



HAL
open science

Les collaborations interprofessionnelles des kinésithérapeutes : état des lieux et perspectives

Etienne Panchout, Yadira Ibarguen Vargas, Florence Doury Panchout, Mickaël
Duveau

► **To cite this version:**

Etienne Panchout, Yadira Ibarguen Vargas, Florence Doury Panchout, Mickaël Duveau. Les collaborations interprofessionnelles des kinésithérapeutes : état des lieux et perspectives. *Kinésithérapie, la Revue*, 2023, 23 (262), pp.3-9. <10.1016/j.kine.2022.11.011>. <hal-04988294>

HAL Id: hal-04988294

<https://hal.science/hal-04988294v1>

Submitted on 1 Oct 2025

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

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



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Les collaborations interprofessionnelles des kinésithérapeutes : état des lieux et perspectives

The interprofessional collaborations of physiotherapists : state of the art and perspectives

Etienne Panchout, kinésithérapeute, ostéopathe, PhD^{1, a*}, Frédéric Launay, kinésithérapeute³, Yadira Ibarguen Vargas, kinésithérapeute PhD⁴, Florence Doury Panchout, médecin⁵, Mickaël Duveau, kinésithérapeute Msc⁶.

¹ SCMKF, 3 bis avenue du Maréchal Foch, 41000 Blois, France

² École Universitaire de Kinésithérapie-Centre Val de Loire, Université d'Orléans, Rue de Chartres , 45100 Orléans La Source France

³ CHU de Tours, 37044 Tours Cedex 9, France

⁴ École Universitaire de Kinésithérapie-Centre Val de Loire, Unité de recherche CIAMS, Université Paris-Sud, Université Orléans

⁵ 3 avenue du Maréchal Foch, 41000 Blois , France

⁶ 3 bis rue des Francs-Bourgeois, 45000 Orléans, France

***auteur correspondant :**

École Universitaire de Kinésithérapie-Centre Val de Loire, Université d'Orléans, Rue de Chartres, 45100 Orléans La Source, France

etiennepanchout@gmail.com

Contribution des auteurs : EP, auteur principal : rédaction de l'article, analyse et interprétation des résultats ; FL, Participation à l'analyse et à l'interprétation des résultats ; YIV réalisation des statistiques et analyse des résultats ; FDP, participation à l'analyse et interprétation des résultats ; MD, participation à l'analyse et interprétation des résultats.

Conflits d'intérêts : Pas de liens d'intérêt à déclarer

Résumé

Introduction. - La mise en place et l'efficacité des pratiques collaboratives dans une situation de soins particulière sont influencées par des facteurs interactionnels, des facteurs organisationnels et des facteurs systémiques. Ces facteurs agissent tant au niveau de la formation initiale et continue qu'au niveau de l'exercice professionnel. Cette enquête avait pour objectif de repérer les collaborations interprofessionnelles prévalentes en kinésithérapie et renforcer leurs places dans le curriculum de formation, mais aussi d'imaginer celles à envisager dans une perspective plus large en anticipant les nouvelles possibilités d'exercice en lien avec l'évolution récente du cadre réglementaire français.

Méthode. - Une enquête de terrain par questionnaire diffusé par voie électronique visait à répondre à trois questions : 1 : existe-t-il des collaborations interprofessionnelles préférentielles en kinésithérapie ; 2 : existe-t-il un effet du mode d'exercice sur les collaborations interprofessionnelles prévalentes ; 3 : existe-t-il un effet du lieu d'exercice, rural ou urbain, sur les collaborations interprofessionnelles prévalentes ? Le seuil de significativité pour l'analyse statistique était fixé à $\alpha = 0,05$.

Résultats. - Les kinésithérapeutes collaborent principalement avec le groupe des médecins, des kinésithérapeutes et des infirmiers ; le mode d'exercice influe sur les collaborations interprofessionnelles, mais le lieu d'exercice, rural ou urbain, n'influe pas sur ces collaborations.

Discussion/conclusion. - Il est important que la formation en kinésithérapie prenne cette réalité en compte en adaptant le curriculum de formation pour permettre l'évolution vers des collaborations centrées sur le patient et sur ses besoins comme le propose le modèle biopsychosocial, en tenant compte des six domaines de compétences indispensables à la collaboration. Les conflits inter-professionnels avec des professions telles que les enseignants en activités physiques adaptées ou les ostéopathes doivent être discutés pour construire de nouvelles collaborations interprofessionnelles.

