



## Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'ILFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [secretariat@kine-nancy.eu](mailto:secretariat@kine-nancy.eu)

## Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122. 4.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2- L 335.10.

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTERE DE LA SANTE  
REGION GRAND EST  
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

**CRITÈRES PERMETTANT AUX PATIENTS DE CHOISIR LEUR  
MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE LIBERAL EN MILIEU URBAIN :  
ENQUETE AUPRÈS DE PATIENTS DE CABINETS LIBÉRAUX DE  
L'AGGLOMÉRATION NANCÉIENNE**

Sous la direction de Mme Corinne FRICHE

Mémoire présenté par Clothilde GARNIER,  
étudiante en 4<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie,  
en vue de valider l'UE 28  
dans le cadre de la formation initiale du  
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute.

Promotion 2016-2020



UE 28 - MÉMOIRE

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), .....Clothilde Garnier .....

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le ...27/04/2020.....

Signature

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce mémoire et au succès de ma formation.

Je voudrais tout d'abord remercier, ma directrice de mémoire Mme Corinne Friche, pour sa disponibilité et ses conseils.

Je souhaite également remercier toute l'équipe pédagogique, ainsi que le personnel de l'IFMK de Nancy et plus particulièrement Mme PACI et Mr MARTIN, mes référents pédagogiques au cours de ces quatre années.

Je remercie les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que tous les patients ayant accepté de participer à cette étude.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes :

Sophie, Antoine, Mathilde, Louise et Alexia pour leur soutien et leurs précieux conseils, ainsi que l'ensemble des étudiants de ma promotion, pour les quatre années écoulées.

Noémie pour les belles années de colocation partagées et surtout pour m'avoir toujours soutenue dans les moments difficiles et les plus heureux.

Enfin, merci à ma famille, pour avoir toujours cru en moi et encouragée dans cette voie.

Merci à toutes et à tous.

**Critères permettant aux patients de choisir leur masseur-kinésithérapeute libéral en milieu urbain :  
enquête auprès de patients de cabinets libéraux de l'agglomération nancéienne**

**INTRODUCTION :** Dans un contexte où la population française est de plus en plus vieillissante et de plus en plus demandeuse de soins de masso-kinésithérapie, le phénomène des déserts médicaux est toujours bien présent en France. A l'heure où le libre choix du patient pour son praticien est un droit, il semble compliqué pour certains patients de choisir leur masseur-kinésithérapeute (MK) selon leurs propres critères. Face à ce constat, nous avons voulu connaître quels étaient les principaux critères de choix des patients pour leurs MK libéraux sur le territoire de la Métropole du Grand Nancy (MGN), où l'offre de soin de kinésithérapie est supérieure à la moyenne nationale.

**MATÉRIEL ET MÉTHODE :** Un questionnaire papier anonyme a été distribué à 100 patients majeurs de dix cabinets libéraux de la MGN. Les résultats ont été réceptionnés du 15 février 2020 au 6 mars 2020 puis analysés.

**RÉSULTATS :** Au total, 79 patients ont répondu au questionnaire. Les compétences du MK correspondent au critère le plus important pour les patients, avec une moyenne d'importance de 2,52/3. Vient ensuite leur pathologie (2,27/3), puis les formations du MK et les équipements du cabinet (2,04/3 chacun). Les patients plus jeunes accordent moins d'importance à la notoriété et aux formations de leur MK que les plus âgés. Les patients consultants pour une première prescription accordent plus d'importance au sexe de leur MK et moins à leur pathologie que ceux ayant déjà consulté auparavant.

**DISCUSSION ET CONCLUSION :** Les aptitudes du MK ont une importance particulière en ce qui concerne le choix des patients. Au contraire le sexe et l'âge du MK ont peu d'importance à leurs yeux. Le choix des patients semble largement influencé par le bouche à oreille et les conseils de leur médecin. Enfin, l'importance des critères semble varier en fonction des caractéristiques des patients. Leur âge et un contexte de première prescription de masso-kinésithérapie semblent avoir une influence sur l'importance des différents critères. Il serait intéressant de compléter cette étude en recueillant les caractéristiques des différents cabinets et de voir l'évolution des critères dans quelques années.

**Mots-clés :** choix du patient, libre choix, masseur-kinésithérapeute, santé publique.

---

**Criteria allowing patients to choose their independent physiotherapist in an urban environment: survey of  
patients from liberal practices in the French Nancy metropolitan area**

**INTRODUCTION:** In a context where the French population is more and more ageing, and more and more demanding for physiotherapy care, the phenomenon of medical deserts is still very present in France. At a time when the free choice of the patient for his practitioner is a right, it seems complicated for some patients to choose their physiotherapist (PT) according to their own criteria. In front of this observation, we wanted to know what the main criteria of choice of the patients for their independent PT on the territory of the Nancy Metropolitan Area (NMA), where the offer of physiotherapy care is higher than the national average.

**METHODS:** An anonymous paper questionnaire was distributed to 100 adult patients in ten liberal NMA practices. The results were received from February 15, 2020 to March 6, 2020 and analyzed.

**RESULTS:** A total of 79 patients responded to the questionnaire. PT skills are the most important criterion for patients, with an average importance of 2.52/3. Next comes their pathology (2.27/3), followed by PT training and practice equipment (2.04/3 each). Younger patients give less importance to the reputation and training of their PT than older patients. Patients consulting for a first prescription give more importance to the sex of their PT and less to their pathology than those who have consulted before.

**DISCUSSION AND CONCLUSION:** PT abilities are of particular importance in the choice of patients. On the contrary, the sex and age of the PT are of little importance to them. The choice of patients seems to be largely influenced by word of mouth and the advice of their doctor. Finally, the importance of the criteria seems to vary according to the characteristics of the patients. Their age and a context of first prescription of physiotherapy seem to have an influence on the importance of the different criteria. It would be interesting to complete this study by collecting the characteristics of the different practices and to see the evolution of the criteria in a few years.

**Key-Word:** patient choice, free choice, physiotherapist, public health.

# SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Le libre choix du patient</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2. Démographie</b> .....	<b>2</b>
1.2.1. Évolution de la population française.....	2
1.2.2. Comparaison population urbaine et rurale .....	3
1.2.3. Démographie des masseurs-kinésithérapeutes.....	4
1.2.4. Les déserts médicaux.....	6
<b>1.3. Problématique</b> .....	<b>7</b>
<b>2. MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1. Stratégie de recherche documentaire</b> .....	<b>9</b>
<b>2.2. Méthode</b> .....	<b>9</b>
2.2.1. Population .....	9
2.2.2. Choix du questionnaire .....	10
2.2.3. Diffusion du questionnaire et recueil des données .....	10
2.2.4. Analyse des données .....	11
<b>2.3. Matériel</b> .....	<b>11</b>
2.3.1. Élaboration du questionnaire.....	11
2.3.2. Trame du questionnaire.....	13
2.3.3. Renseignements administratifs .....	13
2.3.4. Renseignements concernant la masso-kinésithérapie .....	13
2.3.5. Questions sur les critères de choix .....	14
<b>3. RÉSULTATS</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1. Constitution de l'échantillon</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2. Population</b> .....	<b>16</b>
3.2.1. Caractéristiques de la population .....	16
3.2.2. Caractéristiques de la population concernant la masso-kinésithérapie .....	18
<b>3.3. Les critères de choix des patients</b> .....	<b>21</b>
3.3.1. Critères de choix principaux .....	21

3.3.2.	Comparaison avec les caractéristiques des patients.....	23
3.3.3.	Facteurs de communication participant au choix du patient.....	28
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>30</b>
<b>4.1.</b>	<b>Représentativité de la population .....</b>	<b>30</b>
<b>4.2.</b>	<b>Biais .....</b>	<b>31</b>
4.2.1.	Biais de sélection et de communication .....	31
4.2.2.	Biais de désirabilité sociale .....	31
4.2.3.	Biais méthodologiques.....	32
<b>4.3.</b>	<b>Problèmes rencontrés .....</b>	<b>33</b>
<b>4.4.</b>	<b>Analyse et interprétation des résultats .....</b>	<b>33</b>
4.4.1.	Prescription de masso-kinésithérapie .....	33
4.4.2.	Parcours masso-kinésithérapique des patients .....	35
4.4.3.	Critères de choix principaux .....	36
4.4.4.	Critères concernant les aptitudes du masseur-kinésithérapeute.....	37
4.4.5.	Critères concernant le cabinet de masso-kinésithérapie .....	38
4.4.6.	Critères concernant l'exercice coordonné.....	38
4.4.7.	Critères concernant les caractéristiques du masseur-kinésithérapeute.....	39
4.4.8.	Autres critères.....	40
4.4.9.	Facteurs de communication participant au choix.....	40
<b>4.5.</b>	<b>Intérêt et limites des résultats .....</b>	<b>41</b>
4.5.1.	Pour la pratique et la profession.....	41
4.5.2.	Comparaison avec la littérature.....	42
<b>4.6.</b>	<b>Perspectives d'approfondissement.....</b>	<b>42</b>
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>43</b>

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

ARS : Agence Régional de Santé

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MGN : Métropole du Grand Nancy

MK : Masseur-Kinésithérapeute

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Le libre choix du patient

Le libre choix se définit comme le « pouvoir d'agir ou de ne pas agir physiquement conformément à ce que je veux » et cette notion « renvoie à nos capacités de délibérer et de décider ». Elle fait recours à la raison d'un individu et elle lui permet d'exprimer ses préférences. Chez les personnes dont les facultés cognitives sont altérées, cette notion de libre choix peut également être atteinte (1).

Cette notion de libre choix est une notion complexe, qui a été étudiée et décrite par différents philosophes et psychologues. Léopold Szondi décrit deux catégories de choix : les choix « géotropes gouvernés par l'hérédité » et qui seraient donc établis de manière inconsciente. Il met ces derniers en parallèle aux choix « égotropes gouvernés par le moi ». Cette dernière catégorie décrite par Szondi correspondrait quant à elle à une forme de choix « libres », qui seraient réalisés de manière consciente et en fonction des désirs de la personne (2). Paul Ricœur quant à lui, décrit l'individu doté du libre choix comme « l'homme capable », qu'il définit selon différentes activités que cet individu serait en capacité de réaliser : « agir, parler, vouloir (...) ». Toutes ces différentes interprétations du libre choix convergent néanmoins vers une idée que lorsque l'individu fait son choix, il sait notamment ce qu'il veut, ce qui lui semble être le meilleur pour lui, ou encore ce qu'il préfère. Différents critères entrent alors en jeu afin que l'individu puisse faire son choix de manière libre. Néanmoins, lorsque les possibilités se multiplient, il devient alors plus compliqué pour lui de choisir (1,3).

De plus, le libre choix du patient de son thérapeute est un principe fondamental de la législation sanitaire depuis 1991. Selon l'article L1110-8 du Code de la Santé Publique, « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile (...), est un principe fondamental de la législation sanitaire ». Ainsi, un praticien ne peut être imposé à un patient, c'est à lui de faire ce choix. Ceci est d'autant plus réaliste que lorsque ce dernier doit consulter un praticien en cabinet libéral, plusieurs possibilités s'offrent en général à lui (4).

## 1.2. Démographie

### 1.2.1. Évolution de la population française

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la population française s'élève à près de 67 millions d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2020, mais une diminution de l'accroissement naturel dans la population française est remarquée ces dernières années. Le nombre de naissance a tendance à diminuer (65 000 naissances en moins entre 2014 et 2019), mais il reste néanmoins supérieur au nombre de décès qui a quant à lui plutôt tendance à augmenter (53 000 décès en plus entre 2014 et 2019). Ce nombre de décès est dû à une augmentation constante de l'espérance de vie qui entraîne donc un vieillissement global de la population française. En effet, plus d'une personne sur cinq a aujourd'hui 65 ans ou plus en France. De plus, une diminution de la fécondité a pu également être observée, pouvant s'expliquer par une diminution de la population de femmes en âge de procréer. Ce phénomène, associé au vieillissement de la population, permet d'expliquer la diminution de l'écart entre le nombre de naissance et le nombre de décès. Ce solde naturel est de 141 000 personnes pour l'année 2019, ce qui reste assez faible comparé aux dix dernières années, mais fait néanmoins de la France le pays avec le solde naturel le plus élevé de l'Union Européenne (5–7).

Il est toutefois important de rappeler qu'il est nécessaire de prendre en compte le solde migratoire, qui contribue également à l'accroissement démographique de la France. Selon l'INSEE, ce solde migratoire a tendance à stagner ces dernières années, mais les données de ces trois dernières années ne sont que des estimations provisoires. Ce solde migratoire est estimé à environ 50 000 personnes par an pour ces cinq dernières années (5–7).

Ces données permettent de conclure à une augmentation régulière de la population française (+ 0,3% par an depuis 2017 selon l'INSEE) mais qui reste malgré tout moins importante que les années précédentes (+ 0,5% entre 2008 et 2013 notamment). Il est également possible de conclure à un vieillissement global de la population, dû à une augmentation de l'espérance de vie (l'âge moyen étant d'environ 38 ans au début des années 2000, contre presque 42 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2020) (5–7).

Cette population vieillissante est une population dont la demande en termes de soins

de santé est plus importante que chez les individus plus jeunes. En effet, l'Assurance Maladie rembourse en moyenne 3000€ de soins par an pour une personne de plus de 75 ans, contre environ 2000€ pour les personnes de 60 à 74 ans (8). Concernant la kinésithérapie, les patients âgés de plus de 60 ans représentent notamment plus de 40% de la totalité des bénéficiaires d'actes réalisés en France (9).

### 1.2.2. Comparaison population urbaine et rurale

L'INSEE différencie les unités urbaines des communes rurales. Une unité urbaine est définie comme « une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (...) qui compte au moins 2000 habitants ». L'unité urbaine regroupe les villes isolées (une seule commune) et les agglomérations multi-communales (10). Parmi ces agglomérations multi-communales, les communes urbaines et les communes péri-urbaines, qui se situent dans la couronne périurbaine, peuvent être différenciées (10,11). Le terme de communauté d'agglomération a en outre été créé afin de définir les regroupement de communes formant « un ensemble de plus de 50 000 habitants d'un seul tenant et sans enclave autour d'une ou plusieurs communes centre de plus de 15 000 habitants » (12). Les communes ne rentrant pas dans ces critères établis par l'INSEE, sont définies, quant à elles, comme communes rurales (10).

La population française est globalement de plus en plus vieillissante à l'échelle nationale (augmentation de 69% des plus de 65 ans entre 1968 et 2008), mais ce vieillissement semble inégalement réparti sur l'ensemble du territoire. Des disparités entre l'espace rural et l'espace urbain persistent à l'échelle plus locale. Les personnes âgées vivent principalement en ville (76% des personnes de plus de 65 ans habitent en milieu urbain en 2008) mais ce sont dans les zones rurales que la proportion de personnes âgées est la plus importante (elles représentent 15,8% de la population des communes urbaines en 2008, contre 21,5% de la population des communes rurales) (13,14).

En s'intéressant à la répartition de la population française à l'échelle nationale, le phénomène largement décrit de la « diagonale du vide » apparaît alors. La diagonale du vide représente une bande s'étendant du nord-est au sud-ouest de la France, où la densité de population est faible et inférieure à la moyenne française. De plus, la diagonale du vide a tendance à se renforcer. Une migration des populations appartenant à cette dernière est

observée ces dernières années, au profit des autres départements à la densité de population déjà plus élevée. Une proportion de personnes âgée de 60 ans et plus, comparée à celles âgées de 20 à 59 ans, est également plus élevée dans les départements de la diagonale du vide (15).

### 1.2.3. Démographie des masseurs-kinésithérapeutes

Si la démographie de la population française a plutôt tendance à se stabiliser, la démographie des masseurs-kinésithérapeutes (MK) est quant à elle en constante augmentation. Le nombre de professionnels inscrits au tableau national de l'ordre des masseur-kinésithérapeute est passé de 44 000 en 1990 à près de 90 000 en 2018 (16,17). La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) estime dans un rapport de 2018 que « le nombre de masseurs-kinésithérapeutes devraient augmenter de 57% entre 2016 et 2040 » et que « l'offre de soins progresserait même plus vite que les besoins ». Ce rapport informe également que la démographie des MK a subi une augmentation supérieure à l'augmentation de la démographie française depuis les années 2000 (augmentation de 3% par an en moyenne) (18). Comme constaté précédemment, cette population est néanmoins de plus en plus vieillissante, et donc de plus en plus amenée à être demandeuse de soins de masso-kinésithérapie, permettant de relativiser en partie cette augmentation (8,18).

Cette augmentation est notamment due au nombre d'étudiants admis en Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) dont les quotas ont doublé depuis les années 2000 (16,18). Cependant, selon le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK), seulement 60% des nouveaux diplômés inscrits au tableau de l'ordre chaque année correspondent à des diplômés délivrés en France. En effet, de plus en plus d'étudiants français font le choix d'étudier à l'étranger, et notamment dans des pays de l'Union Européenne tels la Belgique ou l'Espagne, avant de revenir exercer en France (16). En 2015, les MK diplômés à l'étranger représentaient un cinquième des professionnels inscrits au tableau de l'Ordre (17). Ce phénomène, qui a eu tendance à augmenter ces dernières années, couplé à l'augmentation des quotas français, permettent d'expliquer cette forte augmentation de la démographie des MK (16,18).

La densité de MK sur le territoire français en 2017 est d'environ 126 MK pour 100 000

habitants (16,18). Elle était de 87 pour 100 000 habitants en 2000, augmentant ainsi de 46% en moins de vingt ans (18). Malgré cette augmentation importante, de fortes disparités géographiques peuvent être observées. Les MK privilégient notamment le sud de la France, ainsi que les communautés d'agglomération de grande taille, telles Paris ou Lyon (Fig. 1). La plus forte densité retrouvée à l'échelle régionale est celle du Languedoc-Roussillon, avec une densité de 192 MK pour 100 000 habitants en 2017. Cette densité est 2,6 fois plus élevée que la densité relevée en Picardie, qui correspond à la moins élevée du territoire français (74 MK pour 100 000 habitants) (16,19).

