



HAL
open science

**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**

Nicolas Grabli

► **To cite this version:**

Nicolas Grabli. 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. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02969667

HAL Id: dumas-02969667

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02969667v1>

Submitted on 16 Oct 2020

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Nicolas GRABLI

Le 29 Novembre 2018

**ETUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUPES SUR LA
RELATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES
MASSEURS KINESITHERAPEUTES**

**Echanges interdisciplinaires entre professionnels de santé pour
améliorer la communication et la prise en charge des patients en soins
primaires.**

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Bruno DAUBIN

JURY

PRESIDENT : Professeur Michel AMOUYAL

ASSESEURS : Docteur Sylvain PAVAGEAU

Docteur David COSTA

Docteur Bruno DAUBIN

INVITE : Monsieur Xavier FONT

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Nicolas GRABLI

Le 29 Novembre 2018

**ETUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUPES SUR LA
RELATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES
MASSEURS KINESITHERAPEUTES.**

**Echanges interdisciplinaires entre professionnels de santé pour
améliorer la communication et la prise en charge des patients en soins
primaires.**

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Bruno DAUBIN

JURY

PRESIDENT : Professeur Michel AMOUYAL

ASSESEURS : Docteur Sylvain PAVAGEAU

Docteur David COSTA

Docteur Bruno DAUBIN

INVITE : Monsieur Xavier FONT

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri

BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie- Madeleine	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MAGNAN DE BORNIER Bernard	THEVENET André
CLOT Jacques	MARY Henri	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques		
DESCOMPS Bernard		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	BRINGER Jacques
BLANC François	CLAUSTRES Mireille
BOULENGER Jean-Philippe	DAURES Jean-Pierre
BOURREL Gérard	DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MARES Pierre

MONNIER Louis

PRAT Dominique

PRATLONG Francine

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

ROSSI Michel

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Éric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe - Neurochirurgie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Éric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

GUILLOT Bernard - Dermato-vénérologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick - Cardiologie

MOURAD Georges-Néphrologie

PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie ; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie

CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie

CARTRON Guillaume-Hématologie; transfusion

CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique

COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie

DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie -

FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire

LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan -Physiologie

MEUNIER Laurent-Dermato-vénérologie

MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie

MORIN Denis-Pédiatrie

NAVARRO Francis-Chirurgie générale

PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie

PUJOL Pascal-Biologie cellulaire

PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie

QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TOUITOU Isabelle-Génétique

TRAN Tu-Anh-Pédiatrie

VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BOURDIN Arnaud-Pneumologie; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes; addictologie

CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie

CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation

DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DE VOS John-Cytologie et histologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation

FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie

GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale

HAYOT Maurice-Physiologie

HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie

LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric-Rhumatologie

MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier-Néphrologie

MOREL Jacques -Rhumatologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David-Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie

POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PRUDHOMME Michel-Anatomie

RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie

ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie

SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIÉ - Médecine

BESSIS Didier - (Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline- Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - Médecine Générale

COSTA David

FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie - Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent -Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian - Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid - Chirurgie générale

PANTEL Alix – Bactériologie -virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie -Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

BDK : Bilan Diagnostic Kinésithérapique

CIM : Classification Internationale des Maladies

CDS : Centre de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

IFMK : Institut de Formation des Masseurs Kinésithérapeutes

MG : Médecin Généraliste

MK : Masseur Kinésithérapeute

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ONMK : Ordre National des Masseurs Kinésithérapeutes

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	23
INTRODUCTION	26
Préambule : un constat préoccupant	30
PRESENTATION DES ACTEURS	32
A) Le médecin généraliste	32
1. Définition du médecin généraliste.....	32
2. Démographie médicale.....	34
3. Mode d'exercice.....	35
4. Déontologie médicale.....	37
5. Cadre législatif de la prescription de kinésithérapie.....	41
B) Le kinésithérapeute	43
1. Nouvelle définition du Masseur-Kinésithérapeute.....	43
2. Evolution du cadre législatif, de la définition et du rôle du MK.....	45
3. Démographie.....	47
MATERIELS ET METHODES	49
A) Introduction et méthodologie en recherche clinique	49
B) Une querelle de méthode	50
C) Enquête qualitative	52
1. Origine historique.....	52
2. Définition.....	53
3. Généralités.....	54

D) Présentation et méthodologie de l'étude.....	55
1. Focus groupes définition.....	56
2. Organisation des focus groupes en pratique.....	58
E) Guide d'entretien des focus groupes.....	59
RESULTATS DE L'ETUDE.....	60
A) Arbres thématiques.....	60
B) Population de l'étude.....	65
C) Analyse qualitative.....	68
1. Analyse de l'interaction entre médecins généralistes et MK et son influence sur la prise en charge des patients en soins primaires....	68
2. Définir des pistes d'amélioration des relations interprofessionnelles dans le but d'une meilleure prise en charge du patient.....	91
DISCUSSION.....	103
A) Discussion sur la méthode.....	103
1. Les forces de l'étude.....	103
2. Les faiblesses de l'étude.....	104
B) Sur les résultats.....	107
1. Une relation unilatérale, déséquilibrée du médecin vers le MK.....	107
2. Une communication insuffisante mais perfectible.....	109
3. Une méconnaissance du métier de l'autre.....	116
4. Un travail en réseau insuffisant à améliorer.....	118
C) Perspectives.....	119
1. Constat encourageant.....	119
2. Rapport de l'OMS sur les relations interprofessionnelles.....	120
3. Ouverture.....	120

CONCLUSION	121
BIBLIOGRAPHIE	123
ANNEXES	127
Annexe 1 : Fiche projet de thèse	127
Annexe 2 : Guide d’entretien des focus groupes	130
Annexe 3 : Caractéristiques quantitatives de la population	139
Verbatim Focus du 1^{er} Février 2018	145
Verbatim Focus du 15 Février 2018	218
SERMENT D’HIPPOCRATE	274
PERMIS D’IMPRIMER	275
RESUME DE L’ETUDE	276

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur AMOUYAL, merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Veuillez recevoir le témoignage de mon profond respect.

Messieurs les Docteurs COSTA et PAVAGEAU pour avoir accepté de faire partie de mon jury et de m'avoir conseillé le jour de ma soutenance de mémoire de médecine générale.

Je souhaite remercier bien chaleureusement mon maître de thèse, le Docteur Bruno DAUBIN, pour sa confiance, son accompagnement tout au long de mon travail et ses conseils avisés qui m'ont permis de mener à bien cette étude.

Je souhaite également remercier Xavier FONT, masseur kinésithérapeute à Narbonne pour avoir accepté de faire partie de mon jury et de représenter la profession des masseurs kinésithérapeutes pour permettre d'équilibrer la discussion le jour de la soutenance.

J'ai une pensée particulière pour tous les médecins qui m'ont donné le goût de la médecine du sport : l'équipe des Urgences Traumatologiques de l'Hôpital Sud de Grenoble, le Professeur Dominique SARAGAGLIA, Jean-Jacques BANIACHEMI pour son sens de l'humour et son amour du travail en équipe, Olivier MATARESE, Yann PELTIER, et mes vaillants co-internes Gauthier COURTOIS, Sabrina PARADIS et Nicolas GUYOTAT pour leur soutien sans faille sur les pistes. Je n'oublie pas le Professeur JULIA à Perpignan qui a nourri mon centre d'intérêt pour la rééducation et qui m'a donné envie d'entreprendre ce travail de thèse autour de la relation médecins – kinésithérapeutes.

Les Professeurs HAMIDOU, PLANCHON et POTIER de la faculté de Médecine de Nantes et leur vision globale de la médecine, me donnant une autre manière d'appréhender mon métier.

Mes copains de Nantes avec qui tout a commencé et qui m'ont toujours accompagné et soutenu le long de mon cursus médical : Guillaume, Marianne, Titi, Pégat, Hubert, Hajjar, Fabiche, Pauline, Charlotte, Stéphane, Edouard Veillon, Diane, Soso, Basile, Pierre Grolleau Aurore, Milena, quent... et toute la bande !

Aurélien, pour ton amitié, ton goût pour le sport et ton talent d'organisateur de courses d'orientations et d'olympiades, un vrai régal et Marie qui est à tes côtés toujours souriante !

Mes belles découvertes du Sud : Dodo, la Sinz, la Grim, la Sard, Houssel, Tissou, Margot, Julia, Charles, Amélie, Anne-Flore, Sophie, Antoine Charraix, Damien, Alex, Kassim avec qui les années de l'internat sont passées tellement vite.

La team de Rennes et du ski, Pierrot (surnommé Michel, un régal la colloc avec toi dans le Sud), Charlo, Tarantino, La Gueg, Rapha (mi Bretonne, mi Arcachonnaise, baroudeuse de l'espace) !

Je pense aussi à toutes les belles rencontres de Grenoble notamment à l'internat.

Je n'oublie pas mes amis d'enfance qui se reconnaîtront, Pierre, Adrien, Ronan, Robin et mes copains de Lycée Rémi, JM, Simon, Adeline, Gaëtan...

A mes grands-parents,

Mon grand-père qui est parti trop vite, Serge PATTIN, médecin rhumatologue
Manou, pour nos souvenirs à Herbignac, les rires et les pleurs et ta joie de vivre
Papi, pour ton soutien dans mes études, les parties de boules à Mandelieu La Napoule
Mamie, pour ton amour, la culture que tu m'as apportée, merci d'avoir cru en moi.

A mes Oncles et tantes,

Tonton Patrick pour notre passion commune pour la montagne et la poudreuse
Tonton Olivier pour ton grain de folie et ton engagement sans faille pour l'écologie
Tatie Isa et tatie Lise pour votre gentillesse, fous rires et rigolades
Tatie Babeth, pour ton humanisme et ton sens du droit.

A mes cousins et cousines,

Ugo, Lucas, Lauilo, Elisa, Rémi, Benjamin (je n'oublie pas César).

A ma famille

Papa, pour ta patience, ton sens humain et ton amour partagé.

Maman pour ta joie de vivre, ton sourire réconfortant, et ton soutien dans les moments difficiles.

Sylvain pour tous les moments heureux passés ensemble, les parties de tennis et l'amour du sport. Je suis sûr que tu trouveras ta voie, aucun doute bichon 😊.

Clélia, ma beauté, pour ton côté pétillant et ta détermination, GRABLITEAM !

Je vous remercie pour tout l'amour que vous m'apportez dans la vie et qui me permet de m'épanouir pleinement dans ma vie professionnelle et personnelle.

Ma petite Solinette, que j'ai le plaisir de voir grandir et qui je l'espère lira un jour ce clin d'œil témoignant mon affection pour ma filleule.

Clotilde, pour tout l'amour que tu me donnes au quotidien et qui fait de moi un homme heureux. Pour les beaux moments partagés et ceux à venir et surtout notre voyage à l'autre bout de la planète qui se prépare. Je t'aime.

INTRODUCTION

Au début des études médicales à la faculté de médecine puis dans l'hôpital, tout semble bien organisé pour que la prise en charge des patients soit la meilleure possible. Puis au fil des stages avec l'œil de détective de l'externe qui est l'observateur, on se rend compte qu'il existe un réel problème de communication entre les différents acteurs du corps médical. Chacun a déjà vécu la relation très froide entre le chirurgien et l'anesthésiste par exemple. Les échanges tendus entre un urgentiste qui veut hospitaliser un patient et le médecin de l'unité spécialisée. Cela est valable également entre les infirmiers et les médecins et la liste est longue.

L'internat permet de découvrir la médecine libérale et de prendre conscience du rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge du patient. Véritable chef d'orchestre de la planification et la coordination des soins premiers du malade, il permet le lien entre les différents professionnels de santé et a un rôle indispensable dans le système de soins. Toute la difficulté réside dans l'art de communiquer avec les confrères, pour améliorer la prise en charge des patients. Ce qui m'a donné envie d'entreprendre ce travail, c'est tout d'abord les rencontres que j'ai pu faire lors de mon internat, qui m'ont orienté vers la médecine du sport. Ces médecins rééducateurs et du sport entretiennent des relations étroites avec les kinésithérapeutes car la prise en charge rééducative est centrale dans les problèmes locomoteurs liés à la pratique du sport. Lors de mon stage chez le praticien, je me suis rendu compte que la manière de prescrire la kinésithérapie était différente et que la communication était silencieuse. Cela a déclenché chez moi une curiosité concernant l'analyse de la relation entre le médecin et le kinésithérapeute.

Selon une étude de l'observatoire national de la démographie des professions de santé publiée par le ministère de la jeunesse et des sports et de la vie associative en décembre 2009 « La pratique de la relation avec le médecin généraliste n'est pas une relation de pairs ». La communication entre le médecin et le kinésithérapeute se résume souvent à une ordonnance de prescription.(1)

On constate en France depuis une trentaine d'année une augmentation importante du nombre et de l'activité des masseurs kinésithérapeutes. Le nombre d'actes a doublé en l'espace de vingt ans entre les années 1980 et 2009. Cette croissance importante est liée à l'augmentation des prescriptions des médecins généralistes. Ils sont de loin les plus grands prescripteurs et représentent trois quarts de la part globale de prescriptions d'actes de kinésithérapie devant les chirurgiens orthopédistes et les médecins rééducateurs. (Source ONDAM). (2)

Il est donc légitime de se poser la question de la pertinence de celle-ci, elle représente un coût de santé non négligeable. Sur quelle expertise le médecin généraliste prescrit-il la kinésithérapie ? Quelle relation entretient-il avec le kinésithérapeute ? La prise en charge des patients est-elle optimale ? Quelles solutions pouvons-nous apporter pour améliorer la prise en charge des patients en soins primaires ? Il se joue une pièce de théâtre avec trois acteurs principaux : le médecin généraliste, le kinésithérapeute et le patient.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser l'interaction entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes et son influence sur la prise en charge des patients en soins premiers en les interrogeant sur leurs pratiques professionnelles. Dans un deuxième temps, de définir des pistes d'amélioration des pratiques interprofessionnelles et de qualité de soins.

Pour se faire, nous réalisons une étude qualitative, par focus groupes inédite car elle rassemble à la fois des médecins et des kinésithérapeutes pour échanger des pratiques interprofessionnelles autour d'une table ronde et mettre en lumière des solutions concrètes.

