins éthiques et règlementaires

La question du stockage et de la sécurisation des données reste également un frein important au déploiement de l'e-santé. Nombreux praticiens sont inquiets quant à la récupération potentielle de ces données de santé par des sociétés privées, notamment banque ou assurance.

2.2 Télésoin et masso-kinésithérapie

Pour faire face à l'épidémie de Covid-19 et à la propagation rapide du virus, le gouvernement français a mis en place un confinement inédit à compter du 17 mars 2020. Un état d'urgence sanitaire est entré en vigueur sur l'ensemble du territoire national le 24 mars 2020 et a ensuite été prolongé jusqu'au 10 juillet 2020. Durant cette période de confinement, le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a demandé aux kinésithérapeutes de fermer leurs cabinets à compter de mardi 17 mars 2020, tout en permettant la réalisation de séances à domiciles dans le cadre des maladies chroniques nécessitant une continuité de soins. Le 16 avril 2020, un arrêté autorisait la réalisation de télésoin pour les professionnels MK.

Plusieurs dispositifs ont été mis en place pour faire face à la baisse d'activités durant cette période, liée notamment à la fermeture des établissements pour les salariés, de cabinets chez les libéraux, d'interdiction d'accès aux Ehpad ou de limitation des soins à domicile. Report de charges, prêt garanti par l'état, aide du fonds de solidarité, de l'assurance maladie, dispositif d'activité partielle ou encore arrêt de travail pour garde d'enfants de moins de 16 ans...

Les cabinets ont été autorisés à ouvrir de nouveau leurs portes, dans le respect des gestes barrière, à compter du 11 mai 2020. Par arrêté du 11 mai prorogeant l'état d'urgence sanitaire, le recours au télésoin a été prolongé dans un premier temps jusqu'au 10 juillet, puis finalement jusqu'au 30 octobre. Il reste néanmoins dérogatoire, et donc en sursis.

2.2.1 cadre juridique

Comme le rappelle l'ordre national des masseur-kinésithérapeutes, « *Le télésoin est encadré par les dispositions du code de déontologie et l'arrêté du 16 avril 2020* » (22) et est uniquement lié à l'état d'urgence sanitaire mis en place. Il est à ce jour prolongé jusqu'au 30 octobre 2020 par arrêté. (23)

Seuls certains actes rentrent dans le cadre du télésoin (figure 1). La facturation de ces actes répond aux mêmes modalités que les consultations classiques. En effet, afin de faciliter le recours au télésoin et son remboursement, une codification de ces actes à 100% a été mis en place.

ANNEXE
AU VIII DE L'ARTICLE 8
Actes de kinésithérapie facturables à l'assurance maladie dans le cadre d'une réalisation à distance par télésoin

- Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée	7,5	AMK
- Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9,5	AMK
- 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	AMK
- Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis	7,5	AMK
- Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...) :	7,6	AMK
- Atteinte localisée à un membre ou le tronc ;		
- 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 artériel 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		AMK
- localisation des déficiences à un membre et sa racine	8,3	
- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face	10	
- Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)	8,3	AMK

Figure 1. Liste des actes de kinésithérapie facturables à l'assurance maladie (source : arrêté du 16 avril 2020)

Le MK est le seul à pouvoir apprécier de la pertinence ou non du recours au télésoin. Néanmoins, une prescription médicale reste obligatoire, et le patient doit avoir été vu au préalable en présentiel par le MK au cours d'une séance.

Les actes de télésoin sont réalisés par vidéo-transmission, à travers des plateformes payantes ou gratuites, respectant le règlement général sur la protection des données.

Néanmoins, « *Les outils de vidéo transmission tels que Whatsapp, Facetime, Zoom ou autres sont autorisés en période d'épidémie du Covid-19 après accord du patient.* » (22).

Le MK reste soumis au respect du secret professionnel, et doit notamment s'isoler durant les actes de télésoin. Durant la période de confinement, les actes de télésoin étaient également soumis au respect du libre choix du patient avec obligation de l'informer « *qu'il pourra reprendre ses séances avec son kinésithérapeute habituel s'il en a un* » ou « *si le télésoin est mis en œuvre par un autre praticien* ». (22) Durant cette période, le respect de la confraternité était également de mise, le MK devant « *informer le kinésithérapeute habituel du patient de sa prise en charge et lui transmettre les éléments du dossier du patient* » (22), et ce afin d'éviter tout détournement de la patientèle.

Concernant le dossier médical, et dans un objectif de sécurisation des données mais aussi de collaboration interprofessionnelle, « *Conformément aux dispositions de l'article R.4321-91 du CSP, les données issues du télésoin font partie du dossier médical du patient. Elles doivent être collectées et sécurisées. Le bilan du kinésithérapeute et la fiche de synthèse doivent être tenus à disposition du médecin prescripteur. En cas de transmission de ces données à un autre professionnel de santé une messagerie de santé sécurisée doit être utilisée.* » (22)

2.2.2 Le télésoin en MK, pour quelles pathologies ?

Si l'arrêté du 16 avril 2020 précise les actes concernés par le télésoin (3) (figure 1) et le remboursement, de nombreuses études ont montré l'intérêt du télésoin sur certaines pathologies.

Le télésoin a en effet fait l'objet de nombreuses recherches ces dernières années, notamment autour de questions d'efficacité, mais aussi d'acceptabilité par le patient. Comme le rappelait récemment l'historienne du soin, Isabelle Robin (24), la téléconsultation ne date pas d'aujourd'hui, puisqu'il était d'usage au 18^{ème} siècle de consulter son médecin par voie épistolaire. C'est la médecine moderne qui a fait de l'examen clinique et de l'échange physique une condition sine qua non de la consultation médicale. En MK, ces notions sont d'autant plus importante que la palpation fait partie intégrante des pratiques sur certaines pathologies. De la même manière, la doxa tend à considérer que le MK masse, touche, et qu'il exerce un métier manuel par excellence,

même si le référentiel des activités de cette profession dépasse largement ce champ de pratique. Cette représentation n'est évidemment pas la même dans d'autres pays, ou le terme de physiothérapeute apparaît moins ambigu. Néanmoins cette notion de contact physique a démontré son efficacité dans la prise en charge de pathologies ou l'image corporelle du patient est dégradée. Cet aparté vise à montrer les difficultés possibles d'acceptation du télésoin en MK par les patients. Néanmoins, une étude récente de Guy Marlin sur l'acceptabilité d'une application e-santé pour les patients (application DOADO) a montré des résultats intéressants en termes d'appropriation de l'application, de satisfaction et d'implication du patient (25). Cette étude diverge de notre objet de recherche autour du télésoin, puisqu'elle traite d'une application donc sans vidéotransmission, mais elle montre qu'une partie de la population est prête à accepter un autre mode de soins que le présentiel. Au Royaume-Uni, une étude du Medical Research Council visant à « *explorer l'acceptabilité du service d'évaluation et de conseil téléphonique PhysioDirect aux patients souffrant de troubles musculo-squelettiques* » a également montré des résultats positifs sur l'acceptation de télésoin en MK, surtout si celui-ci était couplé à du présentiel par la suite. (2) Il permettait notamment de répondre aux problématiques des longues listes d'attente et aux problèmes d'accès à la physiothérapie au Royaume-Uni. En France, ces problématiques d'accessibilité aux soins et d'augmentation du délai d'attente existent également, peut-être à une autre échelle, notamment à travers l'augmentation de l'urbanisation de la société et l'accentuation du nombre de déserts médicaux. (26) Le déploiement des nouvelles technologies dans le quotidien des français est certainement un facteur d'acceptabilité de ces nouvelles méthodes de soins. L'accélération du temps, telle décrite par H. Rosa dans « Accélération. Une critique sociale du temps, La Découverte, Paris, 2010 » (27), conséquence ou cause de l'utilisation et du déploiement des NTIC, peut également constituer pour beaucoup un facteur propice à l'acceptation du télésoin. En effet, pour de nombreux patients, les déplacements pour se rendre à son rendez-vous constituent une charge supplémentaire dans cette course après le temps. Le télésoin apparaît également intéressant dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, plusieurs recherches ont ainsi été menées ces dernières années autour de son déploiement à domicile ou auprès des institutions. (26) (28)

Au-delà de cette notion d'acceptabilité par le patient, l'efficacité du télésoin reste également un sujet de questionnement. Les nombreuses recherches en ce domaine parues

ces dernières années apportent des réponses plutôt positives sur plusieurs pathologies. Au Canada, les études sur ce sujet fleurissent depuis le début des années 2000. Plusieurs études ont été consacrées au télésoin après une arthroplastie de genou, avec des résultats aussi efficaces qu'une rééducation conventionnelle (29) (30), comme celle de l'université de Sherbrooke (31). Cette dernière héberge d'ailleurs un laboratoire dédié depuis 2011. Les études de ce laboratoire ont également portées sur la rééducation en télésoin de patients post-AVC, de la fracture proximale de l'humérus (32), ou encore de la BPCO (33). Une revue systématique de littérature a montré également l'efficacité du télésoin dans la prise en charge de la sclérose en plaque (34). Une revue systématique de littérature portant sur 28 études en lien avec téléadaptation montre également l'efficacité de cette méthode de soins (35). En outre, que ce soit en neurologie (AVC, traumatisme crânien),

Accéder à la rééducation grâce à la télésanté

World PT Day 2020

Quand recourir à la télésanté

Les kinésithérapeutes utilisent la télésanté pour soutenir les patients et traiter un large éventail d'affections pendant la pandémie du COVID-19, notamment:

- la maladie pulmonaire obstructive chronique
- l'insuffisance cardiaque chronique
- le diabète de type 2
- le rhumatisme
- les troubles de santé mentale
- les affections musculo-squelettiques
- le cancer
- la post-chirurgie (par exemple, hanche, genou)

Figure 2 Quand recourir à la télésanté? (source WCPT)

en traumatologie (télééducation post-opératoire) ou dans le cadre de la prise en charge de maladies chroniques (BPCO, SEP), lombalgie chronique (36) (37), le télésoin présente une efficacité indéniable.

Nul doute que ces recherches sont venues étayer la liste des pathologies prise en charge en télésoin durant l'état d'urgence sanitaire. D'autres pathologies comme la

rééducation post-partum ou encore les scolioses de l'enfant et de l'adolescent ont également complété ce tableau, ainsi que certaines pathologies vasculaires ou chroniques (spondylartrite ankylosante...). Le WCPT, à l'occasion de la journée mondiale de la physiothérapie a d'ailleurs publié une infographie sur les pathologies que le MK pouvait prendre en charge durant la pandémie (38) (figure 2). On y retrouve la BPCO, l'insuffisance cardiaque chronique, le diabète de type 2, les rhumatismes, les troubles de la santé mentale, les affections musculo-squelettiques, le cancer, la post-chirurgie.

Cela montre néanmoins que le télésoin ne concerne pas tous les patients, et pas toutes les pathologies. Un article du British Medical Journal de mars 2020, intitulé « Video consultation for Covid-19, an opportunity in a crisis », mentionne d'ailleurs qu'un des biais de la plupart des études randomisées contrôlées réalisées sur l'efficacité du télésoin, concerne les échantillons de patients, souvent mis en place sur des pathologies chroniques déjà stabilisées. (39)

2.2.3 Télésoin et MK, un faible recours

Malgré l'arrêté du 16 avril 2020, les données issues de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, montrent un faible recours au télésoin, avec un nombre d'actes limités. Ainsi, sur la période allant du 1^{er} avril (semaine 14) au 13 septembre (semaine 37), seuls 371 106 actes sur les 58 585 165 recensés étaient des actes de télésoin. Cela représente ainsi 0,63% des actes en libéral durant cette période (figure 3).

Les actes réalisés à distance sont repérables grâce au taux de remboursement à 100% et au motif d'exonération du TM «62 - autres motifs ». Mais si la prise en charge est déjà à 100%, le motif d'exonération est sous-déclaré

Total soins liquidés du 1 ^{er} avril au 13 septembre 2020					
Quantité d'actes	motif d'exo. à 62 et taux de remboursement à 100%	motif d'exonération à 62	taux de remboursement à 100%	taux de remboursement à 60%	TOTAL
AMC10	1 663	1 818	76 178	2 702	82 361
AMC7.5	54 278	55 553	295 464	10 176	415 471
AMC7.6	3 910	4 351	45 557	6 141	59 959
AMC8.3	44 752	48 195	1 000 498	52 423	1 145 868
AMC9	6 880	7 330	128 775	4 785	147 770
AMC9.5	27 565	28 605	261 963	8 615	326 748
AMK10	16 194	23 574	3 407 454	246 300	3 693 522
AMK7.5	2 498	20 438	108 521	300 351	431 808
AMK7.6	4 765	20 729	387 866	514 280	927 640
AMK8.3	28 608	73 379	3 653 943	1 253 109	5 009 039
AMK9	9 032	24 146	2 093 929	416 053	2 543 160
AMK9.5	1 588	7 795	171 979	132 762	314 124
AMS10	104	119	13 022	2 019	15 264
AMS7.5	94 053	979 557	5 631 766	20 996 127	27 701 503
AMS7.6	526	2 862	35 346	78 930	117 664
AMS8.3	1 086	2 457	84 344	30 919	118 806
AMS9	358	943	34 219	20 997	56 517
AMS9.5	73 246	403 395	7 246 828	7 754 472	15 477 941
TOTAL	371 106	1 705 246	24 677 652	31 831 161	58 585 165

Champ des données: Régime général (01C+01M) + NOTAIRES(10) + CULTES (90)
 Activité libérale des MK (hors T2A) soins liquidés à partir du 1^{er} avril 2020, la semaine 14 n'est donc pas complète données en date de liquidation
 Soins réalisés à partir du 17 mars 2020 (date de début du confinement)
 SOURCE: DCIR HEBDO

Figure 3 Actes réalisés à distance entre la semaine 14 et la semaine 37 (source CNAM)

La figure 3 montre également que la plupart des actes réalisés en télésoin, par les MK libéraux, concernent les AMK 7,5 et 8,3, ainsi que du 9,5. Il semble donc que le recours au télésoin durant cette période est principalement concerné les affections respiratoires ainsi que les problèmes relatifs à la traumatologie. La figure 4, montre que si lors du déconfinement, les actes de masso-kinésithérapie sont repartis à la hausse, ceux relatifs au télésoin ne présentent pas une évolution majeure, malgré la prolongation de l'arrêt du 16 avril.

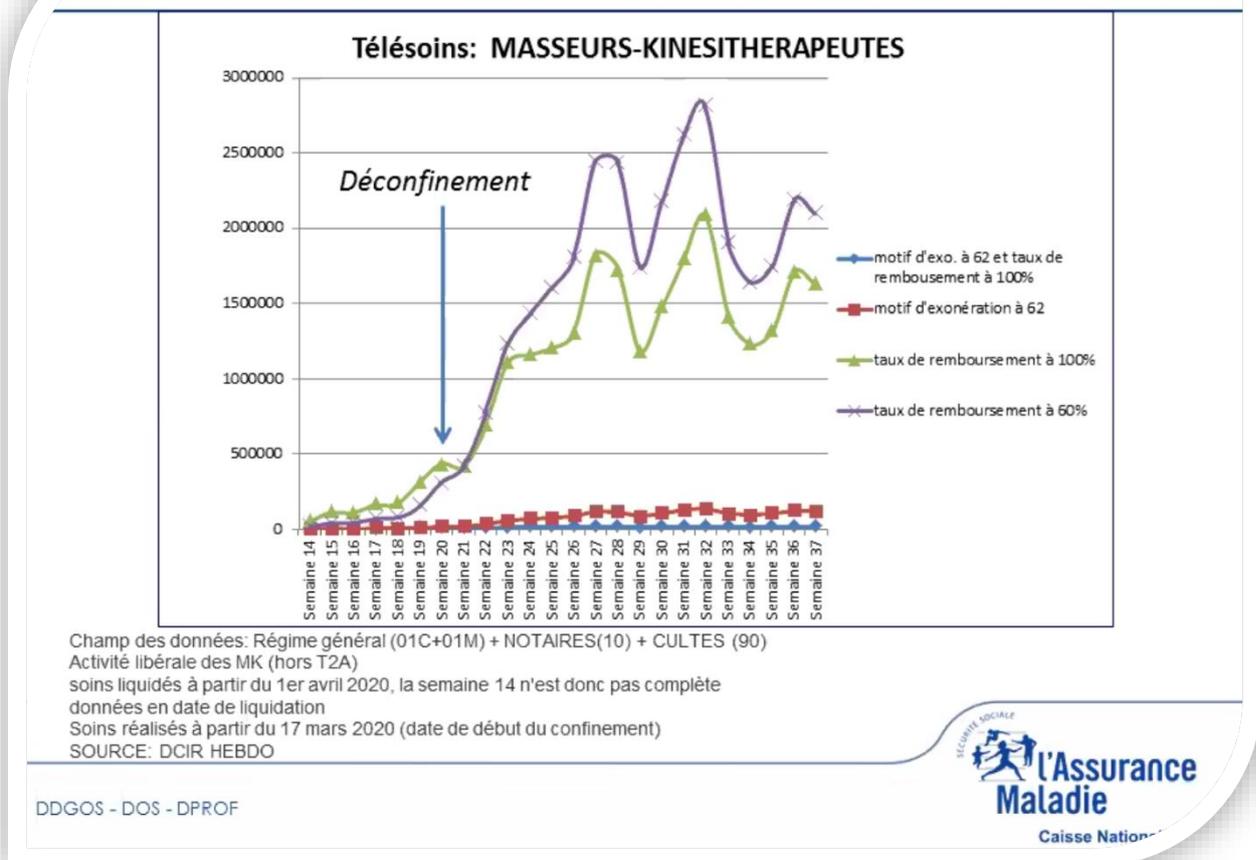


Figure 4 Evolution des actes entre la semaine 14 et 37 (source CNAM)

2.2.4 Les freins possibles au recours au télésoin

Ces données amènent à se poser la question légitime des freins au déploiement du télésoin durant cette période.