Mots clés : Collaboration interprofessionnelle ; Curriculum ; Kinésithérapie ; Pédagogie

Niveau de preuve :

5

Abstract

Introduction. - The implementation and effectiveness of collaborative practices in a particular care situation are influenced by interactional factors, organizational factors and systemic factors. These factors operate both at the level of initial and continuing education and at the level of professional practice. The aim of this survey was to identify the prevalent inter-professional collaborations in physiotherapy and to reinforce their place in the training curriculum, but also to imagine those to be envisaged in a broader perspective by anticipating the new possibilities of practice in connection with the recent evolution of the French regulatory framework.

Method. - A field survey by electronically distributed questionnaire aimed to answer three questions: 1: are there preferential inter-professional collaborations in physiotherapy ; 2: is there an effect of the mode of practice on the prevalent inter-professional collaborations; 3: is there an effect of the place of practice, rural or urban, on the prevalent inter-professional collaborations. The significance level for statistical analysis was $\alpha = 0.05$.

Results. - Physiotherapists collaborate primarily with the doctors, physiotherapists, and nurses; the mode of practice has an effect on the prevalent inter-professional collaboration but the place of practice, rural or urban, does not influence these collaborations.

Discussion/conclusion. - Physiotherapy training has to take this reality into account by adapting the training curriculum. It has to allow the evolution towards collaborations centered on the patient and his needs as proposed by the biopsychosocial model, taking into account the six domains of competences essential to inter-professional collaboration. Inter-professional conflicts with professions such as adapted physical activity teachers or osteopaths must be discussed in order to build new inter-professional collaborations.

Key words: Curriculum; Interprofessional collaboration; Pedagogy ; Physiotherapy

Level of evidence: 5

1 Introduction

Danielle D'Amour définit la collaboration interprofessionnelle (CIP) en santé comme « *faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients* ». Elle ajoute qu'elle correspond à « *la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures englobantes. Cette définition tout en mettant l'accent sur la collaboration comme processus insiste aussi, sur les acteurs, la formalisation des relations et les influences externes à l'aire du travail* » [1]. Le consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010) propose six domaines de compétences indispensables à la pratique dans un contexte de CIP :

- Clarifier les rôles et les responsabilités ;
- Travailler en équipe ;
- Résoudre les conflits intra ou interprofessionnels ;
- Partager le leadership ;
- Les soins centrés sur la personne ;
- La communication interprofessionnelle [2].

La mise en place et l'efficacité des pratiques collaboratives dans une situation de soins particulière sont influencées par des facteurs interactionnels, des facteurs organisationnels et des facteurs systémiques. Ces facteurs agissent tant au niveau de la formation initiale et continue qu'au niveau de l'exercice professionnel [3].

En ce qui concerne la formation initiale, l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute fait évoluer la formation en kinésithérapie et propose l'acquisition de 11 compétences. Parmi celles-ci, la CIP est particulièrement intégrée dans les compétences 3 « *concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage* » et 10 « *Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs* ». A noter que les cadres conceptuels de la CIP sont encore trop peu connus des formateurs [4]. En 2018, pour travailler et encourager la CIP, le Ministère de la Santé et des Solidarités ainsi que le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation imposent la mise en œuvre du Service sanitaire des étudiants en santé aux

Instituts de formation en santé et aux Facultés françaises. Le Service sanitaire des étudiants en santé est un projet interprofessionnel marqué par la réalisation de projets communs à plusieurs filières de formation en santé. Il est obligatoire pour l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Il consiste en une période de six semaines de formation continue ou discontinue, dont trois doivent être consacrées à la réalisation de l'action concrète en milieu écologique. Il doit permettre d'expérimenter la pratique de la CIP, tout en stimulant la collaboration et la complémentarité durant les études. L'objectif est de décloisonner les formations des professions de santé et d'intégrer ce mode de collaboration dans la pratique courante. Malgré des difficultés de mise en application, il semble intéressant de poursuivre ce dispositif [5].

En ce qui concerne l'exercice professionnel, de nombreux auteurs ont identifié les effets potentiels de la collaboration en santé en faveur d'une amélioration des soins et de la perception des patients [6]. Des bienfaits sont aussi recensés pour la satisfaction et le bien-être des professionnels de santé [7]. Cependant, en France, les kinésithérapeutes doutent de leur capacité et de l'intérêt à s'investir dans la CIP, dans le contexte particulier de la situation d'accès direct par exemple [8]. Par ailleurs, ils collaborent moins que d'autres à la prise en soins interprofessionnelle [9,10]. Cette acquisition de compétences peut être accélérée, entre autres, par la transformation des curricula de formation initiale, en s'adaptant à la réalité du travail. Comme le montrent les préconisations en pédagogie en sciences de la santé [11], le travail en formation à partir de situations professionnelles réelles rencontrées est indispensable à l'amélioration des pratiques.

