

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 05 janvier 2023 à Poitiers
par Mehdi WAHBI

**Représentations et attentes des kinésithérapeutes
concernant leur collaboration avec les médecins
généralistes : Etude qualitative**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Yann BRABANT

Madame la Docteure Elodie POUPIN

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 05 janvier 2023 à Poitiers
par Mehdi WAHBI

**Représentations et attentes des kinésithérapeutes
concernant leur collaboration avec les médecins
généralistes : Etude qualitative**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Yann BRABANT

Madame la Docteure Elodie POUPIN

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pierrick ARCHAMBAULT



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Asseseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Asseseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Asseseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Asseseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jlad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Asseseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Asseseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Asseseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Asseseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Asseseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeuses émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, santé publique, biostatistiques et épidémiologie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Philippe BINDER,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Yann BRABANT,

Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et d'avoir été présent tout du long de ma formation. L'entretien motivationnel sera un souvenir que je conserverai pendant toute ma carrière. Merci pour ta gentillesse.

A Madame la Docteure Elodie POUPIN,

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse, de lire mon travail, de le juger. Je vous remercie beaucoup pour le temps et l'intérêt que vous avez consacré à cela.

A Monsieur le Professeur Pierrick Archambault, mon cher directeur,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir fait confiance pour ce choix de sujet. Merci pour ton expertise, ta bienveillance et tous les précieux conseils donnés tout au long de son écriture.

A l'ensemble des onze kinésithérapeutes ayant accepté de participer à cette thèse,

Merci de m'avoir accordé quelques minutes de votre précieux temps et d'avoir été si enthousiaste à l'idée de participer à ce travail.

A toutes les équipes médicales et paramédicales des Urgences et du service de gynécologie obstétrique de Rochefort, du service de pédiatrie de Niort,

Merci pour la formation que vous m'avez apporté pendant toute la durée de mon internat.

Au Dr Emmanuel ROBIN,

Merci à toi cher tuteur. Tes conseils m'ont été précieux pour valider mon DES.

Aux Docteurs BRAVIN Philippe, LAROZE Yves et BENETEAU Michel,

Grâce à vous, je me sens en confiance pour pratiquer ce si beau métier. Merci.

Liste des abréviations :

MG : Médecin Généraliste

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

Kiné : Kinésithérapeute

BDK : Bilan Diagnostic Kinésithérapique

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NGAP : Nomenclature générale des Actes professionnels

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

Plan

INTRODUCTION

METHODE

1. Choix de la méthode
2. Recrutement et échantillon
3. Entretiens
4. Analyse des données

RESULTATS

1. Une relation médecin-kinésithérapeute multiple, variable et frustrante.
2. Une collaboration interprofessionnelle à améliorer, pourtant très intéressante quand elle existe.
3. Le médecin généraliste au centre du parcours de soin.
4. Une satisfaction mitigée concernant les échanges interprofessionnels, une communication améliorable sur tous les points.
5. Une prescription médicale de la kinésithérapie par les médecins généralistes, imparfaite.
6. Le bilan diagnostic kinésithérapique, une utilisation et un envoi non systématique.
7. Un métier de soignant pour une rémunération très dépendante de la qualité de prescription des médecins.
8. Une formation universitaire critiquée, des connaissances à perfectionner.
9. Des métiers bien distincts, la kinésithérapie, un appui important.
10. Un accès à la kinésithérapie sans ordonnance en cours d'essai concernant les entorses et la lombalgie, une évolution de la collaboration ?
11. Une lutte de pouvoir interprofessionnelle, vraiment ?

DISCUSSION

1. Principaux résultats
2. Forces et faiblesses de l'étude
 - a. Forces
 - b. Faiblesses
3. La formation des médecins généralistes relative à la prescription de kinésithérapie est insuffisante

4. La communication interprofessionnelle nécessite d'être améliorée
5. Quid du libre accès à la kinésithérapie ? Comment fonctionnent d'autres pays ?

PERSPECTIVES

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 1

ANNEXE 2

RESUME

SERMENT

INTRODUCTION

Depuis le 13 août 2004, le médecin traitant (MG) est au centre de la coordination du soin (1). Il doit mettre en œuvre toutes les ressources pour accompagner le patient. L'intervention d'autres acteurs de la santé fait partie de ces ressources. Par conséquent, la collaboration et la communication sont des enjeux primordiaux entre le médecin et les différents professionnels de santé. Dans 98% des cas, le médecin traitant est un médecin généraliste, ce qui fait de lui un spécialiste de la coordination médicale et paramédicale.

Selon Daniele D'Amour et Ivy Oandasan (2005), la collaboration interprofessionnelle est un processus par lequel des professionnels interdépendants développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et organisée aux besoins du patient, de ses proches et de la société (2). Elle structure une action collective. Celle-ci se définit aussi par une planification de soins, une prise de décision partagée, un partenariat, un lien d'interdépendance entre les différents professionnels, un partage de l'expertise et des connaissances de chacun.

Parmi les collaborateurs du médecin généraliste, le kinésithérapeute (kiné) est un des acteurs du parcours de soin. La démographie des kinés croît depuis plusieurs années. Leur densité moyenne est passée progressivement de 117 professionnels pour 100 000 habitants en 2016 à 135/100 000 en 2020 (3). A contrario, le nombre de MG diminue depuis 2012. Ils sont environ 94 500 en 2021. La densité médicale moyenne en exercice ambulatoire libéral, se dégrade de façon constante chaque année depuis 2012 (90.4/100 000 en 2021) (4) selon le dernier rapport de la DREES parue en 2021 (5), avec d'importantes disparités géographiques.

Depuis 1996, le kiné doit communiquer toute information en sa possession susceptible d'être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution(6). L'intérêt premier est de communiquer le protocole de soins au médecin prescripteur. Il comporte le bilan des déficiences constatées, l'objectif de la rééducation, le nombre et la fréquence des séances envisagées par le kiné ainsi que son diagnostic.

Jusqu'en 2007, l'établissement du BDK et son envoi après la première séance de kinésithérapie étaient obligatoires. Puis, un avenant à la convention entre l'Assurance Maladie et les masso-kinésithérapeutes retire cette obligation. L'envoi reste seulement obligatoire pour les fiches de synthèse intermédiaire (en cas de prolongation du traitement demandée par le masseur-kinésithérapeute) et finale (7).

Dans cet avenant, il est rappelé l'importance de cet outil qui permet de renforcer la collaboration interprofessionnelle et d'améliorer la qualité des soins prodigués au patient. Toutefois, le BDK reste peu utilisé malgré les bénéfices attendus. En 2004, donc avant la fin de l'obligation de rédaction, seuls 28.8% des masseurs-kinésithérapeutes rédigeaient un bilan diagnostic (8).

Dans les faits, il s'avère que les médecins généralistes reçoivent rarement voire jamais ces fiches de synthèse (9).

En 2017, la convention des masseurs-kinésithérapeutes s'engage à développer des outils dématérialisés afin de délivrer des informations claires au patient ainsi qu'aux autres professionnels de santé. L'élaboration de la fiche de synthèse met en avant l'expertise des kinésithérapeutes (10).

Dans sa thèse de 2013, le Dr Tambour conclut (11) que les connaissances des MG sur les BDK sont parcellaires. Elles varient selon les médecins généralistes et selon le taux de réception de ces bilans, qui est kiné-dépendant. Pourtant, l'auteur décrit un intérêt à l'utilisation de ces bilans. Ils permettent dans certaines situations de modifier la prise en charge du patient sur le plan médical et parfois social, ce qui engendre pour celui-ci un gain en terme de qualité de soins et aussi sur le plan économique.

Ce BDK (12) est considéré comme trop laborieux à lire d'après les médecins et trop chronophage à rédiger d'après les kinés. Cela décourage donc les deux professionnels à demander ou élaborer celui-ci.

Par ailleurs, les médecins généralistes sont les premiers prescripteurs de kinésithérapie en France et leur part de prescription n'a cessé d'augmenter depuis 30 ans. On observe un doublement des actes de masso-kinésithérapie entre 1980 et 2008 résultants

d'une conjugaison entre démographie en hausse des kinés et augmentation de leur activité (13). Cette croissance du nombre d'actes est aussi liée à une très forte augmentation des prescriptions de kinésithérapie par les MG.