Eu égard aux éléments précédemment étudiés, les freins organisationnels ont indéniablement joué un rôle prépondérant dans ce faible déploiement. En effet, l'arrêté du 16 avril a vu le jour un mois après le confinement, soit un mois après la fermeture des cabinets, suivant les recommandations initiales du Conseil National de l'Ordre des MK. Cet arrêté est donc arrivé tardivement, là où de nombreux MK avaient déjà pris leurs dispositions pour suivre les patients les plus exposés.

A côté de ses freins organisationnels, et devant la fermeture des cabinets, on peut imaginer que des problèmes matériels et logistiques aient été rencontrés par les MK pour mettre en place le télésoin : manque de matériel, d'espace, de débit... Cette dimension est également vraie du côté des patients, comme le mentionne une étude mise en place par Blandine Gomet, MK et enseignante à l'IFMK d'Assas, à l'occasion du confinement. Cette étude porte sur l'analyse du ressenti des patients lors des séances individuelles ou collectives à distance, et sollicite l'opinion des patients sur la téléconsultation en kinésithérapie. Ainsi, « Selon les patients de cette étude, la téléconsultation présente plus d'avantages que d'inconvénients. Ces derniers sont principalement technologiques et techniques : plus de $\frac{3}{4}$ des patients ont vu leurs séances être perturbées par des dysfonctionnements technologiques (connexion insuffisante et mauvaise qualité d'image et/ou de son, séance avec coupure, pas de visibilité du kinésithérapeute lors des séances de groupe et donc obligation de suivre la séance avec la voix du kiné mais la vision d'un autre patient). Aussi, $\frac{1}{3}$ des patients se sont sentis limités par le manque d'espace et le manque de matériel au domicile malgré les adaptations proposées (bouteille d'eau à la place d'haltères...). Enfin, 1 patient sur 6 évoque le manque de contact physique entre le kinésithérapeute et le patient en tant qu'inconvénient à la téléconsultation. » (40)

Enfin, d'autres freins peuvent également être envisagés. Des freins sociologiques, liés à l'âge des MK, au niveau d'usage et de maîtrise des NTIC, au lieu d'exercice (maison de santé, milieu rural, milieu urbain...); des freins cognitifs liés au changement de pratique, aux représentations du métier, etc... Le manque de connaissance et de formation autour du télésoin peuvent également constituer un frein essentiel au recours au télésoin.

3. DEMARCHE REFLEXIVE

3.1 Question de recherche

L'état d'urgence sanitaire lié à la pandémie de la COVID-19 a permis l'autorisation de mise en place du télésoin sur le territoire national chez les masseur-kinésithérapeutes. Cette autorisation visait à répondre à plusieurs objectifs, et notamment d'éliminer les risques d'infections croisées, de faciliter l'accès aux soins, de réduire les séjours à l'hôpital, d'assurer un suivi et une continuité de soins chez les malades chroniques.

Néanmoins, le télésoin semble avoir été peu utilisé durant cette période. Ce constat amène légitimement à se poser la question des freins quant à son déploiement, malgré les nombreux feux verts exceptionnellement mis en place dans le cadre l'épidémie de Covid-19. A l'heure où Syndicats et Ordre National des MK négocient la reconnaissance du télésoin, on peut se demander si les MK sur le terrain sont eux, vraiment prêts à l'utiliser.

3.2 Hypothèses de recherche

Elles sont au nombre de 3 :

- Les MK ne sont majoritairement pas favorables à utiliser le télésoin
- Le niveau de connaissance sur le télésoin influence l'opinion des MK sur ce dernier
- L'âge constitue un facteur influençant l'opinion vis-à-vis du télésoin

3.3 Objectifs de recherche

L'objectif de cette initiation à la recherche est de poser un diagnostic sur les freins et les leviers relatifs à l'utilisation du télésoin chez les MK, afin d'apporter d'éventuelles pistes de travail dans le cadre d'une stratégie de déploiement.

4. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

La méthodologie utilisée pour cette recherche repose d'une part sur des entretiens semi-directifs préalables, et d'autre part, sur un questionnaire à l'échelle des professionnels MK français, libéraux ou salariés.

Le choix de la réalisation d'entretiens semi-directifs préalables a été guidé par une volonté d'une approche systémique de la problématique, afin de bien cerner l'ensemble des freins ayant pu co-exister à la mise en place du télésoin durant cette période, et ainsi de développer un questionnaire plus pertinent, au plus près des réalités du terrain.

4.1 Le choix d'une enquête d'opinion

Le choix d'une enquête d'opinion s'est imposé assez logiquement pour répondre au sujet de cette recherche. En effet, la question initiale était de savoir ce que pensaient vraiment les MK du télésoin, pour justifier leur faible adhésion à ce dernier. C'est donc l'opinion des MK sur le télésoin qui constituait l'objet de la recherche.

Les différentes recherches effectuées dans la littérature, ont montré que s'intéresser aux opinions, c'est récolter des informations sur les attitudes, les comportements, mais aussi les valeurs vis-à-vis d'un objet, en l'occurrence, ici le télésoin. La loi du 25 avril 2016 donne une définition légale du sondage d'opinion en le définissant comme « une enquête statistique visant à donner une indication quantitative, à une date déterminée, des opinions, souhaits, attitudes ou comportements d'une population par l'interrogation d'un échantillon ».

4.1.1 Un peu de sémantique

Dans le langage commun, ces différents termes sont l'objet de confusion. Pour formuler une méthodologie pertinente, la compréhension de ces différents concepts et leur imbrication est donc apparue évidente.

- L'attitude

Les attitudes peuvent être définies comme un « Etat mental et neuropsychologique, constitué par l'expérience, qui exerce une influence dynamique sur l'individu, le préparant à réagir d'une manière particulière à un certain nombre d'objets et de situations. » (ALLPORT, 1935.)

Elles sont en outre « une prédisposition à porter un jugement ou à adopter un comportement précis vis-à-vis d'un objet déterminé ». Elles ont comme caractéristiques d'être acquises par l'individu, de varier en fonction de ses expériences, de définir le lien entre un individu et « un objet ». En ce sens, elles comportent une **dimension cognitive** (connaissance de « l'objet »), une **dimension affective** (attraction ou rejet) et une **dimension conative** (orientation vers l'action, la décision). En ce sens, elles ne peuvent être observables directement et ce n'est que par induction que l'on connaît les attitudes, à partir des opinions exprimées et des comportements observés. C'est ce qui est notamment recherché dans les questionnaires par les questions à « échelles additives d'attitude » (dit échelle de Likert).

- Les comportements

Attitudes et comportements sont inéluctablement imbriqués, puisque ce sont les attitudes qui vont motiver les comportements. Elles en sont le précurseur. Les comportements sont directement observables.

- Valeur

Pour le psychologue Milton Rockeach, « une valeur est une croyance durable, qui se traduit par le choix d'un mode de conduite ou d'un but de l'existence que l'on préfère, personnellement ou socialement, aux modes de conduites ou aux buts opposés ou contraires. » Elles sont liées aux représentations de l'ordre de l'idéal. Elles permettent en psychologie de répondre à la question du « pourquoi agissons nous comme nous agissons ». Elles influencent donc en grande partie, les attitudes et les comportements des personnes. Différents facteurs peuvent influencer sur les valeurs, et notamment l'âge des individus, la culture, la nationalité, l'actualité...

4.1.2 Etudier les opinions

Les différentes recherches effectuées autour de l'étude des opinions ont amené à opérer au choix de la méthodologie de cette recherche. En effet, comme le suggère Claude Dargent dans son ouvrage « sociologie des opinions » (41), une analyse qualitative basée sur des entretiens permet d'étudier en profondeur les opinions des individus, et notamment leurs attitudes, leurs valeurs et leurs comportements vis-à-vis d'un « objet ». Néanmoins, il souligne que « *le problème majeur des entretiens en petit nombre est celui de la représentativité* ». Aussi, la littérature recommande des enquêtes sur un échantillon représentatif. Dans le cadre de cette étude, afin de bien cerner le sujet et d'aboutir à un questionnaire d'enquête pertinent, c'est une méthodologie mixte qui a été choisie.

4.2 Population étudiée

La population étudiée lors de cette recherche se concentre sur l'ensemble MK libéraux de France, ayant mis ou non en place le télésoin.

4.3 Méthodologie mixte

Une méthodologie mixte a été utilisée pour réaliser cette recherche. Elle repose d'une part sur des entretiens semi-directifs exploratoires préalables, et d'autre part, sur un questionnaire à l'échelle des professionnels libéraux MK exerçant sur le territoire français. L'avantage de cette méthode mixte est « *d'apporter une meilleure compréhension, - plus large, plus crédible- de phénomènes étudiés que l'utilisation d'une approche quantitative ou qualitative seule, en offrant la possibilité de mettre en synergie les forces des deux types de méthodes* ». (42)

Il s'agissait également de tester les hypothèses lors de ces entretiens exploratoires et d'aller étudier en profondeur les perceptions et les motivations des MK sur le télésoin, à travers des échanges permettant une granulométrie plus fine de l'analyse de ces concepts issues de la psychologie sociale.

La méthodologie de recherche s’articule ainsi autour de plusieurs étapes.

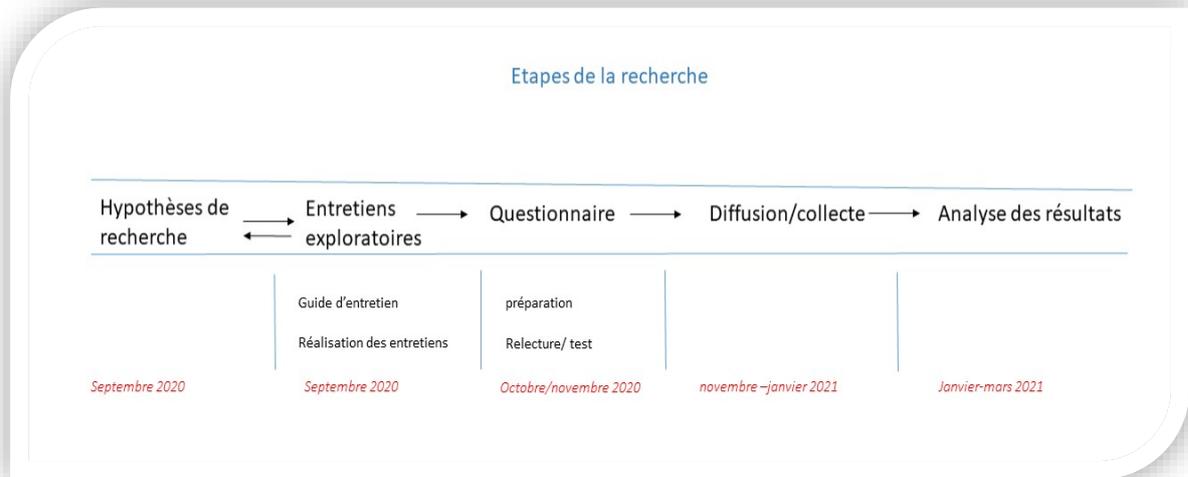


Figure 5 Les étapes de la méthodologie de recherche

4.2.1 Méthodologie qualitative

4.2.1.1 Réalisation d’entretiens exploratoires

Le choix de la réalisation au préalable d’entretiens à usage exploratoire était guidé par une volonté d’une approche systémique de la problématique, afin de bien cerner l’ensemble des freins et des leviers ayant pu coexister à la mise en place du télésoin durant cette période, et de développer ainsi un questionnaire plus pertinent, aux résultats plus facilement exploitables, au plus près des réalités du terrain.

Afin de réaliser ces entretiens semi-directifs, un guide préalable d’entretien a été réalisé, et est présenté en annexe 1. Ce guide servait de fil conducteur, même si dans ce type d’entretien l’ordre des questions n’a que peu d’importance, « *l’entretien devant suivre sa dynamique propre* » (42). Il a été construit à partir des premières pistes de travail émanant de mes lectures et de mes recherches initiales sur le sujet. Les personnes interrogées ont été sélectionnées selon différents critères, sans chercher à être représentatives. L’idée était surtout de confronter les avis de ceux ayant mis en place le télésoin et ceux n’ayant pas franchi le pas. Il s’agissait tout d’abord de s’entretenir avec des MK ayant mis en place du télésoin pendant le confinement, afin de recueillir leur avis, de comprendre leurs motivations, leurs intérêts mais aussi de cerner les difficultés et les limites de cette expérience. D’autre part, je voulais réaliser ces entretiens auprès de MK

n'ayant pas souhaité mettre en place le télésoin, afin de comprendre les freins rencontrés. Ces entretiens devaient concernés aussi bien salariés et libéraux, et des professionnels présentant quelques données sociologiques différentes (âge, sexe, lieu d'exercice, expérience professionnelle...). L'idée était de tendre vers un petit panel le plus représentatif possible de la profession, même si à cette échelle, cela est impossible. Les personnes interrogées faisaient soit parties de mon réseau professionnel, soit de réseaux de collègues étudiants. Les entretiens se sont réalisés par téléphone, après une première demande de rendez-vous par mail ou SMS.

Caractéristiques des MK interviewés lors des entretiens exploratoires

Entretien	mode d'exercice	âge	date de l'entretien	Télésoin	lieu d'exercice
1	salariat	48	14/09/2020	oui	Roscoff
2	libéral	42	15/09/2020	non	Brest
3	libéral	43	17/09/2020	oui	Plérin
4	libéral	26	24/09/2020	non	Brest

Une retranscription d'un de ces 4 entretiens est disponible en annexe II.

L'analyse des champs sémantiques développés lors des entretiens est synthétisée dans la figure ci-dessous.

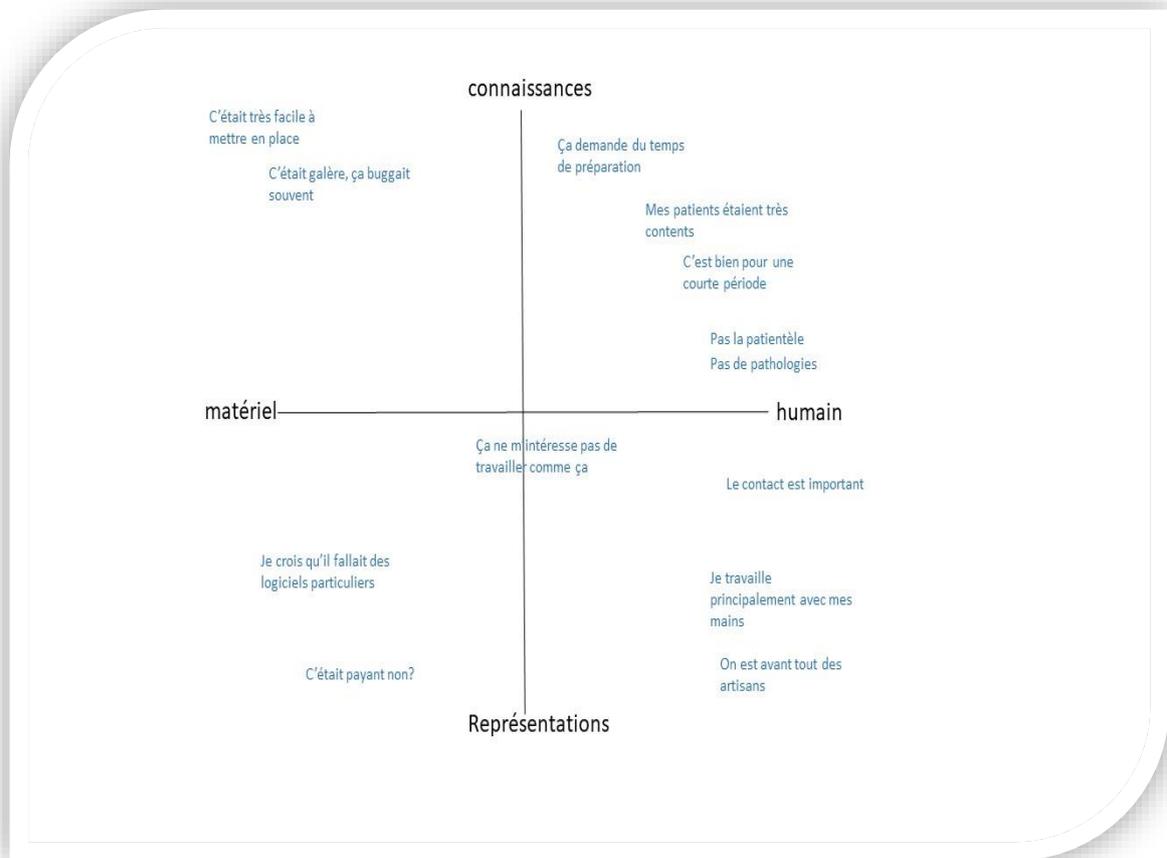


Figure 6 Analyse sémantique des entretiens exploratoires

4.2.2 Méthodologie quantitative

4.2.2.1 Construction du questionnaire

L'analyse des entretiens a permis de faire évoluer d'une part la population qui devait initialement être étudiée, et d'autre part les hypothèses de recherche.