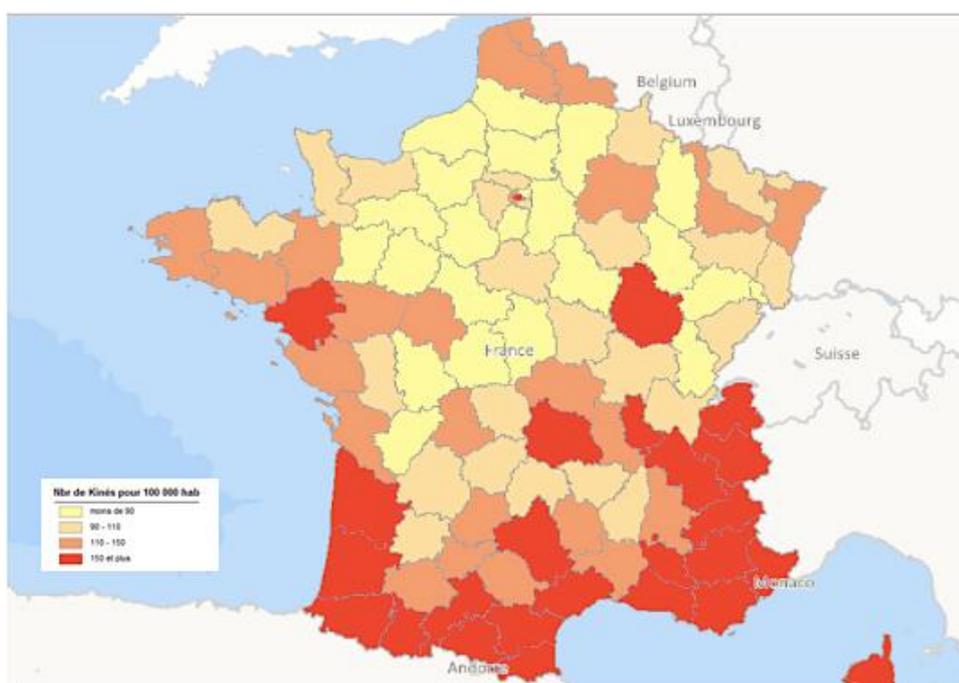


Figure 1 : Densité de MK par département (20)

En se penchant sur le cas de la région Grand-Est, force est de constater que ces disparités persistent au sein même de la nouvelle région. La densité des départements de la Meuse et de la Haute-Marne, qui sont des départements à composante rurale majoritairement, est inférieure à 90 MK pour 100 000 habitants, contrairement aux départements de la Meurthe-et-Moselle, de la Marne et du Bas-Rhin qui possèdent une densité comprise entre 110 et 150 MK pour 100 000 habitants (Fig.1) (20).

Ces différentes données concernant la densité de MK sur le territoire français prennent en compte la totalité des professionnels en droit d'exercer. Il faut toutefois prendre en compte qu'environ 85% des MK exercent en libéral, contre un peu moins de 15% qui exercent en tant

que salariés (16,21). Selon l'ARS, la densité de MK ayant une activité libérale s'élève donc à 107 professionnels pour 100 000 habitants au 31 décembre 2019 sur le territoire français (ANNEXE I) (9).

Certains territoires souffrent donc plus que d'autres du manque de MK. Le CNOMK estime cependant que « personne n'a encore déterminé combien de kinésithérapeutes il faudrait pour prendre en charge correctement la population résidant en France » (22).

#### 1.2.4. Les déserts médicaux

Ces disparités renforcent le phénomène des déserts médicaux, qui sont apparus depuis les années 1990. Ce phénomène s'est petit à petit amplifié du fait du vieillissement de la population en milieu rural et de l'installation des professionnels de santé dans les départements plus attractifs (23). Néanmoins, des mesures ont été mises en place afin de pallier ces disparités. L'avenant 5 à la convention nationale des MK prévoit notamment un zonage établi par l'ARS, en différentes zones en fonction du nombre de MK présents sur chaque territoire. Ces zones sont définies en cinq catégories avec notamment : les « zones très sous-dotées » et les « zones sous-dotées », qui recouvrent environ 12,5% de la population et qui représentent les territoires dont l'offre de soins est insuffisante. Les « zones sur-dotées », au contraire, représentent les territoires dont l'offre de soins est quant à elle élevée, et recouvrent également 12,5% de la population (24). Des mesures incitatives ont de surcroît été mises en place dans cet avenant, avec notamment la création de contrats incitatifs dans ces zones sous dotées et très sous-dotées : la plupart des professionnels de santé peuvent bénéficier d'aides à l'installation, au maintien de l'activité ou à la création de cabinet. Ces mesures ont été créées dans le but de maintenir les MK déjà présents, mais aussi d'inciter les MK souhaitant s'installer, à le faire dans ces zones (17,24).

Enfin, des mesures sur le plan national ont été élaborées avec le projet de restructuration du système de santé « Ma Santé 2022 ». Ce projet est basé sur trois points : « favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin », « créer un collectif de soins au service des patients » et « adapter les métiers et les formations aux enjeux de la santé de demain » (21). Un des points essentiels de ce projet est d'obtenir une meilleure organisation des professionnels de santé et de favoriser l'exercice coordonné. Cela passe, entre autres, par la création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces CPTS

permettent d'organiser les soins de proximité d'un territoire dans des structures d'exercice coordonné, telles les maisons de santé pluridisciplinaires. Elles permettent une coordination des différents professionnels d'un territoire et ont différentes missions, comme le maintien à domicile des patients ou assurer une continuité des soins entre les établissements de santé et les soins à domicile entre autres (25).

### 1.3. Problématique

La notion de choix, et plus particulièrement de libre choix, est un élément important de la prise en charge des patients puisqu'elle constitue un droit fondamental du patient, du point de vue législatif (4). Si le choix du professionnel de santé fut le sujet de plusieurs thèses ces dernières années, celles-ci ne s'intéressaient qu'au choix du médecin traitant par le patient (26–28). Comme aucune étude s'intéressant au choix du patient pour son MK n'a été trouvée, nous avons décidé de traiter ce sujet à travers ce mémoire.

La notion de choix n'est pourtant pas simple à aborder car elle fait intervenir le caractère conscient mais aussi inconscient de l'individu. Nous avons donc décidé de ne nous intéresser qu'à l'aspect conscient de cette problématique, toutefois subordonnée à des contraintes extérieures (1–3).

Néanmoins, force est de constater que les déserts médicaux limitent la liberté de choix du MK par le patient (23). De nombreux territoires ruraux, dont la population est de plus en plus vieillissante et donc de plus en plus demandeuse de soins de masso-kinésithérapie, sont confrontés à ce phénomène (8,13). La densité de MK sur ces territoires ne permet parfois pas aux patients d'avoir la possibilité de choisir entre différents thérapeutes, du fait de la proximité, mais aussi parfois des délais d'attente avant d'obtenir un premier rendez-vous (20,21,23).

Il a donc été décidé de s'intéresser à une population de MK plus urbaine avec une densité supérieure à la moyenne nationale (107 MK libéraux pour 100 000 habitants) (9). Pour cela, nous avons décidé d'interroger la population de l'agglomération nancéienne, appelée également Métropole du Grand Nancy (MGN) et qui regroupe vingt communes (29,30). Sa densité s'élève à 116 MK pour 100 000 habitants au 31 décembre 2019, traduisant une offre de soins plus importante que la moyenne nationale (Fig. 2) (9). De ce fait, les patients consultant dans la MGN ont ainsi plus de possibilités de choix concernant leur MK

(ANNEXE I).

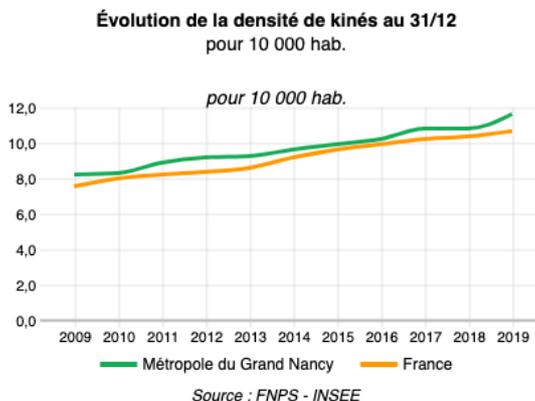


Figure 2 : Évolution de la densité de MK en France et dans la MGN

De ce constat, et à travers ce mémoire, nous tenterons donc de répondre à la question de recherche suivante : **quels sont les critères qui concourent au choix du patient pour son masseur-kinésithérapeute, dans le cadre d'une prescription, dans des cabinets libéraux, en milieu urbain ou péri-urbain et plus spécifiquement sur le territoire de la Métropole du Grand Nancy ?**

De plus, afin de nous aider à répondre à cette question, différentes hypothèses ont été émises :

- Le choix du patient de son MK est influencé par les conseils de son médecin ;
- Le bouche à oreille est le principal vecteur de connaissance d'un cabinet ;
- Le choix du patient dépend de critères précis, dont certains ont plus d'importance que d'autres (âge et genre du praticien, localisation, équipement du cabinet, formations, délais d'attente avant le premier rendez-vous...) ;
- Les critères de choix principaux sont différents en fonction du profil des patients (âge, genre, lieu d'habitation et lieu de travail...).

L'objectif de cette étude est d'analyser les éléments qui permettent au patient de choisir son MK. Pour se faire, dans un premier temps, les méthodes d'élaboration et de diffusion du questionnaire utilisées pour répondre à ces questions seront détaillées, avant d'en exposer les résultats. Enfin, la discussion permettra d'expliquer et de répondre à la question de recherche posée.

## 2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 2.1. Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire de cette étude a été réalisée avec les bases de données suivantes : Cairn, Persée, Ulysse, LégiFrance et Google Scholar. Les articles de moins de cinq ans et dont la langue était le français ou l'anglais ont été privilégiés. Cependant, de par les aspects législatifs et démographiques en France étudiés, il a été plus compliqué d'utiliser une bibliographie fournie en articles anglophones. Chaque partie a ensuite été enrichie en articles issus d'autres sources, telles que l'INSEE pour la partie « démographie », ou encore sur les sites internet du CNOMK et du Ministère des Solidarités et de la Santé concernant les aspects législatifs, entre autres. Enfin, d'autres documents ont été utilisés grâce aux références bibliographiques déjà sélectionnées auparavant.

### 2.2. Méthode

#### 2.2.1. Population

Le questionnaire réalisé est destiné à une population de patients majeurs, consultant dans des cabinets libéraux de l'agglomération de Nancy (Métropole du Grand Nancy) et étant en capacité de répondre au questionnaire de manière autonome. L'Agence Régionale de Santé (ARS), via sa base d'information CartoSanté, a recensé 34 148 patients de plus de quinze ans ayant consulté un MK dans cette zone géographique au cours de l'année 2018 (9). Néanmoins, cette population ne représente pas le nombre de patients consultant un MK à un instant donné, et ne pouvant pas extraire le nombre de patients dont l'âge se situait entre quinze ans et dix-huit ans, il a été impossible de déterminer de manière exacte le nombre total de notre population cible. Nous nous sommes donc basés sur ce nombre de 34 148 patients de quinze ans et plus (ANNEXE I).

Il a ensuite été décidé de distribuer dix exemplaires de ce questionnaire aux onze cabinets accueillant un stagiaire de quatrième année de kinésithérapie en clinicat. Dix de ces cabinets ont répondu positivement à notre demande, pour un total de cent questionnaires distribués à six cabinets situés à Nancy et quatre cabinets situés en périphérie de Nancy

(communes de la Métropole du Grand Nancy). Un cabinet n'a pas donné suite à notre sollicitation.

Étaient inclus :

- Les patients majeurs, ayant accepté de participer à l'étude,
- Les patients consultant dans un cabinet de kinésithérapie libéral dans la Métropole du Grand Nancy.

Étaient exclus :

- Les patients mineurs,
- Les personnes n'ayant pas la capacité juridique (mineurs et majeurs protégés).

#### 2.2.2. Choix du questionnaire

Le parti a été pris d'utiliser un questionnaire afin de répondre à notre problématique. Cet outil a été privilégié à l'entretien semi-directif car il semblait plus pertinent de recueillir des données plus nombreuses et plus variées de patients venant de cabinets différents. De plus, le questionnaire a l'avantage de garder leur anonymat, ce qui pouvait leur permettre de s'exprimer plus librement sur un sujet tel que celui-ci.

Concernant le format du questionnaire, la réalisation d'un support papier a été privilégiée. Même si cette méthode a engendré des coûts supplémentaires et une logistique plus complexe, elle nous a permis d'obtenir plus simplement un nombre suffisant de réponses. Comparativement à un questionnaire en format numérique, le support papier était d'autant plus opportun qu'il a pu être facilement distribué dans les cabinets lors des soins des patients.

#### 2.2.3. Diffusion du questionnaire et recueil des données

Le questionnaire a été distribué directement en main propre aux MK des cabinets sélectionnés ou par l'intermédiaire des étudiants en clinicat dans ces cabinets lorsque cela n'était pas possible. Une enveloppe contenant dix questionnaires leur était remise à chacun, de manière à pouvoir contrôler le nombre de questionnaires distribués et récupérés pour chaque cabinet. Le choix a été fait de réaliser des questionnaires papiers qui étaient donnés aux patients dans le cabinet. Ils devaient les remplir puis ils étaient ensuite récupérés

directement afin d'obtenir un taux de réponse élevé.

Concernant les critères d'inclusion et d'exclusion de la population, ils étaient énoncés au kinésithérapeute lorsque l'enveloppe contenant les questionnaires leur était remise. De plus, notre requête était de distribuer les questionnaires aléatoirement aux patients et de ne pas effectuer de sélection au préalable. Il n'y avait ensuite aucun moyen de vérifier si ces critères étaient respectés.

Les questionnaires ont été diffusés à partir du 15 février 2020 et des réponses ont été recueillies jusqu'au 6 mars 2020. Plusieurs relances ont été effectuées pour certains cabinets. Malgré tout, deux d'entre eux n'ont pas fait parvenir leurs questionnaires remplis à temps, notamment à cause de la crise sanitaire du Covid-19 qui a engendré la fermeture des différents cabinets de masso-kinésithérapie.

#### 2.2.4. Analyse des données

Les données du questionnaire ont été recueillies sur support papier, avant d'être retranscrites en format numérique puis analysées avec le logiciel Microsoft Office Excel® 2018. Les variables étudiées étaient qualitatives. Les variables nominales ont été comparées à l'aide d'un test du Chi<sup>2</sup> ou d'un test de Fisher lorsque des valeurs étaient inférieures à 5. Les variables ordinales ont quant à elles été comparées à l'aide d'un test de Kruskal-Wallis lorsqu'il s'agissait de groupes de plus de deux variables. Le test du Chi<sup>2</sup> était également utilisé lorsqu'il s'agissait de variables nominales mais avec seulement deux groupes concernant le facteur d'étude. L'application « BiostatTGV® » a permis de choisir et de réaliser ces différents tests.

Un seuil de  $p < 0,05$  a été choisi afin de déterminer si les résultats s'avéraient être significatifs lorsque les valeurs de différents groupes ont été comparées entre elles.

### 2.3. Matériel

#### 2.3.1. Élaboration du questionnaire

Afin d'interroger les patients de cabinets libéraux de masso-kinésithérapie, nous avons choisi d'élaborer un questionnaire selon la méthode des cinq P adaptée de T. Perneger, par

## B. Petre en 2004 (31).

Cette méthode consiste à se questionner sur la qualité du questionnaire selon les cinq points suivants : pertinence, parcimonie, plagiat, pré-test et présentation.

Afin d'être le plus pertinent possible, le choix a été pris de construire le questionnaire en privilégiant au maximum les questions fermées, telles que des dichotomies ou des listes d'items. Ces questions ont servi notamment à établir le profil des personnes interrogées. Cela a permis d'éliminer les personnes ne rentrant pas dans nos critères d'inclusion. Il a également été choisi d'utiliser des échelles de Likert afin de simplifier le remplissage par les patients et de réaliser une lecture plus simplifiée des résultats obtenus. Quelques questions semi-ouvertes ont été utilisées afin que les patients puissent ajouter leur propre avis. Enfin, une seule question ouverte a été posée, permettant de donner une indication sur la pathologie des patients.

Concernant la parcimonie, nous avons essayé de rédiger chaque question de la manière la plus simple, la plus neutre et la plus pertinente possible.

A propos du plagiat, le questionnaire a été construit spécifiquement pour l'étude, car aucun questionnaire déjà existant n'a été trouvé lors des recherches.

Le questionnaire a ensuite été soumis à une phase de pré-tests durant laquelle il a été distribué à une dizaine de patients afin d'évaluer la pertinence des questions. Les patients devaient remplir le questionnaire entièrement et leur avis sur ce dernier était recueilli. Des retours ont notamment été faits sur la compréhension, la facilité de remplissage et les axes d'améliorations qui pouvaient être faits. Nous nous sommes assurés que l'interprétation des questions soit identique pour tous les patients puis suite à cette phase de pré-tests, plusieurs questions ont été modifiées afin d'obtenir le questionnaire final.

Enfin, concernant la présentation du questionnaire, il est tout d'abord présenté sous un format papier, permettant aux patients d'y répondre directement au cabinet. Les questions y sont posées selon un ordre logique, de sorte que certains patients n'ont pas à répondre à certaines questions en fonction de leurs réponses précédentes. Le fait d'avoir choisi un support papier ne permettait pas d'obliger les patients à répondre à certaines questions

obligatoires, ou de faire une suite de questions adaptées en fonction des réponses précédentes, comme il aurait pu être fait avec un format numérique. Il a donc été nécessaire d'ajouter des explications concernant certaines questions obligatoires ou non.

### 2.3.2. Trame du questionnaire

Le questionnaire suit la trame suivante : un paragraphe explicatif permet tout d'abord d'introduire l'étude. Des questions permettant de recueillir des renseignements administratifs sur les patients sont ensuite posées. La seconde partie des questions donnait des renseignements d'un point de vue masso-kinésithérapique sur chaque patient. Enfin, une dernière partie était consacrée aux préférences des patients concernant les critères leur ayant permis de choisir leur MK, et une question ouverte leur était posée afin de recueillir des commentaires ou remarques éventuels (ANNEXE II).