La communication est selon le Larousse « l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse ». Nous nous intéresserons aux différents moyens d'échanges d'informations entre les trois acteurs (le médecin généraliste, le kinésithérapeute et le patient), et à l'importance du langage utilisé pour une bonne transmission du message.

Le sujet de la communication et de la coordination des soins est un point important qui fait partie du plan santé présenté par Emmanuel Macron le 18 septembre 2018 « Ma santé en 2022 : un engagement collectif » et est donc d'actualité. L'objectif est de construire un parcours de soins fluide des patients qui passe par la collaboration, l'échange et la coordination des professionnels de santé d'une région. Une meilleure prise en charge des patients par la création de réseaux de soins qui prennent en charge de manière globale et coordonnée les patients. Il est donc important de se pencher sur la question de la communication entre les professionnels de santé. Pour bien travailler ensemble, un échange efficace doit se faire entre les différents acteurs de la santé. Nous nous intéressons à la relation entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute dans cette étude, mais la problématique soulève des questionnements plus larges à explorer.

Le terme de soins primaires est une adaptation française du "primary care" anglais, terme apparu à la fin des années 1960. A Alma-Ata en 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires comme "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays." Le texte précise que les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé d'un pays et qu'ils ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté. Il souligne aussi leur rapport positif coût/efficacité. Cette notion de soins primaires a été précisée en 1996 par l'American Institute of Medicine : "les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté." (3)

L'article L1411-11 du code de la santé publique donne une définition intéressante des soins premiers et précise que « l'accès aux soins de premiers recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité qui s'apprécient en termes de distance et de temps parcourus, de qualité et de sécurité. Ces soins comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médicosocial ; l'éducation pour la santé ». (4)

Préambule

Un constat préoccupant : des acteurs qui se rencontrent peu pendant leur cursus.

Les futurs médecins généralistes et kinésithérapeutes ne se rencontrent pas pendant les études alors qu'ils vont être amenés à travailler ensemble par la suite. Cela pose la question de l'apprentissage du métier. Chacun apprend son métier de son côté. Une formation sur le travail en équipe serait-elle intéressante ? Pour bien travailler ensemble faut-il se connaître et se rencontrer tôt dans les études médicales ?

Les études médicales : (5) (6)

Le cursus médical est constitué de trois parties :

- Le Premier cycle des études médicales qui permet d'obtenir le Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM) dure 3 ans. Il se compose de la Première année Commune des Etudes de Santé (PACES), du concours subordonné au numérus clausus, et des DFGSM2 et DFGSM3 qui permettent de développer les sciences fondamentales.

-Le Deuxième cycle des études médicales qui permet d'obtenir le diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) se composant du DFASM 1, 2, et 3, durant 3 ans, nommé également externat. L'étudiant a une activité mixte avec des enseignements théoriques et des stages hospitaliers qui lui permet de découvrir la sémiologie, les soins et l'organisation de l'hôpital. La fin de l'externat est sanctionnée par l'ECN (Epreuves Nationales Classantes) qui permet d'accéder à l'internat.

-Le Troisième cycle des études médicales ou internat dure 3 à 5 ans selon la spécialité. La thèse est la dernière étape qui permet à la fin du cursus d'obtenir le titre de Docteur en Médecine.

Les études de kinésithérapie : (7)

La nouvelle réforme du 16 Juin 2015 fait évoluer le mode de recrutement des Instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) et allonge la durée des études à 4 ans après une année universitaire en sciences donc une durée de 5 ans au total. Pour être admis, le futur étudiant en kinésithérapie devra avoir un classement donné au PACES puis devra valider une année de Sciences Techniques des Activités Physiques et Sportives ou une année universitaire avec la mention « sciences ».

Après l'admission les études sont réparties en deux cycles :

-Premier cycle K1 et K2 : enseignement des sciences fondamentales, apprentissage des méthodes de compréhension des problématiques et des enjeux actuels de la santé.

-Deuxième cycle K3 et K4 : approfondissement des connaissances dans le domaine de la rééducation et un nombre plus important de stages pratiques avec des professionnels.

Les enseignements théoriques sont réalisés sous la forme travaux dirigés (TD), de cours magistraux (CM), avec des travaux pratiques où l'étudiant doit réaliser un travail personnel.

Le seul moment où les deux professions se rencontrent est le PACES, plus connue sous le nom de première année de médecine. Une année de concours, avec une majorité d'enseignements théoriques sur des sciences fondamentales, malgré le développement dans certaines facultés des sciences humaines et sociales. C'est une année de concours qui sélectionne et n'est pas là pour s'interroger sur les relations entre les professionnels de santé. Il suffit de regarder les films « Hippocrate » et « Première année » pour avoir un aperçu de la quantité de travail à fournir pour obtenir ce concours. Par la suite chacun apprend son métier, à la faculté de médecine et en stage hospitalier pour l'étudiant en médecine, à l'IFMK et en stage à l'hôpital ou chez un kinésithérapeute libéral pour l'étudiant en kinésithérapie.

Deux professions de santé qui ne se rencontrent pas pendant leurs études médicales peuvent-elles travailler de manière efficace ensemble ? Des formations communes pour l'apprentissage du savoir travailler ensemble seraient-elles intéressantes ? Toutes ces questions seront abordées dans la discussion.

PRESENTATION DES ACTEURS

A) Le médecin généraliste

1. Définition du médecin généraliste

Définition de la médecine générale selon WONCA Europe (Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille) qui est une branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) (8) :

« Les médecins généralistes sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »

« La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. »

Missions du médecin généraliste décrites dans le code de santé publique (article L41130-1)
(4)

« - Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.

- Orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social.
- S'assurer de la coordination des soins nécessaires pour ses patients.
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques.
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.
- Participer à la mission du service public de la permanence des soins.
- Contribuer à l'accueil et la formation des stagiaires de 2^{ème} et 3^{ème} cycles des études médicales »

Le rôle de coordination est un point clef de l'efficience des soins de santé de première ligne. Il permet d'assurer que le patient consulte le professionnel de santé le plus adapté à ses problèmes. La synthèse des différents prestataires de soins, la circulation appropriée de l'information et les modalités de prescription des traitements, nécessitent l'existence d'une unité de coordination. La médecine générale peut remplir ce rôle de pivot si les conditions structurelles le permettent. Développer le travail d'équipe autour du patient avec des professionnels de la santé permet d'améliorer la qualité des soins. La gestion de l'interface avec d'autres spécialités permet à la discipline d'assurer un accès approprié à ceux qui ont besoin de services de haute technologie basés sur des soins de santé de seconde ligne.

2. Démographie médicale (9)

On constate une hausse du nombre total de médecins mais une baisse de l'activité régulière.

Au 1er janvier 2017, 290 974 médecins sont inscrits au tableau de l'ordre. Toutefois, parmi ces médecins la proportion des professionnels en activité régulière recule de 10 points depuis 2007 pour atteindre 68% en 2017, soit 197 859 médecins. Autre enseignement majeur cette année la forte féminisation de la profession : les femmes représentent désormais 47% des médecins en activité régulière contre 38% en 2007.

Il existe une baisse préoccupante du nombre de médecins généralistes.

En 2016, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait déjà alerté sur la baisse préoccupante des médecins généralistes dont le nombre était tombé à 88 886. En 2017, il constate une nouvelle chute des praticiens avec 88 137 généralistes en exercice, alors même que la population nationale augmente. Soit une baisse de 9% sur la période 2007-2017. Cette baisse du nombre de généralistes est d'autant plus alarmante qu'elle affecte la quasi-totalité de nos territoires, on la constate dans 93 de nos départements.

3. Mode d'exercice

Exercice libéral seul

A l'époque, le médecin généraliste pratiquait souvent son art seul, ce qui existe encore aujourd'hui, avec souvent une charge de travail importante et beaucoup d'administratif. Le médecin a alors un statut de travailleur indépendant.

Exercice en groupe

Au fil du temps, certains médecins se sont associés pour travailler dans la même structure ce qui permet de partager les charges et prendre une secrétaire et ainsi de réduire la charge administrative.

Il existe différents types d'organisations d'exercice en groupe : (10)

- Exercice en groupe simple

Une association entre médecins : entre généralistes, entre spécialistes, entre médecins généralistes et des spécialistes d'organe au sein d'une même structure.

- MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaires)

Une MSP est une structure qui rassemble depuis janvier 2018 au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical conventionné (Kinésithérapeute, infirmier, podologue). Sous la forme la plus complète, elle peut rassembler médecins généralistes, paramédicaux et médecins spécialistes d'organes. (12) (13)

L'objectif étant d'améliorer la continuité des soins, de permettre la collaboration entre les professionnels de santé, d'alléger les horaires et d'améliorer les conditions de travail des membres, dans le but d'une meilleure prise en charge des patients. Bien évidemment en garantissant la confidentialité des informations et dans le respect du secret professionnel.

Les praticiens de la MSP exercent une activité libérale.

-CDS (*Centre De Santé*)

Un CDS est identique à une MSP sauf que les professionnels de santé ont une activité salariée coordonnée par l'ARS qui doit rentrer dans le cadre d'un projet de santé régional.

Il existe différents statuts juridiques d'exercice en groupe :

– *l'indivision* : un accord simple entre les deux médecins.

– la *Société Civile de Moyens* (SCM) : les charges communes du cabinet sont partagées, mais chacun touche ses propres honoraires comme dans un exercice solitaire.

– la *Société Civile Professionnelle* (SCP) : organisation qui regroupe plusieurs médecins (de 2 à 10). Les honoraires sont reçus par la SCP puis redistribués aux membres par la suite.

– la *Société d'Exercice Libéral* (SEL) : les honoraires sont perçus par la société puis répartis. Il est possible pour des paramédicaux de rentrer dans la SEL, c'est pourquoi elle favorise la coopération interprofessionnelle. Les patrimoines de la société et du médecin sont distincts, contrairement à la SCP.

Pour finir, la **collaboration** est un contrat entre deux médecins, souvent entre un jeune diplômé et un médecin installé depuis un certains temps. Le jeune médecin utilise le local et en contrepartie le collaborateur lui verse un pourcentage de ses honoraires. Le praticien associé exerce son activité en toute indépendance. Le contrat de collaboration doit être déposé au conseil de l'ordre des médecins en précisant les modalités et la durée de cette association.

4. Déontologie médicale

Code de déontologie médicale 2017. (13)

Un médecin, c'est un homme de SAVOIR, c'est un homme de SAVOIR-FAIRE et il le peut grâce à son SAVOIR-ÊTRE (14)

SAVOIR

Pour être docteur en médecine, le médecin a dû passer plusieurs étapes. En sortant du baccalauréat, le jeune étudiant s'est inscrit en faculté de médecine et a dû réussir le concours de première année, le PACES (Première Année Commune Aux Etudes de Santé) qui est le premier cycle des études médicales. Il est ensuite devenu externe des hôpitaux (deuxième cycle des études médicales) pendant 5 années puis il a passé le concours de l'internat, actuellement ECN informatisé pour être nommé interne dans une ville avec une spécialité médicale ou chirurgicale (troisième cycle des études médicales). La durée de l'internat est différente selon la spécialité choisie. Au cours de ses études médicales, l'étudiant a validé plusieurs stages de spécialités différentes où il a appris l'examen clinique, la sémiologie, l'organisation de l'hôpital, le relationnel avec le patient au contact des internes, chefs de cliniques, praticiens hospitaliers et professeurs universitaires. L'enseignement hospitalier est un système de compagnonnage, l'interne va apprendre à l'externe, le chef de clinique à l'interne et ainsi de suite. La transmission du savoir dans le milieu médical est très importante et fait la richesse du système hospitalier qui est une vraie source de connaissances quand l'étudiant est motivé et impliqué dans ce qu'il fait. A force d'examiner les malades et de se poser des questions, l'étudiant fait des liens entre les différentes disciplines ce qui lui permettra à la fin du cursus d'avoir une vision réfléchie et globale sur l'ensemble de la médecine. En sortant de la faculté de médecine, après avoir validé le DES (diplôme d'études supérieures) de sa spécialité et soutenu sa thèse, l'interne devient donc docteur en médecine et va pouvoir faire des remplacements libéraux comme c'est le plus souvent le cas en médecine générale ou prendre un poste d'assistant dans un hôpital dans l'optique de poursuivre sa carrière dans le monde hospitalier.

A ce moment-là, le médecin sort des études médicales et donc est sensé avoir les connaissances pour exercer, il lui manque l'expérience qu'il accumulera pendant toute sa vie de médecin. Seulement la médecine n'est pas une science exacte et évolue grâce aux travaux réalisés par la recherche. Ce domaine étant tellement développé à l'heure actuelle que ce qui était vrai il y a 3 ans n'est peut-être plus d'actualité aujourd'hui. Devant cette évolution des connaissances il est indispensable que le médecin continue de se former tout au long de son exercice pour donner des solutions adaptées au savoir d'aujourd'hui au patient.

La Formation Médicale Continue (FMC) est une obligation pour tous les médecins, obligation déontologique et obligation médico-légale puisque nous sommes censés exercer dans « l'état actuel de l'art et de la science ». Cela implique de savoir où se situe cet état de l'art et donc de le pratiquer à un niveau et une fréquence suffisante. Ainsi l'obligation médico-légale est pesante, autant que l'obligation déontologique. Ainsi, la loi de santé publique du 9 août 2004 rend la formation continue obligatoire pour tous les médecins. La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 rend l'évaluation des pratiques professionnelles obligatoire pour tous les médecins (article 14). Cette formation continue à valider sur cinq ans est composée de 250 crédits. C'est un permis à points. Cette attestation est à valider par le Conseil Régional de FMC (CRFMC) qui informe le Conseil départemental que l'obligation est accomplie pour une durée de 5 ans.

SAVOIR FAIRE

L'acte médical proprement dit, pour un chirurgien l'habileté à manier ses outils et la précision du geste chirurgical, pour le médecin généraliste l'examen clinique précis et pertinent, l'auscultation cardio-pulmonaire, l'examen organique ciblé, orienté selon les symptômes du patient. Pratiquer son art avec les outils de son temps, actuellement le praticien doit maîtriser les logiciels informatiques, les systèmes de cotation, le téléphone, l'ECG, les confrères dans un cabinet de groupe. Il doit gérer le côté médical mais également les contraintes administratives propres à chacun.

