



IFMK DE LA REUNION

MÉMOIRE RÉALISÉ EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

2025

Exercice spécifique et généraliste en kinésithérapie : Avenir et évolutions de la profession face à la montée en puissance des spécificités d'exercice

Réalisation d'une étude mixte séquentielle explicative sur les
représentations des masseurs-kinésithérapeutes libéraux concernant
l'évolution de l'exercice spécifique et généraliste sur l'île de La Réunion

UE28 / S8 / M2 2021-2025

CARMAGNOLE Loris

Session 1

Directeur de mémoire : Gaëtan RODRIGUEZ



IFMK DE LA REUNION

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NON PLAGIAT

Je soussigné(e) **CARMAGNOLE Loris** déclare sur l'honneur que ce mémoire est le fruit d'un travail personnel et que je n'ai ni contrefait, ni falsifié, ni copié tout ou partie de l'œuvre d'autrui afin de la faire passer pour mienne.

Toutes les sources d'information utilisées (supports papiers, audiovisuels et numériques) et les citations d'auteur ont été mentionnées conformément aux usages en vigueur.

Je suis conscient(e) que le fait de ne pas citer une source ou de ne pas la citer clairement et complètement est constitutif de plagiat, que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'Université et qu'il peut être sévèrement sanctionné.

Date et signature de l'étudiant **20/05/25**

Règlement intérieur de l'Université de la Réunion (tel que validé par le Conseil d'Administration en date du 11 décembre 2014)

Article 9 : « Protection de la propriété intellectuelle : Faux et usage de faux, contrefaçon, plagiat »

« Le plagiat est constitué par la copie, totale ou partielle d'un travail réalisé par autrui, lorsque la source empruntée n'est pas citée, quel que soit le moyen utilisé. Le plagiat constitue une violation du droit d'auteur (au sens des articles L 335-2 et L 335-3 du code de la propriété intellectuelle). Il peut être assimilé à un délit de contrefaçon. C'est aussi une faute disciplinaire, susceptible d'entraîner une sanction. Les sources et les références utilisées dans le cadre des travaux (préparations, devoirs, mémoires,

Règlement intérieur des IES du CHU de la Réunion (tel que validé par la direction pour l'année universitaire en cours)

Art. 3 : Contrefaçon et falsifications

Le plagiat, la copie et reproduction d'œuvres sont des délits de contrefaçon.

Selon l'article 335-3 du Code de la propriété intellectuelle, il s'agit de " **toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit, d'une œuvre de l'esprit en violation des droits d'auteur, tels qu'ils sont définis et réglementés par la loi.** "

Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque. (Article Art. L 122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle).

Ainsi, toute reproduction intégrale ou partielle ou diffusion faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et est susceptible de donner lieu à des sanctions civiles et pénales, ainsi qu'à une sanction disciplinaire avec possible présentation devant l'instance du conseil de discipline.

Dans le cadre de ses productions écrites, chaque étudiant ou élève est appelé à s'inscrire dans une démarche professionnelle et à respecter les notions de responsabilité, d'éthique et de droit.

Chaque étudiant ou élève signe la charte anti-plagiat ci-jointe2 et l'intègre à chacun de ses travaux écrits.

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail. Tout d'abord, à mon directeur de mémoire, monsieur Gaëtan RODRIGUEZ, pour son accompagnement durant cette dernière année d'études. Son écoute, sa disponibilité et ses conseils auront été d'une importance capitale dans le processus de réalisation de ce mémoire.

Je tiens également à remercier l'ensemble du corps pédagogique de l'IFMK de La Réunion pour leur accompagnement dans la formation des futurs professionnels que nous serons, tout au long de ces quatre années. Je pense notamment à monsieur Yannick PERDRIX, pour son habileté et sa capacité à transmettre son savoir et sa vision des choses, toujours avec une pointe d'humour, et à monsieur Bruno NIVOIT, pour sa capacité d'écoute et son investissement au bien-être des étudiants, également avec une pointe d'humour bien à lui.

Un grand merci également à monsieur François-Xavier BÉNARD, pour m'avoir offert le meilleur stage de ma vie, et d'avoir su me rassurer et me faire prendre confiance en moi, de même que l'ensemble de l'équipe du cabinet avec qui je garde de beaux souvenirs. Une petite pensée à Marie, Cassandra, Léa et Marina les touristasses, que j'espère retrouver plus tard.

Je souhaiterai maintenant adresser mes remerciements à mon père, et à ma mère. Merci à vous d'avoir fait de moi la personne que je suis, de toujours m'avoir offert les meilleures chances possibles d'accomplir mes rêves, parfois au prix de sacrifices que vous n'avez jamais hésité à mener pour moi. Ce mémoire est avant tout pour vous, et j'espère qu'il saura vous rendre fiers.

Merci également à mes amis : Andry, mon gym partner, pour tous nos fous rires à la salle ou sur un terrain de basket, ainsi qu'à mon meilleur ami, Théo, d'être toujours présent dans ma vie depuis que l'on s'est connus, et qui continue d'occuper une place de choix pour moi, même en étant à l'autre bout du monde. Merci à mes camarades de promotion, pour avoir chauffé le fond de la classe avec moi pendant ces quatre années, et avec qui j'ai passé de mémorables soirées. Merci à ma filleule, Cassy, de toujours avoir été là pour moi dans les moments difficiles pendant ces études supérieures, et de toujours m'avoir offert un soutien précieux. À toi maintenant !

Et enfin, le plus grand des mercis à toi, Victoria, pour ton soutien, pour tout l'amour que tu m'as offert et que j'espère t'avoir offert, et pour être la fille que je ne cesse chaque jour d'admirer.

Pierre qui roule n'amasse pas mousse !

ABSTRACT

In France, despite the existence of a single physiotherapy degree aimed at training generalist practitioners, there is a growing demand for so-called “*specific*” practices. These are defined by patient selection and specialized training in a particular treatment type or clinical field, as opposed to generalist practice. The evolution of practice patterns and patient expectations is an increasingly observable reality. Do these trends in practice specialization foreshadow the future shape of the profession ? What are the current representations of practicing physiotherapists regarding this emerging notion of “*practice specialties*”, and what direction is the profession heading toward ?

Aims of the study : The objective of this dissertation is to explore the representations held by self-employed physiotherapists on Reunion Island regarding the profession’s evolution between a future shaped by specific or generalist physiotherapy practices.

Methods : A sequential explanatory mixed-methods design was used. The first phase consisted of a quantitative, descriptive and analytical cross-sectional survey. The second phase involved qualitative, inductive thematic analysis, using individual, semi-structured interviews to deepen understanding of physiotherapist’s representations. Data from both phases were integrated through joint displays, enabling the interpretation of combined results.

Results : The results of 91 participants were analyzed. Significant differences in representations emerged between practitioner groups, particularly regarding financial aspects and perceptions of the future of specific practice. Four interviews were selected to explore in greater depth four pre-identified themes : type of practice, regulatory framework, clinical exposure and physiotherapist’s representations.

Discussion : The study highlights the divergence in perceptions surrounding the gradual shift toward specific physiotherapy practices. It raises important questions regarding issues such as the risk of abandoning certain clinical areas and the need to redefine a professional framework that reflects the identity and complexity of physiotherapy practice.

<u>Key-words</u> : Specialty practices / Representations / Generalist practice / Specific exercise / Mixed sequential explanatory methodology / Private practice physiotherapy

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

- ANK** : Assises Nationales de la Kinésithérapie
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CDO** : Conseil Départemental de l'Ordre
- CIDOMK** : Conseil Inter-Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
- CNOMK** : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
- CNO** : Conseil National de l'Ordre
- CNRTL** : Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales
- CP** : Certification Périodique
- DH** : Dépassement d'Honoraire
- DPC** : Développement Professionnel Continu
- DU** : Diplôme Universitaire
- DIU** : Diplôme Inter-Universitaire
- EBP** : Evidence Based Practice
- EMDR** : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- FFMKR** : Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
- FNEK** : Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie
- HDR** : Habilitation à Diriger des Recherches
- HPST** : Hôpital Patient Santé Territoires
- IFMK** : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- MK** : Masseur-Kinésithérapeute
- NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
- ROR** : Répertoire Opérationnel des Ressources
- RPPS** : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
- SNMKR** : Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
- URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
I. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL	2
1. Contextualisation : un champ de compétences vaste, varié et complet	2
1.1. Interrogations et incertitudes d'étudiant : quelle voie prendre ?	2
1.2. Les professions de santé : reflet des autres professions ainsi que de la nôtre	2
2. Décontextualisation : évolution de la masso-kinésithérapie.....	3
2.1. Histoire de la profession : de ses origines aux spécificités d'exercice	3
2.2. Constat général : vers une spécification de la kinésithérapie ?	4
3. Recontextualisation : situation actuelle sur l'île de La Réunion	5
II. THÉORISATION DES CONCEPTS.....	5
1. Premier concept : La spécificité d'exercice en kinésithérapie	5
1.1. Cadre réglementaire et juridique : définition de la spécificité d'exercice	5
1.2. Réglementations des spécificités d'exercice : possibilités d'exercice	7
2. Second concept : Une évolution vers l'exercice spécifique ? Plutôt non... ..	10
2.1. La formation initiale : un cursus orienté vers l'ensemble des champs	10
2.2. La formation continue : dispositifs et organismes de formation.....	12
2.3. Le masseur-kinésithérapeute généraliste : l'omnipraticien « <i>couteau suisse</i> »	13
3. Troisième concept : Une évolution vers l'exercice spécifique ? Plutôt oui !	16
3.1. Développement de l'exercice spécifique : les actions mises en place	16
3.2. Le masseur-kinésithérapeute spécifique : « <i>l'expert</i> » de son domaine ?	17
3.3. Evolutions du système de santé : nomenclature et loi transpartisane	20
4. Quatrième concept : Représentations sur l'évolution de la kinésithérapie	22
4.1. La notion de représentation : un système de croyances partagées	22
4.2. Représentations des professionnels : l'exercice généraliste	23
4.3. Représentations des professionnels : l'exercice spécifique	24
III. QUESTION DE RECHERCHE	25
IV. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	26
1. Objectifs de l'étude : analyse des représentations et état des lieux	26
2. Type d'étude : méthodologie mixte séquentielle explicative.....	26
3. Première partie de l'étude : quantitative descriptive et analytique transversale	28
4. Seconde partie de l'étude : qualitative d'analyse thématique inductive	29
5. Description de l'échantillon : MK libéraux exerçant sur l'île de La Réunion	29
6. Contexte de l'étude : méthode de classement, questionnaire, SPSS	30
7. Construction de l'outil : 5 parties, 37 questions, 42 items, 10 minutes	31
8. Déroulement du recueil de données : 9 semaines de diffusion	33

V. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	34
1. Etude quantitative : Analyse des résultats du questionnaire	34
1.1. Diffusion et collecte des données : 109 réponses, 9 minutes et 29 secondes.....	34
1.2. Description de l'échantillon : parité quasi-parfaite, exerçant à La Réunion.....	34
1.3. Cohérence interne : coefficients alpha de Cronbach et oméga de McDonald.....	37
1.4. Présentation des résultats : objectif et critère de jugement principal	38
1.5. Présentation des résultats : objectifs secondaires de l'étude	46
1.6. Conclusion sur l'étude quantitative : des différences de représentations	52
2. Etude qualitative : réalisation des entretiens semi-directifs	52
2.1. Description de l'échantillon : 6 entretiens prévus, 4 retenus	52
2.2. Analyse thématique qualitative : méthodologie d'analyse des résultats	53
2.3. Présentation conjointe des résultats : intégration des données	54
2.4. Liens entre les données quantitatives et qualitatives : quatre étiquettes	55
VI. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	57
1. Interprétations et comparaisons avec la littérature : apports de notre étude.....	57
1.1. Hypothèses de recherche : H1 nuancée	57
1.2. Objectif principal : au cœur des représentations	57
1.3. Identification de pratique généraliste et spécifique : un vaste paradoxe	61
1.4. Cadre règlementaire : écarts notables	62
1.5. Exposition aux champs cliniques : contexte de pratiques	63
2. Critique interne de l'étude : biais identifiés et perspectives associées	65
2.1. Biais de l'étude quantitative : critique de l'outil de recherche	65
2.2. Biais de l'étude qualitative : liste non-exhaustive des biais présents	67
2.3. Scientificité de l'étude qualitative : critères COREQ et validité de l'étude	68
2.4. Biais liés au chercheur : enquêteur novice.....	68
3. Intérêt des résultats : différences de représentations sur l'avenir de la profession, identité mouvante et cadre non maîtrisé.....	69
4. Limites des résultats : fiabilité interne et méthode de classement	69
5. Perspectives de recherche : correction des biais et pistes d'améliorations	71
VII. CONCLUSION DE LA RECHERCHE	72
1. Réponse à la question de recherche : représentations favorables et mise en garde	72
2. Perspectives scientifiques : un panel de possibilités	72
3. Perspectives professionnelles : œuvrer vers l'unicité de la profession.....	73
VIII. CONCLUSION GÉNÉRALE DU MÉMOIRE.....	74
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES (137 références)	75
ANNEXES	

INTRODUCTION

Au cours de ma formation et dans ma vie en général, je me suis souvent posé la question : « *Est-il préférable d'exceller dans un seul domaine en particulier et accepter d'être novice partout ailleurs ; ou d'être polyvalent et versatile dans plusieurs domaines et accepter de n'exceller dans aucun d'entre eux ?* ». Loin d'être cantonnée à un nombre restreint de champs cliniques, la kinésithérapie couvre un large spectre de problématiques (Simonin, 2024). Avec **l'évolution de nos qualifications** dans le domaine de la santé, certains masseurs-kinésithérapeutes (MK) font le choix d'orienter leur pratique et d'approfondir leurs compétences dans un **domaine précis**, ciblant alors une certaine patientèle, système ou région anatomique particulière. Pourtant, notre formation initiale couvre **l'ensemble des champs disciplinaires** relatifs à notre profession, permettant au MK d'intervenir dans chacun de ces derniers. Toutefois dans la pratique quotidienne, il n'est pas rare de voir la mention « *équipe de MK ayant chacun sa spécialité* ». Cette réalité est-elle représentative de l'ensemble de la profession, ou reste-t-elle marginale ? La kinésithérapie est une profession complexe, dont les connaissances à acquérir sont nombreuses et spécifiques à chaque région et type de patient concerné. Il paraît impossible de tout maîtriser. Faudrait-il alors se concentrer uniquement sur un seul aspect qui nous plait ? Ce mémoire explore la dichotomie entre **l'exercice généraliste** et polyvalent, et **l'exercice plutôt spécifique** d'un **domaine de prédilection**, concept introduit par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) en 2015 appelé « **spécificité d'exercice** ». Les besoins évoluent et notre profession également. La kinésithérapie est-elle en train d'évoluer vers une « *spécialisation* » des pratiques, et que pensent les praticiens eux-mêmes à ce sujet ? Cette évolution reflète-t-elle une transformation de l'identité profonde de la profession, pouvant créer une fragmentation entre praticiens et menant à une kinésithérapie à deux vitesses ? A travers une **étude mixte séquentielle explicative**, nous chercherons à étudier les **représentations** et les attitudes des MK libéraux de l'île de La Réunion face à l'évolution de l'exercice généraliste et spécifique, ainsi que les problématiques qu'ils rencontrent.

I. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

1. Contextualisation : un champ de compétences vaste, varié et complet

1.1. Interrogations et incertitudes d'étudiant : quelle voie prendre ?

Ayant toujours été passionné par le sport, j'ai souvent eu du mal à m'en tenir à une seule discipline. A chaque nouveau sport, je voulais exceller dans ce dernier, jusqu'à ce que l'ennui ne s'installe et me pousse à changer. Ainsi, j'ai toujours été « bon » dans plusieurs disciplines, et je me suis toujours considéré comme un sportif avec un profil généraliste de différents domaines ; mais sans jamais « exceller » dans l'un d'entre eux. Durant mes études, j'ai éprouvé de nouveau cette sensation et j'ai observé de nombreux MK aux profils variés : certains **polyvalents et versatiles**, d'autres **très spécifiques d'un domaine précis**. Au cours des stages, mon attrait pour plusieurs champs s'est développé, et j'aime l'idée de pouvoir faire de tout dans mon métier, d'être un « *couteau suisse* » de la kinésithérapie. Toutefois, la question d'un exercice spécifique en kinésithérapie du sport s'est posée pour moi ; me permettant ainsi de faire ce que j'aime tout en améliorant mes compétences dans ce domaine, mais suis-je prêt à en faire ma **pratique exclusive** ? Toutes ces interrogations et cette diversité d'archétypes et d'activités m'a amené à me questionner : *face à ces tendances, quel modèle choisir, et surtout vers quelle voie s'oriente la profession ?*

1.2. Les professions de santé : reflet des autres professions ainsi que de la nôtre

Les MK se définissent comme des généralistes, mettant en avant la **diversité de patients** et de pathologies comme un atout structurant du métier. Il s'agit d'une profession riche, allant de la promotion et la prévention de la santé à la gestion de l'invalidité (Hall et al., 2021), où s'opère une large palette de pratiques, méthodes et techniques pouvant différer selon les praticiens. Il convient de dire que le MK « *touche un peu à tout* » : musculo-squelettique, cicatrices, rééducation maxillo-faciale, le champ d'interventions est extrêmement vaste. Cette diversité soulève la question : Est-ce là un **atout**, ou une **limite** ? La **formation initiale** ouvre un large champ de compétences et d'intervention (Code de la Santé Publique, 2004), permettant d'exercer dans une grande variété de contextes et de prendre en charge une grande diversité de patients. Celle-ci représente un socle de savoirs initiaux, enrichi à travers les stages, permettant d'explorer différents domaines avant d'orienter sa pratique. Ainsi certains resteront généralistes, tandis que d'autres iront développer un type de pratique plus que les autres. Mais alors si la kinésithérapie se veut généraliste de formation, qu'en est-il des autres professions ?

Il semble qu'ailleurs dans d'autres professions de santé, la **spécialisation** est une évidence : un neurochirurgien, un cardiologue ou un anatomo-pathologiste sont tous des **spécialistes exclusifs** de leur domaine (Légifrance, 2017). Les étudiants en médecine, par le biais de leur spécialité, passent ainsi d'un socle général¹ à une **expertise pointue**. En kinésithérapie, le vaste champ d'intervention brouille parfois les frontières avec les autres professions de rééducateurs, pouvant rendre notre rôle moins clair aux yeux du grand public. Effectivement, selon Pascale Mathieu, présidente du CNOMK, nos champs d'expertise et leur grande diversité restent encore méconnus du grand public (Conrad, 2022a). Cette porosité des champs de compétences avec les autres professions crée une forme de compétitivité interprofessionnelle. Pourtant, la kinésithérapie serait déjà considérée comme une spécialité de rééducation au sein du Conseil National des Universités des sciences de la rééducation et de la réadaptation (FFMKR, 2022a). C'est dans l'ensemble de ce contexte de désir de reconnaissance et d'amélioration des compétences que les **spécificités d'exercice** prennent de l'ampleur, offrant aux MK des compétences pointues et précises répondant à des besoins particuliers.

2. Décontextualisation : évolution de la masso-kinésithérapie

2.1. Histoire de la profession : de ses origines aux spécificités d'exercice

La kinésithérapie, reconnue officiellement le 30 avril 1946, est une profession jeune, initialement définie comme la pratique du massage et de la gymnastique médicale, ayant longtemps constitué les fondements de son **identité** (Maignien, 2015). Elle est le résultat de l'émergence d'une spécialité médico-chirurgicale dédiée au traitement des affections de l'appareil locomoteur, puis s'est progressivement élargie à des applications viscérales, circulatoires ; et plus tard au système nerveux, où l'on parlera de rééducation motrice (Monet, 2003). Cette profession s'est vue évoluer rapidement, dont l'une des conséquences de cette rapide évolution est que la kinésithérapie aurait du mal à **s'identifier elle-même** (Kell & Owen, 2013). Il s'agit d'une profession avec à l'origine des frontières troubles, ne s'appuyant pas sur un organe ou une population spécifique, mais sur l'amélioration des performances physiques vers une réadaptation socio-professionnelle (Monet, 2003). En 2015, le CNOMK introduit la notion de spécificité. En 2021, il met en place un ensemble de critères de validation ainsi qu'un répertoire des organismes de formation autorisés à dispenser les formations certifiantes. Aujourd'hui en 2025, ce dernier met en place un annuaire à disposition des praticiens afin de

¹ Au même titre que les autres, la médecine générale est une spécialité médicale à part entière (Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2014).

déclarer leurs spécificités d'exercice. A l'origine, la kinésithérapie était donc une profession plutôt généraliste, mais qui semble s'offrir petit à petit au fil des années la possibilité de se spécifier (CNOMK, 2021), marquant un changement majeur, ainsi qu'une **transformation profonde** de la pratique. D'autres professions ont connu une telle évolution, comme les radiologues, se répartissant aujourd'hui en deux branches : l'une généraliste, l'autre spécialisée (*radiologie interventionnelle, radiologie pédiatrique, neuroradiologie...*) (Conrad, 2022b). En élargissant le cadre, ce constat semble toutefois préoccuper certains professionnels.

2.2. Constat général : vers une spécification de la kinésithérapie ?

“ *Je trouve que les jeunes se spécialisent de plus en plus dans un seul domaine et sont donc moins généralistes. Or une de nos vocations est d'être soignant et d'accompagner les patients (...). Il y a, je pense, un souci dans le mode de sélection de nos écoles. On ne peut pas former que des kinés du sport (...)* ”. Voici les mots de François-Xavier Salmon, président du conseil régional de l'Ordre de Bretagne (Ragueneau, 2023). Celui-ci suscite des inquiétudes face aux jeunes praticiens quant à la **perte de polyvalence** de leur pratique, ainsi que des interrogations quant à la tournure de la profession. Lors des 20^è ANK² à Arles, le 3 juin 2022 (Annexe I), des acteurs tels que le CNOMK, la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR) et les syndicats ont constaté la montée en puissance des spécificités comme un aspect majeur (FFMKR, 2022a). A contrario, le président du syndicat des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) Pascal Gouilly, confiait : « *Une chose est sûre : nous ne formons pas des spécialistes dans tel ou tel domaine, mais des kinésithérapeutes généralistes.* », « *les futurs MK seront capables de rechercher, s'adapter, innover, raisonner* ». « *Chacun est libre après son diplôme de prendre le chemin qui lui convient et de se former dans des domaines qui l'inspire* » (Sonnet, 2020). Entre ces deux déclarations, ce sont **deux visions des choses** qui semblent ainsi s'opposer, évoquant notamment un paradoxe entre une formation initiale se voulant généraliste et une formation continue « *spécialisante* » des jeunes praticiens. Mais alors, que pensent les praticiens de cette notion de manière générale ? Et qu'en est-il à La Réunion ?

² Assises Nationales de la Kinésithérapie, tenues les 3 et 4 juin 2022 (Annexe I)

3. Recontextualisation : situation actuelle sur l'île de La Réunion

La profession de MK, au cœur des débats professionnels et politiques, soulève des enjeux divergents, notamment sur la tendance de la **spécification d'exercice** (FFMKR, 2022b). Mais est-ce vraiment le cas ? Cette réflexion m'amène à m'intéresser à ce sujet. En effet la profession a beaucoup évolué. Avec l'obtention du grade master, et les discussions concernant l'accès direct, le rôle du MK a évolué, demandant des compétences toujours plus poussées, pour une reconnaissance parfois insuffisante. Originaire de La Réunion, je souhaite m'y installer et y exercer à l'avenir, et il est nécessaire pour cela d'être au courant des évolutions de cette profession. Je souhaiterais savoir ce que pensent les MK de l'île sur le sujet et connaître sa situation actuelle et future. Ainsi, la formulation d'un questionnement professionnel permet de développer une **attitude de réflexivité personnelle** et professionnelle (Galvão & Bourguignon, 2019). Alors qu'en est-il de l'exercice spécifique et généraliste à La Réunion ?

Comment les masseurs-kinésithérapeutes perçoivent-ils l'évolution de leur profession au sujet de la spécification d'exercice ?

II. THÉORISATION DES CONCEPTS

1. Premier concept : La spécificité d'exercice en kinésithérapie

1.1. Cadre règlementaire et juridique : définition de la spécificité d'exercice

Une spécificité concerne « *une caractéristique originale et exclusive* » (CNRTL, s. d.). La spécificité d'exercice est un « ***exercice préférentiel*** du MK, ciblant une fonction, un organe, une région anatomique ou une catégorie spécifique de personnes » (Avis du CNO N°2023-02, CNOMK, 2023a). Il s'agit donc de pratiques préférentielles restreignant le champ d'activités du MK, déclarées et autorisées sous certaines conditions. Elles reposent sur l'acquisition de compétences approfondies dans un **champ clinique** défini du référentiel d'activité du MK (Code de la santé Publique, 2004) ; et ne concernent que le secteur libéral. Il convient ainsi de distinguer les **spécificités de structure**, d'ordre matérielles (*balnéothérapie, isocinétisme, cryothérapie...*) des **spécificités d'exercice**, concernant la rééducation respiratoire, pédiatrique ou périnéale par exemple (CNOMK, 2017). Notre étude se concentre sur les spécificités d'exercice, dont **17 sont actuellement reconnues** en France (Conseil Interdépartemental de La Réunion et Mayotte [CIDOMK], 2023) (Tableau I).

Tableau I : Liste des spécificités d'exercice reconnues à ce jour (CIDOMK, 2023)³

Rééducation du système musculosquelettique (main, épaule, rachis, genou, cheville, etc)	
Rééducation en neurologie (central ou périphérique)	Éducation à la santé / prévention / ergonomie
Rééducation en pédiatrie	Rééducation des troubles de l'équilibre / vestibulaire
Rééducation cardiaque / respiratoire	Rééducation en pelvi-périnéologie
Rééducation vasculaire / lymphatique	Rééducation maxillo-faciale
Rééducation en cancérologie	Gestion de la douleur
Soins palliatifs et accompagnement	Kinésithérapie du sport
Rééducation des troubles liés à l'âge / en gériatrie	Kinésithérapie des lésions cutanées et des cicatrices
Rééducation et santé mentale	Activité physique adaptée / sport santé

L'obtention d'une spécificité requiert un **diplôme universitaire** (*DU, Diplôme Inter-Universitaire, Licence, Master, Doctorat, Habilitation à Diriger des Recherches*) en rapport avec l'une des spécificités reconnues par l'avis du CNO n°2023-02, conformément aux articles R.4321-122, R. 4321-123 et R. 4321-125 du Code de la santé publique. Elle peut également résulter d'une **formation reconnue** par un organisme de formation continue signataire de la charte de l'Ordre relative aux organismes de formation, en rapport avec l'une des spécificités d'exercice reconnues, sur **4 années maximum**, avec un volume horaire minimum de **80 heures** d'enseignement reçu (CNOMK, 2023b). Les MK pourront ensuite faire valoir cette spécificité auprès de leur Conseil Départemental de l'Ordre (CDO). Introduites il y a 10 ans, les spécificités prennent de l'ampleur et nécessitent un cadre de plus en plus précis, notamment sur les termes employés.

³ Le terme rééducation peut être remplacé par kinésithérapie ou physiothérapie. La mention « système musculo-squelettique » peut être précisée par la région concernée : épaule, main, cheville...Concernant la neurologie, il peut être précisé centrale ou périphérique (CIDOMK, 2023).

1.2. Réglementations des spécificités d'exercice : possibilités d'exercice

1.2.1. Spécialité et spécificité : un abus de langage courant ?

Dans les annonces de remplacement ou d'assistantat, il est fréquent de voir la mention « *équipe de kinésithérapeutes ayant chacun sa **spécialité*** ». Mais que désigne réellement cette « *spécialité* » ? Une clarification importante doit être faite : avons-nous le droit de parler de spécialité en kinésithérapie, ou s'agit-il d'un abus de langage ? En effet, d'un point de vue légal, la spécialité concerne exclusivement les médecins (CIDOMK, 2023). Elle désigne « *(l') activité du médecin ayant des connaissances approfondies dans un domaine, une branche déterminée et se consacre de **manière exclusive** à cette discipline, on dit qu'il [...] exerce une spécialité* » (Larousse, s.d ; Ministère de l'Éducation nationale et al., 2017). Or, les MK eux, doivent être capable de prendre en charge tous types de patients, y compris ceux dérogeant à leur éventuelle spécificité. Il n'existe donc à ce jour **aucune spécialité d'exercice** en kinésithérapie. On parlera plutôt d'**exercice spécifique** d'un domaine (FFMKR, 2022b).

1.2.2. Tableau des techniques illusoires en kinésithérapie

Ayant défini ce qui pouvait être une spécificité d'exercice, il faut également définir ce qui ne l'est pas. La **reconnaissance du CNO** concernant les spécificités d'exercice est une notion importante à prendre en compte. Certaines formations provenant d'organismes non reconnus par le CNO peuvent former à la pratique des différents champs cliniques, sans que celles-ci ne peuvent par la suite constituer de spécificité d'exercice reconnue (Figure 1). Par ailleurs, certaines pratiques listées comme **illusoires** et non validées scientifiquement ne sont pas reconnues par le CNO comme des spécificités ou des titres d'exercice car leur utilisation n'est pas autorisée. Selon le CNO, elles reposent sur des « *théories non vérifiées ou non vérifiables basées sur une approche holistique ou faisant appel à l'intuition du praticien et prétendent stimuler l'auto-guérison et mobiliser l'énergie vitale* » (CNOMK, 2025a). L'ensemble de ces techniques d'usage interdit est résumé dans le Tableau II ci-dessous.

Tableau II : Techniques illusoires signalées par le CNOMK (CNOMK, 2025a)

Type de technique	Techniques concernées
Techniques manuelles	Micro-kinésithérapie ; Fasciathérapie ; Biokinergie ; Ostéopathie viscérale et crânienne ; Reiki ; Thérapie quantique intégrative ; Coaching « <i>régénère</i> » ; Technique de « <i>l'arc-en-ciel</i> » ; Transmission vibratoire ; Auriculothérapie
Techniques psychologisantes	Kinésiologie appliquée et énergétique ; <i>Emotional freedom techniques</i> ; Le Féminin Sacré ; Décodage biologique ; Sophrologie ; Eye movements desentitization and reprocessing (EMDR) / Eye movement therapy ; Constellations familiales
Techniques réalisées au moyen d'appareils	Ventouso-thérapie ; Biorésonnance-Etioscan ; Lithothérapie ; Bol d'air Jacquier
Techniques mises en garde par le CNO	Réflexologie plantaire ; Képhreno-thérapie ; Sens biologique des symptômes ; Résonnance énergétique par stimulation cutanée ; Restauration somato-psychique ; Bol tibétain ; Micropraxie

1.2.3. Possibilités de spécificités d'exercice

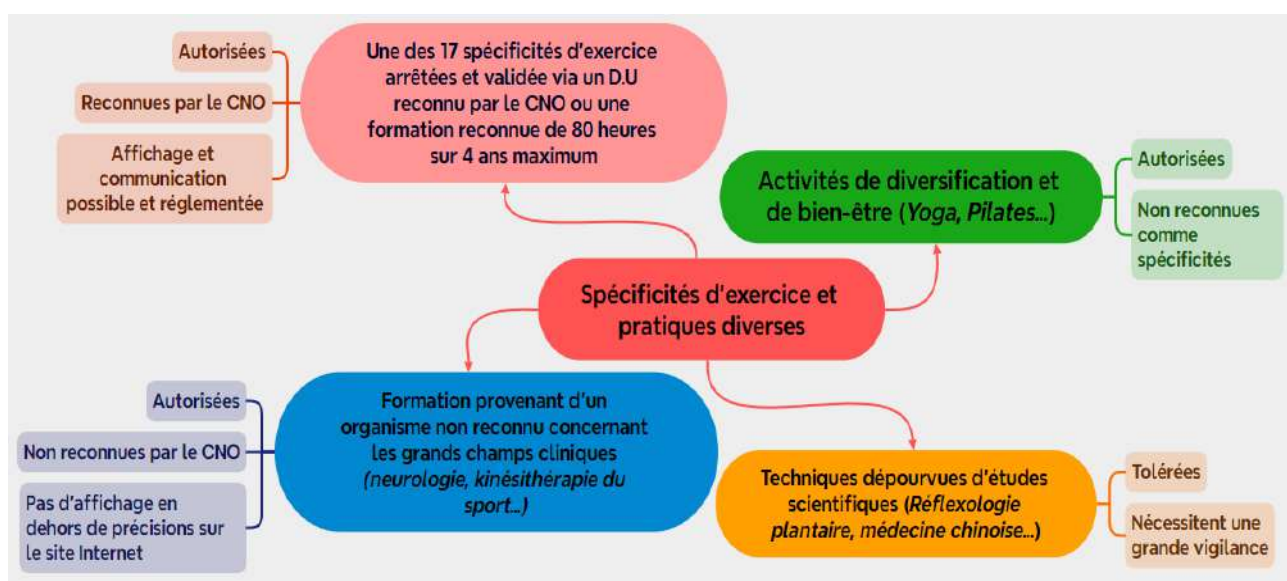


Figure 1 : Schématisation des pratiques possibles (CNOMK, 2022a)

La pratique des spécificités d'exercice et leur affichage est ainsi possible, mais réglementée. A travers ces possibilités, la notion de **communication sur les spécificités** est soulignée, traduisant une **évolution encadrée** de la profession sur le sujet.

1.2.4. Communication relative aux spécificités d'exercice

Depuis 2017 et selon les articles R.4321-123 et R.4321-125 du Code de la Santé Publique, le MK est autorisé à faire figurer dans les annuaires, sites Internet ainsi que sur sa plaque professionnelle ses spécificités d'exercice, si celles-ci sont réglementaires et reconnues par le CNO (CNOMK, 2022a), dans le respect des articles R4321-67 et R.4321-122 du Code de la Santé Publique. Cet affichage peut donner accès au professionnel à une potentielle **renommée**, une **distinction** face à ses pairs, et **l'attrait** d'une clientèle spécifique (URPS, 2019). Au vu du cadre réglementaire posé et affiné au fur et à mesure du temps, se pose réellement la question de savoir si la profession évolue vers une spécification d'exercice, et ce qu'en pensent les MK. Nous verrons que certains aspects vont dans ce sens, et d'autres vont à l'inverse.

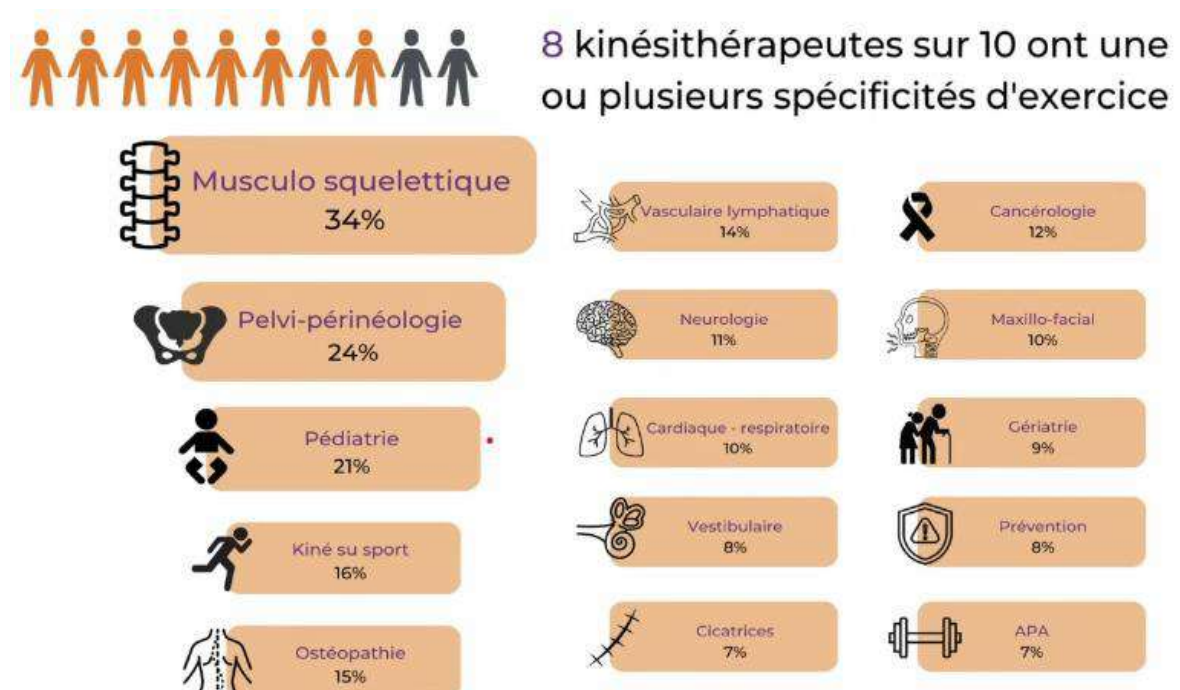


Figure 2 : Résultats de l'enquête nationale présentée aux 20^è ANK (FFMKR, 2022c)

RÉSUMÉ DU PREMIER CONCEPT

- La spécificité d'exercice correspond à un **exercice préférentiel** du MK
- **17 spécificités** sont reconnues à ce jour, nécessitant un **D.U** ou une formation reconnue de minimum **80 heures** sur **4 ans maximum**
- Nous ne parlons pas de **spécialité** en kinésithérapie, mais plutôt **d'exercice spécifique**
- Les possibilités de spécificités d'exercice sont **réglementées** par le CNOMK
- La **communication** sur les spécificités est possible, traduisant un **tournant** de la profession

2. Second concept : Une évolution vers l'exercice spécifique ? Plutôt non...

2.1. La formation initiale : un cursus orienté vers l'ensemble des champs

2.1.1. L'étudiant en apprentissage

La formation vise à « *apporter au futur MK les connaissances nécessaires à l'exercice de son métier et développer les capacités qui assureront son expertise comme praticien.* » (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015). Elle se distingue en **formation initiale**, socle fondamental permettant d'exercer une **pratique généraliste**, et en **formation continue**, permettant d'étendre les compétences du professionnel de manière générale mais pouvant aussi ouvrir la porte aux **spécificités d'exercice**. Lors de leur formation initiale en IFMK, les étudiants sont formés à une kinésithérapie dite « *généraliste* », et à des pratiques plus spécifiques, combinant des temps d'apprentissages théoriques, pratiques ainsi que des stages cliniques, en milieu salarié ou libéral (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015), l'ensemble lui permettant de valider les 11 compétences du référentiel (FNEK, 2015). Ces stages permettent notamment à l'étudiant d'explorer différents domaines et patientèles, et il sera ainsi formé à l'ensemble du référentiel de formation et des champs d'intervention, pouvant ensuite s'orienter vers les champs qu'il affectionne ou souhaite approfondir. Il est essentiel de distinguer le **champ de compétences**, qui concerne le cadre réglementaire des actes accessibles à tous les MK ; et les spécificités d'exercice, qui concernent un exercice préférentiel du MK parmi ce champ de compétences. Ainsi, la formation initiale se veut plutôt généraliste, permettant de former des **praticiens polyvalents**.

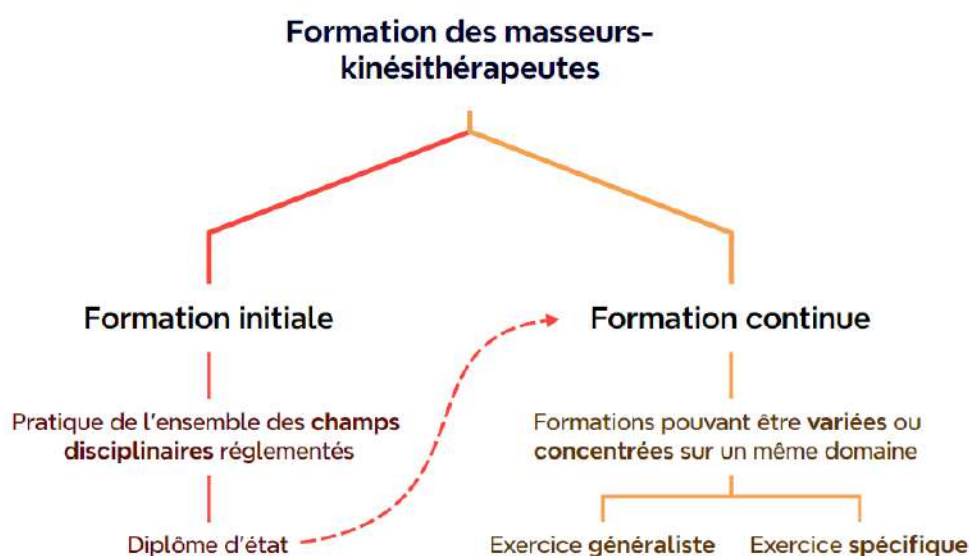


Figure 3 : Schématisation du parcours de formation initiale et continue

Tableau III : Champ de compétences et d'intervention du MK (Code de la Santé publique, 2004)

Rééducation concernant un système ou un appareil	Rééducation orthopédique
	Rééducation neurologique
	Rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur
	Rééducation respiratoire
	Rééducation cardio-vasculaire
	Rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques
Rééducation concernant des séquelles	Rééducation de l'amputé, appareillé ou non
	Rééducation abdominale ; y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal
	Rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologiques, gynécologiques et proctologiques, y compris du post-partum à compter du 90ème jour après accouchement
	Rééducation des brûlés
	Rééducation cutanée
Rééducation d'une fonction particulière	Rééducation de la mobilité faciale et de la mastication
	Rééducation de la déglutition
	Rééducation des troubles de l'équilibre

Avec l'amplitude de ces champs d'interventions, nous comprenons facilement l'impact que peuvent avoir les MK sur le **système de santé** et la variété de patientèles que ces derniers peuvent prendre en charge, qui en plus, s'applique dès le début d'exercice du professionnel.

2.1.2. Le néo-diplômé en début d'exercice

En théorie, chaque néo-diplômé est capable de prendre en charge tous types de patients. L'article R 4321-113 du code de déontologie le précise : « *Tout MK est habilité à dispenser l'ensemble des actes réglementés. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni prescrire dans des domaines qui dépassent ses compétences, ses connaissances, son expérience et ses moyens* ». Ce dernier n'ayant pas le même niveau de compétences sur l'ensemble des champs, il peut donc **refuser des soins** pour des motifs personnels ou professionnels, ou en dehors de ses compétences, sous réserve d'assurer leur continuité. (Art. R4321-92 du Code de déontologie).

Notons qu'un exercice spécifique n'exonère pas de se mettre à jour dans les domaines en dehors de son champ d'expertise. Un rappel à l'international le précise : « *La spécialisation ne doit pas être considérée, ou impliquée comme une limitation de la pratique. Le champ d'activité reconnu de la kinésithérapie restera ouvert à tous les kinésithérapeutes dûment qualifiés, qu'ils soient spécialistes ou non, exerçant dans le cadre de leurs niveaux de compétences respectifs.* » (World Physiotherapy, 2023)⁴. Avec la diversité de patients et de pathologies, une évolution vers la spécification et une **restriction de l'exercice** du MK semble inadaptée. Il est donc de sa responsabilité de se former dans l'ensemble des champs, à travers différents dispositifs, lui permettant de maintenir ses compétences et sa polyvalence.

2.2. La formation continue : dispositifs et organismes de formation

2.2.1. Le développement professionnel continu (DPC)

La formation s'étend donc tout au long d'une carrière pour maintenir et étendre les compétences d'une personne (Chipchase et al., 2016). L'article R. 4321-62 du code de déontologie impose au MK de prendre les dispositions nécessaires pour entretenir et perfectionner ses connaissances et ses compétences, devant notamment satisfaire à son obligation de **DPC**. Introduit par la loi HPST⁵ de 2009 (Code de la Santé Publique, 2009) et réformée en 2016, le DPC vise l'actualisation des compétences théoriques, pratiques et relationnelles, ainsi qu'une amélioration de la **qualité et de la sécurité des soins** (Assurance maladie, 2021), et il s'agit d'une obligation triennale s'appliquant à chaque professionnel (Agence nationale du DPC, 2023 ; CNOMK, 2022c). Ainsi, tous les MK doivent se former afin de maintenir leurs compétences dans l'ensemble des champs, et une évolution vers la spécification pourrait altérer cette capacité de prise en charge.

2.2.2. La certification périodique

Depuis le 1 janvier 2023, la réflexion sur l'avenir du DPC s'oriente vers un nouveau dispositif : la certification périodique (CP), visant à valider régulièrement les compétences des professionnels. Un décret publié le 22 mars 2024 en précise les modalités (Ministère de la santé et de l'accès aux soins, 2024). Cette démarche est obligatoire et individuelle, où la CP s'appuie sur les référentiels de formation initiale, et s'étale sur une période de 6 ans (CNOMK, 2024).

⁴ Etant donné le caractère hors du cadre légal français de la World Physiotherapy, la distinction entre les termes spécificité et spécialité ne s'applique pas ici.

⁵ Hôpital Patient Santé Territoire

Les actions du DPC sont prises en compte dans la CP, faisant de ces dispositifs des processus complémentaires mais bien distincts. Si la CP s'accorde avec la transformation du système de santé pour améliorer la qualité des soins, elle soulève la question d'une suppression du DPC, car selon l'Inspection Générale des Affaires Sociales, seuls 22% des MK auraient validé leur engagement de DPC entre 2020 et 2022 (SNMKR, 2025). Ainsi, avant de s'orienter vers la spécification, une interrogation sur **l'intérêt porté** à la formation continue émerge.

2.2.3. Les organismes de formation et la Charte du Conseil National de l'Ordre

Outre les différents dispositifs d'aide à la formation à disposition des MK, ceux-ci disposent d'une offre variée de formations via des organismes agréés, répertoriés sur le site du CNOMK (CNOMK, 2023b). Certains donnent accès à une spécificité reconnue selon le cadre réglementaire, mais cette reconnaissance peut varier selon la formation et le domaine. En 2021, l'Ordre a mis en place des critères de validation (CNOMK N°2017-01), ainsi qu'une charte de qualité pour encadrer ces formations certifiantes. Pour être agréé, un organisme s'engage à répondre à un ensemble de critères déontologiques et à fournir un dossier administratif complet afin de garantir une certaine qualité scientifique. Une fois validé, l'organisme bénéficie d'une reconnaissance du CNO pendant 5 ans (CNOMK, 2023b). Le professionnel ayant à disposition divers moyens de se former, peut ainsi devenir s'il le souhaite, un thérapeute complet, versatile et polyvalent dans l'ensemble de ses PEC, faisant de lui un véritable « *couteau suisse* ».