### 2.3.3. Renseignements administratifs

Afin de recueillir des renseignements administratifs permettant d'établir le profil des patients et d'identifier la population cible, des questions fermées ont été posées. Ces questions ont permis de recenser le sexe, la tranche d'âge, le statut professionnel ainsi que le lieu de domicile et de travail de chaque patient. Ces renseignements ont permis de comparer la population recensée à notre population cible, mais elle a surtout permis de comparer les différentes populations entre elles en fonction des réponses obtenues dans la suite du questionnaire (ANNEXE II).

### 2.3.4. Renseignements concernant la masso-kinésithérapie

La seconde partie des questions donnait des renseignements d'un point de vue masso-kinésithérapique sur chaque patient. Une première question ouverte renseignant sur l'intitulé de la prescription du patient, permettait de se faire une idée quant à son motif de consultation. Il était ensuite demandé au patient si sa prescription faisait suite à un séjour hospitalier ou en soins de suite et de réadaptation, grâce à une dichotomie. Une liste d'items interrogeait dans la question suivante sur le prescripteur des soins de masso-kinésithérapie.

Enfin, la dernière question permettait de savoir si le patient avait déjà bénéficié de

séances de masso-kinésithérapie. Si la réponse était « oui », le patient était invité à répondre à une suite de questions concernant le type de rééducation déjà effectuée et les éventuels changements de MK en cours de traitement. Une justification en cas de réponse positive était alors demandée. Si la réponse à la question était « non », le patient était invité à passer directement à la question suivante, sans avoir à répondre à la suite de questions mentionnées précédemment (ANNEXE II).

### 2.3.5. Questions sur les critères de choix

Enfin, une dernière partie était consacrée aux préférences des patients concernant les critères leur ayant permis de choisir leur MK et une question ouverte leur était posée à la fin, afin de recueillir des commentaires ou remarques éventuelles.

Une échelle de Likert était proposée, avec quatre réponses possibles : « pas important », « peu important », « assez important » et « très important ». Chaque réponse donnant par la suite un score allant de 0 à 3 :

- 0 : « pas important » ;
- 1 : « peu important » ;
- 2 : « assez important » ;
- 3 : « très important ».

Dans cette question, une liste de critères pouvant, selon nous, influencer sur le choix des patients concernant leur MK a été dressée. Cette liste n'étant pas exhaustive, la liberté a été laissée aux patients d'ajouter d'autres critères leur semblant importants dans une catégorie « autres ». Deux autres questions sous forme de liste d'items renseignaient sur les préférences du patient concernant le sexe et l'âge de leur praticien. Puis une dernière question semi-ouverte interrogeait sur la manière dont le patient avait connu et choisi son MK (ANNEXE II).

### 3. RÉSULTATS

#### 3.1. Constitution de l'échantillon

Le questionnaire a été distribué à 100 patients de dix cabinets différents de la MGN, ce qui correspond à 0,29% de la population de patients consultant sur ce territoire au cours d'une année (9). Deux cabinets n'ont pas retourné leurs 10 questionnaires chacun à temps, entraînant la non inclusion de 20 questionnaires. 80 questionnaires ont donc été récupérés au total. Lors de l'analyse des données, un participant ne rentrant pas dans les critères d'inclusions de l'étude (patient mineur) a été exclu. 79 questionnaires ont donc été analysés au total, pour un taux de réponse à notre questionnaire de 79%. Le diagramme de flux permet de visualiser l'évolution des effectifs de l'étude (Fig. 3). De plus la totalité des réponses obtenues a été retranscrite dans un tableau récapitulatif (ANNEXE III).

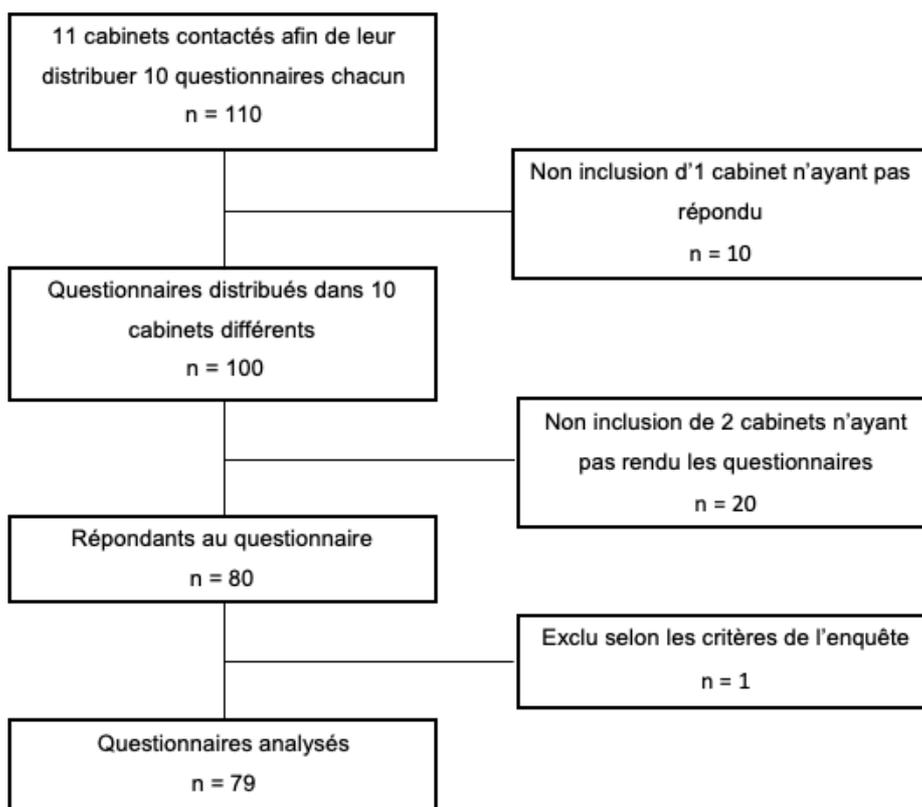


Figure 3 : Diagramme de flux de l'étude

## 3.2. Population

### 3.2.1. Caractéristiques de la population

Parmi les 79 participants à l'étude, 70% de femmes (n=55) pour 30% d'hommes (n=24) sont retrouvés.

54% (n=43) de répondants au questionnaire ont plus de 50 ans, 29% (n=23) ont moins de 30 ans et 17% (n=13) ont entre 30 et 50 ans (Fig. 4).

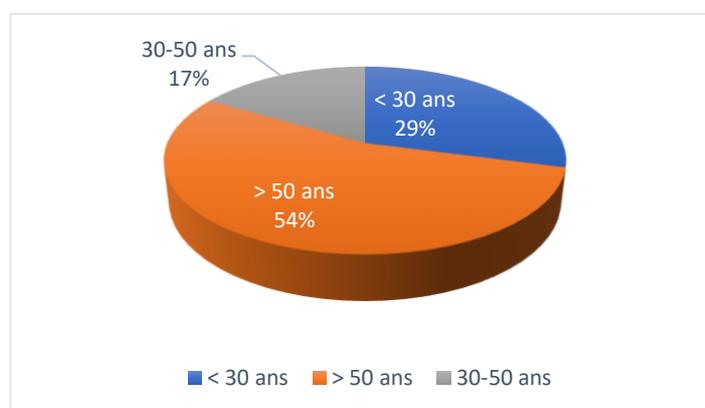


Figure 4 : Répartition des classes d'âges des répondants (n=79)

Parmi les répondants, la majorité habite au sein de la MGN, Nancy excepté (51%, n=40), 40% (n=32) habitent dans la commune de Nancy, et 9% (n=7) habitent en dehors de la MGN (Fig.5).

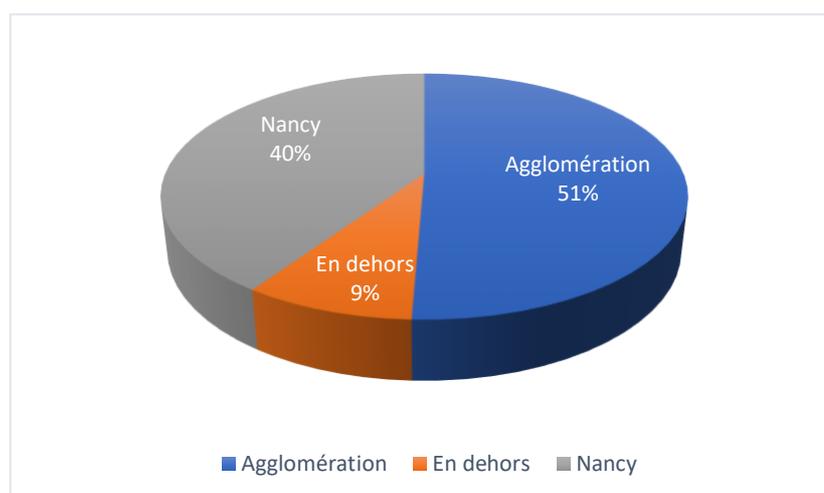


Figure 5 : Répartition des lieux de domicile des répondants (n=79)

Si nous nous intéressons à l'activité professionnelle, une majorité de répondants exerçant une activité professionnelle est retrouvée (44%, n=35). Les retraités représentent quant à eux 34% (n=27) de l'échantillon et les étudiants 13% (n=10). Les 9% restants sont représentés par les personnes en recherche d'emploi et en invalidité (respectivement 5%, n=4 et 4%, n=3) (Fig. 6).

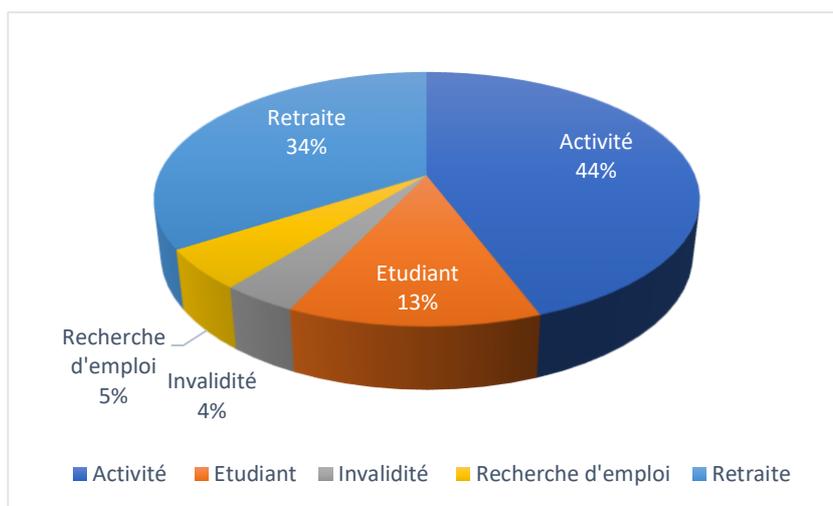


Figure 6 : Graphique présentant la répartition de l'activité professionnelle des patients (n=79)

Concernant le lieu de travail ou d'études des patients, nous pouvons noter que les personnes ayant répondu à cette question ont tendance à étudier ou travailler sensiblement autant à Nancy (45% (n=20)) qu'au sein de la MGN (hors Nancy) (42% (n=19)). Pour 13% (n=6) d'entre eux, leur lieu d'exercice se situe en dehors de la MGN (Fig. 7).

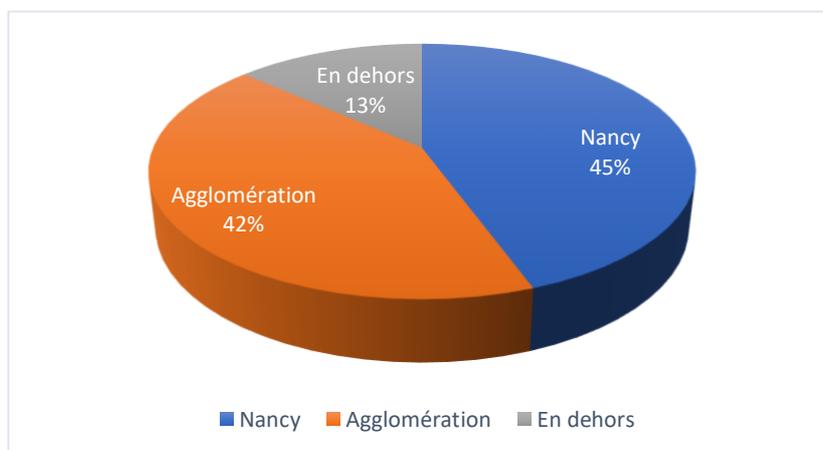


Figure 7 : Graphique présentant les lieux d'activité professionnelle des patients (n=45)

Les répondants à notre enquête sont donc en majorité des femmes (70%). Ils sont principalement âgés de plus de 50 ans (54%), encore en activité professionnelle (44%) et exerçant à Nancy (45%) ou au sein de la MGN (43%) (ANNEXE III).

### 3.2.2. Caractéristiques de la population concernant la masso-kinésithérapie

Dans la seconde partie du questionnaire, le parcours kinésithérapique des répondants est plus spécifiquement abordé. Des questions leur étaient posées concernant le contexte dans lequel ils consultaient. Ces données ont pu être confrontées aux données obtenues dans la première partie du questionnaire, servant à établir un profil des répondants.

Après analyse des réponses à la question « Quel est l'intitulé de votre prescription de kinésithérapie ? », il a été constaté que les prescriptions regroupent globalement quatre types de rééducations (Fig. 8) :

- Rééducation des membres : 53% (n=42) ;
- Rééducation du rachis : 27% (n=21) ;
- Rééducation neurologique : 6% (n=5) ;
- Rééducation du périnée : 4% (n=3).

10% (n=8) des patients n'ont pas répondu à cette question. Toutefois, aucune différence significative n'est retrouvée en fonction de l'âge ( $p=0,8$ ), du sexe ( $p=0,09$ ) ou encore de l'activité professionnelle ( $p=0,3$ ) des répondants.

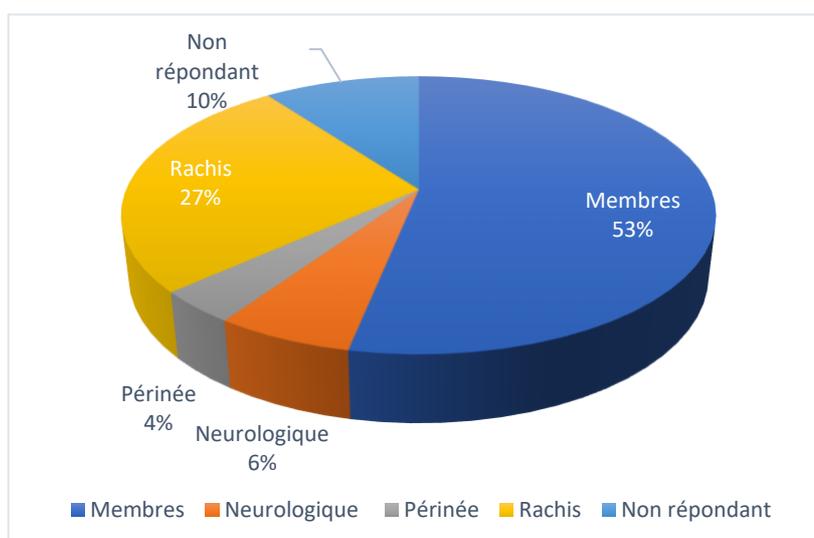


Figure 8 : Graphique présentant le type de rééducation prescrit aux répondants (n=79)

27% (n=21) des répondants ont une prescription de kinésithérapie faisant suite à un séjour en milieu hospitalier ou en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Pour 73% des répondants (n=58), leur prescription ne faisait suite à aucun séjour hospitalier ou en SSR.

Concernant le prescripteur, 58% des prescriptions sont réalisées par des médecins généralistes (n=46). Pour 20% des répondants, un médecin du milieu hospitalier ou de SSR leur a prescrit leur ordonnance (n=16) et pour 22%, il s'agit d'un médecin spécialiste en cabinet libéral (n=17) (Fig. 9). Cependant, il est possible d'observer des différences significatives en fonction de l'âge des patients ( $p < 0,01$ ). 76% des prescriptions réalisées par des médecins spécialistes concernent des personnes âgées de moins de 50 ans (n=13), tandis que 75% les prescriptions réalisées par des médecins du milieu hospitalier sont à destination des personnes de plus de 50 ans (n=12) (Fig.10).

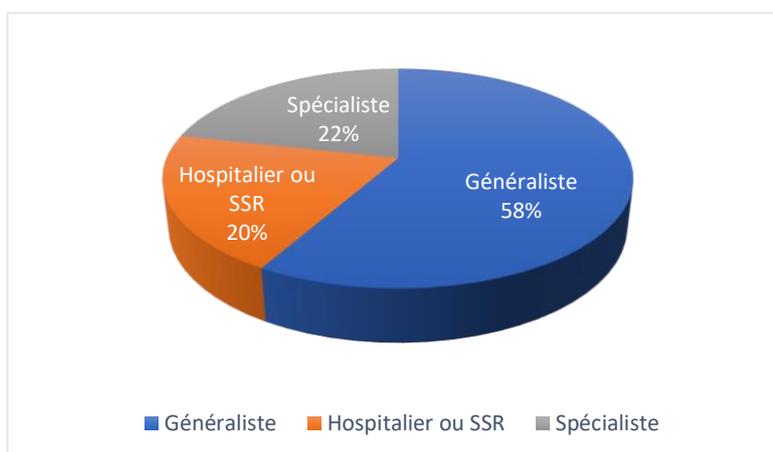


Figure 9 : Graphique présentant la répartition des médecins prescripteurs (n=79)

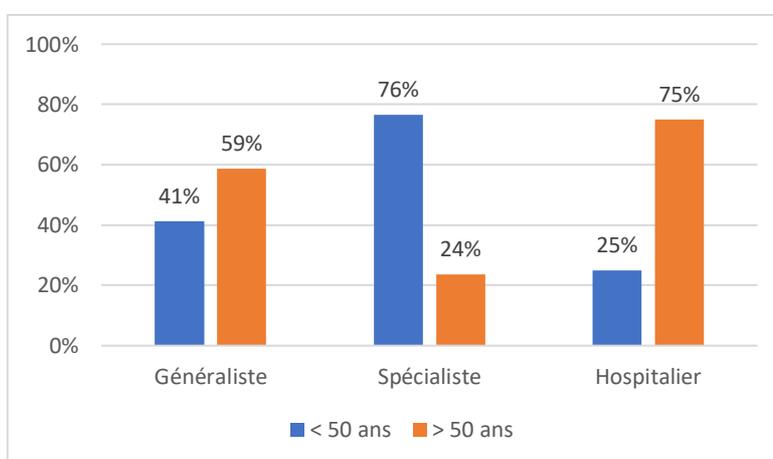


Figure 10 : Graphique présentant la répartition des prescripteurs en fonction de l'âge des patients (n=79)

85% (n=67) des répondants ont déjà bénéficié de séances de kinésithérapie auparavant. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée lorsque ces résultats sont confrontés à l'âge des répondants (p=0,11) (Tab. I).