En ce qui concerne l'organisation du système de santé, la CIP est promue en 2019 par la création des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans l'organisation des soins. La loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - issue du plan « *Ma Santé 2022* » présenté en 2018 – contient cinq actions prioritaires dont l'une est de « *créer un collectif de soins au service des patients* ». Cet objectif est notamment lié à la constitution de CPTS. Ce sont des structures associatives qui visent à faciliter la coordination des soins ambulatoires au bénéfice des patients ainsi qu'à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux. Ces derniers ont l'initiative de les créer sur leur territoire. Chaque CPTS a pour vocation à réunir des professionnels de premier et de deuxième recours, dont les kinésithérapeutes font partie, mais aussi des acteurs médico-sociaux ou sociaux, qui interviennent ensemble pour tenter de fluidifier le parcours de soins. Dès lors, on comprend bien que si les compétences de CIP

étaient déjà utiles, elles deviennent indispensables aux professionnels de santé que sont les kinésithérapeutes pour trouver leur place dans l'organisation du système de santé en cours de transformation.

C'est dans ce contexte que se plaçait cette recherche. Un contexte où la CIP devient un objectif prioritaire de la formation des professionnels de santé, où elle est une compétence à développer chez les kinésithérapeutes, où elle est favorisée et stimulée par l'organisation du système de santé. La recherche a cherché à répondre à la question principale suivante : quelles sont les CIP privilégiées des kinésithérapeutes français ? Elle visait aussi à répondre à deux questions subséquentes concernant ces CIP : le mode d'exercice les influence-t-il ces CIP? le lieu d'exercice (en ruralité ou en milieu urbain) influence-t-il ces CIP ?

Cette enquête se plaçait dans la perspective d'intégrer les CIP prévalentes dans le curriculum de formation des kinésithérapeutes et d'imaginer des CIP à envisager dans une perspective plus large en anticipant les nouvelles possibilités d'exercice de la kinésithérapie en lien avec l'évolution récente du cadre réglementaire français et les évolutions du système de santé.

Matériels et méthode

La recherche a été effectuée au moyen d'une enquête de terrain par questionnaire diffusé par voie électronique, via les réseaux sociaux et via le concours du syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie et les conseils départementaux de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes qui ont accepté cette diffusion.

La première partie du questionnaire proposait aux répondants de choisir sur une échelle de Likert à 5 points la fréquence à laquelle ils collaboraient dans leur exercice quotidien, avec une liste de 41 professions qui comprenait l'ensemble des professions de santé du code de la Santé Publique, mais aussi des professions du secteur médico-social et du secteur sportif. Dans une partie en expression libre, les répondants avaient la possibilité d'ajouter des professions non citées dans la liste proposée. La deuxième partie du questionnaire proposait aux répondants de décrire les situations professionnelles rencontrées dans leur exercice quotidien en rapport avec sept domaines dont la CIP. Cette seconde partie du questionnaire a fait l'objet d'une autre analyse non présentée dans cet article. La dernière partie du questionnaire demandait aux répondants des informations sur leur mode d'exercice, leur lieu d'exercice et divers éléments biographiques.

Après avoir été testé par quatre kinésithérapeutes et modifié pour faciliter la compréhension des questions, ce questionnaire a été diffusé durant trois semaines et clôturé le 30 octobre 2020. La population étudiée représentait l'ensemble des kinésithérapeutes en droit d'exercice sur le territoire français, quels que soient leur nationalité et le lieu d'obtention de leur diplôme.

La première question cherchait à identifier si les kinésithérapeutes présentaient des CIP significativement différentes selon la profession des collaborateurs potentiels. Un test de Friedman a été utilisé afin de comparer les résultats (échelle de Likert à 5 points) comme variable dépendante ordinale, en fonction des 41 professions comme variable indépendante à 41 modalités. Dans le cas d'un effet significatif, un test *post hoc* de comparaisons multiples de Nemenyi a été réalisé afin d'identifier les professions les plus impliquées dans les CIP. La deuxième question cherchait à identifier l'effet du mode d'exercice, libéral, salarié ou mixte, sur les CIP pour chacune des professions les plus impliquées. Dans ce but, un test de Kruskal-Wallis a été réalisé afin de comparer les résultats (échelle de Likert à 5 points) comme variable dépendante ordinale, en fonction du mode d'exercice comme variable indépendante à trois modalités, pour chacune des professions significativement impliquées. Dans le cas d'un effet significatif, un test *post hoc* de comparaisons multiples de Dunn a été réalisé afin d'identifier précisément les différences significatives entre modes d'exercice. La troisième question cherchait à identifier l'effet du lieu d'exercice, rural ou urbain, sur les CIP pour chacune des professions les plus impliquées. Dans ce but, un test U de Mann-Whitney a été réalisée afin de comparer les résultats (échelle de Likert à 5 points) comme variable dépendante ordinale, en fonction du lieu d'exercice comme variable indépendante à deux modalités, pour chacune des professions significativement impliquées.