2.3. Le masseur-kinésithérapeute généraliste : l'omnipraticien « *couteau suisse* »

2.3.1. Démographie générale des praticiens

En 2022, le tableau de l'Ordre comptabilisait 97 790 MK, dont 52% de femmes et un âge moyen de 40 ans (CNOMK, 2022d). L'ensemble de ces praticiens exerçant en France réalisent environ deux millions d'actes quotidiens (Conrad, 2022a). 85% d'entre eux exerce dans le **secteur libéral** (Simonin, 2024), soit environ 83 196 individus. A La Réunion, l'effectif de MK libéraux s'élève à **1954 professionnels**, contre 195 en exercice salarié, pour un total de 2149 MK sur le territoire. Sur l'île, les femmes représentent 40,7% d'entre eux et les jeunes de moins de 40 ans 67% d'entre eux. Malgré ces chiffres, la demande de soins demeure omniprésente, avec des listes d'attentes pouvant aller jusqu'à plusieurs semaines et avec la présence d'une inégalité d'accès aux soins en fonction des territoires (URPS, 2019). Ces paramètres font qu'une disponibilité de **praticiens généralistes** afin de répondre au mieux aux besoins locaux semble essentielle. Mais alors, comment le **contexte territorial** impacte-t-il la pratique ?

DÉPARTEMENT D'INSCRIPTION	LIBÉRAUX & MIXTES	SALARIÉS	TOTAL	NON DIPLÔMÉS EN FRANCE	PROPORTION DE NON DIPLÔMÉS EN FRANCE %	REMPLAÇANTS EXCLUSIFS	EXERCICE EXCLUSIF À DOMICILE	PROPORTION DE KINÉSITHÉRAPEUTE EN EXERCICE EXCLUSIF À DOMICILE (EN %)
La Réunion	1954	195	2149	1011	47,0	281	39	1,8

Figure 4 : Démographie départementale des MK de La Réunion (CNOMK, 2022d)

2.3.2. Influence des territoires et demande de soins

Le choix d'un exercice spécifique ou généraliste est fortement corrélé au **contexte territorial** (URPS, 2019). A La Réunion, où la population s'élève à 896 200 habitants (INSEE, 2025), ce choix pourrait se traduire par une tension entre deux logiques ; une demande diversifiée, notamment en zones rurales ou défavorisées, favorisant la pratique généraliste ; et des besoins spécifiques dans certains bassins de population, favorisant une pratique spécifique. Cette dichotomie territoriale pourrait influencer les représentations des MK concernant leur mode d'exercice. Ainsi, un MK confronté à une patientèle diversifiée, reflétant les besoins de son territoire, aurait tendance à identifier sa pratique comme généraliste. Inversement, un MK évoluant auprès d'une patientèle type pourrait de fait s'identifier dans une pratique spécifique (URPS, 2019). L'impact des spécificités d'exercice pourrait alors perturber l'organisation des soins (Conrad, 2022b). Dans ce contexte socio-démographique, une spécification entière de la profession risquerait d'être **inadaptée aux besoins** variés d'un territoire (URPS, 2019).

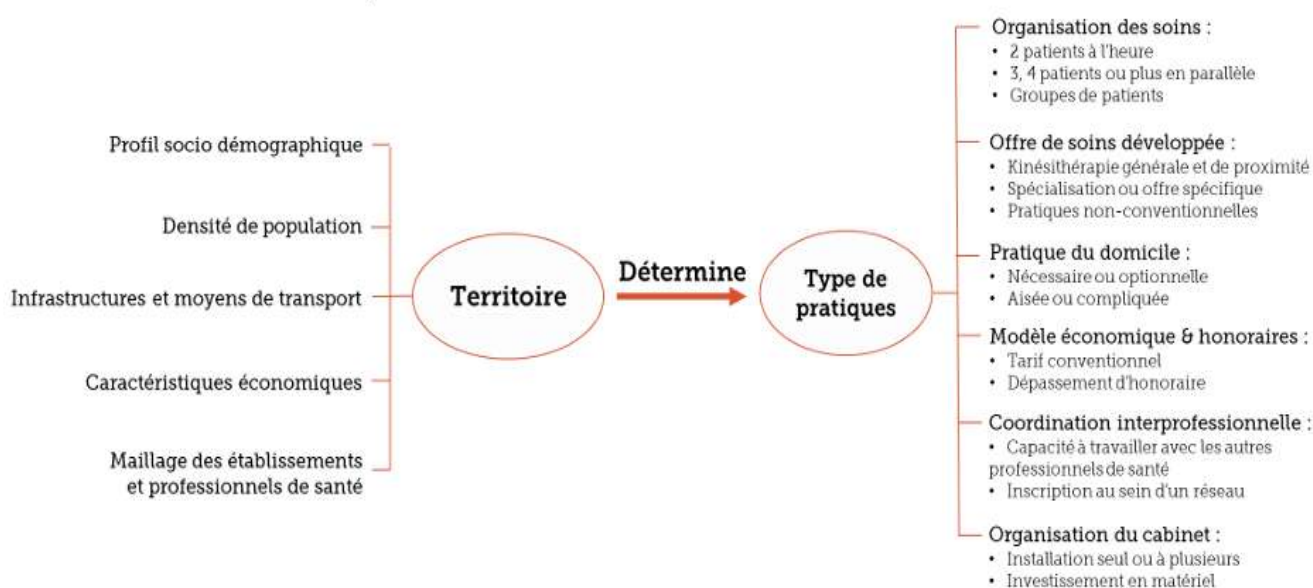


Figure 5 : Synthèse des déterminants de la pratique libérale (URPS, 2019)

Néanmoins, nous verrons dans la partie suivante que malgré le caractère généraliste de la formation initiale en masso-kinésithérapie, le vaste champ de compétences et d'intervention à disposition du néo-diplômé, ainsi que l'offre de formation continue à sa disposition ; certains praticiens font le choix d'orienter leur pratique vers un certain domaine, un certain champ clinique ou type de patientèle.

2.3.3. Le domaine de prédilection, une introduction à l'exercice spécifique

Bien que le diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute français ouvre la pratique de l'ensemble des champs de compétences et d'intervention et que la demande de soins semble plutôt demander des profils généralistes ; on observe sur le terrain que les MK vivent leur pratique et l'identifient eux-mêmes comme « *généraliste* » ou « *spécifique* » (URPS, 2019). Certains d'entre eux développent une pratique préférentielle en faisant valoir un **domaine de prédilection**, pouvant se voir orienter certains types de patients selon le fonctionnement du cabinet où ils exercent. A côté de leurs confrères spécifiques, ceux-ci ont une pratique **polyvalente**, tout en ayant une **orientation préférentielle** (*épaule, neurologie...*). Ainsi, un domaine de prédilection est défini comme une **préférence marquée** pour une activité ou un objet (CNRTL, s.d.), rejoignant la notion d'exercice préférentiel, ce qui améliorerait donc l'expertise du MK (Mathieu, 2022a). Il s'agit d'une forme de pratique généraliste évoluant au fil du temps vers des tendances préférentielles, sans que celles-ci n'attirent une patientèle suffisante pour cristalliser une pratique qui n'en devienne prédominante (URPS, 2019). Il s'agit ici d'un continuum évolutif, se précisant le long de la carrière (Chipchase et al., 2016 ; Bennett & Grant, 2004). Dans le concept suivant, nous traiterons des facteurs allant cette fois-ci plutôt dans le sens d'une évolution vers une spécification de la profession, et des indices nous laissant entrevoir qu'il s'agit d'un concept prenant de l'ampleur.

RÉSUMÉ DU SECOND CONCEPT

- La **diversité du champ de compétences** s'intègre plutôt dans un objectif **généraliste**
- Chaque professionnel est capable de réaliser **l'ensemble des actes réglementés**
- La grande variété de **dispositifs et d'organismes** de formations permettent au MK de rester compétent et apte dans **l'ensemble des champs disciplinaires**
- Des difficultés **d'accès aux soins** persistent malgré une **démographie élevée** de MK
- Le **contexte territorial** impacte fortement la pratique, rendant la spécification **inadaptée** en fonction des territoires
- Certains praticiens développent malgré tout au fil du temps des **domaines de prédilections**

3. Troisième concept : Une évolution vers l'exercice spécifique ? Plutôt oui !

3.1. Développement de l'exercice spécifique : les actions mises en place

Si la formation initiale promeut un exercice généraliste, sa structure révèle des disparités notables entre les champs cliniques (*ex : nombre d'heures dédié en musculo-squelettique et en maxillo-facial*) (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes- Annexe III, 2015). Cette inégalité interroge la **réalité du caractère généraliste** des MK en sortie d'études. Les récentes mesures institutionnelles de la profession montrent qu'une **évolution** semble se dessiner à ce propos, illustrant l'ampleur grandissante prise par l'exercice spécifique et les spécificités d'exercice, que nous détaillerons dans cette partie.

3.1.1. Le répertoire opérationnel des ressources, un nouvel outil mis en place

Le 4 juin 2018, l'intégration des MK libéraux d'Île-de-France au Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) était officiellement lancée à Paris. Cet outil numérique, porté par le ministère de la Santé via les Agences Régionales de Santé (ARS) et mis en place par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) d'Île-de-France, permet aux MK de renseigner les spécificités d'exercice pratiquées dans leur cabinet (CNOMK, 2018). L'objectif est **d'améliorer l'accès aux soins** en facilitant l'orientation des patients vers les professionnels adaptés. En effet, alors que la pratique généraliste tend à se raréfier pour voir éclore des profils de plus en plus spécifiques, le ROR offre une meilleure **visibilité sur l'offre de soins** disponible sur une zone donnée. Chaque MK peut s'y inscrire à l'aide de sa carte de professionnel de santé et renseigner son activité, tout en accédant aux informations de ses confrères. Cette initiative est l'un des premiers signes en faveur d'une **évolution progressive** de la profession vers une structuration plus spécifique (CNOMK, 2018).

3.1.2. L'annuaire des spécificités d'exercice, une actualité du CNO

Une des actualités récentes du CNO est l'ajout sur leur site Internet d'un module dédié à un **annuaire** des MK ayant déclaré leur(s) spécificités d'exercice. Celui-ci permettra aux patients de rechercher un professionnel en fonction de leurs besoins et de leur localisation (CNOMK, 2025b). L'objectif est d'améliorer la visibilité des pratiques spécifiques auprès du public. Pour y figurer, le MK doit être titulaire d'une spécificité reconnue (Avis CNO 2023-02) et répondre aux critères réglementaires définis par le CNOMK. Cette initiative témoigne également de la volonté croissante d'octroyer une **place plus importante** à l'exercice spécifique.

Figure 6 : Module du site de l'Ordre concernant les spécificités reconnues (CNOMK, 2025b)

3.1.3. L'Union Régional des Professionnels de Santé

Enfin, les URPS contribuent également à l'amélioration de l'offre de soins à l'échelle régionale (Code de la Santé Publique, Art. L4135-4). A La Réunion, l'URPS-MK-OI joue un rôle institutionnel distinct de celui des syndicats et de l'Ordre, et bien que leurs actions soient complémentaires, celui-ci œuvre pour structurer et améliorer l'organisation des soins (URPS-MK-OI, 2022). La mise en place par cet URPS il y a quelques années de son **propre annuaire**, contenant le n° RPPS⁶, la localisation des cabinets, ainsi qu'un onglet « *spécificités* », témoignent également en faveur d'une évolution vers l'exercice spécifique en kinésithérapie (URMKOI, s.d.). Ainsi, avec l'essor de cet exercice spécifique, les « *MK spécifiques* » semblent au cœur du sujet.

3.2. Le masseur-kinésithérapeute spécifique : « l'expert » de son domaine ?

3.2.1. La notion d'expert

La kinésithérapie s'inscrit dans une dynamique commune à de nombreuses disciplines où l'étude des pratiques expertes permet d'améliorer les compétences professionnelles et la formation des futurs praticiens (Jensen et al., 2000 ; Islean, 2020). « *L'expert* » serait défini comme un professionnel « *ayant acquis une grande habileté et un grand savoir-faire, grâce à une longue expérience* » (CNRTL, s.d.). La spécialisation, elle, se définirait par « *le fait de se concentrer sur une compétence ou un domaine particulier et d'en devenir un expert* » (Bennett

⁶ Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) est le fichier de référence des professionnels de santé, commun à tous les organismes du secteur sanitaire et social français. Il est élaboré par l'État en collaboration avec les différents Ordres et l'Assurance Maladie, et il répertorie l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de chaque professionnel (Assurance maladie, 2025a)

& Grant, 2004). Il s'agirait donc d'un MK ayant une compétence de soins acquise en concentrant sa formation continue et personnelle. Dans le champ de la kinésithérapie, l'expertise repose ainsi sur un paradoxe entre des notions objectives et subjectives **d'expérience acquise sur le terrain**, la rendant plutôt intangible, ambiguë, et dépourvue de cadre normatif clair. Cette ambiguïté soulève plusieurs questions fondamentales sur sa validation par un organisme, par les pairs, les patients ou par le praticien lui-même. Quels critères retenir : **diplômes** ou **expérience de terrain** ? Nous verrons que ces interrogations ont influencé notre méthodologie, où déterminer le moment où l'on peut légitimement s'identifier ou identifier quelqu'un comme un expert s'avère complexe. Enfin, il est important de ne pas instaurer de hiérarchisation entre les MK, mais de s'intéresser à ces nouveaux profils spécifiques exerçant dans des champs restreints, étant un argument en plus envers une évolution spécifique, et qui semblent également intéresser les plus jeunes.

3.2.2. Profils spécifiques et projections des étudiants sur l'avenir de leur exercice

Les MK « *spécifiques*⁷ » semblent se distinguer par leur **réputation** et leur **expertise ciblée**, attirant une patientèle hors de leur quartier, n'étant que marginalement en prise avec leurs besoins locaux. Dans l'étude de l'URPS (2019), les MK interrogés du 16^e arrondissement de Paris accordent une grande place à la spécification, leur valant une **reconnaissance** et une identification par le monde médical. Cette reconnaissance les amène souvent à intervenir dans les IFMK pour assurer des heures d'enseignement, incarnant parfois des modèles pour les **étudiants** (URPS, 2019). Ces derniers, influencés par la **réforme du diplôme** et les nouvelles aspirations professionnelles, attendent les fruits en termes de reconnaissance à la fois médicale et sociale de cette revalorisation, et sont nombreux à se projeter dans un exercice spécifique : plus d'un tiers des étudiants de quatrième année envisageraient cette voie (URPS, 2019). Certains directeurs d'IFMK soulignent cet attrait, notant que les MK spécifiques « *font rêver les étudiants, qui veulent exceller dans un domaine* ». Plusieurs acteurs de la profession décrivent ce phénomène nouveau où de plus en plus de néo-diplômés s'orientent, dès la sortie de leur cursus d'études, vers un exercice spécifique, confirmant ainsi le tournant pris par la profession sur la spécification progressive des néo-diplômés (Ragueneau, 2023).

⁷ Afin de conserver une certaine facilité et une fluidité de lecture, et au vu de notre étude portant sur les représentations et le type de pratique des MK, nous utiliserons ce terme afin de définir un MK disposant d'une spécificité d'exercice et identifiant sa pratique clinique comme telle.

3.2.3. Intérêts de l'exercice spécifique pour les praticiens

L'exercice spécifique offre donc à certains professionnels un moyen de réenchanter leur travail, se traduisant par une meilleure autonomie et une certaine marge de manoeuvre dans leur exercice (*reconnaissance⁸ professionnelle, compétences supplémentaires, sélection de patientèle...*), où ce phénomène rappelle une dynamique similaire envers l'ostéopathie, perçue comme un moyen de s'affranchir partiellement de la prescription médicale (URPS, 2019). À l'instar des spécialistes chez les médecins, les MK spécifiques se trouveraient donc au milieu de **réseaux professionnels** dans lesquels ils seraient reconnus pour leur expertise par leurs pairs. Cliniquement, l'exercice spécifique est associé à une garantie de qualité d'expertise, permettant potentiellement des prises en charges plus efficaces et en **moins de séances**, ce qui représenterait un atout majeur pour le système de santé (Mathieu, 2022b ; Skinner et al., 2015). Cependant, l'exercice spécifique connaît certaines limites, sur le plan financier notamment.

3.2.4. Exercice déconventionné des masseurs-kinésithérapeutes

Parmi les limites de l'exercice spécifique, nous notons certaines revendications sur l'expérience acquise par un MK au fil des années, reconnue de facto par ses patients ainsi que par les professionnels de santé de son entourage (Conrad, 2022b). En effet, le système conventionnel actuel ne distingue pas financièrement l'expertise spécifique des praticiens, tournant alors certains vers des activités complémentaires **déconventionnées**, où la spécification est décrite comme un critère déterminant de cette démarche (Sonnet, 2020). Pourtant, le cadre légal français n'autorise des dépassements d'exigences que dans des cas précis (*interventions en dehors des horaires classiques, déplacements exceptionnels...*). Les **dépassements d'honoraires** (DH) restent quant à eux illégaux, ce qui questionne la légitimité des revendications d'une tarification supérieure des actes « *spécifiques* » par certains praticiens (Conrad, 2022b). Cette tension entre **expertise clinique** et **uniformité tarifaire** interroge l'adéquation du modèle conventionnel actuel face à l'émergence des pratiques spécifiques, comme en témoignent les récents débats sur la réforme de la nouvelle Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

⁸ Cette reconnaissance est à la fois symbolique (reconnaitances des pairs et des patients sur ses compétences etc...) mais aussi matérielle (le temps passé et la compétence acquise sont rétribués à un niveau jugé juste, établi par le praticien lui-même) (URPS, 2019)

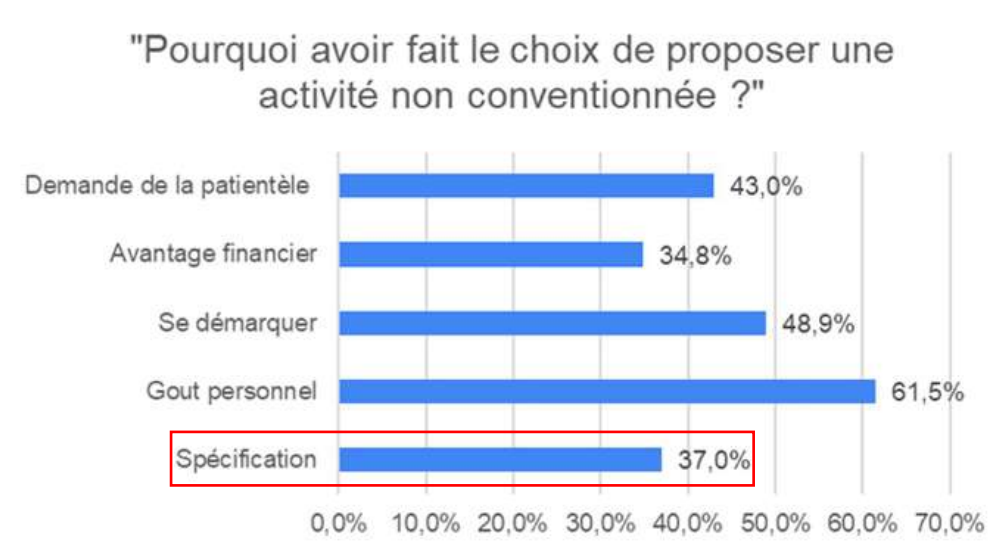


Figure 7 : Facteurs motivant une activité complémentaire déconventionnée (Sonnet, 2020)

L'ensemble de ces paramètres sur l'évolution de la profession et de ses outils afin de promouvoir l'exercice spécifique, ses intérêts, et ses limites notamment sur le plan financier, nous amènent à nous interroger sur ces **évolutions du système de santé**, notamment de la proposition d'une nouvelle NGAP, que nous abordons ci-dessous.

3.3. Evolutions du système de santé : nomenclature et loi transpartisane

3.3.1. Avenant 7 et nouvelle nomenclature générale des actes professionnels

Selon les auteurs, l'exercice spécifique répondrait à la transformation du système de santé, en lien avec les contraintes exprimées par l'ensemble des professionnels de santé (URPS, 2019). L'avenant du 13 juillet 2023 prévoit l'entrée en vigueur de diverses mesures, dont une revalorisation tarifaire ainsi qu'une **nouvelle nomenclature** détaillant 80 nouveaux actes professionnels (Assurance Maladie, 2025b). Cette réforme remplace ainsi les lettres AMC/AMS (*affections orthopédiques et rhumatologiques*) par 20 nouvelles références pour esquisser une plus grande variété de pathologies et de contextes. L'objectif de cette NGAP pour les instances régionales et nationales est d'obtenir des données plus fines sur l'activité des MK, jusqu'alors mal documentée. Celle-ci fixe le cadre des actes remboursés par l'Assurance Maladie (CDO du Gard, s.d), et révèle que 62% d'entre eux concernent la **rééducation ostéo-articulaire** (Sécurité Sociale, 2018). Au vu de cette prédominance du champ musculo-squelettique et des actes concernés, la spécification d'exercice dans ce domaine pourrait ainsi s'avérer pertinente, mais s'agit-il réellement de l'avenir de la profession ?

3.3.2. Avenir de la kinésithérapie et dynamique de spécification

Pour conclure notre concept, le 17 septembre 2024, le député Stéphane Viry a déposé une loi transpartisane sur la kinésithérapie, ayant pour but une meilleure reconnaissance des compétences et une **valorisation des spécificités d'exercice** (FFMKR, 2024). Cette proposition construite à l'initiative de la FFMKR et des syndicats, permettrait de faire un bond en avant pour notre profession. Ces dernières années ont vu l'émergence de diverses stratégies mises en place, sous une volonté d'amélioration de la qualité des soins, dont parmi elles, nous notons la reconnaissance des spécificités d'exercice. Cette **dynamique de spécification** est illustrée par les résultats de l'étude de l'URPS Île-de-France sur le sujet (URPS, 2019). En effet, alors que seulement 5% des MK déclaraient se spécifier initialement dès leur entrée dans la vie active par le passé, ils seraient aujourd'hui 26% à affirmer que leur activité principale est fondée sur une forme de kinésithérapie spécifique. Cette évolution serait perçue comme une étape importante dans l'amélioration de la profondeur et de l'étendue des connaissances d'une discipline, signe d'une profession **en pleine maturation** (Bennett & Grant, 2004), où la préférence de l'exercice spécifique semble se développer dans d'autres régions du monde (Fabunmi et al., 2020).

RÉSUMÉ DU TROISIÈME CONCEPT

- La création d'**outils** favorisant le **développement des spécificités** voit progressivement le jour
- **L'expertise** d'un MK dans un domaine est difficilement évaluable
- Les MK spécifiques et l'exercice spécifique attirent, notamment les **étudiants**
- L'exercice spécifique peut permettre une certaine **marge de manœuvre** dans la pratique du MK
- Le **système de rémunération** conventionnel ne différencie pas les MK
- L'ajout d'une nouvelle **NGAP** permet potentiellement de mieux renseigner l'activité des MK
- Certaines **mesures juridiques** illustrent la dynamique **d'évolution spécifique** de la profession

Ainsi, nous avons vu à travers nos deux derniers concepts que différents facteurs en faveur ou en défaveur d'une spécification de la kinésithérapie apparaissent au sein de la littérature et dans la profession. Mais alors, si cette tendance semble se développer, qu'en pensent les praticiens eux-mêmes ?

4. Quatrième concept : Représentations sur l'évolution de la kinésithérapie

4.1. La notion de représentation : un système de croyances partagées

Selon Denise Jodelet (2003) et Serge Moscovici (1984), les individus construisent des représentations leur permettant de partager une vision du monde, parfois en convergence, parfois en conflit. Intrinsèquement sociales (Valence, 2010), celles-ci influencent la définition de la réalité, son interprétation, et la prise de position à son égard, en lui donnant un sens, permettant de se construire une vision commune d'un objet, concept ou réalité sociale. Ce modèle esquisse leur **caractère dynamique**, et le rôle des interactions sociales et de l'évolution des connaissances dans leur construction (Bonardi, 2010 ; Juan et al., 2015). Via leur caractère social, ces représentations peuvent de surcroît être **professionnelles**, étant des constructions mentales partagées au sein d'un même métier, afin de donner du sens à la pratique, d'évaluer des évolutions ou de justifier des normes. Elles peuvent être utiles afin de mesurer les **clivages d'opinions**, les **enjeux perçus**, et la **perception du changement**. Nous étudierons ainsi les **représentations professionnelles** de différents MK de l'île de La Réunion sur l'évolution de la spécification, entendue comme le **système de croyances et de normes partagées** par tout ou parties des membres de cette profession, pouvant être vues comme une vision fonctionnelle du monde (Piasser, 2013). Ainsi, certaines données préexistantes peuvent nous guider.

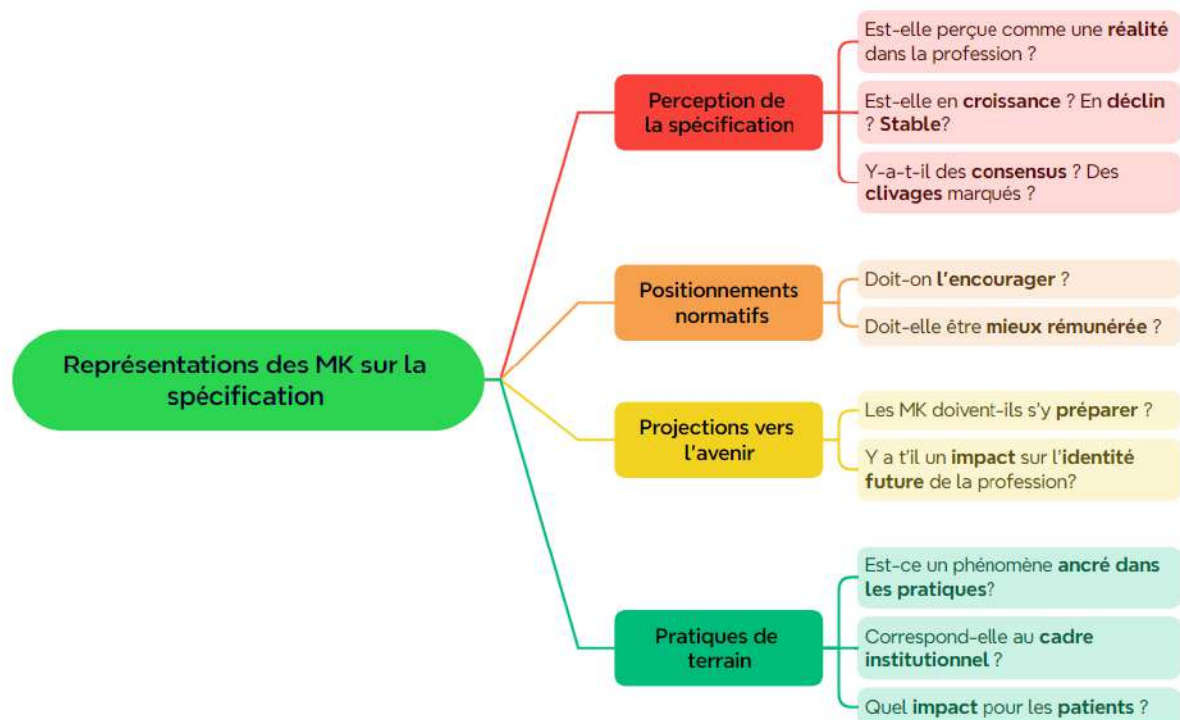


Figure 8 : Schéma des dimensions d'analyse des représentations de la spécification

4.2. Représentations des professionnels : l'exercice généraliste

Selon l'enquête nationale menée par la FFMKR, 50% des MK ne disposant pas de spécificité d'exercice ne ressentent ni l'envie, ni le besoin de se spécifier. (FFMKR, 2022c). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce choix.

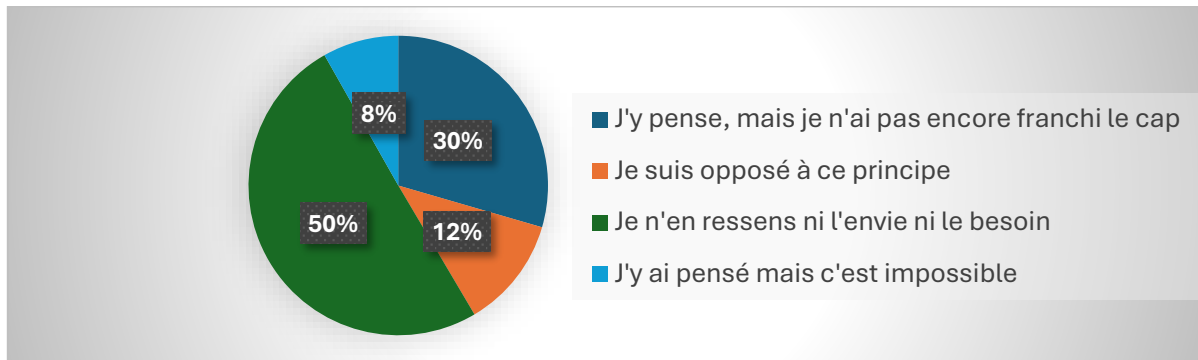


Figure 9 : Motifs de non exercice de spécificité d'exercice (FFMKR, 2022c)

Parmi les facteurs expliquant le choix de l'exercice généraliste, nous notons certaines contraintes d'ordre financières, liées à la patientèle, à l'offre de formation, ou encore purement personnelles. L'évolution spécifique pourrait donc être perçue comme **impossible** par certains.



Figure 10 : Motifs d'orientation généraliste exprimés par les MK (FFMKR, 2022c)

A l'inverse, les motivations à se spécifier sont multiples (Fabunmi et al., 2020) (*rencontre fortuite, expérience de stage marquante, affinités personnelles, hasard de la vie...*). Avec ces **différents profils de praticiens**, les **opinions** et les **représentations** peuvent ainsi diverger. Ainsi, que pensent les MK de la situation actuelle de l'exercice spécifique et généraliste ?

4.3. Représentations des professionnels : l'exercice spécifique

Lorsque l'on interroge les MK, l'exercice généraliste et spécifique sont vus comme nécessaires (FFMKR, 2022c), et les spécificités sont vues comme une **réalité croissante**, ne semblant pas générer de clivage majeur dans la profession. Toutefois, au Royaume-Uni, il est parfois prévenu du danger d'une **fragmentation de la profession** via la spécification, où les praticiens doivent travailler ensemble afin de faire valoir une **identité commune** (Kell & Owen, 2013). Nous rappelons ici les inquiétudes exprimées par certains acteurs de la profession sur la **perte de polyvalence** lié à une spécification progressive (Ragueneau, 2023). Mais alors quelle vision de l'exercice spécifique prédomine, en particulier sur l'île de La Réunion ?

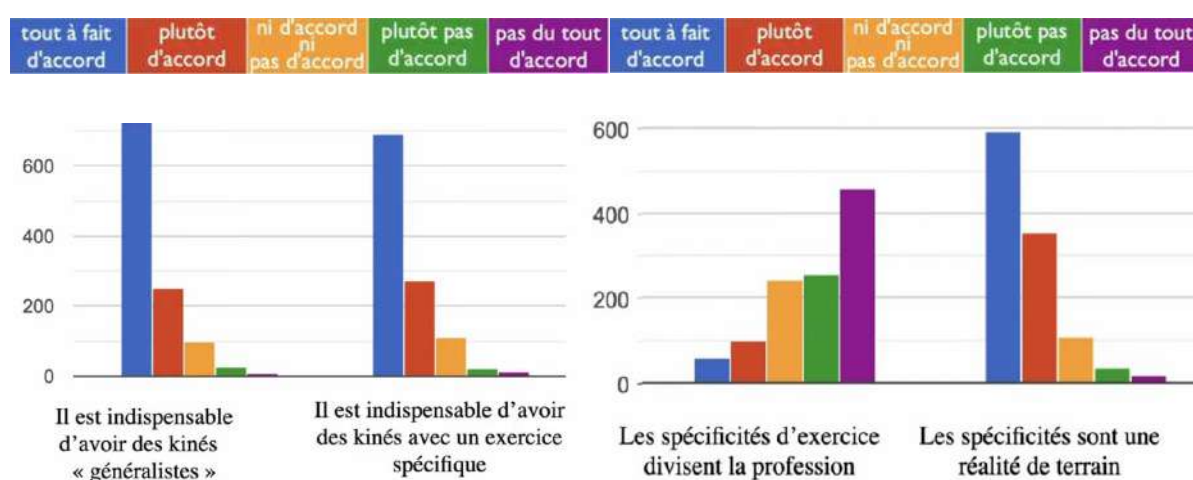


Figure 11 : Représentations des MK sur la situation actuelle des spécificités, et la nécessité de praticiens généralistes et spécifiques (FFMKR, 2022c).

RÉSUMÉ DU DERNIER CONCEPT

- Les représentations permettent de partager une **vision fonctionnelle** du monde
- Elles s'entendent comme le **système de croyances et de normes partagées** par les individus
- Différentes **contraintes** à la pratique d'un exercice spécifique peuvent apparaître
- Les spécificités d'exercice sont perçues comme une **réalité croissante et non clivante**
- Une évolution vers la spécificité interroge sur la **fragmentation de la profession**, la perte de **polyvalence de pratique et d'identité commune** de la profession

La Figure 12 ci-dessous résume notre cheminement de pensée à travers les quatre concepts développés au sein de ce cadre théorique, et nous amène à notre question de recherche :

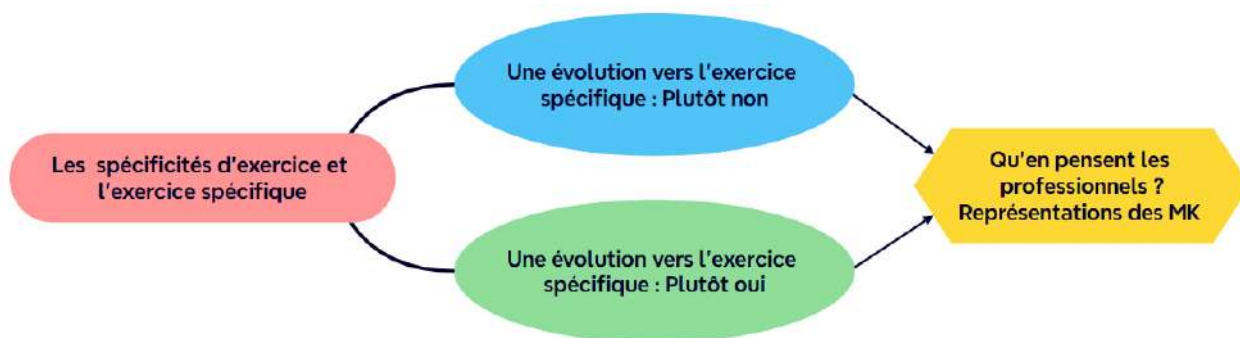


Figure 12 : Schéma récapitulatif des quatre concepts développés au sein du cadre théorique

III. QUESTION DE RECHERCHE

Au vu de notre questionnaire sur **l'évolution** de la kinésithérapie libérale vers l'exercice spécifique et ses **potentiels enjeux**, nous orientons notre étude sur le sujet. La profession couvre un large champ d'intervention, et avec les 17 spécificités mentionnées, il paraît difficile d'exceller dans chaque domaine. L'idée de centrer son exercice sur un champ restreint peut à première vue sembler pertinente pour le MK, mais d'autres enjeux sont à considérer. Mes recherches montrent qu'il persiste des différences d'opinions sur le sujet (FFMKR, 2022c) mais que les diverses actions mises en place par les organismes régulateurs de la profession (*cf. Troisième concept*) témoignent de la place grandissante de cette notion. A notre connaissance, très peu d'études ont été réalisées sur les représentations des MK sur ce sujet. Nous tenterons cette approche. Il ne faudrait pas, en développant l'exercice spécifique, scinder la profession en 2 parties qui ne se reconnaîtraient plus (Conrad, 2022b). Malgré la présence de signes évocateurs d'une évolution dans ce sens, nous ignorons si les praticiens seraient favorables à celle-ci, et si celle-ci est prédominante ou marginale, plus particulièrement à La Réunion. La question de recherche et sa problématisation déterminent eux-mêmes le choix des moyens pour l'analyse (Duchastel & Laberge, 2019). Ce mémoire vise à prendre le rôle d'un chercheur externe transformant sa propre interrogation personnelle en une question de recherche et d'y répondre. De type descriptive, elle interroge la vision des MK eux-mêmes :

Quelles sont les représentations des masseurs-kinésithérapeutes libéraux généralistes et spécifiques de l'île de La Réunion sur l'évolution de leur profession au sujet de l'exercice spécifique et généraliste ?

IV. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

1. Objectifs de l'étude : analyse des représentations et état des lieux

L'objectif et **critère de jugement principal** de l'étude est l'évaluation des **représentations** des MK libéraux généralistes et spécifiques de l'île de La Réunion sur la spécification d'exercice. Nous cherchons à **comparer** à grande échelle des différences ou des ressemblances de représentations entre des groupes de différents profils de MK afin d'apprécier les tendances sur l'évolution de la profession entre l'exercice spécifique et généraliste et les enjeux évoqués.

L'objectif secondaire de l'étude est la réalisation d'un **état des lieux** des spécificités d'exercice et de l'exercice spécifique et généraliste à La Réunion, à travers une analyse du cadre réglementaire, de la pratique actuelle, des spécificités représentées et de l'exposition aux différents champs cliniques retrouvés en milieu libéral. Ces données pourront être corrélées au **contexte des représentations** afin d'en dégager une analyse pertinente.

2. Type d'étude : méthodologie mixte séquentielle explicative

Il s'agit d'une **étude mixte séquentielle explicative**. Celle-ci se définit comme « *une recherche dans laquelle l'enquêteur recueille et analyse des données, intègre les résultats et tire des conclusions en utilisant des approches ou des méthodes qualitatives et quantitatives dans une seule et même étude* » (Doyle et al., 2016, Cousi, 2020). Ainsi les limites d'une étude seront compensées par les forces de l'autre (Mengshoel, 2012). Nous réaliserons une 1^{ère} phase quantitative, permettant une analyse à grande échelle des représentations des MK, en plus d'établir un « *état des lieux* » des spécificités à La Réunion, une analyse statistique avec une identification des résultats-clés ; et une 2nde phase qualitative venant **approfondir** et **enrichir** ces résultats et préciser d'éventuels résultats inattendus (Pluye, 2023).

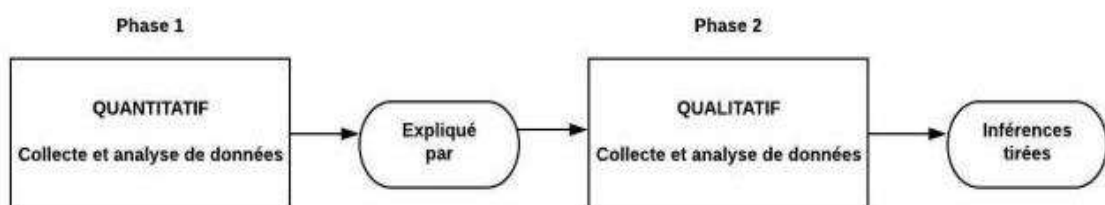


Figure 13 : Schématisation de la méthode mixte séquentielle explicative

Mes objectifs ne correspondent pas exclusivement à une méthode qualitative ou quantitative, d'où le choix d'une méthode mixte permettant **d'aborder plus largement** les différents points de ma question de recherche. Celle-ci offre une meilleure compréhension du phénomène étudié, ici la spécification d'exercice en kinésithérapie et son avenir, afin d'assurer une plus grande confiance aux conclusions apportées (Anadón, 2019). Cette approche est utilisée car nous souhaitons à la fois étudier un corpus de données quantitatives sur la base de données statistiques solides ; ainsi que d'explorer en profondeur ces données en seconde phase (Morvannou et al., 2019), dont le recrutement des sujets s'en retrouve facilité.

Tableau IV : Types de méthodes mixtes (Creswell, 2015, Halcomb & Hickman, 2015)

Type	Objectif	Déroulement
Séquentielle exploratoire	Les données quantitatives permettent d'élargir les données qualitatives récoltées	Qualitatif puis Quantitatif
Séquentielle explicative	L'apport qualitatif permet d'enrichir les données quantitatives	Quantitatif puis Qualitatif
Convergente	Evaluer et comparer des données qualitatives et quantitatives	Qualitatif + Quantitatif indépendamment

La méthode mixte impose un mélange des données qualitatives et quantitatives à chaque étape, qualifié **d'intégration** des données, combinant intentionnellement les composants. Il s'agit d'un processus dynamique et interactif dans le cadre d'une conception spécifique aux méthodes mixtes (Skamagki et al., 2022), via un entrelacement des composantes quantitatives et qualitatives plutôt qu'un simple résumé de chacune. Nous utiliserons une approche par **connexion** (*les MK de la partie qualitative sont des MK sondés lors de la partie quantitative*) ainsi qu'une approche par **construction** (*les résultats quantitatifs seront présentés lors de l'entretien*) (Fetters et al., 2013), confirmant bien le modèle séquentiel explicatif. Une **approche narrative contigu et conjointe** sont sélectionnées : les deux parties seront analysées séparément (Skamagki et al., 2022) puis une **présentation conjointe** des résultats sera réalisée.

3. Première partie de l'étude : quantitative descriptive et analytique transversale

Notre étude quantitative est **observationnelle**, où nous nous limiterons à observer et analyser la relation entre des variables, sans les manipuler. L'approche choisie est **transversale**, car il s'agit de « *faire le point à un instant donné* », en étudiant une population sur une période courte dans un cadre géographique précis, ici La Réunion (Merrer, 2020). Elle combine une phase **descriptive**, notamment pour notre objectif secondaire d'état des lieux, sans étude des liens de cause à effet, et une phase **analytique**, réalisée afin de tester nos **hypothèses de recherche** concernant notre objectif principal sur les représentations, permet une comparaison de différents groupes de MK sur leurs représentations, selon des variables dépendantes et indépendantes. Ces hypothèses de recherche correspondent à des conjectures sur l'explication d'un phénomène (Livian, 2015), et sont formulées ci-dessous, de mêmes que nos différentes variables impliquées (Tableau V). Elles doivent être **claires, plausibles, et vérifiables** (Fortin & Gagnon, 2016). Afin de mener au mieux cette étude quantitative, un **auto-questionnaire** en ligne a été choisi comme outil (Annexe II), détaillé dans les parties suivantes.

Tableau V : Formulation de nos hypothèses de recherche et variables impliquées

Hypothèse	Intitulé de l'hypothèse
H1	« Les représentations sur l'avenir de l'exercice spécifique et généraliste au sein de la profession dépendent du type de pratique identifié des MK , soit <i>généraliste ou spécifique</i> . »
H0	« Les représentations sur l'avenir de l'exercice spécifique et généraliste au sein de la profession ne dépendent pas du type de pratique identifié des MK , peu importe qu'ils soient généralistes ou spécifiques. »
Variables	Intitulé de la variable
Variable dépendante (VD)	Représentations des MK sur l'avenir de l'exercice spécifique et généraliste (<i>Représentations actuelles, représentations financières, collaboration, représentations sur l'avenir</i>).
Variable indépendante (VI)	Type de pratique identifié du MK (<i>catégories généralistes ou spécifiques</i>)

4. Seconde partie de l'étude : qualitative d'analyse thématique inductive

Afin d'explorer en profondeur les expériences, croyances et caractéristiques individuelles (Barroga et al., 2023), une approche **d'analyse thématique inductive** a été adoptée, afin de compléter les résultats obtenus en 1^{ère} phase. Pour cette phase qualitative, nous avons utilisé des **entretiens individuels semi-directifs**, s'agissant du type d'entretien le plus utilisé (Baribeau & Royer, 2013 ; Imbert, 2010), et étant parfaitement adaptés à notre objectif d'étude des représentations (Demoncy, 2016). Ces derniers ont été réalisés en présentiel ou en visio-conférence via la fonctionnalité *Google Meet*. Pour les mener au mieux, un **guide d'entretien** a été produit (Annexe III) (Combessie, 2007). Notre échantillonnage est intentionnel (Trimbur et al., 2022), et les grands thèmes ont été définis **en amont** à partir des résultats de l'étude quantitative, tout en incluant des questions ouvertes explorant d'autres dimensions, permettant aux sujets de développer librement leurs points de vue et explorer des dimensions contextuelles propres à La Réunion. Un **formulaire de consentement** leur a été transmis (Annexe IV), permettant de renforcer leur investissement et leur confiance (Aubin-Auger et al., 2008).

L'étude mixte globale suit une approche principalement hypothético-déductive, où l'hypothèse H1 est formulée et testée avec la phase quantitative, puis approfondie par la phase qualitative. Toutefois, celle-ci permet d'affiner H1 en intégrant des nuances imprévues issues du terrain. Ce va-et-vient partiel entre théorie et terrain relève d'une **démarche abductive** complémentaire (Hallée & Garneau, 2019), sans remettre en cause notre approche initiale.

5. Description de l'échantillon : MK libéraux exerçant sur l'île de La Réunion

Les critères d'inclusion permettent de définir les caractéristiques de la population cible d'où sera extrait l'échantillon (Patino & Ferreira, 2018). Les diplômés en France et à l'étranger sont inclus. Nous étudions les représentations des MK libéraux concernant l'exercice spécifique et généraliste et leur évolution sur l'île de La Réunion, ainsi qu'un état des lieux sur ce territoire, il convient donc de ne pas inclure les MK exerçant ailleurs que sur celui-ci. Enfin, les MK exerçant en salariat ne sont pas inclus, de même que les étudiants et les MK retraités. Notre population cible supposée est d'environ **1954 MK** (CNOMK, 2022d).