En parallèle de cette augmentation des prescriptions, il est constaté dans une étude qu'une large partie des MG semblent méconnaître les règles de prescription et aussi le travail des kinés (9).

Les règles de prescription de la kinésithérapie ainsi que la NGAP (Nomenclature générale des Actes professionnels) ont été modifiées par différents arrêtés au cours de l'année 2000, mettant à jour des réglementations datant de 1962.

Pour être conforme au Code de Santé Publique, une prescription d'actes de kinésithérapie doit comporter la date de la consultation, les nom et prénom du patient et la mention « indication de kinésithérapie ». Les termes « quantitatifs » et « qualitatifs » sont supprimés. Ainsi la gestion de l'activité des kinés n'est plus de la responsabilité des médecins.

La communication du diagnostic reste fondamentale pour orienter le kiné dans la prise en charge. Elle doit se faire avec une lettre d'accompagnement ainsi que les éventuelles indications que le médecin désire transmettre à son correspondant. Ces informations ne doivent en aucun cas apparaître sur la prescription. Cette disposition est destinée à garantir le secret médical vis-à-vis du personnel des Caisses qui manipule les prescriptions.

En 2012, un travail sur l'état de l'enseignement de la prescription de masso-kinésithérapie a été réalisé par le Dr Locher. Soixante-treize pourcents des étudiants interrogés savaient qu'il n'était pas nécessaire de préciser la fréquence, le nombre de séances et les techniques lors de la rédaction de la prescription et 60% envisageaient de suivre ces directives. Les internes ont expliqué que leur formation était souvent basée sur des contradictions existantes entre l'enseignement théorique facultaire et l'enseignement pratique des stages cliniques (14). Lors de la rédaction, s'abstenir de prescrire le type de techniques ou encore la fréquence des séances de masso-kinésithérapie permettrait aux internes de contourner ce manque de connaissance du métier de kiné.

Il ne s'agit pas de favoriser l'autonomie des kinés mais de réaliser de manière simplifiée une prescription qu'ils maîtrisent mal (8). L'offre concernant spécifiquement la formation en matière de masso-kinésithérapie pour les MG semble limitée ; en tout cas, elle n'est pas mise en avant par les organismes de formation (9).

Dans ce contexte démographique, il semble intéressant d'examiner la relation entre MG et kinés qui peut être amenée à évoluer et d'en faire un état des lieux.

Notre hypothèse de travail est qu'il existe un dysfonctionnement de collaboration interprofessionnelle entre le kinésithérapeute et le médecin généraliste.

Ainsi l'objectif principal de cette étude est d'explorer les représentations et les attentes des kinésithérapeutes concernant leur collaboration avec les médecins généralistes.

MÉTHODE

1. Choix de la méthode

Nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès des kinés libéraux de Charente-Maritime. L'étude qualitative a été choisie car elle est une méthode adaptée (15) pour explorer le ressenti des kinésithérapeutes sur cette collaboration avec les MG.

2. Recrutement et échantillon

Il existe plus de 1270 kinés salariés et libéraux en Charente-Maritime selon le Conseil de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes (16) du département. Seuls les kinés exerçant en libéral ont été inclus. Ils sont au nombre de 941 selon la liste fournie par le Conseil de l'Ordre. Nous avons sélectionné 30 personnes par tirage au sort. Celles-ci ont été jointes dans l'ordre du tirage. Vingt personnes ont été contactées, 11 ont répondu favorablement. Une seule a refusé de participer.

3. Entretiens

La grille d'entretien a été élaborée à partir des recherches bibliographiques en collaboration avec le directeur de thèse. Six questions fermées et neuf ouvertes ont été choisies. La première partie de l'entretien a permis le recueil des caractéristiques des participants interrogés. La seconde partie comportait des questions ouvertes en s'articulant autour de trois axes : la relation, la communication et la prescription (Annexe 2). Deux supplémentaires ont été ajoutées après les 3 premiers entretiens.

Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel au sein des cabinets des masseurs kinésithérapeutes. La programmation de l'entretien était planifiée avec les kinés en fonction de leur disponibilité.

Pour s'assurer de la qualité du travail de recherche de cette étude, les conditions de la grille COREQ (17) ont été remplies. Il n'a pas été nécessaire de demander l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) (18) .

Après accord oral des participants, les entretiens ont été enregistrés sur le dictaphone du téléphone portable, retranscrits manuellement sur Word puis intégralement anonymisés.

Les entretiens ont tous été menés par le même enquêteur et se sont arrêtés après suffisance des données. Ils se sont déroulés entre septembre et novembre 2022.

4. Analyse des données

Onze entretiens individuels ont été conduits auprès des kinés. La suffisance des données a été obtenue après le 8ème entretien. Trois entretiens supplémentaires ont été menés pour confirmer la saturation des données.

Les verbatims ont fait l'objet d'une analyse thématique inductive à partir des données. Une double analyse en aveugle par deux investigateurs puis une mise en commun du codage des données a permis une triangulation des données. Le codage a été effectué à l'aide du logiciel NVivo®.

RÉSULTATS

Les entretiens ont duré en moyenne 24 minutes (minimum 15, maximum 34). Parmi les interrogés, on retrouve 54% de femmes (6 femmes pour 5 hommes). Leur âge moyen est de 44 ans. Seulement un kiné travaille seul. Parmi ceux travaillant en groupe, 2 font partie d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) et 2 autres sont en clinique. La répartition du lieu d'exercice est équilibrée (tableau n°1).

Tableau n°1 : Caractéristiques des kinésithérapeutes interrogés :

	Sexe	Âge	Mode d'exercice libéral	Années d'exercice	Lieu d'exercice	Durée de l'entretien (min)
E 1	F	31	Groupe	7	Semi-rural	15
E 2	H	63	Seul	39	Urbain	33
E 3	F	25	Groupe	2	Mixte	18
E 4	F	41	Groupe	20	Semi-rural	28
E 5	F	26	Groupe	3	Rural	17
E 6	H	61	Groupe	38	Mixte	16
E 7	F	46	Groupe	18	Urbain	31
E 8	H	49	Groupe	23	Rural	25
E 9	H	43	Groupe	19	Rural	26
E 10	F	41	Groupe	19	Semi-rural	23
E 11	H	62	Groupe	40	Urbain	34

1. Une relation médecin-kinésithérapeute multiple, variable et frustrante.

Les propos des kinés concernant leur relation avec les médecins sont variés. Quatre d'entre eux la considèrent de **bonne qualité**, avançant l'argument d'une proximité et d'un lien renforcés par le biais de contacts réguliers :

E4 : *“Proche dans le sens où on se connaît déjà. Lorsque je me suis installé il y a sept ans, je me suis présenté aux médecins des différentes communes. Le médecin généraliste qui nous prescrit le plus, est aussi mon médecin généraliste et lui vient en soins kiné à notre cabinet”.*

“C’est plutôt bienveillant par ici”.