Le seuil de significativité pour l'analyse statistique est $\alpha = 0,05$.

Résultats

Cent quatre-vingt-quatorze kinésithérapeutes ont répondu à ce questionnaire. La taille de l'échantillon représentatif en rapport avec la population étudiée des kinésithérapeutes pour un intervalle de confiance de 95% avec une marge d'erreur de 5% est de 384. Avec 194 répondants, l'intervalle de confiance passe à 83% pour une marge d'erreur de 5%. Les caractéristiques de la population sont présentées et comparées à la population générale des kinésithérapeutes [12] dans le [tableau n°1](#).

Les kinésithérapeutes collaboraient principalement avec le groupe, nommé A, composé des médecins, des kinésithérapeutes et des infirmiers ($\chi^2(40) = 3157,4 ; P < 0,0001$). Les résultats des autres professions figurent sur la [figure 1](#).

Les résultats à la première question ont amené les auteurs à n'utiliser que le groupe A pour répondre aux questions subséquentes.

Les modes d'exercice professionnels influençaient de manière statistiquement significative les collaborations des kinésithérapeutes avec les infirmiers ($H(2) = 39,66 ; P < 0,0001$), les médecins ($H(2) = 34,59 ; P < 0,0001$) et les kinésithérapeutes ($H(2) = 26,63 ; P < 0,0001$) ([figure 2](#)). Les salariés collaboraient de manière significativement plus importante avec les infirmiers que les libéraux ($P < 0,0001$) ; les salariés collaboraient de manière significativement plus importante avec les médecins que les libéraux ($P < 0,0001$) ([figure 3](#)) ; les salariés collaboraient de manière significativement plus importante avec les kinésithérapeutes que les libéraux ($P < 0,0001$). Par contre, le lieu d'exercice, rural ou urbain, n'avait pas d'influence statistiquement significative sur les CIP privilégiées des kinésithérapeutes avec les infirmiers ($U = 3919,5 ; n_{\text{urbain}} = 139 ; n_{\text{rural}} = 55, P = 0,778$), les médecins ($U = 3809,5 ; n_{\text{urbain}} = 139 ; n_{\text{rural}} = 55, P = 0,97$), et les kinésithérapeutes ($U = 3506,5 ; n_{\text{urbain}} = 139 ; n_{\text{rural}} = 55, P = 0,315$) ([figure 3](#)).

Discussion

Les caractéristiques de la population sont proches de la population générale des kinésithérapeutes ([Tableau I](#)). La diffusion numérique du questionnaire peut expliquer l'âge moyen des répondants inférieur à celui de la population générale étudiée. Le temps de remplissage du questionnaire, évalué à dix minutes, peut être un frein à la participation susceptible d'expliquer que le nombre de répondants abaisse l'intervalle de confiance de ces résultats à 83%.

Les kinésithérapeutes développent des CIP privilégiées avec le groupe des médecins, d'infirmiers et des kinésithérapeutes eux-mêmes. Il est intéressant de noter que ces trois professions se croisent dans les mêmes lieux de stage durant leur formation. Les stagiaires vivent ensemble des situations professionnelles au lit du malade, notamment dans les services des structures de soins comme le montre l'influence du mode d'exercice sur ces CIP. Cette situation se retrouve dans la littérature pour d'autres professions [7]. Ajouté à cela, l'organisation du système de santé français qui donne une place centrale au médecin dans le parcours de soin, la prescription médicale de même que le nombre et la répartition des infirmiers sur le territoire national sont des notions qui peuvent expliquer les résultats pour le mode d'exercice libéral. Il est important de travailler ces CIP en formation car elles correspondent à la réalité des CIP rencontrées sur le terrain. Par ailleurs, il est intéressant de noter que les médecins généralistes s'interrogent sur les pratiques collaboratives à construire avec les kinésithérapeutes en France [13].