Tableau VI : Critères d'inclusion de l'échantillon de l'étude

	Etude quantitative	Etude qualitative
	Critères	Critères
Inclusion (Patino & Ferreira, 2018)	Âge > 18 ans Volontaire pour l'étude MKDE ou équivalence Inscrit au tableau de l'Ordre Exerçant actuellement à la Réunion Secteur libéral / mixte Détenteur ou non d'une spécificité d'exercice	Avoir participé à l'étude quantitative Avoir rempli des coordonnées pour la seconde phase Disposer ou non d'une spécificité d'exercice
Non-inclusion (Patino & Ferreira, 2018)	Ne pas être MKDE ou titulaire d'une équivalence Ne pas être volontaire Ne pas être inscrit au tableau de l'Ordre Exercer en salariat (<i>hôpital/centre de rééducation</i>) Être étudiant en masso-kinésithérapie (<i>L2, L3, M1, M2</i>) Ne pas parler français Ne pas être en cours d'exercice actif	Ne pas être volontaire Ne pas lire et parler français Avoir participé aux pré-tests ou à l'entretien semi-directif exploratoire
Exclusion (Patino & Ferreira, 2018)	Ne pas remplir le questionnaire jusqu'au bout (<i>excepté dernière question facultative</i>)	Ne pas avoir terminé l'entretien Problèmes techniques Refus d'être enregistré Hors sujet Droit de retrait

6. Contexte de l'étude : méthode de classement, questionnaire, SPSS

Notre étude se concentre sur les 17 spécificités d'exercice arrêtées par le CNO, excluant les diverses techniques illusoires. Les critères réglementaires de celles-ci (*cf. Premier concept*) ne sont relatifs qu'à **l'affichage d'une spécificité** (CIDOMK, 2023), et non au fait de pouvoir identifier sa pratique comme spécifique, au regard de son **expertise** ou de sa **patientèle**, pour laquelle à notre connaissance, il n'existe aucun critère objectif. Un MK peut tout à fait partager son activité entre à la fois une pratique généraliste et une spécificité d'exercice, se répartissant entre les deux (Conrad, 2022b), et nombre d'entre eux occupent une **position intermédiaire**, mêlant patientèle variée et domaine de prédilection. Par ailleurs, la diversité de pratique des spécificités d'exercice, n'étant pas toutes reconnues par le CNO (*cf. Figure 1*), suggère qu'une certaine proportion de MK exercent une pratique spécifique d'un champ sans correspondre aux critères réglementaires. A l'inverse, certains praticiens peuvent identifier leur pratique comme généraliste selon leur patientèle usuelle, malgré des formations certifiantes.

Par conséquent, face à cette diversité de profils, de pratiques et de nos objectifs, notre choix de classement des groupes repose sur **l'auto-identification** du MK sur son propre **type de pratique**, où celle-ci prime sur les critères réglementaires, afin de refléter au mieux les **diversités des pratiques**. Nous définissons ainsi **4 catégories** (Figure.14) mutuellement exclusives à travers notre VI, offrant des groupes indépendants (Lee, 2022).

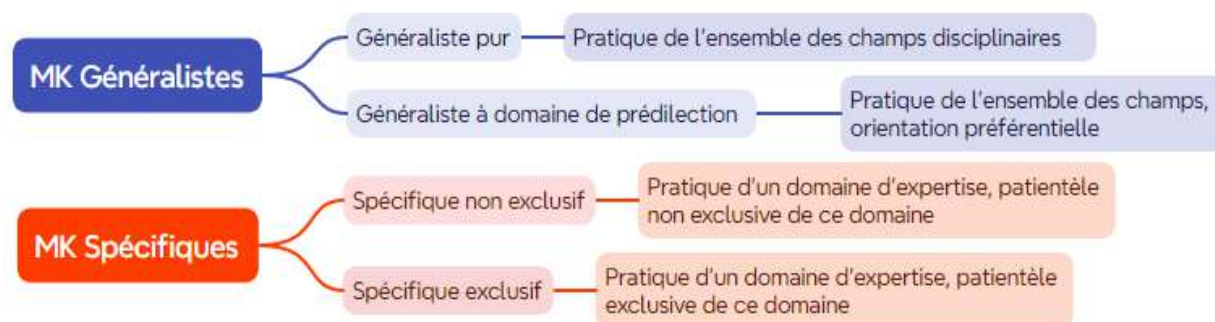


Figure 14 : Catégorisation des sujets selon l'identification de leur type de pratique (VI)

Pour toucher le maximum de sujets, notre questionnaire doit rester sur une durée cible de 10 minutes, afin d'optimiser le taux de réponse et récolter le maximum d'informations (Singly, 2020). Celui-ci a été réalisé sur la plateforme SphinxDeclic® conçue pour les enquêtes quantitatives. L'analyse des résultats a été réalisée sur les logiciels SPSS Statistics® et JASP®.

Quatre pré-tests (2 MK généralistes et 2 MK spécifiques en activité à La Réunion) ont permis d'affiner nos questions, d'estimer le temps de réponse moyen et de recueillir l'avis des participants sur le fond, la forme et la compréhension générale de l'outil. Par souci de pratique, elles ont effectué le test à distance. Un **entretien semi-directif exploratoire** en amont de l'enquête qualitative a également été réalisé le **20 mars 2025** afin de tester le guide d'entretien. L'ensemble des données de ces personnes n'ont pas été exploitées lors de l'enquête finale.

7. Construction de l'outil : 5 parties, 37 questions, 42 items, 10 minutes

Ayant trouvé des questionnaires sur les spécificités d'exercice (FFMKR, 2022c ; URPS, 2019), j'y ai repris certaines informations. En couplant ces derniers avec ma question de recherche, j'ai ainsi développé **mon propre questionnaire**. Celui-ci contient des questions fermées par souci de pratique et de facilité d'interprétation (Fenneteau, 2015). Il compte des **variables nominales** à choix unique (CU), à choix multiple (CM), et des **variables ordinales** d'échelles d'agrément de Likert (Kusmaryono et al., 2022) à 6 et 7 degrés utilisées pour les représentations, décrites comme parmi les plus fiables (Legardinier, 2013). Certaines questions

du critère de jugement principal contiennent une option neutre, en raison de leur caractère clivant et impersonnel. 2 questions mixtes ont été intégrées avec l'option « *autre* », permettant au sujet de développer. L'enquête intègre également une exploration de **l'exposition aux champs cliniques** rencontrés en milieu libéral (Panchout et al., 2017), comptant des échelles de Likert à 4 degrés mesurant la fréquence d'exposition à ces champs cliniques (Panchout et al., 2017). Bien que secondaire à l'étude des représentations, cette dimension permet d'observer le **contexte de pratique** des sujets interrogés, afin de compléter l'état des lieux et contextualiser certaines représentations. Au final, l'outil compte **5 parties, 37 questions et 42 items totaux**.

Tableau VII : Synthèse du questionnaire SphinxDeclic de l'étude quantitative

Partie	Nombre de questions	Format	Questions
Profil démographique	13	Nominales CU, Liste déroulante, Mixte (<i>Option « autre »</i>)	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13
Profil et type de pratique	6	Nominales CU, CM	15-16-22-23-24-25
Cadre réglementaire	5	Nominales CU	14-17-18-19-20
Exposition aux champs cliniques	1	Ordinales (<i>Likert 4 degrés</i>) sous forme de tableau de cases à cocher	27
Représentations	11	Ordinales (<i>Likert 6-7 degrés</i>), Nominales CU et CM avec option « <i>autre</i> », Métrique (0 à 10)	21-26-28-29-30-31-32-33-34-35-36

Concernant l'analyse statistique, le test non-paramétrique de **Kruskal-Wallis** a été utilisé (Ostertagova et al., 2014), permettant de comparer plus de deux groupes indépendants et déséquilibrés sur des **variables ordinales** (Okoye & Hosseini, 2024), comme pour notre cas. Des **comparaisons *post-hoc*** avec **correction de Bonferroni** (Tripathi & Pandey, 2017) ont également été réalisées afin d'identifier les différences inter-groupes. La p-value des tests et leur seuil alpha de significativité (0,05) (Tripathi & Pandey, 2017) permettent d'accepter ou rejeter notre hypothèse nulle. Si celle-ci est supérieure à 0,05, H0 retenue : « *Il n'y a pas de différence entre les groupes en ce qui concerne les représentations sur la spécification* », indiquant que la VD ne dépend pas de la VI. En revanche, si la p-value est inférieure à 0,05, alors il existe une différence significative entre les groupes, où H0 est rejetée.

8. Déroulement du recueil de données : 9 semaines de diffusion

La diffusion du questionnaire a été réalisée à travers différents canaux :

- Réseaux sociaux (*Facebook, Instagram, Whatsapp, Messenger*)
- Adresses mails des terrains de stages libéraux agréés par l'IFMK de La Réunion
- Adresses mails des anciens étudiants de l'IFMK de La Réunion
- Associations de spécificités d'exercice comme l'AKP-Run de pédiatrie et l'AKPR⁹.
- Envoi du questionnaire aux 6 différentes CPTS¹⁰ de l'île de La Réunion
- L'entourage, le réseau de proches et le « *bouche à oreilles* »
- Recueil fait au CIDOMK de La Réunion (Conseil interdépartemental de La Réunion et Mayotte, s.d.), avec une publication du questionnaire sur le site Internet de l'Ordre (Annexe V).

Le questionnaire a été diffusé du **23 décembre 2024** au **25 février 2025**, soit 9 semaines et 2 jours. La dernière réponse a été comptabilisée le 25 février. Un lien direct a été transmis via les réseaux sociaux, avec plusieurs relances le 03/01/25, le 13/01/25, le 23/01/25 et le 13/02/25. 307 mails ont été envoyés entre le 09/01/25 et le 31/01/25 avec une relance par destinataire le 20/01/25. Plusieurs réponses ont été enregistrées via une diffusion par « *bouche à oreilles* ». Les relances via les réseaux sociaux expliquent les pics dans la figure 15 ci-dessous.

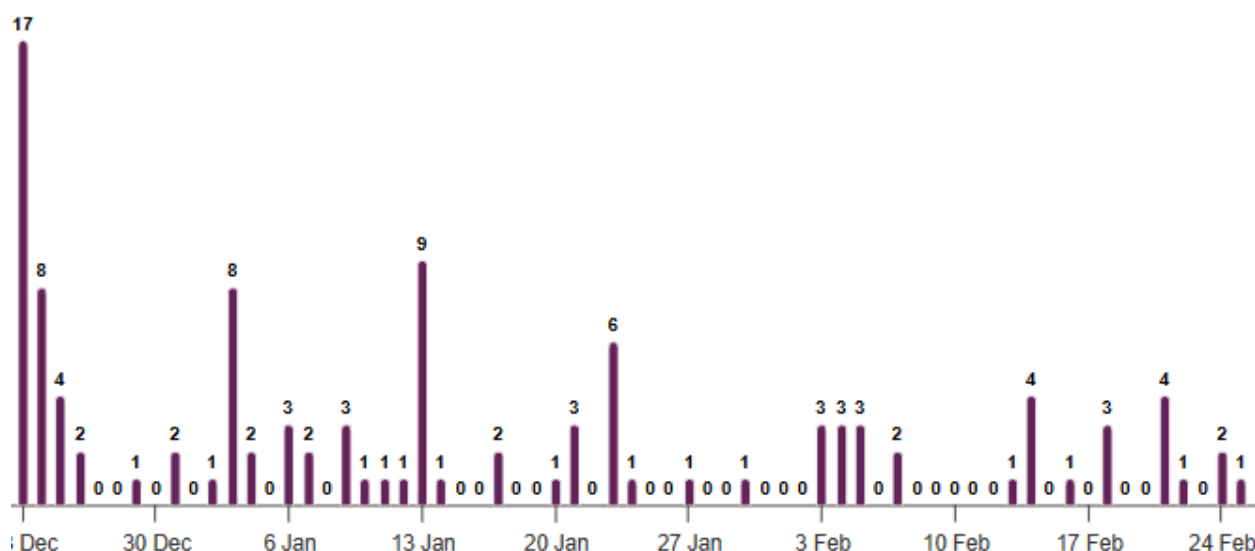


Figure 15 : Chronologie de la récolte de données sur 9 semaines de diffusion

⁹ Association Kiné Périnée de la Réunion

¹⁰ Communautés professionnelles territoriales de santé. Elles constituent un espace d'organisation et de coordination des professionnels de santé au bénéfice de la population sur un territoire donné. A La Réunion, on en dénombre 6 (*CPTS Australe, Réso, Ouest, Nord, Est, Grand Sud*) (ARS, 2023)

V. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

1. Etude quantitative : Analyse des résultats du questionnaire

1.1. Diffusion et collecte des données : 109 réponses, 9 minutes et 29 secondes

Les statistiques de notre questionnaire sont visibles sur SphinxDeclic® et permettent la compréhension de nos résultats. Les 18 participants non inclus à l'étude représentaient des étudiants en masso-kinésithérapie ou des MK exerçant ailleurs qu'à La Réunion (Tableau VIII).

Tableau VIII : Statistiques obtenues au questionnaire SphinxDeclic®

Nombre de visites	312
Nombre de réponses	109
Nombre de non-inclus	18
Abandons en cours de route	0
Réponses exploitées	91
Temps moyen de saisie	9 minutes et 29 secondes
Période de diffusion	Du 23/12/24 au 25/02/25
Mode de diffusion	Mailing, Réseaux sociaux, réseau de proches, CIDO
Mails envoyés	307
Appareils de saisie utilisés	75% de smartphones, 24% de PC, 1% de tablette

1.2. Description de l'échantillon : parité quasi-parfaite, exerçant à La Réunion

1.2.1. Démographie générale de l'échantillon

On constate que 51% des sujets sont des hommes, contre 49% de femmes. 47% des sujets sont diplômés depuis 2019, soit après le nouveau référentiel de formation. La moyenne d'année d'obtention du diplôme est de 2014, avec les plus anciens diplômés l'ayant obtenu en 1990, et les plus récents en 2024. L'enquête n'a touché que deux personnes exerçant dans le secteur mixte, incluses dans l'étude. Enfin, 27% des sujets possèdent d'autres diplômes d'études supérieures (Annexe VI). 45% des sujets sont dans la tranche 20-29 ans. Les résultats des tranches d'âges par groupes sont disponibles dans le Tableau X. En raison de l'absence de sujet ayant plus de 70 ans, cette catégorie **fut retirée** des tableaux d'analyses.

Tableau IX : Répartition des lieux d'obtention du diplôme des répondants à l'étude

Lieu d'obtention	La Réunion	France	Espagne	Belgique	Allemagne	Autre (Portugal)
Pourcentage (%)	24%	56%	7%	10%	2%	1%

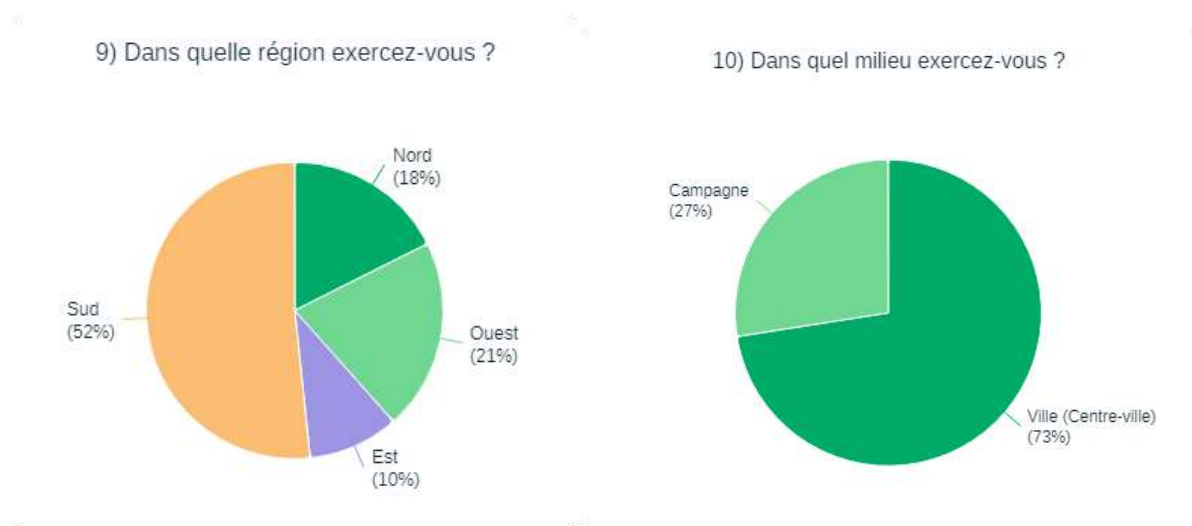


Figure 16 : Région et milieu d'exercice des sujets de l'étude

1.2.2. Démographie de l'échantillon par groupes de type de pratique

24) Vous considérez-vous plutôt comme un(e) MK généraliste prenant en charge tous types de patients ou spécifique prenant en charge plutôt un type de patientèle, région du corps ou système en particulier ?

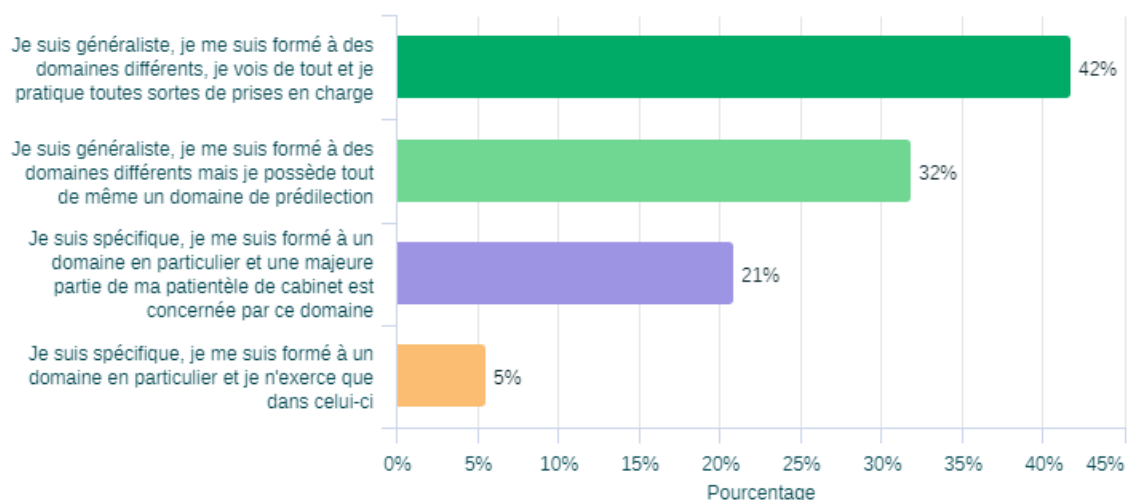


Figure 17 : Classement en quatre groupes des sujets selon leur type de pratique (Question 24)

Tableau X : Analyse démographique des quatre groupes des sujets interrogés

Groupes	Généralistes		Généralistes à domaine de prédilection		Spécifiques non-exclusifs		Spécifiques exclusifs	
Pourcentage (%)	42%		32%		21%		5%	
Effectif (E)	38		29		19		5	
Sexe	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
Hommes	58%	22	48%	14	42%	8	40%	2
Femmes	42%	16	52%	15	58%	11	60%	3
Âge	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
20-29 ans	63%	24	38%	11	21%	4	40%	2
30-39 ans	18%	7	28%	8	42%	8	40%	2
40-49 ans	16%	6	24%	7	32%	6	20%	1
50-59 ans	0%	0	10%	3	0%	0	0%	0
60-70 ans	3%	1	0%	0	5%	1	0%	0

Tableau XI : Croisement démographique entre groupes, statut et secteur des répondants

	Généralistes	Généralistes à domaine de prédilection	Spécifiques non-exclusifs	Spécifiques exclusifs
Remplaçant(e)	37%	14%	11%	0%
Assistant(e)	31%	38%	42%	20%
Titulaire	32%	48%	47%	80%
Total	100%	100%	100%	100%
Nord	11%	24%	16%	40%
Ouest	18%	14%	32%	40%
Est	16%	7%	5%	0%
Sud	55%	55%	47%	20%
Total	100%	100%	100%	100%
Ville	63%	66%	95%	100%
Campagne	37%	34%	5%	0%
Total	100%	100%	100%	100%

Lorsque l'on croise les données, la parité est globalement similaire entre les groupes et que la tranche d'âge des moins de 40 ans est la plus représentée parmi tous les groupes. Concernant le statut, les généralistes sont équivalents sur l'ensemble de ceux-ci, et à l'opposé, les spécifiques exclusifs sont à 80% titulaires de leur cabinet.

1.3. Cohérence interne : coefficients alpha de Cronbach et oméga de McDonald

Le **coefficient Alpha de Cronbach** (α) mesure la fiabilité interne d'un questionnaire, d'un ensemble de critères et de variables à travers les critères de stabilité, de cohérence et d'équivalence (DATAtab, s.d.). Bien que son utilisation soit remise en question dans la littérature pour les échelles de Likert (*données ordinales*) (Béland, 2018), l'Alpha a été utilisé afin d'évaluer toutes nos variables (Tableau XII). L'utilisation d'un autre coefficient, **l'Oméga de McDonald** (ω) (Orçan, 2023), plus adapté aux données ordinales, bien que souhaitée, n'a pu être réalisée que pour deux dimensions, en raison de l'effectif ($n = 91$) et du nombre d'éléments présents au sein des concepts : Pour l'exposition aux champs cliniques, où nous obtenons un résultat $\omega = 0,802$ indiquant une bonne cohérence interne, et pour les représentations sur la situation actuelle, où nous obtenons un résultat $\omega = 0,437$, signant une faible cohérence interne.

Les résultats des deux coefficients s'interprètent de la même manière, compris entre 0 et 1, indiquant une cohérence d'autant plus forte qu'ils se rapprochent de 1, bien que trop proche de 1 ($> 0,9$) puisse suggérer des items redondants (DATAtab, s.d.). Un résultat minimum de 0,7 est nécessaire pour une **interprétation valide** des résultats (Cho & Kim, 2015). Ainsi, étant donné que l'Oméga peut donner des résultats moins fiables que l'Alpha lorsque l'échantillon est petit ou que le nombre d'éléments est faible (Orçan, 2023), l'Alpha a été priorisé.

Tableau XII : Résultats du coefficient α de Cronbach du questionnaire (JASP, s. d.)

Variables/critères	α	Nombre d'éléments	Cohérence interne
Exposition aux champs cliniques	0,796	17	Bonne
Représentations sur la situation actuelle	0,151	4	Inacceptable
Représentations sur la collaboration	-0,072	2	Inacceptable
Représentations financières	0,642	2	Discutable
Représentations sur l'avenir	0,691	2	Discutable
Questionnaire global	0,569	27	Mauvaise

1.4. Présentation des résultats : objectif et critère de jugement principal

Par souci de lisibilité et de cohérence avec nos objectifs, les questions ne sont pas présentées dans leur ordre initial, mais par ordre d'objectifs principaux et secondaires de notre recherche, expliquant leur enchaînement non chronologique. Le déroulé chronologique de celles-ci au sein du questionnaire est disponible en Annexe II.

1.4.1. Synthèse de l'ensemble des questions sur le sujet des représentations

Les résultats de comparaison des représentations des quatre groupes effectuée grâce à nos variables à échelles de Likert et mesurant ces représentations sous différents angles sont présentés ci-dessous (Tableau XIII). Pour les **représentations financières** par exemple, les modalités revenant le plus souvent (Q33) sont « *Plutôt d'accord* » et (Q34) « *Plutôt pas d'accord* ». La **médiane** de ce critère se situe ainsi entre 3 et 4 sur une échelle à 6 degrés. Cette partie compte également 4 variables nominales (Questions 21, 26, 29 et 30) n'ayant de fait pas pu être analysées avec le test de Kruskal-Wallis et ont été exploitées de manière descriptive, afin d'observer les tendances émergentes.

Tableau XIII : Paramètres de position et de dispersion des items du critère représentations

		Paramètre de position		Paramètre de dispersion		
		Moyenne	Médiane	IQR	Ecart-type	Variance
Représentations sur la situation actuelle (1-6)	Q28.1	2.33	2	2	1.342	1.801
	Q28.2	2.12	2	2	1.373	1.885
	Q28.3	4.74	5	2	1.365	1.863
	Q28.4	2.15	2	2	1.084	1.176
Représentations sur la collaboration (1-6)	Q31	2.70	3	1	1.049	1.100
	Q32	1.70	1	1	0.913	0.833
Représentations financières (1-6)	Q33	3.15	3	3	1.659	2.754
	Q34	4.31	4	1	1.356	1.838
Représentations sur l'avenir (1-7)	Q35.1	4.19	4	3	1.891	3.576
	Q35.2	5.00	5	3	1.776	3.156
Satisfaction (0-10)	Q36	7.14	7	3	1.970	3.879

Tableau XIV : Synthèse générale des résultats des tests de Kruskal-Wallis de comparaison de rang des groupes au sujet des représentations sur l'exercice spécifique et généraliste

Items	Degrés	Kruskal-Wallis
28.1) Il est indispensable d'avoir des MK avec un exercice « <i>généraliste</i> »	1-6	p = 0,091
28.2) Il est indispensable d'avoir des MK avec un exercice « <i>spécifique</i> »	1-6	p = 0,068
28.3) Les spécificités d'exercice divisent la profession	1-6	p = 0,413
28.4) Les spécificités d'exercice sont une réalité de terrain	1-6	p = 0,149
31) Un(e) MK généraliste est en mesure d'apporter à son patient les soins les plus appropriés	1-6	p = 0,266
32) Le MK, face à une incapacité à offrir à son patient le soin le plus approprié, doit passer la main à un(e) autre MK formé(e) dans la spécificité requise	1-6	p = 0,661
33) Un(e) MK spécifique mérite une meilleure valorisation tarifaire que son homologue généraliste au sein de son domaine de spécificité	1-6	p = 0,003
34) Un(e) MK généraliste mérite une meilleure valorisation tarifaire que son homologue spécifique, car il/elle répond à des besoins d'une patientèle plus large et variée	1-6	p = 0,482
35.1) L'avenir de la profession réside dans le fait de se spécifier dans un domaine	1-7	p = 0,002
35.2) Les nouveaux diplômés devraient s'orienter vers un exercice spécifique de la kinésithérapie	1-7	p = 0,116

1.4.2. Critère représentations sur la situation actuelle

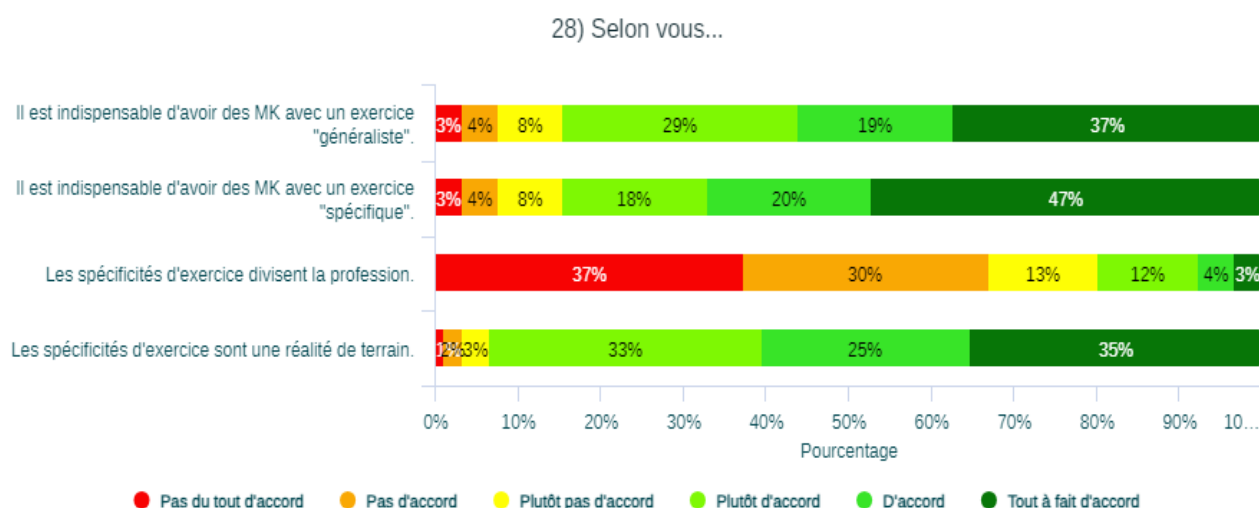


Figure 18 : Répartition des résultats concernant les représentations sur la situation actuelle des spécificités (Question 28)

Pour comparer la distribution des quatre groupes, le test de Kruskal-Wallis a été réalisé sur chaque item (*Tableau XIV*). Aucune p-value n'est suffisamment basse pour pouvoir rejeter l'hypothèse H0, on ne peut donc pas conclure à une différence entre les groupes.

1.4.3. Critère réorientation et représentations sur la collaboration

Concernant nos questions 29 et 30, s'intéressant aux motifs de réorientation des patients, en lien avec les spécificités d'exercice et l'expertise, les résultats sont présentés ci-dessous.

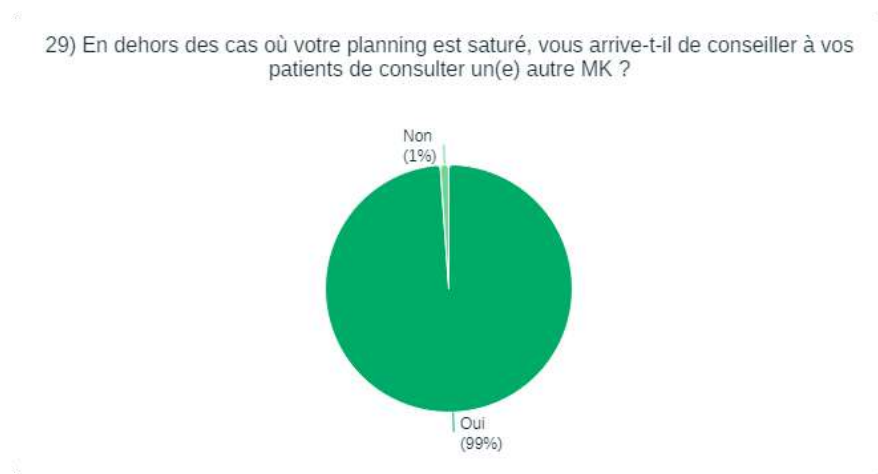


Figure 19 : Résultats concernant la réorientation vers un(e) confrère (Question 29)

A la question 30, notons que celle-ci était à CM, expliquant l'addition des pourcentages supérieurs à 100%, dont 7% des réponses sont catégorisées selon la modalité "Autre", correspondant à des motifs déjà évoqués parmi les modalités de la question.

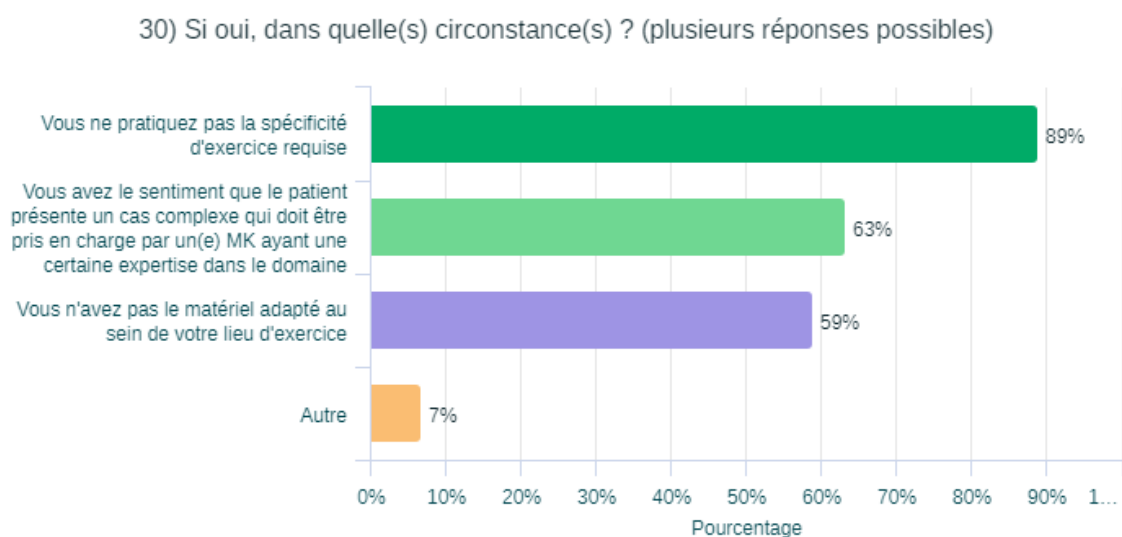


Figure 20 : Répartition des motifs de réorientation des sujets interrogés (Question 30)

Concernant les questions 31 et 32, aucune p-value n'est assez basse pour rejeter l'hypothèse H0 (*Tableau XIV*), on ne peut donc pas conclure à une différence entre les groupes.

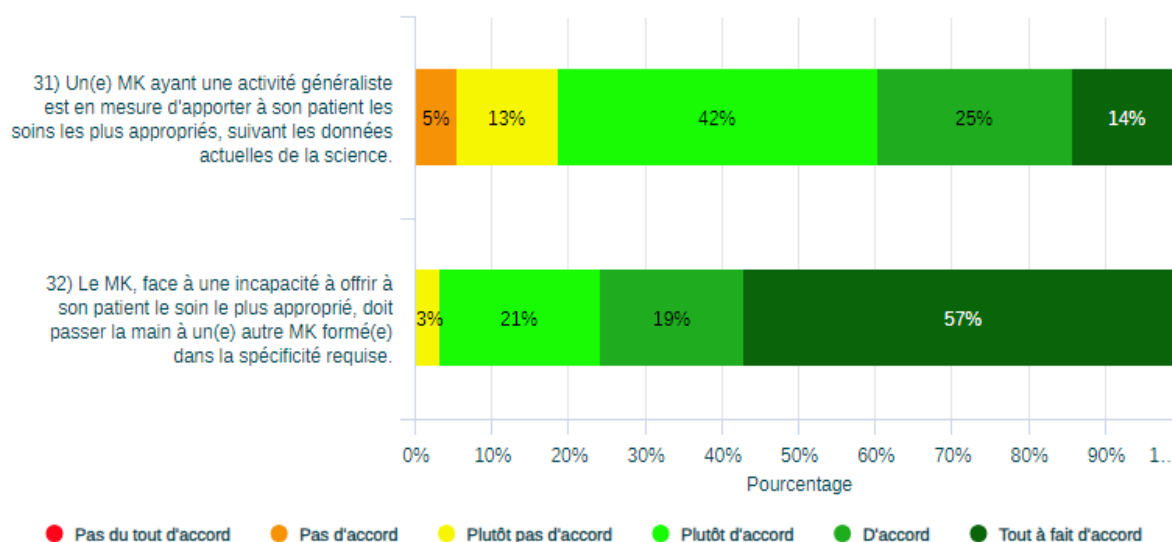


Figure 21 : Répartition des résultats sur la collaboration (Question 31 et 32)

1.4.4. Critère représentations financières

33) Un(e) MK spécifique mérite une meilleure valorisation tarifaire que son homologue généraliste au sein de son domaine de spécificité, car il/elle présente une plus grande expertise et une meilleure qualité de prise en charge.

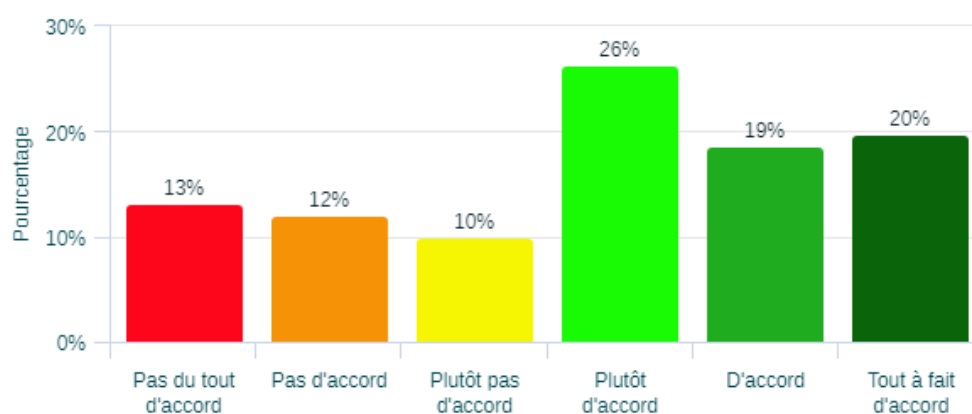


Figure 22 : Répartition des résultats sur la valorisation du MK spécifique (Question 33)

Le tableau ci-dessous (*Tableau XV*) illustre la répartition des résultats de chacun des quatre groupes pour cette même question (Question 33) afin d'observer les zones de divergence ou de convergence au sein de l'échelle de Likert. A la comparaison des groupes, des différences significatives apparaissent (*Figure 23*).

Tableau XV : Comparaison des réponses des quatre groupes concernant la question 33

Groupes	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Généralistes	16%	13%	13%	26%	21%	11%
Généralistes à domaine de prédilection	21%	10%	10%	31%	17%	10%
Spécifiques non-exclusifs	0%	5%	0%	26%	21%	47%
Spécifiques exclusifs	0%	40%	20%	0%	0%	40%

Tests statistiques^{a,b}

33) Un(e) MK spécifique mérite une meilleure valorisation financière que son homologue généraliste au sein de son domaine de spécificité, car il/elle présente une plus grande expertise et une meilleure qualité de prise en charge.

H de Kruskal-Wallis	13,738
ddl	3
Sig. asymptotique	,003

Figure 23 : Test non-paramétrique de comparaison de Kruskal-Wallis sur la valorisation financière des MK spécifiques ($p < 0,05$) (SPSS, s. d.)

Avec une p -value = 0.003, H_0 est **rejetée**, au moins un groupe a une différence significative de représentations financières par rapport aux autres.

Sample 1-Sample 2	Statistiques de test	Erreur standard	Statistiques de test standard	Sig.	Sig. Sig. ^a
Spécifique non exclusif-Spécifique exclusif	-19,621	13,025	-1,506	,132	,792
Spécifique non exclusif-Généraliste	24,263	7,281	3,332	,001	,005
Spécifique non exclusif-Généraliste à DP	25,766	7,648	3,369	,001	,005
Spécifique exclusif-Généraliste	4,642	12,328	,377	,706	1,000
Spécifique exclusif-Généraliste à DP	6,145	12,548	,490	,624	1,000
Généraliste-Généraliste à DP	-1,503	6,390	-,235	,814	1,000

Chaque ligne teste l'hypothèse nulle selon laquelle les distributions Echantillon 1 et Echantillon 2 sont égales.

Les significations asymptotiques (tests bilatéraux) sont affichées. Le niveau de signification est de ,05.

a. Les valeurs de signification ont été ajustées par la correction Bonferroni pour plusieurs tests.

Figure 24 : Comparaisons post-hoc avec correction de Bonferroni sur les représentations financières des MK spécifiques (Question 33) ($p < 0,05$)

La comparaison post-hoc avec correction de Bonferroni montre une différence significative entre le groupe de **MK spécifiques non-exclusifs** et les **deux groupes de MK généralistes** (Figure 24), permettant de retenir l'hypothèse H1. Concernant la question 34 (Figure 25), nous obtenons une valeur non significative ($p = 0,482$), ainsi, H0 est retenue.

34) Un(e) MK généraliste mérite une meilleure valorisation tarifaire que son homologue spécifique, car il/elle répond à des besoins d'une patientèle plus large et variée, pour des formations de montant équivalent.

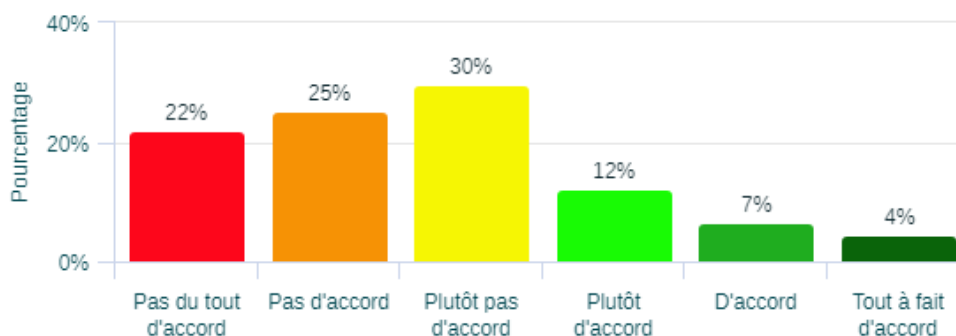


Figure 25 : Répartition des résultats sur la valorisation du MK généraliste (Question 34)

1.4.5. Critère représentations sur l'avenir

Les résultats des deux items de la question 35 ci-dessous n'ont pas été présentés dans le Tableau XIII, dû au fait de l'ajout de la modalité neutre à celle-ci, absente au sein des autres.

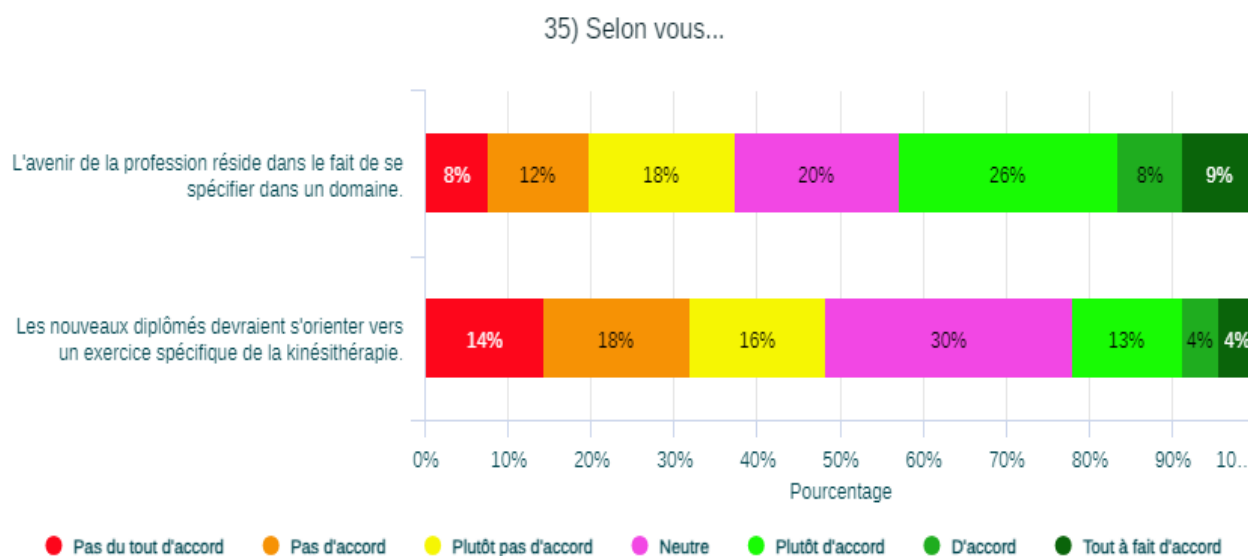


Figure 26 : Répartition des réponses globales de l'échantillon sur les représentations concernant l'avenir (Question 35)

Tests statistiques^{a,b}

L'avenir de la profession
réside dans le fait de se
spécifier dans un
domaine.

H de Kruskal-Wallis	15,040
ddl	3
Sig. asymptotique	,002

Figure 27 : Test de Kruskal-Wallis à l'item 1 de la question 35

A propos des représentations sur l'avenir, la p-value obtenue à l'item 1 (Figure 27) nous permet de retenir l'hypothèse H1. La comparaison post-hoc avec correction de Bonferroni montre un résultat significatif ($p = 0,002$) en faveur d'une différence entre le groupe **MK spécifiques non-exclusifs** et **MK généralistes purs**. Pour l'item 2, la p-value obtenue au test de Kruskal-Wallis ($p = 0,116$) signe un résultat non significatif, H0 est retenue en faveur d'une absence de différence significative entre les groupes.

1.4.6. Critère satisfaction de pratique

Concernant notre variable sur la satisfaction de pratique via une échelle métrique de 0 à 10 (Question 36), la moyenne de satisfaction des sujets est de $\mu = 7,14$, l'écart-type est de $\sigma = 1,97$, la variance est de **3.88** et la médiane **Me = 7**. Nous notons une valeur minimale de satisfaction estimée à 1, contre une valeur maximale mesurée à 10.

Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction concernant votre pratique actuelle, qu'elle soit généraliste ou spécifique ?



Figure 28 : Médiane de satisfaction de pratique de l'échantillon par groupes (Question 36)

Afin de comparer la satisfaction de pratique, les tests de normalité de **Kolmogorov-Smirnov** et **Shapiro-Wilk** réalisés montrent un résultat significatif avec une p-value = 0.001, rejetant l'hypothèse de **normalité** de distribution. Nous optons alors pour le test de Kruskal-Wallis, montrant une différence significative observée entre les quatre groupes avec une p-value = 0.005. La comparaison post-hoc à l'aide de la correction de Bonferroni montre une différence significative entre les MK spécifiques non-exclusifs et les MK généralistes purs (p = 0,013).

1.4.7. Critère représentations des MK remplaçants et généralistes

Pour continuer, les résultats obtenus à la question 21 sur la pratique envisagée à l'avenir par l'effectif des MK remplaçants (n = 20) sont présentés dans la figure ci-dessous (Figure 29). Lorsque nous croisons ces résultats avec l'âge des MK remplaçants, on constate que 90% d'entre eux se situent dans la tranche 20-29 ans, et les 10% restants dans la tranche 30-39 ans.