SAVOIR ETRE

Le savoir être reste le pivot du métier. On pardonnera au médecin quelques lacunes en matière de savoir, ou de savoir-faire, mais le patient n'oubliera pas le savoir être de celui à qui il a confié, dans le secret, ce qu'il a de plus cher, sa santé ou celle des siens. C'est l'art de communiquer avec le patient lors de l'entretien médical mais également au-delà. La manière d'annoncer un cancer, la mort d'un être cher, rassurer un malade angoissé ou une maman qui se fait du souci pour son enfant, c'est aussi écouter un dépressif et essayer de trouver un rayon de soleil dans son désespoir, de prendre en compte la détresse d'un patient qui ne supporte plus d'aller au travail car ça se passe mal, écouter une femme qui se fait battre par son mari. Dans l'exercice de la médecine le côté relationnel est essentiel et indispensable à la pratique du métier. L'empathie est la capacité à s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent tout en gardant une certaine distance avec le patient pour ne pas rentrer dans la sympathie. Savoir écouter un malade sans le couper dans son élan pour qu'il se sente considéré. Se tenir bien et être dans une écoute active du malade, le non verbal a aussi une place très importante. Le caractère confidentiel de l'entretien médical et le respect du secret médical est central et sanctionné par la loi s'il n'est pas respecté.

Le médecin doit maîtriser l'art d'échanger avec le patient et aussi avec les professionnels de santé avec qui il travaille. L'infirmier qui lui demande une ordonnance ou un conseil sur un pansement, le kinésithérapeute qui s'occupe de la rééducation des problèmes articulaires mais aussi tout simplement la secrétaire médicale. Une bonne prise en charge des patients passe par une bonne communication avec l'ensemble du corps médical et le respect de la confidentialité des informations de l'entretien médical. Effectivement le côté oral ne s'apprend pas dans les livres, il se forge au fil du temps, à force de soigner.

Les études de médecine ne sauraient se dispenser d'un enseignement suffisant et adapté à l'engagement de ceux qui souhaitent embrasser une telle profession. Cet enseignement devrait être fait par des gens d'expérience et de terrain, afin de pouvoir transmettre les indispensables principes nécessaires à l'approche humaniste de la relation qui se construit progressivement entre celui qui souffre et celui qui soigne.

« Mais, bien sûr, il serait merveilleux de pouvoir être à la fois le savant, le technicien, le confident, voire l'ami, et mesurer l'horizon de son savoir être dans son propre regard, celui du patient, celui de la société qui pourrait ainsi estimer que le patient paye le médecin pour son savoir-faire, et qu'il l'honore pour son savoir être. » (14)

CITATIONS

« *Guérir quelques fois, soulager souvent, consoler toujours.* », Henri David Thoreau

« *Une médecine de jadis moins perfectionnée, par son impuissance même, accueillait la souffrance. Aujourd'hui elle ne l'écoute plus, et l'ordinateur par son côté binaire oui et non n'est pas adapté à la détresse* », Professeur Didier Sicard

« - *C'est une bonne situation ça scribe ? Vous savez, moi je ne crois pas qu'il y ait de bonne ou de mauvaise situation. Moi, si je devais résumer ma vie aujourd'hui avec vous, je dirais que c'est d'abord des rencontres. Des gens qui m'ont tendu la main, peut-être à un moment où je ne pouvais pas, où j'étais seul chez moi. Et c'est assez curieux de se dire que les hasards, les rencontres forment une destinée... Parce que quand on a le goût de la chose, quand on a le goût de la chose bien faite, le beau geste, parfois on ne trouve pas l'interlocuteur en face je dirais, le miroir qui vous aide à avancer. Alors ça n'est pas mon cas, comme je disais là, puisque moi au contraire, j'ai pu : et je dis merci à la vie, je lui dis merci, je chante la vie, je danse la vie... je ne suis qu'amour ! Et finalement, quand beaucoup de gens aujourd'hui me disent « Mais comment fais-tu pour avoir cette humanité ? », et bien je leur réponds très simplement, je leur dis que c'est ce goût de l'amour ce goût donc qui m'a poussé aujourd'hui à entreprendre une construction mécanique, mais demain qui sait ? Peut-être simplement à me mettre au service de la communauté, à faire le don, le don de soi...», Astérix et Obélix : mission Cléopâtre, Panoramix et Otis*

Serment d'Hippocrate (15)

5. Cadre législatif

Prescription de kinésithérapie par le médecin

1962 : arrêté relatif aux actes médicaux (16)

- Prévoit que la prescription du médecin doit être "**qualitative et quantitative**", c'est-à-dire qu'elle doit porter non seulement sur la nature, mais aussi sur le volume des actes prescrits. Les dispositions générales de la nomenclature prévoient par ailleurs que seuls les actes admis au remboursement et prescrits par un médecin sont susceptibles d'être remboursés.

- Relation **unilatérale** entre le médecin et le kinésithérapeute, la prescription du médecin indique le nombre de séances et la rééducation que doit réaliser le MK. Le kinésithérapeute n'a pas de liberté et applique ce que le médecin lui demande. Il existe alors un **déséquilibre** entre le médecin prescripteur et le kinésithérapeute qui réalise l'acte manuel. Pas d'échange possible entre professionnels. Ne permet pas les coopérations des compétences, le médecin sait et le MK applique alors que la réalité est différente.

1999 : le rapport BROCAS (16)

-Le médecin est responsable de la prescription de la nécessité de l'intervention du corps paramédical (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes). Mais il appartient au masseur kinésithérapeute de déterminer la NATURE des actes réalisés.

-Le droit est accordé aux infirmières et au MK de réaliser un bilan qui donne un diagnostic paramédical permettant de mettre en place un plan de soins personnalisé pour le malade avec des objectifs à atteindre. Ils peuvent également prescrire du matériel paramédical comme des pansements et des antiseptiques pour les infirmiers.

Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté de 1962 (17)

- Le médecin dans son ordonnance précise uniquement l'indication du traitement sans la durée.
- C'est le kinésithérapeute qui décide du NOMBRE DE SEANCES nécessaires et donne les objectifs de la rééducation. Cet arrêté est un pas en avant vers l'émancipation du kinésithérapeute, en lui donnant une autonomie et une liberté plus grande.

Arrêté du 27 Juin 2000 qui modifie le décret du 8 Octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute(18)

- BILAN DIAGNOSTIQUE OBLIGATOIRE à partir de 10 séances de kinésithérapie sous la forme de fiches synthèse, outils de coordination de d'amélioration des soins du patient. Il comprend le diagnostic kinésithérapique, les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.
- Possibilité de participer à la rééducation respiratoire, à pratiquer les aspirations nasopharyngées et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé.
- Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance.

B) Le Kinésithérapeute

1. Nouvelle définition du MK

La loi de modernisation de la santé de Mariol Touraine N°2016-41 du 28 Janvier 2016 : modification de l'article L4321 redéfinissant l'exercice de la kinésithérapie a été adopté par l'assemblée nationale. (19)

La définition de la kinésithérapie établie en 1946, aujourd'hui désuète, était basée sur un regroupement des activités de massage et de gymnastique médicale, aujourd'hui le MK à un rôle plus global et est plus autonome dans sa pratique.

L'amendement présenté propose une modification de l'article L4321-1 du code de santé publique prenant en compte les compétences du kinésithérapeute et non plus ses activités.

« La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

- Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne.
- Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

Le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21.

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination.

Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité.

La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin, est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiques.

La masso-kinésithérapie est exercée par des professionnels de rééducation titulaires d'un Diplôme d'Etat de masseurs-kinésithérapeutes et inscrits au tableau de l'Ordre (Art 4321-2 & 4321-10 du Code de la santé publique) qui s'engagent à :

- « Respecter les règles déontologiques spécifiques et l'éthique des professions de santé
- Acquérir et développer les compétences professionnelles nécessaires à la réalisation des activités de dépistage, de prévention, d'éducation et de soins, en tenant compte des évolutions de la science
- Participer à la promotion et au développement de la profession. »

2. Evolution du cadre législatif, de la définition et du rôle du MK

- **L'ancienne définition des compétences du MK avait été définie par le décret du Conseil d'État n°2000-577 du 27 juin 2000, modifiant le décret 96-879 (articles 1 à 8) dont voici un extrait :** (18)

Annexe 4

Cet article montre le début de l'émancipation du kinésithérapeute dans sa profession.

- **Article L. 4321-1 du Code de la Santé Publique 2002 :** « la profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'État, après avis de l'Académie nationale de médecine. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale : et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine » (20)

-**Création de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes le 9 Août 2004** qui permet d'accorder plus **d'autonomie, de responsabilité et d'assurer l'indépendance de la profession.** Il régit les rapports entre professionnels et avec leurs patients. Les masseurs-kinésithérapeutes sont enfin jugés par leurs pairs, sur la base de leur Code de Déontologie. L'Ordre défend aussi la profession contre l'exercice illégal. Il collabore avec la Haute Autorité de Santé (HAS) pour organiser des actions d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Il est chargé de diffuser les règles de bonnes pratiques professionnelles. Enfin, L'Ordre assure une mission d'administration de la profession. Pour cela, il organise et gère un Tableau de l'Ordre où sont inscrits tous les professionnels en exercice. (21)

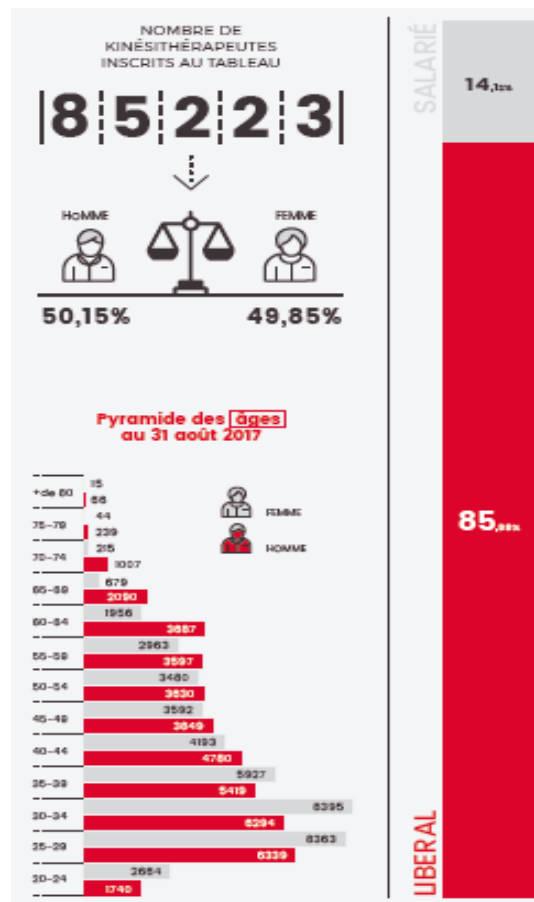
- Loi de modernisation de la santé de Mariol Touraine N°2016-41 du 28 Janvier 2016 : modification de l'article L4321-1 de la manière suivante : (19)

Le kinésithérapeute élargit donc ses compétences alors que sa mission était « le massage et la gymnastique médicale », il est à présent responsable de la prévention, du diagnostic, du traitement et de la planification des soins et du choix des techniques utilisées. Le médecin donne l'indication et le kinésithérapeute se charge du reste. Le MK est plus autonome dans sa pratique et est considéré comme un professionnel de santé qui n'est pas seulement un technicien mais aussi prend le patient sous un angle plus global.

-Article 68 (article R4127-68 CSP) code de déontologie 2017

Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professionnels de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix des patients, en accord pour l'échange des informations.

3. Démographie : (22)



Sexe

Il existe une parité : 50,3 % d'hommes pour 49,7 % de femmes.

Mode d'exercice :

Le mode d'exercice majoritaire est le libéral (85%) devant l'activité salariée.

Il y a plus d'hommes qui exercent en libéral : 53,6%, mais l'exercice libéral se féminise (le nombre de femmes inscrites au tableau a progressé depuis 2013 1,6 fois plus que celui des hommes). Les femmes sont beaucoup plus représentées chez les salariés avec 68,8%.

Au regard de la très faible rémunération des kinésithérapeutes à l'hôpital, et de l'absence de projet professionnel séduisant, les jeunes professionnels se tournent par conséquent aisément vers l'exercice libéral qui garantit une certaine indépendance et permet de bénéficier d'une rémunération correcte. Même si les revenus moyens sont parmi les plus faibles des professions de santé, ils restent toutefois supérieurs à ce qui est proposé à l'hôpital. L'hôpital n'est plus attractif, ce qui se traduit par plusieurs centaines de postes non pourvus dans le public.

Répartition en fonction de l'âge :

La tranche de professionnels âgés de 30 à 45 ans est la plus importante. La proportion de praticiens de plus de 60 ans progresse régulièrement, 7358 en 2013 (dont 2658 de plus de 65 ans) elle atteint 8501 en juin 2017 dont 3249 de plus de 65 ans.

Augmentation préoccupante du nombre de MK :

Le nombre de MK inscrits à l'ordre est de 85223 selon les chiffres de l'Ordre National des Masseurs Kinésithérapeutes. Il existe depuis quelques années une croissance non maîtrisée du nombre de kinésithérapeutes en France. Celle-ci est due à l'augmentation du nombre d'étudiants formés par les IFMK français et à l'afflux de diplômés européens qui veulent exercer en France. Chaque année l'état français délivre 1800 autorisations d'exercice pour les kinésithérapeutes européens. On assiste à une explosion démographique de la profession des MK qui malheureusement n'est pas une solution pour le recrutement dans le système hospitalier car la majorité s'installe en libéral. Les pistes formulées par l'ONMK sont : une meilleure rémunération des kinésithérapeutes à l'hôpital, faciliter le double exercice libéral et salarié, réguler les quotas d'installation en tenant compte des diplômés européens.

MATERIELS ET METHODES

A) Introduction et méthodologie en recherche clinique

La complexité des soins primaires requiert de disposer de plusieurs méthodes de recherche et nombreuses techniques de recueil de données. Les outils quantitatifs de l'épidémiologie et les essais randomisés sont connus et bien décrits. Cependant, ils ne permettent pas de répondre à la totalité des questions soulevées par la pratique quotidienne. La recherche qualitative peut aider à combler ce manque lorsqu'il est difficile de mesurer le facteur étudié. D'abord utilisées dans les sciences sociales et humaines, les méthodes qualitatives ont longtemps été victimes d'une image négative, considérées comme moins scientifiques. Cette approche est utilisée depuis quelques années dans la recherche en médecine générale, permettant d'aborder certains sujets de manière plus globale, et a tendance à se développer. Quel que soit le thème, la recherche relève d'une même démarche scientifique avec élaboration d'une hypothèse, d'une question et d'une méthode adaptée pour y répondre.