Encourager, construire et stimuler de nouvelles CIP

- Avec les métiers en lien avec le soin de la « fonction mentale »

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, proposée par l'organisation mondiale de la santé en 2001, définit la fonction mentale [14]. Son rôle et sa place dans du suivi des maladies chroniques n'est plus à démontrer [15]. Il peut paraître étonnant de trouver une profession comme celle de psychologue si loin dans le classement des CIP alors même que cette profession pratique en accès direct, c'est-à-dire sans nécessité de prescription médicale. Ce résultat peut s'expliquer par deux évolutions récentes de cette profession qui n'ont pas encore permis la construction de ces CIP. Tout d'abord, la reconnaissance en 2017 du psychologue clinicien dans le code de la santé publique. Ensuite, le fait que les soins prodigués par les psychologues ne font l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale que depuis 2021, suite aux Assises de la santé mentale et de la psychiatrie . Les collaborations avec les professionnels du soin de la fonction mentale sont amenées à évoluer avec la prise en compte du modèle biopsychosocial par les kinésithérapeutes. En effet, l'inclusion des sciences humaines et sociales dans la formation initiale depuis 2015 stimule la CIP et permet l'appropriation de ce modèle [16]. C'est dans ce contexte qu'il convient d'améliorer la formation en santé mentale des kinésithérapeutes afin qu'ils puissent être en mesure de trier et à orienter les patients en fonction d'un examen clinique de la fonction mentale de meilleure qualité.

- Avec les métiers du secteur social et médico-social

Les professions présentes dans le quotidien auprès des patients comme les auxiliaires de vie ou les assistants sociaux sont des professions méconnues des kinésithérapeutes. Ces professions sont au contact de l'activité des patients et observent leur participation sociale. Le cadre théorique de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé qui figure dans les cadres théoriques de la formation initiale en kinésithérapie est partagé avec les professions du secteur social et médico-social. Par ailleurs, les migrations climatiques, économiques ou de conflits vont accentuer les soins à apporter à des populations méconnues des kinésithérapeutes, dans des contextes sociaux et des cultures à appréhender en collaboration avec les professionnels de ces secteurs. Il convient donc de développer les CIP.

- Avec les autres professions de santé de rééducation et réadaptation, et les aides-soignants

D'autres professions de santé partagent avec la kinésithérapie la notion de rééducation et de réadaptation : les sages-femmes, l'ergothérapie, la psychomotricité, l'orthoptie, l'orthophonie et la pédicurie-podologie. Les collaborations entre ces professions semblent évidentes, en pratique libérale comme salariée. Cependant, elles apparaissent peu dans les résultats de cette étude. La récente création de la section 91 du Conseil national des universités santé devrait permettre d'accentuer la mutualisation des formations initiales et continues ainsi que le travail de recherche autour de thématiques communes. Ajoutée à cela, la rencontre de ces professionnels au sein des CPTS pourrait encourager les CIP.

De leur côté, les aides-soignants sont des professionnels qui assurent l'hygiène et le confort des patients, à l'hôpital ou à domicile. Les kinésithérapeutes partagent de nombreuses compétences gestuelles avec les aides-soignants comme les transferts ou l'aide à la marche, très liés aux notions de rééducation et réadaptation. Ce n'est pas un hasard si les étudiants en kinésithérapie ont obtenu la possibilité de réaliser des vacances d'aides-soignants et d'obtenir le diplôme d'aide-soignant en cas d'arrêt des études (Arrêté du 3 février 2022). Cet arrêté permet aussi les vacances des étudiants en santé pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier, et l'obtention du diplôme d'État d'aide-soignant par les étudiants en santé non médicaux ainsi que celle du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture par les étudiants sages-femmes. Il convient donc de développer également les CIP avec les aides-soignants.

- Avec les enseignants en activités physiques adaptées

Avec l'émergence du sport-santé, l'ouverture des maisons sport santé, la prescription du sport sur ordonnance, il y a des CIP à construire avec les enseignants en activités physiques adaptées. Il convient de veiller à respecter les champs d'intervention des uns et des autres pour permettre aux CIP d'être comprises, acceptées et construites pour le bien du patient. Il existe en effet des conflits inter-professionnels [17] entre les kinésithérapeutes et les enseignants en activités physiques adaptées qu'il convient de traiter pour permettre la construction de ces CIP.