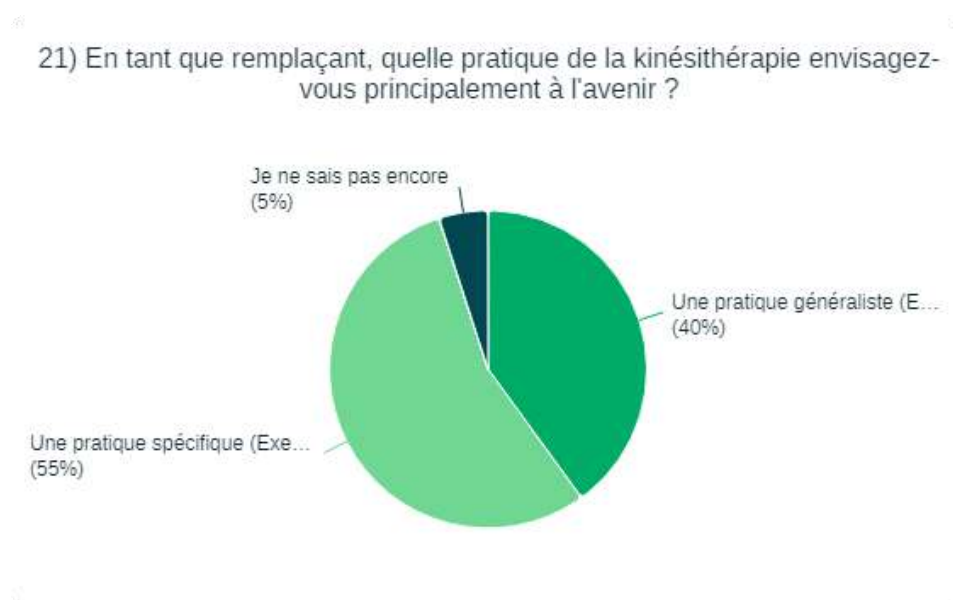


Figure 29 : Projections des MK remplaçants sur leur exercice futur (Question 21)

A la question 26, parmi notre échantillon de généralistes et de généralistes à domaine de prédilection (n = 67), les résultats sont présentés ci-dessous (Figure 30).

26) En tant que MK se considérant comme généraliste ou avec domaine de prédilection, pourquoi avez-vous fait le choix de ne pas exercer de spécificité d'exercice ?

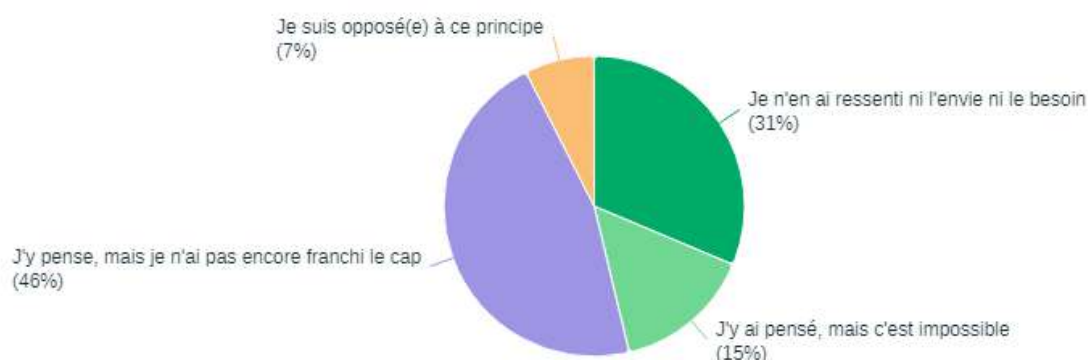


Figure 30 : Résultats des motifs ayant orienté les MK généralistes vers ce choix (Question 26)

1.5. Présentation des résultats : objectifs secondaires de l'étude

La seconde partie de nos résultats, présentée ci-dessous, concerne les **objectifs secondaires** de notre étude, et contribuent à l'explication du **contexte** des différentes représentations retrouvées, via un **état des lieux** des spécificités d'exercice sur l'île de La Réunion. La comparaison de ces résultats à ceux retrouvés dans la littérature est réalisée par la suite (*cf. Interprétation des résultats*).

1.5.1. Critère cadre réglementaire

Tableau XVI : Répartition des réponses concernant la connaissance du cadre réglementaire (Question 14)

Connaissez-vous le cadre réglementaire défini par le CNO concernant les spécificités d'exercice ?	Généralistes	Généralistes à domaine de prédilection	Spécifiques non exclusifs	Spécifiques exclusifs
Oui, ce sont des notions claires pour moi	13%	10%	32%	60%
Oui, dans les grandes lignes	58%	66%	58%	40%
Non, je sais qu'il existe des spécificités mais sans plus	29%	21%	11%	0%
Non, je ne connais pas du tout	0%	3%	0%	0%

Concernant les questions 17 et 18, portant sur les critères réglementaires des spécificités, les résultats de l'échantillon global ainsi que par groupes de sujets¹¹ sont présentés ci-dessous (Tableau XVII).

Tableau XVII : Présentation des résultats portant sur les critères réglementaires

Modalités	Echantillon global	Généralistes	Généralistes à domaine de prédilection	Spécifiques non-exclusifs	Spécifiques exclusifs
Question 17: Volume horaire total de formation > 80 heures sur 4 années maximum pour la spécificité					
Oui	51%	33%	65%	50%	60%
Oui pour certaines	27%	47%	12%	28%	20%
Non	18%	20%	24%	17%	0%
Je ne sais pas	4%	0%	0%	6%	20%
Question 18: Diplôme universitaire / formation certifiante reconnue par le CNO pour la spécificité					
Oui	54%	40%	47%	63%	80%
Oui pour certaines	18%	27%	12%	21%	0%
Non	16%	13%	29%	5%	20%
Je ne sais pas	13%	20%	12%	11%	0%

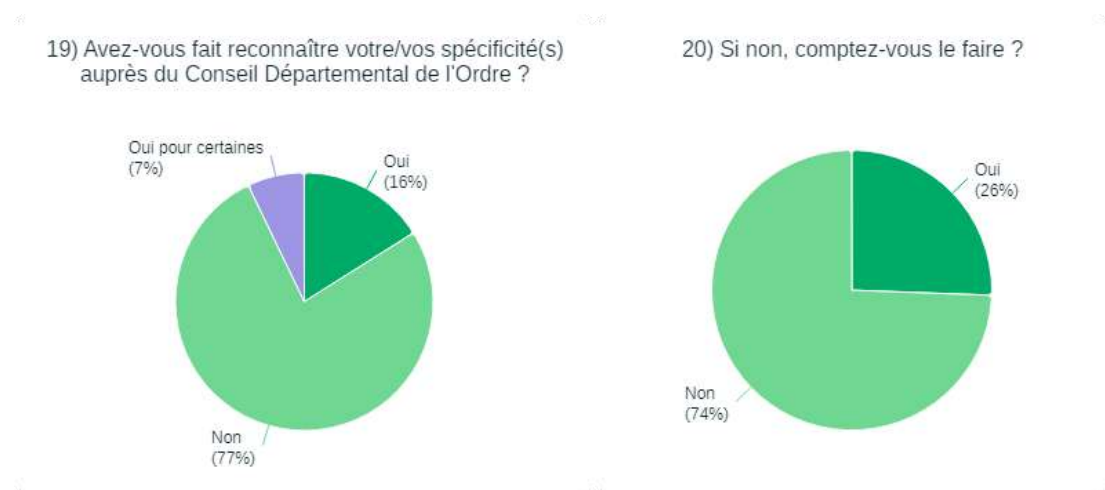


Figure 31 : Répartition des résultats sur la reconnaissance au CDO d'une spécificité d'exercice (Question 19 et 20)

¹¹ Certains sujets du groupes généralistes ont répondu détenir une spécificité d'exercice (Question 15) sans que ceux-ci n'identifient leur pratique comme spécifique, ce qui est un résultat possible (Conrad, 2022b)

1.5.2. Critère détention et catégories de spécificités d'exercice

Sur 91 sujets, les réponses à la question 15 portant sur la détention ou non d'une ou plusieurs spécificité(s) montrent les résultats suivants, avec 57% (n = 52) de « Oui » :

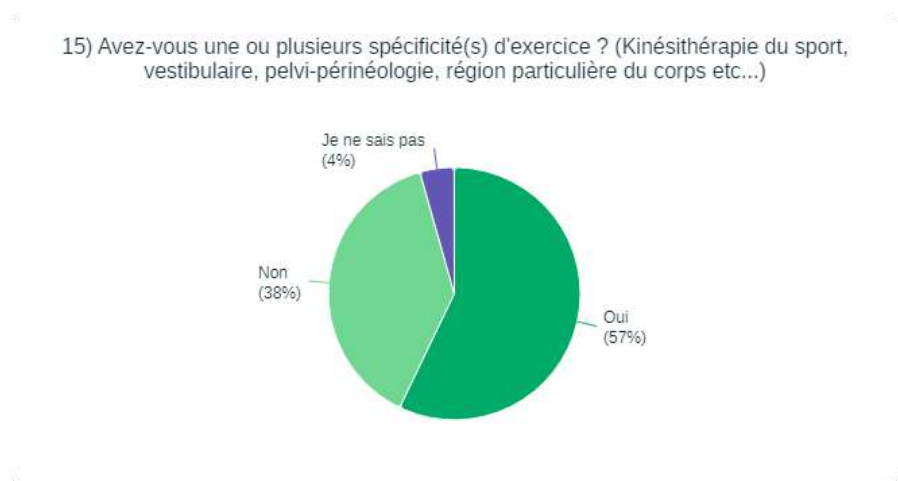


Figure 32 : Répartition des résultats concernant la détention de spécificité(s) (Question 15)

A la question suivante (Question 16), parmi les MK détenteurs d'une spécificité ne s'identifiant pas obligatoirement comme MK spécifiques, nous obtenons les résultats suivants :

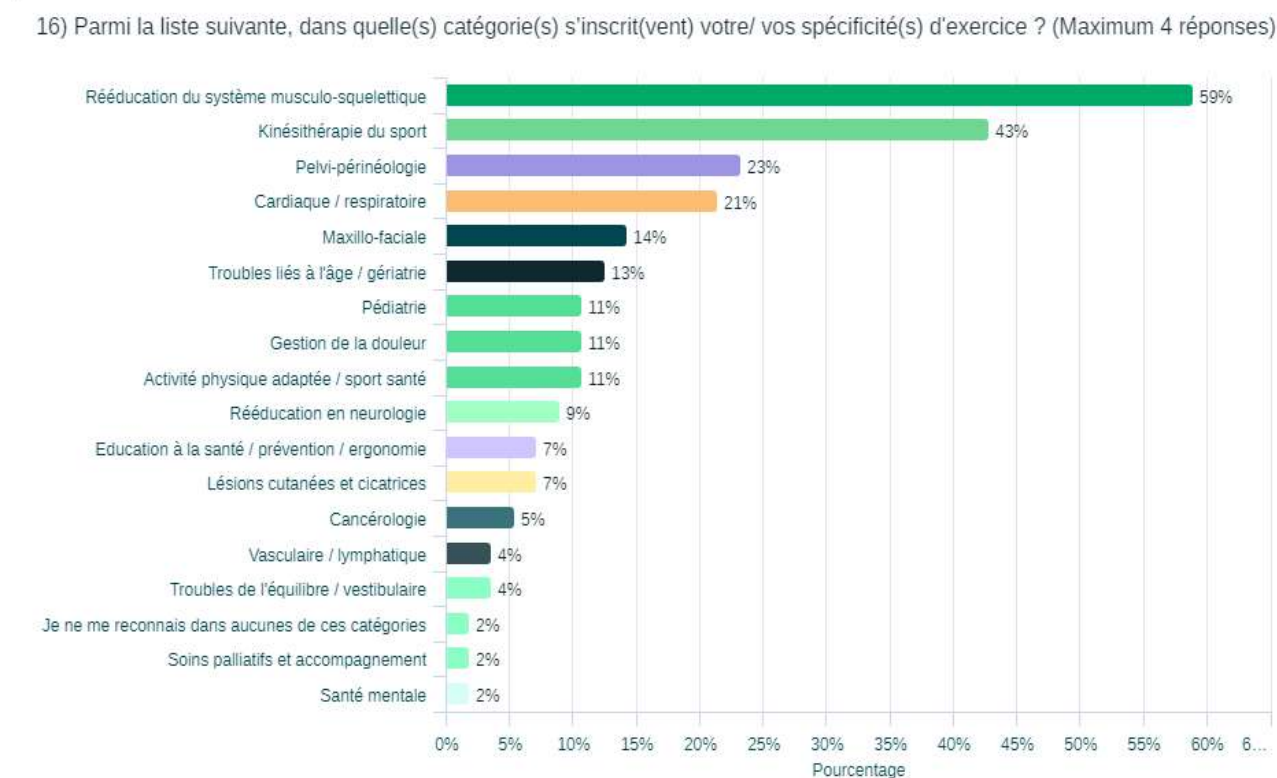


Figure 33 : Catégories des spécificités d'exercice représentées (Question 16)

1.5.3. Critère pratique décrite

La répartition des résultats de notre question 22 concernant l'évolution de la pratique actuelle de l'échantillon de MK installés (*assistants/ titulaires*) (n = 71) est disponible ci-dessous (Figure 34). Afin de visualiser les différences entre nos groupes, la figure d'après illustre les différences de motifs en fonction du type de pratique identifié (Figure 35).

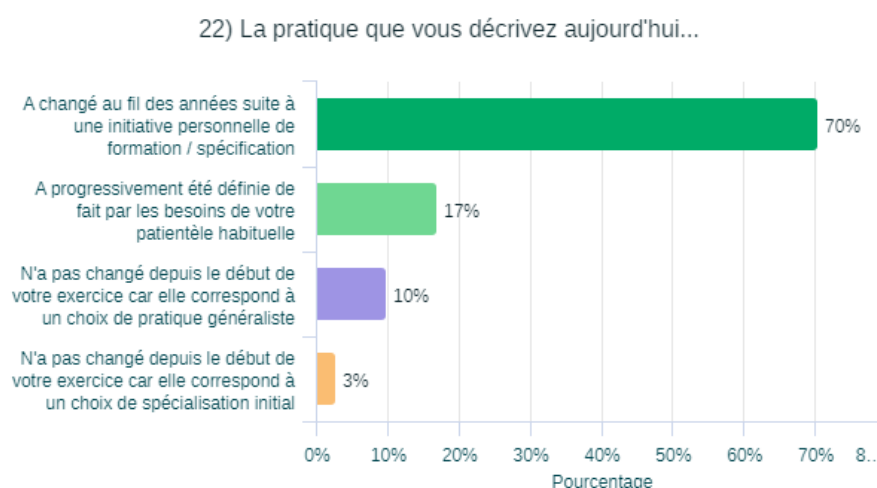


Figure 34 : Réponses de l'échantillon de MK installés sur la pratique actuelle (Question 22)



Figure 35 : Répartition des résultats des groupes sur la pratique actuelle (Question 22)

En continuité, toujours concernant l'échantillon de MK installés, la question 23 interroge ces derniers sur leur pratique quotidienne. L'addition des pourcentages supérieurs à 100% s'explique par le caractère à CM de cette question.



Figure 36 : Répartition des résultats sur l'activité professionnelle (Question 23)

Enfin, parmi nos deux échantillons de MK spécifiques (*exclusifs et non-exclusifs*) et de généralistes ayant un domaine de prédilection, notre question 25 interroge ces derniers sur le pourcentage de leur patientèle qui correspond à leur champ préférentiel. Notons que 4% des sujets totaux exercent uniquement ou presque à domicile, ne pouvant donc pas répondre de manière fiable, marqué en bleu sur la figure.

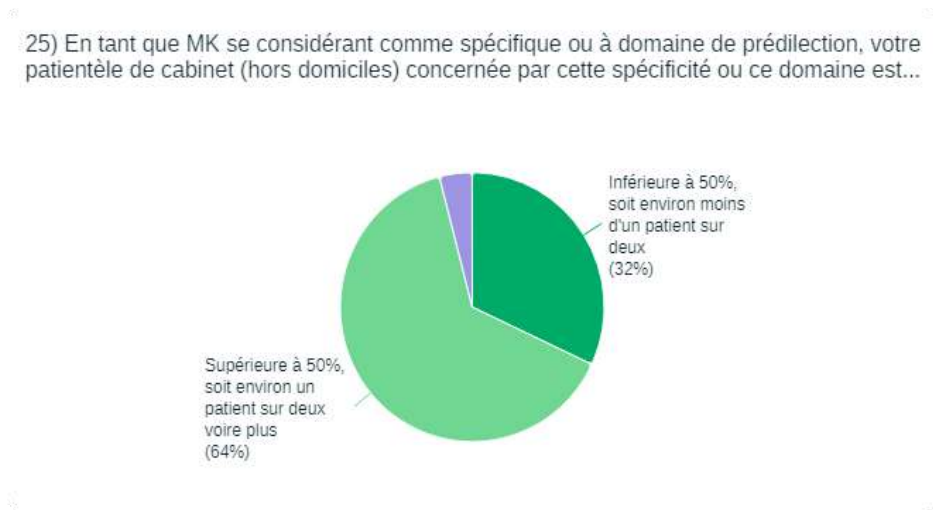


Figure 37 : Résultats sur la patientèle concernée par la pratique préférentielle (Question 25)

Tableau XVIII : Comparaison des réponses des groupes à la question 25

	Généralistes à domaine de prédilection	Spécifiques non-exclusifs	Spécifiques exclusifs
Supérieure à 50%	38%	89%	100%
Inférieure à 50%	58%	5%	0%
Domiciles	4%	5%	0%

1.5.4 Critère exposition aux champs cliniques libéraux

Les résultats de l'exposition aux champs cliniques rencontrés en libéral (Question 27) sont présentés en Annexe VII par souci de place. Les champs les plus fréquents sont le champ musculo-squelettique (89%), gériatrique (84%) et des pathologies du sportif (77%), contre à l'inverse la santé mentale (10%) et les affections vestibulaires et maxillo-faciales (21% chacun). Le calcul d'exposition effectué pour obtenir ces résultats a suivi la méthodologie décrite par Panchout et al., (2017), additionnant les réponses « *fréquemment* » et « *parfois* », reflétant la proportion de sujets déclarant être exposés régulièrement à chaque champ. Ces résultats ont été croisés avec les spécificités représentées (Question 16) dans le Tableau XIX ci-dessous.

Tableau XIX : Présentation des résultats entre les spécificités¹² représentées par les sujets et l'exposition aux champs cliniques correspondants

Spécificité/ champ clinique concerné	Spécificités exercées (Question 16)		Champs cliniques (Question 27)
	Pourcentage	Effectif	Exposition (%)
Musculo-squelettique	59%	33	89%
Kinésithérapie et pathologies du sportif	43%	24	77%
Pelvi-périnéologie	23%	13	24%
Rééducation et troubles cardio-respiratoires	21%	12	34%
Rééducation et affections maxillo-faciales	14%	8	21%
Rééducation et troubles liés à l'âge/ gériatrie	13%	7	84%
Rééducation et pathologies pédiatriques	11%	6	30%
Gestion et pathologies de la douleur	11%	6	51%
Activité physique adaptée / Sport santé	11%	6	48%
Rééducation et troubles neuro-musculaires	9%	5	56%
Rééducation et affections tégumentaires	7%	4	32%
Prévention, ergonomie, éducation à la santé	7%	4	46%
Rééducation et troubles en cancérologie	5%	3	24%
Rééducation vasculaire / lymphatique	4%	2	27%
Rééducation des troubles vestibulaires	4%	2	21%
Troubles psychiatriques / Santé mentale	2%	1	10%
Soins palliatifs / Accompagnement	2%	1	26%

¹² Ici, les spécificités représentées font référence à la liste des spécificités obtenue à la question 16. Notons qu'il ne s'agit pas uniquement de l'échantillon de MK spécifiques. Notons également que les sujets pouvaient remplir jusqu'à 4 spécificités (FFMKR, 2022c), expliquant l'effectif supérieur à 91 sujets.

1.6. Conclusion sur l'étude quantitative : des différences de représentations

Pour conclure cette étude quantitative, les représentations sur différentes dimensions de l'exercice spécifique ont été comparées entre des MK généralistes et spécifiques. Les résultats indiquent des différences significatives pour notre critère de jugement principal sur les **représentations financières**, notamment envers les MK spécifiques (Question 33), et sur l'attitude envers **l'avenir de l'exercice spécifique** (Question 35.1). L'absence de résultats significatifs aux autres items du questionnaire ne signe pas une absence de différence mais potentiellement un manque de puissance statistique, ainsi l'étude devrait être réitérée avec un plus grand nombre de sujets afin de confirmer d'éventuelles tendances (Vierra et al., 2023).

2. Etude qualitative : réalisation des entretiens semi-directifs

La partie qualitative a été utilisée comme levier **d'enrichissement et de clarification**. Son objectif n'est pas de confirmer les données quantitatives. Les entretiens ont été structurés pour approfondir et enrichir ce que ces données n'ont pas permis de comprendre en détail (Creswell et al., 2004), tout en permettant l'exploration libre des tendances observées, des thématiques pertinentes et de certaines **zones d'ombre**. Le thème central porte sur les **représentations des sujets** sur l'exercice spécifique, expliquant un plus grand nombre de questions sur ce thème. Certains tests n'ayant pas pu être réalisés (*manque d'effectif, limites méthodologiques*), le choix a été fait de ne pas présenter l'entièreté des questions quantitatives. Bien que de nouveaux éléments aient émergé (*zones d'exercice, ancienneté...*), ces derniers ont été intégrés aux catégories existantes afin de respecter le devis mixte séquentiel explicatif, tout en enrichissant l'analyse globale.

2.1. Description de l'échantillon : 6 entretiens prévus, 4 retenus

Les entretiens ont été retranscrits entre le **24 mars et le 8 avril 2025**. Un exemple de retranscription est présenté en Annexe VIII. 6 entretiens étaient prévus à l'origine, la prise de contact avec l'ensemble des sujets ayant été réalisée, or, seulement 4 entretiens ont pu être exploités, pour cause d'arrêt de réponse d'un des sujets, et d'un retrait de l'étude pour l'autre. La majorité des sujets interrogés sont des hommes, et la moitié d'entre eux est diplômée de 2019. La durée moyenne des entretiens est de 38 minutes, et ces derniers ont été réalisés en présentiel au cabinet de l'enquêté(e), ou en distanciel via le logiciel *Google Meet*.

Tableau XX : Récapitulatif de l'échantillon de MK interrogés lors de l'étude qualitative

	MK 1	MK 2	MK 3	MK 4	MK 5	MK 6
Genre	Homme	Homme	Femme	Homme	X	X
Âge	51 ans	29 ans	29 ans	59 ans	X	X
Année d'obtention du diplôme	2000	2019	2019	1990	X	X
Lieu d'obtention du diplôme	France	France	France	France	X	X
Formations réalisées	D.I.U Kiné Sport INSEP, Ostéopathie, Concept Sohier	Préparation physique, Dry needling, Thérapie manuelle, Réathlétisation , Mulligan	Dry needling, Thérapie manuelle, Mulligan, Raisonnement clinique - Bassin	Kiné Sport, Rééducation fonctionnelle, Réathlétisation , Isocinétisme, Prévention en entreprise	X	X
Exercice spécifique	Non	Musculo-squelettique	Musculo-squelettique	Non	X	X
Identification de pratique	Généraliste à domaine de prédilection	Spécifique non-exclusif	Généraliste à domaine de prédilection	Généraliste à domaine de prédilection	X	X
Statut d'exercice	Titulaire	Assistant	Assistante	Titulaire	X	X
Durée de l'entretien	51 min	32 min	30 min	36 min	X	X
Mode	Distanciel	Présentiel	Présentiel	Présentiel	X	X

2.2. Analyse thématique qualitative : méthodologie d'analyse des résultats

L'analyse des données recueillies lors des entretiens a suivi le cheminement décrit par Intissar & Rabeb, (2015) et Strauss & Corbin (2014). Nous suivons les étapes de **préanalyse** (*lecture exploratoire, retranscription*), de **codification** et de **catégorisation**. La retranscription aboutit à la création de **verbatim** (Intissar & Rabeb, 2015), permettant la phase de **codage**, réalisée sur chaque entretien grâce à une **analyse verticale**. Il s'agit de faire ressortir des codes à partir des idées principales exprimées. S'en suit ensuite la phase de **catégorisation**, où une **analyse transversale** a ensuite permis de regrouper les codes similaires en catégories, correspondant à nos sous-thèmes prédéfinis.

2.3. Présentation conjointe des résultats : intégration des données

Afin de permettre l'**intégration** des résultats, équivalant au mélange entre les données quantitatives et qualitatives (Skamagki et al., 2022), des présentations conjointes ont été réalisées, disponibles en Annexe IX. Un exemple sur les représentations financières et l'avenir de la profession sont présentés ci-dessous (Tableau XXI). Celles-ci permettent d'observer schématiquement les **divergences** et les **convergences** d'opinion entre les données.

Tableau XXI : Exemple de présentation conjointe de résultats quantitatifs et qualitatifs

Thème	Sous-thème	Résultat quantitatif	Liens*	Résultat qualitatif (Extrait de verbatim)
Représentations	Représentations financières	Par rapport à la question 33, 26% des sujets sont « <i>Plutôt d'accord</i> », 20% sont « <i>Tout à fait d'accord</i> » et 19% sont « <i>D'accord</i> » à l'idée qu'un(e) MK spécifique mérite une meilleure rémunération tarifaire que son homologue généraliste au sein de son domaine d'expertise.		<u>MK1</u> : « Non, je ne suis pas d'accord. Il faudrait que tout le monde mérite plus. (...) Moi je pense que quelqu'un qui fait de tout, il doit être aussi bien valorisé que celui qui se spécifie. » <u>MK2</u> : « Carrément ! Bien sûr, évidemment, on investit dans la formation. (...) Pour moi, un kiné qui se forme, tous les ans, sur le même domaine, qui se donne pour ça, il doit être mieux payé dans les soins spécifiques qu'il fait. » <u>MK3</u> : « Moi je suis 100% d'accord avec ça. Parce que quand tu fais des formations, les formations sont payantes. Donc tu payes de ta poche. » <u>MK4</u> : « Je pense par rapport à l'offre technique, je pense qu'il devrait y avoir des différences de tarifs. (...) si certains kinés développent certaines techniques, investissent dans le sens de l'amélioration de la prise en charge des gens ils devraient être mieux rémunérés. »
	Représentations sur l'avenir	Par rapport à l'item 1 de la question 35, 26% des sujets sont « <i>Plutôt d'accord</i> », 8% sont « <i>D'accord</i> » et 9% sont « <i>Tout à fait d'accord</i> » sur le fait que l'avenir de la profession réside dans la spécification dans un domaine.		<u>MK1</u> : « Est-ce que l'avenir c'est ça ? Oui, oui, je suis 100% d'accord. Est-ce que ça doit ? Ça, c'est autre chose. » <u>MK2</u> : « Heureusement qu'ils [<i>anciennes générations</i>] étaient là au début, et heureusement que la kiné va se spécifier. (...) Je pense que l'avenir de la kinésithérapie, et l'avenir de ma kinésithérapie, et ce qui va s'orienter bientôt, c'est des kinésithérapeutes uniquement spécialisés. » <u>MK3</u> : « Alors moi je ne suis pas contre l'idée de se spécifier (...) le problème c'est que les 17 spécificités ne sont pas toutes aimées de la même manière. Si on se retrouve sur un département à avoir 90% des kinés qui font que la kiné du sport et t'as personne qui fait du vestibulaire, personne qui fait de la gériatrie, ben les gens ils vont aller où ? » <u>MK4</u> : « Moi, je pense que c'est quand même bien qu'on soit tous des kinés généralistes avec des orientations spécifiques mais qu'on soit capable de prendre quand même en charge. C'est une chance justement, d'avoir un métier polymorphe qui s'adapte. »

*Dans les items mis en relation, les **flèches vertes** correspondent à un alignement positif (convergence) entre le résultat quantitatif et le résultat qualitatif, les **flèches rouges** un alignement négatif (divergence) entre les deux résultats, les **flèches violettes** un alignement complémentaire (complémentarité) et les **flèches bleues** représentent un alignement incertain ou d'expansion entre les deux résultats.

2.4. Liens entre les données quantitatives et qualitatives : quatre étiquettes

L'intégration des données suit une analyse à **4 étiquettes** (Skamagki et al., 2022) : La « **convergence** » décrit la concordance entre les deux ensembles de résultats, et la « **divergence** » survient lorsque ces résultats quantitatifs et qualitatifs démontrent des interprétations contradictoires (Fetters, 2020). Nos données qualitatives servant à éclairer et illustrer les données quantitatives, celles-ci sont considérées comme « **complémentaires** » lorsque les résultats complètent le phénomène de manière non-contradictoire. Enfin, les nouvelles données émergentes ou incertaines nécessitant une autre approche sont qualifiées ici « **d'expansion** », et offrent une marge d'interprétation plus poussée (Papon, 2019). L'ensemble des présentations conjointes et des tableaux de catégorisations ont été placés en Annexe IX dans un souci de place. L'ensemble des codes, catégories et sous-thèmes sont présentés ci-dessous :

2.4.1. Identification de pratique

L'ensemble des résultats qualitatifs sur notre thème d'identification de pratique, détaillés en annexe (ANNEXE X, ANNEXE XI, ANNEXE XII) sont résumés ici :

- **Détention de spécificité(s) d'exercice** : Dynamiques générationnelles (*Néo-diplômés, Changement de génération, Mœurs, Evolution des spécificités*) ; Cadre des spécificités (*Déclaration de spécificité, CNO*) ; Organisation du territoire (*Choix de patientèle, Enjeux*).
- **Spécificités d'exercice représentées** : Prédominance de la profession (*Base de métier, Kinésithérapie du sport, Champs larges*) ; Manque de reconnaissance (*Spécificités hors cadre, Manque d'informations, Mise en valeur, Manque d'attractivité*) ; Investissement personnel et matériel (*Passion, Freins matériels*) ; Mode d'exercice (*Salariat, Libéral*).
- **Type de praticien** : Formation (*Arguments, Valeur du D.U, Diplôme, Ensemble de formations*) ; Exercice initial de la kinésithérapie (*Début d'exercice, Capacité de prise en charge, Obligation généraliste, Répartition*) ; Construction professionnelle et identitaire (*Patientèle, Réseau orienté, Personnalité, Spécification automatique, Préférences, Evolution de carrière, Âge et expérience*).

2.4.2. Cadre réglementaire

L'ensemble des résultats qualitatifs sur le cadre réglementaire, détaillés en annexe (ANNEXE XIII) sont résumés ici :

- **Cadre réglementaire des spécificités :** Patientèle (*Légitimité de l'acte, Business*) ; Instances ordinales (*Référencement, Manque d'information, Reconnaissance de l'Ordre, Liste des actes, Dépassement d'honoraires*) ; Formations complémentaires (80 heures de formation, *Diplôme universitaire (DU), Formations courtes, Freins liés au contexte insulaire*).

2.4.3. Exposition aux champs cliniques

L'ensemble des résultats qualitatifs sur l'exposition aux champs cliniques, détaillés en annexe (ANNEXE XIV) sont résumés ici :

- **Exposition aux champs cliniques :** Champs sous-représentés (*Place de la kinésithérapie, Formation continue, Manque de formations, Attractivité, Ré-orientation, Personnes âgées*) ; Contexte d'exercice (*Pratique, Libéral, Centre de rééducation, Zones d'exercice, Contexte réunionnais, Zonage, Domiciles, Réputation*).

2.4.4. Représentations sur l'exercice spécifique

L'ensemble des résultats qualitatifs sur les représentations des MK, détaillés en annexe (ANNEXE XV, ANNEXE XVI, ANNEXE XVII et ANNEXE XVIII) sont résumés ici :

- **Aspirations des MK remplaçants :** Génération montante (*Evolution vers la spécificité, Spécification de la nouvelle génération, Orientation préférentielle*) ; Nouveau référentiel de formation (*EBP, Réforme de la formation*) ; Conditions d'exercice (*Installation, Confort d'exercice, Volume horaire, Nouvelles connaissances, Sens du travail, Diplômes spécifiant, Centres d'intérêts*).
- **Représentations financières :** Valorisation tarifaire (*Actes sous-payés, Rémunération commune, Rémunération spécifique, Prix de la séance*) ; Valorisation liée à la formation (*Formation, Investissement en formation*) ; Cadre d'application (*Cabinet, Diminution des revenus, Sécurité sociale, Dépassement d'honoraires*).
- **Avenir de la profession :** Direction prise (*Orientation de la profession, Avenir, Evolution sociétale, Risques liés aux patients*) ; Exercice et collaboration (*Regroupement, Compétence accrue, Réseau orienté*).
- **Spécification des néo-diplômés :** Parcours de professionnalisation (*Formations spécifiques, Sortie de diplôme, Zone de confort, Accès direct*) ; Epanouissement professionnel (*Nouvelle génération, Apparition de préférences*).

VI. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans cette partie, nous réaliserons une **analyse interprétative** en expliquant et comparant nos résultats quantitatifs et qualitatifs à la littérature existante afin de répondre à nos objectifs de recherche et offrir une **discussion** plus large de notre sujet, ainsi qu'une critique interne du dispositif de recherche employé.

1. Interprétations et comparaisons avec la littérature : apports de notre étude

1.1. Hypothèses de recherche : H1 nuancée

L'étude quantitative réalisée ne permet pas entièrement de valider notre hypothèse de départ « *Les représentations sur l'avenir de l'exercice spécifique et généraliste au sein de la profession dépendent du type de pratique identifié des MK, soit généraliste ou spécifique.* », mais simplement d'en dégager quelques tendances. Cette limitation s'explique par une **fiabilité interne insuffisante** (α et $\omega < 0,7$), et par la **non-significativité** de la plupart des tests statistiques, reflétant un manque de lien robuste entre les variables étudiées. L'étude qualitative, elle, suggère le rôle initialement inattendu de l'**ancienneté** dans l'influence des représentations. Cette dimension émergente, bien qu'abductive, invite à de futures recherches. Sachant tout cela, la comparaison de nos résultats à la littérature est présentée ci-dessous.

1.2. Objectif principal : au cœur des représentations sur l'exercice spécifique

1.2.1. Attrait grandissant et représentations positives envers l'exercice spécifique

Les résultats de notre étude (Question 21) suggèrent une **attractivité marquée** de l'exercice spécifique chez les **MK remplaçants** (55% d'intention), confirmant les mots de François-Xavier Salmon (Ragueneau, 2023). Cette tendance est notable dans notre échantillon (90% des remplaçants ont entre 20-29 ans), et nos résultats sont **supérieurs** à ceux des études ayant posé une question similaire (Tableau XXII) :

Tableau XXII : Comparaison de nos résultats à la littérature disponible (Question 21)

Etude	(URPS, 2019)	(Li et al., 2009)	Notre étude
Origine	France	Canada	Réunion
Libellé	Néo-diplômés envisageant un exercice spécifique	Physiothérapeutes souhaitant se spécifier en rhumatologie	Remplaçants envisageant un exercice spécifique
Résultats	36%	23,3%	55%

Les particularités locales et les méthodologies pouvant différer pourraient expliquer ces écarts. Notre **étude qualitative** confirme également cet attrait marqué chez les MK remplaçants, étant amenés à remplacer dans des **cabinets spécialisés**, pouvant ainsi susciter cet intérêt (MK3). Nos résultats (Question 26) suggèrent également cet intérêt chez les **MK généralistes**, 7% d'entre eux étant opposés à ce principe, résultat légèrement inférieur aux 12% retrouvés dans la littérature, ainsi que 46% de « *J'y pense, mais je n'ai pas encore franchi le cap* » contre 29,5% à la même question (FFMKR, 2022c) (Annexe XIX), suggérant une perspective plus marquée dans notre étude. Ces résultats suggèrent des représentations plutôt favorables à l'exercice spécifique, où **l'âge** et le **manque d'expérience** agiraient comme un frein temporaire plutôt qu'un refus catégorique, également cohérent avec la littérature (Fabunmi et al., 2020).

Par rapport à l'âge, notre échantillon quantitatif présente une surreprésentation de jeunes MK (45% ayant moins de 30 ans), reflété en phase qualitative par la représentation de deux jeunes praticiens et deux plus expérimentés. Une convergence émerge cependant : tous, sans exception mentionnent un **changement de génération**, lié à la réforme de la formation initiale, à l'essor de l'exercice spécifique, et à la **transformation du système de santé**, donnée appuyée par Adeleke et al., (2024). Si l'exercice spécifique progresse, des clivages de représentations pourront persister, entre généralistes et spécifiques, mais aussi entre **jeunes praticiens** et praticiens **plus expérimentés**.

1.2.2. Situation actuelle de l'exercice spécifique

Bien que non significatifs (Question 28), nos résultats indiquent un consensus où 37% de l'échantillon global rejettent l'idée que l'exercice spécifique soit perçu comme un sujet de division au sein de la profession, de même que 35% le reconnaissant comme une réalité acceptée. Ces données corroborent les travaux de la FFMKR (2022c), rapportant de plus un accord généralisé sur la **nécessité** de MK spécifiques comme de généralistes (*cf. Figure 11*), que nous retrouvons également. L'étude qualitative converge vers cette tendance, où l'intérêt de chaque profil est perçu, avec une **représentation commune** d'évolution dans ce sens « *Il y aura sûrement toujours des kinés généralistes mais de plus en plus, tout va vers la spécificité* » (MK4). En revanche, les représentations divergent lorsque la question **financière** est abordée.

1.2.3. Revalorisation des actes et exercice spécifique

Les MK spécifiques seraient plus favorables à des tarifs majorés dans leur domaine (Question 33), montrant une différence de représentations avec les MK généralistes. A l'inverse, aucune différence significative entre les groupes n'apparaît quant à la revalorisation des MK généralistes en particulier (Question 34). Cette différence peut s'expliquer par un intérêt différencié où les MK spécifiques pourraient se voir attribuer un avantage direct, ou considérant leur pratique comme légitime d'une tarification différenciée, indiquant des **représentations distinctes** sur la valeur des actes spécifiques. Cette interprétation se retrouve également dans l'étude qualitative : « *Moi je suis 100% d'accord avec ça* » (MK3).

En effet, la valorisation de **l'expertise clinique** reconnue, mais non encadrée réglementairement reste un défi (Conrad, 2022b). Selon Bennett & Grant (2004), la récompense du temps, des efforts et de l'investissement consacrés au développement de niveaux avancés de compétences est nécessaire afin de voir davantage de physiothérapeutes (PT) se spécifier, point que retrouvons également : « *C'est tabou, mais ce n'est pas grave, il faut en parler : il faut amorcer et rentabiliser, oui, c'est le terme, il faut rentabiliser ces formations-là, parce qu'on n'aide pas les kinés à le faire.* » (MK2). Ainsi, l'exemple australien (Arkwright et al., 2018) révèle que malgré l'obtention d'un doctorat, cité comme voie supplémentaire vers la spécification, le **manque d'incitations financières** persiste, montrant un cadre similaire à notre étude. Toutefois, cette réflexion se doit intégrer les MK généralistes dont l'investissement en formation est comparable (URPS, 2019), et dont l'importance territoriale est centrale. L'équité du système est donc remise en cause avec un risque de **creusement des inégalités**, nécessitant une réflexion poussée sur le financement des soins, notamment du rôle de la Sécurité sociale, exprimé dans notre étude (MK4) et dans la littérature (Conrad, 2022b), permettant d'apporter une partie de réponse sur la vision des MK sur le sujet. Ainsi, l'ensemble de ces enjeux interrogent sur **l'avenir de la kinésithérapie libérale**.

1.2.4. Vers une transformation de la kinésithérapie libérale

Notre étude qualitative indique que l'exercice spécifique s'appuie sur un **réseau orienté** : « *Ceux qui sont spécifiques, c'est ceux qui sont déjà vraiment rodés, ceux qui ont un réseau orienté dans leur spécificité* » (MK2). L'URPS (2019) illustre notamment ce constat avec l'importance de la **collaboration interdisciplinaire** auprès de médecins spécialistes ou de confrères, dont les relations s'appuient souvent sur une réputation construite dans le temps. Cette collaboration apparaît alors comme **indispensable** à un avenir spécifique des MK.

Nos résultats indiquent une différence significative de représentations entre les MK spécifiques non-exclusifs et les MK généralistes purs sur l'avenir de la profession (Question 35). Les premiers seraient **plus favorables** à une spécification d'exercice croissante, sans doute en raison de leur immersion au sein du phénomène, influençant positivement leur perception. Cette tendance est enrichie par les propos du MK4 et par la littérature (Kell & Owen, 2013), soulignant avec nuance que : « *L'avenir de la profession est entre les mains de ses membres* ». D'autres auteurs et certains de nos entretiens (MK2) vont dans ce sens, percevant les spécificités d'exercice comme un « *nouveau visage de la profession* » (Conrad, 2022b).

Adeleke et al., (2024) attribuent cette évolution aux besoins du système de santé liés à complexité et à l'expansion croissante des attendus en kinésithérapie, impliquant des **compétences avancées**. Les entretiens qualitatifs confirment cette représentation de compétence accrue des MK spécifiques : « *D'un point de vue clinique et performance diagnostique, plus on est spécifique, mieux c'est* » (MK2). Cette notion rejoint la littérature (Nancarrow & Borthwick, 2021), qui souligne l'utilité des domaines spécifiques nécessitant des compétences avancées face aux situations complexes dépassant la pratique générale. A l'étranger, de nombreux PT exercent dans un domaine spécifique et encouragent cette notion, estimant que les divers domaines de pratique de la physiothérapie devraient être reconnus de la même manière que des professions comme le droit et la comptabilité (Bennett & Grant, 2004).

Ainsi, la spécification serait perçue comme un marqueur de maturité professionnelle et un levier d'approfondissement des compétences (Bennett & Grant, 2004). Dès les années 1980, Maitland soulignait le recours à des PT spécialisés, reconnaissant que ces derniers devaient être des **experts de leur propre domaine**, en ayant une « *connaissance pratique* » des autres domaines associés (Maitland, 1980). Alors que le modèle anglo-saxon privilégie l'expertise sectorielle (Resnik & Hart, 2003), de même qu'en Nouvelle-Zélande proposant un éventail de spécialisations réglementées (Nancarrow & Borthwick, 2021), cette vision se contraste au Japon, où les médecins généralistes sont nombreux, et où une progression de carrière typique va à l'inverse de cette idéologie, consistant d'abord en une spécialisation hospitalière, puis en une pratique généraliste plus lucrative (Frenk et al., 2010). Cette divergence illustre les variations idéologiques et structurelles entre les différents systèmes de santé.

1.2.5. Une satisfaction de pratique plus élevée rapportée chez les MK spécifiques

Nos résultats indiquent que les MK spécifiques rapportent une satisfaction de pratique **supérieure** ($\mu = 9,3$), notamment entre les spécifiques non-exclusifs ($\mu = 9,2$) et les généralistes purs ($\mu = 7,5$). Selon une étude d'Arkwright et al., (2018), la satisfaction au travail différerait selon **les étapes de carrière**. Ainsi les MK plus âgés rapporteraient une meilleure satisfaction, associée à l'obtention de leur cabinet ainsi qu'à un revenu plus élevé. Or, dans notre étude, les MK spécifiques exclusifs ne représentent pas les sujets les plus âgés de l'échantillon, 80% d'entre eux ayant moins de 40 ans. Bien que non calculable, ceci augmente la probabilité que cette satisfaction soit réellement corrélée à la spécification plutôt qu'à l'âge, en diminuant le facteur confondant. Cette même étude illustre le **manque de reconnaissance** financière pour les années de pratique et d'expérience. Si la spécification n'entraîne pas d'augmentation directe du revenu, une diminution du niveau de satisfaction pourrait être observée, due à un déséquilibre entre **expérience grandissante** et **revenu stagnant**, cependant, ce n'est pas le cas. Nous pouvons expliquer cela par **l'attrait** du MK envers son domaine, le rendant par conséquent plus satisfait de sa pratique, élément confirmé par nos entretiens ayant permis d'approfondir le sujet : « *C'est attractif de faire ce que t'aimes tous les jours* » (MK3) et par la littérature (Fabunmi et al., 2020). Une évolution vers l'exercice spécifique permettrait ainsi d'améliorer sa satisfaction de pratique. Pour continuer, si les représentations des MK sont au cœur du sujet, afin de les enrichir avec plus de contexte, il n'en est pas moins de l'identité même de leur pratique, interrogée par la spécification de la profession, et illustrée dans notre étude.

1.3. Identification de pratique généraliste et spécifique : un vaste paradoxe

L'étude esquisse une dissonance entre **l'auto-identification** des praticiens quant à leur type de pratique et les **critères règlementaires** définissant les spécificités d'exercice. L'étude qualitative illustre ce point, sans tenter de généralisation, à travers deux paradigmes : alors que le MK1, détenteur d'une spécificité reconnue en kinésithérapie du sport identifie sa pratique comme généraliste, le MK2, en l'absence de D.U ou de formation certifiante sur la région du genou identifie sa pratique comme spécifique de ce champ, s'appuyant sur sa **patientèle** et son **expertise** du sujet. Cette tendance, bien qu'à nuancer car n'étant pas générale, se retrouve dans **l'analyse quantitative** (Question 25), où 38% des généralistes déclarant un domaine de prédilection indiquent s'y consacrer à plus de 50% de leur activité, sans pour autant revendiquer de pratique spécifique. A l'inverse, ils seraient 58% à ne pas exercer leur domaine d'expertise à plus de 50% de leur activité, illustrant alors cette disparité d'identifications des pratiques.

Ainsi, le regard que le praticien porte à sa pratique irait au-delà de la simple détention d'une spécificité d'exercice, qui ne semble pas refléter **la complexité des pratiques** (URPS, 2019), et le caractère non dichotomique de la spécification. Si certains identifient leur pratique comme spécifique, s'appuyant sur une expertise propre ou une patientèle ciblée, sans remplir les critères réglementaires ; d'autres les remplissent et choisissent de ne pas le faire : « *Moi je ferai la différence entre ceux qui comme moi peuvent déclarer une spécificité d'exercice, mais qui pour autant ne le font pas. (...) Oui je détiens une spécificité, même si je ne la pratique pas* » (MK1). Ainsi, la répartition d'activité entre pratique généraliste et spécificité d'exercice (Conrad, 2022b) complexifie cette identification de pratique, où l'étude qualitative suggère que la spécification est représentée comme un **processus évolutif** en cours de carrière (MK1). Ce résultat est soutenu par la littérature (Bennett & Grant, 2004), mentionnant celle-ci comme un **continuum dynamique** plutôt qu'une dichotomie fixe, allant au-delà des formations réalisées. L'identification de pratique relève ainsi d'une zone d'ombre entre les notions **d'expertise**, de **patientèle** et de **formation**, rejoignant ainsi les observations de la littérature (URPS, 2019).