Le choix de la méthode dépend de la question de recherche. Alors que l'étude quantitative s'attache à mesurer, quantifier de manière objective un facteur objectif souvent à l'aide d'un questionnaire, l'analyse qualitative permet de mieux comprendre ou d'expliquer un phénomène en faisant émerger des solutions par le dialogue en utilisant des questions ouvertes, en entretiens individuels ou collectifs. Cette dernière fait référence au vécu et aux expériences de chacun et s'intéresse aux relations humaines. Les deux types de méthodes sont complémentaires et peuvent se succéder dans un même programme de recherche. Une étude qualitative permet de mettre en évidence des thématiques de recherche qui seront ensuite traitées par une étude quantitative plus poussée. Quelles que soient les méthodes utilisées, la démarche est rigoureuse, avec des critères fiables de validité interne et externe.

B) Une querelle de méthode

Il existe une idée générale dans la recherche scientifique et particulièrement en médecine. Celle selon laquelle la **recherche quantitative** qui est la plus couramment utilisée serait la référence, le gold standard, la Rolls Royce de la discipline. C'est une méthode de recherche standardisée fondée sur des outils d'analyse statistique permettant de mesurer, quantifier et d'analyser des données chiffrées comme le taux de glycémie, la mortalité, la survie, les marqueurs tumoraux. Le chiffre est roi dans l'analyse quantitative. L'essai clinique randomisé en double aveugle permet de comparer deux traitements. On peut donner comme exemple une étude de la supériorité d'un traitement de type statine A et B sur l'amélioration de la mortalité cardiovasculaire. Les études étiologiques permettent de mettre en évidence un lien entre deux variables, de déterminer un lien de causalité ou un facteur de risque pour une maladie. Une étude permettant de déterminer le lien entre le tabagisme et l'apparition d'un cancer du poumon. Dans le cas où le recrutement et le nombre de sujets nécessaire est suffisant et l'échantillon de l'étude est représentatif de la population, les résultats de l'étude sont extrapolables, généralisables, il existe une pertinence clinique externe intéressante.

Cette méthodologie permet ainsi de mettre en évidence des traitements efficaces pour améliorer la santé de la population qui seront par la suite après AMM, distribués dans les pharmacies. Elle est souvent utilisée dans le cadre de la recherche spécialisée pour comparer de nouveaux traitements anticancéreux et thérapies auto-immunes en oncologie, de comparer différentes techniques chirurgicales, et également en cardiologie.

Le mode de raisonnement est *déductif*, se basant sur des hypothèses solides qui seront vérifiés par l'étude. Comme en mathématiques les axiomes ont une portée explicative forte. Les théorèmes découlent des hypothèses. La spécificité de ce raisonnement est que la conclusion suit de manière certaine les hypothèses (prémisses).

Or, ce mode d'étude a des limites :

- Le mode de recueil de données est le plus souvent un questionnaire quantitatif dont les réponses sont binaires : oui et non, le chiffre est roi. Permet de confirmer une hypothèse mais ne permet pas de créer de nouvelles hypothèses.
- Etudes avec un coût important, souvent financées par les laboratoires pharmaceutiques. Souvent, lobbying important notamment des grands laboratoires pour vendre leurs médicaments.
- Laisse peu de liberté d'expression aux acteurs.

L'analyse qualitative est une méthode de recherche peu connue qui se développe en médecine et plus adaptée à mon sens à la médecine générale. Elle permet d'aborder les problèmes de manière plus globale en tenant compte du vécu et des expériences des acteurs. Le contexte général, l'environnement et les relations entre les différents acteurs concernés deviennent centraux dans ce travail. Elle permet de voir sous un angle plus global les problématiques de santé en analysant les émotions, les sentiments et les expériences personnelles du sujet. L'approche est compréhensive. Le raisonnement dans le domaine qualitatif se rapproche des sciences humaines et sociales, dans le sens où celui-ci est *inductif*. Il se base ou non sur des hypothèses peu explicatives et permet de créer des problématiques qui deviendront les hypothèses d'études quantitatives futures. Le recueil des données se fait par entretiens individuels ou de groupe. Le langage verbal permet une liberté d'expression qui a l'avantage de faire émerger des questionnements larges, surtout dans les focus groupes où la dynamique de groupe est intéressante. L'animateur a un rôle de journaliste à la manière de Laurent Delahousse qui anime le débat en posant des questions ouvertes dans le but de récolter des informations.

L'étude qualitative a l'avantage d'être innovante et en pleine essor en ce moment. Elle donne une liberté d'expression des acteurs qui permet une argumentation personnalisée. Intéressante et pertinente dans les problématiques de médecine générale. Par contre, elle permet de mettre en évidence des tendances mais avec une pertinence externe faible.

C) L'enquête qualitative

Cf L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales Pierre PAILLE, Alex MUCCHIELLI (23)

1. Origine historique

« Depuis les années 1980, le recours aux méthodes de collecte de données qualitatives s'est progressivement généralisé et diversifié au-delà du champ traditionnel de son usage. On connaît bien les enjeux et les manières de procéder de ces méthodes, et les ouvrages et articles abondent sur le sujet. On ne peut pas dire autant, toutefois, des méthodes d'analyse qualitative, qui en Europe comme en Amérique, ont longtemps été reléguées au dernier plan de considération méthodologique, comme si l'analyse constituait le dernier refuge du *chercheur artiste* qui y trouvait le lieu par excellence du *bricolage savant*, ou encore peut-être parce que l'accent des recherches est souvent mis sur la problématique, sur le contexte théorique, mais pas sur les algorithmes d'extraction du sens, qui s'en trouvent par le fait même entourés d'un halo de mystère. Dans le monde anglo-saxon, cette situation a beaucoup évolué au cours des vingt dernières années, et les ouvrages sur l'analyse qualitative se multiplient à un rythme impressionnant. En langue française la situation est tout autre : l'analyse qualitative fait encore peu l'objet de textes de fond, encore moins d'ouvrages qui lui sont dédiés. » p 10

Cela montre bien l'avènement de la recherche qualitative dans les années 80 dans les Sciences Humaines et sociales. Un grand développement depuis une vingtaine d'années dans les pays anglo-saxons, avec une prise de conscience de l'intérêt de la recherche qualitative. En France moins connue, suprématie de la recherche quantitative qui est la référence, l'analyse qualitative est jugée plus artistique et approximative. Cependant développement récent en sociologie et dans le domaine médical.

2. Définition

« L'analyse qualitative, comme on le verra plus en détail, peut être définie en gros comme une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de phénomènes. Elle ne nécessite ni comptage, ni quantification pour être valide, généreuse et complète, même si elle n'exclut pas de telles pratiques. Son résultat n'est dans son essence ni une proportion, ni une quantité, c'est une qualité, une dimension, une extension, une conceptualisation de l'objet (Paillé 2009b) »

« L'analyse qualitative est une activité de l'esprit humain tentant de faire du sens face à un monde qu'il souhaite comprendre et interpréter voire transformer. Cette activité fait appel à des processus qui sont ceux de la pensée qualitative de l'être humain ordinaire pensant avec intelligence le monde autour de lui. »

L'enquête qualitative est une étude de l'être humain par l'homme dans son environnement qui oblige le chercheur à rencontrer sur le terrain les acteurs de l'étude. En ce sens, elle se rapproche de l'anthropo-sociologie. Anthropologie du grec *anthropôs* l'homme et logie du grec *logos* la parole, la science de l'homme et la sociologie qui est l'étude des phénomènes sociaux dans leur globalité.

« Le terrain est la forme particulière que prend en anthropologie l'exigence de rigueur empirique qui fonde les sciences sociales » Olivier De Sardan (2008) p 20

3. Généralités

Comme dans toute recherche scientifique, il est nécessaire d'établir un thème puis une question de recherche avant de choisir la méthodologie. La pertinence de la question de recherche et le choix de la méthode vont conditionner la validité scientifique de l'étude. Le recueil et l'analyse des données doit être rigoureux et permettra d'extraire les éléments essentiels pour construire une réponse pertinente et la plus précise possible à la question de recherche.

Dans la majorité des facultés de médecine françaises les étudiants en médecine doivent remplir avant d'entreprendre un travail de thèse la fiche projet de thèse qui comprend : nom, prénom, mail, nom du directeur de la thèse, la problématique, le thème de la recherche, la question de recherche, choix de la méthode, recueil des données, analyse des données, critères de faisabilité de l'étude. Cette fiche est dans un premier temps modifiée et reformulée avec l'aide du maître de thèse puis présentée à une commission du département de médecine générale de Montpellier et sera alors validée ou non. Depuis 2018, une nouveauté est apparue, chaque étudiant a en plus du maître de thèse qui est là pour superviser le travail, un médecin référent spécialisé en fonction de la méthodologie choisie, qualitative et quantitative. Dans le domaine qualitatif, Agnès Oude Engberink, Gérard Bourrel, Lucie Rieu-Clotet, Sylvain Pavageau sont les principaux intervenants. De plus, des cours optionnels sont disponibles pour se former au recueil et à l'analyse des données.

Annexe 1 : ma fiche projet de thèse validée par le conseil de la faculté de Montpellier.

D) Présentation et méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative qui s'intéresse aux relations interprofessionnelles entre les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes (MK). La méthode de recueil utilisée est le focus groupe. C'est une réunion entre professionnels de santé, animée par le modérateur qui à la manière d'un journaliste va selon son guide d'entretien poser des questions ouvertes, ce qui va créer une dynamique de groupe, un débat d'idées intéressant qui sera enregistré et analysé par la suite. Pour cette problématique, la méthode des focus groupes a déjà été utilisée mais seulement pour connaître le ressenti des MK sur la relation avec le médecin généraliste par Evelyne Delaunay le 30 Avril 2009 à la faculté de médecine de Nantes (24). Mon étude est novatrice dans le sens où elle va permettre un échange entre les médecins généralistes et les MK pour que chacun avec leur vécu et leurs expériences apportent des solutions concrètes ensemble. La méthode qualitative est adaptée dans ce travail sur les relations humaines entre les médecins généralistes et MK car il s'agit de donner la parole aux participants pour qu'ils puissent exprimer librement leurs idées, leurs vécus, leurs expériences et leurs opinions sur le sujet.

Question de recherche : En quoi l'amélioration de la relation entre médecin généraliste et kinésithérapeute influence-t-elle la prise en charge des patients en soins premiers ?

Objectif principal : analyser l'interaction entre médecins généralistes et kinésithérapeutes et son influence sur la prise en charge des patients en soins primaires en les interrogeant sur leurs pratiques professionnelles.

Objectif secondaire : définir des pistes d'amélioration des pratiques interprofessionnelles et de qualité de soins.

1. Focus groupes généralités (25)

Définition : méthode qualitative de recueil des données basée sur des entretiens de groupe semi structurés en présence d'un modérateur qui anime le débat et d'un observateur qui collecte les informations.

Historique : issue des techniques de marketing de l'après-guerre aux Etats-Unis permettant de recueillir les attentes des consommateurs pour améliorer les ventes et rendre les produits plus attractifs. L'un des premiers à utiliser cette méthode est un psychologue américain C Rogers.

Intérêt : cette technique d'entretien repose sur la dynamique de groupe. Elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne grâce à la réunion de personnalités diverses. Le chercheur est comme un explorateur, il peut connaître en partie le sujet mais va aussi découvrir des domaines inconnus. La méthode des focus groupes permet par l'expression directe des participants de faire émerger des idées diverses, parfois inattendues pour le chercheur, reflet des valeurs sociales, culturelles et/ou religieuses de chacun. L'entretien collectif permet de donner plus de poids aux critiques que dans les entretiens individuels.

Acteurs :

- le modérateur : *moi-même*, journaliste neutre qui va à la manière de Laurent Delahousse animer le débat, distribuer du temps de parole de manière équitable, analyser la dynamique de groupe, poser des sous questions pour faire préciser une pensée si nécessaire, reformuler, demander d'autres points de vue, réorienter le débat quand on sort du thème général, faire parler les passifs et modérer le leader qui monopolise trop la parole.

- l'observateur : *Bruno Daubin*, rôle d'accueil des participants, de gestion de l'enregistrement, prise de notes des phrases clés qui serviront de plan lors de la retranscription mais également des éléments de la communication non verbale, faire un schéma avec la disposition des participants aux focus. Il ne doit pas participer aux discussions pendant le débat ni donner son avis. En fin de séance, il peut intervenir et faire préciser des pensées, faire des remarques pertinentes, synthétiser et résumer le débat, demander si les participants ont des questions, récupérer les questionnaires quantitatifs de manière anonyme.

- les participants : *médecins généralistes et MK*, sans eux rien n'est possible.

Recrutement :

Le mode de recrutement de la population des focus est important pour la validité du travail. Le nombre de personnes idéal est de 6 à 8 personnes avec un nombre maximum de 12 personnes. L'invitation se fait par mail ou contact téléphonique en réalisant une description globale du thème abordé. Il est important d'informer les participants sur le RESPECT DE L'ANONYMAT au cours de l'exploitation des données.

Organisation logistique :

Date, lieu et horaire des focus, en s'adaptant aux contraintes des personnes. Un mail précisant le projet et le déroulement des focus est envoyé à chacun des participants avec un lien doodle permettant de choisir entre plusieurs dates et horaires proposés. L'accueil des participants se déroule dans une atmosphère conviviale avec rafraîchissements et toasts. L'enregistrement des données est réalisé par magnétophone, smartphones, films avec une caméra.

Analyse des données :

Synthèse et échanges à chaud à la fin du débat pour synthétiser et sortir les idées principales. Ensuite longue étape de transcription mot pour mot du débat entre les participants. Le corpus

final est nommé VERBATIM et correspond à l'ensemble du texte retranscrit du débat. Ce texte servira de base pour l'analyse et va conditionner la validité de l'étude.