E9 : *“Une relation interprofessionnelle très intéressante”*

Beaucoup abordent une **certaine rareté** et des contacts surtout quand il y a un problème :

E2 : *“Elle est d’abord rare, on se voit peu on s’appelle peu”.*

E1 : *“ On a des contacts quand ça ne va pas”.*

En revanche, quatre kinés expriment **une frustration** et une relation quasi inexistante avec les MG. Certains regrettant des expériences passées en comparaison à leur relation actuelle :

E1 : *“j’avais plus de relations avec les médecins, ils m’envoyaient beaucoup plus de patients et on avait plus de contact. Ici, il n’y pas de médecin à proprement dit, je n’ai pas de relation, j’ai moins de relations voire pas du tout avec les médecins “.*

E10 : *“Les nouveaux médecins installés localement, je ne sais même pas à quoi ils ressemblent”.*

2. Une collaboration interprofessionnelle à améliorer, pourtant très intéressante quand elle existe.

Au regard des différents masseur-kinésithérapeutes interrogés, il existe une différence d’approche en fonction du mode d’exercice. Certains expriment une satisfaction à **travailler en équipe** dans le cadre d’une Maison de Santé Pluridisciplinaire et d’autres au sein d’une clinique, par exemple en collaboration avec des chirurgiens :

E9 : *“partie des choses les plus importantes selon moi aujourd’hui de travailler en équipe pluridisciplinaire”.*

E3 : *“La communication au sein de la clinique est idéale. On est tous ensemble dans le même bâtiment à un bureau près”.*

Par ailleurs, cette relation kiné médecin semble apporter une **confiance partagée** mais imparfaite :

E1 : *“Ça m’apporte de la confiance, au moins on sait où on va et ce qu'on peut apporter et qu'est-ce qu'on peut demander aussi à l'autre”.*

E7 : *“Ce qui manque c’est la confiance du médecin traitant envers le kiné quand celui-ci le sollicite”.*

Un des kinés évoque une collaboration **imparfaite et améliorabile** pouvant bénéficier en premier lieu au patient :

E3 : *“Nous pourrions avancer plus rapidement ensemble si on était les uns avec les autres et pas séparément. Je pense que c’est plutôt bénéfique pour le patient”.*

“Si vraiment nous kinésithérapeutes et médecins généralistes, étions plus alliés, le patient progresserait mieux je pense et peut être un peu plus rapidement”.

Pourtant il arrive parfois que cette collaboration aboutisse :

E2 : *“Décider à plusieurs du projet de mise en EHPAD, ou conseiller à un patient d’avoir un fauteuil roulant plutôt qu’un déambulateur. Par exemple avec une tutrice, son médecin traitant et moi-même on avait eu cette discussion autour de l’indication pour une patiente de la mise en EHPAD. J’ai pour le coup fourni un bilan approfondi. En fin de compte, comme la patiente progressait, nous avons pris la décision de la garder à domicile en décision collégiale”.*

Créer du lien entre professionnels aboutit pour un des kinés à une augmentation de la **confiance du patient** dans sa prise en charge :

E4 : *“Ça permet de donner une cohérence au circuit que le patient prend, c’est-à-dire qu’entre le discours du médecin et le nôtre, du fait de ce lien, ça maintient une cohérence et ça donne une confiance au patient”.*

“Cohérence, pluridisciplinarité et une confiance exceptionnelle”.

Alors que la majorité des kinés semblent assez insatisfaits de leur collaboration actuelle avec les MG, un kiné exerçant en MSP décrit lui une **relation horizontale** :

E9 : *“Ici dans cette maison médicale, je la qualifierai d’horizontale. Ça veut dire qu’on a enlevé la notion de hiérarchie. Chacun a sa propre profession et le médecin n’est pas celui qui doit nous dire quoi faire, ce qui en fait une relation inter professionnelle très intéressante”.*

3. Le médecin généraliste au centre du parcours de soin.

La majorité des kinés sont d’accord sur le **rôle prescripteur** du MG :

E3 : *“Déjà la prescription, parce que c’est vous qui nous prescrivez”.*

E6 : *“Le rôle obligatoire d’abord est qu’il est prescripteur”.*

Deux d’entre eux rapportent que la prescription sert à **trier l’accès** à leur pratique :

E10 : *“je préfère d’abord que les patients soient vus par un médecin sinon les gens vont venir pour tout et n’importe quoi. Ça filtre un petit peu”.*

Ainsi, plusieurs kinés estiment que le MG devrait **connaître les différents professionnels** exerçants autour de lui :

E4 : *“Le rôle du médecin pour moi, est d’avoir une bonne connaissance du patient et ce que font les différents kinés pour bien orienter. Le médecin a pour rôle je pense de savoir qui fait quoi et où : pour les infirmières, les kinés. Il dispatche quoi”.*

E9 : *“Avec la bonne orientation du départ, c’est une bonne orientation pour tout le monde”.*

Les kinés considèrent les MG comme des **coordinateurs** et **référents** du parcours de soin :

E2 : “ça ne me dérange pas du tout de passer par un médecin. Il faut bien un référent”.

E9: “L’importance du médecin généraliste c’est qu’il a le patient dans sa globalité et parfois nous, on pourrait passer à côté de choses”.

E5 : “D’apporter mon expertise au médecin et que lui coordonne le soin autour du patient”.

La notion de **médecin expert** ressort à plusieurs reprises dans la discussion sur le rôle du MG:

E4 : “ voir les drapeaux rouges, les contre-indications, les urgences chirurgicales. La première consultation sert probablement à éliminer les urgences et les drapeaux rouges.”

E5 : “Faire le point pour des patients complexes dont j’ai déjà tenté plusieurs thérapeutiques”.

4. Une satisfaction mitigée concernant les échanges interprofessionnels, une communication améliorable sur tous les points.

Une **communication** et de **multiples** façons de la faire :

E4: “Personnellement je communiquais beaucoup plus avec le téléphone. Mes collègues bossent plus avec le courrier, c’est quasiment systématique. Rarement pour l’envoi de documents ou de prescriptions par mail. On envoie le courrier par mail mais surtout par la poste.”

Le patient reste au premier plan pour transmettre des demandes ou des informations. La quasi-totalité des kinés citent le **patient** comme **premier moyen d’informer** le MG :

E1 : “C’est principalement à travers les patients”.

E8 : “L’intermédiaire est plutôt le patient”.

Parfois le kiné passe par des **intermédiaires** quand le patient n’est pas apte à transmettre une information fiable :

E2 : “par les infirmières en EHPAD ou par la famille si le patient n’est pas capable de se gérer lui-même. Il m’arrive rarement d’appeler un cabinet médical, c’est souvent une secrétaire à qui je passe le mot”.

Plusieurs kinés reprochent le caractère **chronophage** pour communiquer convenablement avec les MG, **frein à cette collaboration** :

E9 : “Tout est chronophage aujourd’hui, on a beaucoup de moyens de communication [...] on a Globule qu’on utilise, WhatsApp, même si officiellement on n’a pas le droit parce qu’on sait tout ce que ça peut entraîner derrière. Et ensuite à la maison de retraite, ils ont leur propre logiciel. Il faut aussi qu’on fasse des transmissions là-bas. Donc finalement on a 5-6 moyens de communication aujourd’hui ce qui est énorme”.

E11 : “Quand c’est vraiment embêtant, par téléphone. En direct. C’est souvent compliqué entre notre boulot, les secrétaires, les jours travaillés ou d’absence ce n’est pas toujours le plus rapide”.

Ensuite pour les kinés plus âgés, il existe une appétence plus importante pour joindre le médecin par **téléphone** avançant une **rapidité de transmission** d’informations et du ressenti de la situation :

E11 : “j’aime beaucoup l’échange verbal. Le téléphone en 5 min c’est fait. On peut évoquer nos bilans, nos difficultés. On lui fait part verbalement de ressentis subjectifs qui est plus simple à aborder au téléphone que par écrit”.

E9 : “J’aime bien travailler une pneumologue sur Rochefort. J’aime bien travailler avec elle, car si je l’appelle en direct, je dois l’appeler une fois par an tous les 2 ans, donc elle sait que je n’appelle pas pour rien. Après lui expliquer mon avis, elle me donne son consentement ou pas sur la situation et on gagne un temps fou pour le patient”.

Enfin un des kinés émet l’idée que la communication dépend aussi de la pratique qu’ils ont de la kinésithérapie, selon qu’ils travaillent à domicile ou en maison de retraite :

E10 : “Inexistante. Sur les 5 collègues, si vous vouliez nous interviewer tous les 5, nous aurions 5 réponses différentes. C’est particulièrement lié à notre présence, notre type d’activité [...] je n’interviens plus à domicile depuis 2015 du coup je ne croise plus personne [...] Là où on croise vraiment les médecins c’est en maison de retraite”.