- Avec les ostéopathes

Les ostéopathes exercent très majoritairement en pratique libérale. Ils figurent à la cinquième place en termes de fréquence de CIP avec les kinésithérapeutes. Les kinésithérapeutes partagent avec les ostéopathes certaines options d'intervention, notamment certaines thérapies manipulatoires manuelles passives en lien avec la fonction des articulations et des os. De plus, la France forme plus d'ostéopathes qu'ailleurs dans le monde entier. Les ostéopathes sont donc très présents. Ils profitent d'une densité faible de kinésithérapeutes libéraux par rapport au reste de l'Europe, notamment dans certains territoires appelés « déserts médicaux » [13]. Les ostéopathes pratiquent aussi en accès direct, sans obligation de prescription médicale en tant que profession liée au bien-être, contrairement aux kinésithérapeutes. A noter enfin que 30% des ostéopathes sont des kinésithérapeutes [18], cela correspond à 10.423 professionnels, soit 11% de la population des kinésithérapeutes. Tout comme c'est le cas avec les enseignants en activités physiques adaptées, il existe des conflits inter-professionnels avec les ostéopathes qu'il convient de traiter et il est nécessaire de clarifier les champs d'intervention des uns et des autres pour construire des CIP.

Dispositifs pédagogiques pour développer les CIP

Le renfort et la construction des CIP passent par des échanges dès la formation initiale comme le permettent le dispositif parcours d'accès spécifique santé/licence accès santé, le Service sanitaire des étudiants en santé ou encore les possibilités de mutualisation des enseignements entre les diverses professions de santé et autour du soin.

Il convient aussi de varier les lieux de stage. Les stages avec des tuteurs salariés sont à encourager pour renforcer les CIP prévalentes. Ajouté à cela, des stages au sein des différents types de structures libérales d'exercices coordonnés permettraient la découverte des champs de compétence des autres professionnels et encourageraient les CIP. Ces lieux de stage doivent permettre l'évaluation de travaux de stage comme la transmission d'informations,

oralement, par écrit ou à l'aide de logiciels de traitement de données, en fonction des besoins d'informations des professions avec lesquelles les CIP s'exercent.

Les situations problèmes en milieu académique doivent pousser aux CIP, notamment à travers la simulation en santé. Afin de permettre l'acquisition de schéma opératifs communs, il semble indispensable de permettre cet entraînement à la collaboration centrée sur le quotidien de la majorité des professionnels [19,20]. Il convient donc de proposer des situations authentiques de CIP pour familiariser les étudiants dès la formation initiale. Finalement, les innovations pédagogiques devaient être proposées dans le but de stimuler les CIP [21].

Conclusion

Les kinésithérapeutes ont des CIP préférentielles avec les médecins, les infirmiers et les kinésithérapeutes eux-mêmes. Ces collaborations sont statistiquement plus fréquentes chez les salariés que chez les libéraux. En revanche, le lieu d'exercice, rural ou urbain, n'influence pas ces collaborations. Il est important que la formation en kinésithérapie prenne cette réalité en compte et adapte le curriculum de formation. Cette adaptation doit permettre l'évolution vers des collaborations centrées sur le patient et sur ses besoins, comme le propose le modèle biopsychosocial en tenant compte des six domaines de compétences indispensables à la CIP. Il est essentiel de discuter les conflits inter-professionnels avec des professions telles que les enseignants en activités physiques adaptées ou les ostéopathes pour construire les CIP. Finalement, la pédagogie en santé doit être un des leviers de transformation du système de santé en proposant des innovations pédagogiques stimulant ces collaborations et en créant des nouvelles. Cette étude ouvre des perspectives sur des recherches en lien avec la nature et le contenu de ces CIP.

Bibliographie

1. D'Amour D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. [Canada]: Université de Montréal; 1997.
2. RCPI - Compétences de la CIP [Internet]. Disponible sur: <https://www.rcpi.ulaval.ca/outils-et-references/competences-de-la-cip/>
3. D'amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care* 2005;19:8-20.
4. Staffoni L, Schoeb V, Pichonnaz D, Bécherraz C, Knutti I, Bianchi M. Collaboration interprofessionnelle : comment les professionnelles de santé interagissent-ils en situation de pratique collaborative ? *Kinésithér Rev* 2017;17:18.
5. Busi A, Boussat B, Rigaud M, Guyomard A, Seigneurin A, François P. Bilan du service sanitaire 2018-2019 de l'Université Grenoble Alpes, inter-filière médecine, pharmacie, maïeutique, kinésithérapie. *Sante Publique* 2020;32:149-59.
6. Interprofessional Collaborative Practice | World Health Professions Alliance [Internet]. Disponible sur: <https://www.whpa.org/activities/interprofessional-collaborative-practice>
7. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005;19 Suppl 1:116-31.
8. Vallet É. Accès direct à la masso-kinésithérapie en France : évaluation des compétences de raisonnement clinique et de collaboration interprofessionnelle des MK. Étude exploratoire. *Kinésithér Rev* 2019;19:24-7.
9. Staffoni L, Knutti-Menia I, Bécherraz C, Pichonnaz D, Bianchi M, Schoeb V. Définir la collaboration interprofessionnelle : étude qualitative des représentations pratiques des formateurs/trices en santé. *Kinésithér Rev* 2019;19:3-9.
10. Kosremelli Asmar M, Wacheux F. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas dans un hôpital universitaire. HAL Post-Print. 1 janv 2007;
11. Pelaccia T, Tardif J. Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ? Bruxelles, Belgique: De Boeck supérieur; 2016. 477 p. (Guides pratiques : former & se former).