En effet, à la lumière des entretiens, il est apparu que le contexte pour les MK salariés semblait trop différent de celui des libéraux, et que le choix de recourir au télésoin était motivé par différents facteurs : pression hiérarchique et économique de la structure, soutien et formation aux outils à travers les services informatiques en place, etc.

D'autre part, ces entretiens ont permis de scander un point quelque peu occulté initialement, à savoir une mauvaise connaissance de l'arrêté et principalement de son contenu : « c'était payant non ? Je veux dire les logiciels à utiliser ? » « Le remboursement était difficile » « je n'avais pas de cas de patient qui pouvait rentrer dans les pathologies prises en charge »... La communication autour de l'arrêté constitue donc un élément nouveau, venant compléter les hypothèses déjà formulées initialement.

De plus, les entretiens ont permis de mettre en exergue la prépondérance de freins cognitifs à la mise en place du télésoin. La représentation du métier et notamment la croyance dans la primauté du toucher dans la réussite de la prise en charge des patients est ressortie très nettement : « Nous sommes avant tout des artisans » « nos mains sont pour moi notre meilleur outil de travail ». Les différentes recherches réalisées sur ce sujet, ont permis de construire le questionnaire de manière plus pertinente pour analyser ces dimensions cognitives, en utilisant une méthodologie d'enquête, permettant ainsi de « *de mesurer la perception que les individus ont des objets sociaux. L'enquêteur provoque la situation et met les sujets en situation de verbalisation de leurs points de vue, comportements et connaissances.* » (43). Pour ce faire, différentes échelles préconisées pour ce type d'enquête ont été utilisées pour construire le questionnaire, et notamment l'échelle binaire adaptée de Thurstone (44), permettant de mesurer la dimension cognitive de l'attitude, l'échelle bipolaire adaptée de Likert (44), davantage orientée sur la dimension affective de l'attitude, c'est-à-dire la réaction positive ou négative à l'égard de l'objet.

A contrario, l'hypothèse des données sociologiques comme frein au déploiement du télésoin durant le confinement n'est pas franchement ressorti des entretiens exploratoires. Néanmoins, le choix de conserver cette hypothèse a été guidé par le trop faible échantillon interrogé et par la difficulté de réaliser une analyse transversale conséquente de ce fait.

Afin de construire le questionnaire, deux principales études ont servi de modèle. Il s'agit d'une part de l'enquête réalisée par la fondation de l'avenir en 2012 sur « *les français sont-ils prêts pour la télémédecine* » (45), et d'autre part l'enquête réalisée dans le cadre de la thèse d'Amandine Rauly portant sur « *Gouverner la télémédecine Analyse institutionnaliste d'une nouvelle pratique médicale* » (15).

Le questionnaire était ainsi structuré en 4 grandes parties :

- Une partie relative aux données générales, aux caractéristiques sociodémographiques des MK répondants
- Une partie relative aux connaissances sur le télésoin
- Une partie relative aux représentations des MK sur le télésoin
- Une dernière partie plus prospective, relative aux motivations des MK vis-à-vis du télésoin

Le questionnaire est consultable en annexe III.

4.2.2.2 Choix du support

Le choix du support pour réaliser cette enquête s'est orienté vers celui proposé par l'Université de Bretagne Occidentale, à savoir LimeSurvey. Le choix d'un questionnaire anonyme s'est également imposé afin de ne pas contrarier la participation des cibles.

4.2.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour répondre au questionnaire, les MK devaient exercer exclusivement en libéral.

4.2.2.3 Calcul de la taille de l'échantillon

Calculé sur un niveau de confiance de 95%, et une marge d'erreur de 5%, le questionnaire pour être validé doit obtenir le retour de 383 participants.

Ce calcul s'est effectué sur MonkeySurvey, à partir du nombre de kinés libéraux en France, estimé selon 73083 selon le dernier rapport du Conseil National de l'ordre des kinés (46).

4.2.2.4 Validation du questionnaire

Cette étape clé s'est déroulée auprès de 6 personnes, aux profils variés. Ils n'ont pas participé à la phase exploratoire.

- 3 personnes représentatives de la population cible, à savoir des MK libéraux
- 2 étudiants MK
- 1 personne ressource issue du milieu de la recherche, possédant un doctorat.

Ces personnes ont dû répondre aux questions suivantes :

- Les questions sont-elles compréhensibles ?
- Les questions sont-elles formulées de manière à ne pas orienter le participant ?
- Les questions sont-elles pertinentes au vu de la problématique ?
- Le temps de réponse et le nombre de question vous paraissent ils adéquats ?

4.2.2.5 Diffusion du questionnaire

La diffusion du questionnaire s'est déroulée du 02 novembre au 19 novembre. Il est donc resté en ligne 17 jours, débutant 3 jours après le début du deuxième confinement. Le questionnaire était anonyme, et un outil Captcha a été intégré afin de prévenir l'utilisation des robots. Il est prévu de réaliser des relances si le nombre de réponses étaient insuffisantes, voire de rechercher de nouveaux moyens de diffusion. Plusieurs moyens sont ciblés pour diffuser le questionnaire :

- Réseaux sociaux professionnels (facebook) : le réseau des kinés, breizh kinés, entraide à la recherche kiné, Mémoire Kinés
- Réseaux professionnels : SNMKR, respi 29
- Réseaux personnels
- Envoi de messages via les pagesjaunes : le logiciel tronquant les url, il a fallu créer une adresse miroir pour contourner ce problème. Plus de 400 mails ont été envoyés via le formulaire des pagesjaunes. Il a permis de toucher d'autres professionnels que ceux présents sur les réseaux sociaux.

5. RESULTATS DE LA RECHERCHE

5.1 Résultats généraux : tri à plat

Le questionnaire est resté en ligne 17 jours, débutant 3 jours après le début du deuxième confinement. 151 personnes y ont répondu, mais 38 réponses ont été incomplètes. Les résultats présentés ci-après sont donc basés sur les 113 réponses complètes au questionnaire.

5.1.1 Caractéristiques des répondants

Q1. Type d'exercice

Les 113 répondants exerçaient en libéral.

Q2. Age des répondants

Quel est votre âge ?		
Moins de 30 ans	28	24,78%
30 et 45 ans	69	61,06%
45 et 60 ans	15	13,27%
Plus de 60 ans	1	0,88%
Total	113	100,00%

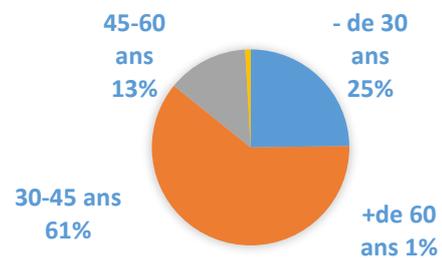


Tableau 1 Répartition statistique par âge des répondants

Les 30-45 ans représentent la grande majorité des répondants (61%). Cette répartition des âges correspond aux chiffres 2019 de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, puisque les moins de 30 ans représentent en national 22,5% des MK libéraux, les 30-50 ans 52,6%, et les 50-60 ans 15,2%. Les plus de 60 ans y sont en revanche davantage représentés.

Q3. Année d'obtention du diplôme

La médiane correspond à l'année 2008.

Q4. Pays d'obtention du diplôme

Pays d'obtention du diplôme		
France	99	87,60%
Belgique	13	11,50%
Roumanie	1	0,90%
Total	113	100,00%

Tableau 2 Répartition statistique par pays d'obtention du diplôme

Les répondants au questionnaire sont majoritairement des diplômés d'instituts français (87%). Selon les données 2019 de l'Ordre des Masseur-Kinésithérapeutes, ils sont, en national, 73% de diplômés français, exercice salarié et libéral confondus.

Q5. Zone d'exercice

J'exerce dans une zone :		
Urbaine	48	42,5%
péri-urbaine	28	24,8%
rurale	37	32,7%
Total	113	100%

Tableau 3 Répartition statistique par zone d'exercice

Les répondants exercent à 42,4% zone urbaine, contre 32,7% en zone rurale, puis 24,8% en zone périurbaine.

Q6. Les NTIC dans la pratique professionnelle

Usage des NTIC dans la pratique professionnelle		
Pas adepte	6	5,3%
Peu adepte	57	50,4%
Adepte	45	39,9%
Très adepte	5	4,4%
Total	113	100,00%

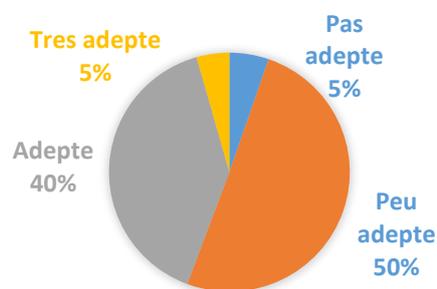


Tableau 4 Statistiques d'usage des NTIC dans la pratique professionnelle

Les résultats montrent que la majorité des MK sont peu adeptes des NTIC dans leur pratique professionnelle.

A noter : pour évaluer l'usage des NTIC dans la pratique, une cotation par point a été mise en place, pour chacune des sous question (Non=0, Oui=1).

Q7. Mise en place du télésoin durant le premier confinement

Durant le confinement du printemps 2020, j'ai mis en place du télésoin			
Oui		34	30%
Non		79	70%
Total		113	100%

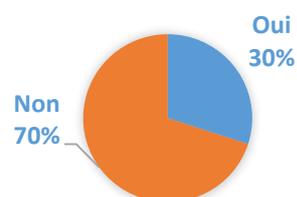


Tableau 5 Répartition statistique de recours au télésoin lors du 1er confinement

Parmi les 113 répondants, 70% n'avaient pas mis en place le télésoin durant le premier confinement.

5.1.2 Connaissance du télésoin

Q8. Connaissance du télésoin

Niveau de connaissance du télésoin			
très faible	0-1	7	6,20%
faible	compris entre 2-3	13	11,50%
moyen	compris entre 4-5	31	27,43%
bon	compris entre 6-7	42	37,17%
très bon	compris entre 8-9	20	17,70%
Total		113	100,00%

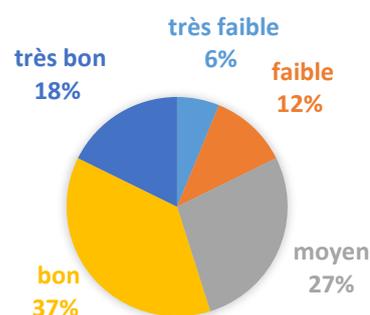


Tableau 6 Répartition statistique du niveau de connaissance du télésoin

Les répondants ont à 55% un « très bon et bon niveau de connaissance ».

A noter, pour évaluer le niveau de connaissance à partir de la série de sous-questions posées, une cotation par point a été mise en place (0=réponse fausse, 1= réponse exacte)

Q9. Avez-vous le sentiment d'être bien informé sur le télésoin

Avez-vous le sentiment d'être bien informé sur le télésoin		
Très bien informé	3	2,7%
assez bien informé	36	31,8%
assez peu informé	32	28,3%
très peu informé	40	35,4%
ne sait pas	2	1,8%
Total	113	100%



Tableau 7 Répartition statistique du sentiment d'information sur le télésoin

Les répondants ont majoritairement le sentiment de n'être pas bien informé sur le télésoin, avec 63,7% de « très peu informé et assez peu informé ».

Q10. Vous sentez-vous compétent pour mettre en place des actes de télésoin

Sentiment de compétence		
absolument compétent	14	12,5%
compétent	33	29,2%
pas très compétent	42	37,1%
absolument pas compétent	19	16,8%
ne sait pas	5	4,4%
Total	113	100

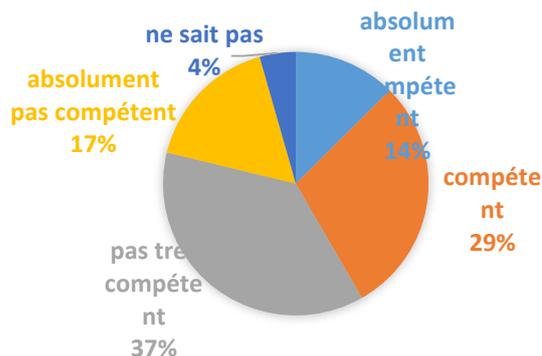


Tableau 8 Répartition statistique du sentiment de compétence pour l'usage du télésoin

Les répondants ne se sentent majoritairement pas compétents pour mettre en place le télésoin, avec 53,9% de « absolument pas compétent et pas très compétent ».

Q11. Seriez-vous intéressés par des formations sur le télésoin

Intérêt pour une formation sur le télésoin		
Intéressés	37	32,70%
Pas intéressés	66	58,40%
ne sait pas	10	8,90%
Total	113	100,00%

La majorité des répondants ne sont pas intéressés par des formations sur le télésoin (58,4%).

5.1.3 Perception du télésoin

Q12. Lors du premier confinement, je n'ai pas mis en place le télésoin, car :

Colonne1	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	absolument pas d'accord	ne sait pas
Cela ne m'intéresse pas	34,10%	22,80%	20,20%	12,70%	10,20%
Cela me semblait compliqué à mettre en place	31,60%	30,40%	15,20%	13,90%	8,90%
Je manquais de connaissance sur le sujet et je ne me sentais pas armé pour le mettre en place	15,20%	38%	19%	20,20%	7,60%
Je ne disposais pas d'outils matériels nécessaires à sa mise en place (ordinateur, connexion suffisante...)	5%	16,40%	20,20%	50,60%	7,60%
Je n'avais pas connaissance de cette possibilité	1,30%	5%	15,20%	72,20%	6,30%
J'avais fermé mon cabinet et anticipé le suivi des patients	21,50%	30,40%	21,50%	13,90%	12,70%
Je pense qu'on ne peut pas soigner les patients à distance	30,40%	40,50%	16,50%	5%	7,60%
J'avais des doutes sur la confidentialité des données	10,20%	24%	22,80%	25,30%	17,70%
Les mains sont notre meilleur outil	58,20%	26,60%	5%	1,30%	8,90%
Mes patients n'étaient pas prêts	30,40%	40,50%	10,10%	1,30%	17,70%
Je n'avais pas de patients avec des pathologies permettant sa mise en place	11,40%	33%	30,30%	10,10%	15,20%

Tableau 9 Répartition statistique des raisons du non recours au télésoin lors du 1er confinement

Pour les 79 répondants à ces questions, les principaux freins étaient, dans l'ordre des résultats :

- « les mains sont notre meilleur outil » avec 84,8% de répondants « tout à fait d'accord et plutôt d'accord »
- « je pense qu'on ne peut pas soigner les gens à distance », avec 71% de répondants « tout à fait d'accord et plutôt d'accord »
- « mes patients n'étaient pas prêts » avec 70,9% de répondants « tout à fait d'accord et plutôt d'accord »
- « cela me semblait compliqué à mettre en place » avec 62% de répondants « tout à fait d'accord et plutôt d'accord »
- un manque d'intérêt pour le télésoin, avec 57% de « tout à fait d'accord et plutôt d'accord »
- un manque de connaissance avec 53,2% de « tout à fait d'accord et plutôt d'accord »

- « J'avais fermé mon cabinet et anticipé le suivi des patients » avec 51,9% de « tout à fait d'accord et plutôt d'accord »

Pour ces répondants, n'étaient pas considérés comme freins :

- « je n'avais pas connaissance de cette possibilité » avec 87,4% de répondants « plutôt pas d'accord et absolument pas d'accord »
- « je ne disposais pas d'outils matériels nécessaires à sa mise en place avec 70,8% de répondants « plutôt pas d'accord et absolument pas d'accord »

Q13. Voyez-vous d'autres raisons au fait de ne pas avoir mis en place le télésoin ?