Une analyse thématique sera utilisée dans ce travail. L'objectif est de découper le corpus de manière logique en Unités Minimales de Significations (UMS) puis de les regrouper en sous thèmes (Occurrences) puis en thèmes (Dimensions). Pour structurer les données un arbre thématique est construit au fur et à mesure pour simplifier la lecture et servira de guide pour l'analyse. L'ensemble permettant de réaliser une synthèse rigoureuse et scientifique des débats.

2. Organisation du focus groupe en pratique

Recrutement des médecins : mails envoyés à tous les maitres de stages du Narbonnais.
Recrutement des kinésithérapeutes : contact téléphonique à partir de l'annuaire permettant de récupérer les mails des principaux kinésithérapeutes du Narbonnais puis envoi des invitations par mails.

Le mail comporte une description globale de la thèse et de l'organisation du focus groupe.

Le lieu de réalisation des focus est la maison médicale de Narbonne. L'horaire choisi est 20 heures permettant aux médecins et kinésithérapeutes de pouvoir participer après leurs journées de travail bien remplies. Pour les dates, création d'un Doodle avec plusieurs dates au choix. Chacun choisit une date unique. Le but étant d'avoir autant de médecins et de kinésithérapeutes dans chaque groupe. Les réunions ont eu lieu le 1 et le 15 février 2018.

Accueil des participants avec rafraîchissements et toasts dans une ambiance conviviale.

Présentation du projet de thèse et du déroulement de la table ronde. Information sur le caractère anonyme du recueil des données. Distribution des questionnaires quantitatifs à remplir et rendre à la fin de séance. Un numéro sera attribué à chaque participant du focus qui sera annoncé avant chaque prise de parole pour faciliter le recueil des informations, M pour les médecins et K pour les kinésithérapeutes avec un chiffre attribué selon leur emplacement. Pour l'enregistrement des données, j'ai utilisé un magnétophone pour le verbal et une caméra pour les éléments non verbaux.

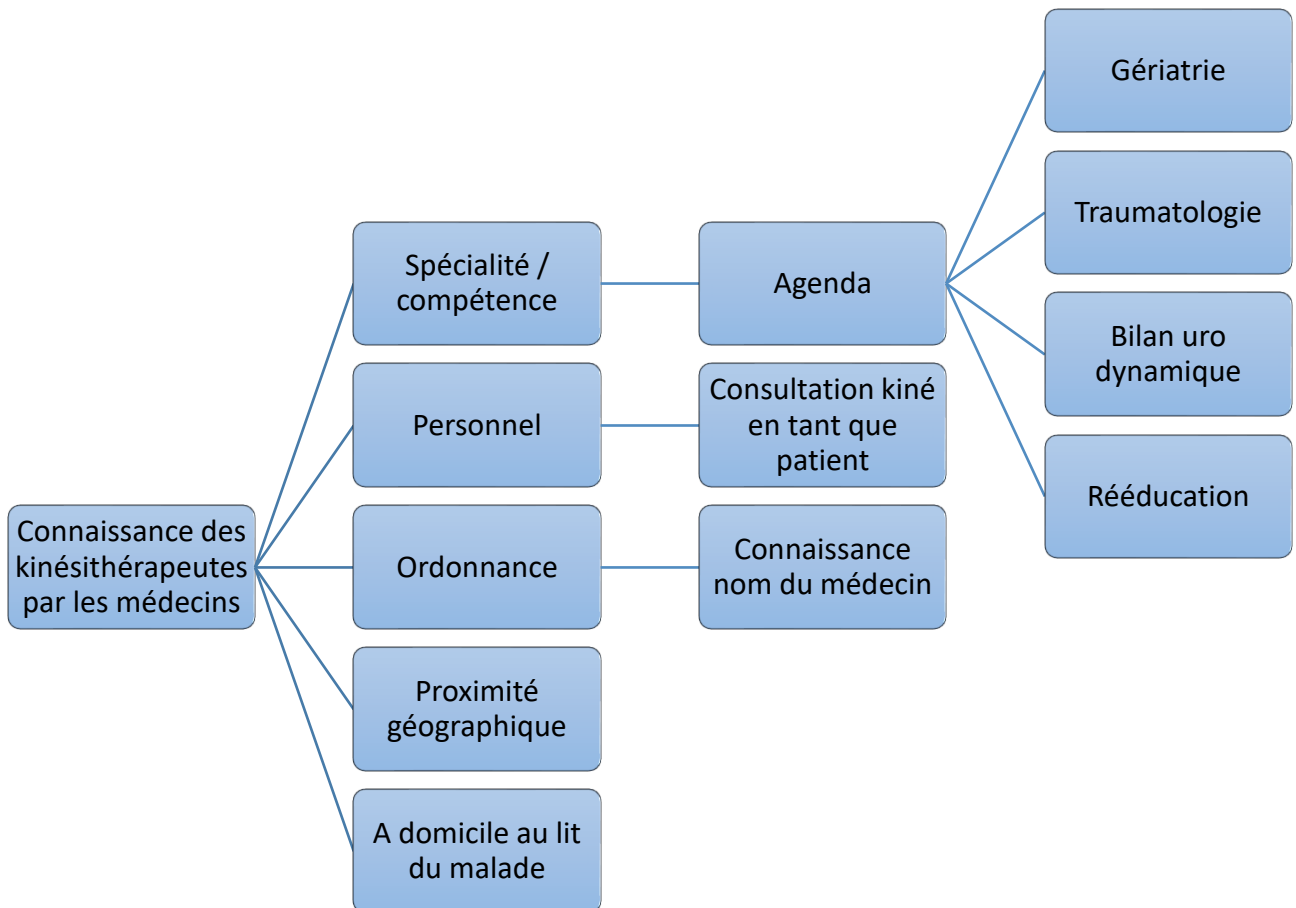
E) Guide d'entretien des focus groupes

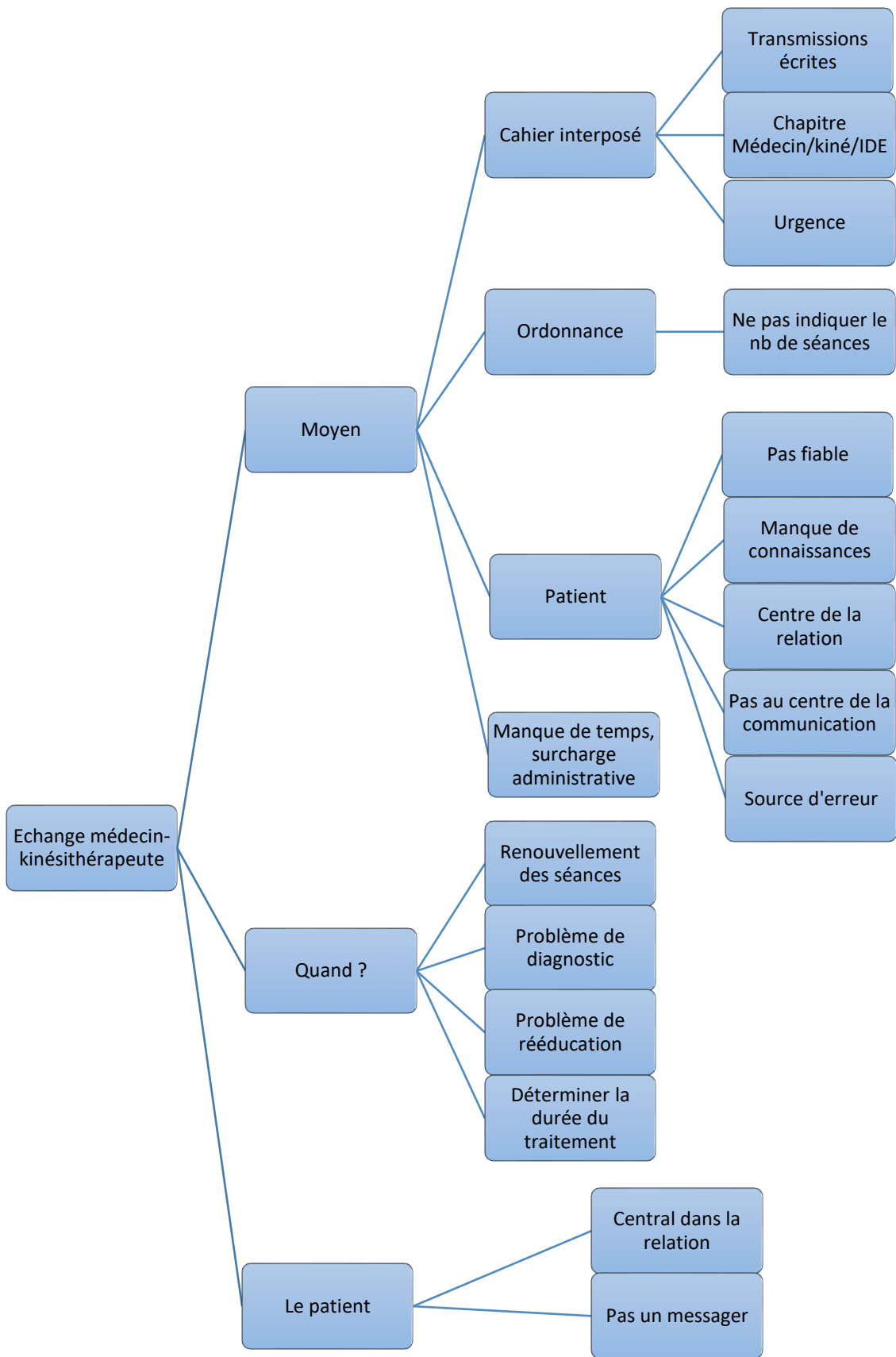
Le guide d'entretien est un outil indispensable pour le bon déroulement du focus groupe. Il contient principalement une présentation du projet de thèse, une définition des règles à respecter au cours de la réunion, assure l'anonymat des participants et contient principalement un ensemble de questions semi-structurées ouvertes avec une hiérarchie logique qui permet de créer une dynamique de groupe et un débat d'idées intéressant et exploitable. Des questions de relance sont prévues pour rebondir ou développer une remarque pertinente. Ce guide est bien sûr écrit et utilisé au cours du débat par l'animateur, dans le cas présent c'est moi. Voici ci-dessous l'intégralité de ce Guide pour mieux comprendre.

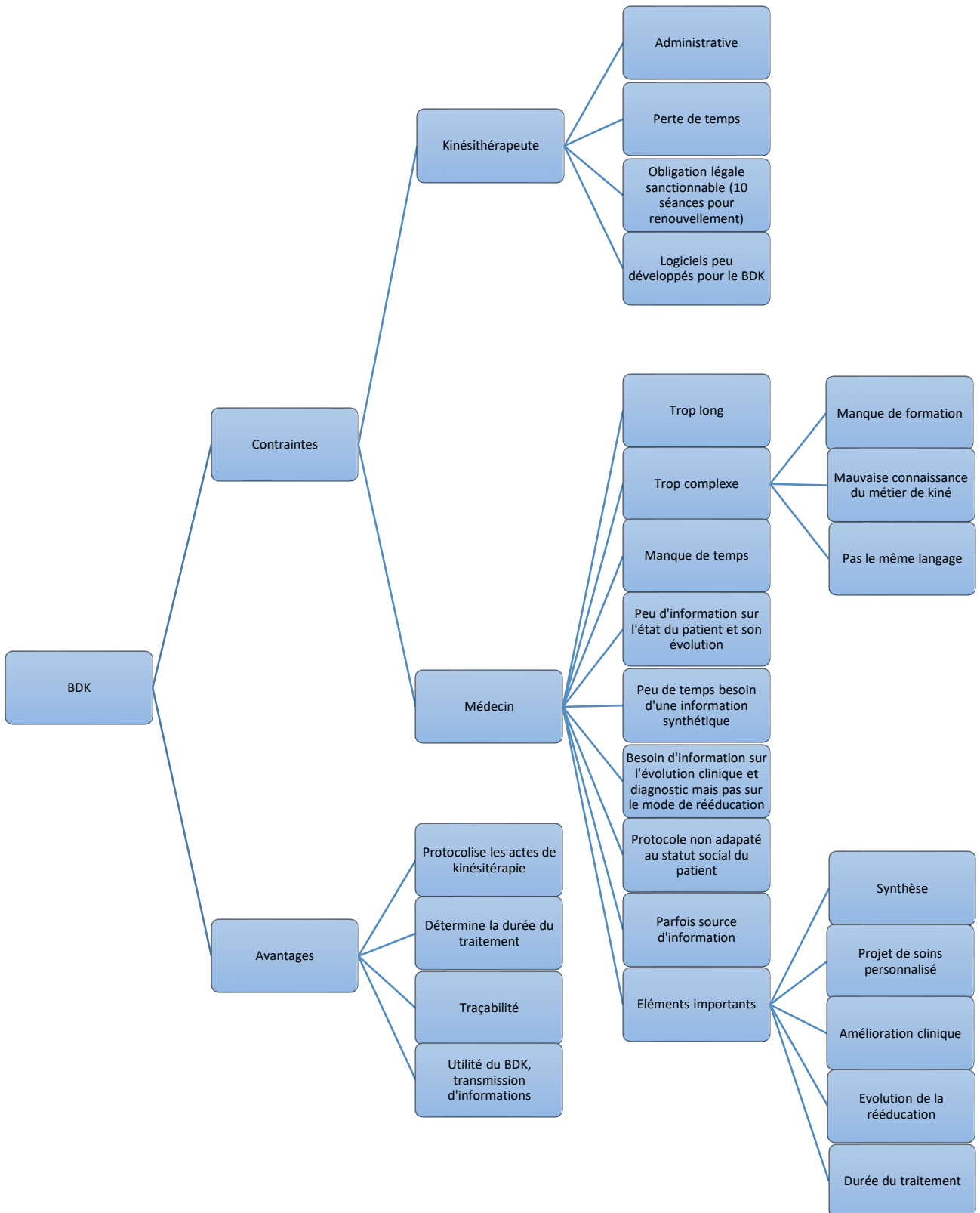
Annexe 2 : guide d'entretien des focus groupes