Pour 60% des patients ayant déjà consulté un MK (n=40), les séances effectuées auparavant concernaient la même pathologie que la pathologie actuellement traitée. 37% d'entre eux (n=25) estiment que cela concernait une pathologie spécifique et notamment pour la plupart, une rééducation du périnée ou du drainage lymphatique manuel. Enfin, 81% (n=54) des répondants ayant déjà effectué des séances de kinésithérapie auparavant n'ont jamais changé de MK au cours d'une séance de traitement. 13 patients déclarent avoir déjà changé de MK (19%) (Tab. I).

Tableau I : Résultats des répondants ayant déjà effectué des séances de kinésithérapie auparavant (n=79)

		Non : 15% (n=12)	
« Avez-vous déjà bénéficié de séances de kinésithérapie ? »	Oui : 85% (n=67)	« Pour la même pathologie que pour la prescription actuelle ? »	Oui : 60% (n=40)
			Non : 39% (n=26)
			Non répondant : 1% (n=1)
		« Pour une rééducation spécifique ? »	Oui : 37% (n=25)
			Non : 61% (n=41)
			Non répondant : 2% (n=1)
« Avez-vous changé de MK au cours d'une séquence de traitement ? »	Oui : 19% (n=13)		
	Non : 81% (n=54)		

Concernant les patients ayant déjà changé de MK au cours d'une séquence de traitement, une différence significative est retrouvée en fonction de l'âge des répondants (p<0,05). 69% d'entre eux ont moins de 50 ans (n=9), tandis que 65% des personnes n'ayant jamais changé de MK ont plus de 50 ans (n=35) (Fig. 11).

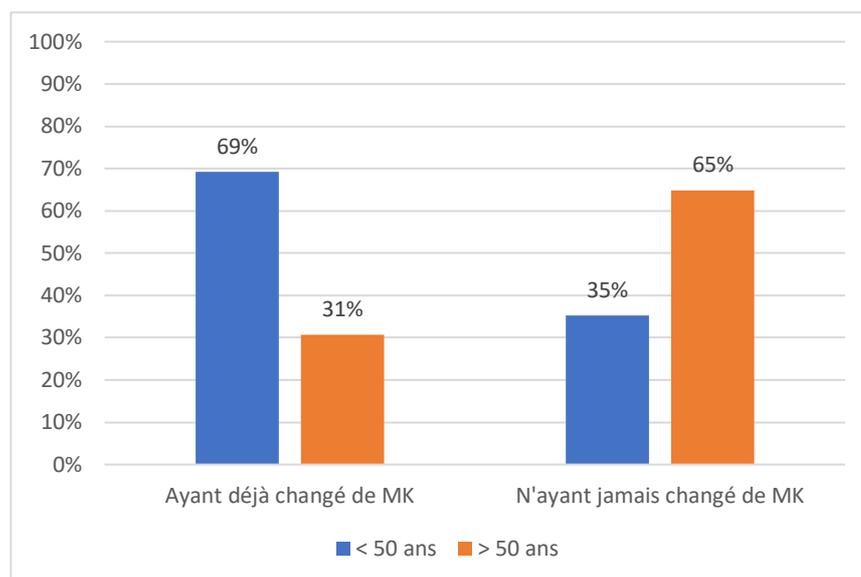


Figure 11 : Graphique présentant la répartition des patients ayant déjà changé de MK ou non en fonction de leur âge (n=67)

Les répondants sont donc principalement des patients dont la prescription ne fait pas suite à un séjour en hospitalier ou en SSR (73%), réalisée par un médecin généraliste (58%), et ayant déjà bénéficié de séances de masso-kinésithérapie auparavant (85%). Parmi la totalité de nos répondants, 52% ont déjà consulté pour la même pathologie que celle pour laquelle ils consultent actuellement, et 68% de la totalité des répondants n'a jamais changé de kinésithérapeute au cours d'une séquence de traitement (ANNEXE III).

### 3.3. Les critères de choix des patients

#### 3.3.1. Critères de choix principaux

Pour répondre à la question « Pour votre kinésithérapeute, cela vous semble ? », quatre propositions, classées selon le degré d'importance, étaient proposées aux patients. Chacune des propositions donnant un score de 0 à 3 et permettant de calculer la moyenne d'importance selon chaque critère.

Deux critères semblent se détacher des autres : les compétences du MK, avec une moyenne de 2,52/3, ainsi que la pathologie du patient, avec une moyenne de 2,27/3. 58% des répondants jugent les compétences du MK « très importantes » (n=46), tandis que 6% les

jugent « pas ou peu importantes » (n=5). Viennent ensuite la pathologie du patient avec une moyenne de 2,27/3, puis les formations du MK et l'équipement du cabinet avec chacun une moyenne d'importance de 2,04/3.

En revanche, quatre critères semblent moins importants que les autres d'après les répondants. Il s'agit de l'exercice de leur MK au sein d'un cabinet de groupe (moyenne de 1/3) ou d'une maison médicale (moyenne de 0,64/3), ainsi que l'âge de leur MK (moyenne de 0,58/3), et enfin le sexe de leur MK avec une moyenne d'importance de 0,44/3 (Fig. 12). 90% des répondants jugent « pas ou peu important » le sexe de leur MK (n=71).

Nous retrouvons alors, par ordre d'importance :

- Les compétences du MK,
- La pathologie du patient,
- Les formations supplémentaires du MK,
- Les équipements du cabinet,
- La localisation du cabinet,
- L'accessibilité du cabinet,
- L'attente avant le premier rendez-vous,
- La notoriété du MK,
- L'exercice au sein d'un cabinet de groupe,
- L'exercice au sein d'une maison médicale,
- L'âge du MK,
- Le sexe du MK.

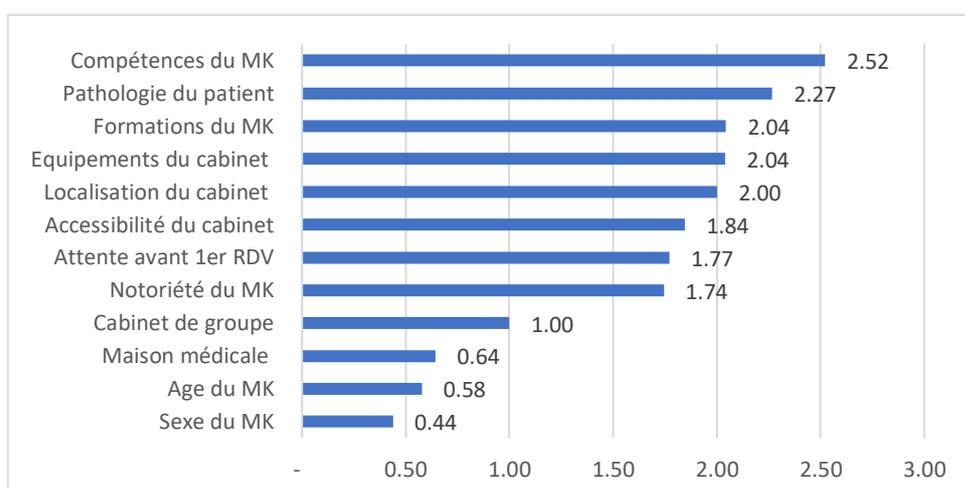


Figure 12 : Graphique présentant la moyenne d'importance des critères de choix des patients pour leur MK (n=79)

Plusieurs patients ont enfin répondu à la question « Autres critères vous semblent importants ». Les réponses les plus souvent retrouvées concernent en majorité un thérapeute « à l'écoute des patients » (n=4), mais la « propreté du cabinet », « l'amabilité », les « explications des soins », le « temps consacré au patient », « un kiné qui supervise la séance et soit présent pendant les exercices », les « amplitudes horaires » ou la « ponctualité » du MK sont également évoqués.

Enfin, deux questions s'intéressaient plus spécifiquement aux préférences du patient concernant le sexe et l'âge de leur MK. 80% de répondants semblent indifférents au fait que leur MK soit une femme ou un homme (n=63), 14% des répondants préfèrent que ce dernier soit une femme (n=11), 4% préfèrent un homme (n=3) et 2% des patients n'ont pas répondu à cette question (n=2).

En ce qui concerne l'âge du MK, 95% des répondants sont indifférents à l'âge de leur thérapeute (n=75), deux répondants préfèrent un kinésithérapeute moins âgé qu'eux (2%) et deux n'ont également pas répondu à cette question (3%). Aucun répondant a estimé préférer un MK sensiblement du même âge ou plus âgé que lui.

### 3.3.2. Comparaison avec les caractéristiques des patients

Les valeurs concernant les critères de choix obtenues ont ensuite été comparées avec les caractéristiques des patients, détaillées précédemment. Nous pouvons alors constater que certaines caractéristiques des patients, et leurs habitudes concernant la masso-kinésithérapie, ne fournissent aucune différence significative en fonction des critères de choix. C'est notamment le cas concernant le sexe des répondants, leur lieu de domicile et de travail, le type de prescription, le prescripteur, une éventuelle rééducation spécifique réalisée auparavant, ainsi qu'une consultation antérieure pour une même pathologie (ANNEXE IV).

En revanche, c'est lorsque l'âge des répondants est comparé avec les critères de choix que le plus de différences significatives sont obtenues. En effet, une différence significative est remarquée lorsque l'âge des répondants est confronté avec les préférences concernant la notoriété du MK ( $p < 0,001$ ). 81% des répondants de plus de 50 ans estiment « assez ou très important » la notoriété du MK (n=34) contre 35% des répondants âgés de moins de 30 ans

(n=8). De même, 65% des moins de 30 ans (n=15) rapportent trouver « pas ou peu important » la notoriété de leur MK (Fig.13).

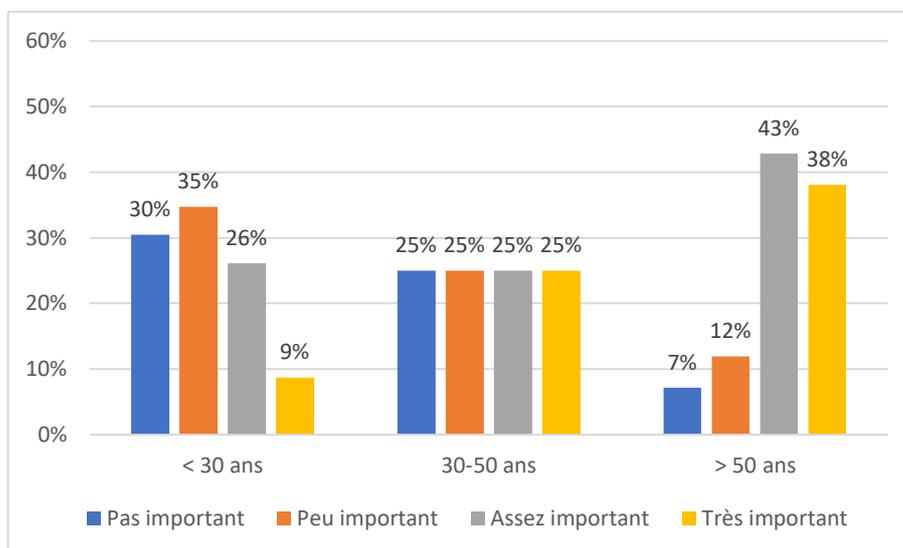


Figure 13 : Graphique présentant l'importance de la notoriété des MK en fonction de l'âge des patients (n=77)

Concernant le critère sur les formations des MK, lorsque ce dernier est comparé à l'âge des répondants, une différence significative est obtenue ( $p < 0,01$ ). Les répondants de plus de 50 ans ont également plus tendance à trouver « assez ou très important » les formations de leur thérapeute (90%, n=36) que les répondants plus jeunes. Il s'avère que 41% (n=9) des patients âgés de moins de 30 ans considèrent ce critère comme « pas ou peu important » (Fig.14).

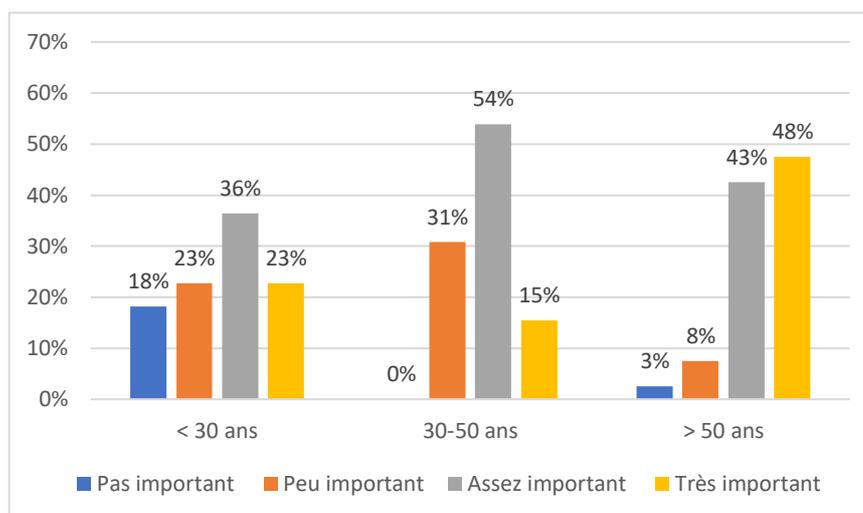


Figure 14 : Graphique présentant l'importance des formations des MK en fonction de l'âge des patients (n=75)

Concernant l'activité professionnelle des répondants, une différence significative est obtenue lorsqu'elle est comparée au critère concernant la notoriété des MK ( $p < 0,05$ ). La proportion d'étudiants considérant ce critère comme « pas ou peu important » (80%,  $n=8$ ) est plus élevée que celle des personnes en retraite (15%,  $n=4$ ) ou en activité (43%,  $n=15$ ) (Fig. 15). Au contraire, 85% ( $n=22$ ) des personnes retraitées estiment ce critère comme « assez ou très important ».

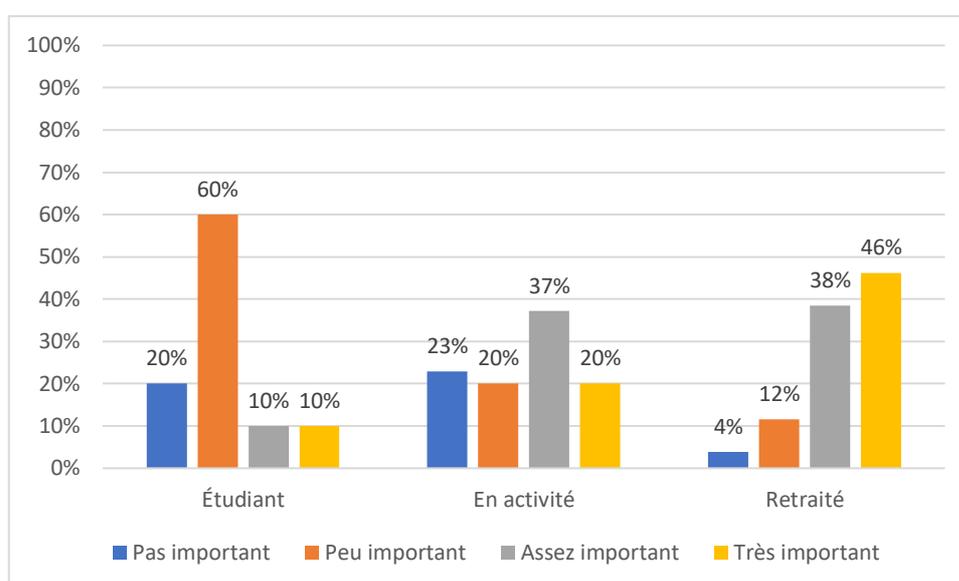


Figure 15 : Graphique présentant l'importance de la notoriété des MK en fonction de l'activité des patients ( $n=71$ )

Une différence significative est remarquée lorsque nous comparons l'importance des équipements d'un cabinet avec les personnes ayant effectué un séjour en hospitalier ou en SSR ( $p < 0,05$ ). 86% des patients n'ayant pas effectué de séjour hospitalier ou en SSR avant leur prescription de masso-kinésithérapie jugent « assez ou très important » les équipements d'un cabinet ( $n=50$ ), contre 63% ( $n=12$ ) des personnes dont la prescription fait suite à un séjour hospitalier ou en SSR (Fig. 16).