12. CNOMK. La démographie des kinésithérapeutes en 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2020/>
13. Derrieu P. Évaluation de la collaboration interprofessionnelle entre Médecins Généralistes et Kinésithérapeutes [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03711694>
14. OMS. CIF. 2001.
15. Robieux L, Bridou M. Les ressources psychologiques face aux maladies somatiques chroniques. PSN 2022;20:37-56.
16. Careau E, Paré L, Maziade J, Biba G. Inclure les compétences relatives à la collaboration interprofessionnelle dans la supervision : effets d'un programme de formation destiné aux superviseurs. Pédag Méd 2015;16:219-31.
17. Perrin C. Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. Santé Publique 2016;S1:141-51.
18. État des lieux de la démographie des porteurs du titre d'ostéopathe. Registre des ostéopathes de France; 2021.
19. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. Rech Soins Infirm 2014;117:33-49.
20. Lan AL, Allory E, Mancheron P, Boudet H, Banatre A, Renaut P. Influence ressentie d'un dispositif de formation interprofessionnelle par simulation pour des étudiants infirmiers et des internes de médecine générale. Pédag Méd 2019;20:3-11.
21. Milot É, Fortin G, Dogba MJ, Brière N, Aubin M, Careau E. Démarche systématique de création d'une trousse pédagogique facilitant l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : défis et perspectives. Pédag Méd 1 nov 2016;17:233-41.

Figure 1

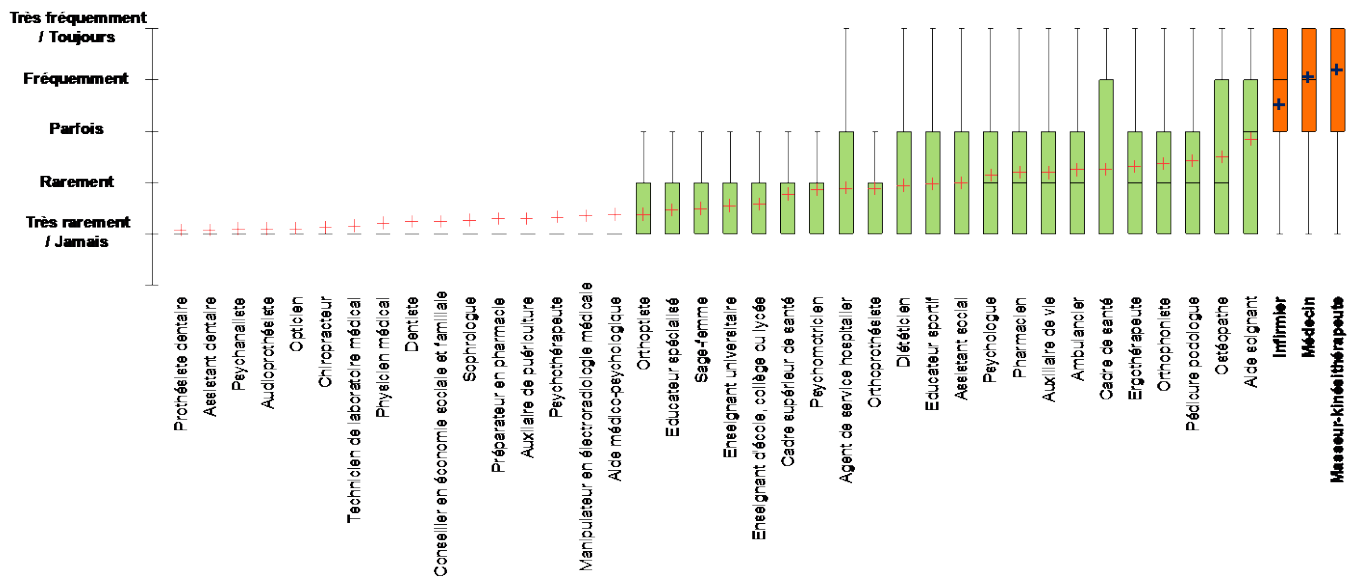


Figure 1. Niveau de collaborations interprofessionnelles de différentes professions avec les masseurs-kinésithérapeutes. Les résultats sont représentés par une boîte à moustache pour chacune des professions (la boîte représente 50% des réponses médianes, écart interquartile; le signe + représente le résultat moyen). Les trois boîtes à moustache de couleur orange représentent les trois professions qui présentent un niveau de collaborations significativement plus important que les autres professions.