A cette question ouverte, 41,7% des 79 sondés n'ayant pas mis en place le télésoin ont ajouté un complément de réponse. Ces réponses ont pu être classées en 4 grandes catégories et sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Catégorie de réponse	
Dissonance cognitive (Métier manuel, pas favorable NTIC...)	39,40%
En remplacement	12,20%
pas possible par rapport à la patientèle (âgée, démente, pédiatrie, pas équipée...)	18,20%
autre (ne travaillait pas, cabinet fermé, grossesse...)	30,20%

Tableau 10 Catégorisation des autres raisons évoquées du non recours au télésoin

Q14. Lors du premier confinement, j'ai mis en place le télésoin car :

Colonne1	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	absolument pas d'accord	ne sait pas
Je suis adepte de nouvelles expériences dans mon métier	38,2%	41,2%	14,8%		2,9%
J'avais économiquement besoin de ces séances	17,6%	29,4%	35,4%		0,0%
Je ne voulais pas laisser mes patients sans soin	75,7%	17,6%	0,0%		0,0%
je suis réceptif aux nouvelles technologies	44,1%	38,2%	17,7%		0,0%
Cela était facile à mettre en place	20,6%	47,0%	29,4%		0,0%
Mes patients étaient favorables, je n'ai pas eu besoin de les convaincre	26,5%	38,2%	23,5%		0,0%
C'est un outil d'avenir	23,5%	32,3%	20,6%		8,9%

Tableau 11 Répartition statistique des raisons de recours au télésoin lors du 1er confinement

Sur les 34 répondants, les principales raisons à la mise en place du télésoin, sont dans l'ordre des résultats :

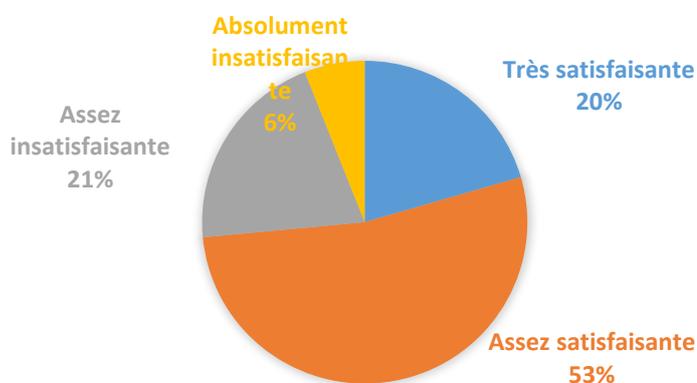
- « Je ne voulais pas laisser mes patients sans soin » avec 100% de répondants « tout à fait d'accord et d'accord »
- « je suis réceptif aux nouvelles technologies » avec 82,3% de répondants « tout à fait d'accord et d'accord »
- « je suis adepte de nouvelles expériences dans mon métier » avec 79,4% de répondants « tout à fait d'accord et d'accord »
- « C'était facile à mettre en place » avec 67,6% de répondants « tout à fait d'accord et d'accord »
- « mes patientes étaient favorable... » avec 64,7% de répondants « tout à fait d'accord et d'accord »
- « C'est un outil d'avenir » avec 55,8% de répondants « tout à fait d'accord et d'accord »

En revanche, les répondants sont plus mitigés sur la raison économique du recours au télésoin lors du premier confinement.

Q15. Avez-vous d'autres raisons qui ont favorisé la mise en place du télésoin

Sur cette question ouverte, 32,5% des 34 répondants ont souhaité apporter un complément. Sur les 11 réponses, 3 sondés insistent sur l'éloignement cabinet/domicile du patient et voient ainsi le télésoin comme une opportunité, notamment pour le patient ; 4 sondés parlent d'une alternative à la prise en charge des patients en cette période de confinement ; 2 sondés expliquent que le télésoin a permis de prendre en charge des urgences, notamment des patients en post-opératoire en traumatologie.

Q16. Votre expérience du télésoin est pour vous et vos patients



Pour 73% des sondés ayant mis en place le télésoin lors du premier confinement, l'expérience était « très satisfaisante et assez satisfaisante ».

Q17. Quels sont selon vous les principaux atouts du télésoin

Colonne1	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	absolument pas d'accord	ne sait pas
Cela offre la possibilité pour le patient de rester chez lui	39,8%	41,6%	9,8%	5,3%	3,5%
C'est un gain de temps	11,5%	20,3%	39,8%	23,9%	4,5%
C'est une manière de combler le manque de praticien dans certains secteurs/zones géographiques	13,3%	35,4%	18,6%	26,5%	6,2%
Cela permet des économies substantielles à l'échelle nationale	6,2%	13,3%	30,1%	27,4%	23,0%
Cela présente des avantages écologiques en limitant les déplacements	12,4%	32,7%	29,2%	15,9%	9,8%
Cela concourt à l'autonomisation du patient	24,8%	40,7%	16,8%	13,3%	4,4%

Tableau 12 Répartition statistique des principaux atouts du télésoin

Deux atouts principaux se détachent de cette question :

- La possibilité pour le patient de rester chez lui avec 81,4% de répondants « tout à fait d'accord et plutôt d'accord »
- Le concours à l'autonomisation du patient avec 65,5% de répondants « tout à fait d'accord et plutôt d'accord »

En revanche, le télésoin n'est pas perçu comme un outil :

- permettant un gain de temps (63,7% de répondants « plutôt pas d'accord et absolument pas d'accord)
- Permettant des économies à l'échelle nationale (57,5% de répondants « plutôt pas d'accord et absolument pas d'accord)

Q18. Quels sont selon vous les principaux inconvénients du télésoin

Colonne1	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	absolument pas d'accord	ne sait pas
Cela est incompatible à mettre en place dans mon organisation des soins	22,1%	34,5%	23,0%	14,2%	6,2%
Cela demande trop de temps	5,3%	36,3%	33,6%	14,1%	10,7%
Cela déshumanise le soin	46,9%	36,2%	9,7%	6,2%	1,0%
C'est un outil à la mode qu'on essaie de nous imposer	6,2%	13,3%	30,1%	27,4%	23,0%
Cela donne qualitativement de moins bons résultats	26,5%	27,4%	4,5%	4,5%	37,1%

Tableau 13 Répartition statistique des principaux inconvénients du télésoin

Les répondants voient comme principal inconvénient la déshumanisation du soin avec 83,1% de répondants « tout à fait d'accord et plutôt d'accord ».

A noter, 37,1% des répondants ont répondu « ne sait pas » à la question sur la moins bonne qualité des résultats obtenus avec le télésoin.

Q19. Pensez-vous que le télésoin soit, pour vous et l'ensemble de la profession

Selon le télésoin est pour vous et l'ensemble de la profession:

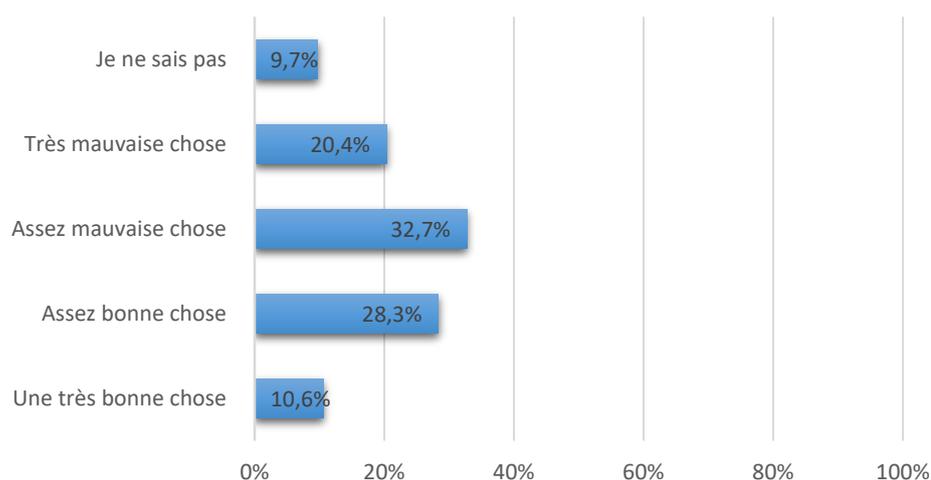


Tableau 14 Répartition statistique de la perception du télésoin

A 53,1%, les répondants voient le télésoin comme « une très mauvaise chose et une assez mauvaise chose » pour eux et la profession, contre 38,9% de perception positive (« assez bonne chose et très bonne chose ») .

Q20. Quelle émotion principale vous évoque le télésoin

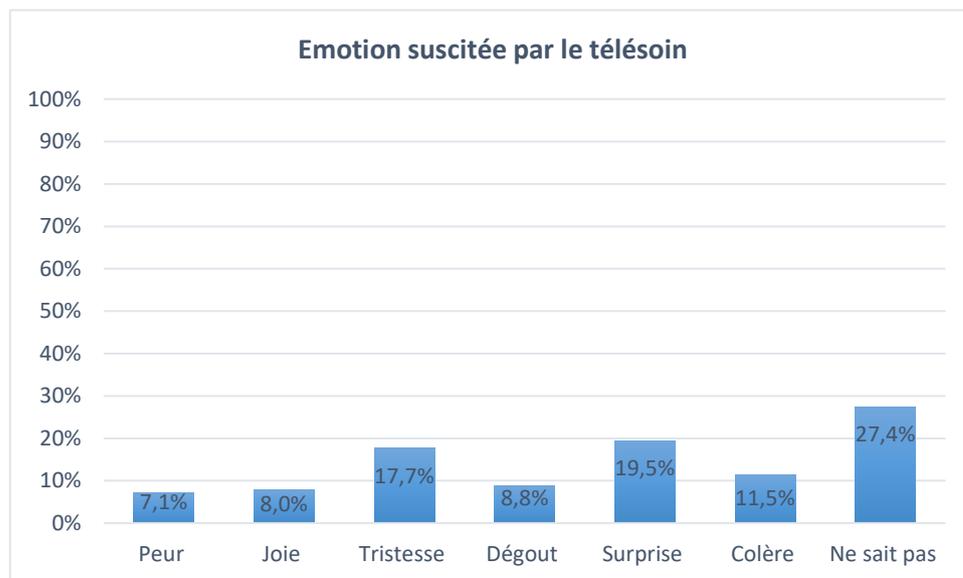
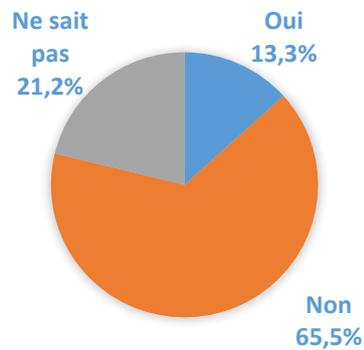


Tableau 15 Répartition statistique des émotions eu égard au télésoin

A cette question, 27,4% des sondés n'ont pas su répondre. La surprise (19,5%) et la tristesse (17,7%) s'affichent ensuite comme les premières émotions suscitées par le télésoin.

5.1.4 Prospective

Q21. Comptez-vous mettre en place des actes de télésoin durant ce nouveau confinement ?



En ce début de 2^{ème} confinement, 65,5% des sondés ne pensaient pas avoir recours au télésoin.

Q22. A la suite de ce nouvel épisode de confinement, envisagez-vous de continuer à utiliser le télésoin dans votre pratique ?

Seules les personnes ayant répondu « oui » à la question précédente étaient invitées à répondre à cette question.

Sur les 15 répondants, 73% (11 réponses) souhaitaient continuer à utiliser le télésoin a posteriori des mesures sanitaires de confinement.

Q23. Souhaiteriez-vous ajouter une réflexion vis à vis de ce questionnaire sur le télésoin ?

Sur les 113 répondants, 37 personnes (32,7%) ont répondu à cette question ouverte.

Les réponses sont diverses, mais on retrouve des grandes catégories de réponses :

- Le télésoin comme un outil de dépannage, applicable seulement dans certains cas (contexte, pathologie...) : 10 réponses
- Le télésoin vu comme un outil mercantile : 2 réponses
- Le télésoin vu comme un outil déshumanisant et discréditant la profession : 5 réponses
- Remerciements pour le questionnaire : 3 réponses

5.2 Méthode de Tri croisé

Une méthode de tri croisé a été utilisée pour les questions en lien avec les hypothèses.

5.2.1 Age et télésoin

5.2.1.1 Age et mise en place du télésoin

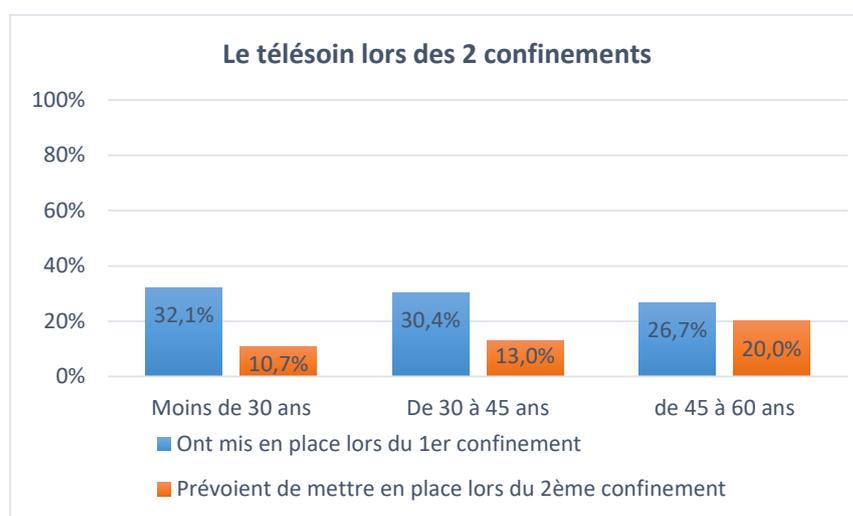


Tableau 16 Croisement statistique de l'âge et du recours au télésoin

L'âge n'a pas constitué un facteur influençant la mise en place du télésoin lors du premier confinement, avec un écart maximum de seulement 6% entre les différents groupes d'âge (32,1% pour les moins de 30 ans et 26,7% pour les 45-60 ans). Les plus âgés apparaissent en revanche être les plus favorables à la mise en place du télésoin lors du 2^{ème} confinement. (20% contre 10,7% chez les moins de 30 ans.)

5.2.1.2 Age et connaissance du télésoin

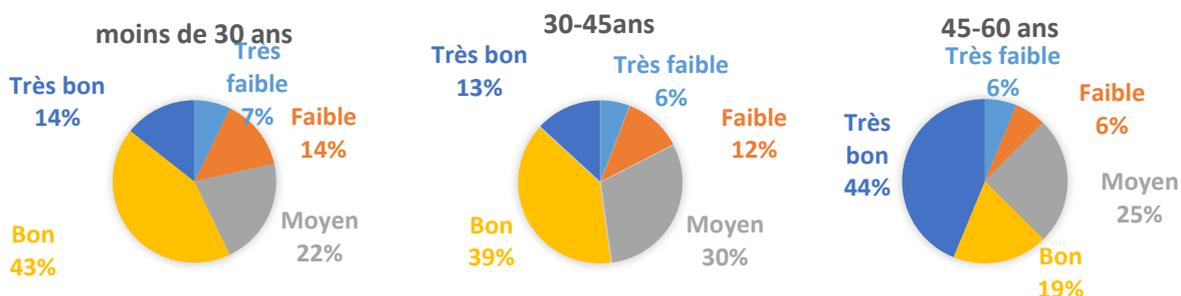


Tableau 17 Croisement statistique de l'âge et du niveau de connaissance du télésoin

L'étude des moyennes et des médianes ne montrent pas de différence significative entre les différentes tranches d'âge dans le niveau de connaissance du télésoin.

Néanmoins, en étudiant le rapport entre la répartition par tranche d'âge et le niveau de connaissance du télésoin, on note chez les 45-60 ans, un taux de connaissance « très bon » (44%) supérieur aux autres tranches d'âge (14% chez les moins de 30 ans et 13% chez les 30-45 ans). Les MK les plus âgés semblent donc avoir une meilleure connaissance du télésoin.

5.2.1.3 Age et niveau d'information sur le télésoin

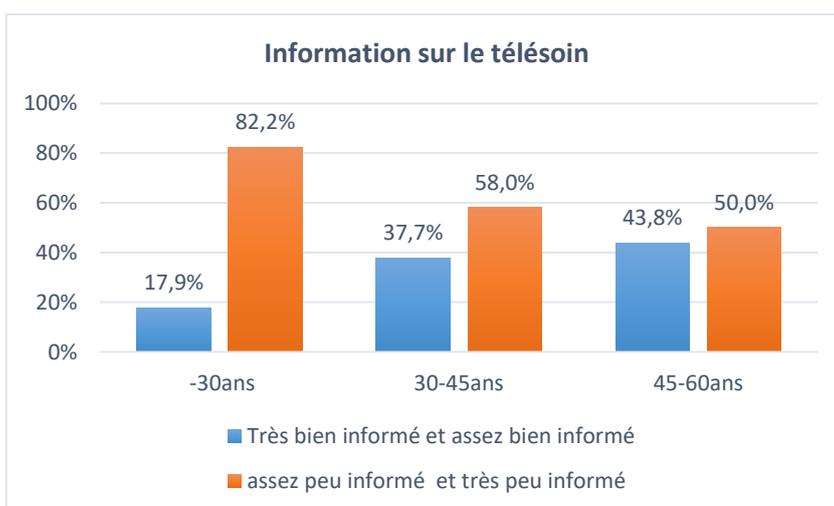


Tableau 18 Croisement statistique de l'âge et du sentiment d'information sur le télésoin

Le critère de l'âge semble également influencer sur le niveau d'information, puisque les plus jeunes (moins de 30 ans) se sentent assez peu informé et très peu informé à 82,2%, contre 58% pour les 30-45 ans et 50% pour les 45-60 ans. Les professionnels les plus âgés se sentent donc mieux informés.

5.2.1.4 Age et sentiment de compétence vis-à-vis du télésoin

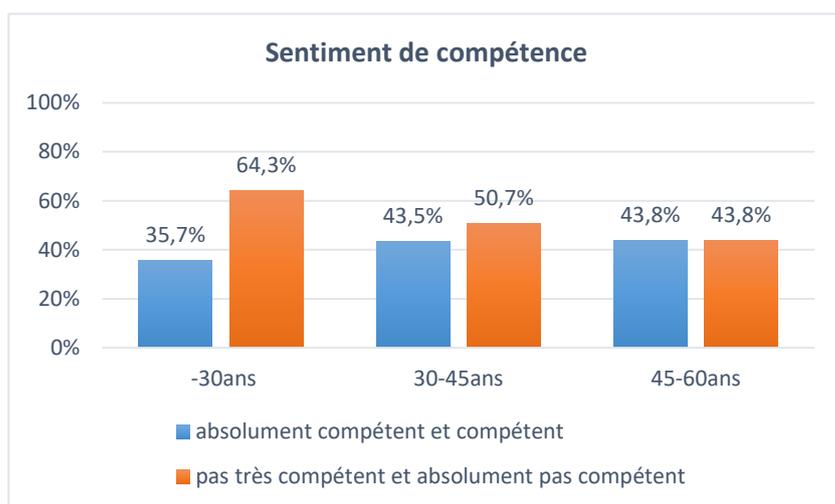


Tableau 19 croisement statistique de l'age et du sentiment de compétence

Concernant le sentiment de compétence, les plus jeunes se sentent moins compétent pour mettre en place le télésoin, comparativement à leurs aînés, avec 64,3% de « pas très compétent et absolument pas compétent » chez les moins de 30 ans contre 43,8% chez les 45-60 ans.