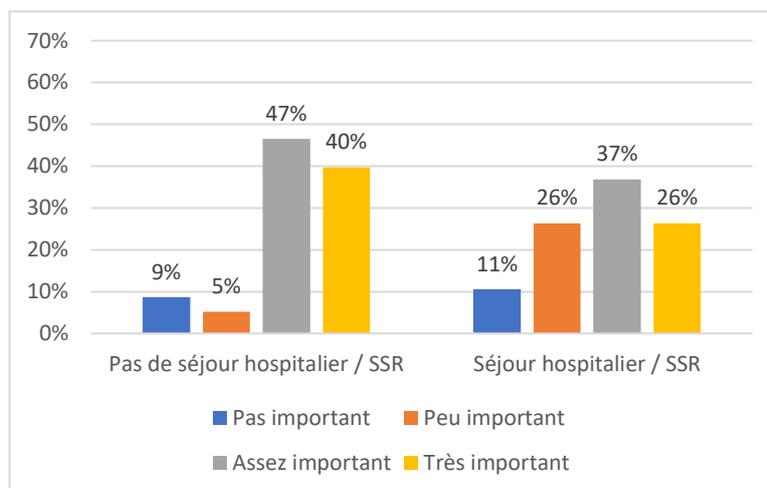


Figure 16 : Graphique présentant l'importance des équipements des cabinets en fonction de la réalisation d'un séjour hospitalier ou non (n=77)

Concernant les patients ayant déjà effectué des séances de masso-kinésithérapie auparavant, des différences significatives avec deux critères différents sont constatées. La première concerne la pathologie des patients ( $p < 0,05$ ). 85% des patients ayant déjà consulté un MK auparavant estiment leur pathologie « assez ou très important » (n=53). En revanche, 36% des patients bénéficiant de séances de masso-kinésithérapie pour la première fois jugent leur pathologie comme critère « pas ou peu important » (n=5) (Fig. 17)

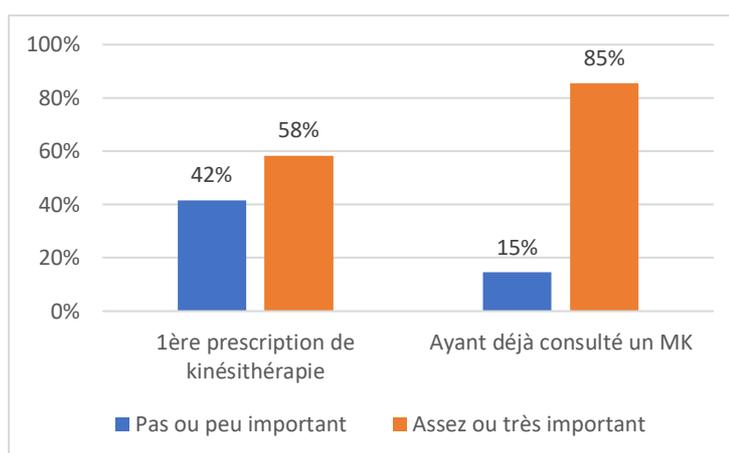


Figure 17 : Graphique présentant l'importance de la pathologie pour les patients dans un contexte de 1<sup>ère</sup> prescription de masso-kinésithérapie ou non (n=74)

Le second critère de choix présentant une différence significative, lorsqu'on le confronte aux personnes ayant déjà effectué des séances de kinésithérapie auparavant, est

l'importance du sexe du MK. Pour 87% des répondants jugeant « pas ou peu important » le sexe de leur MK, il s'agit de patients ayant déjà effectué des séances de MK auparavant (n=62). Les répondants estimant « assez ou très important » le sexe de leur MK, sont quant à eux répartis équitablement entre des patients consultants pour la première fois, et des patients ayant déjà consulté (50%, n=3) (Fig. 18).

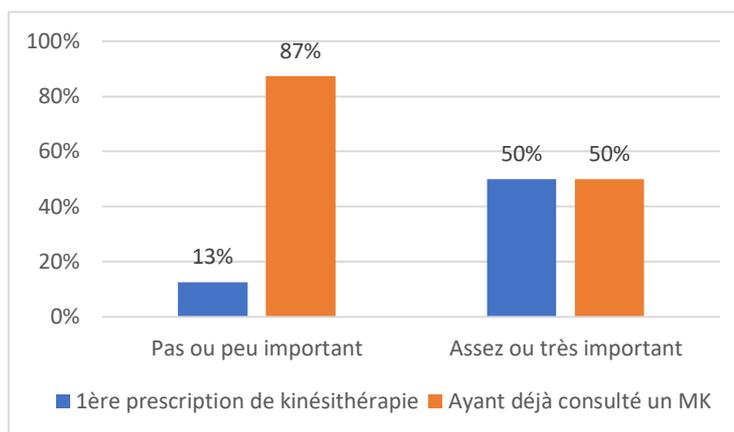


Figure 18 : Graphique présentant l'importance du sexe du MK dans un contexte de 1<sup>ère</sup> prescription de masso-kinésithérapie ou non (n=77)

Enfin, une différence significative est retrouvée lorsque sont comparées les valeurs des patients ayant déjà changé de MK au cours d'une séquence de traitement ou non, avec l'importance d'exercer dans un cabinet de groupe ( $p < 0,05$ ). 100% des patients ayant déjà changé de MK au cours d'une séquence de traitement jugent « pas ou peu important » le fait que leur thérapeute exerce dans un cabinet de groupe (n=13). En ce qui concerne les répondants n'ayant jamais changé de MK au cours d'une séquence de traitement, 35% d'entre eux jugent « assez ou très important l'exercice de leur thérapeute au sein d'un cabinet de groupe (n=18) (Fig.19).

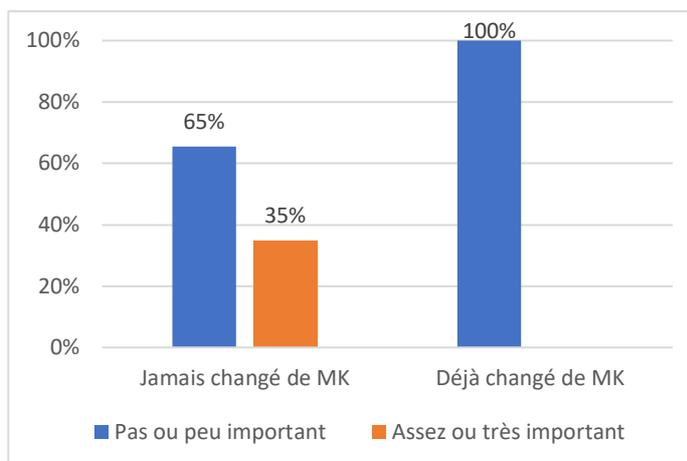


Figure 19 : Graphique présentant l'importance de l'exercice en cabinet de groupe en fonction du changement de MK par le patient (n=65)

### 3.3.3. Facteurs de communication participant au choix du patient

Enfin, la dernière partie du questionnaire s'intéresse aux moyens utilisés par les patients pour connaître et choisir leur MK. Une liste d'items leur était proposée et plusieurs étaient alors possibles.

Nous pouvons constater que le bouche à oreille est le moyen de communication le plus utilisé par les répondants afin de choisir leur MK (46%, n=36). Arrivent ensuite les conseils de leur médecin (35%, n=28) (Fig. 20). 20% (n=16) des répondants déclarent avoir utilisé un autre moyen de communication afin de choisir leur MK : sept d'entre eux n'ont pas précisé lequel, quatre répondants ont choisi leur MK selon « la proximité », deux l'ont choisi selon les conseils de leur précédent MK et un autre selon les conseils de son club de sport. Deux patients n'ont pas répondu à cette question.

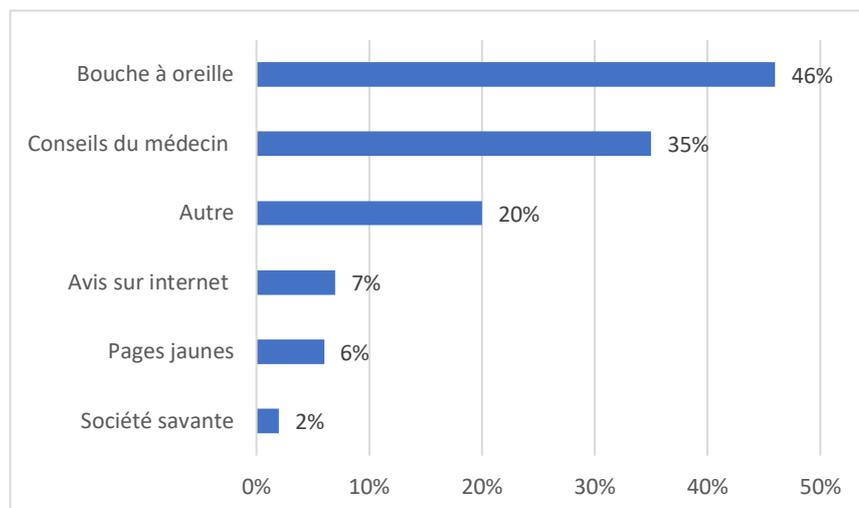


Figure 20 : Graphique présentant les moyens utilisés par les patients pour choisir leur MK (n=77)

Lorsque ces données sont comparées aux caractéristiques des répondants, un seul résultat avec une différence significative est obtenu. 65% des patients ayant déjà consulté un MK auparavant, pour une pathologie différente de celle pour laquelle ils consultent actuellement, ont utilisé le bouche à oreille afin de choisir leur MK (n=17,  $p < 0,05$ ). Tandis que ceux ayant consulté pour la même pathologie sont 65% (n=25) à avoir utilisé un autre moyen de communication (Fig. 21).

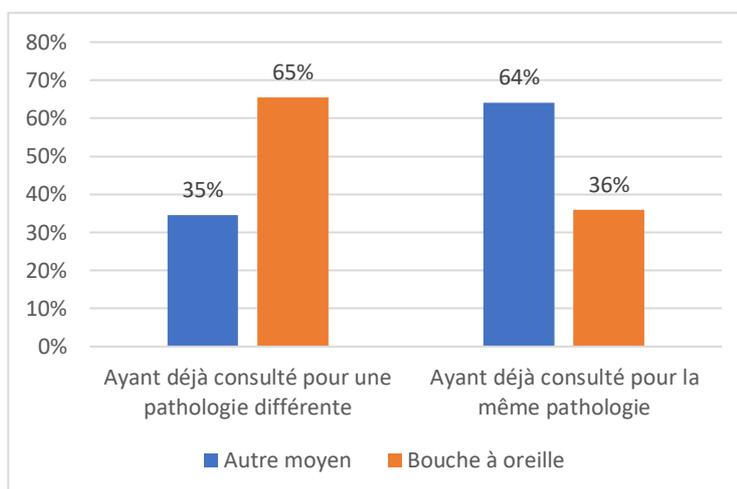


Figure 21 : Graphique comparant les patients ayant consulté un MK pour la même pathologie en fonction de l'utilisation du bouche à oreille (n=65)

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Représentativité de la population

Un échantillon de 79 participants a été obtenu. Comme détaillé précédemment, il a été compliqué de déterminer la population cible totale de l'étude. L'échantillon obtenu représente 0,29% de la population de patients consultant sur une année entière au sein de la MGN (9). Il est donc possible de considérer que, malgré le fait que la valeur exacte de la population cible ne soit pas connue, ce nombre reste toutefois insuffisant et n'est pas assez représentatif de la population.

La méthode des quotas a été appliquée à posteriori, afin de comparer les caractéristiques de l'échantillon avec celles de la population cible (32). Les données trouvées concernant les caractéristiques des patients consultant dans les cabinets libéraux de la MGN sont faibles et ne concernent que l'âge de ces derniers. La part des plus de 60 ans constitue 39% des bénéficiaires d'actes de masso-kinésithérapie au sein de la MGN. Les 15-44 ans constituent quant à eux 32% de ce total et les 45-59 ans représentent 21%. Le reste est attribué aux moins de 15 ans (ANNEXE I). Les catégories d'âges n'étant pas les mêmes que celles établies dans le questionnaire, la comparaison entre ces différentes données semble difficile à établir. Il semblerait malgré tout que la proportion de personnes de plus de 50 ans soit surreprésentée dans notre étude (54%).

Concernant les autres données portant sur les caractéristiques de la population, elles ont été comparées à celles de la population générale de la MGN. Elles semblent indiquer que notre échantillon comporte une surreprésentation de femmes. Concernant l'activité professionnelle, les retraités semblent surreprésentés par rapport à la population totale de la MGN (23% vs 34%), tandis que les personnes en activité semblent sous-représentées (9). Cela pourrait notamment s'expliquer par le fait que les MK ont pu privilégier les patients retraités, pensant que ces derniers avaient plus de temps à consacrer à ce questionnaire que des personnes en activité. Les patients en retraite étant, pour la grande majorité, âgés de plus de 50 ans, cela concorde également avec la surreprésentation de cette catégorie. L'échantillon n'est donc pas représentatif de la population.

## 4.2. Biais

De nombreux biais ont été recensés dans notre étude. Ces derniers sont de différents types : biais de sélection, de communication, de désirabilité sociale, méthodologiques (33). Une liste non exhaustive des différents biais a été établie.

### 4.2.1. Biais de sélection et de communication

La diffusion des questionnaires a été confiée aux cabinets libéraux de la MGN accueillant un stagiaire de dernière année d'études de masso-kinésithérapie. Ainsi, la liste des cabinets participants à l'étude n'a pas été randomisée. Un seul cabinet, parmi les onze contactés, n'a pas donné de réponse à notre sollicitation. L'échantillon représente donc 3% de l'ensemble des 297 MK exerçant en libéral au sein de la MGN. Il se peut que les cabinets accueillant des stagiaires MK soient d'autant plus sensibilisés à la formation des étudiants, se traduisant par une réponse positive à notre sollicitation. De par des limites de temps et d'organisation, il a été impossible de contacter de manière exhaustive la totalité des MK de la MGN.

Des limites matérielles se sont également imposées. La décision de réaliser le questionnaire sur un support papier ne permettait pas de le distribuer à l'ensemble des patients d'un cabinet de masso-kinésithérapie. Cet outil a permis de réaliser un suivi complet du nombre de questionnaires distribués puis récupérés dans chaque cabinet, ce qui n'aurait pas été difficilement réalisable avec un questionnaire numérique. De plus, un pourcentage plus important de réponses était attendu avec ce type de questionnaire. Il paraissait en revanche compliqué d'obtenir un taux de réponse suffisant s'il avait été demandé aux MK de diffuser un questionnaire numérique à l'ensemble de leurs patients. Chaque MK devait donc distribuer un exemplaire à dix de ses patients. Il se peut que les thérapeutes n'aient alors pas choisi de distribuer les questionnaires de manière aléatoire. Certains ont effectivement pu privilégier des patients dont ils estimaient notamment que les réponses seraient probablement plus intéressantes.

### 4.2.2. Biais de désirabilité sociale

Le biais de désirabilité sociale correspond au fait que le répondant peut chercher à se

montrer sous un aspect favorable face à l'évaluateur lorsqu'il est interrogé (33). Le fait de répondre à un questionnaire dont le sujet portait sur les critères de choix des patients concernant leur MK a pu influencer leurs réponses. En effet, les questionnaires étaient anonymes mais cependant ramassés par le MK des patients. Certains ont peut-être pu vouloir transposer une bonne image d'eux auprès de leur thérapeute, notamment en flattant les caractéristiques de ce dernier. D'autres en revanche, n'ont peut-être pas osé se livrer concernant certains aspects, et notamment pour la question sur les changements éventuels de MK effectués auparavant ou sur la dernière question ouverte consistant à noter des remarques éventuelles.

#### 4.2.3. Biais méthodologiques

Concernant le questionnaire, des biais méthodologiques ont également été relevés. Des axes d'amélioration du questionnaire auraient pu faire éviter certains de ces biais à l'étude.

Le questionnaire réalisé sur support papier n'a pas permis d'obliger les patients à répondre à certaines questions avant de pouvoir passer à la suivante, comme il aurait été possible de le faire sur un questionnaire en format numérique. Ainsi, plusieurs patients ont omis de répondre à quelques questions ponctuelles, mais trois répondants n'ont pas répondu à une page entière du questionnaire.

Concernant la principale question ouverte « Quel est l'intitulé de votre prescription ? », il aurait peut-être été plus simple de la réaliser sous forme de questions fermées, avec une liste d'items. Il s'avère que plusieurs personnes n'ont pas répondu à cette question, probablement car ils n'avaient pas connaissance de l'intitulé de leur prescription ou par incompréhension de la question. Une liste des différents types de rééducation les plus souvent prescrits aurait peut-être été plus pertinente.

Enfin, lors de l'analyse des réponses, des imprécisions ont pu être retrouvées, entraînant des confusions de la part des répondants à propos de certaines questions. Tout d'abord concernant la question « Votre prescription de kinésithérapie a-t-elle fait suite à un séjour en milieu hospitalier ou en SSR ? ». Le terme « consultation » aurait pu être ajouté de manière complémentaire au mot « séjour » car plusieurs patients ont rapporté avoir une

ordonnance prescrite par un médecin du milieu hospitalier, tout en ayant répondu non à la question précédente.

Après analyse des réponses, il s'est révélé que la question interrogeant sur une « rééducation spécifique » effectuée était finalement peu pertinente et pas toujours interprétée correctement par les patients. En effet, nous comprenions comme « spécifique » une rééducation impliquant des formations supplémentaires du MK (telle que la rééducation périnéale par exemple). Or nombreux sont les patients à avoir répondu positivement à cette question mais dont les pathologies citées en justification ne nécessitaient pas de formation spécifique du MK, ou étaient inadaptées à la question (prothèse, fracture, rachialgie ou encore ostéopathie ont été citées).

Enfin, la question « pour choisir votre kinésithérapeute, vous avez utilisé », aurait pu être reformulée de la manière suivante : « Vous avez connu / choisi votre kinésithérapeute grâce ». Une indication mentionnant qu'il était possible de répondre avec plusieurs items aurait pu être ajoutée.

#### 4.3. Problèmes rencontrés

Lors de cette étude, quelques difficultés ont pu être rencontrées. La première difficulté rencontrée s'est révélée être le problème de la communication lorsqu'il a fallu récupérer les questionnaires dans les différents cabinets. Des relances ont été effectuées à plusieurs reprises, or la crise du Covid-19 n'aidant pas, tous les questionnaires n'ont pas pu être récupérés. La deuxième difficulté rencontrée est apparue lors de la phase de l'analyse des données et notamment avec l'utilisation du logiciel Microsoft Office Excel® 2018. Un manque de compétences dans l'utilisation de ce logiciel, ainsi que dans les méthodes d'analyses statistiques des données, ont d'autant plus retardé l'avancée de notre étude.

#### 4.4. Analyse et interprétation des résultats

##### 4.4.1. Prescription de masso-kinésithérapie

Tout d'abord, nous avons souhaité connaître quelles étaient les habitudes et le parcours des répondants concernant la masso-kinésithérapie afin de pouvoir par la suite les

comparer avec les différents critères de choix.