5. Une prescription médicale de la kinésithérapie par les médecins généralistes, imparfaite.

Une **insatisfaction** des kinésithérapeutes ressort concernant la rédaction de cette ordonnance. Les kinés reprochent une **rédaction stéréotypée** liés aux logiciels médicaux dont la pertinence est, selon eux, souvent peu exacte :

E11 : “les logiciels médicaux nous mettent des placards de mot, une fois sur deux ce n’est pas pertinent”.

Plusieurs kinésithérapeutes y retrouvent régulièrement **des erreurs** qui nécessitent que le patient retourne chez son médecin traitant afin d’y remédier ou bien de les contacter :

E1 : “on est obligé des fois de les recontacter parce qu’au niveau de la sécurité sociale ça ne marche pas. [...] j’ai eu des prescriptions du mauvais membre, pied gauche alors que c’est le genou droit”.

Les kinésithérapeutes interrogés ne sont pas vraiment d’accord sur le contenu nécessaire de cette prescription, certains en veulent plus, d’autres préfèrent moins de détails. Par contre ils souhaitent tous un **diagnostic** ou une **hypothèse diagnostique** :

E2 : “On n’est pas friand des ordonnances fermées. Ou parfois trop ouverte”.

E4 : “Globalement je trouve que c’est assez généraliste, c’est le principe. 1/10 va vraiment avoir un diagnostic précis et une prescription en plein dans le vrai”.

E10 “il faut un diagnostic médical, une épaule c’est plein de choses ». Qu’est-ce que la personne a vraiment ?”

Les kinés rappellent que le nombre de séances, la fréquence de celles-ci et le choix des techniques sont de leur **domaine d'expertise** :

E4 : "il n'y a plus d'aspect de quantification et ça c'est bien".

E3 : "La liberté des techniques est vraiment indispensable pour moi, L'autogestion en fonction du patient c'est bien car la sécurité sociale fixe aussi le nombre de séances".

Les informations médicales utiles à la prise en charge en kinésithérapie ne sont **pas transmises selon les recommandations** actuelles nationales :

E2 : "Je n'ai jamais vu un courrier succinct d'un côté associé à une ordonnance de l'autre".

Malgré tout, ils trouvent que les prescriptions **évoluent dans le bon sens** :

E9 : "Elles ont progressé. Elles se sont améliorées".

Ce manque d'informations induit l'idée pour un des kinés qu'il existe un **désintérêt des médecins** généralistes pour la prescription à la kinésithérapie, avec pour conséquence un **frein à la communication** :

E8 : "Ce désintérêt sur la prescription, ne nous amène pas forcément à communiquer car on a l'impression que ça ne les intéresse pas de nous donner des infos, de nous intégrer vraiment dans le mécanisme de soin".

6. Le bilan diagnostic kinésithérapique, une utilisation et un envoi non systématique.

Deux des kinésithérapeutes interrogés ne font **jamais** ce **BDK**, reprochant la difficulté à résumer un bilan, via des **logiciels** considérés comme **non adaptés**. Ils mettent en avant la charge administrative de l'exercice avec une **rémunération peu encourageante** de la part de la sécurité sociale :

E6 : *“Jamais. C’est encore de la paperasse en plus. On peut le faire. On en revient à une considération économique, la sécu par le passé nous avait dit que le premier acte serait compté double en réalisant ce bilan. On veut bien travailler, mais ils n’ont pas le courage d’augmenter nos actes par ailleurs”.*

E10 : *“Je n’en fais jamais. Car ce n’est pas pratique. Il existe un format dans le logiciel mais ce n’est pas pratique. On l’imprime, il n’y a pas assez de place pour écrire”.*

Par ailleurs, deux d’entre eux estiment n’avoir **pas le temps** nécessaire de le faire systématiquement dans leur travail au quotidien :

E2 : *“On a beaucoup de travail. Un bilan c’est pratiquement une bonne demi-heure de boulot quoi”.*

E4 : *“Avant je les envoyais, mais faute de temps je n’ai pas persévéré”.*

Cependant d’autres kinés **produisent** ce BDK **régulièrement** pour leur propre pratique et le **suivi du patient** mais n’estiment pas nécessaire de le fournir au médecin généraliste :

E5 : *“j’ai jamais vraiment renvoyé les bilans ensuite. On le garde pour nous en fait. Ça me permet de voir l’évolution, la progression du patient dans sa rééducation”.*

E8 : *“Pff, on ne l’envoie pas. On le fait de toute façon systématiquement, on a un questionnaire, on l’interroge, on a les examens médicaux. C’est maintenant une sorte de diagnostic que ne fait plus le médecin”.*

Ensuite le retour fait par les MG ne semble pas motiver l’envoi des BDKs selon les kinés interrogés :

E11 : *“C’est peu intéressant, les médecins nous disent qu’ils n’ont pas le temps de les lire. Ils ne les regardent pas”.*

E4 : *“Et puis c’est tellement complet que ça prend plus que trente secondes de le lire, ça prend probablement cinq à dix minutes”.*

Ce **bilan** ne serait que **rarement demandé** par les médecins :

E9 : *“il existera une demande lors des accidents de travail, avec une vigilance et une demande de notre vision de praticien”.*

E11 : *“moi les quelques demandes qu’il y a eu de bilan de kinésithérapie c’est les médecins conseils dans le cadre du suivi de patient”.*

Pour beaucoup ce BDK permet de **justifier les techniques** utilisées et permet une **traçabilité** dans le dossier du patient :

E11 : *“Mais il existe ce bilan. Avant, pendant, après. J’ai de quoi discuter avec n’importe qui, n’importe quand, à compétence et compréhension égale des techniques utilisées, les échecs et réussites effectuées”.*

Un autre élément freinant l’envoi de ce BDK est le **manque de retour** des MG sur ce document:

E9 : *“Sinon non je n’envoie pas car on n’a jamais de retour. On ne sait pas si le médecin le regarde, le stock. [...] On aimerait avoir un feedback des médecins”.*

7. Un métier de soignant pour une rémunération très dépendante de la qualité de prescription des médecins.

Six des kinésithérapeutes abordent le sujet de la **rémunération** au travers de la **qualité de rédaction** des ordonnances :

E1 *“On a des actes qui sont hyper bas. On est à 16,13€ et juste nous revaloriser. En prescription s’ils nous mettent le dos et une jambe et bah on est à 18€ la séance”.*

E4 : *“dans les cotations, suivant les intitulés : soit une cotation à MS7-5 ça veut dire 16.13€ la séance ou MS9-5 20€ la séance”.*

Deux des kinésithérapeutes interrogés évoquent le **déconventionnement** pour certains actes de soins :

E1 : *“j’ai fait plein de formations qui normalement me permettraient que je me déconventionne pour gagner 50€ la séance”.*

8. Une formation universitaire critiquée, des connaissances à perfectionner.

A plusieurs reprises les kinés interrogées reprochent le **manque de connaissances** des MG concernant leur travail :

E10 : *“ils ne connaissent pas les outils ou la façon dont on travaille”.*

E3 : *“Est-ce que vous connaissez les techniques qu’on utilise en kiné ? En fait je ne suis pas sûr que vous ayez des notions de ce qu’on utilise”.*

D’ailleurs, deux d’entre eux ne se sentent **pas considérés** par les prescripteurs :

E4 : *“ Des fois j’ai l’impression qu’on est la cinquième roue du carrosse”*

E1 : *“ à quoi sert-on ?”*

Des hypothèses sont émises concernant la **formation universitaire** des futurs MG :

E1 : *“avoir une formation à la faculté de chaque métier du paramédical, infirmier, ergothérapeute, tous les métiers. Un module, quelques heures où on vous donne un tableau”,*

E11 : *“Ils ont des internes. Régulièrement ils passent une journée avec nous. Ils sont toujours en pleine découverte de tous les secteurs qu’on peut faire et comment on aborde la problématique”.*

Ensuite, deux des interrogés rapportent un niveau de formation plus important actuellement et des **compétences accrues** dans leur domaine :

E2 : *“Concernant les entorses, je me sens aussi capable voir plus qu’un médecin généraliste car c’est notre quotidien”.*

E3 : *“On donne aussi notre expertise maintenant. On a fait cinq ans d’études, on a un niveau master”.*