5.2.1.5 Age et perception du télésoin

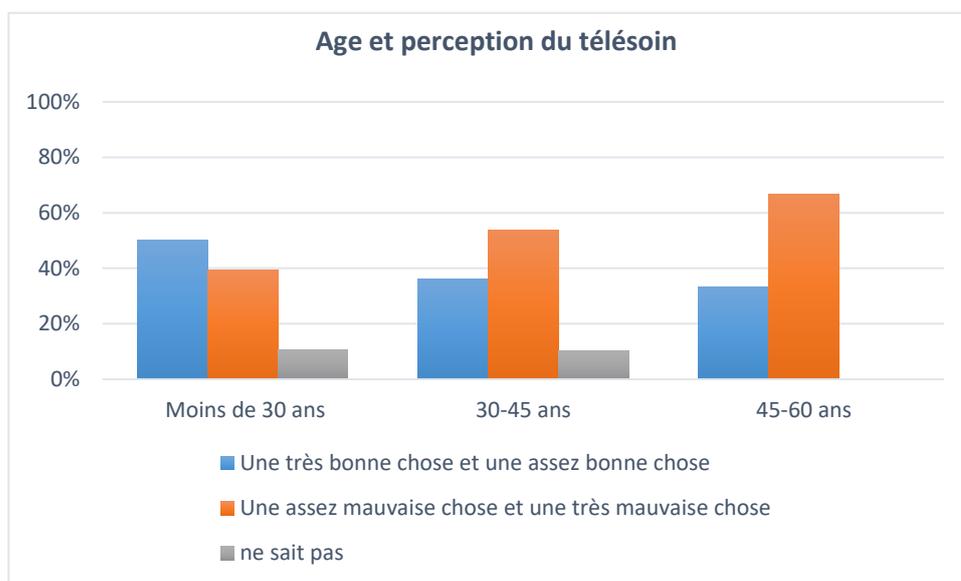


Tableau 20 Croisement statistique de l'âge et de la perception du télésoin

L'âge joue un rôle dans la perception du télésoin, puisque les plus âgés le voit à 66,7% comme une « assez mauvaise chose et une très mauvaise chose », tandis que les plus jeunes le voit à 50% comme une « très bonne chose à une assez bonne chose ».

5.2.2 Niveau de connaissance et télésoin

1.2.2.1 Niveau de connaissance et âge

Le croisement des données de l'âge et du niveau de connaissance a été étudié dans le paragraphe précédent. Il montre que les MK les plus âgés semblaient avoir un meilleur niveau de connaissance que leurs benjamins.

5.2.2.2 Niveau de connaissance et lieu d'exercice

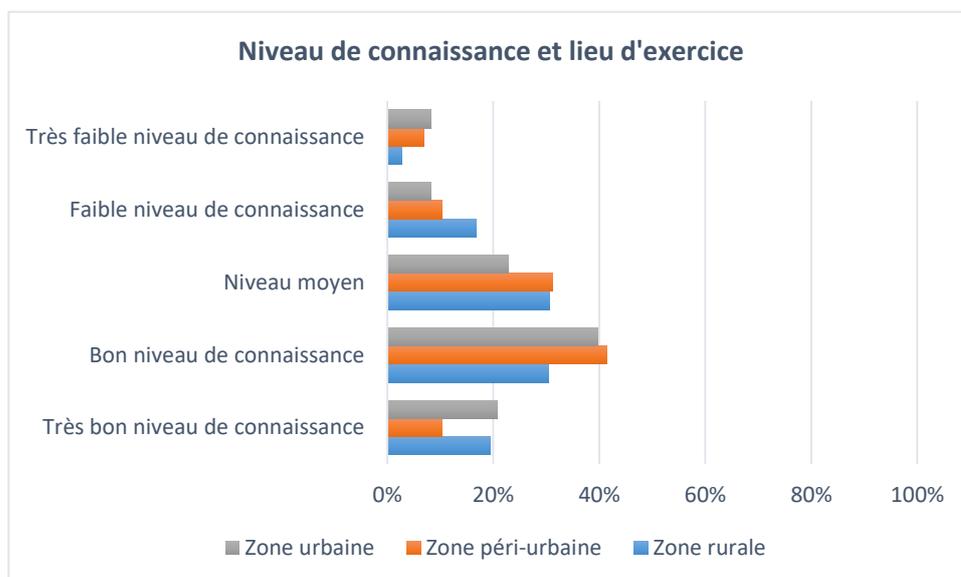


Tableau 21 Croisement statistique du niveau de connaissance et du lieu d'exercice

Les MK exerçant en zone urbaine semblent avoir un meilleur niveau de connaissance du télésoin (60,4% de « très bon et bon niveau de connaissance) comparativement à ceux exerçant en zone péri-urbaine (53,6%) et rurale (48,6%).

5.2.2.3 Niveau de connaissance et usage des NTIC

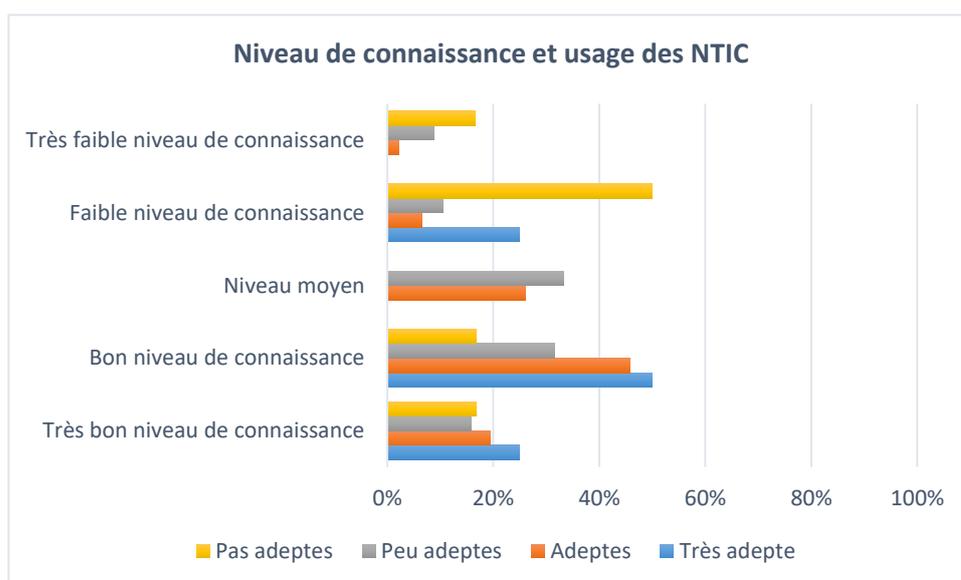


Tableau 22 Croisement statistique du niveau de connaissance du télésoin et de l'usage des NTIC dans la pratique professionnelle

Le niveau de connaissance semble être lié à l’usage des NTIC dans la pratique professionnelle, puisque les très adeptes de leur usage ont à 75% un « très bon et bon niveau » de connaissance, contre 33,4% « très bon et bon niveau de connaissance » chez les pas adeptes des NTIC.

5.2.2.4 Niveau de connaissance et mise en place du télésoin lors du premier confinement

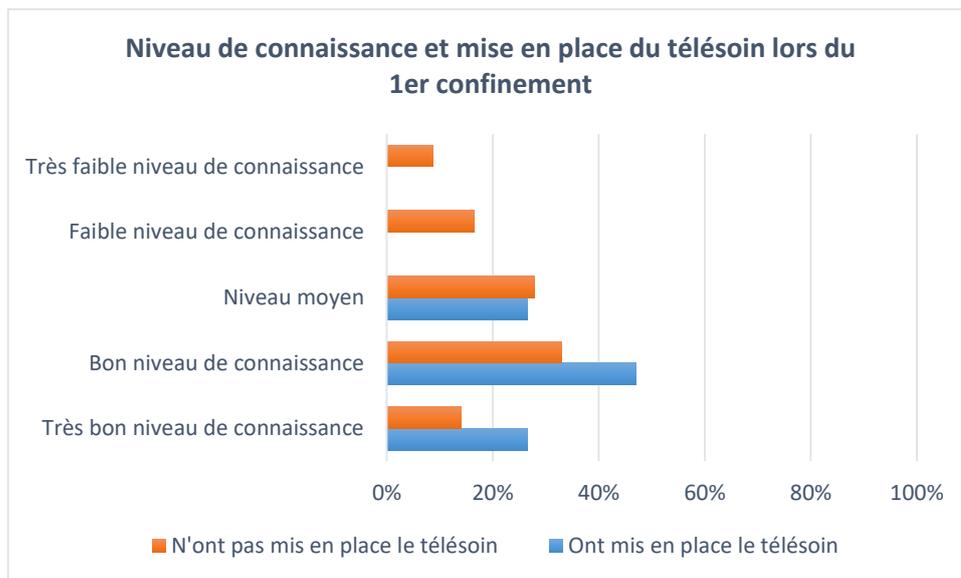


Tableau 23 Croisement statistique du niveau de connaissance et de la mise en place du télésoin lors du 1er confinement

Les personnes ayant mis en place le télésoin lors du premier confinement ont un meilleur niveau de connaissance du télésoin, avec 73,5% de « très bon et bon niveau de connaissance », contre 47% chez ceux n’ayant pas mis en place le télésoin.

5.2.2.5 Niveau de connaissance et perception du télésoin

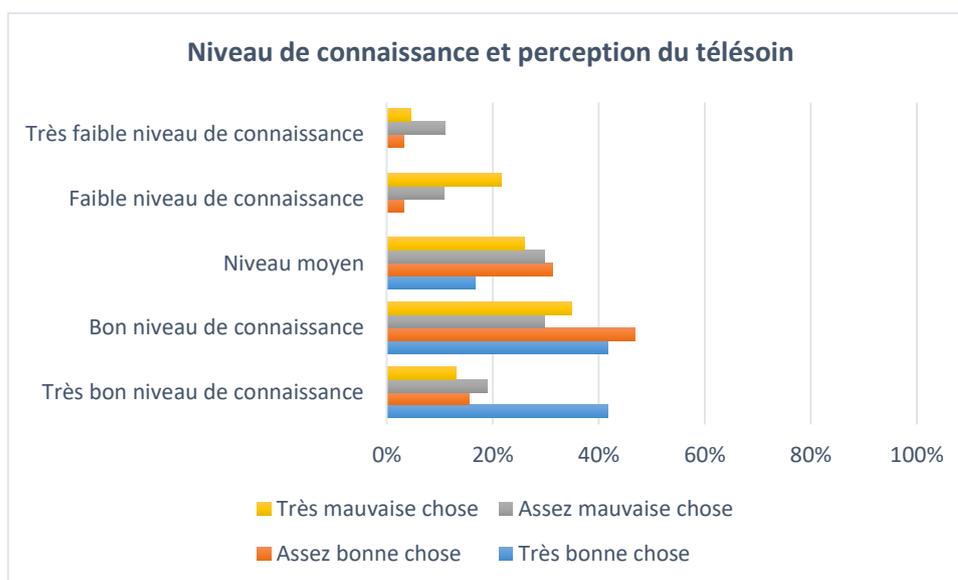


Tableau 24 Croisement statistique du niveau de connaissance et de la perception du télésoin

La perception du télésoin est corrélée au niveau de connaissance sur ce dernier, puisque ceux qui le voient comme une très bonne chose ont à 83,4% un « très bon et bon niveau de connaissance », contre 47,8 chez ceux percevant le télésoin comme une très mauvaise chose.

5.2.2.6 Niveau de connaissance et sentiment d'être bien informé sur le télésoin

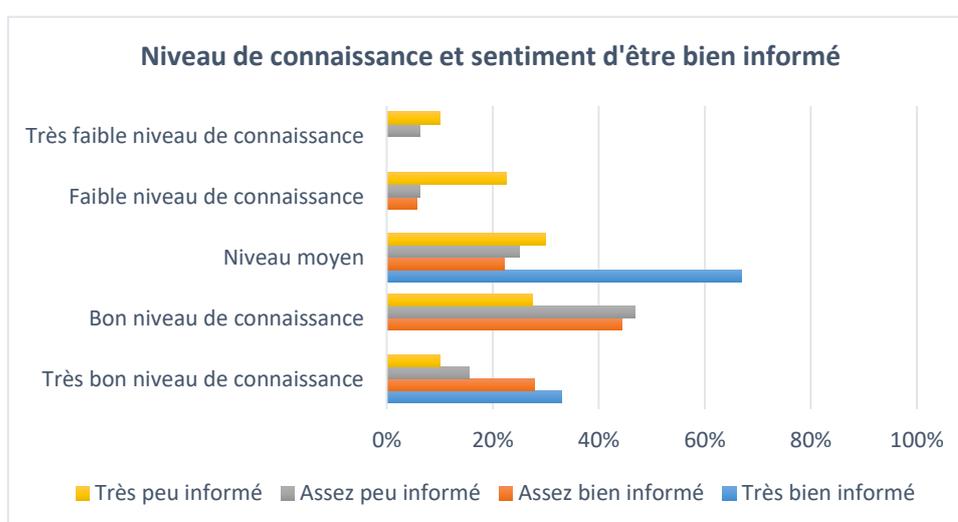


Tableau 25 Croisement statistique du niveau de connaissance et du sentiment d'information sur le télésoin

Les résultats entre le niveau de connaissance et le sentiment d’être bien informé montrent que les personnes ayant un très faible et faible niveau de connaissance se sentent moins bien informés que les autres.

5.2.2.7 Niveau de connaissance et sentiment de compétence sur la mise en place du télésoin

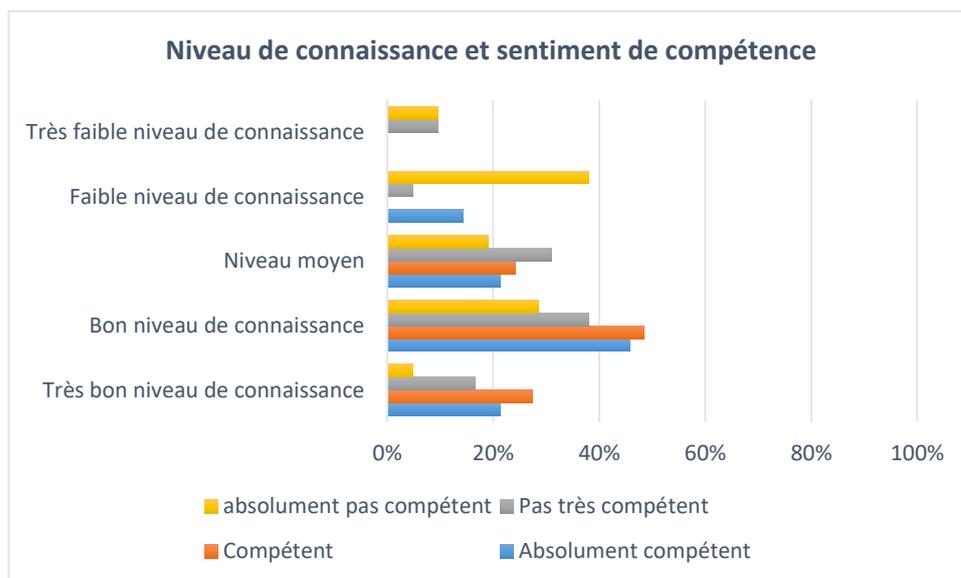


Tableau 26 Croisement statistique du niveau de connaissance et du sentiment de compétence

Les résultats montrent que les personnes ayant un « bon et très bon niveau de connaissance » se sentent plus compétents pour mettre en place le télésoin que les autres.

6. DISCUSSION

6.1 Analyse des principaux résultats

L'objet de cette enquête était donc d'étudier l'opinion des MK français vis-à-vis du télésoin, pour tenter de comprendre leur faible adhésion à ce dernier lors du premier confinement.

Les résultats de cette enquête montrent que les MK français ont une opinion négative du télésoin avec 53,1%, de répondants qui le voient comme « une très mauvaise chose et une assez mauvaise chose » pour eux et la profession, contre 38,9% de perception positive.

Nous avons vu qu'étudier les opinions sur un objet, consistait à étudier l'attitude et les valeurs vis-à-vis de cet objet, afin notamment d'expliquer les comportements à son égard. C'est donc à travers ce prisme que l'enquête a été conçue, et c'est à travers lui que nous allons analyser les résultats, et tenter de mieux comprendre le comportement des MK vis-à-vis du télésoin.

6.1.1 Une population majoritairement pas favorable au télésoin

Nous avons vu que la première hypothèse, selon laquelle les MK français n'étaient majoritairement pas favorables au télésoin, était confirmée par les résultats. D'un point de vue du comportement, ils sont d'ailleurs seulement 30% des sondés à avoir mis en place le télésoin durant le premier confinement.