Les trois premières questions de cette partie s'intéressaient davantage à la prescription pour laquelle le patient consultait. La première question interrogeait sur l'intitulé de la prescription des patients. Deux types de rééducations se sont détachées des autres. Plus de la moitié des patients (53%) ont consulté leur MK pour une rééducation des membres, et plus d'un quart des répondants (27%) pour une rééducation du rachis. En revanche, peu de patients ont semblé consulter pour une rééducation neurologique (6%) ou pour une rééducation périnéale (4%). Cela peut notamment être dû au fait que les MK chez qui les questionnaires ont été distribués n'étaient pas, ou peu, formés à des domaines spécifiques tels que la pelvi-périnéologie, entre autres. Enfin, une part relativement importante des patients n'a pas répondu à cette question (10%). Cela peut être en partie expliqué par la formulation de la question sous forme ouverte, ainsi que par la précision de la question. Certains MK ont rapporté, lorsque les questionnaires ont été récupérés, des difficultés pour certains patients à compléter cette question car ils ne connaissaient pas l'intitulé exact de leur prescription.

Nous aurions pu penser qu'il existait une corrélation entre le sexe des répondants et le type de rééducation prescrit, notamment pour la rééducation périnéale. En effet, les femmes sont globalement plus touchées par les problèmes périnéaux et notamment par l'incontinence urinaire (34,35). Or aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée dans nos résultats concernant ces valeurs ( $p > 0,08$ ). Cela est à relativiser en raison du faible nombre de patients consultant pour une rééducation périnéale ( $n=3$ ).

La grande majorité des répondants n'a effectué aucun séjour en hospitalier ou en SSR avant de consulter son MK (73%). Concernant les prescripteurs, la majorité des prescriptions sont réalisées par des médecins généralistes (58%), viennent ensuite les médecins spécialistes (22%) et enfin les médecins hospitaliers (20%). Ces données rejoignent celles trouvées dans la littérature, qui relatent un taux de prescription de plus en plus élevé chez les médecins généralistes au détriment des médecins spécialistes et notamment des rhumatologues (36).

Une différence significative a été retrouvée lorsque ces données sont comparées à l'âge des répondants ( $p < 0,01$ ). Les médecins spécialistes ont tendance à prescrire à des patients plus jeunes que les médecins en milieu hospitalier ou en SSR. 76% des prescriptions

établies par des médecins spécialistes concernent des personnes de moins de 50 ans. Au contraire, la proportion a tendance à s'inverser pour les médecins hospitaliers qui prescrivent en majorité à des personnes de plus de 50 ans (75%). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les personnes âgées ont plus tendance à se rendre à l'hôpital que les personnes plus jeunes, en raison notamment de l'augmentation de la fréquence des polyopathologies et de l'augmentation des soins hospitaliers avec l'âge (8,37).

#### 4.4.2. Parcours masso-kinésithérapique des patients

Les patients ont ensuite été interrogés sur leurs éventuelles consultations précédentes. Il s'agissait pour une minorité de patients d'une première prescription de masso-kinésithérapie (15%). La plupart des répondants avaient déjà réalisé des séances de kinésithérapie pour une précédente prescription (85%), et parmi eux, il s'agissait en majorité de la même pathologie que celle actuellement traitée (60%). Pour une minorité, cela correspondait en revanche à une pathologie spécifique (32%) : la rééducation périnéale et le drainage lymphatique manuel étant les deux spécificités les plus citées.

Enfin, environ deux tiers des répondants n'ont jamais changé de MK au cours d'une séquence de traitement (68%). Ceux pour qui cela s'était déjà produit ont rapporté qu'il s'agissait, pour la plupart, d'une prise en charge insatisfaisante ou d'un problème de localisation (changement de domicile entre autres). Une différence significative a été mise en évidence entre ce dernier critère et l'âge des patients ( $p < 0,05$ ). Nous aurions pu penser que, de par leur expérience et probablement un nombre de consultations plus important, la proportion de personnes les plus âgées auraient été majoritaire parmi ceux ayant déjà changé de MK. Or, il s'avère que la majorité des patients ayant déjà changé de MK ont moins de 50 ans (69%). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les étudiants ont plus tendance à changer de lieu de résidence principale en fonction de leurs études. Nous pouvons également supposer que les personnes plus jeunes sont peut-être plus exigeantes et ont moins de scrupules à changer de MK au cours d'une séquence de traitement que les personnes plus âgées, en raison d'une évolution des mentalités.

#### 4.4.3. Critères de choix principaux

Nous nous sommes ensuite penchés sur les critères de choix des patients. Ils ont été regroupés en cinq catégories :

- Les aptitudes du MK (compétences, formations, notoriété) ;
- Les caractéristiques du cabinet (équipements, localisation, accessibilité) ;
- L'exercice coordonné (cabinet de groupe et maison médicale) ;
- Les caractéristiques du MK (âge et sexe) ;
- Les autres critères (pathologie du patient et délais d'attente avant le premier rendez-vous).

Les aptitudes du MK semblent correspondre aux critères les plus importants aux yeux des patients. Arrivent ensuite les caractéristiques du cabinet puis l'exercice coordonné. Enfin, les caractéristiques du MK semblent être les critères dont les patients accordent le moins d'importance. Concernant les autres critères, les patients jugent leur pathologie comme étant le deuxième critère ayant le plus d'importance pour eux.

En effet, environ neuf personnes interrogées sur dix (92%) estiment « assez ou très important » les compétences de leur MK, telles l'écoute ou l'empathie. Ces qualités correspondent au critère le plus important aux yeux des patients, et ce sont les principaux critères qui ont pu également être retrouvés dans la partie « Autres critères vous semblent importants ». De surcroît, ce critère ressort dans plusieurs études comme étant le principal déterminant du choix des patients pour leur médecin traitant ou généraliste (26–28,38).

En revanche, 90% estiment accorder « pas ou peu d'importance » au sexe de leur MK, faisant de ce critère le moins important selon les répondants à l'étude. Ce dernier est aussi retrouvé dans la littérature, comme étant un facteur peu important pour le choix du thérapeute par le patient (27,39).

Les critères de choix des patients pour leur MK selon leur ordre d'importance semblent alors très proches de ceux rapportés dans la littérature pour leurs médecins. Il semblerait donc que les principaux critères de choix des patients soient relativement semblables pour la plupart des professionnels de santé.

#### 4.4.4. Critères concernant les aptitudes du masseur-kinésithérapeute

L'importance de la notoriété, des compétences et des formations supplémentaires du MK ont été regroupées dans la catégorie des aptitudes de ce dernier.

Ces trois critères ont été comparés avec les caractéristiques de la population et leur parcours masso-kinésithérapique. L'importance des compétences du MK ne semble alors pas varier en fonction des caractéristiques des patients. En revanche, l'importance de la notoriété et des formations supplémentaires du MK révèlent des différences significatives lorsqu'elles sont comparées à certaines caractéristiques.

Tout d'abord, l'importance de la notoriété est corrélée positivement avec l'âge des répondants ( $p < 0,001$ ). Il semblerait que plus les patients sont âgés, plus ils accordent de l'importance à la notoriété de leur MK. Huit patients sur dix de plus de 50 ans estiment notamment « assez ou très important » la notoriété de leur MK (81%). Au contraire, la majorité des répondants de moins de 30 ans trouvent ce critère « pas ou peu important » (65%).

Cette importance de la notoriété semble également varier en fonction de l'activité des répondants ( $p < 0,05$ ). Les personnes retraitées semblent représenter la catégorie de répondants qui y accorde le plus d'importance. Au contraire, les étudiants sont, quant à eux, 80% à n'y accorder que « pas ou peu d'importance ». L'activité et l'âge des répondants étant étroitement liés, il semble peu étonnant de retrouver des différences significatives, allant dans le même sens, pour ces deux critères.

L'importance des formations du MK a également révélé une différence statistiquement significative lorsqu'elle est comparée à l'âge des répondants ( $p < 0,01$ ). De la même manière que pour la notoriété, plus les patients sont âgés, plus ils accordent de l'importance aux formations supplémentaires réalisées par leur MK. 41% des moins de 30 ans estiment « pas ou peu important » les formations supplémentaires de leur MK, contre 11% des plus de 50 ans.

Nous pouvons donc penser que l'âge joue un rôle considérable sur l'importance qu'accordent les patients aux aptitudes de leur MK. Les patients semblent plus exigeants quant aux formations et à la notoriété de leur MK avec l'âge. Ce constat semble contradictoire

à la supposition établie précédemment, quant à la possible exigence des plus jeunes à l'encontre de leur MK, du fait de leur proportion plus importante à changer de MK en cours de traitement. Notre supposition est donc possiblement fautive, mais il peut également s'agir d'une différence de priorité de la part des plus jeunes. Il est possible que ces derniers soient plus exigeants sur d'autres critères, telles que les compétences de leur MK, au détriment de la notoriété et des formations. Car comme décrit précédemment, 92% de la totalité des répondants estime les compétences de leur MK comme un critère « assez ou très important ».

#### 4.4.5. Critères concernant le cabinet de masso-kinésithérapie

La localisation, l'accessibilité, ainsi que les équipements du cabinet, ont été regroupés comme critères concernant le cabinet de masso-kinésithérapie.

L'importance de la localisation et de l'accessibilité n'ont pas révélé de différences statistiquement significatives lorsqu'elles ont été corrélées avec les critères concernant la population ainsi que leur parcours kinésithérapique. En revanche, une différence statistiquement significative est observée lorsque nous comparons l'importance des équipements avec les personnes ayant effectué un séjour hospitalier ou en SSR avant leur prescription ( $p < 0,05$ ).

Il semblerait que les personnes n'ayant pas effectué de séjour hospitalier ou en SSR avant leur prescription accordent une plus grande importance à l'équipement du cabinet que les personnes dont la prescription fait suite à un séjour hospitalier ou en SSR. Nous n'avons pas trouvé d'explication pouvant justifier cette corrélation. Cela pourrait être dû à un biais de sélection, énoncé auparavant. Il serait donc pertinent de vérifier cette concordance avec un effectif plus important.

#### 4.4.6. Critères concernant l'exercice coordonné

En ce qui concerne l'exercice coordonné, l'importance de l'exercice en cabinet de groupe ainsi qu'en maison médicale ont été regroupés.

Les patients accordent de manière générale peu d'importance à ces deux critères. Néanmoins, une différence statistiquement significative a été retrouvée lorsque l'importance

de l'exercice en cabinet de groupe est comparée à la population de patients ayant changé de MK en cours de traitement ( $p < 0,05$ ). 100% des patients ayant déjà changé de MK au cours d'une séquence de traitement jugent ce critère « pas ou peu important », tandis que 35% de ceux n'ayant jamais changé de MK jugent cela « assez ou très important ». Ces données sont à relativiser en raison de l'effectif de la population et plus particulièrement de la taille de l'échantillon de personnes ayant déjà changé de MK ( $n=13$ ). Nous n'avons pas d'explication particulière quant à cette corrélation, il serait donc intéressant de constater les résultats obtenus avec un effectif plus important.

#### 4.4.7. Critères concernant les caractéristiques du masseur-kinésithérapeute

Concernant les caractéristiques du MK, l'âge et le sexe du thérapeute ont été regroupés dans cette catégorie.

Ces deux critères sont les moins importants aux yeux des répondants. De plus, il s'avère qu'aucune différence significative n'a été retrouvée lorsque l'importance de l'âge du MK a été comparée avec les critères préalablement définis. Les patients ayant déjà consulté un MK auparavant semblent cependant accorder moins d'importance au sexe de ce dernier, que les personnes pour lesquelles il s'agit de leur première prescription de masso-kinésithérapie ( $p < 0,05$ ). Il serait possible de se questionner sur une potentielle appréhension de ces derniers, quant à leur première consultation. Mais il est probable qu'il s'agisse plutôt d'un biais de sélection, d'autant plus que l'effectif de patients consultant pour une première prescription est faible ( $n=12$ ). Il serait intéressant de comparer ces critères à plus grande échelle.

En raison de croyances religieuses et culturelles ou par pudeur, nous aurions pu penser que certaines patientes auraient eu tendance à préférer une MK femme. Il est retrouvé dans la littérature que dans différentes cultures ou religions, les femmes préfèrent avoir affaire à une médecin femme et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de soins gynécologiques (40,41). Or seulement 14% de nos répondants ont répondu préférer une MK femme, et parmi eux, un seul homme a été retrouvé pour dix femmes. Cela peut tout d'abord s'expliquer par le fait que le questionnaire ne s'intéressait pas aux croyances des patients, mais également que seulement trois des répondants consultaient pour une rééducation périnéale. Il est retrouvé dans la littérature qu'en dehors des croyances, même pour des soins gynécologiques, la

grande majorité des patientes déclare ne pas avoir de préférence concernant le sexe de leur praticien (39).

#### 4.4.8. Autres critères

Enfin, nous nous sommes intéressés à l'importance des délais avant le premier rendez-vous. Ce critère ne semble pas observer de différences significatives en fonction des caractéristiques des patients. En revanche, l'importance de leur pathologie a également été étudiée. Il semblerait que les patients ayant déjà consulté un MK auparavant accordent une plus grande importance à leur pathologie pour choisir leur MK que les patients consultant pour une première prescription. En effet 85% des patients ayant déjà consulté un MK estiment « assez ou très important » leur pathologie afin de choisir leur MK, contre 58% pour les autres.

D'une manière générale, la pathologie se classe comme étant le deuxième critère le plus important selon nos répondants. Il est donc possible que les personnes accordant plus d'importance à ce critère soient des patients présentant ou ayant présenté des pathologies complexes, spécifiques ou chroniques, nécessitant différentes prescriptions de MK.

#### 4.4.9. Facteurs de communication participant au choix

Les patients rapportent avoir utilisé différents moyens afin de connaître et choisir leur MK. Deux facteurs semblent se détacher des autres. Le bouche à oreille semble le moyen le plus répandu car près de la moitié des patients estime l'avoir utilisé (46%). Nombreux sont également les répondants à avoir choisi leur MK en fonction des conseils de leur médecin (35%). En revanche, à l'heure du numérique, seulement 7% des patients estiment avoir utilisé des avis sur internet et deux répondants déclarent avoir utilisé « Doctolib® », un outil de prise de rendez-vous en ligne. Ce nombre paraît relativement faible sachant qu'Internet est aujourd'hui devenu un outil de communication très répandu. Les patients sont de plus en plus connectés et nous voyons émerger depuis 2013 de nombreuses plateformes de prise de rendez-vous en ligne (42). Toutefois, il s'agit certainement ici d'un biais méthodologique de notre part car la formulation de l'item « avis sur internet » ne tient pas forcément compte de la prise de rendez-vous en ligne. Cet aspect aurait pu être détaillé avec plus de précision dans le questionnaire. Enfin, les pages jaunes ainsi que les sociétés savantes semblent peu utilisées par les patients pour connaître et choisir leur MK (respectivement 6% et 2%).

Il semble y avoir une différence statistiquement significative entre l'utilisation du bouche à oreille et les patients ayant déjà consulté un MK pour la même pathologie que celle traitée actuellement ( $p < 0,05$ ). 64% des patients qui ont déjà consulté pour la même pathologie estiment avoir utilisé un autre moyen que le bouche à oreille pour choisir leur MK, contre 35% des patients ayant déjà consulté mais pour une pathologie différente.

Les résultats de cette corrélation sont difficilement interprétables car de nombreux facteurs auraient pu influencer ce résultat et il aurait été plus pertinent de comparer ces valeurs à d'autres données. Il aurait pu être notamment intéressant de demander aux patients consultant pour une même pathologie, s'il s'agissait d'une affection de longue durée et quel moyen avaient-ils utilisé. Nous aurions également pu comparer ces résultats avec les données concernant le changement éventuel de MK. Mais il aurait surtout été pertinent de leur demander si un changement de MK avait été effectué entre deux prescriptions en complément de la question posée en cours de traitement.

#### 4.5. Intérêt et limites des résultats

##### 4.5.1. Pour la pratique et la profession

Cette étude semble montrer que les aptitudes du MK représentent un critère important dans la décision des patients pour ces derniers. Ils semblent en tout cas y apporter une plus grande importance qu'aux critères du cabinet. Il s'avérerait peut-être intéressant pour les MK exerçant en cabinet libéral d'accorder une importance particulière aux formations réalisées. Il semble également important pour les MK de veiller à développer leurs capacités d'écoute, d'empathie et d'explications aux patients, mais aussi de ne pas délaissé ces derniers lors de leur prise en charge.

Malgré le fait que la notoriété ne semble pas être l'un des critères principaux des patients pour choisir leur MK, le bouche à oreille et les conseils des médecins semblent être les facteurs principaux de détermination. Ces deux moyens font en quelque sorte intervenir chacun la notoriété du MK sous une forme différente. Il paraît donc important de soigner le relationnel avec les patients et d'éviter les relations conflictuelles avec les médecins

prescripteurs, afin d'éviter tout phénomène de « mauvaise notoriété » qui pourrait devenir un frein à de potentiels nouveaux patients.

De plus, dans un contexte où l'accès direct aux soins de masso-kinésithérapie semble un point essentiel du futur exercice de la profession, il est probable que les patients accordent d'autant plus d'importance à ces différents critères.

#### 4.5.2. Comparaison avec la littérature

Ce mémoire comporte de nombreux biais, néanmoins, les résultats obtenus semblent rejoindre les données trouvées dans la littérature. Comme l'ont démontré plusieurs études, les compétences et les qualités relationnelles du thérapeute, telles que l'écoute ou l'empathie, sont les principaux critères de choix des patients (26–28,38). Il est également retrouvé dans ces mêmes travaux que l'exercice en cabinet de groupe, l'âge et le sexe du thérapeute sont les critères les moins importants aux yeux des patients.

#### 4.6. Perspectives d'approfondissement

Plusieurs points auraient mérité d'être davantage approfondis dans cette étude. Tout d'abord, cette étude ne s'intéresse qu'aux patients consultant en cabinet libéral. Il aurait été intéressant de confronter ces données à celles de patients bénéficiant de soins de masso-kinésithérapie à domicile. Comme il a été décrit précédemment, certains territoires souffrent de ces disparités concernant la démographie de MK et d'autant plus lorsqu'il s'agit d'intervenir au domicile des patients.

Lorsque le questionnaire a été distribué, certains cabinets prenaient en charge des enfants concernés par l'épidémie de bronchiolite. Le questionnaire ne s'adressant qu'à des patients majeurs, ce type de prescription n'a pas pu être pris en compte. Cependant, il aurait pu être pertinent de s'y intéresser, car elles nécessitent en général une prise de rendez-vous rapide.