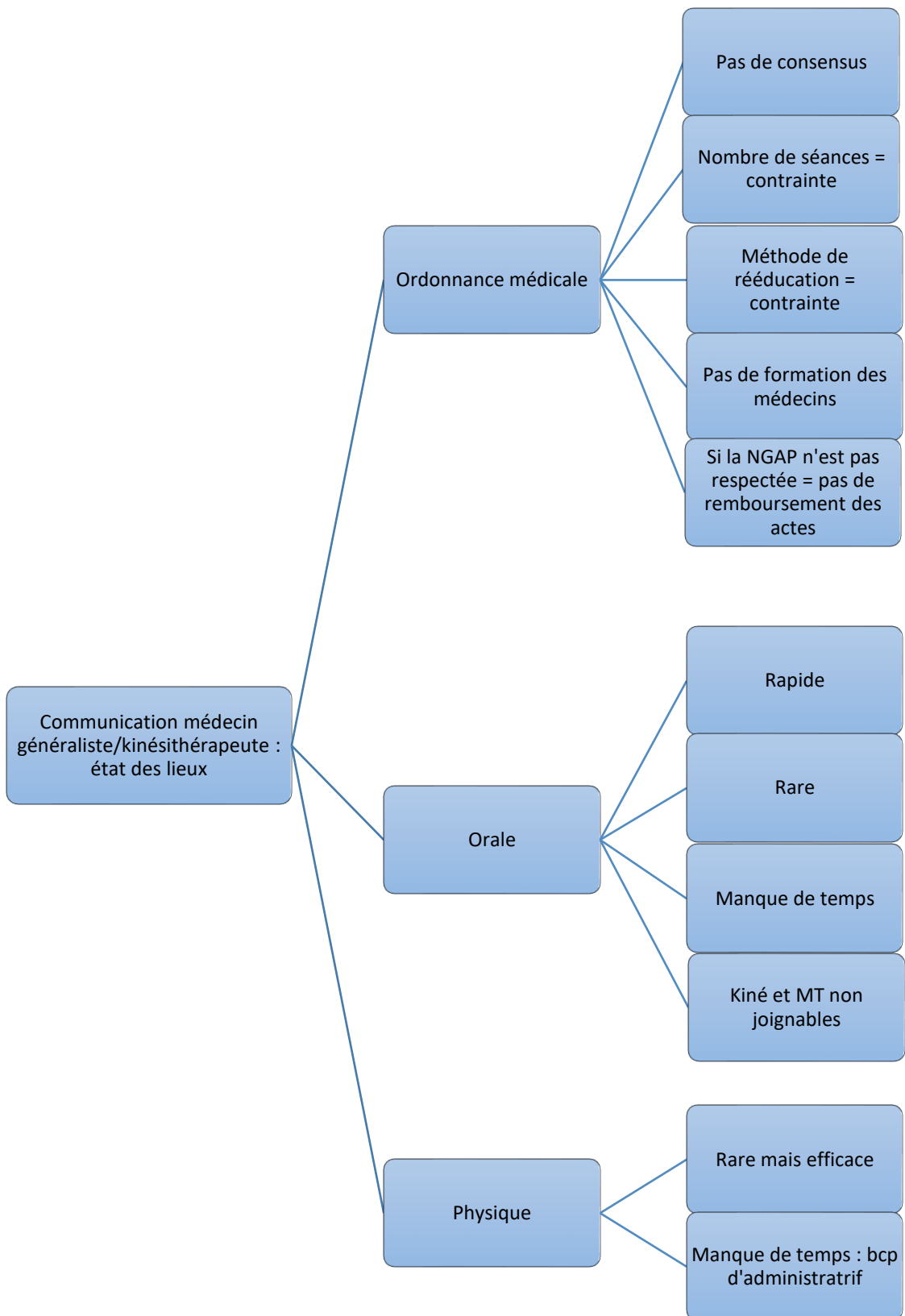
RESULTATS DE L'ETUDE

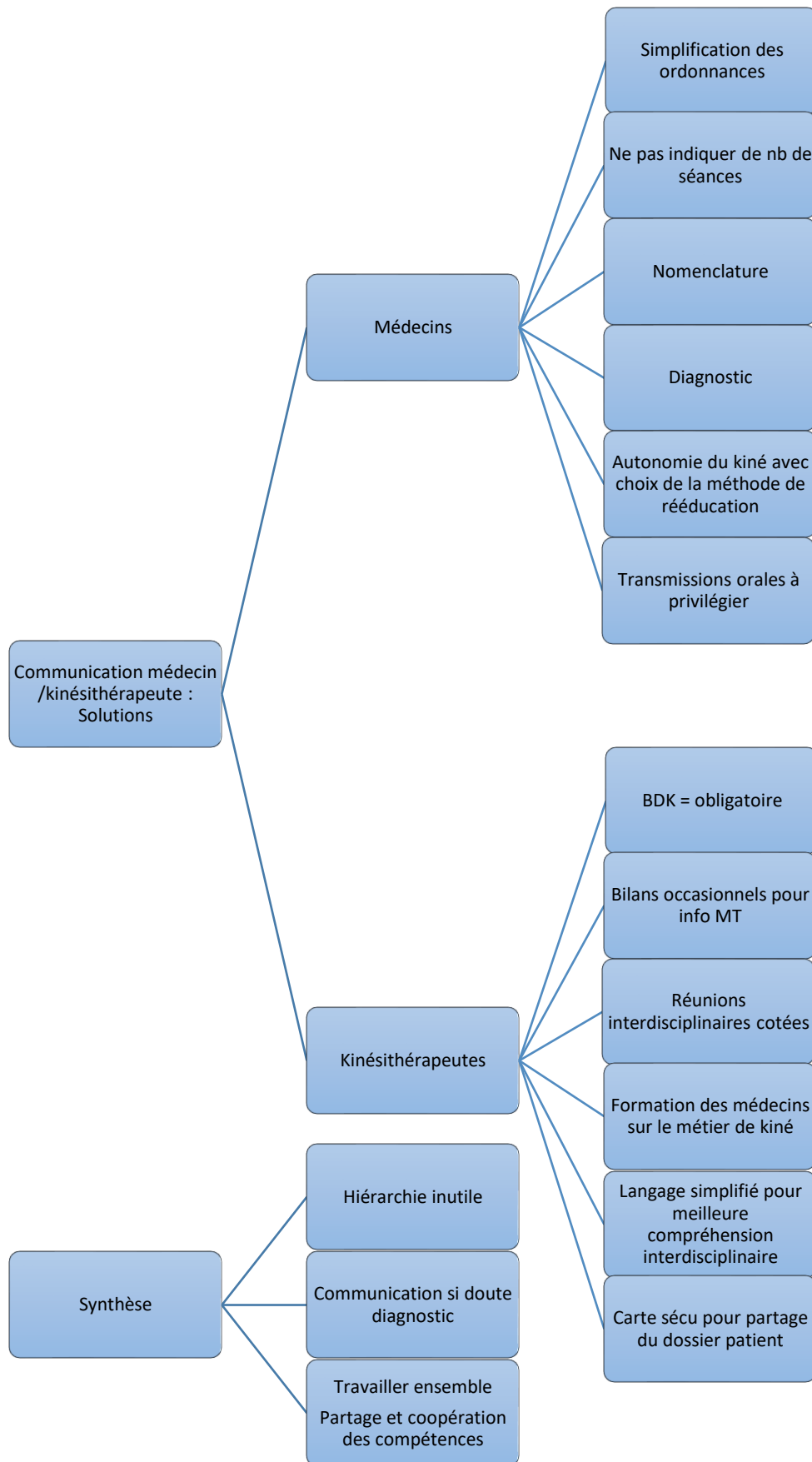
A) Arbres thématiques











B) Population de l'étude

Focus groupes du 1er Février 2018

K1	Jeune kinésithérapeute de 24 ans diplômé de la ville de Reims, qui exerce en ville à Narbonne depuis 2 ans dans un cabinet de groupe. Activité libérale exclusive, partagée entre le cabinet et les visites à domicile. Moins de 10 ans d'exercice. Formations complémentaires en thérapie manuelle, épaule et tissus aponévrotiques. Ne connaît pas bien le réseau médical local. N'a pas participé à des réunions pluridisciplinaires médecins-kinés. Communique plus avec le patient. A une relation cordiale avec les médecins et est favorable à une plus grande autonomie du kinésithérapeute.
K2	Homme de 44 ans, diplômé de l'IFMK de Lille. En activité libérale dans un cabinet de groupe en rural dans un village de l'Aude depuis février 2000. Exerce depuis plus de 10 ans. Formation complémentaire en kinésithérapie vestibulaire, uro- gynécologie et ostéopathie. Un DU d'hypnose est en cours. N'a jamais assisté à une réunion entre médecins et MK. A une bonne relation avec les médecins généralistes. Communique par téléphone, mails et rencontre. Il est très favorable à une plus grande autonomie du MK et aux échanges et lieux de rencontres avec les médecins.
K3	Homme de 45 ans, exerce en libéral à Narbonne depuis plus de 10 ans dans un cabinet de groupe. Spécialisé dans l'ostéopathie et la médecine du sport, il a travaillé pendant 6 ans avec l'équipe de rugby de Narbonne. Il a une responsabilité de vice-président dans une organisation syndicale départementale. Communique par écrit et par le patient, trouve que la relation entre le médecin et le MK est à améliorer. Favorable à une plus grande autonomie du kinésithérapeute.
M1	Femme de 34 ans, qui a une activité libérale en semi-rural dans une maison de santé pluridisciplinaire dans le Narbonnais. Exerce depuis moins de 10 ans. Prescription de kinésithérapie pluriquotidienne qui lui permet de diminuer sa prescription d'AINS.

	Communique le plus fréquemment par ordonnance ou par le patient. Favorable à une amélioration des relations médecins MK et à une plus grande autonomie des kinésithérapeutes.
M2	Femme de 60 ans, installée à Narbonne en libéral depuis 9 ans, elle a également exercé en semi-rural dans un village de l'Aude et était médecin coordinatrice à l'hôpital de Port La Nouvelle dans les services d'EPHAD et de rééducation. Double expérience de l'hôpital et du libéral. Apprentissage de la prescription de kinésithérapie avec le DU de gériatrie. Prescription pluriquotidienne de kinésithérapie. Communication par ordonnance et le patient. Relation cordiale avec les MK, très favorable à une plus grande autonomie du MK.
M3	Femme de 42 ans installée en libéral dans un village de l'Aude associé à un médecin qui va bientôt prendre sa retraite. Aucune formation sur la prescription de kinésithérapie. Prescription pluriquotidienne. Communique principalement par l'ordonnance et le téléphone. Relation cordiale avec les MK et très favorable à une plus grande autonomie des MK.

Focus du 12 février 2018.

K1	Homme de 33 ans qui exerce une activité libérale dans un cabinet de groupe au domaine de la Coupe et à la polyclinique dans le service d'oncologie. Spécialisé en kinésithérapie du sport. Sa relation avec les médecins est cordiale. Il est indifférent à une plus grande autonomie des MK.
K2	Homme qui exerce en libéral à Narbonne depuis 24 ans. A une activité libérale partagée entre cabinet de groupe et polyclinique. Spécialisé en ostéopathie.
K3	Jeune kinésithérapeute diplômé depuis 5 ans qui exerce en milieu rural dans le Narbonnais. Peu d'interactions car pas de médecin dans la ville. Communique grâce à l'ordonnance et le téléphone et est très favorable à une plus grande autonomie du kinésithérapeute.
M1	Médecin généraliste de 47 ans, installé dans un petit village du Narbonnais avec une activité semi-rurale. Bon relationnel avec les 3 kinésithérapeutes du village. Ils se croisent souvent au cabinet ou chez les patients. Défavorable à une plus grande autonomie des MK.
R	Médecin généraliste qui exerce dans une maison de santé pluridisciplinaire dans le Narbonnais dans un milieu semi-rural. Communique principalement par l'ordonnance et le téléphone. Indifférent à une plus grande autonomie du kinésithérapeute.
M3	Jeune médecin généraliste associé de M2. Diplômé de la capacité de médecine du sport, il travaille également au Racing Club Rugby de Narbonne. La relation avec les MK est bonne, il communique par la rencontre et le téléphone et est indifférent à une plus grande autonomie du MK.

C) Analyse qualitative

Pour le codage des citations : la lettre p est suivie de la page et le F est le numéro du focus : numéro 1 pour le focus groupe du 1er février et le numéro 2 pour le focus du 15 février.

1. Analyse de l'interaction entre médecins généralistes et kinésithérapeutes et son influence sur la prise en charge des patients en soins primaires.

Mauvaise connaissance des médecins et des kinésithérapeutes entre eux

« K1 : Je connais seulement les noms que je vois sur l'ordonnance. » p151 F1

Jeune kinésithérapeute qui ne connaît pas encore le réseau médical de la région et qui exerce à Narbonne, noyé dans le grand nombre de médecins généralistes, il n'est pas intégré. Témoigne d'une absence de communication.

Connaissance des MK par les médecins

- par leurs spécialités et compétences

« M2 : Je connais les kinésithérapeutes par leurs spécialités, qui fait de la rééducation vestibulaire, qui fait de la rééducation périnéale, qui sait mieux faire le syndrome post chute en gériatrie. J'ai un agenda avec une liste de MK, j'ai beaucoup d'estime pour G. H. et P. C. ... Tous les bilans urodynamiques sont fait à l'hôpital, je les connais bien, j'ai travaillé 4 ans avec eux. » p148 F1

Une praticienne plus ancienne qui connaît les réseaux de MK locaux. Le fait d'avoir travaillé à l'hôpital lui a permis de mieux connaître les MK et de travailler en lien avec eux en libéral.

- selon la proximité géographique

« M1 : Je connais les kinésithérapeutes avec qui on travaille qui se trouvent dans la même zone géographique » p151 F1

« M1 : On a un rapport avec les kinés, préférentiellement locaux. Avec les kinés du cabinet ça se passe très bien sous la forme d'une relation orale » p221 F2

« M1 : Les kinés de proximité on les connaît bien, on fait le point régulièrement » p222 F2

« M2 : Dans la ville on connaît moins les kinésithérapeutes que quand j'étais à la campagne » p148 F1

Meilleure connaissance des MK qui sont aux alentours. Dans une maison de santé pluridisciplinaire, c'est le mieux. Il suffit de franchir la porte pour communiquer et demander son avis. Il existe une relation plus facile en milieu rural, car on se croise plus souvent quand l'endroit est plus petit. On travaille principalement avec les praticiens locaux, qui sont géographiquement proches.