Cependant à côté des critiques constructives de leur part, ils prennent de la distance sur leurs exigences concernant les MG :

E7 : *“nous on a du mal à être formé et informé sur notre propre boulot, je ne vois comment des médecins qui ont aussi leur propre formation médicale à gérer, pourraient en plus s’intéresser à notre métier”.*

E6 : *“L’expérience que j’ai c’est qu’un spécialiste oublie tout ce qui ne concerne pas sa spécialité, un généraliste il est censé être généraliste et donc il n’est pas censé tout savoir non plus.”*

Enfin plusieurs **proposent des solutions** du côté universitaire :

E9 : *“Je pense qu’il serait opportun que des kinés interviennent dans les écoles de médecine. Apporter notre expertise à ce niveau-là”.*

9. Des métiers bien distincts, la kinésithérapie, un appui important.

Les personnes interrogées s’accordent sur la notion de métiers bien **différenciés** et **complémentaires** :

E6 : *“Si chacun fait son métier. Je travaille avec des chirurgiens, des spécialistes, des généralistes. Je ne vais pas faire leur boulot, je n’ai pas la compétence et je n’ai pas envie. Et eux ne veulent pas faire le mien. Si chacun fait bien son boulot, le patient va mieux”.*

A contrario, un des kinés affirme que des collègues essaient de sortir de leur rôle spécifique :

E1 : *“j’ai déjà rencontré des collègues qui au contraire veulent se prendre pour le médecin et ils cherchent à dénigrer tout ce que le médecin dit”,*

Alors que cette relation existante entre un patient et son kiné est très importante dans l'évolution de sa prise en charge globale :

E3 : "Au début on connaît le patient moins que vous puis mieux que vous".

Ensuite deux kinés évoquent un **sentiment d'utilité**, une fierté à exercer ce métier :

E2 : "Je me sens utile par ailleurs à la société".

E6 : " On ne peut pas faire 38 ans un métier si on ne l'aime pas".

Un soignant mentionne des compétences distinctes qui aideraient à mieux approfondir certains diagnostics :

E1 : "Ensemble on peut poser un vrai diagnostic. Avec nous les kinés, le diagnostic physique par nos tests et vous vous faites le diagnostic médical avec les examens complémentaires et ce qu'on ne peut pas voir".

E7 : "J'ai passé le cap de faire ma tambouille dans mon coin. Un jour le fait de travailler avec eux m'a permis d'augmenter le bien être de mon patient. Ça m'a libéré d'un poids quand un médecin me dit : « je n'en sais rien c'est ton job ça ». Ça égalise les relations".

Dans l'optique d'une meilleure collaboration, des suggestions sont proposées :

E5 : "Ce qui pourrait être intéressant c'est d'avoir plus de liens et de discuter entre médecins et kinésithérapeutes afin de mieux connaître le métier de l'autre".

E7 : "Ça pourrait être intéressant de faire des soirées d'échange localement".

10. Un accès à la kinésithérapie sans ordonnance en cours d'essai concernant les entorses et la lombalgie, une évolution de la collaboration ?

Les kinés interrogés ne sont pas d'accord entre eux sur cette évolution de leur métier, d'un côté les optimistes :

E7 : *“Je pense que ce n’est pas nécessaire (en parlant de la prescription) et souvent ça fait perdre beaucoup de temps au patient”.*

Mais cette personne pondère ses propos en estimant que les prescriptions médicales jouent un **rôle de garde-fou** :

E7 : *“En revanche à côté de ça, ça évite les excès et les abus. [...] Il faut cadrer. Je fais partie d’un syndicat et combien de fois on a vu des kinés qui ont fait 300, 400, 500 séances”.*

De l’autre côté, les réticents :

E10 : *“Je ne suis pas très fan de travailler sur des gens sans prescription, je préfère d’abord que les patients soient vus par un médecin”.*

E1 : *“Je trouve que ça sécurise de passer par le médecin”.*

Beaucoup pondèrent cette évolution en fonction de l’indication médicale :

E5 : *“Pour les pathologies neurologiques, c’est important de passer par le médecin pour évaluer toutes les thérapeutiques utiles. Notamment pour les syndromes parkinsoniens. Ça me paraît évident”.*

E3 : *“Après pour le reste, ça me semble normal d’être sur prescription et ça me paraît très important”.*

En revanche, ils estiment que cet accès sans ordonnance donnerait plus de temps aux MG et ferait **gagner du temps** au patient :

E5 : *“le fait de voir le patient sans ordonnance peut faire gagner du temps au patient comme au médecin”.*

Les kinés parlent de **responsabilité à assumer** :

E2: *“Je suis bien content que la responsabilité ait été prise par le médecin. Il y a un côté déresponsabilisant qui n’est pas si mal, on a moins de pression administrative. C’est le médecin qui prend toutes les responsabilités”.*

E6 : *“Je pense que si notre profession veut devenir ; sans devenir l’égal des professions médicales ; responsable, on doit être capable d’être responsable jusqu’au bout”.*

Un accès libre sans prescription mais pas dans l’état actuel, estiment plusieurs kinés :

E11 : *“Quelque part dans l’idée, les choses sont faites pour décharger le médecin de tout un tas de pathologies qui pourraient être visitées plus vite, mais on ne nous donne pas les moyens de les gérer”.*

E8 : *“il faudra nous donner un pouvoir de prescription d’imagerie médicale derrière, sinon ça ne sert à rien.”*

Cette prescription semble **freiner la collaboration** médecin-kiné selon l’un d’entre eux :

E6 : *“Je crois sincèrement que si la prescription n’était pas légale, qu’on pouvait faire nos séances sans passer par ces ordonnances, nous aurions des relations différentes avec les médecins généralistes. Le dialogue serait d’autant plus libéré”.*

Cette même personne estime que la communication serait meilleure :

E6 : *“ Si on a la prescription, on assure, on assume nos actes, on communique, on fait tout. Les échanges augmenteront en qualité probablement”.*

Enfin un des kinés explique cette évolution de l’accès à la kinésithérapie par une **démographie médicale malade** depuis longtemps :

E8 : *“Le seul souci maintenant c’est le manque humain. On est en train de créer des aides kinés, les infirmières récupèrent des actes. Nos syndicats veulent plus. Il y a 23 ans c’était déjà la même chose, le désert médical. Pour moi tout est lié au manque de moyens humains*

en France depuis 35 ans. Si les médecins essaient de déléguer au kiné c'est qu'ils n'ont plus de temps de le faire".

11. Une lutte de pouvoir interprofessionnelle, vraiment ?

La réponse n'est pas unanime, loin de là. Pour certains cette lutte de pouvoir est évidente :

E11 : "Oui. Bien sûr. Je ne sais pas comment bien le définir mais pour moi c'est clair. Actuellement le médecin est la pierre angulaire avec en dessous tout ce qui est paramédical, sous tutelle".

Pour d'autres elle n'existe pas :

E4 : "Chez les médecins, je ne conçois même pas qu'il y ait une lutte de pouvoir, chacun a sa place et au contraire je trouve qu'on se complète bien".

Ensuite certains pensent plutôt que cette dite lutte de pouvoir est plus une bataille d'égo et de personnalité :

E8 : " Ces personnalités qui ont une grosse tête, on les trouve dans chaque métier. C'est peut-être pire pour les chirurgiens et l'impact qu'ils ont sur les autres".

D'ailleurs plusieurs abordent la notion de **professionnalisme** :

E6 : "Je crois que c'est la connaissance de la limite de ses connaissances qui est importante. Si vous savez où votre boulot s'arrête, vous ne serez pas dangereux pour votre patient".
E9 : "Il ne faut pas oublier cette notion d'interprofessionnalité. Rester à sa place quand celle-ci est bonne".