D'une manière générale, il serait d'autant plus intéressant de réaliser cette enquête à plus grande échelle et plus particulièrement de comparer les résultats obtenus dans des territoires où la densité de MK semble relativement élevée avec des territoires considérés

comme déserts médicaux. Cela permettrait de constater s'il existe des différences dans les critères de choix des patients, mais aussi de comparer les différences existant entre des territoires où l'offre et la demande de soins sont différentes.

Enfin, il aurait été pertinent de confronter les résultats obtenus en fonction des différents cabinets. Un questionnaire recensant les spécificités des cabinets participants à l'étude aurait pu être distribué en même temps que les questionnaires à destination des patients. Cela aurait pu permettre de constater si des différences existent en fonction de la localisation des cabinets, de leur utilisation de plateformes de prise de rendez-vous en ligne ou encore de leurs « spécialisations » dans certains domaines (cabinets orientés plutôt vers de la pédiatrie, de la neurologie ou exerçant selon certaines méthodes par exemple). Les différentes formations, supplémentaires à la formation initiale, des MK auraient mérité d'être également approfondies. En effet, les patients semblent accorder une certaine importance à ces formations. Il aurait donc été intéressant de comparer quelles étaient les formations les plus réalisées par les MK et quelles étaient celles les plus sollicitées par les patients.

## **5. CONCLUSION**

Dans un contexte où les avancées technologiques et médicales ont permis une augmentation de l'espérance de vie de la population française, les demandes de soins de masso-kinésithérapie ont augmenté. La démographie des MK a quant à elle subi une forte augmentation ces dernières années pour pallier cette augmentation. Il en résulte néanmoins toujours des fortes disparités territoriales et notamment dans la diagonale du vide. Il semble alors compliqué pour certains patients de choisir librement leur MK, selon leurs propres critères. Ce mémoire avait donc pour vocation de déterminer quels étaient les principaux critères de choix des patients pour leur MK, sur un territoire où l'offre de soins est supérieure à la moyenne nationale.

Il semblerait que pour la grande majorité des patients, les principaux critères de choix soient orientés vers les aptitudes du MK. Les compétences, les qualités relationnelles et les formations de ce dernier semblent représenter des critères importants pour la plupart des patients. Au contraire, les caractéristiques telles que le sexe et l'âge du MK semblent être les critères les moins importants à leurs yeux.

Il semblerait que la majorité des patients soit peu affectée par l'exercice coordonné des MK car peu d'entre eux y accordent une importance. Il s'agit néanmoins d'un concept récent, mis en avant notamment dans le projet de restructuration du système de santé « Ma Santé 2022 ». Cette notion d'exercice coordonné est amenée à se développer davantage dans les années à venir. Il pourrait être intéressant de voir l'évolution des mentalités quant à ce concept dans quelques années.

Concernant les moyens utilisés par les patients pour connaître et choisir leur MK, une partie importante des patients semble influencée par les conseils de leur médecin. En effet, plus d'un tiers des patients déclare avoir choisi son MK suite aux conseils de son médecin. Le bouche à oreille reste cependant le moyen le plus répandu dans la population de connaître et de choisir son MK.

Enfin, le profil des patients semble avoir une influence sur les critères de choix principaux des patients. L'âge de ces derniers, ainsi qu'un contexte de première prescription, semblent notamment être les caractéristiques ayant le plus d'impact sur les différents critères de choix des patients pour leur MK.

Malgré les limites et les nombreux biais de cette étude, ce travail dresse une première ébauche des différents critères de choix des patients à l'égard de leur MK. Des études complémentaires, avec un effectif plus important et comportant moins de biais pourraient mettre en perspective des aspects différents du choix des patients.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Zielinski A. Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités. *Gerontol Soc.* 2009;32 / n° 131(4):11-24.
2. Szondi L, Schotte J, Van Reeth C. De la psychologie du choix. *Rev Philos Louvain.* 1967;65(87):332-55.
3. Lachenaud G. L'Homme capable. *Acta Fabula.* 11 déc 2007;(vol. 8, n° 6).
4. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Code de la santé publique, *Journal Officiel* n°0022 janv 27, 2016.
5. Breton D, Barbieri M, Belliot N, d'Albis H, Mazuy M, Dutreuilh C. Recent demographic trends in France: A European outlier? *Population.* 2019;Vol. 74(4):381-463.
6. INSEE. Évolution de la population – Bilan démographique 2019 [Internet]. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
7. Siat G. VI. Population. *Droit Gest Collectiv Territ.* 2016;36(1):565-70.
8. Calvet L. Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus. *DREES - Comptes nationaux de la santé*; 2012.
9. ARS. CartoSanté [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr>
10. INSEE. Définition - Unité urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine | Insee [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
11. INSEE. Définition - Commune périurbaine | Insee [Internet]. [cité 29 mars 2020].

Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1510>

12. INSEE. Définition - Communauté d'agglomération | Insee [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2053>
13. Blanchet M. Le vieillissement des campagnes : éléments d'introduction démographique et géographique. *Gerontol Soc.* 28 oct 2013;36 / n° 146(3):21-38.
14. Blanchet M. Les personnes âgées vulnérables en ville. Entre assistance et « silver market ». L'exemple de l'agglomération nantaise. *Ann Rech Urbaine.* 2015;110(1):196-205.
15. Breton D, Barbieri M, d'Albis H, Mazuy M, apRoberts L, Shapiro D. Recent Demographic Developments in France: Marked Differences between Départements. *Population.* 2017;Vol. 72(4):557-623.
16. CNOMK. Rapport démographie des kinésithérapeutes [Internet]. 2017 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: [http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport\\_demographie\\_2017.pdf](http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf)
17. Nationale A. Accès aux soins : agir vite et fort avant le point de non-retour - rapport [Internet]. Assemblée nationale. 2018 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: [http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cesoins/l15b1185-t1\\_rapport-enquete](http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cesoins/l15b1185-t1_rapport-enquete)
18. DREES. D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins. *DREES. Etudes Résultats.* Juillet 18;n°1075.
19. Barlet M, Collin C, Bigard M, Lévy D. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. *DREES. Etudes Résultats.* oct 2012;(817).
20. CNOMK. Cartographie - Ordre MK [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <http://cartographie.ordremk.fr/geoconcept-web/easy/public/portal/cnomk>
21. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Rapport d'activité 2018 [Internet]. 2019 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/08/rapport->

annuel-cnomk-2018.pdf

22. CNOMK. La démographie incontrôlée des kinésithérapeutes [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2018 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/la-demographie-incontrolee-des-kinesitherapeutes/>
23. Savignat P. Déserts médicaux, vieillissement et politiques publiques : des choix qui restent à faire. Gerontol Soc. 28 oct 2013;36 / n° 146(3):143-52.
24. Avis relatif à l'avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes. Convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, Journal Officiel n°0032 févr 8, 2018.
25. Ministère des solidarités et de la santé. Ma Santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. 2018 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)
26. Koreneva-Castaigne N. Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ? Étude qualitative auprès de vingt patients du canton de Fayence. Université de Nice-Antipolis; 2015.
27. Ferrier A. Quels sont les critères de choix d'un médecin traitant ? Etude quantitative auprès des patients de médecine générale de la région Ouest de l'Etang de Berre réalisée en 2018. Université des sciences médicales et paramédicales - Aix Marseille Université; 2019.
28. Bellegot S. Quels sont les critères de choix du médecin traitant dans le Grand Paris ? Université Paris Diderot - Paris VII; 2015.
29. Gouvernement français. Les métropoles [Internet]. 2017 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/action/les-metropoles>
30. LOI n°2017-257 du 28 février 2017 - art. 70. Code général des collectivités territoriales.
31. Perneger T. Le questionnaire de recherche : mode d'emploi à usage des débutants. Rev Mal Respir. sept 2004;21(4C-2):6S71-4.

32. Combessie J-C. IV. Sondages, échantillons. Reperes. 2007;5e éd.:45-54.
33. Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines. Les fiches en lignes de La lettre du CEDIP - Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. 2014 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: [http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche\\_62\\_cle581f59.pdf](http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf)
34. Haab F. L'incontinence urinaire : un tabou à lever [Internet]. 2014 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.pfizer.fr/sites/default/files/PDF/Incontinence-urinaire-tabou-a-lever.pdf>
35. Frullani Y. L'incontinence urinaire chez la femme, l'homme et l'enfant. Actual Pharm. févr 2014;53(533):21-6.
36. Bonnal C, Matharan J, Micheau J. La prescription de massokinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux: Rapport d'étude. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative – Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; 2009.
37. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note\\_methodologique\\_polypathologie\\_de\\_la\\_personne\\_agee.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf)
38. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. Fam Pract. 1 févr 1999;16(1):4-11.
39. Fisher WA, Bryan A, Dervaitis KL, Silcox J, Kohn H. It Ain't Necessarily So: Most Women do not Strongly Prefer Female Obstetrician-Gynaecologists. J Obstet Gynaecol Can. nov 2002;24(11):885-8.
40. Lévy I. Au nom du respect de la laïcité à l'hôpital.... Gynécologie Obstétrique Fertil.

mars 2009;37(3):282.

41. Amir H, Tibi Y, Groutz A, Amit A, Azem F. Unpredicted gender preference of obstetricians and gynecologists by Muslim Israeli-Arab women. *Patient Educ Couns*. 1 févr 2012;86(2):259-63.

42. URPS IDF Médecins Libéraux. Outils de prise de RDV en ligne pour les médecins libéraux : étude de marché [Internet]. 2017 [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: <https://fr.calameo.com/read/0005558719459698164b2>

# ANNEXES

ANNEXE I : Rapport CartoSanté, portrait des MK de la Métropole du Grand Nancy

ANNEXE II : Le questionnaire

ANNEXE III : Tableau des résultats

ANNEXE IV : Tableau des valeurs de « p » en fonction des critères de choix

# ANNEXE I : Rapport CartoSanté, portrait des MK de la Métropole du Grand Nancy



Zone d'étude **Métropole du Grand Nancy (communauté de communes (epci))**, comparée avec **France**  
**PORTRAIT 2018 - MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**

## Offre de soins des masseurs-kinésithérapeutes

### Nombre total de kinés et leur répartition par tranche d'âge au 31/12

Catégorie	Nombre		%	
	Métropole du Grand Nancy	France	Métropole du Grand Nancy	France
Moins de 40 ans	171	36 072	57,6	51,2
40 à 49 ans	35	15 401	11,8	21,9
50 à 54 ans	27	5 891	9,1	8,4
55 à 59 ans	39	6 433	13,1	9,1
60 ans et plus	25	6 647	8,4	9,4
Total	297	70 444	100,0	100,0

Source : FNPS - 2019

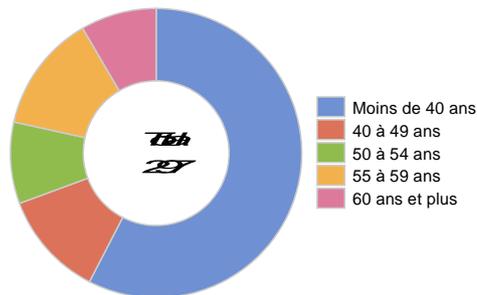
### Part des femmes kinés au 31/12

Catégories	Taux de féminisation (%)	
	Métropole du Grand Nancy	France
Total	46,5	47,0
Moins de 40 ans	52,6	53,5
40 à 49 ans	34,3	44,4
50 à 54 ans	44,4	44,6
55 à 59 ans	43,6	41,0
60 ans et plus	28,0	25,5

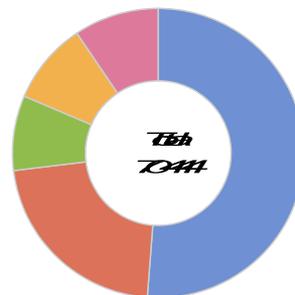
Source : FNPS - 2019

### Répartition des masseurs-kinésithérapeutes par tranche d'âge au 31/12

Métropole du Grand Nancy

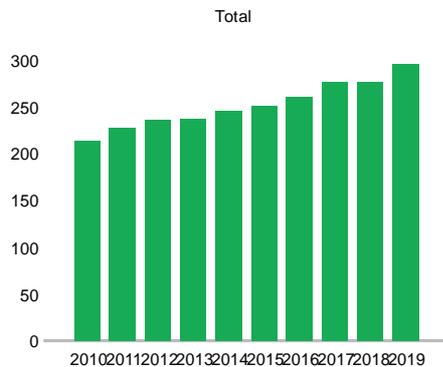


France



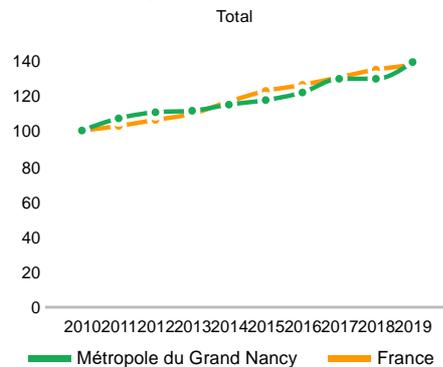
Source : FNPS - 2019

### Évolution brute du nombre de kinés au 31/12



Source : FNPS

### Évolution comparée du nombre de kinés au 31/12



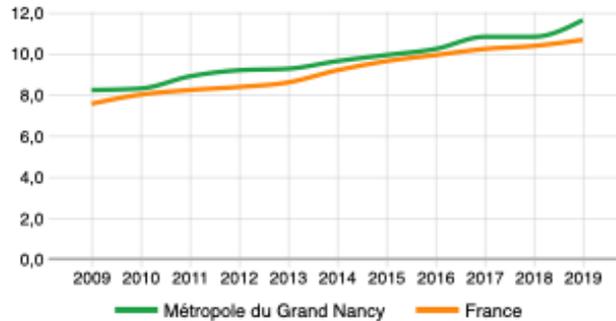
Source : FNPS

Zone d'étude **Métropole du Grand Nancy (communauté de communes (epci))**, comparée avec France  
**PORTRAIT 2018 - MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**

Densité de kinés au 31/12  
pour 10 000 hab.

Indicateurs	Métropole du Grand Nancy	France
Densité de kinés lib. (pour 10 000 hab.)	11,6 ▲	10,7

Évolution de la densité de kinés au 31/12  
pour 10 000 hab.



Source : FNPS - INSEE - 2019

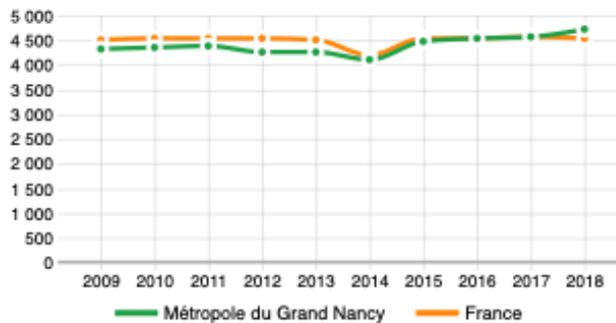
Caractéristiques de l'activité des kinés lib. actifs sur l'année complète

Indicateurs	Métropole du Grand Nancy	France
Activité moyenne par kiné lib. en nbre d'actes	4 713 ▲	4 540
Activité moyenne par kiné en terme de coeff.	37 765 ▲	36 694
Part d'activité lib. AMK (%)	26,2 ▼	26,8

Source : SNDS - 2018

Source : FNPS - INSEE

Évolution de l'activité moyenne par professionnel actif sur l'année complète



Source : SNDS

Présence d'autres structures kiné

Indicateurs	Métropole du Grand Nancy	France
Nbre de cabinets secondaires kiné lib.	81	14 694

Source : FNPS - 2019

Note

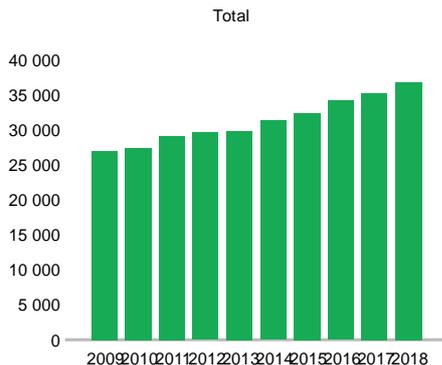
Une flèche verte indique une valeur supérieure à la valeur de la zone de comparaison. Une rouge, une valeur inférieure à celle de la zone de comparaison.

N/A est indiqué lorsque l'indicateur est indisponible ou protégé par le secret statistique (moins de 4 professionnels de santé et/ou moins de 11 bénéficiaires).

Zone d'étude **Métropole du Grand Nancy (communauté de communes (epci))**, comparée avec **France**  
**PORTRAIT 2018 - MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**

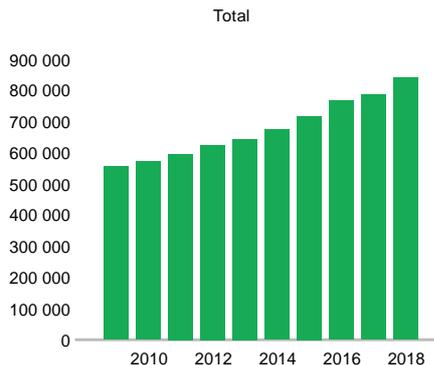
**Demande de soins auprès des masseurs-kinésithérapeutes libéraux**

**Évolution brute du nombre de bénéficiaires**



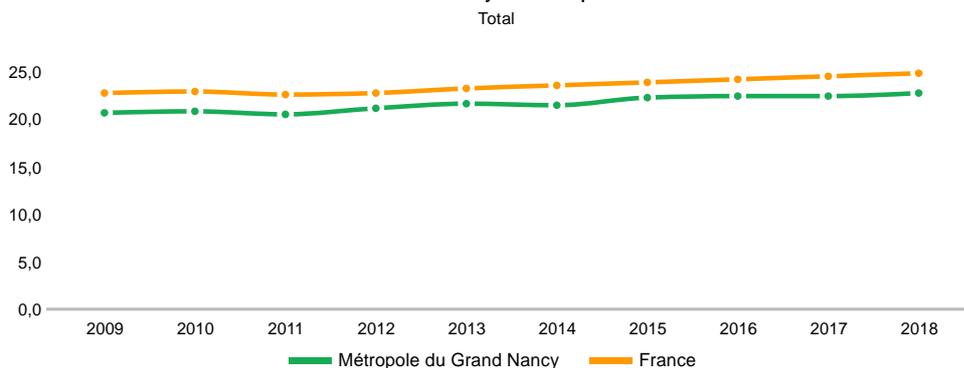
Source : SNDS

**Évolution brute du nombre d'actes**



Source : SNDS

**Evolution du nombre moyen d'actes par bénéficiaire**



Source : SNDS

**Nombre moyen d'actes par bénéficiaire**

Catégories	Consommation moyenne d'actes kinés par bénéf.	
	Métropole du Grand Nancy	France
Total	22,8	24,8
Moins de 15 ans	12,4	12,3
15 à 44 ans	16,1	17,2
45 à 59 ans	21,7	23,7
60 à 74 ans	24,0	26,3
75 ans et plus	38,5	40,5

Source : SNDS - 2018

**Caractéristiques de la consommation**

Indicateurs	Métropole du Grand Nancy	France
Part des bénéf. AMK (%)	28,5	28,4

Source : SNDS - 2018

Une échelle verte indique une valeur supérieure à la valeur de la zone de comparaison. Une rouge, une valeur inférieure à celle de la zone de comparaison.