L'analyse des facteurs attitudinaux permet de mieux comprendre cette opinion négative du télésoin. En effet, les résultats montrent que la variable affective influe fortement l'opinion avec 45% des sondés exprimant une émotion désagréable à son égard (peur, tristesse, dégoût, colère), contre 8% de joie et 19,5% de surprise, émotion qui peut être soit positive, soit négative. A noter néanmoins, que pour cette question, les sondés ont majoritairement répondu « ne sait pas », et que la première émotion plébiscitée est la surprise, suivie de près par la tristesse. Il aurait été intéressant d'aller plus loin dans l'analyse de ces émotions, car elle aurait davantage renseigné les représentations des MK sur le télésoin. En effet, la surprise vis-à-vis du télésoin est-elle liée à la soudaineté de la

mise en place du dispositif, à la dimension inédite de la pandémie elle-même, ou encore au confinement ? Ou alors la surprise d'avoir recours à ce genre de dispositif en MK ? Il manque ici des données pour vraiment analyser cette dimension affective de l'opinion. Il est vrai que les entretiens semi-directifs permettent une analyse plus fine de ces dimensions, mais néanmoins, le questionnaire aurait pu proposer une granularité plus importante au niveau des réponses proposées, en lien avec le champ lexical des émotions. Cela aurait permis de mieux comprendre ce qui se jouait derrière ces 6 émotions fondamentales.

Les résultats montrent en revanche que la dimension cognitive de l'opinion est pour sa part plus complexe à analyser. En effet, le niveau de connaissance des MK sur le télésoin est plutôt bon puisque les répondants ont à 55% un « très bon et bon niveau de connaissance ». D'un premier abord on pourrait donc se dire que ce n'est pas un défaut de connaissance de l'objet télésoin qui est à la base de cette opinion défavorable. Néanmoins, en regardant plus en profondeur les résultats, et notamment ceux de la question 18 sur les inconvénients du télésoin, on remarque que 37,1% des répondants ne savent pas dire si le télésoin donne qualitativement de moins bons résultats. Il semble donc exister une faille informationnelle entre les recherches réalisées sur le sujet et la connaissance de ces dernières par les MK français. C'est là une limite du questionnaire puisque l'étude du niveau de connaissance est majoritairement axée sur les aspects logistiques et opérationnels de la mise en place du télésoin, et moins sur la connaissance fine des résultats des récentes recherches réalisées sur le sujet. Il aurait notamment été intéressant de connaître le niveau de connaissance des sondés sur les pathologies les plus propices à être rééduquées en télésoin.

Nous avons vu qu'analyser les valeurs constituait un facteur inhérent à la formation de l'opinion. Ici l'enquête présente des résultats intéressants permettant de comprendre cette opinion défavorable. En effet, en regardant de près la perception des principaux inconvénients à la mise en place du télésoin, on voit ainsi que la déshumanisation du soin reste l'argument le plus prégnant (83,1% des sondés). De la même manière, chez les personnes n'ayant pas mis en place le télésoin lors du premier confinement, les principaux freins sont également liés aux représentations du métier avec « les mains sont notre meilleur outil » ou encore « je pense qu'on ne peut pas soigner les gens à distance ». La mise en place du télésoin semble donc se heurter aux représentations du métier, avec des éléments sémantiques autour des notions de « contact » et de « métier

manuel » très redondants, notamment dans les réponses ouvertes. Le sens du métier semble donc animé par des valeurs humaines, que les MK opposent au caractère « distancié » de la relation de soin proposée par le télésoin. Cette dimension est plutôt positive pour la profession qui place le patient au cœur du soin, au centre de ses préoccupations. D'ailleurs, chez les personnes ayant mis en place le télésoin lors du premier confinement, les aspects économiques arrivent largement derrière le fait de ne pas laisser ses patients sans soin, dans les raisons principales qui ont motivé sa mise en place. Ces représentations sont indéniablement liées aux différents travaux de recherche autour de la place du toucher dans le soin, mais aussi à l'histoire même de la masso-kinésithérapie en France. La terminologie du métier fait d'ailleurs la place belle au toucher à travers la dimension de « massage », une dimension qui est différente ailleurs dans le monde où le terme de « physiothérapeute » est préféré.

Néanmoins, la vision manuelle du métier est assez réductrice eu égard au décret de compétence n° 2000-577 du 27 juin 2000 relatif au métier de MK, qui stipule que « la masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ces actes sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques ». Les différentes activités du MK issues de l'article R 4321-13 du Code de la santé publique confirment également que la thérapie manuelle n'est pas le seul outil à disposition du praticien et les recherches actuelles ont démontré qu'elle ne constitue pas toujours la pratique la plus efficace.

Dans le prolongement de ces représentations du métier, le télésoin apparaît donc ici comme une nouvelle façon de pratiquer le métier de MK, et se confronte de ce fait à la résistance au changement. Largement décrite en sciences humaines et sociales, la résistance au changement est une notion complexe- au sens de la complexité d'Edgard Morin- car corrélée à des facteurs psychologiques et sociologiques. Elle est néanmoins intéressante à étudier car peut ouvrir des pistes de réflexion quant à cette opinion peu favorable au télésoin. En effet, le « *changement est un mouvement perpétuel pour passer d'un équilibre à un autre, et qui se traduit dans l'état intermédiaire, par une transition s'accompagnant de déstabilisation.* »(47) D'un point de vue individuel, il existe « *une ambiguïté fondamentale entre l'envie de changer et la peur de changer* » (47), puisque le changement induit une phase de transition, de déstabilisation. D'un point de vue

sociologique, c'est souvent « *le manque de visibilité du changement et de la mise en exergue des avantages (...) qui bloque la mobilisation des acteurs* »(47). Ces notions amènent à s'interroger sur la communication réalisée autour du télésoin vers les MK, d'autant plus que 63,7% de répondants se disent « très peu informés et assez peu informés ». L'enquête montre que finalement, malgré une connaissance de base sur le télésoin (55% de « très bon et bon niveau de connaissance »), 37,1% des répondants ne savent pas dire si le télésoin donne qualitativement de moins bons résultats.

Si l'opinion négative des MK français sur le télésoin est indéniablement une explication au faible recours à ce dernier lors du premier confinement, cette enquête ouvre néanmoins la voie à d'autres explications, davantage liée au contexte de sa mise en œuvre. En effet, ils sont plusieurs à n'avoir pas mis en place le télésoin, et à expliquer dans la question ouverte numéro 13, soit qu'ils étaient en remplacement, rendant l'initiative du télésoin moins évidente à mettre en place, soit que leur patientèle n'était pas adaptée (gériatrie, pédiatrie, démence...), ou encore, qu'ils avaient fait le choix de ne pas travailler (cabinet fermé, garde des enfants...). Il est donc intéressant également de mettre les résultats en lumière de la manière dont s'est opéré ce confinement, sa soudaineté, les communications ambivalentes sur la fermeture ou non des cabinets, les écoles fermées nécessitant de garder ses enfants, etc. Quoiqu'il en soit, en ce début de deuxième confinement, 65,5% des sondés ne souhaitent pas mettre en place de télésoin, contre 13,3% de favorables et 21,2% ne sachant pas encore. Certes, il est difficile de comparer le deuxième confinement avec le premier, puisque les modalités d'application étaient différentes, avec des écoles restées ouvertes, une meilleure connaissance du virus et des gestes barrières ayant permis aux cabinets de rester ouverts, etc. Néanmoins, ces chiffres confirment que pour beaucoup, le télésoin est perçu comme un outil de dépannage, comme cela a été largement écrit dans la question ouverte de fin de questionnaire (question 23).

6.1.2 L'âge, facteur influençant l'opinion sur le télésoin

La deuxième hypothèse de cette étude se basait sur le fait que l'âge jouait très certainement un rôle dans l'opinion des MK vis-à-vis du télésoin. Cette hypothèse se basait sur le postulat que les plus jeunes, plus habitués aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, seraient certainement plus sensibles et plus favorables au télésoin.

Les résultats confirment cette hypothèse, puisque d'une part, on voit que les plus jeunes sont plus sensibles au NTIC, avec 50% d'adeptes à très adeptes de l'usage des NTIC dans leur pratique professionnelle, contre 34% chez les 45-60 ans. D'autre part, chez les 45-60 ans, le télésoin est perçu à 67% comme une « mauvaise chose et une très mauvaise chose », contre 40% chez les moins de 30 ans.

L'analyse des résultats permet de comprendre sur quelles dimensions de l'opinion l'âge a une influence.

D'un point de vue affectif, il existe une corrélation entre l'âge et la dimension émotionnelle de l'opinion. En effet, l'émotion principale suscitée par le télésoin chez les moins de 30 ans est avant tout la surprise (émotion soit négative soit positive) à 35%, suivie de la réponse « ne sait pas » (25%), tandis que chez les 45-60 ans, la première émotion évoquée est la tristesse à 33% suivie de la colère à 20%. Néanmoins, on ne peut pas parler de rejet de l'objet télésoin par les plus âgés puisque paradoxalement, ils obtiennent les meilleurs résultats aux questions relatives à la connaissance sur le télésoin.

Au niveau cognitif, on note que ces derniers ont donc été sensibles aux communications sur le télésoin et y ont prêté une attention particulière.

D'un point de vue conatif, les plus âgés sont aussi ceux qui sont le plus disposés à avoir recours au télésoin lors du deuxième confinement, même si ce chiffre reste bas (20%). Le fait que les plus jeunes soient les moins enclins à avoir recours au télésoin lors du deuxième confinement peut en revanche s'expliquer par deux facteurs. Le premier est lié au fait que les plus jeunes réalisent souvent des remplacements, et qu'il est ainsi plus difficile pour eux d'être dans une démarche prospective au regard d'un outil. Ce facteur est d'ailleurs largement illustré dans la dernière question ouverte (question 23), et vient également expliquer le fait que les plus jeunes n'ont pas été plus nombreux à mettre en place le télésoin lors du premier confinement. En effet, à cette période, ils n'ont pas toujours eu d'autres choix que de s'arrêter de travailler, en fonction des décisions prises par les responsables des cabinets. Le deuxième facteur peut être lié au fait que les plus jeunes se sentent moins bien informés sur le télésoin et moins compétents pour le mettre en place. Cela peut donc en partie expliquer le fait qu'ils soient moins enclins à vouloir utiliser le télésoin lors du deuxième confinement. Les moins de 30 ans représentent d'ailleurs la classe d'âge la plus favorable à une formation sur le télésoin.

Ce constat amène à la réflexion que l'expérience professionnelle pourrait favoriser la confiance en ses capacités et constituer un atout pour faire face à des situations nouvelles. Cela rejoint d'ailleurs différents travaux de recherches comme ceux de Philippe Perrenoud, pour qui la compétence renvoie « *à la maîtrise globale de la situation, donc à l'orchestration d'un nombre plus ou moins important de ressources cognitives acquises au préalable, au gré de formations ou d'expériences antérieures* ». (48) Les MK les plus âgés se sentiraient ainsi plus armés et plus compétents pour faire face à la situation nouvelle du télésoin, de par leurs expériences.

Au niveau des valeurs, les résultats de l'enquête ne présentent pas de différences significatives entre les différentes classes d'âges étudiées. Ainsi, la représentation d'un métier manuel et la prégnance de la dimension humaniste dans la représentation du métier ne semble pas liées à l'âge. Néanmoins, cette question des représentations du métier mériterait d'être corroborée par une étude qualitative, pour apporter une analyse plus fine et une meilleure compréhension de leurs constructions.

Nous voyons donc que l'âge semble jouer un rôle dans l'opinion des MK sur le télésoin. En revanche, l'enquête présente des résultats parfois paradoxaux, loin des clichés et des stéréotypes auxquels on aurait pu s'attendre, puisque si les plus jeunes semblent avoir une perception plus positive du télésoin que leurs aînés, ils ne semblent pourtant pas davantage prêts à l'utiliser, à l'aube de ce deuxième confinement, notamment à cause d'un fort sentiment d'incompétence.

6.1.3 Le niveau de connaissance, facteur influençant l'opinion sur le télésoin

La troisième hypothèse de l'enquête concernait le niveau de connaissance comme facteur influençant l'opinion des MK sur le télésoin. A l'issue de cette enquête, cette hypothèse apparaît certainement la moins pertinente puisqu'elle constitue en quelque sorte un axiome. En effet, nous avons vu que la construction d'une opinion vis-à-vis d'un objet était intrinsèquement liée à la cognition eu égard à ce dernier. Il apparaît évident que le niveau de connaissance sur le télésoin devait influencer l'opinion des MK. Les résultats de l'enquête confirment donc cet aphorisme, puisque les MK qui perçoivent le télésoin comme « une très bonne chose », ont à 83,4% un « très bon et bon niveau de

connaissance » contre 47,8% chez les MK le percevant comme « une très mauvaise chose ».

Néanmoins, les résultats de l'enquête permettent de comprendre les facteurs qui influencent le niveau de connaissance. En effet, d'un point de vue sociodémographique, nous avons vu que l'âge influence le niveau de connaissance puisque les MK les plus âgés sont ceux qui présentent le meilleur score de connaissance sur le télésoin. Le lieu d'exercice semble également influencer sur le niveau de connaissance puisque les MK exerçant en zone urbaine obtiennent également des scores plus élevés. Néanmoins, les trois propositions (zone urbaine, péri-urbaine, rurale) peuvent être considérées comme assez difficiles à définir et à comprendre, et auraient pu être étayées par des exemples, voire d'autres propositions auraient pu être incluses (zone littorale, zone montagnarde, ZUP, etc.) L'enquête ne permet en revanche pas de dire si le lieu d'obtention du diplôme ou l'année d'obtention de ce dernier sont des facteurs influençant le niveau de connaissance.

D'un point de vue cognitif, on retrouve ainsi pour ce facteur d'opinion des résultats relativement attendus. En effet, l'analyse croisée du niveau de connaissance, du sentiment d'être bien informé, ainsi que du sentiment de compétence présente des résultats finalement assez prévisibles. En effet, les personnes avec les niveaux les plus faibles de connaissance sur le télésoin sont celles qui se sentent le moins bien informées et les moins compétentes pour le mettre en place. De la même manière, les personnes ayant mis en place le télésoin lors du premier confinement ont un meilleur niveau de connaissance sur le sujet. On note également que l'usage des NTIC dans la pratique professionnelle influe sur le niveau de connaissance relatif au télésoin.

Au niveau affectif, on note que la joie est la première émotion suscitée par le télésoin chez les MK ayant un « très bon niveau de connaissance », tandis que la colère est celle qui prédomine chez ceux ayant un faible niveau de connaissance. Néanmoins, comme vu précédemment, ces résultats sont à tempérer puisque le nombre de personnes ayant répondu « ne sait pas » à cette question reste majoritaire.

D'un point de vue conatif, on remarque que plus le niveau de connaissance augmente, plus le pourcentage de MK pensant mettre en place le télésoin lors du deuxième confinement augmente également. Ainsi, 20% des MK ayant un « très bon niveau de connaissance » pensent y avoir recours durant le deuxième confinement (21%

chez les « bon niveau de connaissance »), tandis que ces pourcentages tombent à zéro chez ceux présentant un « faible niveau de connaissance » et un « très faible niveau de connaissance ». En revanche, au niveau de la formation, on ne note pas de lien de causalité entre le niveau de connaissance et l'intérêt pour se former au télésoin. Mieux former et informer les MK au sujet du télésoin constituerait donc une piste sérieuse pour faciliter l'acceptation et le recours à ce dernier. Là encore, la question de la rhétorique et de la meilleure utilisation des différents canaux de communication semblent constituer des éléments stratégiques à travailler.

6.2 Limites et biais de l'enquête

Pour correspondre aux standards de la recherche scientifique, fréquemment basés sur un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%, la taille de l'échantillon aurait dû être de 383 répondants. Dans notre enquête, en conservant un niveau de confiance de 95%, la marge d'erreur est de 9%, constituant ainsi un biais relativement important. En revanche, l'échantillon reste assez représentatif de la population nationale des masseur-kinésithérapeutes libéraux au niveau de l'âge, comme vu précédemment.

Un autre biais de cette enquête pourrait concerner la formulation de certaines questions fermées dans la partie « perception du télésoin » du questionnaire. Les choix multiples proposés ont pu orienter les réponses, voire proposer des options de réponses auxquelles le répondant n'avait pas vraiment réfléchi au préalable (biais d'acquiescement). C'est là un des désagréments de l'enquête quantitative comparativement aux entretiens semi-directifs, pour étudier de manière fine les perceptions, ou encore les représentations des sondés.

D'autre part, la pondération des résultats aux questions sur « la connaissance du télésoin » et sur « l'usage des NTIC dans la pratique professionnelle » peut être un élément critiquable, puisque subjective et pouvant être interprété différemment en fonction de l'analyste.

Enfin, l'utilisation des échelles de Likert, au-delà du biais d'acquiescement vu précédemment, présente également un biais de tendance centrale. De plus, le nombre d'échelles de Likert utilisé a pu entraîner un autre biais, celui d'orienter le sondé à privilégier la vitesse sur l'exactitude.

En outre, notons qu'une des principales limites de cette enquête est qu'elle présente l'opinion des MK à un instant donné, en début de deuxième confinement, et que ses résultats sont donc datés, et certainement déjà en partie obsolètes à la date de publication de ce mémoire.

6.3 Ouverture

Si les résultats de cette enquête tendent à confirmer l'opinion négative et défavorable des MK français pour le télésoin, ils permettent aussi de mettre en lumière les freins et les éventuels leviers d'action pour faire évoluer cette dernière.