Tenant de répondre à un problème d'accès au soin, les kinés émettent l'idée que cette **lutte de pouvoir** serait plutôt **au niveau ordinal** :

E9 : *“les négociations qui ont eu lieu dernièrement entre les différents Ordres et la sécurité sociale, il en est ressorti une certaine frustration de la part de l’ordre des médecins parce que l’ordre des kinés a attaqué sec parce qu’ils veulent un petit peu de l’activité en se disant : « on est capable, on est capable”.*

Ce même kiné dit d’ailleurs qu’il existe une **volonté de liberté et d’autonomie** de la part de son Conseil de l’Ordre :

E9 : *“il y a une poussée des syndicats et de notre ordre pour plus d’émancipation”.*

Un autre aborde des **axes d’amélioration** dans la relation :

E11 : *“Il faut aussi que le médecin ait envie de regarder le kinésithérapeute pas forcément comme un exécutant ni comme un subalterne, mais comme quelqu’un qui a acquis des compétences et qui peut l’informer d’une autre manière sur la santé et le suivi du patient”.*

Bien faire **attention au dénigrement** de l’autre, rapporte un kiné :

E1 : *“j’ai déjà rencontré déjà des collègues qui au contraire veulent se prendre pour le médecin et ils cherchent à dénigrer tout ce que dit le médecin. A l’inverse il y a certains médecins qui nous dénigrent”.*

Pour finir, il est important de noter une notion de **sexisme** exprimé par l’un des kinés :

E7 : *“Il y a un gros problème de sexisme. Un homme orientera vers un homme sauf pour les trucs à la con, gynéco, drainage. J’ai eu le temps de prendre du recul. Pour une chose de sérieux, kiné du sport par exemple, on adresse vers un homme. « C’est logique, il est forcément meilleur”.*

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Nous pouvons retenir de cette étude qualitative que les kinés jugent leur collaboration insuffisante avec les MG et ils s'accordent sur le fait que la relation interprofessionnelle reste limitée.

2. Forces et faiblesses de l'étude

a. Forces

Intérêt de l'étude :

Dans la littérature, il existe plusieurs thèses qui s'intéressent à la collaboration interprofessionnelle entre kiné et MG (8,9,12). Il s'agit d'un sujet très actuel. Certaines thèses se penchent sur la prescription médicale (19,20).

D'autres travaillent sur l'élaboration d'une méthode, d'une aide à la prescription pour mieux communiquer (8,21). Mais peu s'intéressent à la collaboration dans sa globalité.

Méthodologie :

Tout d'abord, le tirage au sort a permis de minimiser les biais de sélection.

En second lieu, une étude qualitative par analyse thématique inductive a été menée. Les concepts et sous concepts du verbatim ont été déterminés à partir des entretiens réalisés, et non déduite des questions posées ou de la bibliographie parcourue.

Enfin, l'obtention de la redondance des données ainsi que le codage par deux enquêteurs différents ont limité la subjectivité de l'analyse. L'ensemble des critères de la grille COREQ ont été utilisés pour évaluer la qualité de la méthodologie (22).

L'échantillon cible :

L'échantillon tiré au sort est représentatif comparativement aux données nationales : il existe une égale répartition des types d'exercice (urbain, rural et semi-rural) parmi les participants.

b. Faiblesses

Biais de recrutement et de volontariat :

Les masseur-kinésithérapeutes qui ont répondu favorablement à cette étude sont certainement intéressés par le sujet. Il se peut que les réponses des personnes n'ayant pas répondu à la sollicitation ou qui ont répondu défavorablement, aient été différentes.

Biais d'interprétation :

Le manque de formation et d'expérience de l'enquêteur a pu être la cause de biais méthodologique ou de biais d'interprétation. Le fait que l'enquêteur se présente comme étudiant en médecine générale a pu également être un biais d'entretien lors du recueil des témoignages malgré le fait que les kinés ont dit se sentir libre de parler.

3. La formation des médecins généralistes relative à la prescription de kinésithérapie est insuffisante

Les kinés interrogés ont mis en avant une méconnaissance de la part des MG, des règles de prescription de kinésithérapie, ainsi que de leur champ d'activité. Si certains sont satisfaits des ordonnances, notamment faites en maison pluridisciplinaire et en clinique, cette méconnaissance est abordée dans plusieurs travaux. En 2016, L.Vigreux explique que dans les ordonnances de kinésithérapie, le diagnostic, les antécédents, les contre-indications, les résultats des examens complémentaires et les traitements déjà réalisés, étaient peu mentionnés (19).

Avec l'évolution des règles de prescription, les caractères quantitatif et qualitatif des ordonnances ne sont pas ressortis des entretiens contrairement à ce que rapporte R.Soudry dans son travail de thèse en 2012 (23). Les kinés ne semblent pas intéressés par la mention, sur l'ordonnance, des techniques à utiliser dans leur prise en charge. Ils les considèrent comme étant de leur domaine d'expertise.

La cotation basée sur le contenu de la prescription s'avère difficile à mettre en œuvre. L'utilisation de l'ordonnance à des fins administratives et économiques est une contrainte exprimée dans d'autres thèses (12).

Cette méconnaissance des MG a également été retrouvée dans plusieurs travaux sur la relation du médecin généraliste avec d'autres professionnels de santé tels que les infirmiers, les orthophonistes (23) mais également les pharmaciens (25). Un des kinés interrogés suggère de réaliser une ou plusieurs journées à leurs côtés, afin de pallier ce manque. Pour autant, ces méconnaissances semblent s'opposer à l'intérêt que portent les MG à se former dans le domaine de la kinésithérapie via les formations facultaires et/ou continues (20). En 2014, les MG de la Réunion déclarent se former à partir de revues médicales, par curiosité, et par l'expérience qu'ils ont eue en étant eux-mêmes patients et par leur entourage. Soixante-cinq pourcents des MG interrogés sont en demande de formation dès la faculté et 85% d'entre eux la souhaitent par l'intermédiaire de la formation médicale continue (20).

4. La communication interprofessionnelle nécessite d'être améliorée

A l'instar de la prescription médicale, le BDK est un autre moyen de communication indirecte. Selon les kinés interrogés, celui-ci est très peu souvent envoyé. Ce constat est en accord avec la thèse d'E. Grabli (12) qui rapporte que les BDK sont vécus comme des contraintes administratives, chronophages, rarement demandés par les MG et présentant peu d'intérêt pour ces derniers. Pour autant, quand le MG n'est pas sûr de son diagnostic, il serait intéressé d'utiliser le BDK comme information complémentaire (9,12).

D'autres travaux de thèse ont essayé d'élaborer des outils de communication : nouveau modèle d'ordonnance de kinésithérapie ou un courrier type (21), afin d'uniformiser les prescriptions et de rendre plus synthétiques les courriers adressés. Cependant, il semblerait que les discussions téléphoniques restent le moyen de communication principal (9,12). Le patient est aussi un vecteur pour échanger entre les professionnels de santé, en apportant et en transmettant de l'information.

Deux kinésithérapeutes suggèrent des rencontres professionnelles ou conviviales pour mieux se connaître. Dans sa thèse A. Dellandrea (9) parle d'une expérience menée en milieu rural dans la Drôme pour des professionnels de santé en demande d'échanges. Des réunions à thème y étaient organisées une fois tous les deux mois afin de parfaire la formation et d'entretenir les relations. Il en ressort toutefois une difficulté à préserver la motivation des participants sur la durée. Malgré tout, à la suite de cette expérience, il a été reconnu une progression de la communication par téléphone ou par mails entre les différents intervenants.

Selon notre travail, les relations interprofessionnelles semblent meilleures au sein des maisons pluridisciplinaires et des cliniques. La proximité des acteurs de santé permet alors un accès plus facile à l'information (9). Une meilleure connaissance des différents acteurs de santé locaux semble également améliorer la collaboration. La notion d'horizontalité de la relation ressort d'un des entretiens en MSP, chacun ayant la parole. Nous notons l'absence dans les entretiens de la mention des CPTS qui se développent et qui sont destinées à devenir la base de la relation interprofessionnelle sur les territoires.