Ces incohérences observées questionnent les critères réglementaires actuels, sans remettre en cause leur légitimité, rejoignant les paroles de Conrad (2022b), sur la pratique spécifique encore non maîtrisée. Bien que le CNOMK ait établi un cadre, le manque de critères objectifs au-delà des formations certifiantes révèle une problématique majeure d'identification des pratiques, illustrée à travers notre étude, comme l'a observé Resnik & Hart (2003), sur l'absence de critères basés sur la patientèle ou les résultats cliniques dans les échantillons d'experts. En conclusion, dans un contexte d'évolution vers l'exercice spécifique, l'identification d'une pratique spécifique doit être clairement encadrée, notamment lorsqu'il s'agit en plus de cela de parler dans les débats professionnels de **revalorisation des actes** (Assurance Maladie, 2023).

1.4. Cadre réglementaire : écarts notables et cadre non maîtrisé

Un écart notable entre les spécificités d'exercice déclarées et l'application du cadre réglementaire apparaît au sein de notre étude. Concernant les critères réglementaires de formation, **20 sujets** (*soit 22% de l'échantillon total*) sur 52 (Question 15) les remplissent pleinement (*formation certifiante / D.U...*) (Questions 17 et 18), dont uniquement 5 l'ont fait reconnaître au CDO (Question 19). Parmi ces 20 sujets, 9 identifient leur pratique comme généraliste (*soit 45% d'entre eux*), dont 7 généralistes à domaine de prédilection et 2 généralistes purs.

Pour rappel, nos résultats indiquaient que 57% de l'échantillon global affirme disposer d'une spécificité d'exercice¹³, résultat inférieur aux 83,4% de la littérature (FFMKR, 2022c). Cet écart pourrait s'expliquer par la **méconnaissance** des spécificités et du cadre : « *Je ne suis pas sûre que tous les kinés savent que la spécificité doit être signalée au CDO* » (MK3). Dans le même registre, nos données indiquent qu'une grande majorité de MK (77%) ne déclarent pas leurs spécificités au CDO, et n'auraient pas la volonté de le faire (74%). Ces résultats peuvent s'expliquer grâce à nos entretiens qualitatifs mentionnant **l'absence de reconnaissance financière** associée (MK2), appuyé par Arkwright et al., (2018), ou par des pratiques prohibées (CNOMK, 2025a). Nos résultats sont également cohérents avec la littérature rapportant cette absence de déclaration de spécificité à 62,9% (FFMKR, 2022c). Si l'avenir de la profession tend vers l'exercice spécifique, une **mise à jour** de l'application du cadre semble nécessaire. Pour terminer notre interprétation, un bref regard sur les pratiques cliniques des MK s'impose, afin d'analyser l'avenir de leur exercice et ses potentielles évolutions.

1.5. Exposition aux champs cliniques : contexte de pratiques

Notre étude illustre le **recoupement fréquent** de certains champs (*Ex : les syndromes canalaires étant à la frontière du champ neuro-musculaire et musculo-squelettique*), accentuant la difficulté d'un classement objectif. Malgré cela, le champ musculo-squelettique apparaît bien comme **élément central** de la profession, représenté à 89% d'exposition clinique, traversant la dichotomie entre pratique généraliste et spécifique. Notre étude indique que 59% des MK y déclarent une spécificité, contre 13% de spécificités déclarées en gériatrie, étant représentée à 84%. Ces résultats rejoignent les discours qualitatifs : « *C'est quand même la base de notre métier* » (MK4) et la littérature (Adeleke et al., 2024) sur la place centrale du champ musculo-squelettique. Sa prédominance pourrait influencer les représentations des MK sur la notion de pratique généraliste ou spécifique, bien que notre étude n'ait pas réussi à étudier cet effet.

¹³ La distinction entre la détention d'une spécificité d'exercice et le fait d'identifier sa pratique comme spécifique mérite d'être rappelée ici. Un MK peut tout à fait détenir une spécificité d'exercice, sans pour autant s'identifier à un exercice spécifique de celle-ci (Conrad, 2022b). L'inverse est également possible, en lien avec la patientèle du thérapeute et/ou son expertise acquise via son investissement personnel.

L'évolution spécifique interroge quant au risque **d'abandon progressif** de certaines pratiques (*ex : Neuro-pédiatrie*), liées aux contraintes économiques, organisationnelles (URPS, 2019), et à la concentration sur quelques spécificités d'exercice « *phares* » (Fabunmi et al., 2020). Les propos du MK4 : « *Si tout le monde fait les mêmes spécificités, (...) il y aura des champs de la kiné qui vont disparaître* » et les données de l'URPS (2019) alertent notamment sur cette **perte de diversité** résultante. Une **perte d'unicité** de la profession est aussi évoquée dans la littérature, notamment sur le faible lien entre des spécificités éloignées (*ex : rééducation vestibulaire et uro-gynécologie*) (Conrad, 2022b), bien que notre étude n'ait pas confirmé cet élément. Ainsi, le maintien d'une base généraliste contribuerait à résoudre le piège potentiel de **fragmentation des soins** parfois rencontré dans la profession médicale (Bennett & Grant, 2004 ; Kell & Owen, 2013). Bien que nécessitant des études démographiques supplémentaires, ces résultats illustrent en partie le contexte de pratique des MK, l'attrait inégal envers chaque spécificité, et les risques engendrés par la spécification progressive.

En outre, nos résultats (Question 22) indiquent que 70% MK se forment par **initiative personnelle**, contre seulement 17% selon les **besoins de leur patientèle**, une tendance similaire à l'étude de l'URPS (2019) (*Respectivement 64% et 18%*). Une divergence apparaît en comparant les groupes, où les MK généralistes purs se formeraient davantage selon les besoins de leur patientèle (33%), là où les MK spécifiques se formeraient selon d'autres facteurs, pouvant notamment être leur attrait personnel envers un champ en particulier, point évoqué dans la littérature (Fabunmi et al., 2020). Si un avenir de la profession vers un exercice spécifique semble être accepté par les MK, des risques d'inégalités d'accès aux soins liés à la **formation préférentielle** envers certains champs semblent ainsi se dessiner.

Ayant comparé nos résultats à la littérature à notre disposition à travers cette partie, il convient à présent de confronter notre étude à ses propres limites, afin d'adopter une posture réflexive et un regard critique sur celle-ci.

2. Critique interne de l'étude : biais identifiés et perspectives associées

Un biais peut être défini comme « *toute erreur systématique dans la conception, la conduite ou l'analyse d'une étude* » (Althubaiti, 2016). La liste non-exhaustive de ces derniers et nos axes d'améliorations sont présentés ci-dessous. Les auteurs décrivent quatre biais pour les enquêtes : biais d'échantillonnage, de non-réponse, de couverture et de mesure (Bayart, 2009).

2.1. Biais de l'étude quantitative : critique de l'outil de recherche

2.1.1. Biais d'échantillonnage, de couverture et de sélection

L'inévitable **biais d'échantillonnage** est lié à l'échantillon quantitatif obtenu dans une expérience réelle (Panzeri et al., 2007). La population ciblée par l'étude quantitative composée des MK libéraux de l'île de La Réunion était estimée à environ 1954 individus. Avec 91 réponses valides, soit **4,6% de la population cible**, notre échantillon s'avère trop petit, nécessitant un total de 322 réponses (DATAtab, s.d.) pour pouvoir considérer celles-ci comme représentatives. L'étude n'est donc pas en mesure d'être appliquée à d'autres populations que celle de l'île de La Réunion. En termes de genre, l'échantillon reflète néanmoins la population ciblée, (51% d'hommes et 49% de femmes), se rapprochant des 51,4% de femmes du niveau national. L'âge moyen des répondants étant de 20-29 ans pour 45% d'entre eux, et décroissant au fur et à mesure de l'âge, n'est quant à lui pas représentatif de la moyenne nationale de 41,31 ans (CNOMK, 2022d). En revanche, nos groupes sont comparables entre eux, étant pour la majorité en dessous de 40 ans. Géographiquement, les MK viennent à 52% du sud de l'île, contre 10% de l'est, pouvant donc influencer leurs réponses, liées à leur contexte territorial.

Ces disparités peuvent s'expliquer par la méthode de diffusion du questionnaire, notamment via les **réseaux sociaux**, touchant une population restreinte, ainsi qu'au cercle social propre de l'enquêteur, influençant la population exposée à l'enquête. Nous notons de plus un **biais de sélection**, où seules les personnes intéressées ont répondu à l'enquête (Frippiat & Marquis, 2010), celles-ci pouvant avoir un plus grand engagement sur le sujet traité, influençant les résultats, qui plus est avec la phase qualitative recrutant les MK au **volontariat**, potentiellement plus intéressés (Paynter et al., 2023). La période de diffusion pendant les fêtes de fin d'année, du 23/12 au 25/02 a aussi pu impacter l'effectif, certains MK partant en vacances à ce moment-là. Une des solutions pour atteindre la population cible aurait été de solliciter les « *influenceurs Instagram* » en kinésithérapie de La Réunion, afin de gagner en visibilité. Pour finir, la prise de contact des 6 CPTS et associations de spécificités (*AKPR / AKP-Run*) a été sans succès.

Un **biais de couverture** est présent, associé à l'inégalité des chances de répondre au questionnaire, en lien avec sa diffusion Internet et via les réseaux sociaux. En effet, nous ciblons ainsi les personnes ayant un accès à Internet et de surcroît, celles inscrites aux réseaux sociaux et aux groupes sur ces derniers. Bien qu'une diffusion ait été réalisée grâce au CDO, cela exclut une partie de la population cible (Fripiat & Marquis, 2010). Une diffusion par **QR Code** ou **affiche** physique au sein des cabinets libéraux est un moyen pertinent qui aurait pu être effectué.

L'absence de randomisation dans la répartition des sujets introduit un **biais de sélection** potentiel. Les différences observées peuvent être la cause de **facteurs confondants** non mesurés (*motivation, accès à la formation...*) plutôt que de l'effet étudié (Austin, 2011 ; Ernest et al., 2015). Une analyse de régression multivariée pourrait permettre de contrôler ces derniers, n'ayant pas pu être réalisée dans le cadre de cette étude au vu des délais impartis. Notre analyse démographique indique que les MK spécifiques exclusifs ne présentent pas nécessairement de caractéristiques différentes, comme l'âge, pouvant influencer la satisfaction de pratique selon Arkwright et al., (2018). Toutefois, la **comparabilité** reste limitée avec l'important déséquilibre inter-groupes, surtout entre les généralistes purs (n = 38) et les spécifiques exclusifs (n = 5).

2.1.2. Biais de mesure, consultation d'expert et biais de non-réponse

Durant cette phase quantitative, un **biais de mesure** a pu être créé. Il peut être dû à une **mauvaise compréhension** des questions, à une **mauvaise formulation**, à des omissions ou à une **baisse de motivation** du sondé répondant sans porter de réflexion poussée, ou aux individus répondant aux enquêtes rapidement sans les lire. Il peut également venir de **l'absence de relation** entre enquêteur et enquêté, enlevant la possibilité d'informations complémentaires sur le contexte. Ce biais aurait pu être atténué via l'avis d'un **expert** sur le questionnaire avant sa diffusion, qui aurait pu y relever les moments de confusion. Certaines incompréhensions furent ainsi notées, comme la détention de spécificités d'exercice à la question sur les diplômes supérieurs autres qu'en kinésithérapie (Question 13) (Annexe VI). La fragilité interne de notre questionnaire entraîne également un biais de mesure (*cf. Limites des résultats*). Il aurait été préférable de réaliser une **pré-étude** pour valider l'outil en amont, puisqu'il n'y avait pas de questionnaire validé pour cette thématique. Enfin, le **biais de non-réponse** a pu être évité dans cette étude car toutes les réponses étaient obligatoires, excepté la dernière question proposant d'intégrer la phase qualitative de l'étude, dont les biais sont détaillés ci-dessous.

2.2. Biais de l'étude qualitative : liste non-exhaustive des biais présents

Tableau XXIII : Résumé des biais présents lors de l'étude qualitative réalisée

Biais	Définition	Motif de présence	Axe de remédiation
Echantillonnage (Panzeri et al., 2007)	Echantillon non représentatif de la population générale étudiée	Faible nombre de participants, absence de représentants de certains groupes	Prudence à l'interprétation des résultats, âge hétérogène des participants
Ancrage cognitif (Goldszlagier, 2015)	Perturbation du jugement d'un individu où les exemples peuvent s'ancrer dans leur esprit, les empêchant de voir d'autres exemples possibles	Utilisation d'exemples pour illustrer et faciliter la compréhension de certains items	Relances diverses explorant d'autres dimensions des questions au sein du guide d'entretien
Désirabilité sociale (Butori & Parguel, 2010)	Donner des réponses socialement acceptables et désirables au lieu d'une réelle opinion afin de correspondre aux idéaux sociaux	Enquêteur et enquêté en dialogue direct , dont l'enquêté sait que ses paroles sont retranscrites	Anonymat des entretiens et non-jugement de l'enquêteur dans sa posture , ses réponses et son non-verbal (<i>posture d'écoute active...</i>)
Confirmation (Larivée et al., 2019)	Volonté du chercheur à favoriser l'apparition des résultats allant dans son sens ou confirmant ses attentes	Enquêteur unique à coder les résultats	Echantillon contrasté , questions ouvertes , question de recherche descriptive

Notons que certaines formulations de questions peuvent expliquer un phénomène de **redondance**, de potentielles **incompréhensions** ou de **manque de positionnement**, notamment entre la question 16 et 27, où les limites entre certaines notions semblaient peu claires pour les sujets malgré les relances employées. Cela aurait pu être réduit en interrogeant un expert en amont de l'étude, afin d'élaborer les questions avec plus de précision. Un **bias de volontariat** est également observé car les sujets, recrutés en fin d'étude quantitative, étaient volontaires pour participer à la suite de la recherche, inhérent à notre approche par **connexion**.

Pour finir, la **saturation des données** n'a pas été atteinte, définie par le fait que les entretiens n'apportent plus d'informations nouvelles pour comprendre le phénomène (Fortin & Gagnon, 2016). Celle-ci se serait avérée complexe à atteindre, avec la diversité des profils de MK sur notre sujet, qui de surcroît, a connu deux sujets ayant été retirés et dont les données n'ont pas pu être exploitées. Enfin, la présence de deux membres exerçant une fonction ordinaire parmi les participants de cette étude qualitative est à mentionner, étant à la fois un **atout**, mais aussi une **limite** pouvant influencer les notions abordées, ceux-ci n'étant pas représentatifs de la population globale de MK.

2.3. Scientificité de l'étude qualitative : critères COREQ et validité de l'étude

Afin de limiter les biais et de suivre une rigueur scientifique tout au long de l'étude, je me suis inspiré des **critères COREQ** (Gedda, 2015) (Annexe XX), de la **validité interne, externe** et de la **fidélité** (Pelaccia et al., 2018) (Tableau XXIV). Notons que l'absence de **triangulation des données** et de **double codage** fait également partie des limites, s'expliquant par la contrainte de temps liée à la réalisation d'une étude mixte ayant démarré ses entretiens à la fin du mois de mars, ainsi que le peu de ressources disponibles pour pouvoir réaliser celle-ci.

Tableau XXIV : Validité interne, externe et fidélité de notre étude (Pelaccia et al., 2018)

Critère	Définition	Mon contexte
Validité interne	Evalue dans quelle mesure les interprétations du chercheur concordent avec la perception des sujets. En d'autres termes, elle vérifie que le chercheur observe réellement ce qu'il croit observer.	Dans cette étude, j'ai travaillé seul, sans chercher à faire vérifier le sens des propos relevés par les sujets ou un(e) autre chercheur. Cela a pu induire des interprétations subjectives de ma part.
Validité externe	Possibilité de pouvoir généraliser des observations au-delà du contexte spécifique de l'étude. Permet d'évaluer dans quelle mesure les résultats peuvent être extrapolés à d'autres milieux.	L'échantillon insuffisant et non représentatif de la population de MK, n'ayant pas atteint la saturation des données rend la généralisation cette étude à plus grande échelle impossible.
Fidélité	Reproductibilité de la recherche par d'autres chercheurs utilisant les mêmes procédés employés que ceux de l'enquêteur.	La présence de biais de subjectivité au sein de l'étude, ma relation avec les sujets interviewés et la formulation des questions pouvant parfois être différente d'un entretien à l'autre rend cette recherche difficilement reproductible.

2.4. Biais liés au chercheur : enquêteur novice

Le **manque d'expérience** de l'enquêteur en matière de recherche altère ainsi la qualité méthodologique de l'étude (Campenhoudt et al., 2017). Ici, la **subjectivité du chercheur** est à considérer. Celle-ci est incontournable dès lors que tous les chercheurs ont des opinions (Girard et al., 2015). Au regard de mes propres représentations, mon avis sur la question a pu influencer sur cette recherche. Ma subjectivité est à prendre en compte dans la **construction du questionnaire** et l'**analyse qualitative** (*codes, catégorisations...*). Ayant effectué l'étude seul, j'ai pu inconsciemment choisir les informations me paraissant comme les plus importantes (*cf. Biais de confirmation*). L'expression « *témoin unique, témoin nul* » représente bien cette idée.

3. Intérêt des résultats : différences de représentations sur l'avenir de la profession, identité mouvante et cadre non maîtrisé

Nos résultats ont permis de comparer les **représentations** de différents profils de MK sur le sujet de l'exercice spécifique, certains étant favorables à celui-ci là où d'autres mettent l'accent sur ses risques potentiels. Ceux-ci ont également permis d'illustrer des différences notables de représentations sur la **valorisation financière** des spécificités. Les résultats ont également mis en lumière la diversité de représentations des pratiques sur la notion de « *MK spécifique* » pouvant différer au regard de l'expérience, de la patientèle ou de l'expertise de chacun sans pour autant correspondre au **cadre normatif**. Les résultats étudiés permettent ainsi de comprendre les **représentations favorables** des MK envers le modèle d'exercice spécifique. Secondairement, les résultats illustrent un **état des lieux** quantitatif général des spécificités d'exercice au sein d'un contexte insulaire comme l'île de La Réunion. En l'absence de résultats significatifs, ceux-ci ont permis d'établir que les MK disposent d'une représentation commune et d'une attitude plutôt **positive** envers les spécificités d'exercice.

4. Limites des résultats : fiabilité interne et méthode de classement

Premièrement, l'enquête n'a pas cumulé **suffisamment de réponses** pour être représentative de la population générale. Les résultats apportés ne sont donc pas transposables à l'ensemble des régions françaises. Ensuite, malgré la construction du questionnaire ayant couplé les items issus de deux études antérieures à ce sujet (URPS, 2019 ; FFMKR, 2022c), celui-ci est scientifiquement non validé, certains items ayant été réalisés subjectivement, ne garantissant pas l'impartialité de l'enquêteur ni leur validité scientifique.

Concernant sa fiabilité sur les représentations, l'étude présente une **fragilité des coefficients** Alpha et Oméga, avec en cause le **faible nombre d'éléments** présents dans les concepts, ayant limité l'utilisation de l'Oméga pour certains items. Ce manque de validité interne (Cho & Kim, 2015) excepté pour l'exposition aux champs cliniques entraîne donc une limite d'interprétation et un **biais de mesure**. L'ajout futur d'items renforcerait cette fiabilité, comme sur les représentations par rapport à la diversité de **patients** ou à **l'intérêt** de l'exercice spécifique dans la prise en charge de ces derniers.

Pour améliorer cette fiabilité interne, il aurait été intéressant de mener une pré-étude de validation des critères sur les représentations concernant l'exercice spécifique et généraliste. Le critère représentations sur l'avenir aurait pu être approfondi et amélioré en y rajoutant des items sur la perception de **compétence accrue** des MK spécifiques, **d'efficacité** du système de santé ou de risques engendrés sur **l'organisation des territoires**. De plus, les résultats obtenus grâce aux tests statistiques réalisés n'étaient pas comparables à la littérature en raison d'une absence, à notre connaissance, d'études similaires sur le sujet employant les mêmes procédés.

Pour continuer, l'objectif de cette étude était d'explorer les **représentations**. Le choix méthodologique a par conséquent consisté en une méthode de classement auto-déclarative des sujets selon leur type de pratique, répartie en 4 modalités distinctes. Cette approche présente l'avantage majeur de permettre aux sujets de se positionner avec **nuance**, reflétant la réalité complexe de l'exercice libéral, où les pratiques s'inscrivent souvent dans une répartition nuancée (Conrad, 2022b) plutôt que dans une dichotomie fixe, comme nous l'avons abordé dans la partie précédente (*cf. Partie VI. 1.3.*). Cette méthode converge avec notre objectif d'étude, en mesurant les représentations des sujets concernant leur propre pratique à travers une exploration de critères différents que les formations réalisées par le professionnel.

Néanmoins, ce choix comporte des limites notables, liées au biais de subjectivité inhérent à une approche auto-déclarative et à l'absence de critère objectif de validation. Ainsi, un MK disposant d'un D.U, ayant peu de patients de cette spécificité pouvait se déclarer « *généraliste à domaine de prédilection* » par souhait de légitimité. Une **hétérogénéité intra-groupe** peut également apparaître, un MK spécifique non-exclusif pouvant avoir 50% ou 80% de sa patientèle spécifiée. De même, une **perméabilité inter-groupe** peut être présente, où les limites entre certaines catégories apparaissent parfois fluctuantes malgré l'effort de clarification via la formulation d'exemples dans les énoncés. Au terme de notre réflexion, cette méthode de classement a été choisie, considérant que sa capacité à préserver la richesse des représentations primait sur ses imperfections méthodologiques.

Dans la partie suivante, nous aborderons certaines perspectives de recherche pouvant être mises en place afin d'améliorer cette étude mixte, autant en phase d'échantillonnage et de sélection des sujets qu'en phase de mesure et d'évaluation en proposant certains axes d'améliorations, aussi bien pour l'étude quantitative que pour l'étude qualitative.

5. Perspectives de recherche : correction des biais et pistes d'améliorations

Afin d'améliorer la qualité de cette étude, les perspectives d'améliorations (Tableau XXV) concernent majoritairement la **correction des biais** présents, l'amélioration des **critères de scientificité** (Pelaccia et al., 2018) et de la **fiabilité interne** du questionnaire (Orçan, 2023).

Tableau XXV : Perspectives d'améliorations de l'étude mixte effectuée

Catégorie	Partie	Biais	Axes d'améliorations
Echantillonnage et sélection	Quantitative	Classement des groupes	Classement des groupes selon la patientèle majoritaire objective / critères règlementaires
		Représentativité de l'étude	Augmenter l' effectif de répondants Inclure les MK libéraux en Hexagone ou autres DOM-TOM ¹⁴ , les MK salariés , augmenter l' hétérogénéité des groupes (<i>âge</i>) et l' homogénéité des types de pratique
	Qualitative	Absence de MK spécifique exclusif et généraliste pur	Améliorer le recrutement de l'étude Sollicitation d'autres associations de spécificités / organismes de formation
Mesures et évaluation	Quantitative	Fiabilité interne du questionnaire	Pré-étude de validation des critères Rajout d'items sur les représentations Augmenter l' effectif de répondants
		Formulation d'items volontairement tranchés (<i>Questions 33, 34, 35</i>)	Validation de la formulation par un expert Augmenter le nombre de sujets pré-tests
		Echelle de Likert à 7 degrés (<i>Question 35</i>)	Conserver l'échelle de Likert à 6 degrés afin de conserver une homogénéité des items
	Qualitative	Termes « <i>spécifier, spécification</i> » ambigus	Rappeler clairement la distinction spécialité / spécificité avec exemple (<i>Médecins / MK</i>)
		Manque de précisions sur les questions 16 et 27	Formulation différente des questions, ouvrant d'autres dimensions d'analyse
		Ancrage cognitif	Retirer les exemples apportés aux questions
		MK recrutés étaient volontaires	Inciter à la participation
Saturation		Saturation non atteinte	Augmenter le nombre d'entretiens

¹⁴ Départements d'outre-mer / Territoires d'outre-mer

VII. CONCLUSION DE LA RECHERCHE

1. Réponse à la question de recherche : représentations favorables et mise en garde

Notre étude mixte permet d'apporter des éléments de réponses à la question de recherche : « *Quelles sont les représentations des MK libéraux généralistes et spécifiques de l'île de La Réunion sur l'évolution de leur profession au sujet de l'exercice spécifique et généraliste ?* ». Les principaux résultats révèlent trois tendances majeures. Premièrement, malgré une hétérogénéité de certaines représentations, nous observons un **consensus commun** sur l'**attrait** et la **progression croissante** de l'exercice spécifique en kinésithérapie, notamment sur l'île de La Réunion et chez les jeunes praticiens. Bien qu'à nuancer en raison des limites méthodologiques et de la représentativité limitée de notre étude, cette tendance reste une préoccupation partagée. Deuxièmement, en effet, une divergence de représentations sur un avenir spécifique se dessine, où les MK spécifiques y semblent plus favorables, mentionnant l'**évolution du système de santé** et de la profession. Cette divergence est particulièrement visible sur la valorisation tarifaire, où s'affrontent la **reconnaissance de l'expertise clinique** et la **crainte des disparités professionnelles** engendrées. Enfin troisièmement, les représentations des MK suggèrent que l'exercice spécifique impacte la **versatilité** de la profession entre pratique généraliste et spécifique, certains émettant des réserves, rappelant les risques engendrés pour les patients. Nos résultats appellent à la réflexion collective sur l'avenir entre spécification assumée et préservation des compétences généralistes. Au-delà d'une simple description des représentations, notre étude illustre certains enjeux futurs à relever pour la profession. Bien que la généralisation des résultats soit limitée par les spécificités locales du contexte réunionnais, ceux-ci enrichissent la compréhension des représentations professionnelles d'un territoire insulaire. Ainsi pour conclure cette recherche : « *Une profession qui n'évolue pas est une profession dont le destin risque de lui échapper* » (Conrad, 2022b).

2. Perspectives scientifiques : un panel de possibilités

Cette étude mixte constitue une piste d'exploration sur l'évolution spécifique de la profession, croisant les représentations des MK avec une quantification du phénomène sur l'île de La Réunion. Plusieurs pistes complémentaires apparaissent, celles-ci devant toutefois intégrer des outils standardisés (*questionnaires validés...*) et des partenaires institutionnels (*CDO, URPS...*) afin de garantir la robustesse des données.

Étendre l'échantillon en incluant les **étudiants en masso-kinésithérapie**, en analysant leurs préférences d'exercice dès la L3 où elles peuvent apparaître, en plus des néo-diplômés, afin d'anticiper les tendances des futurs professionnels en cours de formation est une première piste.

Réitérer une étude similaire en approfondissant uniquement le **champ musculo-squelettique**, élément central de la profession, pourrait être envisagé. Notre approche et ses objectifs sur l'ensemble des champs disciplinaires ne nous permettait pas de détailler les sous-spécificités par **régions anatomiques** (*rachis, main, genou...*). Une étude ciblée sur ce champ clarifierait les besoins en formations et permettrait d'obtenir des données plus spécifiques sur la question.

Bien qu'écartée ici pour des raisons méthodologiques, une **analyse de corrélation** liant **l'exposition aux champs cliniques** et les **spécificités exercées** sur l'île de La Réunion était initialement prévue et serait pertinente à réaliser.

Une dernière perspective intéressante serait l'étude de **l'impact du secteur d'installation** sur le **type de pratique**. Il s'agirait de comparer l'exercice en zone rurale et urbaine de La Réunion en étudiant les facteurs influençant le choix de pratique afin de répondre à la demande locale.

3. Perspectives professionnelles : œuvrer vers l'unicité de la profession

Ce travail de recherche contribue à la profession en identifiant certaines **divergences** et **convergences** de représentations concernant les spécificités d'exercice, notamment sur la perception de la rémunération différenciée ou unitaire, et sur **l'avenir** de l'exercice spécifique, un concept que les MK souhaiteraient préserver, malgré certains risques évoqués. Il fournit également un état des lieux quantifié des pratiques spécifiques à La Réunion, informant du mode de fonctionnement des MK, de leurs pratiques, ainsi que des spécificités représentées et des différences d'attractivité, pouvant alimenter le **recensement** au CDO. Ces résultats offrent des leviers pour adapter la formation et affiner les critères de reconnaissance, permettant aux instances régionales, aux organismes de formations et aux instituts de s'adapter à ces **évolutions professionnelles**. L'absence de consensus sur la définition objective d'une « *pratique spécifique* », portant sur les titres obtenus, sans intégrer l'expertise clinique ou la patientèle usuelle appelle à réflexion, notamment avec l'ajout récent de **l'annuaire des spécificités** (CNOMK, 2025).

VIII. CONCLUSION GÉNÉRALE DU MÉMOIRE

Lorsque je reviens sur le parcours que j'ai effectué depuis septembre 2024, de nombreuses évolutions à propos de moi-même sont à noter. Tout d'abord, la réalisation d'un travail sur la **dichotomie entre l'exercice généraliste et spécifique** s'est avérée être une évidence pour moi dès lors où j'ai toujours pratiqué différentes disciplines sportives et occupationnelles, sans jamais me concentrer exclusivement à l'une d'entre elles. Je me suis interrogé de manière introspective afin de savoir si je reproduirai ce schéma dans mon futur métier, en observant que de plus en plus, tout semble tourner autour de **l'expertise de pointe**. L'expérience d'observer **différents profils de kinésithérapeutes** autour de moi a été déterminante dans le choix de mon sujet.

Réaliser ce mémoire de recherche m'a fait grandir tant sur le plan professionnel que personnel.

Sur le plan professionnel, je suis tombé dans le piège courant des chercheurs novices, à vouloir tout faire, tout chercher, en me pensant au-dessus des contraintes de temps et de ressources. Je me suis rendu compte à différentes reprises qu'un petit élément, un simple détail, pouvait changer la totalité d'un projet de recherche. Au final, j'ai appris grâce à ce travail à **prioriser mes choix** ; il a également permis de me rediriger sur la voie que je souhaiterai prendre en sortie de diplôme : une pratique que je souhaite la plus généraliste possible au début, afin de gagner confiance en moi et sortir de ma zone de confort, ainsi qu'à développer mes compétences de masseur-kinésithérapeute, puis éventuellement, en un exercice de plus en plus spécifique, afin d'exercer ce que j'affectionne le plus, à savoir la **traumatologie** et le traitement des **cicatrices**.

Sur le plan personnel, ce travail de recherche m'a appris l'humilité, et a permis de m'initier à la recherche en adoptant un regard critique sur ma propre réalisation, avec l'idée constante d'une **remise en question** de mes actions et de ma réflexion. J'ai compris grâce à ce mémoire que travailler dur ne suffisait pas, il fallait également savoir pourquoi est-ce que l'on travaille, et dans quel but. Il m'a également permis de prendre confiance en moi. Certains travaux semblaient au premier abord inatteignables et complètement irréalisables ; cependant, en se concentrant sur chaque marche, l'une après l'autre, l'Everest se transforme petit à petit en chemin amenant le chercheur à son sommet.

Que veut-on et que faut-il vouloir ? -Paul Valéry

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES (137 références)

Adeleke, J. O., Tabiti, O. O., Desmond, A. Z., Akintayo, D. N., John-Chu, C. G., & Uzohue, B. O. (2024). Perception of physiotherapy students towards specialisation in geriatric physiotherapy in south-west Nigeria. *Journal of Biomedical Investigation*, 12(3), 3-21. <https://journals.unizik.edu.ng/jbi/article/view/5552/4604>

Agence nationale du DPC. (2023). *Le DPC*. <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratiq>

Agence Régionale de Santé La Réunion. (2023). *Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)*. <https://www.lareunion.ars.sante.fr/index.php/communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-cpts-2>

Althubaiti, A. (2016). Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 211–217. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S104807>

Anadón, M. (2019). Les méthodes mixtes : Implications pour la recherche « dite » qualitative. *Recherches qualitatives*, 38(1), 105. <https://doi.org/10.7202/1059650ar>

Arkwright, L., Edgar, S., & Debenham, J. (2018). Exploring the job satisfaction and career progression of musculoskeletal physiotherapists working in private practice in Western Australia. *Musculoskeletal Science and Practice*, 35, 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.03.004>

Assurance maladie. (2021). *Développement professionnel continu*. Ameli. <https://www.ameli.fr/la-reunion/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/vie-cabinet/developpement-professionnel-continu-0>

Assurance Maladie (2023). *Signature d'un accord-clé avec les syndicats des masseurs-kinésithérapeutes*. [Internet] <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2023-07-13-cp-signature-avenant7-mk>

Assurance Maladie. (2025a). *Le numéro RPPS : un identifiant unique pour les professionnels de santé*. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/rpps>

Assurance Maladie. (2025b) Nouvelle nomenclature des actes de kinésithérapie [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/nouvelle-nomenclature>

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P. (2008). *Introduction à la recherche qualitative*. 19.

Austin, P.C. (2011). *Introduction aux méthodes de score de propension pour réduire les effets de confusion dans les études observationnelles*. Recherche comportementale multivariée, 46 (3), 399–424. <https://doi.org/10.1080/00273171.2011.568786>

Baribeau, C., & Royer, C. (2013). L'entretien individuel en recherche qualitative : Usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>

Barroga, E., Matanguihan, G. J., Furuta, A., Arima, M., Tsuchiya, S., Kawahara, C., Takamiya, Y., & Izumi, M. (2023). Conducting and Writing Quantitative and Qualitative Research. *Journal of Korean Medical Science*, 38(37). <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e291>

Bayart, C. (2009). *Le potentiel du web pour les enquêtes de mobilité urbaine* [Phdthesis, Université Lumière – Lyon II]. <https://theses.hal.science/tel-00477745v1>

Béland, S. & Cousineau, D. (2018). Adieu coefficient alpha de Cronbach ! J'ai trouvé plus fidèle que toi.... *Revue de psychoéducation*, 47(2), 449–460. <https://doi.org/10.7202/1054068ar>

Bennett, C. J., & Grant, M. J. (2004). Specialisation in physiotherapy : A mark of maturity. *Australian Journal of Physiotherapy*, 50(1), 3-5. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60242-7](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60242-7)

Bonardi, C. (2010). Postures de recherche et regard sur soi : Une ouverture vers l'altérité ? *Bulletin de psychologie*, Numéro 505(1), 49-59. <https://doi.org/10.3917/bupsy.505.0049>

Butori, R., Parguel, B. (2010) *Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur*. AFM. <https://shs.hal.science/halshs-00636228>

Campenhoudt, L., Marquet, J. et Quivy, R. (2017). Manuel de recherche en sciences sociales. (5e éd.). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.vanc.2017.01>.

Chipchase, L. S., Cavaleri, R., & Jull, G. (2016). Can a professional development workshop with follow-up alter practitioner behaviour and outcomes for neck pain patients ? A randomised controlled trial. *Manual Therapy*, 25, 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.math.2016.06.010>

Cho, E., & Kim, S. (2015) ; Cronbach's Coefficient Alpha : Well Known but Poorly Understood. *Organizational Research Methods*, 18(2), 207-230. <https://doi.org/10.1177/1094428114555994>

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). (s. d.). *Expert*. <https://www.cnrtl.fr/definition/expert>

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). (s. d.). *Prédilection*. <https://www.cnrtl.fr/definition/prédilection>

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). (s. d.). *Spécificité*. <https://www.cnrtl.fr/definition/spécificité>

Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes (3è éd.) (2015). Article R4321-113 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033204510

Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes (3è éd.) (2015). Article R4321-62 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033204185

Code de la Santé publique (2009). *Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. Dans *legifrance*. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>

Code de la Santé publique. (s. d.). *Article L4135-4* https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044317205

Code de la Santé publique. (s. d.). *Article R4321-67* https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042752370

Code de la Santé publique. (s. d.). *Article R4321-122*.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019730148/2008-11-06

Code de la Santé publique. (s. d.). *Article R.4321-123*.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019730146/2008-11-06

Code de la Santé publique. (s. d.). *Article R.4321-125*.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019730141/2008-11-06

Code de la Santé publique (2004). *Section I. Actes professionnels*.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913987/

Combessie, J.-C. (2007). *II. L'entretien semi-directif*. Vol. 5^è éd. (p. 24-32). La Découverte.
<https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-24.html>

Commission nationale de l'informatique et des libertés [CNIL]. (2018). *Conformité RGPD : comment recueillir le consentement des personnes* [En ligne]. <https://www.cnil.fr/fr/les-bases-legales/consentement>

Conrad, S. (2022a). *Journée mondiale de la kinésithérapie : campagne de l'Ordre pour mettre en lumière le rôle des kinésithérapeutes*. Kiné actualité. <https://www.kineactu.com/article/12988-journee-mondiale-de-la-kinesitherapie-campagne-de-l-ordre-pour-mettre-en-lumiere-le-role-des-kinesitherapeutes>

Conrad, S. (2022b). *Spécificités d'exercice : L'avenir de la profession ?* Dans Maison Des Kinés [Kiné actualité] [Article payant]. <https://www.kineactu.com/article/12873-specificites-d-exercice-br-l-avenir-de-la-profession>

Conseil Départemental de l'Ordre du Gard (s. d.). *Compétences et spécificités*.
<https://gard.ordremk.fr/competences-et-specificites/>

Conseil Interdépartemental de La Réunion et Mayotte (CIDOMK) – Un site de l'Ordre National des Masseurs-Kinésithérapeutes. (s. d.) <https://reunionmayotte.ordremk.fr/>

Conseil Interdépartemental de La Réunion et Mayotte (CIDOMK) (2023). *Les spécificités d'exercice*. <https://reunionmayotte.ordremk.fr/2023/10/11/les-specificites-dexercice/>

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2015). *Avis du Conseil National de l'Ordre du 25 juin 2015 modifiant l'avis du 22 juin 2012 et relatif aux diplômes, titres et spécificités*. Dans Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (2017). *Avis CNO n°2017-01. Avis du Conseil National de l'Ordre du 22 Mars 2017 modifiant l'avis du 25 Juin 2015 qui a modifié l'avis du 22 Juin 2012 et relatif aux diplômes, titres et spécificités*. Dans Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/AVIS-CNO-n2017-01.pdf>

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (2018). *Répertoire opérationnel des ressources*. <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/repertoire-operationnel-des-ressources-3/>

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (2021). *Avis du Conseil national de l'Ordre du 30 mars 2021 relatif aux spécificités et abrogeant partiellement l'avis du CNO n°2017-01 en ce qu'il traite des spécificités*. Dans Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2021/04/avis_specificites-2021.pdf

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (2022a). *Recommandations relatives à la communication du masseur-kinésithérapeute*. https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2024/04/guide_recommandationscom_cnomk_2024.pdf

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (2022b). *Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes* ; Dans Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. <https://deontologie.ordremk.fr/>

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (2022c). *Le Développement Professionnel continu (DPC), qu'est-ce que c'est ?* <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/le-developpement-professionnel-continu-dpc-quest-ce-que-cest/>

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (2022d). *Démographie des kinésithérapeutes 2022* [Base de données]. <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2022/>

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes. (2023a). *Avis CNO 2023-02 relatif à la spécialisation des masseurs-kinésithérapeutes*. <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2024/01/avis-cno-2023-02.pdf>

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes. (2023b). *Charte de l'ordre relative aux organismes de formation*. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; <https://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/formation/charte-de-lordre-relative-aux-organismes-de-formation/>

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (2024). *Les modalités de la certification périodique des kinésithérapeutes*. <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/les-modalites-de-la-certification-periodique-des-kinesitherapeutes/>

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (2025a). *Tableau des techniques illusoires signalées au Conseil National de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*. Mise à jour le 14 mars 2025. Dans Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2025/03/tableau_techniques_illusoires_final-14mars2025.pdf

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (2025b). *Un annuaire des kinésithérapeutes ayant déclaré leur spécificité disponible !* <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/un-annuaire-des-kinesitherapeutes-ayant-declare-leur-specificite-disponible/>

Conseil National de l'Ordre des Médecins (2014). *La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale*. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf

Cousi, C. (2020, février 27). *Comment utiliser les méthodes mixtes en recherche ?* Methodo Recherche. <https://methodorecherche.com/comment-utiliser-methodes-mixtes/>

Creswell, J. W., Fetters, M. D., & Ivankova, N. V. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *The Annals of Family Medicine*, 2(1), 7-12. <https://www.annfammed.org/content/2/1/7.short>

Creswell, J. W. (2015). Revisiting Mixed Methods and Advancing Scientific Practices. In S. N. Hesse-Biber & R. B. Johnson (Éds.), *The Oxford Handbook of Multimethod and Mixed Methods Research Inquiry* (p. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199933624.013.39>

Demoncy, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>

Doyle, L., Brady, A.-M., & Byrne, G. (2016). An overview of mixed methods research – revisited. *Journal of Research in Nursing*, 21(8), 623-635. <https://doi.org/10.1177/1744987116674257>

Duchastel, J., & Laberge, D (2019). Entre qualitatif et quantitatif ; complexité, interprétation et découverte. *Recherches qualitatives*, 38(2), 5-24. <https://doi.org/10.7202/1064928ar>

Ernest, P., Jandrain, B., & Scheen, A. (2015). *Forces et faiblesse des essais cliniques. Evolution en fonction de l'essor de la medecine personnalisée*. *Revue Médicale de Liège*, 70 (5-6), 232-6. <https://hdl.handle.net/2268/187206>

Fabunmi, A., Adebajo, B., & Akinola, T. (2020). *Factors influencing study of physiotherapy and preferred choice of specialisation among final year physiotherapy students in Nigeria*. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 3(2), 102-108. <https://doi.org/10.32322/jhsm.632717>

Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs. (2022a). [Discours aux 20èmes Assises nationales de la Kinésithérapie] *Table ronde n°5 : Conclusive et prospective* <https://www.youtube.com/watch?v=TFCjP97-W04>

Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs. (2022b). [Discours aux 20èmes Assises nationales de la Kinésithérapie] *Table ronde n°4 : Comment articuler et valoriser conjointement l'exercice spécifique [...]* https://www.youtube.com/watch?v=kNZ_qrdhqm&t=6s

Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs. (2022c). *Résultats de l'enquête nationale sur les spécificités d'exercice : Enquête réalisée auprès des kinésithérapeutes, du 10 mars au 10 avril 2021* [Base de données ; Powerpoint] Dans Présentation sondage assises et infographie.

Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs. (2024). *La profession mobilisée pour faire avancer la kinésithérapie !* <https://www.ffmkr.org/actualites/23-sept-2024-la-profession-mobilisee-pour-faire-avancer-la-kinesitherapie>

Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie (FNEK). (2015). *Référentiel de compétences du kinésithérapeute*. <https://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-comp%C3%A9tences.pdf>

Fenneteau, H. (2015). *Chapitre 3. La préparation d'une enquête par questionnaire. Enquête : entretien et questionnaire* - 3e édition (p. 41-80). Dunod. <https://shs.cairn.info/enquete-entretien-et-questionnaire--9782100722341-page-41?lang=fr>

Fetters, M. D., Curry, L.A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving Integration in Mixed Methods Designs- Principles and Practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134-21-56. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>

Fetters, M. D. (2020). *The Mixed Methods Research Workbook : Activities for Designing, Implementing, and Publishing Projects*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781071909713>

Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. (4è éd.) Chenelière éducation. <https://educ.info/xmlui/handle/11515/35682>

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). *Health professionals for a new century : Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. The Lancet, 376(9756), 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)

Frippiat, D. & Marquis, N. (2010). Les Enquêtes par Internet En Sciences Sociales : Un État des Lieux. *Population*, 65(2), 309-338. <https://doi.org/10.3917/popu.1002.0309>.

Galvão, I. & Bourguignon, J. (2019). Récit d'investigation professionnelle. Dans : Christine Delory-Momberger éd., *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 384-388). Toulouse, France : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.delor.2019.01.0384>

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la revue*, 15(157), 50-54.

Girard, M.-J., Bréart De Boisanger, F., Boisvert, I. et Vachon, M. (2015). Le Chercheur et Son Expérience de la Subjectivité : Une Sensibilité Partagée. *Spécificités*, 8(2), 10-20. <https://doi.org/10.3917/spec.008.0010>.

Goldszlagier, J. (2015). L'effet d'ancrage ou l'apport de la psychologie cognitive à l'étude de la décision judiciaire. *Les Cahiers de la Justice*, 4(4), 507-531. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1504.0507>.

Halcomb, E., & Hickman, L. (2015). *Mixed methods research*.

Hall, M., Mori, B., Norman, K., Proctor, P., Murphy, S., & Bredy, H. (2021). *How Do I Choose a Job ? Factors Influencing the Career and Employment Decisions of Physiotherapy Graduates in Canada*. *Physiotherapy Canada*, 73(2), 168-177. <https://doi.org/10.3138/ptc-2019-0059>

Hallée, Y., & Garneau, J. (2019). L'abduction comme mode d'inférence et méthode de recherche : De l'origine à aujourd'hui. *Recherches qualitatives*, 38(1), 124-140. <https://doi.org/10.7202/1059651ar>

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : A la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-24. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Intissar, S., & Rabeb, C. (2015). Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : La théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(3), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.07.002>

Islean (2020). *Plus il y a d'experts, moins on comprend*. <https://islean-consulting.fr/fr/liberation-et-transformation-culturelle/plus-il-y-a-dexperts-moins-on-comprend/>

Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). (2025). *Après deux décennies de stabilité, la fécondité recule. Bilan démographique 2024 à La Réunion*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8383466>

Jensen, G. M., Gwyer, J., Hack, L. M., & Shepard, K. F. (2000). Expertise in physical therapy practice. *Physical Therapy*, 80(1), 28-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10623958/>

Jodelet, D. (2003). 1. Représentations sociales : Un domaine en expansion. In *Les représentations sociales : Vol 7è éd. (p.45-78)*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0045>

Juan, P., Nikos, K., Saadi, L., Denise, J., Thémis, A. (2015). In memoriam Serge Moscovici (1925-2014). *Bulletin de psychologie, Numéro 536(2)*, 181-187. <https://doi.org/10.3917/bupsy.536.0181>

Kell, C., Owen, G. (2013). Physiotherapy as a profession : Where are we now ? *International Journal of Therapy And Rehabilitation*. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2008.15.4.29034>

Kusmaryono, I., Wijayanti, D., & Risqi, H. (2022). Number of Response Options, Reliability, Validity, and Potential Bias in the use of the Likert Scale Education and Social Science Research : A Literature Review. *International Journal of Educational Methodology*, 8(4),625-637. <https://doi.org/10.12973/ijem.8.4.625>

Larivée, S., Sénéchal, C., St-Onge, Z., & Sauvé, M. R. (2019). Le biais de confirmation en recherche. *Revue de psychoéducation*, 48(1), 245-263. <https://www.erudit.org/en/journals/psyedu/2019-v48-n1-psyedu04611/1060013ar/abstract/>

Larousse. (s. d.). Spécialité. Dans *Dictionnaire de français Larousse en ligne*. Consulté le 25 mars 2025, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/spécialité/74080>

Lee, S. W. (2022). Methods for testing statistical differences between groups in medical research : Statistical standard and guideline of Life Cycle Committee. *Life Cycle*, 2. <https://doi.org/10.54724/lc.2022.e1>

Legardinier, A. (2013). *Limiting Bias in Marketing Studies : Scale Selection*. <https://policycommons.net/artifacts/15658218/comment-limiter-les-biais-lies-au-choix-des-echelles-de-mesure-dans-les-etudes-marketing/16549077/>

Légifrance. (2017). *Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine*. Dans legifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034502881>

Livian, Y. (2015). Initiation à la méthodologie de recherche en SHS.