En effet, nous voyons à travers les résultats que l'attitude majoritairement négative des MK vis-à-vis du télésoin trouve un de ses bastions dans les représentations du métier, jugé essentiellement manuel. Cette représentation, et notamment dans le cadre de maladies chroniques, peut-être perçue comme réductrice au regard de la recherche actuelle et des enjeux contemporains de santé publique, notamment d'autonomisation du patient dans sa prise en charge. De nombreux travaux de psychologie sociale, comme ceux de Moscovici, ont montré le lien existant entre attitude, comportement et représentations sociales.(49) On peut penser qu'ici, cette représentation manuelle du métier générerait une dissonance cognitive vis-à-vis de l'usage d'une prise en charge « numérique » du patient. On peut donc penser que faire évoluer l'acceptation du télésoin nécessiterait de mieux communiquer sur les enjeux de ce dernier, sur les résultats des recherches démontrant son efficacité, notamment dans les maladies chroniques, et amener à modifier les représentations des MK sur leur métier afin de lever les freins de résistance au changement.

A la lumière des résultats, on peut d'ailleurs s'interroger sur les canaux d'information utilisés pour communiquer sur le télésoin. Pourquoi les plus jeunes se sentent-ils moins bien informés ? Les canaux d'information varient avec l'âge, l'information a-t-elle été suffisamment relayée sur les canaux utilisés par les plus jeunes ? Cette tranche d'âge est pourtant celle qui est la plus adepte des NTIC dans la pratique professionnelle. D'autre part, on peut se demander si la formation initiale des MK aborde suffisamment les questions du télésoin lorsque les résultats montrent qu'ils se sentent moins informés et moins compétents que leurs aînés. Il est vrai que cette pandémie inédite

a mis en exergue de nouveaux enjeux pour la profession, et il sera sûrement intéressant dans les années à venir de se poser la question de l'intégration dans la formation initiale du télésoin, comme un outil supplémentaire à disposition du MK.

Cette question de la formation rejoint d'ailleurs plus largement la question de l'accompagnement des MK sur ces nouvelles pratiques. Le financement de cet accompagnement est très certainement lourd à porter pour les puissances publiques, et on peut finalement attendre que les changements s'opèrent depuis la communauté des praticiens, avec le soutien des partenaires sociaux de la profession. Ces changements sont peut-être déjà à l'œuvre, puisque nombreux sont les témoignages sur les réseaux sociaux de MK ayant franchi le pas du recours au télésoin. Les communications des partenaires sociaux sont également plus nombreuses depuis le premier confinement sur ce sujet. Autant d'éléments qui amènent à faire évoluer l'opinion de la communauté sur le sujet... Une autre enquête de ce type, à l'heure où ce mémoire paraît, donnerait très certainement de nouveaux résultats.

Enfin, même si la problématique de la sécurisation des données ne semble pas constituer un frein majeur à l'usage du télésoin chez les MK sondés, la levée des verrous réglementaires et la possibilité d'utiliser des plateformes et applications non sécurisées (whatsapp, zoom...) dans le contexte d'urgence sanitaire déclaré au printemps 2020, posent néanmoins des questions éthiques. En effet, l'accès aux données de santé a donné naissance à des modèles de « surveillance » des citoyens ou encore de « libéralisation » des marchés dans certains pays. Si le partage des données constitue un véritable enjeu d'efficacité de notre système de santé, la moralisation et la sécurisation du marché de l'e-santé doit également constituer un axe politique fort du déploiement de l'e-santé et donc du télésoin. Après cette crise sanitaire, il faudra donc certainement se poser de nouveau les questions du partage de ces données de santé, et favoriser un développement et une innovation technologique éthique en ce domaine. Le champ des possibles est large, avec des logiciels qui pourraient permettre de créer des dossiers patients facilitant un suivi des actes, mettant à disposition de fiches d'exercices à disposition du patient, etc. Le soutien à l'innovation et au développement d'un écosystème français d'entreprises innovantes en matière de santé devrait permettre de répondre à ces défis de demain.

7. CONCLUSION

Le développement de l'e-santé est un enjeu fort des politiques de santé publique depuis ces dernières décennies, puisqu'il doit permettre de répondre à plusieurs défis sociétaux, qu'ils soient d'ordre démographiques, géographiques, écologiques, économiques, etc. En effet, le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, l'augmentation des déserts médicaux sur le territoire ou encore l'augmentation des dépenses de santé, sont autant de thématiques auxquelles l'e-santé pourrait apporter des solutions.

Nous avons vu que les freins au déploiement de l'e-santé étaient nombreux, et qu'ils n'étaient pas singuliers au territoire français, ni d'à la profession des MK.

L'objet de ce mémoire était de comprendre, à travers l'étude de l'opinion des MK français, les principaux blocages au déploiement du télésoin sur le territoire, notamment eu égard au faible recours à son usage lors du premier confinement. La soudaineté de la mise en place du premier confinement et son aspect inédit n'ont pas permis de réunir les conditions optimales pour favoriser son déploiement. Néanmoins, nous avons vu à travers cette enquête que les représentations du métier, le défaut d'information sur les enjeux et l'efficacité du télésoin, ainsi que les carences dans la communication sur ce dernier constituaient des freins prédominants à son déploiement.

Cette enquête est le reflet de l'opinion des MK français à l'aube du deuxième confinement, opinion défavorable au télésoin. Après une année à vivre et à composer avec cette pandémie mondiale, nul doute que cette opinion aura sans doute évolué. Il serait sans doute intéressant de réitérer une enquête de ce type pour suivre l'évolution de cette opinion.

L'enquête ne présente pas assez de répondants pour être statistiquement valide, et présente plusieurs biais qui nécessitent une certaine prudence dans l'interprétation des données. Néanmoins, face aux enjeux du déploiement de l'e-santé et au virage numérique amorcé par la pandémie de la covid-19, cette modeste enquête peut permettre d'ouvrir des pistes de réflexion pour faire évoluer l'opinion et l'adhésion des MK vis-à-vis du télésoin, notamment en termes de formation, de rhétorique et de communication sur le sujet.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. E-santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2016 [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2056029/en/e-sante
2. BMC Health Services Research. The acceptability to patients of PhysioDirect telephone assessment and advice services; a qualitative interview study | Cochrane Library. 31 janv 2017 [cité 3 sept 2020]; Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.scd-proxy.univ-brest.fr/central/doi/10.1002/central/CN-01260572/full?highlightAbstract=remot%7Cremote%7Cphysiotherapy%7Cphysiotherapi>
3. 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 [Internet]. SSAZ2009852A avr 16, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/4/16/SSAZ2009852A/jo/texte>
4. Vezin F. La e-santé : des enjeux économiques et de santé publique [Internet]. 2011 [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: <https://lemondedelaesante.wordpress.com/2011/10/26/la-e-sante-des-enjeux-economiques-et-de-sante-publique/>
5. Santé, Ministère des solidarités et de la santé. strategie_e-sante_2020.pdf [Internet]. 2016 [cité 2 sept 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_e-sante_2020.pdf
6. INSEE. Dépenses de santé – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2019 [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676713?sommaire=3696937>
7. Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
8. CCNE. DONNÉES MASSIVES ET SANTÉ : UNE NOUVELLE APPROCHE DES ENJEUX ÉTHIQUES [Internet]. 2019 mai [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/avis_130.pdf
9. Doarn CR. The last challenges and barriers to the development of telemedicine programs. Stud Health Technol Inf. 2008;(131):45-54.
10. Legleye S., Rolland A. Fracture numérique : l'illectronisme touche 17% de la population | Vie publique.fr. INSEE Première [Internet]. oct 2019 [cité 3 sept 2020];(1780). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>
11. Adrin L. Report of the WCPT/INPTRA Digital Physical Therapy Practice Task Force [Internet]. WCPT; 2020 p. 25. Disponible sur: <https://world.physio/sites/default/files/2020-06/WCPT-INPTRA-Digital-Physical-Therapy-Practice-Task-force-March2020.pdf>

12. Muriel Dubreuil. E-santé décryptage des pratiques et des enjeux Focus santé en Île-de-France [Internet]. ORS ile de france; 2019 mai [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2019/iSante/ORS_FOCUS_e_sante.pdf
13. OMS. WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening [Internet]. 2019 [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/17-04-2019-who-releases-first-guideline-on-digital-health-interventions>
14. Pierre Simon. L'impact économique de la télémédecine reste à mesurer. ADSP [Internet]. déc 2017 [cité 7 sept 2020];(101). Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Personne?clef=3950>
15. Raully Amandine. Gouverner la télémédecine Analyse institutionnaliste d'une nouvelle pratique médicale Membres du jury : Philippe BATIFOULIER,. Reims; 2016.
16. Moffatt JJ, Eley DS. Barriers to the up-take of telemedicine in Australia--a view from providers. *Rural Remote Health*. 2011;11(2):1581.
17. Scott Kruse C, Karem P, Shifflett K, Vegi L, Ravi K, Brooks M. Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *J Telemed Telecare*. 1 janv 2018;24(1):4-12.
18. IMT- GIS M@rsouin. Premiers résultats de l'enquête Capacity sur les usages numériques des Français [Internet]. 2017 févr [cité 5 sept 2020]. Disponible sur: https://www.marsouin.org/IMG/pdf/rapport_capacity_-_premiers_resultats.pdf
19. Venkatesh V, Morris MG, Davis GB, Davis FD. User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. :54.
20. Venkatesh V, Bala H. Technology Acceptance Model 3 and a Research Agenda on Interventions. *Decis Sci*. mai 2008;39(2):273-315.
21. Agence Cog'X. ÉTUDE DES FREINS COGNITIFS ET COMPORTEMENTAUX DES AGENTS PUBLICS DE L'ÉTAT FACE AU NUMÉRIQUE [Internet]. Prefecture de la région Occitanie; 2019 [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: https://www.prefectures-regions.gouv.fr/occitanie/content/download/71659/465315/file/Revue%20scientifique_f_reins%20changement%20numerique_CogX.pdf
22. Conseil National Ordre des kinés. Guide de bonnes pratiques relatif au télésoin en kinésithérapie [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020 [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/guide-de-bonnes-pratiques-relatif-au-telesoin-en-kinesitherapie/>
23. Conseil National Ordre des kinés. Covid-19 : le télésoin autorisé jusqu'au 30 octobre 2020 [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020 [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/covid-19-le-telesoin-autorise-jusquau-30-octobre-2020/>

24. Mauduit Xavier. La téléconsultation médicale : une pratique ancienne et délicate [Internet]. France Culture- Radiographie du Coronavirus. 2020 [cité 2 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/radiographies-du-coronavirus/lart-ancien-et-delicat-de-la-teleconsultation-medicale>
25. GUY Marlin. Acceptabilité d'une application «e-santé» par les patients [Internet]. IFMK de Bègles; 2014 juin [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://kinedoc.org/work/kinedoc/244306d6-7903-4c53-a020-fbb19a8aa1f1.pdf>
26. BUFFET Romain. La santé numérique dans la lutte contre les déserts médicaux, recherches et perspectives : la télé-réadaptation via visioconférence, une nouvelle diffusion du soin ? [Internet]. IFMK de Limoges; 2019 juin [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://kinedoc.org/work/kinedoc/ea1f5028-cd49-4fcc-8d59-b6d4b5bf4f8a.pdf>
27. Deléage E, Sabin G. Peut-on résister à l'ère du temps accéléré ? *Ecol Polit.* 20 mars 2014;N°48(1):13-21.
28. Laila M. La télémédecine et les technologies d'assistance pour la prise en charge des personnes âgées fragiles à domicile et en institution: modélisation du besoin, de la prescription et du suivi [Internet]. [Grenoble]: Joseph Fourier Grenoble 1; 2011. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00593411/document>
29. Cabana F, Boissy P, Tousignant M, Moffet H, Corriveau H, Dumais R. Interrater Agreement Between Telerehabilitation and Face-to-Face Clinical Outcome Measurements for Total Knee Arthroplasty. *Telemed E-Health.* avr 2010;16(3):293-8.
30. Moffet H, Tousignant M, Nadeau S, Mérette C, Boissy P, Corriveau H, et al. Patient Satisfaction with In-Home Telerehabilitation After Total Knee Arthroplasty: Results from a Randomized Controlled Trial. *Telemed E-Health.* févr 2017;23(2):80-7.
31. Bini SA, Mahajan J. Clinical outcomes of remote asynchronous telerehabilitation are equivalent to traditional therapy following total knee arthroplasty: A randomized control study. *J Telemed Telecare.* févr 2017;23(2):239-47.
32. Cabana F, Pagé C, Svolis A, Langlois-Michaud S, Tousignant M. Is an in-home telerehabilitation program for people with proximal humerus fracture as effective as a conventional face-to face rehabilitation program? A study protocol for a noninferiority randomized clinical trial. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* déc 2016;8(1):27.
33. Marquis N, Larivée P, Saey D, Dubois M-F, Tousignant M. In-Home Pulmonary Telerehabilitation for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pre-experimental Study on Effectiveness, Satisfaction, and Adherence. *Telemed E-Health.* 15 juin 2015;21(11):870-9.
34. Paul L., Coulter EH, Miller L, Mattison P, McFadyen AK. Physiotherapy-led web-based rehabilitation for people with multiple sclerosis | Cochrane Library. *Cochrane Rev* [Internet]. 31 mai 2015 [cité 3 sept 2020]; Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.scd-proxy.univ-brest.fr/central/doi/10.1002/central/CN-01058212/full?highlightAbstract=remot%7Cremote%7Cphysiotherapy%7Cphysiotherapi>

35. KAIRY Dahlia. Évaluer la téléadaptation : la synthèse des effets et l'analyse des changements cliniques et organisationnels [Internet]. Montréal; 2010 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3800/Kairy_Dahlia_2010_these.pdf?sequence=3&isAllowed=y
36. Palacín-Marín F, Esteban-Moreno B, Olea N, Herrera-Viedma E, Arroyo-Morales M. Agreement Between Telerehabilitation and Face-to-Face Clinical Outcome Assessments for Low Back Pain in Primary Care. *Spine*. 15 mai 2013;38(11):947-52.
37. Shebib R, Bailey JF, Smittenaar P, Perez DA, Mecklenburg G, Hunter S. Randomized controlled trial of a 12-week digital care program in improving low back pain. *NPJ Digit Med*. 2019;2:1.
38. WCPT. Accéder à la rééducation grâce à la télésanté [Internet]. [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <https://world.physio/sites/default/files/2020-08/WPTD2020-infographic4-A4-French-FINAL.pdf>
39. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. *BMJ* [Internet]. 12 mars 2020 [cité 1 sept 2020];368. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m998>
40. GOMET Blandine. Retour d'expérience sur la pratique kiné pendant le confinement [Internet]. École d'Assas. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ecoledassas.com/retour-dexperience-sur-la-pratique-kine-pendant-le-confinement/>
41. Dargent Claude. sociologie des opinions. Armand Colin. 2011. (U).
42. Combessie Jean-Claude. la méthodologie en sociologie. In: La méthodologie en sociologie. la Découverte. 2007.
43. Salès-Wuillemin E. Méthodologie de l'enquête. *Psychol Soc* 1. 2006;45-77.
44. Moscovici Serge J-M, Buschini Fabrice. La construction des échelles. Méthodologie. In: Les méthodes des sciences humaines. Presses Universitaires Françaises. 2005.
45. Gagnon Marie-Pierre. Les Français sont-ils prêts pour la Télémédecine? [Internet]. Fondation de l'Avenir; 2012 [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: https://www.fondationdelavenir.org/wp-content/uploads/2015/12/FDA_Telemedecine_041012.pdf
46. Ordre des masso-kinésithérapeutes. rapport-annuel-cnomk2019.pdf [Internet]. Ordre des masso-kinésithérapeutes; 2019 [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2020/07/rapport-annuel-cnomk2019.pdf>
47. Marsan C. Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs? [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2008. 296 p. (Manager RH). Disponible sur: <https://www.cairn.info/reussir-le-changement--9782804156282.htm>

48. Perrenoud - Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_33.html
49. Doise W. 10. Attitudes et représentations sociales. In: Les représentations sociales [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2003. p. 240-58. (Sociologie d'aujourd'hui; vol. 7e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656-p-240.htm>

ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretien exploratoire.....I

ANNEXE II : Retranscription d'un d'entretien exploratoire.....IV

ANNEXE III : Questionnaire.....VIII

Annexe I : Guide d'entretien exploratoire

THEMES	QUESTIONS	RELANCES
Données générales	<p>Quel est votre âge</p> <p>Quel est votre mode d'exercice</p> <p>Quel est votre lieu d'exercice</p> <p>Depuis quand êtes-vous MK ?</p>	<p>Quelle est la taille de la structure ?</p> <p>Avez-vous un service informatique ?</p> <p>Le territoire est-il bien équipé en matière de flux ?</p>
Connaissances et représentations du télésoin	<p>Avez-vous entendu parler de l'arrêté du 16 avril relatif à la mise en place du télésoin ?</p> <p>Savez-vous quelles sont les pathologies qui peuvent rentrer dans cette forme de prise en charge ?</p> <p>En connaissez-vous les modalités de mise en œuvre ? (logiciel, consultation préalable...)</p> <p>Que pensez-vous du déploiement de ce type de pratique ?</p>	<p>L'avez-vous lu entièrement ?</p> <p>Vous êtes-vous senti concerné ?</p> <p>Etes vous en général plutôt à l'aise avec les NTIC ?</p>
La mise en place du télésoin	<p>Pourquoi avez-vous souhaité mettre en place le télésoin ?</p> <p>Pour quels patients ? A quelle fréquence ?</p>	<p>Si vous étiez en structure, qui était le commanditaire ?</p>

	<p>Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors de cette mise en place ?</p> <p>Quels ont été les avantages/intérêt à cette mise en place ?</p> <p>Quels ont été les retours de vos patients ?</p> <p>Aviez-vous suivi auparavant des conférences/cours sur ce sujet ?</p> <p>Quel logiciel avez-vous utilisé ?</p> <p>Pensez-vous que la formation soit suffisante pour réussir à mettre en place le télésoin ?</p> <p>Avez-vous poursuivi le télésoin après le confinement ?</p> <p>Souhaiteriez-vous voir l'arrêté se prolonger dans la durée ?</p> <p>Si vous deviez le remettre en place, que modifieriez-vous dans votre pratique du télésoin ?</p>	<p>Flux/connexion, bugs, réticence des patients, facilité de paiement... En structure, avez-vous bénéficié de l'aide de ressources informatiques internes ?</p> <p>Certains ont-ils répondu négativement à votre proposition de télésoin ? Pourquoi ?</p> <p>Quid de la sécurisation des données ? Est-ce que quelque chose qui vous questionne ?</p> <p>Qu'auriez-vous voulu savoir au préalable ?</p> <p>Si oui pourquoi ? avec quels patients ?</p>
--	--	--

	<p>Pourquoi, selon-vous, cette pratique ne s'est pas bcp répandue ?</p>	<p>Formation, communication, timing arrêté/ confinement, patientèle, problèmes matériels...</p>
<p>La non mise en place du télésoin</p>	<p>Quel était votre statut durant le confinement (arrêt, garde enfant...) ?</p> <p>Avez-vous suivi des patients ?</p> <p>Pourquoi avez-vous choisi de ne pas mettre en place le télésoin ?</p> <p>Quels sont selon vous les principaux freins de manière plus générale à son déploiement ?</p> <p>Quelles seraient les éléments qui auraient pu favoriser sa mise en place ? De manière globale ? Et chez vous ?</p> <p>Si la situation devait se représenter, envisageriez-vous de mettre en place du télésoin ?</p>	<p>Sous quel format ?</p> <p>Pourriez-vous hiérarchiser ces causes ?</p> <p>Pourquoi ?</p>

Annexe II : retranscription d'un d'entretien exploratoire

Entretien réalisé le 15 septembre, auprès d'une MK installée à Brest.