Manque de temps chez le médecin et le MK pour communiquer

« M3 : Mais pareil c'est une sorte de manque de temps, un manque de communication et qu'on est tous, le kiné aussi, nous, les kinés, impuissants, à bloc » p251 F2

« K2 : Difficultés c'est vrai à ce niveau. A un moment ou un autre c'est bien de faire un courrier mais on a souvent un manque de temps. Temporellement parlant c'est difficile » p156 F1

« M3 : C'est qu'au final je pense que la sécurité sociale demande beaucoup de travail, vous les médecins, nous les kinés, on nous sature, on nous demande beaucoup de paperasse, cette paperasse surcharge notre activité professionnelle. Et je pense que si on n'avait pas cette paperasse, on pourrait passer plus de temps à communiquer. » p254 F2

« M3 : Oui mais ce coup de téléphone fait partie d'une journée complète, où tu vas avoir l'infirmier, tu vas avoir ton urgence qui arrive là au milieu et qu'il faudra que tu gères. Tu vas avoir la maman qui vient te demander une prescription parce qu'elle en a plus. Et donc au final, oui je suis d'accord avec toi un appel ce n'est pas beaucoup, mais un appel dans ta journée, comme le kiné qui va avoir des patients. Ben cet appel là dès fois tu ne le prends pas parce que c'est le rush, et t'as même pas ces trente secondes, t'es tellement dans le rush que tu ne prends pas. » p256 F2

Le manque de communication s'explique par le manque de temps, la surcharge de travail et la surcharge administrative imposée par la sécurité sociale.

Les moyens de communications

ECRIT

- **Ordonnance médicale de prescription rédigée par le médecin.**

Manque de formation des médecins généralistes sur la prescription de kinésithérapie.

«M2 : Il y a une chose de très importante, c'est qu'au cours de mes études de médecine, moi qui suis vieille maintenant, on a dû avoir 5 ou 6 heures de cours de prescription de kiné. »
p171 F1

«M2 : Il est important que vous nous éduquiez en fait sur ce que vous allez faire. Qu'on puisse parler des mêmes choses. » p171 F1

Il n'existe pas de protocole et de formation spécifique pour la prescription de kinésithérapie en médecine générale. Le médecin est donc livré à lui-même pour la rédaction de l'ordonnance de kinésithérapie qui est pluriquotidienne. C'est un droit donné au médecin sans lui donner les armes pour bien faire le travail.

Manque de formation et de connaissance en kinésithérapie par les médecins généralistes.

« M3 : Mais c'est que le kiné a une formation, on n'a pas la formation de kiné. Je suis persuadé qu'on demande à un médecin et à un kiné de faire un examen de tous les muscles du corps, je suis persuadé que le médecin ne sait pas le faire aussi bien qu'un kiné. On n'a pas de formation. Notre bilan orthopédique, j'ai juste appris l'examen du genou parce que j'ai fait la capacité de médecine du sport... pendant mon stage hospitalier au faisait le Lachman au bloc opératoire. » p227 F2

« M2 : Mes connaissances en kinésithérapie, en rééducation sont tellement nulles que je ne me permettrais jamais de critiquer les kinés » p225 F2

Contenu de l'ordonnance médicale.

- simplification de l'ordonnance : faire confiance au MK.

« M2 : Je ne prescris plus le nombre de séances. J'indique rééducation d'une articulation et je laisse le soin au kiné de choisir la méthode de rééducation » p156 F1

« M1 : Il y a plein de fois où je fais confiance au kiné et je sais que le kiné est meilleur que moi. Je fais l'ordonnance et je laisse soin au kiné de faire son bilan et de dire ce qu'il va rééduquer et comment car il s'y connaît mieux que moi » p158 F1

« K2 : Quelque part, si on me met moi rééducation pour une kinésithérapie pour une lombalgie, après moi le reste je vais le faire. Ça me suffit, largement, je n'ai pas besoin que ce soit détaillé point par point. » p172 F1

Tendance des médecins généralistes à faire confiance aux MK. Lucidité sur le fait que le kinésithérapeute est plus compétent dans le domaine de la rééducation, il connaît son métier. L'ordonnance rédigée par le médecin est simple, elle comprend globalement le diagnostic, la région anatomique concernée et laisse le choix du nombre de séances et de la technique de rééducation au MK. On assiste à une évolution du rôle du kinésithérapeute qui est précisée dans la loi de modernisation du système de santé de Marisol Touraine. Le MK devient un spécialiste de la rééducation et a un rôle dans le diagnostic la prévention et la planification du plan de soins du patient.

- Détail de l'ordonnance chez les médecins spécialisés dans la rééducation : utile.

« M1 : quand je vois les prescriptions par exemple de P.P, bon voilà il est médecin du sport, quand je vois les prescriptions de mon mari, bon ben oui. C'est ce qu'il dit c'est pile ce qu'il faut faire. Moi je prescris cervicalgie, massage décontracturant. » p171 F1

Les médecins généralistes spécialisés dans le sport et les médecins rééducateurs ont une approche différente concernant la prescription de la MK, grâce à leurs connaissances plus poussées dans le domaine et se permettent de plus détailler l'ordonnance.

- Détail de l'ordonnance chez les médecins : contrainte pour le MK.

« K2 : Oui. Parce que par exemple je reviens sur le cas d'une tendinopathie ; si vous marquez sur la prescription : prise en charge d'une tendinopathie par ondes de choc. Ça par contre ça ne rentre pas dans la nomenclature. Parce que l'onde de choc n'est pas reconnue. » p179F1

« K2 : J'ai un premier dossier où le médecin a marqué : séances d'ondes de choc pour aponévrosite plantaire. Donc là le médecin conseil a considéré que ondes de choc ne faisant pas partie de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ce n'était pas remboursé. J'ai adoré » p236 F2

« M2 : Le premier objectif quand on fait une ordonnance c'est avant tout comment bien formuler pour que le patient ait la meilleure rééducation et forcément c'est lié malgré tout et après il y a le côté financier pour vous. M3 : c'est la nomenclature qui rassemble les deux » p239 F2

Si l'ordonnance est trop détaillée risque d'erreur de la part du médecin qui va préciser une méthode de rééducation qui n'est pas dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). La technique de rééducation sera imposée par le médecin au MK et le patient ne sera pas remboursé.

Il existe alors un double problème pour le MK. Dans les soins, une perte de la liberté de la méthode de rééducation. Sur le plan financier, il existe un souci de cotation des actes et donc de remboursement des soins. Une solution envisageable est l'utilisation de la NGAP par les médecins généralistes pour éviter les erreurs de prescription et permettre une bonne prise en charge du patient.

On constate ainsi deux manières de prescrire la kinésithérapie :

-SIMPLE en indiquant seulement le diagnostic et la zone de rééducation sans donner la méthode ni le nombre de séances. Le MK est considéré comme un véritable SPECIALISTE REEDUCATEUR, il affine le diagnostic, choisit la technique de rééducation adaptée et le nombre de séances nécessaire pour le patient. Le médecin qui a peu de connaissances fait CONFIANCE au kinésithérapeute. Chacun son métier, le médecin pose le diagnostic, le MK prend en charge la rééducation dans son ensemble. La méthode de prescription qui semble la mieux adaptée pour un médecin généraliste moyen qui a peu de connaissances en MK et qui va faire confiance au MK. Il existe alors un partage des connaissances et un échange entre professionnels, chacun a sa compétence dans son domaine. Le patient a donc une prise en charge optimale.

-COMPLEXE avec le nombre de séances et les détails de la technique de rééducation. La prescription devient une double CONTRAINTE. DANS LES SOINS quand elle est en contradiction avec le kinésithérapeute et ADMINISTRATIVE pour la cotation de l'acte. Si la technique prescrite par le médecin ne rentre pas dans les cotations, le patient ne sera pas remboursé des actes. Néanmoins un médecin spécialisé dans le sport ou la rééducation est plus à même de le faire.

Évolution de la définition du MK, autonomie, planification des soins.

- **BDK**

Avant-propos : contenu et structure idéale du BDK

« K3 : Le nom, le prénom du patient, les coordonnées, l'adresse, ensuite la pathologie, l'indication thérapeutique, le nombre de séances, le bilan articulaire, musculaire, les objectifs à court terme, moyen et long terme, le matériel utilisé, le but du traitement, l'évolution. » p161 F1

Du point de vue du Kinésithérapeute :

➤ Les Contraintes

- **Contrainte administrative imposée par la sécurité sociale.**

« K1 : La sécu est venue nous voir plusieurs fois en nous mettant la pression pour que les bilans qu'on faisait soient bien envoyés régulièrement. Ce n'est pas un contrôle mais ils nous disaient que maintenant dans les nouvelles nomenclatures que la sécu exige de nous, il faut impérativement envoyer les bilans à chaque généraliste. » p220 F2

« K3 : Au bout de 20 séances le kiné est obligé de faire un BDK pour rendre compte au médecin de l'avancée du traitement. C'est là que ça devient un peu compliqué sur le bilan. La conception du bilan pourrait être faite simplement mais on est obligé par certaines conventions de mettre certaines choses obligatoires dans le BDK. C'est la sécu qui nous l'impose. » p156 F1

« Obligatoire » « Sanctionnable » « Opposable » p224 F2

Obligation légale, le BDK est vécu comme un bilan qui prend du temps et est considéré comme un flicage des actes de kinésithérapie par la sécurité sociale.

- **Contrainte temporelle. Manque de temps de la part des MK et des médecins généralistes.**

« K2 : C'est vrai au départ je me suis rendu compte que j'ai envoyé quelques bilans et que j'ai eu des retours et que le médecin m'a dit : c'est trop long, c'est trop compliqué ; et je faisais de l'oral. Donc je prenais le téléphone et j'appelais le médecin » p230 F2

La rédaction du BDK est longue. Le médecin ne comprend pas tout et prend du temps pour le lire. Ce qui fait que ce moyen de communication est peu efficace. Le côté oral est plus direct et permet d'aller droit au but contrairement au BDK et semble plus intéressant.

- **Le BDK protocolise les soins de kinésithérapie mais ne prend pas en compte le statut social et le travail du patient.**

« M3 : ils ne comparent pas le bassin social. C'est à dire que oui un lumbago chez un cadre, je caricature, du 6ème arrondissement, ça ne sera pas pareil de travailler la même lombalgie si c'est un mec du BTP et il a 30 ans de BTP derrière lui. Ce sera pas du tout pareil, on n'aura pas le même nombre de séances. Et donc c'est ce que je dis à chaque fois à la sécu avec leurs contrôles, c'est qu'au final, ils ne prennent jamais en considération la population et le type de population qu'ils ont et le type de population que le kiné a ou que le médecin a. » p262 F2

➤ Les Améliorations possibles

- **BDK plus simple informatisé, plus rapide.**

« M3 : Dans les nouveaux logiciels comme WEDA, il existe le BDK informatique. Je pense que dans peu de temps, les confrères vont pouvoir faire rapidement un BDK. Le but est de tomber en quelques clics sur quelque chose de standard et pouvoir l'aménager au patient avec toujours une case remarque pour mettre une remarque pertinente, personnalisée. » p166

F1

« K1 : Mais il faut une tablette alors. Nous on est autour du patient, on mobilise, on manipule, on tourne autour de lui, autour de la table, on n'est pas devant l'ordi. Au lieu d'écrire sur le manuscrit à côté du patient, il faudrait une tablette, je coche douleur et j'envoie directement. » p166 F1

- **Obligation d'une réunion pluridisciplinaire médecin-kinésithérapeute cotée par la sécurité sociale.**

« M2 : La pluridisciplinarité, si on était une maison médicale exemplaire...une réunion de temps en temps, si on est en public c'est rémunéré en plus. Si on fait vraiment partie et bien on se réunit le soir comme ça, ça fait partie d'un forfait qui permet d'avoir 50 000 euros pour la maison pluridisciplinaire ou un pôle de santé et qui permet de payer la secrétaire, justement cette personne qui va être l'interface entre toi et moi au moment où l'on se cherche. » p264 F2

Du point de vue du médecin généraliste :

➤ Les contraintes

- **BDK : trop long**

« M2 : Après c'est très agréable de recevoir quelque chose, maintenant je suis toujours un peu gêné par rapport aux kinés qui se cassent les pieds à taper leur truc et qu'en fait moi j'arrive et je fais : Ouais, ok, BDK, conclusions, ouais, salut et je le range. Ça dure allez 4 secondes pour lire un BDK qui a dû vous mettre 5 minutes à être tapé à se coltiner le truc. La vérité c'est ça. » p226 F2

Le BDK prend beaucoup de temps et de travail au MK car la sécurité sociale impose qu'il soit administratif et détaillé sur les méthodes de rééducation. Alors que le médecin lui surchargé, va survoler ce bilan, regarder rapidement la conclusion et continuer ses consultations. Il existe

alors un déséquilibre entre le travail demandé par la sécurité sociale au MK et l'intérêt porté par le médecin.

- **BDK : trop compliqué pour le médecin généraliste. Incompréhension du BDK par les généralistes. Importance de parler le même langage pour mieux se comprendre.**

« M3 : Quand je parle avec des médecins rééducateurs des fois je les entends parler, il y a plein de choses que je ne comprends pas et pourtant ça ressemble au BDK, donc c'est pour ça, ce n'est pas que l'on ne les lit pas, c'est qu'on n'a pas la capacité de le lire, on n'a pas les moyens de tout lire. » p228 F2

« M2 : C'est à dire que l'on n'a pas de formation pour comprendre ce qu'il y a sur le BDK » p226 F2

« M2 : On passe à l'objectif du BDK, si c'est la communication avec les médecins, donc si on communique avec quelqu'un on s'adapte, ON ADAPTE LE LANGAGE avec la personne avec laquelle on communique » p229 F2

« K2 : Le BDK pour nous il est fondamental, parce que de toute manière la sécu elle le veut. Et moi je pense, à travers ce que vous nous avez dit tout à l'heure, qu'il va falloir que l'on SYNTHÉTISE avec des mots très simples, et je pense qu'il faut que l'on ait un LANGAGE COMMUN. » p258 F2

« K3 : Je pense que ce qu'il ressort, c'est pour une bonne communication, qu'il faut avoir le même langage. » p208 F2

Difficulté de comprendre pour le médecin l'ensemble du BDK, qui contient des informations trop précises. Un langage spécifique de rééducation est utilisé par le MK. Nécessité de parler le même langage pour mieux se comprendre et mieux travailler ensemble.