Li, L.C., Westby, M.D., Sutton, E., Thompson, M., Sayre, E. C., Casimiro, L. (2009) Canadian physiotherapists' views on certification, specialisation, extended role practice, and entry-level training in rheumatology. *BMC Health Serv Res* 9, 88. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-88>

Maignien, F. (2015). La kinésithérapie française rejoint la physiothérapie internationale. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(167), 18-20. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2015.09.027>

Maitland, G.D. (1980). *The development and possible future of manipulative therapy in Australia*. *Australian Journal of Physiotherapy* 26 : 63–66.

Mathieu, P. [Présidente du CNOMK] [Discours aux 20èmes Assises Nationales de la Kinésithérapie, Arles, France.] (2022a) *Table ronde n°3 : Spécificités d'exercice, quel impact sur l'organisation du territoire ?* <https://www.youtube.com/watch?v=WzH9jAPtEaA>

Mathieu, P. [Présidente du CNOMK] [Discours aux 20èmes Assises Nationales de la Kinésithérapie, Arles, France.] (2022b) *Table ronde n°2 : Regards croisés des représentants de la*

profession, des institutions et des représentants des usagers. <https://www.youtube.com/watch?v=fz-aE7GCg00>

Mengshoel, A. M. (2012). Mixed methods research – So far easier said than done? *Manual Therapy*, 17(4), 373-375. <https://doi.org/10.1016/j.math.2012.02.006>

Merrer, J. (2020). Particularités des différentes enquêtes épidémiologiques. *Sages-Femmes*, 19(1), 53-55. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408820300274>

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (2015). *Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031137773>

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (2015). *Annexe III. Maquette de formation de masseur-kinésithérapeute* [Document PDF]. Relayé par Institut de Kinésithérapie Podologie Orthopédie [IKPO] <https://www.ikpo.fr/sites/ikpo/files/Maquette%20formation%20Kin%C3%A9.pdf>

Ministère de la santé et de l'accès aux soins. (2024). La certification périodique des professionnels de santé. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/la-certification-periodique-des-professionnels-de-sante>

Monet, J. (2003). Émergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIXe et au début du XXe siècle : une spécialité médicale impossible : genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914. <https://theses.fr/2003PA010575>

Morvannou, A., Dufour, M., Tremblay, D., Brunelle, N. et Roy, É. (2019). Quand l'utilisation d'une méthode mixte séquentielle amène à la compréhension de la passion du poker. *Psychotropes*, 25(4), 77-95. <https://doi.org/10.3917/psyt.254.0077>.

Nancarrow, S., et Borthwick, A. (2021). Spécialisation en santé paramédicale. Dans *The Allied Health Professions* (pp. 151–172). Chapitre, Bristol University Press. <https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/the-allied-health-professions>

Okoye, K., & Hosseini, S. (2024). Mann–Whitney U Test and Kruskal–Wallis H Test Statistics in R. In K. Okoye & S. Hosseini (Éds.), *R Programming : Statistical Data Analysis in Research* (p. 225-246). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-981-97-3385-9_11

Orçan, F. (2023). Comparison of cronbach's alpha and McDonald's omega for ordinal data : Are they different? *International Journal of Assessment Tools in Education*, 10(4), Article 4. <https://doi.org/10.21449/ijate.1271693>

Ostertagova, E., Ostertag, O., & Kováč, J. (2014). Methodology and application of the Kruskal-Wallis test. *Applied mechanics and materials*, 611, 115-120. <https://www.scientific.net/AMM.611.115>

Panchout, E., Doury-Panchout, F., Launay, F., & Coulliandre, A. (2017). Prévalence des pathologies rencontrées en kinésithérapie libérale : Un outil pour repenser l'enseignement en kinésithérapie ? *Kinésithérapie, la Revue*, 17(192), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.09.071>

Panzeri, S., Senatore, R., Montemurro, M. A., & Petersen, R. S. (2007). Correcting for the sampling bias problem in spike train information measures. *Journal of Neurophysiology*, 98(3), 1064-1072. <https://doi.org/10.1152/jn.00559.2007>

Patino, C. M., & Ferreira, J. C. (2018). Inclusion and exclusion criteria in research studies : Definitions and why they matter. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44, 84-84. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562018000000088>

Papon, A. (2019). *Les réseaux sociaux au coeur de la communication hospitalière à l'ère digitale : l'un des défis majeurs des systèmes de santé contemporains* (Doctoral dissertation, Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques).

Paynter, S., Iles, R., Hodgson, W. C., & Hay, M. (2023). Career intentions and satisfaction influences in early career Australian physiotherapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 40(9), 2065-2082. <https://doi.org/10.1080/09593985.2023.2233100>

Pelaccia, T., Demeester, A., Maisonneuve, H., & Poteaux, N. (2018). Chapitre 10. Superviser un travail de recherche reposant sur une méthode qualitative ; In *Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ?* (p. 287-328) De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.pelac.2018.01.0287>

Piaser, A. (2013). Représentations professionnelles. Dans A. Jorro Dictionnaire des concepts de la professionnalisation (p. 273-276). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.devel.2013.02.0273>.

Pluye (2023). *Les méthodes mixtes. LIEPP Fiche méthodologique n°19, 2023. hal-04107332*

Ragueneau, C. (2023). *Kinésithérapie : « Le mode de sélection des écoles n'est pas bon »*. <https://www.letelegramme.fr/sante/kinesitherapie-le-mode-de-selection-des-ecoles-nest-pas-bon-6495906.php>

Resnik, L., Hart, D. L. (2003). Using Clinical Outcomes to Identify Expert Physical Therapists, *Physical Therapy*, Volume 83, Issue 11, 1, Pages 990–1002, <https://doi.org/10.1093/ptj/83.11.990>

Sécurité sociale. (2018). *Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux* [Fiche éclairage]. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2018/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-SEPT_2018-LES%20MASSEURS%20KINE%20LIBERAUX.pdf

Simonin, T. (2024). Modes d'exercice de la kinésithérapie : Un choix orienté par la formation initiale ? Étude qualitative auprès de formateurs en Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue*, 24(274), 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2024.06.005>

Singly, F. (2020). L'exploitation du questionnaire. Le questionnaire - 5e éd. (p. 88-121). Armand Colin. <https://shs.cairn.info/le-questionnaire--9782200626877-page-88?lang=fr>.

Skamagki, G., King, A., Carpenter, C., & Wählin, C. (2022). The concept of integration in mixed methods research : A step-by-step guide using an example study in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 40(2), 197-204. <https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2120375>

Skinner, E. H., Haines, K. J., Hayes, K., Seller, D., Toohey, J. C., Reeve, J. C., Holdsworth, C., & Haines, T. P. (2015). Future of specialised roles in allied health practice : Who is responsible? *Australian Health Review*, 39(3), 255-259. <https://doi.org/10.1071/AH14213>

Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNMKR) (2025). *Le DPC va-t-il disparaître ?* Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs. <https://snmkr.fr/general/le-dpc-va-t-il-disparaitre/>

Sonnet, M. (2020). *Le hors convention chez les masseurs-kinésithérapeutes : entre liberté et contrainte* [Mémoire de fin d'études, Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nancy]. <https://memoires.kine-nancy.eu/sonnet2020.pdf>

Strauss, A., & Corbin, J. (2014). *Basics of Qualitative Research* (Fourth Edition). SAGE Publications, Inc. <https://collegepublishing.sagepub.com/products/basics-of-qualitative-research-4-235578>

Tenny, S., Brannan, J. M., & Brannan, G. D. (2022). Qualitative Study. In StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>

Trimbur, M., Plancke, L., & Sibeoni, J. (2022). Réaliser une étude qualitative en santé, guide méthodologique. *F2RSM psy*.

Tripathi, A., & Pandey, A. (2017). Post-Hoc Comparison in Survival Analysis : An Easy Approach. *Journal of Biosciences and Medicines*, 05(03), Article 03. <https://doi.org/10.4236/jbm.2017.53012>

Union Régionale des Masseurs-Kinésithérapeutes de l'Océan Indien (URMKOI). (s. d.). *Annuaire des kinésithérapeutes Réunion-Mayotte*. Consulté le 26 mars 2025, à l'adresse <https://urmkoi.fr/annuaire-kines-reunion-mayotte/>

URPS Île-de-France (2019). *Étude : Les masseurs-kinésithérapeutes en Île-de-France aujourd'hui et demain*. Menée par le cabinet Plein Sens. <https://pleinsens.fr/wp-content/uploads/2020/09/2019.09-plein-sens-rapport-mk-idf-2019.pdf>

Valence, A. (2010). Approche théorique des représentations sociales. In *Les représentations sociales* : Vol. 1^{re} éd. (P. 27-43). De Boeck Supérieur. <https://shs.cairn.info/les-representations-sociales-9782804162573?lang=fr>

Vierra, A., Razzaq, A., & Andreadis, A. (2023). Categorical variable analyses: chi-square, Fisher Exact, and mantel-haenszel. In *Translational Surgery* (pp. 171-175). Academic Press. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B97803239030040000951>

World Physiotherapy. (2023). Déclaration de politique : *Spécialisation de la pratique des kinésithérapeutes*. London, UK. <https://world.physio/policy/ps-specialisation>

Logiciels utilisés :

DATAstab : DATAstab Team (s. d.). *Calculateur de taille d'échantillon*. DATAstab e.U. Graz, Austria. <https://datatab.net>

Google LLC (s.d.). *Google Meet* [Application de visioconférence]. <https://meet.google.com>

IBM Corp. (s. d.). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0* [Computer software]. IBM Corp.

JASP Team. (s. d.). *JASP (Version 0.18.2)* [Computer software]. <https://jasp-stats.org/>

Le Sphinx. (s. d.). *Sphinx Declic* [Logiciel d'analyse de données]. Le Sphinx. <https://www.lesphinx-developpement.fr>

Table des matières des annexes

<u>ANNEXE I : Affiche des 20èmes Assises Nationales de la Kinésithérapie (FFMKR, 2022)</u>	1
<u>ANNEXE II : Questionnaire SphinxDeclic de l'étude quantitative</u>	2
<u>ANNEXE III : Guide d'entretien de l'étude qualitative</u>	13
<u>ANNEXE IV : Formulaire de consentement destiné aux MK interrogés (CNIL, 2018)</u>	16
<u>ANNEXE V : Publication du questionnaire par le CIDOMK Réunion-Mayotte</u>	19
<u>ANNEXE VI : Répartition des autres diplômes évoqués par les sujets de l'étude</u>	20
<u>ANNEXE VII : Présentation des résultats de l'exposition aux champs cliniques (Question 27)</u>	21
<u>ANNEXE VIII : Exemple de retranscription de l'entretien du MK3</u>	22
<u>ANNEXE IX : Présentations conjointes des résultats qualitatifs et quantitatifs (Skamagki et al., 2022)</u>	
27	
<u>ANNEXE X : Analyse des résultats qualitatifs sur la détention de spécificité d'exercice</u>	32
<u>ANNEXE XI : Analyse des résultats qualitatifs sur les spécificités représentées</u>	34
<u>ANNEXE XII : Analyse des résultats qualitatifs sur l'identification de pratique généraliste ou spécifique</u>	36
<u>ANNEXE XIII : Analyse des résultats qualitatifs sur le cadre réglementaire</u>	39
<u>ANNEXE XIV : Analyse des résultats qualitatifs sur les champs cliniques</u>	41
<u>ANNEXE XV : Analyse des résultats qualitatifs des aspirations des MK remplaçants</u>	43
<u>ANNEXE XVI : Analyse des résultats qualitatifs des représentations financières</u>	45
<u>ANNEXE XVII : Analyse des résultats qualitatifs des représentations sur l'avenir</u>	47
<u>ANNEXE XVIII : Résultats qualitatifs concernant le type d'exercice des néo-diplômés</u>	49
<u>ANNEXE XIX : Liste non-exhaustive des résultats à l'enquête nationale de la FFMKR (2022c)</u>	51
<u>ANNEXE XX : Critères de validité d'étude qualitative COREQ (Gedda, 2015)</u>	52

20^{es} ASSISES NATIONALES **DE LA KINÉSITHÉRAPIE**

**Les spécificités d'exercice,
le nouveau visage de la profession ?**

**3&4 juin
2022**

ARLES
Palais des Congrès

Pour tous renseignements contactez :
Clémence Le Nair
c.lenair@maisondeskines.com



ANNEXE II : Questionnaire Sphinx Declic de l'étude quantitative

Questionnaire sur l'évolution de la kinésithérapie libérale et les spécificités d'exercice

Bonjour, je m'appelle Loris Carmagnole, je suis étudiant en Master 2 au sein de l'IFMK de La Réunion.

Dans le cadre de mon mémoire, je mène une étude sur les spécificités d'exercice et la "spécialisation" en kinésithérapie (région anatomique particulière, kinésithérapie du sport, rééducation pelvi-périnéologique etc...).

Merci pour le temps consacré à la réponse de ce questionnaire.

Celui-ci s'adresse à tous les kinésithérapeutes diplômés en France ou à l'étranger en exercice actif dans le secteur libéral sur l'île de La Réunion. Ce questionnaire a pour objectif d'analyser vos représentations et avis sur le sujet des spécificités d'exercice et sur l'évolution de la profession, ainsi que votre pratique.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, répondez au plus proche de votre pratique !

L'anonymat est garanti, vos données sont protégées et ne seront utilisées qu'à des fins d'analyse de recherche pour ce mémoire. Une question facultative est disponible à la fin de ce questionnaire, vous permettant de participer si vous le souhaitez, à la suite de l'étude qui se fera sous forme d'entretiens en face à face ou visio-conférence.

Le questionnaire dure environ 10 minutes.

Je vous remercie vivement pour votre participation !

Loris Carmagnole

Etudiant en M2 kinésithérapie - IFMK de La Réunion

Contact : loris.carmagnole@ies-reunion.fr

Partie 1 : Profil de l'échantillon

1) Êtes-vous d'accord pour participer à ce travail de recherche sur les spécificités d'exercice et l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute (MK)?

Oui

Non

2) Vous êtes ?

Un homme

Une femme

3) Vous avez ?

Entre 20 et 29 ans

Entre 30 et 39 ans

Entre 40 et 49 ans

Entre 50 et 59 ans

Entre 60 et 70 ans

Plus de 70 ans

4) Êtes-vous masseur-kinésithérapeute diplômé(e) d'état ou titulaire d'une équivalence de diplôme ?

Oui

Non

5) En quelle année avez-vous été diplômé(e)?

6) Où avez-vous été diplômé(e)?

La Réunion

France hexagonale

Espagne

Belgique

Allemagne

Roumanie

Autre

Autre :

7) Quel est votre type d'exercice ?

Libéral

Salariat

Mixte

8) Où exercez-vous ?

La Réunion

France hexagonale

Autres DOM-TOM / DROM COM

Je ne suis plus en exercice actif

9) Dans quelle région exercez-vous ?

10) Dans quel milieu exercez-vous ?

Ville (Centre-ville)

Campagne

11) Quel est votre statut ?

Remplaçant(e)

Assistant(e)/Collaborateur(ice)

Titulaire/Associé(es)

12) Possédez-vous d'autres diplômes ?

Oui

Non

13) Si oui, précisez le(s)quel(s).

Partie 2 : Type de pratique et cadre réglementaire

Nous allons à présent aborder la notion de spécificité d'exercice. Une spécificité d'exercice est définie par le CNO comme un exercice préférentiel du MK, qui peut concerner une fonction, un organe, une région particulière du corps ou une catégorie spécifique de personnes.

14) Connaissez-vous le cadre réglementaire défini par le Conseil National de l'Ordre (CNO) concernant les spécificités d'exercice ?

Oui, ce sont des notions claires pour moi

Oui, dans les grandes lignes

Non, je sais qu'il existe des spécificités mais sans plus

Non, je ne connais pas du tout

15) Avez-vous une ou plusieurs spécificité(s) d'exercice ? (Kinésithérapie du sport, vestibulaire, pelvi-périnéologie, région particulière du corps etc...)

Oui

Non

Je ne sais pas

16) Parmi la liste suivante, dans quelle(s) catégorie(s) s'inscrit(vent) votre/ vos spécificité(s) d'exercice ? (Maximum 4 réponses)

Je ne me reconnais dans aucunes de ces catégories

Rééducation du système musculo-squelettique (main, genou, épaule, rachis...)

Rééducation en neurologie (centrale ou périphérique)

Rééducation en pédiatrie

Rééducation cardiaque / respiratoire

Rééducation vasculaire / lymphatique

Kinésithérapie du sport

Rééducation en cancérologie

Soins palliatifs et accompagnement

Rééducation des troubles liés à l'âge / gériatrie

Rééducation et santé mentale

Education à la santé / prévention / ergonomie

Rééducation des troubles de l'équilibre / vestibulaire

Rééducation en pelvi-périnéologie

Rééducation maxillo-faciale

Gestion de la douleur

Kinésithérapie des lésions cutanées et des cicatrices

Activité physique adaptée / sport santé

17) Pour exercer cette/ ces spécificité(s), le volume horaire total de formation(s) que vous avez reçu sur le sujet était supérieur à 80 heures, sur 4 années maximum.

Oui

Non

Oui pour certaines

Je ne sais pas

18) Pour exercer cette/ces spécificité(s), avez-vous un diplôme universitaire (DU, DIU...) ou une formation certifiante reconnu(e) par le CNO ?

Oui

Non

Oui pour certaines

Je ne sais pas

19) Avez-vous fait reconnaître votre/vos spécificité(s) auprès du Conseil Départemental de l'Ordre ?

Oui

Non

Oui pour certaines

20) Si non, comptez-vous le faire ?

Oui

Non

21) En tant que remplaçant(e), quelle pratique de la kinésithérapie envisagez-vous principalement à l'avenir ?

Une pratique généraliste (Exemple : kinésithérapie du sport, traumatologie, kinésithérapie respiratoire, rééducation neurologique...)

Une pratique spécifique (Exemple : kinésithérapie du sport...)

Un exercice autre que la kinésithérapie (Exemple : ostéopathie...)

Une offre de bien-être (Exemple : minceur, forme, remodelage corporel, coaching sportif...)

Je ne sais pas encore

22) La pratique que vous décrivez aujourd'hui...

A changé au fil des années suite à une initiative personnelle de formation / spécification

A progressivement été définie de fait par les besoins de votre patientèle habituelle

N'a pas changé depuis le début de votre exercice car elle correspond à un choix de pratique généraliste

N'a pas changé depuis le début de votre exercice car elle correspond à un choix de spécialisation initial

23) Votre activité professionnelle repose aujourd'hui sur la pratique... (plusieurs réponses possibles)

De la kinésithérapie générale qui fait votre réputation

D'un exercice spécifique qui fait votre réputation

De l'ostéopathie

D'actes de kinésithérapie non thérapeutiques

D'actions de prévention

24) Vous considérez-vous plutôt comme un(e) MK généraliste prenant en charge tous types de patients ou spécifique prenant en charge plutôt un type de patientèle, région du corps ou système en particulier ?

Je suis généraliste, je me suis formé à des domaines différents, je vois de tout et je pratique toutes sortes de prises en charge

Je suis généraliste, je me suis formé à des domaines différents mais je possède tout de même un domaine de prédilection

Je suis spécifique, je me suis formé à un domaine en particulier et une majeure partie de ma patientèle de cabinet est concernée par ce domaine

Je suis spécifique, je me suis formé à un domaine en particulier et je n'exerce que dans celui-ci

25) En tant que MK se considérant comme spécifique ou à domaine de prédilection, votre patientèle de cabinet (hors domiciles) concernée par cette spécificité ou ce domaine est...

Inférieure à 50%, soit environ moins d'un patient sur deux

Supérieure à 50%, soit environ un patient sur deux voire plus

J'exerce uniquement ou presque à domicile, je ne peux donc pas répondre à cette question

26) En tant que MK se considérant comme généraliste ou avec domaine de prédilection, pourquoi avez-vous fait le choix de ne pas exercer de spécificité d'exercice ?

Je n'en ai ressenti ni l'envie ni le besoin

J'y ai pensé, mais c'est impossible

J'y pense, mais je n'ai pas encore franchi le cap

Je suis opposé(e) à ce principe

Partie 3 : Champs cliniques rencontrés

27) Au sein de votre pratique libérale, sur quel(s) type(s) de domaine(s) êtes-vous amené(e) à intervenir et à quelle fréquence ?

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment
Musculo-squelettique	☐	☐	☐	☐
Neuro-musculaire	☐	☐	☐	☐
Cardio-respiratoire	☐	☐	☐	☐
Tégumentaire	☐	☐	☐	☐
Pédiatrie	☐	☐	☐	☐
Vasculaire / lymphatique	☐	☐	☐	☐
Cancérologie	☐	☐	☐	☐
Troubles liés à l'âge/ Gériatrie	☐	☐	☐	☐
Pelvi-périnéologie	☐	☐	☐	☐
Maxillo-faciale	☐	☐	☐	☐
Pathologies du sportif	☐	☐	☐	☐
Pathologies de l'équilibre / Vestibulaire	☐	☐	☐	☐
Prévention / ergonomie / éducation à la santé	☐	☐	☐	☐
Gestion de la douleur	☐	☐	☐	☐
Pathologies psychiatriques / santé mentale	☐	☐	☐	☐
Soins palliatifs / Accompagnement	☐	☐	☐	☐
Activité physique adaptée / sport santé	☐	☐	☐	☐

Partie 4 : Représentations sur les spécificités d'exercice et l'avenir de la profession

28) Selon vous...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Il est indispensable d'avoir des MK avec un exercice "généraliste"	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Il est indispensable d'avoir des MK avec un exercice "spécifique"	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les spécificités d'exercice divisent la profession	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les spécificités d'exercice sont une réalité de terrain	☐	☐	☐	☐	☐	☐

29) En dehors des cas où votre planning est saturé, vous arrive-t-il de conseiller à vos patients de consulter un(e) autre MK ?

Oui

Non

30) Si oui, dans quelle(s) circonstance(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Vous ne pratiquez pas la spécificité d'exercice requise

Vous avez le sentiment que le patient présente un cas complexe qui doit être pris en charge par un(e) MK ayant une certaine expertise dans le domaine

Vous n'avez pas le matériel adapté au sein de votre lieu d'exercice

Autre

Autre :

31) Un(e) MK ayant une activité généraliste est en mesure d'apporter à son patient les soins les plus appropriés, suivant les données actuelles de la science.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

D'accord

Tout à fait d'accord

32) Le MK, face à une incapacité à offrir à son patient le soin le plus approprié, doit passer la main à un(e) autre MK formé(e) dans la spécificité requise.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

D'accord

Tout à fait d'accord

33) Un(e) MK spécifique mérite une meilleure rémunération tarifaire que son homologue généraliste au sein de son domaine de spécificité, car il/elle présente une meilleure expertise de prise en charge

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

D'accord

Tout à fait d'accord

34) Un(e) MK généraliste mérite une meilleure rémunération tarifaire que son homologue spécifique, car il/elle répond à des besoins d'une patientèle plus large et variée, pour des formations de montant équivalent.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

D'accord

Tout à fait d'accord

35) Selon vous...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
L'avenir de la profession réside dans le fait de se spécifier dans un domaine.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les nouveaux diplômés devraient s'orienter vers un exercice spécifique de la kinésithérapie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

36) Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre degré de satisfaction concernant votre pratique actuelle, qu'elle soit généraliste ou spécifique ?

0 10

37) Votre avis nous intéresse : si vous souhaitez participer à la suite de l'étude, qui se fera sous forme d'entretiens, veuillez remplir une adresse mail ou numéro de téléphone ci-dessous (facultatif)

ANNEXE III : Guide d'entretien de l'étude qualitative

Présentation globale de l'étude :

Bonjour, je souhaiterais tout d'abord vous remercier pour votre implication dans ce projet. Je m'appelle Loris CARMAGNOLE, je suis étudiant en Master 2 à l'IFMK de La Réunion. L'étude quantitative à laquelle vous avez participé avait pour objectif d'analyser vos représentations sur le sujet de l'exercice généraliste et la spécification d'exercice. Cette étude réalisait également un état des lieux des pratiques spécifiques et généralistes, de votre connaissance du cadre réglementaire des spécificités ainsi que les champs cliniques que vous rencontrez dans votre pratique libérale. Je vous transmets des infographies sur les résultats.

Le but de cet entretien est d'échanger et approfondir vos représentations sur le sujet de **l'exercice spécifique** et de son **avenir** au sein de la profession, la manière dont vous identifiez vous-même votre pratique, ainsi que de discuter des résultats que j'ai obtenus.

Afin que l'ensemble des termes soient compris, je vous les redéfinit. Une spécificité d'exercice correspond à un **exercice préférentiel du MK**. Cette préférence d'exercice concerne une fonction, un organe, une région particulière du corps humain ou une catégorie spécifique de personnes. Nous ne parlons pas de spécialité d'exercice en kinésithérapie, car une spécialité concerne le domaine médical. Un domaine de prédilection, ou orientation préférentielle est ce qui fait l'objet d'une préférence marquée, chose, ou occupation préférée. L'exercice généraliste est un type de pratique du MK qui exerce l'ensemble des champs disciplinaires de la profession, sans mettre en avant un domaine de prédilection en particulier. L'exercice spécifique concerne quant à lui une pratique préférentielle déclarée et autorisée sous certaines conditions, en restreignant son champ d'activité à un domaine.

Je tiens à préciser que cet entretien va être enregistré et retranscrit dans sa totalité, il est bien entendu anonyme et les informations mentionnées ici serviront uniquement dans le cadre de ce mémoire. Si des notions importantes sont abordées, je prendrai également des notes à l'écrit, il ne s'agit en aucun cas d'un jugement. Êtes-vous toujours d'accord avec cela ?

Avant de commencer l'entretien, je tiens à préciser certains points. Nous allons aborder 4 thèmes, les questions seront assez larges et vous axerez la discussion en fonction de ce que vous trouvez important ou non. Vos réponses ne doivent pas se limiter à votre pratique actuelle de la kinésithérapie mais également à vos expériences antérieures de MK. Afin de récolter le maximum d'informations, je vous demanderai de détailler le plus possible vos réponses. Je vous

demanderais également de me confirmer que vous êtes dans un environnement calme, sans possibilité d'interruptions extérieures (Si distanciel).

L'entretien va maintenant débuter, souhaitez-vous toujours participer à l'étude et avez-vous des questions concernant celle-ci ? Je lance l'enregistrement (Début d'enregistrement).

Présentation du sujet	Pourriez-vous vous présenter et décrire votre parcours professionnel ?
	Relances : • Âge • Année d'obtention du diplôme • Exercice à La Réunion depuis combien de temps ? • Parcours professionnel (<i>Statut libéral, types de cabinets effectués, régions d'exercice...</i>) Actuellement ? • Comment décririez-vous votre pratique ? • Formations complémentaires réalisées ? • Avez-vous une/des spécificité(s) d'exercice ?
Relances occasionnelles au cours de l'entretien : - Comment vous positionnez-vous par rapport à ce résultat ? Pouvez-vous justifier ce positionnement ? - Avez-vous d'autres exemples que ceux cités pour étayer votre positionnement ?	
Thème 1 : Identification de pratique	Par rapport à la question 15, 57% des répondants disposent d'une ou plusieurs spécificités d'exercice, 38% n'en possèdent aucune et 4% déclarent ne pas savoir. Relance: Selon vous, que révèle cette proportion sur l'évolution actuelle de la profession ?
	Par rapport à la question 16, les spécificités les plus représentées sont la rééducation musculo-squelettique et la kinésithérapie du sport, tandis que les moins représentées sont la santé mentale, les soins palliatifs et la rééducation vestibulaire. Relance : Selon vous, les spécificités les moins représentées peuvent-elles gagner en importance dans les années à venir ?
	Par rapport à la question 24, 42% des sujets s'identifient comme des généralistes purs par rapport à leur pratique, 32% comme des généralistes avec un domaine de prédilection, 21% comme spécifiques d'un domaine non-exclusifs de celui-ci, et 5% comme spécifiques d'un domaine n'exerçant que dans celui-ci. Relance : Comment vous positionnerez-vous par rapport à ces résultats et que vous évoquent-ils ?
Thème 2 : Cadre réglementaire	Questions 19 et 20, portant sur le cadre réglementaire des spécificités
	Par rapport aux questions 19 et 20, 77% des répondants n'ont pas fait reconnaître leur(s) spécificité(s) auprès du CDO, et 74% de ces derniers déclarent ne pas vouloir le faire.

Thème 3 : Exposition aux champs cliniques	Question 27, portant sur les champs cliniques libéraux
	Par rapport à la question 27 , les champs les plus fréquents sont le champ musculo-squelettique (89%), dont 59% des MK déclarent une spécificité, et gériatrique (84%), dont 13% déclarent une spécificité. Les champs les moins fréquents sont la santé mentale (10%), les atteintes vestibulaires et maxillo-faciales (21%). Que vous évoquent ces résultats sur la pratique libérale ?
Thème 4 : Représentations	Questions 21, 33, 35.1 et 35.2 portant sur les représentations et l'avenir
	Par rapport à la question 21 , 55% des MK remplaçants souhaitent exercer à l'avenir un exercice spécifique, et 90% d'entre eux ont entre 20 et 29 ans. Relance : Qu'est-ce que cette tendance vous évoque à propos des jeunes praticiens ? Selon vous, semble-t-elle se développer ? Si oui, pourquoi ?
	Par rapport à la question 33 , 26% des sujets sont « Plutôt d'accord », 19% sont « D'accord » et 20% sont « Tout à fait d'accord » sur le fait qu'un(e) MK spécifique mérite une meilleure rémunération tarifaire que son homologue généraliste dans son domaine d'expertise. Relance : Pensez-vous qu'il devrait exister une différence de rémunération pour un même acte selon s'il a été effectué par un MK ayant la spécificité ou non ?
	Par rapport à l' item 1 de la question 35 , 26% des sujets sont « Plutôt d'accord », 8% sont « D'accord » et 9% sont « Pas du tout d'accord » sur le fait que l'avenir de la profession réside dans le fait de se spécifier dans un domaine, dont 75% des MK spécifiques et 31% des MK généralistes étant plutôt pour. Relance : Que pensez-vous de l'évolution de la profession à ce sujet ?
	Par rapport à l' item 2 de la question 35 , 16% des sujets sont « Plutôt pas d'accord », 18% d'entre eux sont « Pas d'accord » et 14% sont « Pas du tout d'accord » sur le fait que les nouveaux diplômés devraient s'orienter vers un exercice spécifique de la kinésithérapie. Relance : Que pensez-vous de l'orientation préférentielle des jeunes diplômés ?
Fin de l'entretien	Nous arrivons au terme de cet entretien, y aurait-il un point que vous souhaiteriez ajouter, et avons-nous abordé l'ensemble des points importants selon vous ?

ANNEXE IV : Formulaire de consentement destiné aux MK interrogés (CNIL, 2018)

Projet de recherche : Mémoire de fin d'études sur la pratique généraliste, les spécificités d'exercice et l'avenir de l'exercice spécifique au sein de la profession

Présentation de l'étudiant-chercheur :

CARMAGNOLE Loris, étudiant en Master 2 de Masso-Kinésithérapie

Institut de formation en masso-kinésithérapie de La Réunion (974)

Directeur : M. BOUVIER Thierry

Responsable formateur : M. PERDRIX Yannick

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages et inconvénients. À tout moment vous êtes en droit de poser les questions que vous jugerez utiles.

Présentation du projet :

L'objectif de cette recherche est d'analyser les connaissances, perceptions et les représentations des MK généralistes et « *spécifiques* » d'un domaine, ainsi que la situation actuelle sous forme d'état des lieux sur l'île de La Réunion des pratiques spécifiques, afin d'analyser ces représentations sur l'avenir de la profession et son évolution, ainsi que de discuter des résultats obtenus suite à l'étude quantitative.

Déroulement de la participation :

Votre participation consistera uniquement à réaliser cet entretien. Je vous poserai plusieurs questions en lien avec ma thématique et vous laisserai y répondre librement. Je pourrai rebondir sur certains points si besoin afin d'obtenir plus de détails.

L'entretien est unique, d'une durée de 30 à 45 minutes et aura lieu en visio-conférence ou face-à-face. Il sera enregistré afin de me permettre de le retranscrire dans son intégralité par la suite. Je prendrai également des notes. Aucun document ne vous sera demandé.

Avantages et inconvénients possibles à la participation :

Vous ne recevrez aucun avantage direct lié à votre participation à ce projet. Cependant, comme dit précédemment, cette étude permettra de donner des clés aux régulateurs de notre profession. Si des inconvénients sont occasionnés (*inconfort, gêne, anxiété, stress, fatigue, frustration, longue durée de l'entretien*), je vous prie de me les communiquer.

Droit de retrait :

Il est de votre droit de refuser de participer à cette phase de l'étude ou de mettre fin à tout moment à votre participation sans préjudice. Vous pouvez également refuser de répondre à certaines questions sans conséquence négative pour vous et sans avoir à vous justifier. En cas de retrait, c'est à vous de décider que vos données soient conservées pour l'étude ou si vous préférez qu'elles soient détruites.

Confidentialité et gestion des données :

L'enregistrement de cet entretien sera détruit dès que la retranscription écrite sera finalisée. La retranscription quant à elle restera anonyme et sera utilisée uniquement dans le

cadre de mon mémoire (aucune diffusion extérieure). Je serai la seule personne à y avoir accès. Les informations obtenues seront analysées sous forme de données codées et interprétées conjointement avec les données recueillies auprès d'autres MK ainsi qu'à la partie questionnaire, pour répondre à ma question de recherche. Aucune donnée personnelle ne sera diffusée.

Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de cette recherche, j'apprécie le temps et l'attention que vous m'accordez. Je vous remercie pour votre participation.

Participant :

Je soussigné(e)..... (Nom en lettres majuscules)
consens librement à participer au projet de recherche intitulé « *Mémoire de fin d'études sur la pratique généraliste, les spécificités d'exercice et l'avenir de l'exercice spécifique au sein de la profession* ». J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature, les avantages et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies quant à ma participation à ce projet.

☐ J'accepte que cet entretien soit enregistré.

Fait à :

Date :

Signature du participant/ de la participante

Critères de validité du consentement

Libre : Le consentement ne doit pas être contraint ni influencé. La personne doit se voir offrir un choix réel, sans avoir à subir de conséquences négatives en cas de refus.

Le caractère libre du consentement doit faire l'objet d'une attention particulière dans le cas de l'exécution d'un contrat, y compris pour la fourniture d'un service : refuser de consentir à un traitement qui n'est pas nécessaire à l'exécution du contrat ne doit pas avoir de conséquences sur son exécution ou sur la prestation de service.

Spécifique : Un consentement doit correspondre à un seul traitement, pour une finalité déterminée.

Dès lors, pour un traitement important plusieurs finalités, les personnes doivent pouvoir consentir indépendamment pour l'une ou l'autre de ces finalités. Elles doivent pouvoir choisir librement les finalités pour lesquelles elles consentent au traitement de leurs données.

Eclairé : Pour être valide, le consentement doit être accompagné d'un certain nombre d'informations communiquées à la personne avant qu'elle ne consente.

Au-delà des obligations liées à la transparence, le responsable du traitement devrait fournir les informations suivantes aux personnes concernées pour recueillir leur consentement éclairé :

- L'identité du responsable du traitement
- Les finalités poursuivies
- Les catégories de données collectées
- L'existence d'un droit de retrait du consentement
- Selon les cas : Le fait que les données seront utilisées dans le cadre de décisions individuelles automatisées ou qu'elles feront l'objet d'un transfert vers un pays hors Union européenne.

Univoque : Le consentement doit être donné par une déclaration ou tout autre acte positif clairs. Aucune ambiguïté quant à l'expression du consentement ne peut demeurer.

Les modalités suivantes de recueil du consentement ne peuvent être considérées comme univoques :

- Les cases pré-cochées ou pré-activées
- Les consentements « groupés » (lorsqu'un seul consentement est demandé pour plusieurs traitements distincts)
- L'inaction (Par exemple, l'absence de réponse à un courriel sollicitant le consentement)

Droit de retrait : La personne doit avoir la possibilité de retirer son consentement à tout moment, par le biais d'une modalité simple et équivalente à celle utilisée pour recueillir le consentement (par exemple, si le recueil s'est fait en ligne, il doit pouvoir être retiré en ligne également)

Preuve de consentement : Le responsable du traitement doit être en mesure de démontrer à tout moment que la personne a bien consenti, dans des conditions valides.

Participez à la recherche à la Réunion !



Les étudiants M2 de l'IFMK de la Réunion réalisent une recherche scientifique, support à l'écriture d'un mémoire. Certains d'entre eux se sont orientés vers une recherche qui peut vous concerner.

Le CIDOMK LA Réunion/Mayotte, qui soutient la recherche à la Réunion, se propose d'être un intermédiaire entre vous et quelques étudiants.

Si vous êtes intéressé par la thématique de recherche proposée et si vous souhaitez répondre à un questionnaire, nous vous proposons de consulter la liste des thèmes visités et de cliquer sur le lien proposé pour répondre au questionnaire en ligne.

Vous trouverez donc pour chaque étudiant :

- le titre du mémoire, les objectifs de la recherche et surtout les critères spécifiques d'inclusion pour savoir si vous répondez à la population ciblée par la recherche*
- un lien internet vers le questionnaire pour vous connecter*

Nous tenons à vous préciser que ni CDO974 ni l'IFMK de La Réunion ne peuvent pas garantir la qualité du questionnaire, leur travail n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation. En vous remerciant d'avoir pu faire avancer la recherche à la Réunion et aussi accompagner vos futurs collègues.

Le CIDOMK La Réunion/Mayotte

CARMAGNOLE Loris – Master 2 Kinésithérapie

Exercice généraliste et spécificités d'exercice : Futur de la profession

Objectifs : Recenser le profil généraliste ou spécifique des MK libéraux réunionnais et mettre en lumière les spécificités sous représentées ; Analyser la prévalence des pathologies rencontrées fréquemment en milieu libéral ; explorer les représentations des MK sur les pratiques spécifiques et l'avenir de la profession sur le sujet.

Critères spécifiques : MK libéral en exercice sur l'île de La Réunion

Lien vers le questionnaire : <https://sphinxdeclic.com/tiny/a/d55lgxg4>

Merci à vous pour l'attention portée à ce mail,

Et au plaisir de vous lire

Cordialement

ANNEXE VI : Répartition des autres diplômes évoqués par les sujets de l'étude

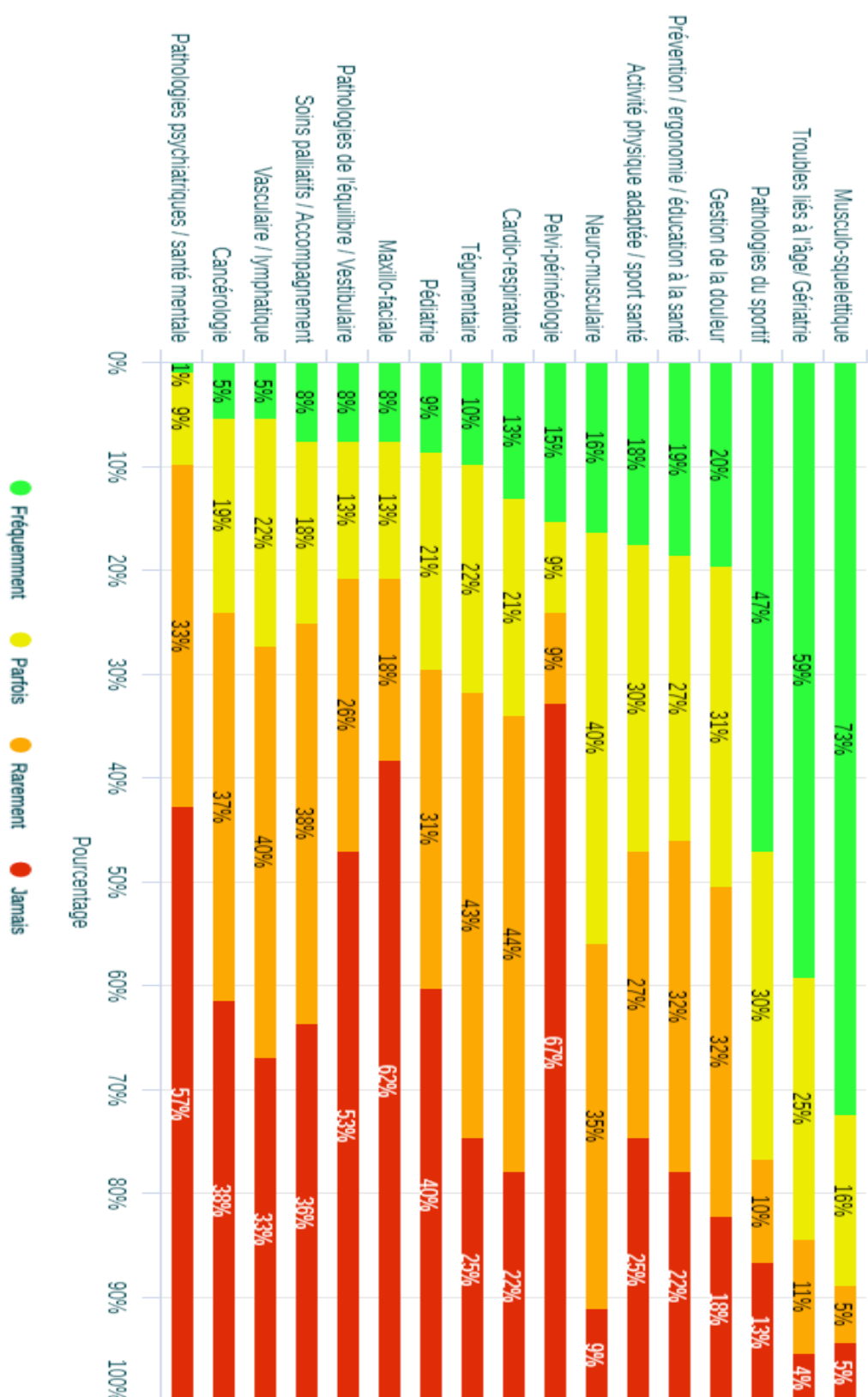
Certaines réponses recueillies à la question 13 mentionnaient des titres de spécificités d'exercice, lesquels ne correspondent pas à des diplômes distincts de la kinésithérapie. Afin d'éviter toute ambiguïté dans la présentation et l'interprétation des résultats, ces éléments ont été relégués en annexe. Ceci peut s'expliquer par un **biais de mesure**, lié soit à une formulation imprécise de la question, soit à une compréhension divergente de la part des répondants. Bien que ces données soient marginales dans le cadre de l'étude, une reformulation explicite du libellé précisant « *autres qu'en kinésithérapie* » aurait permis d'éliminer ce risque de confusion.

Tableau XXVI : Répartition des résultats sur la possession d'autres diplômes (Question 13)

Autre(s) diplôme(s)	Nombre d'occurrences
Professeure de Yoga	1
D.U Micronutrition	3
Ostéopathe D.O	4
D.U Maxillo-faciale	1
D.U Nutrition, Exercice & Santé	1
D.U Réhabilitation respiratoire	2
Thérapie manuelle	2
Education Thérapeutique du Patient	2
D.U Pelvi-périnéologie	1
Conseil en gestion de patrimoine	1
Licence de géologie	1
Psychomotricienne	1
Master Sciences du sport	1
Master 2 Ingénierie de formation	1
Licence Sciences de réadaptation	1
Kinésithérapie du sport	1
Esthétique-tatouage	1
D.U Kiné pédiatrie	1
D.U Hypnose médicale	1
Licence transports publics pilote de lignes	1
D.I.U Vertiges et rééducation vestibulaire	1
Licence STAPS	1
Master Droit de la santé	1

ANNEXE VII : Présentation des résultats de l'exposition aux champs cliniques (Question 27)

27) Au sein de votre pratique libérale, sur quel(s) type(s) de domaine(s) êtes-vous amené(e) à intervenir et à quelle fréquence ?



ANNEXE VIII : Exemple de retranscription de l'entretien du MK3

RETRANSCRIPTION MK3

07-04-25

Durée : 30 minutes

Mode : Présentiel

Autre : Pas de perturbation notable

Chercheur : Bonjour (Prénom), est-ce que tu pourrais te présenter et décrire un petit peu ton parcours en tant que kinésithérapeute, les formations que tu as réalisées, l'année de ton diplôme et quelle est ta pratique au quotidien ?

MK3 : Ok, alors (Nom, Prénom), diplômée de 2019 à l'IFMK de (Ville), j'ai bossé un an sur (Ville) et maintenant je travaille à (Ville), donc ça fait 4-5 ans. J'ai fait des formations complémentaires en *dry-needling*, j'ai fait le *manual concept*, le certificat australien de thérapie manuelle sur le rachis, j'ai fait Mulligan membre supérieur et j'ai fait une autre petite formation de raisonnement clinique sur le bassin, donc en pratique je fais du libéral exclusivement et je fais pas mal de cervicalgies, mais ma spécificité n'est pas reconnue. J'ai fait 2-3 formations spécifiques sur le rachis, mais ce ne sont pas des formations qui sont dans la liste du CNO, donc je ne l'ai jamais fait valoir et je ne l'ai jamais affichée nulle part, vu qu'elle n'est pas reconnue par le CNO.

Est-ce que tu identifierais ta pratique de la kinésithérapie comme plutôt généraliste ou spécifique des cervicalgies justement ?