Durée de l'entretien : 15 minutes

THEMES	QUESTIONS	RELANCES
Données générales	<p>Quel est votre âge 42 ans</p> <p>Quel est votre mode d'exercice libéral</p> <p>Quel est votre lieu d'exercice Brest</p> <p>Depuis quand êtes vous MK ? « Je suis diplômée depuis 2000, donc 20 ans »</p>	<p>Quelle est la taille de la structure ? « je suis installée seule depuis 2 ans »</p> <p>Avez-vous un service informatique ?</p> <p>Le territoire est-il bien équipé en matière de flux ? « personnellement, mon cabinet est bien équipé. Mes patients ne sont pas très âgés, je dirai que la moyenne d'âge est de 50 ans. Ils habitent principalement mon secteur, donc on va dire qu'ils n'ont normalement pas de problème d'équipement ! »</p>
Connaissances et représentations du télésoin	<p>Avez-vous entendu parler de l'arrêté du 16 avril relatif à la mise en place du télésoin ? « oui, nous avons été beaucoup sollicité par mail par la sécu et le conseil de l'ordre à ce sujet. J'ai reçu plusieurs mails durant le confinement, donc difficile de passer à côté ! »</p> <p>Savez-vous quelles sont les pathologies qui peuvent rentrer dans cette forme de prise en charge ? « J'imagine qu'on peut faire du télésoin sur de nombreux patients, je ne sais pas... (blanc) Enfin, moi qui fait partie de l'asso « urgences kiné</p>	<p>Comment en avez-vous eu connaissance ? L'avez-vous lu entièrement ? « (rires) j'avoue que non ! »</p> <p>Vous êtes-vous senti concerné ? « non pas vraiment. Avant de fermer mon cabinet, les patients étaient au courant des exercices à réaliser par eux-mêmes. Je n'en ai pas vraiment vu l'utilité à mon niveau »</p>

	<p>respi », je ne vois pas comment mettre ça en œuvre dans ce domaine (rires) Nos mains sont quand même importantes pour de nombreux patients non ? »</p> <p>En connaissez-vous les modalités de mise en œuvre ? (logiciel, consultation préalable...)</p> <p>« Il faut une caméra de part et d'autre, c'est la base (rires) ! Après je crois qu'il existe des logiciels spécifiques mais je n'en connais pas. Il doit quand même y avoir une notion de sécurisation des données, enfin j'espère ! Moi ça me fait un peu peur quand même ces histoires de données, ça me questionne. Est-ce que tout cela est vraiment fiable »</p> <p>Que pensez-vous du déploiement de ce type de pratique ?</p> <p>« De mon point de vue, je me répète peut-être, mais il faut des cas bien particulier pour mettre ça en place. »</p> <p>« j'avoue que je suis sûrement vieux jeu, mais je crois que la relation est essentielle dans notre métier, et c'est aussi ça que j'aime, c'est pour cela aussi que mes patients viennent, et m'ont suivi même ! J'ai changé de cabinet, et pour autant, je n'ai pas perdu mes patients, enfin pour la plupart » « Et puis, nos mains, le toucher c'est primordial non ? Enfin pour moi, ça me semble essentiel »</p>	<p>Etes-vous en général plutôt à l'aise avec les NTIC ?</p> <p>« vous entendez-quoi par NTIC ? »</p> <p>(explications) « je mers des mails quotidiennement, et avec le confinement, j'ai quand même fait des whatsapp avec les amis, mais non, je ne suis pas une grande adepte des réseaux sociaux par exemple...J'aime le contact, surtout avec mes patients, je pense que c'est même primordial dans la réussite des soins.</p>
<p>La mise en place du télésoin</p>	<p>Pourquoi avez-vous souhaité mettre en place le télésoin ?</p> <p>Pour quels patients ? A quelle fréquence ?</p> <p>Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors de cette mise en place ?</p>	<p>Si vous étiez en structure, qui était le commanditaire ?</p> <p>Flux/connexion, bugs, réticence des patients, facilité de paiement... En structure, avez-vous bénéficié de l'aide de ressources informatiques internes ?</p>

	<p>Quels ont été les avantages/intérêt à cette mise en place ?</p> <p>Quels ont été les retours de vos patients ?</p> <p>Aviez-vous suivi auparavant des conférences/cours sur ce sujet ?</p> <p>Quel logiciel avez-vous utilisé ?</p> <p>Pensez-vous que la formation soit suffisante pour réussir à mettre en place le télésoin ?</p> <p>Avez-vous poursuivi le télésoin après le confinement ?</p> <p>Souhaiteriez-vous voir l'arrêté se prolonger dans la durée ?</p> <p>Si vous deviez le remettre en place, que modifieriez-vous dans votre pratique du télésoin ?</p> <p>Pourquoi, selon-vous, cette pratique ne s'est pas bcp répandue ?</p>	<p>Certains ont-ils répondu négativement à votre proposition de télésoin ? Pourquoi ?</p> <p>Quid de la sécurisation des données ? Est-ce que quelque chose qui vous questionne ?</p> <p>Qu'auriez-vous voulu savoir au préalable ?</p> <p>Si oui pourquoi ? avec quels patients ?</p> <p>Formation, communication, timing arrêté/ confinement, patientèle, problèmes matériels...</p>
--	--	--

<p>La non mise en place du télésoin</p>	<p>Quel était votre statut durant le confinement (arrêt, garde enfant...) ? « j'ai fermé mon cabinet, je me suis mise en congés, dès le départ. J'ai suivi les recommandations de l'ordre »</p> <p>Avez-vous suivi des patients ? « non, pas vraiment. Je suis restée disponible par téléphone, et j'ai eu 2 patients qui m'ont appelé. Je crois qu'ils connaissaient tous les exercices à faire »</p> <p>Pourquoi avez-vous choisi de ne pas mettre en place le télésoin ? « je n'avais pas de cas...(blanc) non je ne vois vraiment pas comment j'aurais pu mettre ça en place pendant le confinement »</p> <p>Quels sont selon vous les principaux freins de manière plus générale à son déploiement ? « j'ai trouvé que ce n'était pas clair. Je me demande par exemple comment on se faisait rembourser. Je ne savais pas non plus comment le mettre en place, avec quel équipement...(blanc) Et puis on nous a demandé de fermer nos cabinets au départ ! J'ai respecté les consignes. On nous a parlé de télésoin alors que nous étions déjà à l'arrêt. Je ne sais pas, je n'ai pas trouvé cela très clair»</p> <p>Quelles seraient les éléments qui auraient pu favoriser sa mise en place ? De manière globale ? Et chez vous ? « Comme je vous le disais, je trouve que ce n'est plus le même métier, je n'ai pas envie de travailler comme ça. Et je ne suis pas sûre que mes patients non plus. »</p> <p>Si la situation devait se représenter, envisageriez-vous de mettre en place du télésoin ? « non vraiment, je ne le pense pas (rires) »</p>	<p>Sous quel format ?</p> <p>Pourriez-vous hiérarchiser ces causes ? « la première serait le manque de cas chez mes patients, chez qui j'aurais pu mettre du télésoin en place. La deuxième serait sûrement le manque de clarté d'information. Et enfin, je n'ai pas envie de travailler comme ça, j'aime le contact avec mes patients ! A moins que ça vienne en premier cet argument (rires) »</p> <p>Pourquoi ?</p>

Annexe III : questionnaire

Partie 1 : identification/ données personnelles

1. Quel est votre âge ?
 - J'ai – de 30 ans
 - De 30 à 40 ans
 - De 40 à 60 ans
 - + de 60 ans
2. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?
3. Pays d'obtention du diplôme ?
4. J'exerce dans une zone :
 - Zone urbaine
 - Zone péri-urbaine
 - Zone rurale

5. Les NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication) dans votre pratique professionnelle (oui/non)
 - Je suis présent sur les réseaux sociaux à visée professionnelle
 - Je publie des contenus à visée pédagogique (vidéos, photos...)
 - J'utilise internet pour la recherche de données scientifiques sur mes pratiques
 - Je communique avec mes patients par e-mail
 - Je communique avec mes patients sur les réseaux sociaux
 - Aucun de tout cela

6. Durant le confinement, avez-vous mis en place le télésoin
 - Oui
 - non

Partie 2 : connaissance du télésoin

7. Connaissez-vous l'arrêté du 16 avril 2020 relatif au télésoin pour les MK ?
 - Oui
 - non
8. Si oui, comment avez-vous eu connaissance de cet arrêté
 - a. Par mail (CNAM, ordre, syndicat...)
 - b. Par les réseaux sociaux professionnels
 - c. Par bouche à oreille
 - d. Par les médias (presse, journaux télévisés...)
 - e. Autre :
9. Répondez par vrai/faux aux affirmations suivantes
 - a. Je n'ai pas vu le patient au préalable, je peux le prendre en télésoin
 - b. Je dois m'isoler pour faire la séance
 - c. Mon patient est BPCO, je peux faire du télésoin
 - d. Mon patient a une lombalgie, je peux faire du télésoin
 - e. Je peux utiliser l'application « zoom » pour du télésoin
 - f. Je peux utiliser mon smartphone et notamment whatsapp pour du télésoin

- g. Je dois utiliser des logiciels payants pour le télésoin
- h. Je dois utiliser des logiciels sécurisés pour le télésoin
- i. Les actes sont pris en charge à hauteur de 50%

10. Avez-vous le sentiment d'être bien informé concernant ces pratiques, leurs avantages, inconvénients, risques... ?
- a. Très bien informé
 - b. Assez bien informé
 - c. Très peu informé
 - d. Très mal informé

Partie 3 : Perception et représentation du télésoin (échelle de Likert)

11. Je n'ai pas mis en place de télésoin car :
- a. Cela ne m'intéresse pas
 - b. Cela me semblait compliqué à mettre en place
 - c. Je manquais de connaissances sur le sujet, je ne me sentais pas assez armé pour le mettre en place
 - d. Je ne disposais pas des outils matériels nécessaires à sa mise en place (ordinateur, flux suffisant, pièce isolée...)
 - e. Je n'avais pas connaissance de cette possibilité
 - f. J'avais fermé mon cabinet et anticipé le suivi des patients
 - g. Je pense qu'on ne peut pas soigner les patients à distance
 - h. J'avais des doutes sur la confidentialité des données
 - i. Les mains sont notre meilleur outil
 - j. Mes patients n'étaient pas prêts
 - k. Je n'avais pas de patients avec des pathologies permettant la prise en charge
 - l. Autre :
12. J'ai mis en place le télésoin, car :
- a. Je suis adepte de nouvelles expériences dans mon métier
 - b. C'est un outil d'avenir
 - c. Je souhaiterais le développer pour certains de mes patients
 - d. J'avais économiquement besoin de ces séances
 - e. Je ne voulais pas laisser mes patients sans soins
 - f. Je suis réceptif aux nouvelles technologies
13. Votre expérience du télésoin est pour vous et vos patients :
- a. Très satisfaisante
 - b. Assez satisfaisante
 - c. Assez insatisfaisante
 - d. Très insatisfaisante
14. Quels sont, selon vous, les principaux atouts du télésoin (échelle Likert plutôt d'accord...)
- a. Cela offre la possibilité pour le patient de rester chez lui
 - b. C'est un gain de temps

- c. C'est une manière de combler le manque de praticiens dans certains secteurs
- d. Cela permet des économies substantielles à l'échelle nationale
- e. Je ne vois pas d'avantages au télésoin
- f. Autre :

Partie 4 : prospective/ motivations

- 15. Pensez-vous que le télésoin soit, pour vous et le métier de MK :
 - a. Une très bonne chose
 - b. Assez bonne chose
 - c. Assez mauvaise chose
 - d. Très mauvaise chose
 - e. Ne sait pas
- 16. Seriez-vous prêts à recourir au télésoin à l'avenir ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 17. Si oui, dans quelles circonstances seriez-vous prêts à recourir au télésoin
 - a. Si un autre confinement se présentait
 - b. Dans ma pratique quotidienne, en fonction des besoins du patient
 - c. Uniquement si cela m'était imposé
 - d. Autre :
- 18. Pour quelle(s) pathologie(s) en particulier ?
 - a. 3 réponses possibles
- 19. Seriez-vous intéressé par des formations sur le télésoin ?
 - a. Oui
 - b. Non
 - c. Pourquoi pas

NOM : GUIBERT PRENOM : NADINE
TITRE : Enquête nationale d'opinion sur les MK et le télésoin
INTRODUCTION During the first lockdown, few physiotherapists have taken the opportunity to use the telecare, despite the exceptional measures taken to facilitate its use. In order to better understand the reasons, the subject of this study is to survey and analyze the private physiotherapist's opinion on telecare. METHOD The study has used a mixed methodology for data collection. Semi-guided interviews have contributed to the definition of a survey which has been sent to private physiotherapists via the social networks, professional organizations, or emails collected on the public yellow pages directory. RESULTS 113 answers have been collected and analyzed using descriptive statistics. 53.1% of the surveyed physiotherapists have expressed a negative opinion about the telecare. The age of the respondents has influenced the answers, with 67% of negative opinion among the people aged 45-60, against 40% for people under 30. Physiotherapists with stronger skills in the telecare have expressed a more positive opinion on this practice. DISCUSSION The number of respondents to this survey is not high enough to make it statistically valid, and it also shows some statistical bias. However, this study brings out ideas and potential solutions to improve the perception physiotherapists have on the deployment of e-health services, especially in the field of training, rhetoric and communication on telecare.
INTRODUCTION Durant le premier confinement, un nombre limité de MK ont eu recours au télésoin, malgré des mesures exceptionnelles facilitant son usage. Afin d'en comprendre les raisons, l'objet de cette étude est de recueillir l'opinion des MK libéraux français sur le télésoin. METHODE Une méthodologie mixte a été utilisée. Les entretiens semi-directifs préalables ont concouru à la construction d'un questionnaire diffusé aux cabinets libéraux via les réseaux sociaux, les organisations professionnelles et les mails collectés sur les pagesjaunes. RESULTATS 113 réponses ont été analysées par une statistique descriptive. 53,1% des sondés ont présenté une opinion négative du télésoin. L'âge a influencé l'opinion, avec 67% d'opinion négative chez les 45-60 ans contre 40% chez les moins de 30 ans. Un niveau de connaissance élevée du télésoin a favorisé une opinion plus positive. DISCUSSION L'enquête ne présente pas assez de répondants pour être statistiquement valide, et présente plusieurs biais. Néanmoins, elle apporte des pistes de réflexion pour améliorer l'opinion des MK face aux enjeux du déploiement de l'e-santé, notamment en termes de formation, de rhétorique et de communication sur le télésoin.
KEYWORDS Telecare, Physiotherapist
MOTS CLÉS Télésoin, Masseur-kinésithérapeute
INSTITUT DE FORMATION MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES 22 avenue Camille Desmoulins, 29 238 Brest CEDEX 3 TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES – Année 2021