Figure 2

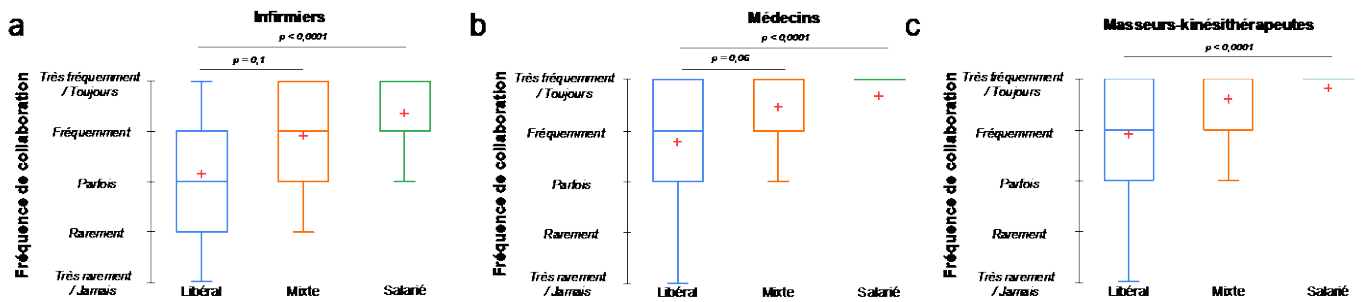


Figure 2. Niveau de collaborations interprofessionnelles des masseurs-kinésithérapeutes avec les infirmiers (a), les médecins (b) ou d'autres masseurs-kinésithérapeutes en fonction du mode d'exercice (libéral, salarié ou mixte). Les résultats sont représentés par une boîte à moustache pour chacun des modes d'exercice (la boîte représente 50% des réponses médianes, écart interquartile ; le signe + représente le résultat moyen).

Figure 3

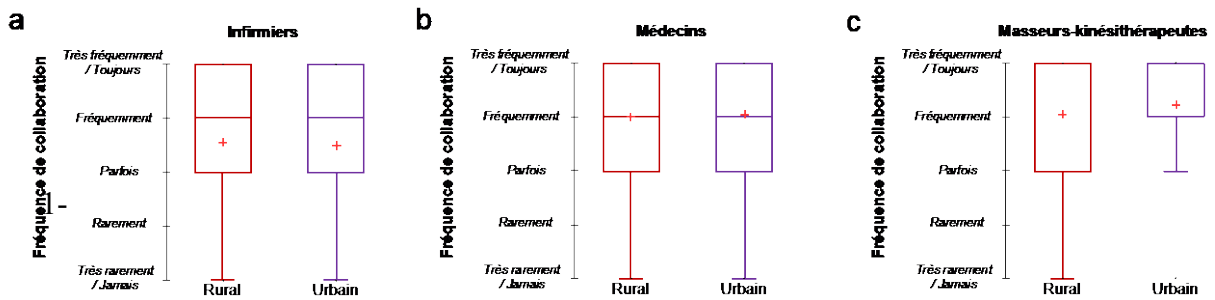


Figure 3. Niveau de collaborations interprofessionnelles des masseurs-kinésithérapeutes avec les infirmiers (a), les médecins (b) ou d'autres masseurs-kinésithérapeutes en fonction du lieu d'exercice (rural ou urbain). Les résultats sont représentés par une boîte à moustache pour chacun des lieux d'exercice (la boîte représente 50% des réponses médianes, écart interquartile ; le signe + représente le résultat moyen).

Tableau I

Comparaison entre la population des répondants et la population générale des kinésithérapeutes

	Population des répondants	Population générale des kinésithérapeutes français en 2020
Age moyen (ans)	37	42
Mode d'exercice libéral ou mixte (% (ET))	81% (158/194)	85,3%
Mode d'exercice salarié (% (ET))	22% (46/194)	14,7%
Exercice en milieu rural (% (ET))	27% (55/194)	Information non connue
Exercice en milieu urbain (% (ET))	73% (144/194)	Information non connue