Disons que je prends en charge tous types de patients, mais majoritairement ma prise en charge concerne beaucoup, beaucoup de cervicalgies. Donc je ne fais pas que ça, mais je fais beaucoup de cervicalgies, parce que moi je me considère à l'aise dans ce domaine un petit peu, parce que je n'ai pas l'expérience et les connaissances de quelqu'un qui a fait un DU, par exemple, qui est vachement plus complet, mais j'ai plus de connaissances que mes collègues qui ne font pas de cervicalgies.

Par rapport à la question 15 de mon questionnaire, sur 91 répondants, 57% d'entre eux déclarent disposer d'une ou plusieurs spécificités d'exercice, 38% n'en possèdent aucune, et 4% de mon échantillon déclare ne pas savoir. Comment est-ce que tu te positionnes par rapport à ce résultat et qu'est-ce que celui-ci t'évoque ?

Moi je pense que les 57% qui ont mis oui, ils n'ont pas tous des formations qui sont reconnues par le CNO. Parce que moi je ne l'ai pas dit, mais je suis (Fonction), donc je vois passer un peu les diplômes, les demandes de spécificités, et en fait beaucoup beaucoup beaucoup de kinés, parce qu'ils ont fait une formation sur deux jours avec un organisme, et tu te dis que voilà ma spécificité, et qu'ils l'affichent partout sur la devanture du cabinet, et beaucoup ignorent qu'il y a des conditions bien précises, et je pense que les 57% ne sont pas avérés, et que tous les kinés ne sont pas au fait de ces conditions-là.

Selon toi, que révèle cette proportion sur l'évolution actuelle de la profession ?

C'est vrai qu'on est une nouvelle génération avec la réforme basée sur la recherche, avec les nouveaux mémoires, et il y a vachement plus d'organismes de formation qui se développent, donc je pense qu'il y a une nouvelle génération qui fait beaucoup de formations, contrairement aux anciens kinés, qui ne sont pas toujours au fait des études scientifiques qui sont sorties. Donc oui, les kinés ont envie d'être

spécifiques, ils font de plus en plus de formations pour, mais ils pensent que tout fonctionne, que tout ce qu'ils vont faire comme formation c'est reconnu et c'est validé, donc ils vont la mettre à toutes les sauces. Donc il faut recadrer un petit peu les connaissances là-dessus. Mais oui, la nouvelle génération est pleinement dans cet essor-là de nouvelles connaissances et de spécificités.

Par rapport à la question 16, les spécificités les plus représentées vont être la rééducation musculosquelettique, la kinésithérapie du sport, et à l'inverse, les spécificités les moins représentées vont être la santé mentale, les soins palliatifs et la rééducation vestibulaire. Qu'est-ce que ce résultat t'évoque ?

Disons que soins palliatifs, santé mentale, ça m'évoque plus des spécificités salariées. C'est vrai que moi, en pratique libérale, je n'en vois jamais, santé mentale, soins palliatifs. Donc c'est peut-être pour ça que le pourcentage est plus faible. Et comme c'est une spécificité bien précise, bien spécifique, je pense que ça n'attire pas grand monde. Alors que la kinésithérapie du sport et le système musculosquelettique, c'est complètement en phase avec les gens qui travaillent en libéral. Et le ratio libéral/salariat est vachement plus en faveur du libéral. Donc ça ne m'étonne pas que kinésithérapie du sport et musculosquelettique soient largement devant.

Est-ce que selon toi, les spécificités les moins représentées peuvent gagner en importance à l'avenir ? Ou pas du tout ?

Je ne suis pas sûre parce que c'est vrai que santé mentale, soins palliatifs, cancérologie, ce ne sont pas des domaines très attractifs. Ce sont des patients en fin de vie qui commencent à perdre un petit peu leur capacité cognitive. Donc c'est de la rééducation quand même assez lourde. Et si tu n'es pas passionné par ça, je pense que c'est difficile d'y aller. Et comme je te disais, je trouve que ça ressemble vachement plus à du salariat quand même. Donc il y a beaucoup moins de kinés en salariat qu'en libéral.

Par rapport à ma question 24, 42% des sujets s'identifient comme des généralistes purs par rapport à leur pratique, 32% comme des généralistes ayant tout de même un domaine de prédilection, quel qu'il soit, 21% comme spécifiques d'un domaine non-exclusifs, et 5% comme spécifiques d'un seul domaine et n'exerçant que dans celui-ci. Comment te positionnes tu par rapport à ce résultat ?

C'est vrai que ça rejoint un petit peu la question que tu m'as posée au début. En fait, c'est difficile de se définir comme spécifique ou pas parce que beaucoup de kinés ne font pas que ça. Les kinés qui font que de la main ou qui font que du genou, moi je n'en connais pas beaucoup. C'est vrai qu'en général, les kinés voient un peu de tout et ont majoritairement une patientèle type, comme c'était mon cas, moi je te l'ai dit au début. Et normalement, quand tu sors du diplôme, t'es censé être généraliste, t'es censé pouvoir prendre en charge tous types de pathologies. Et comme la spécificité n'est pas valorisée, parce que tu n'as pas une séance qui coûte plus cher ou t'as rien en avantage, je pense que les kinés se sentent quand même obligés de faire un petit peu de tout pour que ça reste un petit peu rentable et cohérent, je pense.

Comment interpréterais-tu la frontière entre un MK généraliste ayant un domaine de prédilection et un MK spécifique non-exclusif de son domaine ?

Hmmm...Moi, je prends mon exemple. Je me considère généraliste avec un domaine de prédilection, parce que les formations que j'ai faites ne sont pas reconnues par le CNO, et je n'ai pas fait de DU. Moi, je trouve que le DU, par exemple, a plus de valeur qu'une formation que tu aurais faite sur 80 heures. Donc je pense que ceux qui se considèrent spécifiques non-exclusifs, je pense plus que ce sera des gens qui ont fait des DU. Et des études un peu plus poussées, avec un mémoire à rendre et tout. Et ceux qui restent un peu généralistes avec un domaine de prédilection, je pense que c'est plutôt des gens comme

moi qui ont fait pas mal de petites formations, donc qui misent bout à bout pour te confèrent quand même un petit peu de légitimité, mais pas suffisamment pour dire « je suis spécialiste de ça ». Je pense que c'est la différence DU et formation complémentaire.

Très bien, merci beaucoup. On a terminé mon premier thème sur l'identification de pratique des kinésithérapeutes. Le second thème se compose d'une question qui concerne le cadre réglementaire, qui concerne deux variables en lien, la question 19 et la question 20 du questionnaire, auxquelles environ 77% des répondants n'ont pas fait reconnaître leur spécificité auprès du Conseil départemental de l'Ordre, et parmi ceux-ci, 74% déclarent ne pas vouloir le faire. Qu'est-ce que ce résultat t'évoque ?

Disons que je ne suis pas sûre que tous les kinés savent que la spécificité doit être signalée au CDO. Il y en a beaucoup qui vont mettre sur leur plaque professionnelle kinés du sport alors qu'ils n'ont pas fait valider la spécificité par le CDO, parce que beaucoup ne le savent pas et d'autres s'en fichent un petit peu, parce que tant qu'il n'y a pas de délation, on ne va pas aller pister tous les kinés de La Réunion, aller regarder toutes les plaques et aller vérifier si c'est vrai ou pas. Beaucoup se disent « c'est bon, on va passer à la trappe, personne ne va nous attraper ». Ils se disent « je ne suis pas au courant, on ne viendra pas me chercher, je ne vais pas m'embêter avec ça ».

Très bien, merci. Par rapport à la question 27, portant sur l'exposition aux champs cliniques que les kinésithérapeutes retrouvent dans leur pratique libérale, les champs les plus retrouvés vont être le champ musculo-squelettique représenté à 89%, dont 59% des kinés déclarent une spécificité, le champ gériatrique, qu'on retrouve à 84%, dont 13% de kinés déclarent une spécificité. A l'inverse, les champs les moins retrouvés vont être la santé mentale à 10%, et les atteintes vestibulaires et maxillofaciales à 21%. Qu'est-ce que t'évoquent ces résultats sur la pratique libérale ?

Déjà, je suis étonnée que la gériatrie arrive en deuxième position. Parce que beaucoup de... C'est vrai qu'en cabinet libéral, on a beaucoup de personnes âgées mais les jeunes kinés qui arrivent, je trouve qu'ils ne sont pas très enclins à prendre en charge les personnes âgées. Donc je suis étonnée du pourcentage. Musculo-squelettique et sportif, ça m'étonne pas du tout parce que c'est dans l'ère du temps, ça va avec la pratique libérale. En plus, on est à La Réunion, donc il y a vachement le trail et tout ça. Les sportifs, il y en a de plus en plus. Musculo-squelettique, pareil. Et après, c'est vrai aussi, là tu parlais de vestibulaire, ce qui est compliqué, c'est qu'il faut du matos aussi. Tu peux faire tes manœuvres vertiges sur table sans matériel, mais c'est vrai que les kinés bien spécifiques vestibulaires, ils ont la chaise et tout ça, ils ont du gros gros matériel. Donc ça demande un investissement aussi financier qui peut freiner certaines personnes. Et après, voilà. Je ne suis pas étonnée par les statuts. Juste la gériatrie, je suis un peu étonnée.

Je te remercie. On va aborder mon quatrième thème sur les représentations des kinésithérapeutes sur l'avenir de la spécification d'exercice en kinésithérapie. Par rapport à la question 21, 55% des kinésithérapeutes remplaçants souhaitent exercer à l'avenir un exercice spécifique de la kinésithérapie. A noter que 90% d'entre eux ont entre 20 et 29 ans. Qu'est-ce que ce résultat t'évoque ?

Ça rejoint un peu ce qu'on disait tout à l'heure sur la nouvelle génération qui est un peu plus portée sur la littérature, EBP, sur les formations que n'ont pas les vieilles générations. Et les remplaçants, comme ils bougent beaucoup, ils voient beaucoup de cabinets différents. Donc je pense que quand ils trouvent un cabinet qui leur correspond bien, où la patientèle est active, où il y a du matériel, le cabinet est grand,

renommé, un peu réputé, je pense que ça peut être hyper attractif pour les jeunes diplômés. Ça donne envie.

Qu'est-ce que cette tendance t'évoque chez les jeunes kinés, et selon toi, est-ce qu'il s'agirait d'une tendance qui se développe ?

Oui, je pense. Je pense que 90% des nouveaux diplômés vont s'orienter vers du libéral. Ils s'orientent vers un truc qui est en perpétuel mouvement. Tu as des connaissances tous les jours, des nouveaux articles tous les jours. Donc déjà, ça c'est attrayant. Et en plus, ils peuvent choisir de se spécifier dans un domaine qui leur plaît beaucoup. Souvent, t'as des kinés qui font... Souvent, t'as des kinés qui pratiquent même une pratique sportive. Donc ils vont aller dans ce qui leur plaît. Si t'as un kiné qui est sportif et qui fait du trail en dehors, il va forcément faire des formations sur le trail. Si t'as quelqu'un qui a des enfants chez lui, il va faire de la pédiatrie. Je pense que la nouvelle génération est plus enclin à se spécifier parce que c'est attractif et que faire ce que t'aimes tous les jours, c'est mieux que prendre en charge par dépit toute la population.

Ok. Merci. Alors, par rapport à la question 33 de mon questionnaire, 26% des sujets sont « Plutôt d'accord », 19% sont « D'accord » et 20% sont « Tout à fait d'accord » à l'idée qu'un ou une kinésithérapeute spécifique d'un domaine mérite une meilleure rémunération tarifaire que son homologue généraliste au sein de son domaine d'expertise. Que penses-tu de ce résultat ? Es-tu plutôt d'accord ou pas d'accord ?

Moi je suis 100% d'accord avec ça. Parce que quand tu fais des formations, les formations sont payantes. Donc tu payes de ta poche. Si tu veux faire un DU, souvent c'est en métropole, donc tu payes les billets d'avion, tu payes les hébergements, c'est un investissement financier. Et quand tu vois que toi, ayant engagé toutes ces dépenses, t'es payé à 17,70€ comme ton collègue à côté qui ne fait pas forcément bien la rééducation, moi je trouve que ça agace un petit peu et ça ne donne pas envie de continuer. Et en plus, souvent, les spécialistes purs et durs qui ont fait des DU et tout ça, ils se retrouvent à récupérer les patients en 2ème ou en 3ème intention, qui ont déjà fait 2 ou 3 kinés et qui ont fait un peu de la merde sur le patient. Donc moi je trouve que c'est 100% légitime que les spécificités soient valorisées financièrement par rapport à ça.

Par rapport à l'item 1 de ma question 35, 26% des sujets sont « Plutôt d'accord », 8% sont « D'accord » et 9% sont « Pas du tout d'accord » sur le fait que l'avenir de la profession réside dans le fait de se spécifier dans un domaine, à noter que dans cet échantillon, c'est 75% de kinésithérapeutes spécifiques et 31% de kinésithérapeutes généralistes qui sont plutôt pour. Qu'en penses-tu ?

Alors moi je ne suis pas contre l'idée de se spécifier, parce que c'est comme les médecins, t'as des rhumatos, des dermatos, peu importe, qui sont vraiment spécialisés dans leur domaine et qui sont censés tout connaître de A à Z et du coup ne rien rater. Les Red Flags sont pris plus facilement en charge, on réoriente plus facilement, on rééduque mieux, la rééducation va plus vite, coûte moins cher, donc moi je trouve que c'est plutôt bien, mais le problème c'est que les 17 spécificités ne sont pas toutes aimées de la même manière. Donc si on se retrouve sur un département à avoir 90% des kinés qui font que la kiné du sport et t'as personne qui fait du vestibulaire, personne qui fait de la gériatrie, ben les gens ils vont aller où ? Ils vont faire quoi ? Ils vont se retrouver avec des personnes qui vont leur dire moi je ne fais pas, je ne sais pas faire. Donc ça me pose un petit peu problème dans ce sens-là, parce que si les 17 spécificités étaient valorisées de la même manière, pourquoi pas, mais c'est pas le cas, donc j'ai peur qu'on tombe sur un sur un avenir où on va refuser les gens et que les gens ils auront pas de soins parce

que tout le monde fera du sport et personne ne s'occupera des enfants et de la pédiatrie et de la maxillo, donc ça peut mettre un petit peu en danger quand même je pense la profession.

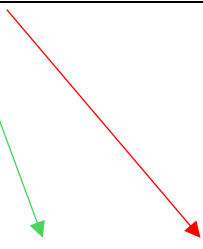
Merci. Enfin, par rapport à l'item 2 de la question 35, 16% des sujets sont « Plutôt pas d'accord », 18% d'entre eux sont « Pas d'accord » et 14% sont « Pas du tout d'accord » sur le fait que les nouveaux diplômés masseurs-kinésithérapeutes devraient s'orienter vers un exercice spécifique de la kinésithérapie. Qu'est-ce que ce résultat t'évoque par rapport à ces nouveaux diplômés ?

Je suis assez d'accord parce que quand tu es néo-diplômé tu as eu des savoirs à l'école dans chaque domaine normalement, mais pas de manière suffisamment approfondie. On voit certains modules, mais on survole un petit peu parfois. Donc déjà tu arrives dans la vie active avec un petit peu de savoir dans chaque domaine. Donc si à peine arrivé, tu te dis « moi le dos, je n'aime pas du tout, je vais faire que du sportif » tu vas rester un petit peu dans ta zone de confort et tu ne vas rien apprendre de plus. Parce que les kinés qui exercent depuis 20, 30, 40 ans, après avoir vu de tout, après avoir soigné tout le monde, se disent là je suis en fin de carrière, j'ai envie de faire que de la main. Je trouve ça un peu plus cohérent parce qu'il a déjà un bagage professionnel derrière, de l'expérience. Il a vu des patients passer. Tandis que le nouveau diplômé, déjà quand on arrive, on n'est pas forcément sûr de soi, on découvre, on apprend. La science évolue tous les jours, donc si dès qu'on sort, on se spécifie dans un domaine en particulier, je ne trouve pas que ce soit très formateur et pédagogique. Moi en tout cas, je ne l'aurais pas fait.

Ok. Merci beaucoup. Nous arrivons au terme de cet entretien. Est-ce qu'il y a des choses que nous n'avons pas abordées, dont nous n'avons pas discuté ? Est-ce que tu aimerais rajouter quelque chose ?

Je trouve que c'est un sujet qui est dans l'ère du temps. Parce qu'avec la nouvelle génération qui arrive, comme on disait, qui font de plus en plus de formations, c'est un sujet vachement intéressant. Mais j'ai peur que ça devienne un peu... que ça devienne un petit peu un business. Donc il faut faire attention aux dérives et surtout, il faudrait que les kinés soient un petit peu plus informés sur les conditions qu'il y a autour de ça. Déjà les conditions d'accès à la spécificité, les conditions sur l'affichage. On ne fait pas ce qu'on veut avec nos titres. Donc... C'est un sujet à la mode, mais les kinés ne sont pas assez au courant de ça, donc ça peut vite dériver vers des choses pas très chouettes. Voilà.

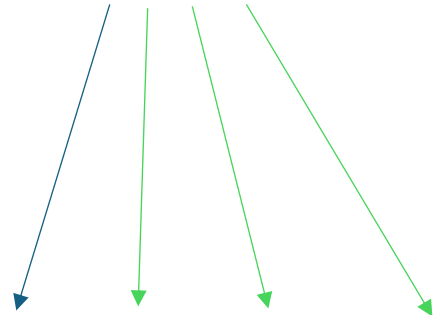
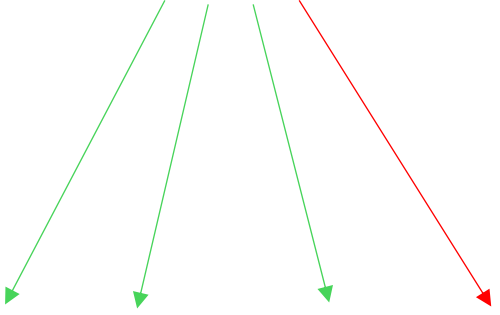
ANNEXE IX : Présentations conjointes des résultats qualitatifs et quantitatifs (Skamagki et al., 2022)

Thème principal	Sous thème	Résultat quantitatif	Liens d'intégration*	Résultat qualitatif (Extrait de verbatim)
Spécification d'exercice	Identification de pratique	Par rapport à la question 15, 57% des répondants déclarent disposer d'une ou plusieurs spécificités d'exercice, 38% n'en possèdent aucune, et 4% déclarent ne pas savoir.	   	<u>MK1</u> : « Si 57% des gens et plus encore font tous des spécificités, on aura plus de kinés généralistes, et je crois que malheureusement ce ne sera pas forcément une très bonne chose. » <u>MK2</u> : « Moi je suis clairement dans les 57%. Je m'attendais à beaucoup plus de positionnement sur la spécificité. Je pense que d'ici 5 ans, si vous refaites la même étude, on se retrouve à 70 voire 80% de « Oui ». » <u>MK3</u> : « Moi je pense que les 57% qui ont mis oui, ils n'ont pas tous des formations qui sont reconnues par le CNO. » <u>MK4</u> : « Je me mettrais plutôt dans ceux qui ont plusieurs spécificités d'exercice. (...) Il y a des spécificités qui ne rentrent peut-être pas dans ces cases là, mais qui sont les spécificités de ma pratique. »
		Par rapport à la question 16, les spécificités les plus représentées par les MK sont la rééducation musculosquelettique (59%) et la kinésithérapie du sport (43%) tandis que les moins représentées vont être la santé mentale (2%), les soins palliatifs (2%) et la rééducation vestibulaire (4%)	   	<u>MK1</u> : « C'est clairement évident que ça ressorte (...). Je trouve que le musculo-squelettique et la kiné du sport sont des notions très larges et un peu fourre-tout. (...) Et c'est dommage pour le reste des spécificités, parce qu'elles ne sont pas mises en valeur. » <u>MK3</u> : « La kinésithérapie du sport et le système musculosquelettique, c'est complètement en phase avec les gens qui travaillent en libéral » <u>MK4</u> : « Je pense que c'est un peu attendu. Il y a des spécificités à la mode. Le champ musculo-squelettique, c'est quand même la base de notre métier. »

*Dans les items mis en relation, **les flèches vertes** correspondent à un alignement positif (avis convergent) entre le résultat quantitatif et le résultat qualitatif, **les flèches rouges** un alignement négatif (avis divergent) entre les deux résultats, **les flèches violettes** un alignement complémentaire (complémentarité) et **les flèches bleues** représentent un alignement incertain (expansion) entre les deux résultats.

Thème principal	Sous thèmes	Résultat quantitatif	Liens d'intégration	Résultat qualitatif (Extrait de verbatim)
Spécification d'exercice	Identification de pratique	Par rapport à la question 24, 42% des MK s'identifient comme des généralistes purs à travers leur pratique, 32% comme des généralistes avec un domaine de prédilection, 21% comme spécifiques d'un domaine non-exclusifs, et 5% comme spécifiques exclusifs d'un domaine.		<u>MK1</u> : « Moi je suis dans les 32% là. Après je pense que la pratique évolue avec l'expérience et l'âge (...) Je pense que cette stat là, j'ai envie de dire, dans 15 ans, tu refais la même étude, tu auras le même résultat, je pense. » <u>MK2</u> : « Je pense qu'on démarre tous généralistes (...), je pense qu'on spécifie automatiquement, aucun kiné veut absolument rester généraliste. Moi je me considérerais plus dans le 21%. » <u>MK3</u> : « Je me considère généraliste avec un domaine de prédilection, parce que les formations que j'ai faites ne sont pas reconnues par le CNO, et je n'ai pas fait de DU. » <u>MK4</u> : « Je pense que je serai dans le deux, c'est-à-dire un généraliste ayant aussi des domaines de prédilection. Je pense que c'est une répartition à peu près aussi logique. »
	Cadre réglementaire	Par rapport aux questions 19 et 20, environ 75% des répondants n'ont pas fait reconnaître leur(s) spécificité(s) auprès du CDO et déclarent ne pas vouloir le faire.		<u>MK1</u> : « Je ne suis pas surpris. Et même je pense que c'est plus. Je pense que l'immense majorité qui prétendent être spécifiques sont formés sur le tas. » <u>MK2</u> : « Déjà moi personnellement, je ne savais pas qu'on pouvait le faire. (...) ça m'étonne un peu, le fait que les gens ne veulent pas le faire par contre. » <u>MK3</u> : « Je ne suis pas sûre que tous les kinés savent que la spécificité doit être signalée au CDO. Il y en a beaucoup qui vont mettre sur leur plaque professionnelle kinés du sport alors qu'ils n'ont pas fait valider la spécificité par le CDO, parce que beaucoup ne le savent pas et d'autres s'en fichent un petit peu. » <u>MK4</u> : « Moi, je trouve que c'est plutôt bien de faire part de ces spécificités au Conseil de l'Ordre. »

Thème principal	Sous thèmes	Résultat quantitatif	Liens d'intégration	Résultat qualitatif (Extrait de verbatim)
Spécification d'exercice	Exposition aux champs cliniques	Par rapport à la question 27, les champs les plus prégnants retrouvés par les MK sont le champ musculo-squelettique (89%), dont 59% des MK ont une spécificité, et gériatrique (84%), dont 13% ont une spécificité. Les champs les moins prégnants sont la santé mentale (10%), les atteintes vestibulaires et maxillo-faciales (21%).		<u>MK1</u> : « Pour moi, ça représente les domiciles. Moi je suis à (Ville). Donc ça veut dire que j'ai des gens qui sont plutôt dynamiques (...). Il y a les hauts, les bas, la ville ou pas la ville. Et les chiffres ne sont pas du tout les mêmes. » <u>MK2</u> : « C'est clairement de la pratique libérale qui ressort. Parce que tous les patients neuro vont être très peu en libéral, palliatif, etc., ça va être du centre. (...) Je pense que déjà d'une part, ce sont (Gériatrie) des soins qui ne sont pas forcément les plus séduisants, en tout honnêteté. » <u>MK3</u> : « Ca ne m'étonne pas que kinésithérapie du sport et musculosquelettique soient largement devant (...) Je suis étonnée que la gériatrie arrive en deuxième position. » <u>MK4</u> : « Après, ça dépend des zones d'exercice, aussi, je pense, si c'est dans les hauts ou pas. (...) Si le zonage reste comme il est, il y a des pratiques qui ne se feront de toute façon plus. »

Thème principal	Sous thèmes	Résultat quantitatif	Liens d'intégration	Résultat qualitatif (Extrait de verbatim)
Spécification d'exercice	Représentations et avenir	Par rapport à la question 21, 55% des MK remplaçants souhaitent exercer à l'avenir un exercice spécifique, et 90% d'entre eux ont entre 20 et 29 ans.		<u>MK1</u> : « Il y a un changement de paradigme de génération. Les jeunes ont plutôt envie de s'orienter vers des choses qui leur plairont toute leur vie. (...) Ils ont complètement raison. » <u>MK2</u> : « Je pense que c'est l'orientation classique et inévitable de la kinésithérapie. Pour moi on ne peut pas rester généraliste. » <u>MK3</u> : « Je pense que la nouvelle génération est plus enclin à se spécifier parce que c'est attractif et que faire ce que t'aimes tous les jours. » <u>MK4</u> : « Après, moi, je n'ai pas à me positionner là-dessus. Vous ferez de cette profession ce que vous en ferez. »
		Par rapport à la question 33, 26% des sujets sont « Plutôt d'accord », 20% sont « Tout à fait d'accord » et 19% sont « D'accord » à l'idée qu'un(e) MK spécifique mérite une meilleure rémunération tarifaire que son homologue généraliste au sein de son domaine d'expertise.		<u>MK1</u> : « Non, je ne suis pas d'accord. Il faudrait que tout le monde mérite plus. (...) Moi je pense que quelqu'un qui fait de tout, il doit être aussi bien valorisé que celui qui se spécifie. » <u>MK2</u> : « Carrément ! Bien sûr, évidemment, on investit dans la formation. (...) Pour moi, un kiné qui se forme, tous les ans, sur le même domaine, qui se donne pour ça, il doit être mieux payé dans les soins spécifiques qu'il fait. » <u>MK3</u> : Moi je suis 100% d'accord avec ça. Parce que quand tu fais des formations, les formations sont payantes. Donc tu payes de ta poche. » <u>MK4</u> : « Je pense par rapport à l'offre technique, je pense qu'il devrait y avoir des différences de tarifs. (...) Si certains kinés développent certaines techniques, investissent dans le sens de l'amélioration de la prise en charge des gens ils devraient être mieux rémunérés. »

Thème principal	Sous thèmes	Résultat quantitatif	Liens d'intégration	Résultat qualitatif (Extrait de verbatim)
Spécification d'exercice	Représentations et avenir	Par rapport à l'item 1 de la question 35, 26% des sujets sont « Plutôt d'accord », 8% sont « D'accord » et 9% sont « Tout à fait d'accord » sur le fait que l'avenir de la profession réside dans la spécification dans un domaine.		<u>MK1</u> : « Est-ce que l'avenir c'est ça ? Oui, oui, je suis 100% d'accord. Est-ce que ça doit ? Ça, c'est autre chose. » <u>MK2</u> : « Heureusement qu'ils (anciennes générations) étaient là au début, et heureusement que la kiné va se spécifier. (...) Je pense que l'avenir de la kinésithérapie, et l'avenir de ma kinésithérapie, et ce qui va s'orienter bientôt, c'est des kinésithérapeutes uniquement spécialisés. » <u>MK3</u> : « Alors moi je ne suis pas contre l'idée de se spécifier (...) le problème c'est que les 17 spécificités ne sont pas toutes aimées de la même manière. Si on se retrouve sur un département à avoir 90% des kinés qui font que la kiné du sport et t'as personne qui fait du vestibulaire, personne qui fait de la gériatrie, ben les gens ils vont aller où ? » <u>MK4</u> : « Moi, je pense que c'est quand même bien qu'on soit tous des kinés généralistes avec des orientations spécifiques mais qu'on soit capable de prendre quand même en charge. C'est une chance justement, d'avoir un métier polymorphe qui s'adapte. »
		Par rapport à l'item 2 de la question 35, 16% des sujets sont « Plutôt pas d'accord », 18% sont « Pas d'accord » et 14% sont « Pas du tout d'accord » sur le fait que les nouveaux diplômés devraient s'orienter vers un exercice spécifique de la kinésithérapie.		<u>MK1</u> : « Je ne suis pas du tout d'accord sur le fait que tu « doives » t'orienter vers un exercice spécifique. Je ne sais pas si ça se fera naturellement. Mais que tu doives le faire, non, pas du tout. » <u>MK2</u> : « Moi, je ne suis pas d'accord avec eux. Clairement. Dès la L3, on voit qu'on a des préférences sur le mode d'exercice, etc. (...) Si le néo-diplômé veut s'orienter dès le départ, qu'il s'oriente ? » <u>MK3</u> : « Si à peine arrivé, tu te dis « moi le dos, je n'aime pas du tout, je vais faire que du sportif » tu vas rester un petit peu dans ta zone de confort et tu ne vas rien apprendre de plus. (...) Si dès qu'on sort, on se spécifie dans un domaine en particulier, je ne trouve pas que ce soit très formateur et pédagogique. » <u>MK4</u> : « Je pense que c'est bien de se mettre le temps de la réflexion, d'expérimenter des choses, de voir différents types quand on fait des remplacements. Je pense qu'il faut un temps d'exercice avant de se dire voilà maintenant j'ai envie de faire ça. »

ANNEXE X : Analyse des résultats qualitatifs sur la détention de spécificité d'exercice

Les résultats quantitatifs de la question 15, portant sur la détention d'une ou plusieurs spécificité(s) d'exercice, indiquent que 57% des MK sondés disposent d'une spécificité d'exercice, 38% n'en possèdent aucune, et 4% déclarent ne pas savoir.

L'ensemble des participants des entretiens rejoignent le pourcentage de 57%. Aucun ne se reconnaît sans spécificité d'exercice. Un participant déclare être étonné du pourcentage de professionnels ne s'identifiant à aucune spécificité : *« Le pourcentage de « Non » de presque 40%, je trouve ça énorme. »* (MK2). Après relance, trois sujets s'accordent pour constater une **évolution croissante des spécificités d'exercice** au fil du temps : *« Par rapport au début de ma pratique, c'est sûr qu'il y a une évolution des spécificités »* (MK4). Les MK y seraient plutôt favorables *« Oui, les kinés ont envie d'être spécifiques, ils font de plus en plus de formations pour »* (MK3), notamment les **néo-diplômés** *« Je pense que chaque néo-diplômé, ou chaque diplômé sait à peu près où il s'oriente »* (MK2). Une participante évoque même un véritable **changement de génération** *« Mais oui la nouvelle génération est en plein dans cet essor-là de nouvelles connaissances et de spécificités. »* (MK3), accompagné d'un changement des **mœurs** *« Ne faire qu'une chose, c'est rentré dans les mœurs. »* (MK4).

Malgré les constats sur le positionnement des spécificités, deux participants nuancent cette **déclaration de spécificités**, évoquant leur reconnaissance et leur légitimité auprès du CNO *« Moi, je pense que les 57% qui ont mis « Oui », ils n'ont pas tous une formation reconnue par le CNO. »* ou encore : *« Ils pensent que tout fonctionne, que tout ce qu'ils vont faire comme formation c'est reconnu et c'est validé, donc ils vont la mettre à toutes les sauces »* (MK3). Du point de vue de l'**organisation du territoire**, le MK1 évoque les **enjeux** et les conséquences que pourraient avoir cette spécification croissante sur l'accès aux soins : *« On aura plus de kinés généralistes »* (MK1), un avis partagé par une autre participante : *« Si on se retrouve sur un département à avoir 90% des kinés qui font que la kiné du sport et t'as personne qui fait du vestibulaire, personne qui fait de la gériatrie, ben les gens ils vont aller où ? »*. Enfin, un autre participant illustre la notion d'absence de **choix de patientèle** au début de son exercice, pouvant nuancer ces dynamiques : *« Je pense qu'on démarre tous généralistes, parce qu'on ne choisit pas où on travaille, on ne choisit pas ses patients. »* (MK2).

Tableau XXVII : Grille d'analyse de la détention de spécificité(s) d'exercice

Thème	Sous-thème	Catégorisation	Codage	Extraits de verbatims
Identification de pratique	Détention de spécificité	Dynamiques générationnelles	Néo-diplômés*	<u>MK2</u> : « Je pense que chaque néo-diplômé, ou chaque diplômé sait à peu près où il s'oriente. »
			Changement de génération	<u>MK3</u> : « Mais oui la nouvelle génération est en plein dans cet essor-là de nouvelles connaissances et de spécificités. » <u>MK2</u> : « Il y a un fossé qui est en train de se créer entre l'ancienne génération et la nouvelle. »
			Moeurs	<u>MK4</u> : « Ne faire qu'une chose, c'est rentré dans les mœurs. »
			Evolution des spécificités	<u>MK2</u> : « Je pense que d'ici 5 ans, si vous refaites la même étude, on se retrouve à 70% voire 80% de « Oui ». » <u>MK4</u> : « Par rapport au début de ma pratique, c'est sûr qu'il y a une évolution des spécificités. »
		Cadre des spécificités	Déclaration de spécificité*	<u>MK1</u> : « Moi je ferai la différence entre ceux qui comme moi peuvent déclarer une spécificité mais qui pour autant ne le font pas. »
			CNO*	<u>MK3</u> : « Moi je pense que les 57% qui ont mis oui, ils n'ont pas tous des formations qui sont reconnues par le CNO. »
		Organisation du territoire	Choix de patientèle	<u>MK2</u> : « Je pense qu'on démarre tous généralistes, parce qu'on ne choisit pas où on travaille, on ne choisit pas ses patients. »
			Enjeux	<u>MK1</u> : « Si 57% des gens et plus encore font tous des spécificités, on aura plus de kinés généralistes, et je crois que malheureusement ce ne sera pas forcément une très bonne chose. » <u>MK3</u> : « Si on se retrouve sur un département à avoir 90% des kinés qui font que la kiné du sport et t'as personne qui fait du vestibulaire, personne qui fait de la gériatrie, ben les gens ils vont aller où ? »

*** : en vert, les motifs convergents et en phase avec les résultats de l'étude quantitative présentée lors de l'entretien. En rouge les motifs divergents avec le résultat de l'étude quantitative. En bleu, les motifs incertains avec le résultat de l'étude quantitative.

ANNEXE XI : Analyse des résultats qualitatifs sur les spécificités représentées

Les résultats quantitatifs de la question 16 révèlent une représentation majoritaire de spécificités en rééducation musculo-squelettique (59%) et en kinésithérapie du sport (43%), à l'inverse des champs comme la rééducation vestibulaire (4%) et la santé mentale (2%) étant minoritaires.

Tous les participants s'accordent sur la **prédominance** des champs d'intervention de l'appareil locomoteur au sein de la profession, considérés comme la **base du métier**. La **kinésithérapie du sport** y est fréquemment associée, perçue comme une tendance forte : « *La kinésithérapie du sport, c'est le truc à la mode. Maintenant, si on n'est pas kiné du sport on n'est pas kiné presque.* » (MK4). Un participant attribue cette prédominance à la **largeur de ces champs** : « *Je trouve que le musculo-squelettique et la kinésithérapie du sport sont des notions très larges et un peu fourre-tout* » (MK2).

Deux MK soulignent un **manque de reconnaissance** de certaines spécificités, jugées insuffisamment **valorisées** : « *C'est dommage pour le reste des spécificités, parce qu'elles ne sont pas mises en valeur.* » (MK2). Ce manque de valorisation semble étroitement lié à un **manque d'informations** sur certaines spécificités : « *Même moi, je ne savais pas que la kiné pouvait faire de la santé mentale* » (MK2) ou encore : « *Déjà, dans mes études, ça n'en faisait même pas partie* » (MK4). Les entretiens font apparaître une dualité entre le **manque d'attractivité** de certaines spécificités et leur **place en kinésithérapie** : « *C'est vrai que santé mentale, soins palliatifs, cancérologie, ce ne sont pas des domaines très attractifs.* » (MK3). Cette moindre attractivité serait également expliquée par l'**investissement personnel et matériel** requis, nécessitant une **envie** ou une **passion** particulière dans ces domaines : « *Et si tu n'es pas passionné par ça, je pense que c'est difficile d'y aller.* » (MK3).

Des **freins matériels** à l'essor de certaines pratiques sont évoqués par trois MK, notamment dans le champ vestibulaire : « *Pour la rééducation vestibulaire, le problème c'est qu'elle est très onéreuse, surtout au niveau du matériel* » (MK2). En parallèle, le **mode d'exercice salarié** ou **libéral** influencerait également la représentativité des spécificités « *Soins palliatifs, santé mentale, ça m'évoque plus des spécificités salariées* » (MK3). Enfin, l'un des sujets évoque les risques à long terme d'un déséquilibre entre les spécificités prédominantes et marginales : « *Si tout le monde fait comme moi, les spécificités comme cancérologie vont encore plus diminuer, et donc ça entraîne des pertes de chances.* » (MK1).

Tableau XXVIII : Grille d'analyse des spécificités représentées

Thème	Sous-thème	Catégorisation	Codage	Extraits de verbatims
Identification de pratique	Spécificités représentées	Prédominance de la profession	Base de métier	<u>MK4</u> : « Le champ musculo-squelettique, c'est quand même la base de notre métier. »
			Kinésithérapie du sport	<u>MK1</u> : « Quand tu dis je suis kiné spécifié en gériatrie, bon voilà. Quand tu dis je suis kiné sport tout de suite ça passe mieux. » <u>MK4</u> : « La kinésithérapie du sport, c'est le truc à la mode. Maintenant, si on n'est pas kiné du sport on n'est pas kiné presque. »
			Champs larges	<u>MK2</u> : « Je pense que malheureusement, c'est les champs les plus larges, et je pense que malheureusement, la liste des pathologies, des spécificités de la kinésithérapie n'est pas assez précise. »
		Manque de reconnaissance	Spécificités hors cadre	<u>MK4</u> : « Il y a des spécificités qui ne rentrent peut-être pas dans ces cases là, mais qui sont des spécificités qui est ma pratique. »
			Manque d'informations	<u>MK2</u> : « Même moi, je ne savais pas que la kiné pouvait faire de la santé mentale. »
			Mise en valeur	<u>MK2</u> : « C'est dommage pour le reste des spécificités, parce qu'elles ne sont pas mises en valeur. »
			Manque d'attractivité	<u>MK3</u> : « Comme c'est une spécificité bien précise, bien spécifique, je pense que ça n'attire pas grand monde. » <u>MK4</u> : « Ce n'est pas surprenant de voir que la santé mentale, ça intéresse peu de monde parce que c'est quand même un champ spécifique. »
		Investissement personnel et matériel	Passion	<u>MK3</u> : « Et si tu n'es pas passionné par ça, je pense que c'est difficile d'y aller. »
			Freins matériels	<u>MK2</u> : « Pour la rééducation vestibulaire, le problème, c'est qu'elle est très onéreuse, surtout au niveau du matériel, et ultra, ultra spécifique, et elle ne concerne pas énormément de patients. » <u>MK3</u> : « Là tu parlais de vestibulaire, ce qui est compliqué, c'est qu'il faut du matos aussi »
		Mode d'exercice	Salariat	<u>MK3</u> : « Disons que soins palliatifs, santé mentale, ça m'évoque plus des spécificités salariées. » <u>MK2</u> : « Je pense que ça s'oriente uniquement dans les soins salariés, malheureusement. »
			Libéral	<u>MK3</u> : « C'est vrai que moi, en pratique libérale, je n'en vois jamais. » <u>MK3</u> : « Alors que la kinésithérapie du sport et le système musculosquelettique, c'est complètement en phase avec les gens qui travaillent en libéral. » <u>MK4</u> : « Pour les gens qui sont des libéraux forcenés, c'est un peu compliqué d'exercer ça je pense, en libéral. »

ANNEXE XII : Analyse des résultats qualitatifs sur l'identification de pratique généraliste ou spécifique

Les résultats quantitatifs de la question 24 révèlent que 42% de MK s'identifient par rapport à leur pratique comme généralistes « purs », 32% comme des généralistes avec un domaine de prédilection, 21% comme spécifiques non-exclusifs d'un champ clinique et 5% comme spécifiques entièrement exclusifs.

Parmi nos résultats, aucun participant n'identifie sa pratique comme généraliste pur, contrairement à la tendance majoritaire du questionnaire. Trois participants identifient leur type de pratique comme généraliste à domaine de prédilection, et un comme spécifique non exclusif de la région du genou. La **formation** joue un rôle clé dans cette catégorisation, notamment à travers la **valeur accordée au D.U** : « *Ceux qui se considèrent spécifiques non-exclusifs, je pense que ce sera des gens qui ont fait des DU.* » (MK3), **convergeant** à l'idée que des **arguments** sont nécessaires pour se prétendre spécifique (MK2).

Tous les participants s'accordent à dire que le **diplôme initial** donne accès au **début de son exercice** à une pratique généraliste « *Moi je fais partie de ceux qui disent qu'après le diplôme, on est spécialistes en tout finalement.* » (MK1). Cette pratique initiale tendrait à évoluer selon les **préférences** « *Quand on sort, on est généralistes forcément. Après, on a des choses qui nous intéressent plus que d'autres.* » (MK1), mais aussi selon la **patientèle** construite progressivement : « *Au fil du temps, la patientèle qui vient dans ton cabinet, c'est la patientèle que tu as construite, qui ressemble à ta pratique* » (MK4), et du **réseau orienté** et mis en place : « *Ceux qui sont spécifiques, c'est ceux qui sont déjà vraiment rodés, ceux qui ont un réseau orienté dans leur spécificité* » (MK2). Trois MK évoquent ainsi une **évolution de carrière** marquée par **l'âge**, **l'expérience**, et la **personnalité** : « *Après, le fait de se spécifier, je pense que ça correspond à certains types de personnes et pas à d'autres* » (MK4).

Toutefois, des éléments de **divergence** apparaissent entre les générations : « *Je pense que les premières générations de kinés se considèrent généralistes.* » (MK2) contre : « *avec l'expérience, on laisse tomber des choses qu'on aime moins* » (MK1). Cette spécification progressive peut être vue comme une « *porte de sortie où il y a moins de travail physique* » (MK1), soulignant une volonté d'améliorer les conditions de travail avec l'avancée en carrière.

Tableau XXIX : Grille d'analyse de l'identification du type de pratique

Thème	Sous-thème	Catégorisation	Codage	Extraits de verbatims
Identification de pratique	Identification généraliste ou spécifique	Formation	Arguments	<u>MK2</u> : « Parfois on se considère spécifique, mais peut-être qu'on n'a pas les arguments pour le prouver. »
			Valeur du DU	<u>MK3</u> : « Ceux qui se considèrent spécifiques non-exclusifs, je pense plus que ce sera des gens qui ont fait des DU. » <u>MK3</u> : « Je me considère comme généraliste avec domaine de prédilection, parce que les formations que j'ai faites ne sont pas reconnues par le CNO, et je n'ai pas fait de DU. »
			Diplôme	<u>MK1</u> : « J'ai un diplôme. Je n'ai pas dit que je faisais kiné sport. Je me considère comme un généraliste. » <u>MK1</u> : « J'ai une collègue par exemple qui n'a pas de diplôme en maxillo-faciale, sauf que ça fait des années qu'elle ne fait que ça et donc diplôme ou pas elle est vachement calée. » <u>MK3</u> : « Quand tu sors du diplôme, t'es censé être généraliste, t'es censé pouvoir prendre en charge tous types de pathologies »
			Ensemble de formations	<u>MK2</u> : « Je sais que moi je fais du genou, je m'informe sur du genou, mais si on regarde l'ensemble de mes formations, je ne fais pas de genou au final. »
		Exercice initial	Début d'exercice	<u>MK1</u> : « Je pense que c'est des enjeux où quand tu débutes au moins, tu ne peux pas te permettre de sélectionner tes patients. » <u>MK1</u> : « Au début, quand tu crées quelque chose, tu bosses. En plus, ça te permet aussi de savoir ce que tu préfères et ce que tu aimes moins. » <u>MK2</u> : « Je pense qu'on démarre tous généralistes, parce qu'on ne choisit pas où on travaille, on ne choisit pas ses patients. »
			Capacité de prise en charge	<u>MK4</u> : « Je pense que je suis un kiné généraliste parce que je peux prendre en charge, à part les pathologies pour lesquelles je ne suis pas formé, un grand champ qui est la pratique courante de la kinésithérapie. »
			Obligation généraliste	<u>MK2</u> : « Je n'ai jamais été généraliste, peut-être quelques mois par obligation. »
			Répartition	<u>MK4</u> : « Je pense que c'est une répartition à peu près logique. Il y a beaucoup de gens qui font du généraliste, et il y a très peu qui font du monopratique. »
		Construction professionnelle et identitaire	Patientèle	<u>MK4</u> : « Au fil du temps, la patientèle qui vient dans ton cabinet, c'est la patientèle que tu as construite, qui ressemble à ta pratique. »
			Réseau orienté	<u>MK2</u> : « Ceux qui sont spécifiques, c'est ceux qui sont déjà vraiment rodés, ceux qui ont un réseau orienté dans leur spécificité. »
			Personnalité	<u>MK2</u> : « J'ai toujours su que j'aimais faire un type de soin et j'aimais bosser sur un type de soin. » <u>MK4</u> : « Après, le fait de se spécifier, je pense que ça correspond à certains types de personnes et pas à d'autres. »
			Spécification automatique	<u>MK2</u> : « Je pense qu'on se spécifie automatiquement, aucun kiné veut absolument rester généraliste. »

			Préférences	<u>MK1</u> : « Quand on sort, on est généralistes forcément. Après, on a des choses qui nous intéressent plus que d'autres. » <u>MK4</u> : « On finit tous par avoir des marottes, et des choses qui nous plaisent plus que d'autres. »
			Evolution de carrière	<u>MK1</u> : « Les 42% on va dire c'est les jeunes qui sont sortis, les 32% c'est la moitié, c'est moi, les 21% ils ont plus envie de s'emmerder avec d'autres trucs, et les 5% ils font plus que ça. »
			Âge et expérience	<u>MK1</u> : « Avec l'expérience et un peu l'âge, on laisse tomber les trucs qui nous intéressent le moins. » <u>MK2</u> : « Je pense que l'âge des kinés a influencé les résultats, parce que je pense que les premières générations de kinés se considèrent généralistes. » <u>MK4</u> : « Je suis un vieux kiné. Un vieux kiné, ça a fait sa soupe. Ça a décanté pleins de choses. »

ANNEXE XIII : Analyse des résultats qualitatifs sur le cadre réglementaire

Les résultats quantitatifs issus des questions 19 et 20 ont été présentés lors des entretiens. Ils suggèrent que 77% des répondants n'ont pas reconnaître leur(s) spécificité(s) d'exercice, et 74% de ceux ne l'ayant pas fait reconnaître ne comptent pas le faire à l'avenir.