Où s'installer en libéral en 1 clic !



Zone d'étude **Métropole du Grand Nancy (communauté de communes (epci))**, comparée avec **France**  
**PORTRAIT 2018 - MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**

Répartition des bénéficiaires d'actes kiné

Catégorie	Nombre		%	
	Métropole du Grand Nancy	France	Métropole du Grand Nancy	France
Moins de 15 ans	2 654	681 809	7,2	6,7
15 à 44 ans	11 825	2 857 559	32,1	28,1
45 à 59 ans	7 854	2 442 316	21,3	24,0
60 à 74 ans	7 601	2 282 209	20,7	22,5
75 ans et plus	6 868	1 899 111	18,7	18,7
Total	36 802	10 163 004	100,0	100,0

Source : SNDS - 2018

Répartition de la consommation d'actes kiné

Catégorie	Nombre		%	
	Métropole du Grand Nancy	France	Métropole du Grand Nancy	France
Moins de 15 ans	33 002	8 356 596	3,9	3,3
15 à 44 ans	190 188	49 162 856	22,6	19,5
45 à 59 ans	170 748	57 987 546	20,3	23,0
60 à 74 ans	182 265	60 011 338	21,7	23,8
75 ans et plus	264 479	76 819 673	31,5	30,4
Total	840 682	252 338 009	100,0	100,0

Source : SNDS - 2018

A partir de 2014, le nombre de bénéficiaires est accru de 5 à 8% selon les régions suite à un changement de sources de données (cf Documentation indicateurs dans la rubrique A propos / Définitions et sources).

N/A est indiqué lorsque l'indicateur est indisponible ou protégé par le secret statistique (moins de 4 professionnels de santé et/ou moins de 11 bénéficiaires).

## ANNEXE II : Le questionnaire

### **Pour les patients, quels sont les critères concourant au choix de leur kinésithérapeute libéral ?**

Madame, Monsieur,

En tant qu'étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Nancy, je réalise un mémoire de fin d'études qui porte sur le choix des patients concernant leur kinésithérapeute.

Dans le cadre de ce mémoire, je réalise un questionnaire destiné aux patients nécessitant une prise en charge kinésithérapique en cabinet libéral dans l'agglomération nancéenne.

Le temps estimé pour répondre à ce questionnaire est de 5 à 7 minutes.

Vos réponses resteront anonymes.

Je me tiens à votre disposition pour toutes remarques ou questions à l'adresse e-mail suivante [clothilde.garnier1@gmail.com](mailto:clothilde.garnier1@gmail.com).

En vous remerciant du temps que vous consacrerez au remplissage de ce questionnaire.

Clothilde Garnier

1. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2. Âge :

- < 30 ans
- 30-50 ans
- > 50 ans

3. Vous vivez :

- A Nancy
- Dans l'agglomération de Nancy (métropole du Grand Nancy)
- En dehors de l'agglomération de Nancy

4. Vous êtes :

- En activité
- En recherche d'emploi
- En invalidité
- En retraite
- Étudiant

Si vous êtes en activité ou étudiant, votre lieu de travail ou d'études se situe :

- A Nancy
- Dans l'agglomération de Nancy
- En dehors de l'agglomération de Nancy
- Je n'ai pas de lieu de travail fixe
- Autre

5. Quel est l'intitulé de votre prescription de kinésithérapie ?

.....  
.....

6. Votre prescription de kinésithérapie a-t-elle fait suite à un séjour en milieu hospitalier ou en soins de suite et de réadaptation (SSR) ?

- Oui
- Non

7. Qui vous a prescrit votre ordonnance de kinésithérapie ?

- Votre médecin généraliste
- Un médecin spécialiste en cabinet libéral
- Un médecin du milieu hospitalier ou de SSR

8. Avez-vous déjà bénéficié de séances de kinésithérapie ?

- Oui
- Non (passez directement à la question 9)

Si oui :

- Pour la même pathologie que pour la prescription actuelle ?

- Oui
- Non

- Pour une rééducation spécifique (nécessitant des compétences particulières du kinésithérapeute) ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

.....  
.....

- Avez-vous changé de kinésithérapeute au cours d'une séquence de traitement ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

.....  
.....

9. Pour choisir votre kinésithérapeute, cela vous semble (cochez les cases) :

	Pas important	Peu important	Assez important	Très important
La localisation				
La durée d'attente avant le 1 <sup>er</sup> rendez-vous				
Votre pathologie				
L'accessibilité du cabinet				
Les équipements du cabinet				
L'âge du praticien				
Le sexe du praticien				
La notoriété du praticien				
Des compétences particulières du praticien (écoute, empathie...)				
Ses formations supplémentaires				
L'exercice au sein d'un cabinet de groupe (plusieurs kinésithérapeutes)				
L'exercice au sein d'une maison médicale (différents professionnels de santé)				

Autre(s) critère(s) vous semblant important(s) :

.....

.....

10. Pour votre kinésithérapeute, vous préférez :

- Un homme
- Une femme
- Peu importe

11. Vous préférez que votre kinésithérapeute soit :

- Moins âgé que vous
- Sensiblement du même âge que vous
- Plus âgé que vous
- Peu importe

12. Pour choisir votre kinésithérapeute, vous avez utilisé :

- Le bouche à oreille
- Les conseils de votre médecin
- Les pages jaunes
- Les avis sur internet
- Une société savante (association...)
- Autre : .....

13. Commentaires ou remarques :

.....

.....

.....

Je vous remercie du temps que vous avez pris pour répondre à mon questionnaire.

Clothilde Garnier

### ANNEXE III : Tableau des résultats

1. Vous êtes :	
Un homme	24 (30%)
Une femme	55 (70%)

2. Âge :	
< 30 ans	23 (29%)
30-50 ans	13 (17%)
> 50 ans	43 (54%)

3. Vous vivez :	
À Nancy	32 (40%)
Dans l'agglomération de Nancy	40 (51%)
En dehors de l'agglomération de Nancy	7 (9%)

4. Vous êtes :	
En activité	35 (44%)
En recherche d'emploi	4 (5%)
En invalidité	3 (4%)
En retraite	27 (34%)
Étudiant	10 (13%)
Si vous êtes en activité ou étudiant, votre lieu de travail ou d'études se situe :	
À Nancy	20 (25%)
Dans l'agglomération de Nancy	19 (24%)
En dehors de l'agglomération de Nancy	6 (8%)
Je n'ai pas de lieu de travail fixe	0 (0%)
Autre	0 (0%)
Non répondant	34 (43%)

5. Quel est l'intitulé de votre prescription ?	
Rééducation des membres	42 (53%)
Rééducation du rachis	21 (27%)
Rééducation neurologique	5 (6%)
Rééducation périnéale	3 (4%)

Non répondant	8 (10%)
---------------	---------

6. Votre prescription de kinésithérapie a-t-elle fait suite à un séjour en milieu hospitalier ou en soins de suite et de réadaptation (SSR) ?	
Oui	21 (27%)
Non	58 (73%)

7. Qui vous a prescrit votre ordonnance ?	
Votre médecin généraliste	46 (58%)
Un médecin spécialiste en cabinet libéral	17 (22%)
Un médecin du milieu hospitalier ou de SSR	16 (20%)

8. Avez-vous déjà bénéficié de séances de kinésithérapie ?	
Oui	67 (85%)
Non	12 (15%)
Pour la même pathologie que pour la prescription actuelle ?	
Oui	41 (52%)
Non	25 (32%)
Non répondant	13 (16%)
Pour une rééducation spécifique ?	
Oui	25 (32%)
Non	41 (52%)
Non répondant	13 (16%)
Avez-vous changé de kinésithérapeute au cours d'une séquence de traitement ?	
Oui	13 (16%)
Non	54 (68%)
Non répondant	12 (15%)

9. Pour choisir votre kinésithérapeute, la <b>localisation</b> vous semble :	
Pas important	8 (10%)
Peu important	11 (14%)
Assez important	30 (38%)
Très important	26 (33%)

Non répondant	4 (5%)
<b>La durée d'attente avant le 1<sup>er</sup> rendez-vous vous semble :</b>	
Pas important	9 (11%)
Peu important	21 (27%)
Assez important	28 (36%)
Très important	20 (25%)
Non répondant	1 (1%)
<b>Votre pathologie vous semble :</b>	
Pas important	6 (8%)
Peu important	8 (10%)
Assez important	21 (27%)
Très important	39 (49%)
Non répondant	5 (6%)
<b>L'accessibilité du cabinet vous semble :</b>	
Pas important	8 (10%)
Peu important	17 (22%)
Assez important	33 (42%)
Très important	20 (25%)
Non répondant	1 (1%)
<b>Les équipements du cabinet vous semblent :</b>	
Pas important	7 (9%)
Peu important	8 (10%)
Assez important	34 (43%)
Très important	28 (35%)
Non répondant	2 (3%)
<b>L'âge du praticien vous semble :</b>	
Pas important	37 (47%)
Peu important	31 (39%)
Assez important	6 (8%)
Très important	2 (2%)
Non répondant	3 (4%)
<b>Le sexe du praticien vous semble :</b>	
Pas important	52 (66%)

Peu important	19 (24%)
Assez important	2 (2%)
Très important	4 (5%)
Non répondant	2 (3%)
<b>La notoriété du praticien vous semble :</b>	
Pas important	13 (16%)
Peu important	16 (20%)
Assez important	27 (34%)
Très important	21 (27%)
Non répondant	2 (3%)
<b>Des compétences particulières du praticien vous semblent :</b>	
Pas important	1 (1%)
Peu important	4 (5%)
Assez important	27 (34%)
Très important	46 (58%)
Non répondant	1 (2%)
<b>Ses formations supplémentaires vous semblent :</b>	
Pas important	5 (6%)
Peu important	12 (15%)
Assez important	32 (41%)
Très important	26 (33%)
Non répondant	4 (5%)
<b>L'exercice au sein d'un cabinet de groupe vous semble :</b>	
Pas important	26 (33%)
Peu important	30 (38%)
Assez important	17 (21%)
Très important	4 (5%)
Non répondant	2 (3%)
<b>L'exercice au sein d'une maison médicale vous semble :</b>	
Pas important	38 (48%)
Peu important	26 (33%)
Assez important	9 (12%)
Très important	1 (1%)

Non répondant	5 (6%)
---------------	--------

10. Pour votre kinésithérapeute, vous préférez :	
Un homme	3 (4%)
Une femme	11 (14%)
Peu importe	63 (80%)
Non répondant	2 (2%)

11. Vous préférez que votre kinésithérapeute soit :	
Moins âgé que vous	2 (3%)
Sensiblement du même âge que vous	0 (0%)
Plus âgé que vous	0 (0%)
Peu importe	75 (95%)
Non répondant	2 (2%)

12. Pour choisir votre kinésithérapeute, vous avez utilisé :	
Le bouche à oreille	36 (46%)
Les conseils de votre médecin	28 (35%)
Les pages jaunes	5 (6%)
Les avis sur internet	7 (9%)
Une société savante	2 (3%)
Autre	16 (20%)
Non répondant	2 (3%)

ANNEXE IV : Tableau des valeurs de « p » en fonction des critères de choix

	Sexe	Age	Domicile	Activité	Lieu de travail	Type de prescription	Hôpital	Prescripteur	1ère prescription	Même pathologie	Rééducation spécifique	Changement de mk
Localisation	0,63	0,56	0,08	0,87	0,065	0,92	0,97	0,27	0,48	0,14	1	1
Délais 1 <sup>er</sup> RDV	0,53	0,6	0,63	0,43	0,26	0,28	0,37	0,22	0,35	0,24	0,4	0,21
Pathologie	1	0,75	0,11	0,35	0,84	0,73	0,5	0,46	0,043	1	0,46	1
Accessibilité	0,44	0,8	0,55	0,89	0,77	0,38	0,27	0,3	0,74	0,74	0,49	0,33
Équipements	1	0,28	0,47	0,3	0,81	0,51	0,043	0,36	0,69	1	0,51	0,69
Age	1	0,72	0,48	0,23	0,92	0,4	1	0,41	0,6	0,67	0,4	0,33
Sexe	0,66	0,82	0,27	0,29	0,75	0,11	0,33	0,57	0,045	0,062	0,55	1
Notoriété	0,86	0,0009	0,058	0,011	0,059	0,38	0,31	0,19	0,52	0,77	0,69	0,076
Compétences	0,64	0,43	0,78	0,17	0,5	0,32	0,6	0,46	0,57	0,14	0,66	0,58
Formations	0,9	0,007	0,57	0,12	0,79	0,75	1	0,097	0,72	0,4	0,79	1
Cabinet groupe	0,8	0,38	0,63	0,073	0,74	0,17	0,79	0,93	1	0,7	0,67	0,013
Maison médicale	1	0,5	0,6	0,45	0,59	0,43	0,93	0,33	0,49	0,55	0,86	0,23

**Critères permettant aux patients de choisir leur masseur-kinésithérapeute libéral en milieu urbain :  
enquête auprès de patients de cabinets libéraux de l'agglomération nancéienne**

**INTRODUCTION :** Dans un contexte où la population française est de plus en plus vieillissante, et de plus en plus demandeuse de soins de masso-kinésithérapie, le phénomène des déserts médicaux est toujours bien présent en France. A l'heure où le libre choix du patient pour son praticien est un droit, il semble compliqué pour certains patients de choisir leur masseur-kinésithérapeute (MK) selon leurs propres critères. Face à ce constat, nous avons voulu connaître quels étaient les principaux critères de choix des patients pour leurs MK libéraux sur le territoire de la Métropole du Grand Nancy (MGN), où l'offre de soin de kinésithérapie est supérieure à la moyenne nationale.

**MATÉRIEL ET MÉTHODE :** Un questionnaire papier anonyme a été distribué à 100 patients majeurs de dix cabinets libéraux de la MGN. Les résultats ont été réceptionnés du 15 février 2020 au 6 mars 2020 puis analysés.

**RÉSULTATS :** Au total, 79 patients ont répondu au questionnaire. Les compétences du MK correspondent au critère le plus important pour les patients, avec une moyenne d'importance de 2,52/3. Vient ensuite leur pathologie (2,27/3), puis les formations du MK et les équipements du cabinet (2,04/3 chacun). Les patients plus jeunes accordent moins d'importance à la notoriété et aux formations de leur MK que les plus âgés. Les patients consultants pour une première prescription accordent plus d'importance au sexe de leur MK et moins à leur pathologie que ceux ayant déjà consulté auparavant.

**DISCUSSION ET CONCLUSION :** Les aptitudes du MK ont une importance particulière en ce qui concerne le choix des patients. Au contraire le sexe et l'âge du MK ont peu d'importance à leurs yeux. Le choix des patients semble largement influencé par le bouche à oreille et les conseils de leur médecin. Enfin, l'importance des critères semble varier en fonction des caractéristiques des patients. Leur âge et un contexte de première prescription de masso-kinésithérapie semblent avoir une influence sur l'importance des différents critères. Il serait intéressant de compléter cette étude en recueillant les caractéristiques des différents cabinets et de voir l'évolution des critères dans quelques années.

**Mots-clés :** choix du patient, libre choix, masseur-kinésithérapeute, santé publique.

---

**Criteria allowing patients to choose their independent physiotherapist in an urban environment: survey of  
patients from liberal practices in the French Nancy metropolitan area**

**INTRODUCTION:** In a context where the French population is more and more ageing, and more and more demanding for physiotherapy care, the phenomenon of medical deserts is still very present in France. At a time when the free choice of the patient for his practitioner is a right, it seems complicated for some patients to choose their physiotherapist (PT) according to their own criteria. In front of this observation, we wanted to know what the main criteria of choice of the patients for their independent PT on the territory of the Nancy Metropolitan Area (NMA), where the offer of physiotherapy care is higher than the national average.

**METHODS:** An anonymous paper questionnaire was distributed to 100 adult patients in ten liberal NMA practices. The results were received from February 15, 2020 to March 6, 2020 and analyzed.

**RESULTS:** A total of 79 patients responded to the questionnaire. PT skills are the most important criterion for patients, with an average importance of 2.52/3. Next comes their pathology (2.27/3), followed by PT training and practice equipment (2.04/3 each). Younger patients give less importance to the reputation and training of their PT than older patients. Patients consulting for a first prescription give more importance to the sex of their PT and less to their pathology than those who have consulted before.

**DISCUSSION AND CONCLUSION:** PT abilities are of particular importance in the choice of patients. On the contrary, the sex and age of the PT are of little importance to them. The choice of patients seems to be largely influenced by word of mouth and the advice of their doctor. Finally, the importance of the criteria seems to vary according to the characteristics of the patients. Their age and a context of first prescription of physiotherapy seem to have an influence on the importance of the different criteria. It would be interesting to complete this study by collecting the characteristics of the different practices and to see the evolution of the criteria in a few years.

**Key-Word:** patient choice, free choice, physiotherapist, public health.