5. Quid du libre accès à la kinésithérapie ? Comment fonctionnent d'autres pays ?

Le libre accès à la kinésithérapie est un sujet régulièrement débattu en France. Des expériences sont menées (26) dans le cadre des entorses et de la lombalgie au sein des MSP et centre de santé, initialement prévues en test dans 6 départements. Il est désormais possible d'y participer à l'échelle nationale après accord de l'ARS locale en suivant un protocole et par la formation des professionnels de santé impliqués. Si certains kinésithérapeutes parlent d'émancipation et d'une meilleure reconnaissance de leur métier, d'autres rappellent les rôles

de la prescription médicale (informer sur le diagnostic, filtrer l'accès au soin, responsabiliser le prescripteur).

Ce libre accès n'est pas satisfaisant en l'état, les kinés voudraient un droit de prescription plus élargi. L'imagerie et les antalgiques sont les plus cités, moyennant une formation complémentaire. Ce libre accès pourrait, selon des kinés, améliorer la communication interprofessionnelle et abolir un sentiment de hiérarchie qu'impose la prescription. Les orthophonistes s'interrogent de la même manière sur la nécessité d'une ordonnance pour accéder à leurs soins (24).

En 2020, une revue de la littérature (27) a étudié l'impact d'un modèle de soin avec libre accès à la kinésithérapie pour les troubles musculo-squelettiques. L'Australie et le Royaume-Uni sont les premiers pays à avoir introduit ce modèle de soins primaires respectivement en 1976 et 1977. Plus récemment le Canada, la Norvège, les Pays-Bas, la Suède, l'Afrique du Sud et Singapour leur ont emboîté le pas. A ce jour, ils sont 48 pays à avoir adopté cette solution.

Selon cette revue de la littérature (27), ceci contribuerait dans ces pays à une diminution du coût de la santé, un recours moindre aux médicaments et à l'imagerie médicale, moins de passages aux urgences pour ces troubles et une meilleure satisfaction du patient. Cependant, aucune différence n'a été mise en évidence en matière de charge de travail des MG en opposant un accès direct à la kiné et un accès par le médecin en premier lieu. Les auteurs critiquent la méthodologie de certains travaux étudiés ayant des niveaux de preuve hétérogènes. De plus, dans une optique d'autonomisation de la profession, il n'a pas été noté d'impact sur la collaboration interprofessionnelle, qui est pourtant un sujet recommandé par la Confédération internationale de la physiothérapie (World Confederation for Physical Therapy) (28) (autre terme équivalent à la kinésithérapie en France).

Il semble que la mise en place du libre accès au kinés (ou l'équivalent à l'étranger) ait été motivée pour des raisons de santé publique (27).

L'amélioration de la collaboration par le libre accès est très peu étudiée. Un travail de recherche en Angleterre (29) conclut que l'accès à la kinésithérapie sans ordonnance médicale doit passer par une amélioration de la communication entre les deux parties ainsi que par une

mise en commun des informations. Dans ce même pays, une autre étude en 2015 (30) met en avant des problèmes de communications interprofessionnelles entre kinés et MG, malgré ce libre accès depuis 50 ans. Peut-on finalement considérer l'accès libre à la kinésithérapie comme une solution miracle ? Ce n'est peut-être qu'un des facteurs impactant la collaboration interprofessionnelle. D'autres études devront s'intéresser à ce sujet.

PERSPECTIVES

Cette étude a mis en évidence la vision des kinés sur leur collaboration avec les MG. Pour répondre à leurs attentes, une meilleure connaissance de la part des MG concernant les règles de prescriptions, le champ de compétence des kinés ainsi que davantage de communication entre les deux professionnels de santé, semblent être des conditions indispensables. Des rencontres entre kinés et MG semblent être une solution pour améliorer la relation interprofessionnelle. Le développement des réseaux de professionnels de santé territoriaux et la collaboration interprofessionnelle dans le cadre des CPTS peuvent jouer un rôle important pour améliorer cette collaboration.

CONCLUSION

Dans un contexte d'accès au soin de plus en plus difficile pour le patient, la collaboration interprofessionnelle devient un enjeu de santé publique. Les kinés la jugent insuffisante avec les MG. Ils ressentent des difficultés dans la communication, dans la prescription médicale et dans les connaissances qu'ont les MG de leur métier. Ils estiment nécessaire d'améliorer l'enseignement de la kinésithérapie pendant les études de médecine et les formations continues.

Ils reconnaissent ne pas effectuer régulièrement les bilans diagnostics kinésithérapiques et ils les envoient rarement. Le développement de structures pluriprofessionnelles territoriales semble être une des solutions pour améliorer la collaboration entre chaque acteur.

Une future étude s'intéressant au libre accès à la kinésithérapie et à l'impact de ce choix sur les relations entre médecin et kinésithérapeute dans les années à venir pourrait compléter ce travail. Il serait intéressant de comparer la qualité de la communication interprofessionnelle dans un milieu rural avec peu d'acteurs de santé versus un milieu urbain avec des acteurs plus nombreux. Enfin une étude sur le ressenti du patient concernant son parcours de soins entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute serait intéressante, peu d'études existent à ce sujet dans la littérature.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel, n°0190 du 17 août 2004, 1-33p. [Internet]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158/>
2. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. J Interprof Care. 1 juin 2005 ;19 Suppl 1:8-20.
3. Guillaume A. Rapport 2020 sur la démographie des kinésithérapeutes selon l'INSEE. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes [Internet]. Disponible sur :
<https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2021/03/rapportdemographiemk.pdf>
4. Observatoire des territoires. Densité de médecins généralistes libéraux. Insee, Base permanente des équipements 2020, recensement de la population 2018. [Internet]. Disponible sur :
https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=273368,6048297,491657,311422&c=indicator&i=offre_sante.dens_nb_mgdg&s=2020&view=map9
5. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les Dossiers de la DREES, n°76 du 26 mars 2021, 12-19p.
6. Décret n°2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute – Légifrance [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005629569>
7. Convention nationale organisant les rapports entre masso kinésithérapeutes libéraux et caisse d'assurance maladie signée le 3 avril 2007. Journal Officiel, n°149 du 29 juin 2007. Texte n°27. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000274409>
8. Tatin M. Collaboration entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes : élaboration d'un outil de communication. Thèse d'exercice. Université de Paris-Descartes. 2018 ; 21p.
9. Dellandrea A. Étude des relations interprofessionnelles entre les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes. Thèse d'exercice. Université de Nancy. 2013 ; 83p.
10. Avis relatif à l'avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes. Journal Officiel, n°0032 du 8 février 2018. Texte n°93. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036580951>
11. Tambour E. Connaissance et utilisations des fiches de synthèse kinésithérapiques par les médecins généralistes. Thèse d'exercice. Université de Reims. 2015 ; 77p.

12. Grabli N. Étude qualitative par focus groupes sur la relation entre les médecins généralistes et les masseurs kinésithérapeutes : échanges interdisciplinaires entre professionnels de santé pour améliorer la communication et la prise en charge des patients en soins primaires. Thèse d'exercice. Université de Montpellier. 2018 ; 121-122p.
13. Bonnal C, Matharan J, Micheau J. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Paris : DRESS, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative ; 2009. 27p.
14. Locher M. État des lieux de la prescription de kinésithérapie en France et de son enseignement aux internes de médecine générale. Thèse d'exercice. Université de Strasbourg. 2013 ; 15p.
15. Pelaccia T, Paillé P. La recherche qualitative en pédagogie médicale : histoire, pratique et légitimité. Pédagogie Médicale. 2011; 12 (3) : 179-192.
16. Conseil de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes de la Charente-Maritime. [Internet]. Disponible sur : <https://charentemaritime.ordremk.fr/>
17. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 1 janv 2008 ; 84 :142-5.
18. Jouannin A, Lorenzo M. Recherche en santé et formalités réglementaires. 2020. [Internet]. Disponible sur : <https://enquetes-partenaires.univ-rennes1.fr/index.php/17674?newtest=Y&lang=fr>
19. Vigreux L. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de la Somme: enquête auprès de 94 masseurs-kinésithérapeutes de la Somme. Thèse d'exercice. Université d'Amiens. 2016 ; 1-49p.
20. Debarge A. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion: enquête auprès de 79 médecins généralistes. Thèse d'exercice. Université de Bordeaux 2. 2013 ; 81p.
21. Oustric N. Aide à la prescription de masso-kinésithérapie par des médecins généralistes pour les patients souffrant de troubles musculo-squelettiques. Recherche action menée entre octobre 2018 et avril 2019 en Eure et Loir, Loir et Cher et Sarthe. Thèse d'exercice. Université de Tours. 2019 ; 1-51p.
22. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 1 janv 2015 ;15(157):50-4.
23. Soudry R, Bensoussan L. Prescription de kinésithérapie en médecine générale. Thèse d'exercice. Université d'Aix-Marseille. 2012 ; 1-39p.
24. Lechat M. Représentations et attentes des orthophonistes concernant leur collaboration avec les médecins généralistes : étude qualitative. Thèse d'exercice. Université de Poitiers. 2021 ; 1-37p.

25. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi dirigé dans un travail de recherche en médecine générale. Thèse d'exercice. Université de Lyon Nord. 2004 ; 1-23p.
26. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle. Journal Officiel n° 0058 du 8 mars 2020. Texte n°17. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697989>
27. Demont A, Quentin J, Bourmaud A. Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : revue de la littérature. Rev d'épidémiologie Santé Publique. 1 sept 2020 ; 68(5):306-13.
28. The World Confederation for Physical Therapy. Description de la physiothérapie : déclaration de politique. 2019. [Internet]. Disponible sur : <https://world.physio/sites/default/files/2022-05/PS-2019-Description-of-PT-French.pdf>
29. Igwesi-Chidobe CN, Bishop A, Humphreys K, Hughes E, Protheroe J, Maddison J, et al. Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. Physiotherapy. Elsevier. Juin 2021 ; Vol111,31-39p.
30. Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication : how to improve this vital interaction. Prim Health Care Res Dev. Mai 2015 ; 16: 304–308p.

ANNEXE 1 :

Protocole d'appel des kinésithérapeutes :

“Bonjour, je cherche à joindre Mr/Mme

Je me présente WAHBI Mehdi, je suis actuellement médecin généraliste remplaçant en Charente Maritime. Je réalise une thèse sur les représentations et attentes des kinésithérapeutes concernant leur collaboration avec les médecins généralistes. Voici mon numéro de téléphone est le 06*****.

Pour cela je souhaite réaliser un entretien individuel avec vous en présentiel ou par le biais d'une visioconférence afin de connaître votre réflexion et vos attentes autour de cette collaboration.

En effet, vous avez été tiré(e) au sort dans la liste fournie par le conseil de l'ordre.

L'entretien durera entre quinze et vingt minutes.

Accepteriez-vous que je puisse m'entretenir avec vous sur ce sujet ? Votre avis serait anonymisé. Si oui, pourrais-je voir avec vous maintenant ou ultérieurement pour choisir une date et un horaire ?

Merci.”

ANNEXE 2 :
Questionnaire d'entretien :

I. Qui êtes-vous ?

1. Quel âge avez-vous ?
2. Sexe ?
3. Depuis combien de temps exercez-vous la kinésithérapie ?
4. Dans quel type d'exercice êtes-vous ?
 1. Rural / semi rural / urbain,
 2. Activité libérale à plusieurs ou en cabinet seul

II. Questions ouvertes :

1. Comment définiriez-vous vos relations avec les médecins généralistes ?
2. Que vous apporte votre collaboration interprofessionnelle avec les médecins généralistes ?
3. Par quels biais/moyens communiquez-vous avec les médecins généralistes ? Comment faites-vous pour communiquer en retour sur un patient ?
4. Quels sont selon vous le/les rôles du médecin généralistes dans la prise en charge des patients en kinésithérapie ?
5. Pensez-vous que les médecins généralistes soient assez formés et informés sur votre pratique en kinésithérapie ?
6. Réalisez-vous les Bilans de Diagnostic Kinésithérapiques (BDK) ? Envoyez-les-vous aux médecins ? Les médecins généralistes en font-ils la demande ?
7. Que pensez-vous des prescriptions de kinésithérapie réalisées par les médecins généralistes ?
8. Quels sont pour vous les points positifs et négatifs de cette prescription ?
9. Que faudrait-il améliorer selon vous ?
10. Que pensez-vous de la nécessité d'une ordonnance pour la réalisation de séances de kinésithérapie ? Est-ce que ça vous semble juste ?
11. Selon la Professeure Danièle d'Amour au Canada sur la collaboration interprofessionnelle, beaucoup d'énergie se perd dans des luttes de pouvoir inter professionnelles. Pensez-vous qu'il en existe une entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes actuellement ?

RÉSUMÉ

Introduction : Le parcours de soins du patient s'articule au sein d'un système santé regroupant plusieurs acteurs dont fait partie le kinésithérapeute. La démographie des médecins généralistes se dégradant et dans un but d'amélioration de la prise en charge du patient, la collaboration interprofessionnelle en devient un élément clé.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les représentations et les attentes des kinésithérapeutes concernant leur collaboration avec les médecins généralistes.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, réalisée auprès de 11 kinésithérapeutes en Charente-Maritime de septembre à novembre 2022.

Résultats : Les kinésithérapeutes estiment que leur collaboration interprofessionnelle avec les médecins généralistes est insuffisante, parfois frustrante mais de bonne qualité. La communication interprofessionnelle est à améliorer. Ils reconnaissent le médecin généraliste au centre du parcours de soin et perçoivent leurs métiers respectifs comme complémentaires. Ils estiment manquer d'informations importantes dans la prescription médicale et reprochent une cotation de leurs actes dépendante de la qualité de rédaction de la prescription. Le bilan diagnostic kinésithérapique, en l'état, est peu utile dans la communication. La formation des médecins en kinésithérapie semble améliorable. Le libre accès des patients aux kinésithérapeutes pourrait modifier leur collaboration avec les médecins généralistes. Ils ne ressentent pas de lutte de pouvoir à leur échelle mais estiment qu'elle existerait au niveau ordinal.

Conclusion : Les kinésithérapeutes jugent insuffisante la collaboration avec les médecins généralistes. Des formations organisées par les kinésithérapeutes pour les médecins généralistes à l'université et en formation continue ainsi que le développement des structures territoriales de professionnels de santé sont des pistes d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle.

Mots clés : collaboration interprofessionnelle, prescription, kinésithérapie, médecine générale, communication.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RÉSUMÉ

Introduction : Le parcours de soins du patient s'articule au sein d'un système santé regroupant plusieurs acteurs dont fait partie le kinésithérapeute. La démographie des médecins généralistes se dégradant et dans un but d'amélioration de la prise en charge du patient, la collaboration interprofessionnelle en devient un élément clé.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les représentations et les attentes des kinésithérapeutes concernant leur collaboration avec les médecins généralistes.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, réalisée auprès de 11 kinésithérapeutes en Charente-Maritime de septembre à novembre 2022.

Résultats : Les kinésithérapeutes estiment que leur collaboration interprofessionnelle avec les médecins généralistes est insuffisante, parfois frustrante mais de bonne qualité. La communication interprofessionnelle est à améliorer. Ils reconnaissent le médecin généraliste au centre du parcours de soin et perçoivent leurs métiers respectifs comme complémentaires. Ils estiment manquer d'informations importantes dans la prescription médicale et reprochent une cotation de leurs actes dépendante de la qualité de rédaction de la prescription. Le bilan diagnostique kinésithérapique, en l'état, est peu utile dans la communication. La formation des médecins en kinésithérapie semble améliorable. Le libre accès des patients aux kinésithérapeutes pourrait modifier leur collaboration avec les médecins généralistes. Ils ne ressentent pas de lutte de pouvoir à leur échelle mais estiment qu'elle existerait au niveau ordinal.

Conclusion : Les kinésithérapeutes jugent insuffisante la collaboration avec les médecins généralistes. Des formations organisées par les kinésithérapeutes pour les médecins généralistes à l'université et en formation continue ainsi que le développement des structures territoriales de professionnels de santé sont des pistes d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle.

Mots clés : collaboration interprofessionnelle, prescription, kinésithérapie, médecine générale, communication.