Un seul participant interviewé a fait reconnaître une spécificité auprès du CDO (MK1). Deux d'entre eux attribuent cette situation à un **manque d'informations** sur le sujet « *Je ne suis pas sûre que tous les kinés savent que la spécificité doit être signalée au CDO* » (MK3). Une **convergence** se dégage où tous soulignent ce manque de **référencement** auprès du CDO « *Moi, je trouve que c'est plutôt bien de faire part de ses spécificités au conseil de l'Ordre.* » (MK4). L'un des participants déclare être étonné, car « *le fait d'être référencé, ça permet d'avoir plus de patients, d'être un peu plus visible aussi.* » (MK2). Trois participants abordent la question de la **légitimité** du MK vis-à-vis de sa **patientèle** à pouvoir se prétendre comme spécifique, en lien avec l'usage des **dépassements d'honoraires** : « *Je pense que certains voudraient dire « Moi, je suis champion du genou (...). Donc, je dois être mieux payé. » Eh bien, non. À ce moment-là, tu demandes un dépassement d'honoraire.* » (MK1). Néanmoins, un participant nuance l'intérêt de cette reconnaissance institutionnelle, estimant qu'elle ne reflète pas toujours la réalité et l'engagement personnel des praticiens : « *L'Ordre ne reconnaît pas le travail personnel réalisé par les MK, à leur domicile* » (MK2).

Concernant la **formation complémentaire**, deux des participants estiment qu'une hiérarchie existe entre les types de formations suivies, conférant davantage de valeur aux **DU** qu'aux **formations de 80 heures**, jugées insuffisantes pour se prétendre spécifique « *80 heures c'est quoi ? C'est 10 jours. Ce n'est pas non plus... Tu n'as pas fait un Master en plus.* » (MK1) et « *Je trouve que le DU, par exemple, a plus de valeur qu'une formation que tu aurais faite sur 80 heures* » (MK3). Pour continuer, le contexte insulaire de l'île de La Réunion est perçu par deux participants comme un **frein** à l'accès aux formations continues : « *Si par exemple je veux faire un DU Vestibulaire, il faut que j'aille à Paris 5-6 fois, ça coûte cher et ça prend du temps donc c'est un frein.* (MK1). Enfin, un participant adopte une posture **divergente** vis-à-vis des résultats quantitatifs, déclarant qu'il serait bon de déclarer ses spécificités aux CDO dans la mesure où les techniques employées soient validées par ce dernier : « *Je ne vois pas pourquoi je ne dirais pas au Conseil de l'Ordre sur telle ou telle spécificité, sauf si c'est vraiment un truc qui n'est pas justement validé et qui est des techniques un peu limites* » (MK4).

Tableau XXX : Grille d'analyse de la reconnaissance des spécificités d'exercice

Thème	Sous-thème	Catégorisation	Codage	Extraits de verbatims
Cadre réglementaire	Reconnaissance des spécificités	Patientèle	Légitimité de l'acte	<u>MK3</u> : « Je pense que c'est plutôt des gens comme moi qui ont fait pas mal de petites formations, donc qui misent bout à bout pour te confèrent quand même un petit peu de légitimité, mais pas suffisamment pour dire « je suis spécialiste de ça » ».
			Business	<u>MK3</u> : « J'ai peur que ça devienne un peu... Que ça devienne un peu du business. Donc il faut faire attention aux dérives. »
		Instances ordinales	Référencement	<u>MK2</u> : « Le fait d'être référencé, ça permet d'avoir plus de patients, d'être un peu plus visible aussi. » <u>MK2</u> : « Soit ils ne veulent pas être référencés pour ne pas être cantonnés, soit ils n'ont pas d'arguments à apporter, même s'ils sont spécifiques. » <u>MK4</u> : « Moi, je trouve que c'est plutôt bien de faire part de ses spécificités au conseil de l'Ordre. »
			Manque d'information	<u>MK2</u> : « Déjà, moi personnellement je ne savais pas qu'on pouvait le faire. Déjà complètement, on n'est pas informé là-dessus. » <u>MK3</u> : « Je ne suis pas sûre que tous les kinés savent que la spécificité doit être signalée au CDO. »
			Reconnaissance de l'Ordre	<u>MK2</u> : « L'Ordre ne reconnaît pas le travail personnel réalisé par les MK à leur domicile, au travail, etc., ou même ils ne reconnaissent pas le réseau, ils ne reconnaissent pas les bilans que tu envoies. » <u>MK4</u> : « On a certaines des spécificités, si elles sont reconnues par une formation, il faut qu'elles soient connues et qu'on puisse les transmettre. »
			Liste des actes	<u>MK2</u> : « Je pense que malheureusement, la liste des pathologies, des spécificités de la kinésithérapie n'est pas assez précise. »
			Dépassement d'honoraires	<u>MK1</u> : « Je pense que certains voudraient dire « Moi, je suis champion du genou (...). Donc, je dois être mieux payé. » Eh bien, non. À ce moment-là, tu demandes un dépassement d'honoraire. »
			80 heures de formation	<u>MK1</u> : « Je pense que l'immense majorité qui prétendent être spécifiques sont formés sur le tas, avec l'expérience et n'ont pas nécessairement fait de formation de 80 heures. » <u>MK1</u> : « 80 heures c'est quoi ? C'est 10 jours. Ce n'est pas non plus... Tu n'as pas fait un Master en plus. »
		Formation complémentaire	Diplôme universitaire (DU)	<u>MK3</u> : « Je trouve que le DU, par exemple, a plus de valeur qu'une formation que tu aurais faite sur 80 heures. » <u>MK3</u> : « Ceux qui se considèrent spécifiques non-exclusifs, je pense plus que ce sera des gens qui ont fait des DU. »
			Formations courtes	<u>MK1</u> : « Aujourd'hui si je fais une formation en deux week-ends je ne peux pas prétendre à avoir une spécificité et pourtant en soit je pourrai. »
			Freins liés au contexte insulaire	<u>MK1</u> : « Si par exemple je veux faire un DU Vestibulaire, il faut que j'aille à Paris 5-6 fois, ça coûte cher et ça prend du temps donc c'est un frein. » <u>MK3</u> : « Si tu veux faire un DU, souvent c'est en métropole, donc tu payes les billets d'avion, tu payes les hébergements, c'est un investissement financier. »

ANNEXE XIV : Analyse des résultats qualitatifs sur les champs cliniques

Les résultats quantitatifs de notre question 27, relatifs aux champs cliniques, ont été évoqués lors des entretiens. Ils révèlent une nette prédominance des affections musculo-squelettiques (89%) gériatrique (84%) et des pathologies du sportif (77%), à l'inverse des pathologies psychiatriques (10%) vestibulaires (21%) et maxillo-faciales (21%) étant minoritaires.

Deux participants considèrent que ces **champs sous-représentés** trouvent difficilement leur **place dans la kinésithérapie** « *Au vu de l'évolution actuelle, ils n'auront pas leur place en kinésithérapie libérale malheureusement.* » (MK2). Le **manque de formations** à l'égard de certains champs est également évoqué comme facteur limitant leur développement : « *Je ne sais pas s'il existe une seule formation gériatrique à la Réunion. Je pense que c'est le manque de formation.* » (MK2). Tous les participants **convergent** pour souligner une **attractivité moindre** de certains champs cliniques par rapport à d'autres : « *C'est vrai que santé mentale, soins palliatifs, cancérologie, ce ne sont pas des domaines très attractifs.* » (MK3). Enfin, un décalage est souligné entre l'exposition élevée à la gériatrie dans les résultats quantitatifs et le désintérêt supposé des jeunes professionnels pour ce domaine : « *Les jeunes kinés qui arrivent, je trouve qu'ils ne sont pas très enclins à prendre en charge les personnes âgées* » (MK3). Cette remarque rejoint les observations précédentes sur la **moindre attractivité** de certains champs, comme la prise en charge des **personnes âgées**.

Le **contexte d'exercice** est décrit comme ayant un impact fort sur les champs cliniques. Deux participants relient l'exposition à la gériatrie à la forte présence des **domiciles** à La Réunion « *Pour moi, ça représente les domiciles. A La Réunion il y a beaucoup plus de domiciles par rapport à la métropole* » (MK1). De plus, la **zone d'exercice** et le secteur (**libéral, centre**) orientent ces pratiques : « *Après, ça dépend des zones d'exercice, aussi, je pense* » (MK4) « *Tous les patients neuro vont être très peu en libéral, palliatifs etc...ça va être du centre* » (MK2). Le **contexte réunionnais** est également mentionné (MK3, MK4), influençant aussi les types de prises en charge « *En plus on est à La Réunion, donc il y a vachement de travail et tout ça. Les sportifs il y en a de plus en plus.* » (MK3). Le **zonage** est perçu comme un facteur ambivalent, poussant à abandonner certaines pratiques jugées moins rentables « *Si le zonage reste comme il est, il y a des pratiques qui se feront de toute façon plus.* » (MK4). Un participant évoque également l'influence de la **réputation** des MK, attirant une patientèle en adéquation avec celle-ci : « *Avec les années, on a une réputation, une certaine notoriété* » (MK1).

Tableau XXXI : Grille d'analyse sur l'exposition aux champs cliniques kinésithérapiques

Thème	Sous-thème	Catégorisation	Codage	Extraits de verbatims
Pratique clinique	Exposition aux champs cliniques	Champs sous-représentés	Place de la kinésithérapie	<u>MK2</u> : « Au vu de l'évolution actuelle, ils n'auront pas leur place en kinésithérapie libérale malheureusement. »
			Formation continue	<u>MK2</u> : « Quand on le rencontre au cabinet, oui, on n'est pas formé, mais ça reste la généralité. On l'a forcément vu en formation continue. »
			Manque de formations	<u>MK2</u> : « Je ne sais pas s'il existe une seule formation gériatrique à la Réunion. Je pense que c'est le manque de formation. »
			Attractivité	<u>MK2</u> : « Je pense que, déjà, d'une part, ce sont des soins qui ne sont pas forcément les plus séduisants, en toute honnêteté. »
				<u>MK3</u> : « C'est vrai que santé mentale, soins palliatifs, oncologie, ce ne sont pas des domaines très attractifs »
			Personnes âgées	<u>MK4</u> : « Ce n'est pas surprenant de voir que la santé mentale, ça intéresse peu de monde parce que c'est quand même un champ spécifique. »
				<u>MK3</u> : « Les jeunes kinés qui arrivent, je trouve qu'ils ne sont pas très enclins à prendre en charge les personnes âgées. »
		Contexte d'exercice	Ré-orientation	<u>MK1</u> : « Mon associée par exemple fait 90% de vestibulaire, donc quand j'ai ce genre de patient je les renvoie vers ma collègue à côté. »
			Pratique	<u>MK4</u> : « Notre patientèle nous ressemble à la fois à nous, mais aussi à notre pratique, et au lieu où on le pratique. »
			Libéral	<u>MK3</u> : « Alors que la kinésithérapie du sport et le système musculosquelettique, c'est complètement en phase avec les gens qui travaillent en libéral »
			Centre de rééducation	<u>MK2</u> : « Tous les patients neuro vont être très peu en libéral, palliatif etc...ça va être du centre. »
			Zones d'exercice	<u>MK1</u> : « Il y a les hauts, les bas, la ville ou pas la ville. Et les chiffres ne sont pas du tout les mêmes. »
				<u>MK4</u> : « Après, ça dépend des zones d'exercice, aussi, je pense, c'est dans les hauts ou pas. »
			Contexte réunionnais	<u>MK3</u> : « En plus on est à La Réunion, donc il y a vachement de travail et tout ça. Les sportifs il y en a de plus en plus. »
			Zonage	<u>MK4</u> : « Si le zonage reste comme il est, donc, il y a des gens qui vont... Il y a des pratiques qui se feront de toute façon plus. »
			Domiciles	<u>MK1</u> : « Pour moi, ça représente les domiciles. A La Réunion, il y a beaucoup plus de domiciles par rapport à la métropole. »
				<u>MK4</u> : « La gériatrie, c'est vraiment spécifique à des troubles de la vieillesse qui sont liés juste au grand âge, à l'impossibilité de se déplacer, donc c'est plutôt des patients que tu verras à domicile. »
			Réputation	<u>MK1</u> : « Avec les années, on a une réputation, une certaine notoriété où les gens nous identifient et viennent rarement par hasard. »
				<u>MK1</u> : « Tu vas être connu, (...) et le médecin va dire « allez chez (Chercheur) parce qu'il est bon en kiné respiratoire ». »
				<u>MK4</u> : « On est déjà un petit peu étiquetés kinés sports. »

ANNEXE XV : Analyse des résultats qualitatifs des aspirations des MK remplaçants

Les résultats quantitatifs de la question 21, évoqués en entretiens, indiquent que 55% des MK ayant le statut de remplaçant envisagent à l'avenir un exercice spécifique de la kinésithérapie.

Tous les participants soulignent un **changement générationnel** dans les **aspirations professionnelles**, correspondant à notre première catégorisation. Selon eux, les jeunes MK seraient attirés par des orientations correspondant à leurs affinités personnelles, et auraient « *plutôt envie de s'orienter vers des choses qui leur plairont toute leur vie.* » (MK1). Ainsi, l'ensemble des participants reconnaît une **évolution vers la spécificité** « *Il y aura sûrement toujours des kinés généralistes, mais de plus en plus, tout va vers de la spécificité.* » (MK4). Cette tendance serait particulièrement marquée chez les **jeunes MK** « *La nouvelle génération est pleinement dans cet essor-là de nouvelles connaissances et de spécificités* » (MK3).

Deux facteurs explicatifs émergent, le premier étant **l'installation** des professionnels, rendant plus difficile une réorientation avec une patientèle déjà présente « *Une fois qu'on est installé, avec sa patientèle, son cabinet et son matériel, ça devient difficile de changer* » (MK1) ; et le second serait en lien avec l'impact du **nouveau référentiel de formation**, qui favorise l'exposition à la littérature scientifique et à l'**EBP** : « *Ca rejoint un peu ce qu'on disait tout à l'heure sur la nouvelle génération qui est un peu plus portée sur la littérature, EBP, sur les formations que n'ont pas les vieilles générations.* » (MK3).

Notre seconde catégorisation concerne les **conditions d'exercice**. Un participant évoque la recherche de **confort d'exercice** « *Ils vont peut-être privilégier leur confort. Quand je dis confort, c'est le domaine de la prédilection.* » (MK1), et la volonté de réduire le **volume horaire** « *Les gens veulent travailler avec des plages horaires moins importantes, dans un cadre plus défini* » (MK4). L'exercice spécifique permettrait ainsi de mieux concilier **centres d'intérêts** et pratique « *Il y a des choses qui nous intéressent plus que d'autres, des façons de travailler* » (MK4), afin de pouvoir faire ce que les praticiens affectionnent tous les jours. En lien avec ces centres d'intérêts, la quête de **sens du travail** est également abordée : « *L'évolution sociale fait que les gens veulent un travail qui ait du sens, veulent qu'il y ait un travail qui les intéresse.* » (MK4), où les MK chercheraient à apprécier leur pratique quotidienne en plus de lui trouver un sens. La notion de spécification est donc mentionnée comme permettant de faire ce que l'on aime, ainsi que d'avoir de **nouvelles connaissances** sur des domaines que le MK affectionne « *Tu as des connaissances tous les jours, des nouveaux articles tous les jours. Donc déjà, ça c'est attrayant.* » (MK3). Un des participants souligne enfin que les remplaçants, exposés à

différents cabinets, dont certains reconnus, peuvent être incités à s'orienter vers un exercice spécifique. Néanmoins, un participant rappelle également l'intérêt de l'exercice généraliste : « *C'est une chance, justement, d'avoir un métier polymorphe qui s'adapte* » (MK4).

Tableau XXXII : Grille d'analyse des aspirations des MK remplaçants

Thème	Sous-thème	Catégorisation	Codage	Extraits de verbatims
Représentations des MK	Aspirations des MK remplaçants	Génération montante	Evolution vers la spécificité	<u>MK4</u> : « Il y aura sûrement toujours des kinés généralistes mais de plus en plus, tout va vers la spécificité. »
			Spécification de la nouvelle génération	<u>MK3</u> : « Je pense que la nouvelle génération est plus enclin à se spécifier parce que c'est attractif et que faire ce que t'aimes tous les jours. »
			Orientation préférentielle	<u>MK1</u> : « Les jeunes, ils ont plutôt envie de s'orienter vers des choses qui leur plairont toute leur vie. » <u>MK2</u> : « Je pense que chaque néo-diplômé, ou chaque diplômé sait à peu près où il s'oriente. »
		Nouveau référentiel de formation	EBP ¹⁵	<u>MK2</u> : « Vu qu'il y a eu un boom en 2015, un boom scientifique et au niveau de l'évolution de la kiné, avec notamment l'EBP, etc., je pense que clairement, avec toutes les données scientifiques actuelles, on ne peut pas être spécifique partout. » <u>MK3</u> : « Ca rejoint un peu ce qu'on disait tout à l'heure sur la nouvelle génération qui est un peu plus portée sur la littérature, EBP, sur les formations que n'ont pas les vieilles générations. »
			Réforme de la formation	<u>MK1</u> : « Ta génération, (...) vous avez plus de connaissances que moi j'en avais à la sortie. » <u>MK3</u> : « On est une nouvelle génération avec la réforme basée sur la recherche, avec les nouveaux mémoires... »
		Conditions d'exercice	Installation	<u>MK1</u> : « Une fois qu'on est installé, avec sa patientèle, son cabinet et son matériel, ça devient difficile de changer. »
			Confort d'exercice	<u>MK1</u> : « Ils vont peut-être privilégier leur confort. Quand je dis confort, c'est le domaine de la prédilection. »
			Volume horaire	<u>MK4</u> : « Les gens veulent travailler avec des plages horaires un peu moins importantes, dans un cadre plus défini. »
			Nouvelles connaissances	<u>MK3</u> : « Tu as des connaissances tous les jours, des nouveaux articles tous les jours. Donc déjà, ça c'est attrayant. »
			Sens du travail	<u>MK4</u> : « L'évolution sociale fait que les gens veulent un travail qui ait du sens, veulent qu'il y ait un travail qui les intéresse. »
			Diplômes spécifiants	<u>MK1</u> : « Je pense que, pour eux, le fait de passer des diplômes spécifiants, on va dire, leur permettra peut-être d'accéder plus rapidement à leur domaine de prédilection. »
			Centres d'intérêts	<u>MK4</u> : « Il y a des choses qui nous intéressent plus que d'autres, des façons de travailler. »

¹⁵ Evidence Based Practice

ANNEXE XVI : Analyse des résultats qualitatifs des représentations financières

Les résultats quantitatifs de notre question 33 suggèrent que 26% des sujets sont « Plutôt d'accord », 19% « D'accord » et 20% « Tout à fait d'accord » qu'un MK spécifique mérite une meilleure valorisation tarifaire que son homologue généraliste, dans son domaine de spécificité.

La **valorisation tarifaire** est abordée par plusieurs participants. Deux d'entre eux illustrent une rémunération des **actes** qu'ils jugent **sous-payés**, n'étant pas à la hauteur des compétences mobilisées. Tous deux **convergent** vers le souhait d'une revalorisation globale de la profession. Toutefois, seul l'un d'entre eux **converge** vers valorisation spécifique selon les compétences exercées, estimant que : « *Quand on a des compétences spécifiques, du matériel spécifique, ça serait normal qu'on soit rémunérés, au même titre qu'un médecin spécialiste, plus qu'un kiné généraliste* » (MK4), tandis que l'autre y est opposé : « *Je ne mettrais pas de primes à la spécificité.* » (MK1). Deux autres participants **convergent** avec l'idée d'une **meilleure rémunération** des spécificités : « *Je trouve que c'est 100% légitime que les spécificités soient valorisées financièrement par rapport à ça* » (MK3). La question du **prix de la séance** est évoquée par deux participants, à travers le décalage entre les exigences de certaines pratiques et leur tarification forfaitaire: « *Ma séance, si c'est pour un genou, elle coûtera toujours 18€ et quelques, alors qu'on y a mis de l'investissement en matériel, en temps, en formation* » (MK4).

Le sujet de la **formation** apparaît comme un élément central, abordé par trois participants, dont deux mettant en avant l'**investissement** demandé, et la qualité des soins résultante, nécessitant d'être amorties : « *On parle financier, c'est tabou, mais ce n'est pas grave, il faut en parler : il faut amorcer et rentabiliser, oui, c'est le terme, il faut rentabiliser ces formations-là, parce qu'on n'aide pas les kinés à le faire* » (MK2). Un troisième, plus critique, **diverge** en questionnant cette légitimité : « *Est-ce qu'en ayant fait une formation assidue, sérieuse de 10 jours, ça te permettrait d'être super-kiné et d'être mieux rémunéré parce que tu fais ça ? Non.* » (MK1).

Celui-ci aborde le **cadre d'application**, via le **dépassement d'honoraires** : « *Je pense que certains voudraient dire « Moi, je suis champion du genou (...). Donc, je dois être mieux payé. » Eh bien, non. À ce moment-là, tu demandes un dépassement* » (MK1). Enfin, la question du financement par la **sécurité sociale** est posée : « *Après, il y a toujours le souci, c'est est-ce qu'on fait payer ça par la sécu ou on fait payer ça par d'autres gens.* » (MK4), soulevant les enjeux de répartition des coûts du système de santé.

Tableau XXXIII : Grille d'analyse des représentations financières

Thème	Sous-thème	Catégorisation	Codage	Extraits de verbatims
Représentations	Représentations financières	Valorisation tarifaire	Actes sous-payés	<u>MK1</u> : « Les actes sont sous-payés. Ca c'est indéniable. » <u>MK4</u> : « Je pense qu'on est déjà assez mal payés comme ça. Ça, c'est une problématique, par rapport à notre compétence. »
			Rémunération commune	<u>MK1</u> : « Il faudrait que tout le monde mérite plus. » <u>MK1</u> : « Moi, je pense que quelqu'un qui fait de tout, il doit être valorisé aussi bien que quelqu'un qui se spécifie. »
			Rémunération spécifique	<u>MK2</u> : « Quelqu'un qui veut rester généraliste, il doit être moins bien payé pour orienter cette kiné-là vers du spécifique. » <u>MK4</u> : « Quand on a des compétences spécifiques, du matériel spécifique, ça serait normal qu'on soit rémunérés, au même titre qu'un médecin spécialiste, plus qu'un kiné généraliste. »
			Prix de la séance	<u>MK3</u> : « Quand tu vois que toi, ayant engrangé toutes ces dépenses, t'es payé à 17€70 comme ton collègue à côté qui ne fait pas forcément bien la rééducation, moi je trouve que ça agace un petit peu et ça ne donne pas envie de continuer. » <u>MK4</u> : « Ma séance, si c'est pur un genou, elle coûtera toujours 18€ et quelques, alors qu'on y a mis de l'investissement en matériel, en temps, en formation et en espace. »
		Valorisation liée à la formation	Formation	<u>MK1</u> : « Est-ce qu'en ayant fait une formation assidue, sérieuse de 10 jours, ça te permettrait d'être super-kiné et d'être mieux rémunéré parce que tu fais ça ? Non. » <u>MK2</u> : « Pour moi, un kiné qui se forme, tous les ans, sur le même domaine (...) doit être mieux payé dans les soins spécifiques qu'il fait. »
			Investissement en formation	<u>MK2</u> : « On parle financier, c'est tabou, mais ce n'est pas grave, il faut en parler : il faut amorcer et rentabiliser, oui, c'est le terme, il faut rentabiliser ces formations-là, parce qu'on n'aide pas les kinés à le faire. » <u>MK2</u> : « On investit, on cherche, on paie des billets d'avions, des hôtels, on se déplace, on fouine, on se met à jour tous les jours. » <u>MK3</u> : « Quand tu fais des formations, les formations sont payantes. Donc tu payes de ta poche. »
		Cadre d'application	Cabinet	<u>MK4</u> : « J'ai un cabinet où j'ai quand même investi beaucoup d'argent dans du matériel et de la formation. »
			Diminution de revenus	<u>MK2</u> : « Se cantonner uniquement à quelque chose, ça nous réduit sur notre type de patientèle et sur nos pathologies qui sont présentées. Et du coup, ça diminue potentiellement tes revenus. »
			Sécurité sociale	<u>MK4</u> : « Après, il y a toujours le souci, c'est est-ce qu'on fait payer ça par la sécu ou on fait payer ça par d'autres gens. »
			Dépassement d'honoraires	<u>MK1</u> : « Je pense que certains voudraient dire « Moi, je suis champion du genou (...). Donc, je dois être mieux payé. » Eh bien, non. A ce moment-là, tu demandes un dépassement. »

ANNEXE XVII : Analyse des résultats qualitatifs des représentations sur l'avenir

Les résultats quantitatifs du premier item de notre question 35 suggèrent que 26% des sujets sont « Plutôt d'accord », 8% sont « D'accord » et 9% sont « Tout à fait d'accord » sur le fait que l'avenir de la profession réside dans un exercice spécifique d'un domaine.

Notre première catégorisation concerne la **direction prise** par la profession, où l'ensemble des participants **convergent** à reconnaître une **orientation progressive** vers l'exercice spécifique. Toutefois, un participant évoque plutôt un **avis divergent**, valorisant une approche plus généraliste : « *Moi, je pense que c'est quand même bien qu'on soit tous des kinés généralistes avec des orientations spécifiques mais qu'on soit capable de prendre quand même en charge. C'est une chance justement, d'avoir un métier polymorphe qui s'adapte* » (MK4). Deux autres participants ne se positionnent pas, tandis qu'un dernier exprime un soutien clair et **convergent** à cette dynamique : « *Mais heureusement qu'ils étaient là au début, et heureusement que la kiné va se spécifier, je pense* » (MK2). Certains participants, comme le MK1, inscrivent cette dynamique de spécification dans un mouvement d'**évolution sociétale** plus large : « *Je pense que c'est l'avenir. Et ce n'est pas que dans notre profession. C'est l'avenir de la société en général, j'ai l'impression* » (MK1). Cependant, certains **risques pour les patients** sont à prendre en compte sur la question d'accès aux soins, où un ensemble de professionnels pratiquant les mêmes spécificités pourraient entraîner des pertes de chances pour les patients non concernés par ces champs d'expertise (MK3).

A propos de la seconde catégorisation sur **l'exercice et la collaboration** professionnelle engendrée, une **expansion** sur le **regroupement** est abordée par un des sujets : « *C'est l'avenir que les gens se regroupent. Et qu'au sein d'un cabinet (...), il y a plusieurs orientations différentes.* » (MK1), considéré comme un moyen permettant de maintenir une certaine polyvalence dans la prise en charge tout en exerçant de manière spécifique. L'ensemble des sujets **convergent** également vers le lien entre spécificité et **compétence accrue** du MK, soutenant que la répétition d'une pratique renforce l'expertise : « *Moi je pars du principe qu'on est bons quand on pratique régulièrement la même chose.* » (MK1). Enfin, le **réseau orienté** est mentionné par un des sujets, concernant les MK spécifiques « *Ceux qui sont spécifiques, c'est ceux qui sont déjà vraiment rodés, ceux qui ont un réseau orienté dans leur spécificité.* » (MK2), faisant écho à la dynamique de regroupement évoquée.

Tableau XXXIV : Grille d'analyse de l'avenir de l'exercice spécifique de la profession

Thème	Sous-thème	Catégorisation	Codage	Extraits de verbatims
Représentations	Avenir de l'exercice spécifique	Direction prise	Orientation de la profession	<u>MK2</u> : « La formation continue a été modifiée depuis quelques années. Et je pense juste que c'est l'orientation classique et inévitable de la kinésithérapie. » <u>MK4</u> : « Aujourd'hui, c'est accepté comme étant possible d'avoir des spécificités, d'exercer à la limite de la monoculture, de la monopratique. » <u>MK4</u> : « Il y aura sûrement toujours des kinés généralistes mais de plus en plus, tout va vers la spécificité. »
			Avenir	<u>MK1</u> : « Est-ce que l'avenir, c'est ça ? Oui, oui, je suis 100% d'accord. Est-ce que ça doit ? Ça, c'est autre chose. » <u>MK2</u> : « Je pense que l'avenir de la kinésithérapie (...), et ce qui va s'orienter bientôt, c'est des MK uniquement spécialisés. » <u>MK3</u> : « J'ai peur qu'on tombe sur un avenir où on va refuser les gens, et que les gens n'aient pas de soins parce que tout le monde fera du sportif et personne ne s'occupera des enfants ou de la maxillo. »
			Evolution sociétale	<u>MK1</u> : « Je pense que c'est l'avenir. Et ce n'est pas que dans notre profession. C'est l'avenir de la société en général, j'ai l'impression. » <u>MK4</u> : « c'est apparemment l'évolution normale de la société. Donc en fait, une profession, elle suit l'évolution de la société. »
			Risques liés aux patients	<u>MK3</u> : « Si on se retrouve sur un département à avoir 90% de kinés qui font que de la kiné du sport et personne qui fait du vestibulaire, personne qui fait de la gériatrie, ben les gens ils vont aller où ? » <u>MK4</u> : « Si tout le monde fait les mêmes spécificités, (...) il y aura des champs de la kiné qui vont disparaître et ça va parfois être un peu compliqué d'être pris en charge. »
		Exercice et collaboration	Regroupement	<u>MK1</u> : « C'est l'avenir que les gens se regroupent. Et qu'au sein d'un cabinet (...), il y a plusieurs orientations différentes. » <u>MK1</u> : « L'exercice isolé seul, ce n'est plus possible. Ça va disparaître. Les gens vont se regrouper (...). Je trouve que c'est vachement bien parce qu'on est plus efficaces, plus efficaces. »
			Compétence accrue	<u>MK1</u> : « Moi je pars du principe qu'on est bons quand on pratique régulièrement la même chose. » <u>MK2</u> : « Plus je suis spécifique, mieux c'est. (...) d'un point de vue clinique et performance diagnostique, plus on est spécifique, mieux c'est, je pense. » <u>MK3</u> : « Les Red Flags sont pris plus facilement en charge, on réoriente plus facilement, on rééduque mieux, la rééducation va plus vite, coûte moins cher, moi je trouve que c'est plutôt bien. » <u>MK4</u> : « Aujourd'hui, on a une compétence reconnue par les médecins, même par des médecins spécialistes. »
			Réseau orienté	<u>MK2</u> : « Ceux qui sont spécifiques, c'est ceux qui sont déjà vraiment rodés, ceux qui ont un réseau orienté dans leur spécificité. »

ANNEXE XVIII : Résultats qualitatifs concernant le type d'exercice des néo-diplômés

Les résultats quantitatifs du second item de notre question 35 présentés lors des entretiens suggèrent que 16% des sujets du questionnaire déclarent être « Plutôt pas d'accord », 18% sont « Pas d'accord » et 14% des sujets sont « Pas du tout d'accord » sur le fait que les néo-diplômés devraient s'orienter vers un exercice spécifique en sortie de diplôme. Afin de mieux comprendre ces résultats, l'analyse des entretiens a révélé que 3 participants **convergent** en étant plutôt contre, et un seul participant **diverge** en étant plutôt pour une spécification des néo-diplômés.

Dans le cadre du sous-thème **parcours de professionnalisation**, le code de **sortie de diplôme** est vu comme un élément capital dans la formation du jeune professionnel « *Pour moi, un jeune diplômé de kiné aujourd'hui, qui sort de l'école comme il est formé, il devrait être un kiné généraliste et s'orienter vers quelque chose quand il a commencé à pratiquer.* » (MK4), dont la quasi-totalité des sujets adhèrent, excepté l'un d'entre eux, déclarant : « *Moi, je n'ai jamais été généraliste, peut-être quelques mois par obligation, mais j'ai toujours su que j'aimais faire un type de soin et j'aimais bosser sur un type de soin.* » (MK2). Ce clivage met donc en lumière deux conceptions opposées de la professionnalisation post-diplôme. **L'accès direct** est mentionné par celui-ci, pour lequel le néo-diplômé aurait un intérêt « *Au vu de cet accès direct qui va arriver, les néo-diplômés ont tout intérêt à se spécifier là-dedans.* » (MK2). Une autre participante contredit ces propos, et évoque la notion de **zone de confort** « *Si à peine arrivé, tu dis « moi le dos, je n'aime pas du tout, je vais faire que du sportif » tu vas rester un petit peu dans ta zone de confort et tu ne vas rien apprendre de plus* » (MK3). Elle évoque de plus les savoirs acquis « *Quand tu es néo-diplômé tu as eu des savoirs à l'école dans chaque domaine normalement, mais pas de manière suffisamment approfondie* » (MK3). Selon elle : « *Les kinés qui exercent depuis 20, 30, 40 ans, après avoir vu de tout, après avoir soigné tout le monde, se disent là je suis en fin de carrière, j'ai envie de faire que de la main. Je trouve ça un peu plus cohérent parce qu'il a déjà un bagage professionnel derrière, de l'expérience.* » (MK3), là où le néo-diplômé découvrirait et apprendrait encore son métier.

A propos du sous-thème sur **l'épanouissement professionnel**, deux des sujets mentionnent **l'apparition de préférences**, émergeant dès le cursus de formation : « *Dès la L3, on voit des préférences sur les modes d'exercice* » (MK2) contrairement à d'autres participants déclarant que ces préférences devraient s'expérimenter plutôt lors des premiers remplacements « *Je pense que c'est bien de se mettre le temps de la réflexion, d'expérimenter des choses, de voir différents types quand on fait des remplacements de cabinets* » (MK4). Cet épanouissement est perçu

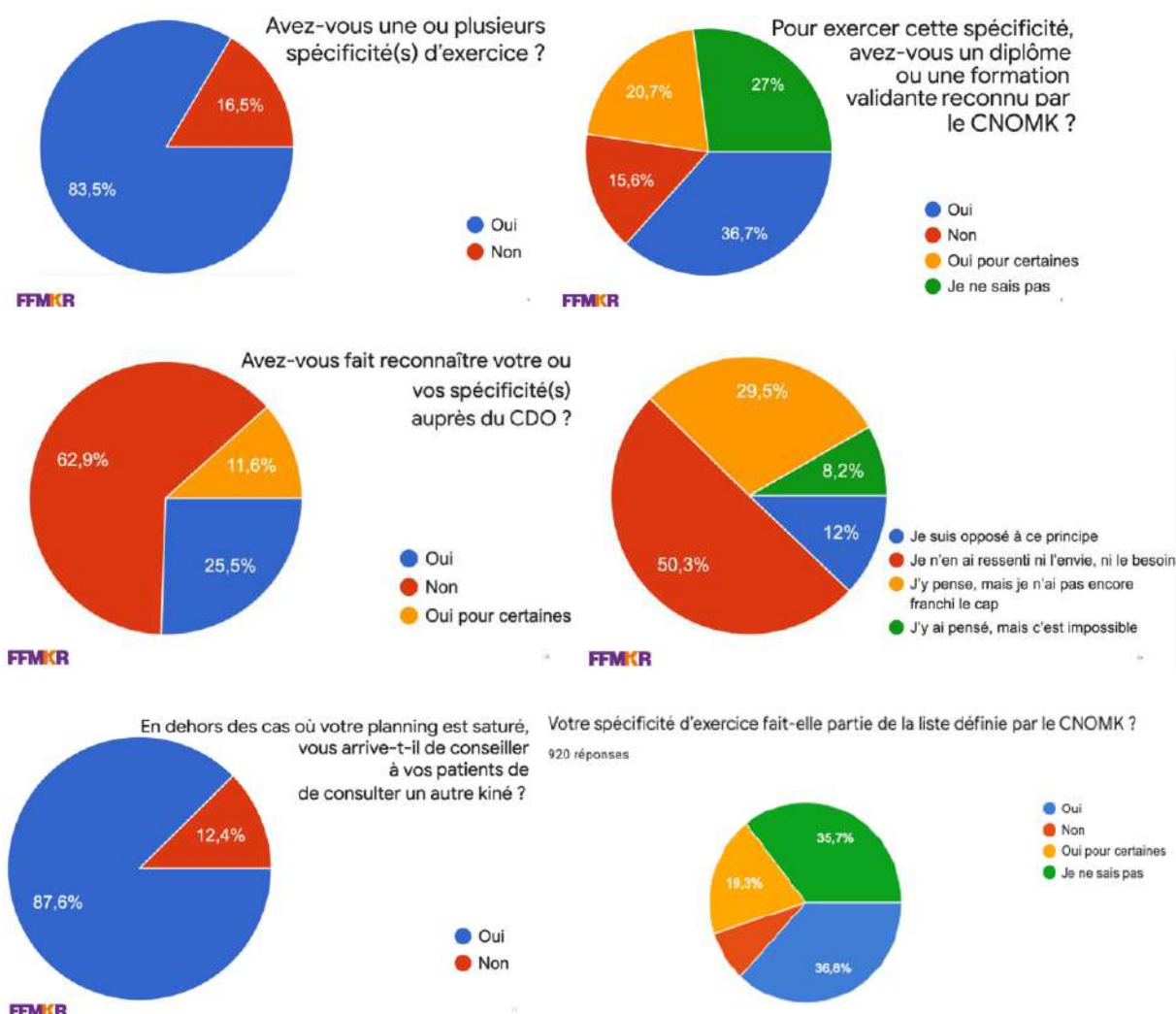
comme une modalité de la **nouvelle génération** : « *Il y a aussi un changement de paradigme de génération. (...) Les jeunes, ils ont plutôt envie de s'orienter vers des choses qui leur plairont toute leur vie.* » (MK1), modalité dont les sujets semblent tous s'accorder.

Tableau XXXV : Grille d'analyse de la spécification des néo-diplômés

Thème	Sous-thème	Catégorisation	Codage	Extraits de verbatims
Représentations	Orientation des néo-diplômés	Parcours de professionnalisation	Formations spécifiques	<u>MK4</u> : « Donc oui, les kinés ont envie d'être spécifiques, ils font de plus en plus de formations pour »
			Sortie de diplôme	<u>MK1</u> : « Je fais partie de ceux qui disent qu'après le diplôme, on est spécialistes en tout finalement. » <u>MK3</u> : « Quand tu sors du diplôme, t'es censé être généraliste, t'es censé pouvoir prendre en charge tous types de pathologies » <u>MK4</u> : « Pour moi, un jeune diplômé de kiné aujourd'hui, qui sort de l'école comme il est formé, il devrait être un kiné généraliste et s'orienter vers quelque chose quand il a commencé à pratiquer. »
			Zone de confort	<u>MK3</u> : « Si à peine arrivé, tu dis « moi le dos, je n'aime pas du tout, je vais faire que du sportif » tu vas rester un petit peu dans ta zone de confort et tu ne vas rien apprendre de plus. »
			Accès direct	<u>MK2</u> : « Pour un accès direct, il faut avoir une puissance diagnostique efficace (...). Et je pense qu'un kiné généraliste, mon avis encore une fois, est peu efficace et peu efficace sur sa capacité à diagnostiquer. » <u>MK2</u> : « Au vu de cet accès direct qui va arriver, les néo-diplômés ont tout intérêt à se spécifier là-dedans. »
		Epanouissement professionnel	Nouvelle génération	<u>MK1</u> : « Il y a aussi un changement de paradigme de génération. (...) Les jeunes, ils ont plutôt envie de s'orienter vers des choses qui leur plairont toute leur vie. » <u>MK3</u> : « Mais oui, la nouvelle génération est pleinement dans cet essor-là de nouvelles connaissances et de spécificités. » <u>MK3</u> : « Je pense que la nouvelle génération est plus enclin à se spécifier parce que c'est attractif et que faire ce que t'aimes tous les jours. »
			Apparition de préférences	<u>MK1</u> : « Au début, quand tu crées quelque chose, tu bosses, tu bosses. En plus, ça te permet aussi de savoir ce que tu préfères et ce que tu aimes moins. » <u>MK2</u> : « Dès la L3, on voit des préférences sur les modes d'exercices. »

ANNEXE XIX : Liste non-exhaustive des résultats de l'enquête nationale menée par la

FFMKR (2022c) [Base de données]



Musculo squelettique	316 (34 %)
Pelvi-périnéologie	226 (24,3 %)
Pédiatrie	191 (20,6 %)
Kiné du sport	146 (15,7 %)
Ostéopathie	144 (15,5 %)
Vasculaire Lymphatique	135 (14,5 %)
Cancérologie	109 (11,7 %)
Neurologie	103 (11,1 %)
Maxillo-facial	97 (10,4 %)
Cardiaque et respi	89 (9,6 %)
Gériatrie	85 (9,1 %)
Vestibulaire	78 (8,4 %)
Prévention	77 (8,3 %)
Cicatrice	69 (7,4 %)
APA	62 (6,7 %)

ANNEXE XX : Critères de validité d'étude qualitative COREQ (Gedda, 2015)

N°	Item	Description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles	Enquêteur/Animateur	Loris Carmagnole
	Titres académiques	Master 2 Kinésithérapie
	Activité	Etudiant
	Genre	Homme
	Expérience et formation	Etudiant sans autres formations au préalable
Relations avec les participants	Relation antérieure	Les participants et l'enquêteur se connaissaient avant le commencement de l'étude
	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Les participants connaissaient l'objet de la recherche et y avaient participé via une étude quantitative menée au préalable
	Caractéristiques de l'enquêteur	Les hypothèses de recherche et la question de recherche n'ont pas été communiquées par l'enquêteur aux participants
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique	Orientation méthodologique et théorie	Approche d'analyse thématique inductive
Sélection des participants	Echantillonnage	Echantillonnage dirigé intentionnel
	Prise de contact	Mailing, téléphone via réseaux sociaux
	Taille de l'échantillon	6 participants ont été inclus dans l'étude
	Non-participation	2 participants ont été exclus Motifs : 1 : Arrêt de réponse après prise de contact et accord d'entretien 2 : Souhait d'exercer un droit de retrait pour raisons professionnelles
Contexte	Cadre de la collecte des données	Données recueillies en visio-conférence ou au cabinet de l'interviewé(e)
	Présence de non-participants	Aucun autre individu présent lors des entretiens
	Description de l'échantillon	MK libéraux (cf. étude qualitative)
Recueil de données	Guide d'entretien	Questions, amorces et guidages fournis par l'enquêteur, guide testé au préalable par un entretien exploratoire
	Entretiens répétés	Aucun

	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement de chaque entretien à l'aide de l'application « <i>Dictaphone</i> » sur smartphone avec consentement verbal / écrit
	Cahier de terrain	Aucune note n'a été prise lors des entretiens
	Durée	51min, 30min, 32min, 36min
	Seuil de saturation	Non atteint
	Retour des retranscriptions	Non réalisé
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données	Nombre de personnes codant les données	Enquêteur uniquement (Loris Carmagnole)
	Description d'arbre de codage	Aucun
	Détermination des thèmes	Thèmes identifiés à l'avance via l'étude quantitative préalable
	Logiciel	Aucun, analyse réalisée manuellement
	Vérification par les participants	Aucun retour sur les résultats, mail de l'enquêteur transféré si nécessité d'avoir un retour sur les résultats
	Citations présentées	Citations présentées pour illustrer les thèmes, identifiées par numéro de participant
	Cohérence des données et des résultats	Oui
	Clarté des thèmes principaux	Thèmes principaux clairement présentés dans les résultats
	Clarté des thèmes secondaires	Description et discussion des thèmes secondaires

RÉSUMÉ

En France, malgré l'existence d'un unique diplôme en kinésithérapie, formant à une **pratique généraliste**, on observe de plus en plus de la part des acteurs la revendication de pratiques dites « *spécifiques* ». Celles-ci se définissent par une sélection de patientèle et une formation orientée du praticien vers un certain type de prise en charge ou **champ disciplinaire**, par opposition à un exercice généraliste. L'évolution des pratiques et des attentes des patients étant une réalité croissante, ces tendances de spécification d'exercice présageraient-elles le futur visage de la profession ? Quelles sont les représentations des praticiens en exercice sur cette notion de « *spécificités d'exercice* » qui semble prendre de l'ampleur, et quels enjeux leur évoquent-ils ?

Objectifs de l'étude : Notre objectif au sein de ce mémoire est l'étude des **représentations** des masseurs-kinésithérapeutes **libéraux** de **l'île de La Réunion** sur le sujet de **l'évolution** de la profession entre un avenir orienté vers l'exercice spécifique ou généraliste de la kinésithérapie.

Méthode : Une **méthodologie mixte séquentielle explicative** a été mise en place. Elle se compose d'une enquête quantitative descriptive et analytique transversale en première phase, puis d'une étude qualitative d'analyse thématique inductive élaborée en seconde phase au moyen d'entretiens individuels semi-directifs ayant permis d'approfondir les résultats obtenus pour les représentations. Ces deux études en une ont permis une analyse et une exploitation des données via une **intégration** de celles-ci, illustrée sous forme de **présentations conjointes**.

Résultats : **91 réponses** ont été exploitées, ayant montré des résultats significatifs en faveur d'une différence de représentations entre 4 groupes répartis par type de pratique concernant les représentations **financières** et les perceptions sur **l'avenir** de l'exercice spécifique. 4 entretiens ont été retenus, ces derniers ayant pu approfondir **4 thèmes** élaborés au préalable : Identification de pratique, cadre réglementaire, exposition aux champs cliniques et représentations.

Discussion : Les résultats de cette étude illustrent les différences de représentations concernant l'évolution progressive de l'exercice spécifique en kinésithérapie, perçu comme une réalité croissante, et soulève des interrogations sur certains **enjeux** tels que l'abandon de certaines pratiques et la nécessité de redéfinir un cadre englobant **l'identité** et la **complexité** des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes.

<u>Mots-clés</u> : Spécificités d'exercice / Représentations / Pratique généraliste / Exercice spécifique / Méthodologie mixte séquentielle explicative / Kinésithérapie libérale