- **BDK : trop complet et précis pour les médecins, besoin d'une information plus simple et plus régulièrement.**

« M3 : mais c'est vrai qu'on ne devrait pas vous obliger à faire autant, je pense que ça devrait être beaucoup plus SYNTHETIQUE. C'est à dire que vous savez comment votre patient va pour telle pathologie, vous savez comment vous allez travailler et qu'est-ce que vous allez faire. Nous derrière je pense qu'il suffirait d'un truc beaucoup plus simple. » p228 F2

« M1 : Ben ouais, ce n'est pas le BDK de la sécu qui m'intéresse, je m'en fiche. C'est vraiment le : j'ai examiné ton patient, je trouve qu'il a ça. UN ECHANGE SUR LA PATHOLOGIE DU PATIENT ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE qui ont deux façons de voir les choses, le kiné a plus le temps de faire un examen complet, qui a des compétences particulières en ostéo par exemple, ailleurs et plus que moi » p162 F1

« M3 : J'aimerais rebondir, le BDK c'est quand même les termes excentrique, concentrique, biométrique, moi personnellement je les ai appris un peu, développés parce que j'ai fait la capacité de médecine du sport. J'ai été obligé de m'intéresser, d'acheter des bouquins de kiné. Et je trouve que le BDK peut être intéressant, mais sachant que le kiné ne va pas dire le patient va bien. » p226 F2

- **Manque de retours de BDK selon les médecins.**

« M1 : Et on nous a fortement incité à marquer sur nos ordonnances : merci d'envoyer un BDK. » p221 F2

Intérêt pour les médecins généralistes de noter sur l'ordonnance de recevoir un retour du kinésithérapeute.

➤ Les Améliorations possibles

- **Pour le médecin les informations les plus importantes sont l'évolution de l'état du patient, la durée du traitement et la proposition d'un plan de soins.**

« M3 : *Simplement voilà en conclusion, il y a un patient pour un ligament croisé, ben on est au troisième mois, BONNE EVOLUTION sur la flexion, l'extension, la stabilité ; reprise tout simplement, le médecin... il ne sait pas à quel moment on REPREND telle ou telle ACTIVITE. Reprise de la course, bon... Voilà on n'a pas besoin de savoir s'il a fait l'exercice proprioceptif sur le petit coussin. Ça, c'est très bien, c'est son travail, mais concrètement le marquer ça lui fait perdre du temps. Nous derrière on va le lire et dès fois on ne va pas le comprendre, alors que des mots très simples qui ne seront pas scientifiques et pas médicaux, mais nous permettront de comprendre. » p228 F2*

« M2 : *La lecture du BDK, oui c'est bien parce que c'est un progrès énorme parce qu'il y a quand même une relation avec le patient au milieu, donc c'est parfait. Mais malgré tout en termes de ce que ça va engendrer pour moi : à part une INFORMATION SUR L'ETAT DU PATIENT. » p225 F2*

« M2 : *La proposition de soins ça fait 5 lignes donc oui je pense. Nous avons besoin d'une PROPOSITION DE SOINS pour savoir où l'on va. » p163 F1*

« M2 : *C'est à dire que la kinésithérapie est une proposition de soins. Sur la pathologie il y a plusieurs propositions de soins c'est important pour nous de dire c'est fait, pas fait, il n'a servi à rien, donc on passe à autre chose et voilà. C'est dans le cadre d'un diagnostic et d'une proposition de soins. Une fois qu'il est fait, il est fait il a servi à quelque chose, il n'a pas servi, il faut faire une infiltration intra-articulaire ou pas. » p164 F1*

« M2 : *Je m'interroge sur la DUREE justement d'une REEDUCATION. Je prends exemple d'une épicondylite récemment, je ne sais pas combien de fois j'ai renouvelé les séances mais à un moment donné il faut passer à autre chose, faire une infiltration. Car si le patient ne va pas mieux à 6 mois d'une rééducation d'une épicondylite, c'est qu'il y a un problème. » p158F1*

Le médecin a besoin d'une information concrète sur l'évolution de l'état du patient et sur la possibilité de reprendre une activité sportive. Un plan de soins avec des consignes pour aider le médecin généraliste. Importance d'avoir selon le médecin des informations sur le diagnostic et l'évolution de l'état du patient, pas sur l'acte de kinésithérapie réalisé et sur le mode de rééducation.

Le médecin a besoin de savoir si la kinésithérapie est efficace pour changer de stratégie thérapeutique en absence d'amélioration du patient.

- **Utilité d'un petit bilan kiné mensuel pour expliquer au médecin si la rééducation se passe bien et évolue dans le bon sens ou si problème diagnostic.**

« M2 : Ce n'est pas forcément un bilan complet comme les bilans d'orthophonistes, où l'on ne comprend rien qui serait utile mais plutôt un point mensuel indiquant si le patient va bien, qui indique que la rééducation évolue dans le bon sens ou pas. » p155 F1

« M2 : Souvent le patient revient voir le médecin et dit le kinésithérapeute m'a demandé de revenir vous voir. A ce moment-là un petit mot pour informer le médecin serait intéressant. Si le kiné a un doute diagnostic, tu m'as dit que c'était une névralgie cervico-brachiale mais franchement j'ai un doute, je pense qu'il s'agit d'une épicondylite et une tendinite. Ça personnellement je ne l'ai jamais. » p156 F1

Important de communiquer régulièrement pour échanger sur l'évolution de la rééducation et surtout s'il y a un problème dans les soins ou dans le diagnostic.

Avantages du BDK :

- **Rôle de rigueur dans le délai du traitement, permet de protocoliser les actes de kinésithérapie.**

« K1 : le BDK il a juste joué un rôle au niveau du délai de traitement. Parce que par exemple, pour nous une entorse de la cheville, si c'est CIM-10, c'est autant de semaines, si c'est une entorse de grade 1, et voilà... Et il pourra reprendre le sport à telle date, ou l'activité. » p261 F2

- **BDK fondamental pour cadrer le renouvellement des séances.**

« K3 : Je pense que le BDK est très important car il oblige aux kinés de rendre des comptes au médecin et permet le renouvellement des séances si besoin. C'est bien, cela met un point d'arrêt, le kiné doit rédiger le BDK au bout de 10 séances pour poursuivre les soins. Souvent quand il y a une bonne évolution, on ne s'oblige pas à faire le BDK, le patient va mieux il va forcément le dire à son médecin et c'est fini, il s'en va. Je pense que le BDK est important pour moi mais le petit mot par mail aussi pour dire tout simplement où on en est sans être dans la structure puissante du BDK avec les contraintes administratives qui vont avec. » p161 F1

- **BDK permet une traçabilité écrite, administrative.**

« M2 : le BDK à une double fonction, ce serait qu'est-ce que vous faites et qu'avez-vous tracé? Et la deuxième fonction ce serait de communiquer avec nous. Donc on le scinde en deux et vous avez vous une obligation les kinés, de traçabilité de ce que vous faites, comme nous on a un dossier médical, il faut qu'on le suive. » p229 F2

- **BDK détermine la durée du traitement.**

«K3 : Et c'est vrai que c'est important qu'il y ait une communication rapide et pertinente la dessus, c'est intéressant de trouver ce soir quelque chose qui fait que l'on a un tableau administratif imposé par la sécurité sociale sur un BDK lourd que l'on fait, que l'on fournit toutes les 20 séances qui passera peut être toutes les 30 bientôt et une communication plus rapide et moins administratif qui permet de dire là ça va pas on réoriente ça c'est le souci avec ces boites mails sécurisées, il reste encore le courrier, alors ce que je fais c'est un courrier rapide» p167 F1

Il existe alors deux types de BDK :

- le BDK lourd administratif de la sécurité sociale, qui prend du temps, long à rédiger qui contient beaucoup d'informations qui ne sont pas utiles au médecin mais qui permet une traçabilité des données et le renouvellement des séances de kinésithérapie.

- le BDK plus rapide, moins administratif, qui permet de se centrer sur le patient, faire le point sur le diagnostic, la rééducation, le plan de soins, et l'efficacité du traitement. Ce point peut se faire par écrit, courrier ou téléphone à différents moments selon le besoin. Plus utile dans la pratique du médecin. Un partage de connaissances entre professionnels de santé en essayant d'utiliser un langage que chacun comprend.

• **Cahier interposé à domicile**

« M2 : On échange aussi par cahier interposé, un cahier où l'on se parle, pour le suivi. Comme avec les infirmières, il peut y avoir des échanges écrits entre médecins et kinés parfois » p154 F1

« K1 : Le matin je regarde s'il y a un mot (...), mais je ne remonte pas aussi loin. C'est un cahier où tout le monde écrit, il faut regarder loin dans le cahier pour trouver l'information et souvent on n'a pas le temps. Il faudrait une séparation dans le cahier avec un chapitre kiné, infirmier, médecin pour que ce soit plus clair » p154 F1

Mode de transmission intéressant des informations et rapide. Le patient a un carnet de suivi à domicile avec un cahier de transmission comme à l'hôpital où les informations importantes sur l'état du patient et l'évolution de la rééducation peuvent être indiquées. Le fait d'avoir un chapitre pour chaque professionnel de santé permettrait un gain de temps appréciable et une meilleure visibilité.

ORAL

- **Mode de communication oral privilégié dans les villages en milieu rural**

« M1 : On a un rapport avec les kinés, préférentiellement local. Avec les kinés du cabinet ça se passe très bien sous forme de relation orale » p221 F2

« K2 : Mais la communication orale comme on le disait tout à l'heure, c'est la notion à privilégier. Je pense que c'est super facile quand on est à la campagne. Narbonne on est quand même une petite ville parce qu'on n'a pas beaucoup de médecins généralistes. Et quand on se trouve à Montpellier là par contre, ça change tout. Dans une grande ville c'est un peu plus difficile. » p232 F2

« M1 : Les kinés de proximité on les connaît bien, on fait un point régulièrement » p222 F2

Rapport privilégié de proximité avec les kinésithérapeutes locaux en milieu rural à la campagne. Les professionnels de santé se connaissent bien, il suffit de passer au cabinet pour avoir des informations. En ville, la forme écrite est plus utilisée car ils se connaissent moins, il y a tellement de médecins et de kinésithérapeutes que l'on se rencontre moins.

- **Mode de communication oral privilégié dans les maisons de santé pluridisciplinaires**

« K1 : C'est vrai qu'au final si on a la chance d'avoir un médecin dans le même établissement, alors là c'est le luxe et le soir on peut faire un petit détour et puis lui expliquer le cas » p233F2

« M3 : Je pense que le développement des maisons médicalisées va favoriser le dialogue dans l'intérêt du patient, parce que je pense que vous avez une salle de pause commune. » p198F1

Le développement des maisons de santé pluridisciplinaires devrait faciliter les échanges oraux et directs entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Il suffit de franchir la porte à côté et on peut échanger sur un patient ou à travers des rencontres informelles autour d'un café ou des réunions transversales dans la salle commune.

- **Communication orale plus rapide et plus simple que l'écrit**

« M1 : Oui c'est très CONVIVIAL. Au final je pense que c'est très constructif par rapport à un compte rendu papier, ça donne des nouvelles mais ça manque de proximité qu'il y a en milieu rural » p223 F2

« K2 : C'est vrai qu'au départ, moi je me suis rendu compte que j'ai envoyé quelques bilans et que j'ai eu des retours, et que le médecin m'a dit : c'est TROP LONG, c'est TROP COMPLIQUE, et je faisais de l'oral » p230 F2

«M1 : A chaque fois que j'ai eu besoin d'une information j'ai pris mon téléphone et j'ai appelé le kiné. K2 : c'est le plus rapide » p165 F1

- **Communication orale : le nec plus ultra de la relation**

« K2 : C'est TRES INTERESSANT, le NEC PLUS ULTRA de la relation, c'est à dire le côté oral. » p223 F2

«M3 : Je pense que dans notre profession, kinés, paramédicaux et médecins, l'écrit ne remplacera pas l'oral, je pense que l'écrit ne remplacera en rien l'oral. Les comptes rendus c'est bien, ça fait de la traçabilité médico-légale, tout ce qu'on veut, de contrôle, de flicage, je suis d'accord. Mais je pense que l'oral c'est le plus important » p253 F2

Informatique

- **Logiciels informatiques partagés**

« M1 : D'où l'intérêt des logiciels partagés. Cela fait trois ans que l'on est installés dans un cabinet de groupe et que l'on tance les infirmières et les kinés pour prendre le même logiciel que nous. Mais ils ne veulent pas car cela coûte des sous. A ce moment-là tout serait plus simple, il suffirait d'un mot de transmission. » p159 F1

« M3 : Ça marcherait que pour le kiné de ton centre médical du coup. Ça ne marche pas pour tout le monde. On peut faire des partages de données avec une autorisation pour les kinésithérapeutes qui sont installés en face à Gruissan. » p159 F1

« M3 : Il faudrait que tout le monde marche avec WEDA. » p160 F1

Modes d'échange et de communication peu développés, les logiciels médicaux partagés sont une piste d'amélioration des échanges entre médecins généralistes et MK. Un mot dans le logiciel pour informer que la rééducation se passe bien et le médecin à la prochaine consultation voit directement le résultat.

- **Messagerie sécurisée**

« K3 : Il a été mis en place par l'ARS le MS santé, une messagerie sécurisée pour tout professionnel de santé gratuite. La seule chose c'est que quand on la met en place on plante l'ordinateur et cela met beaucoup de temps pour le relancer... Le petit désagrément qu'il avait aussi c'est que vous avez accès à cette messagerie uniquement avec la carte CPS, donc pas possible de l'utiliser à la maison. » p160 F1

- **Le logiciel est une source d'information rapide et permet une traçabilité des données.**

« M3 : C'est vrai je pense que le logiciel c'est un peu la base maintenant, parce qu'il y a cette traçabilité, donc ça plaît à la sécu, ça plaît à tout le monde, il y a le côté médico-légal, donc c'est top. Et après il y a ce côté très rapide, c'est interactif, c'est immédiat. » p266 F1

Transmission d'une information rapide, efficace, sécurisée et tracée entre le médecin et le MK.

- **Mails simples**

« M2 : vous communiquez comment ? Ça peut être le mail » p165 F1

Pas de caractère sécurisé donc problème dans le secret médical.

Le patient

- **Le patient n'a pas le rôle d'intermédiaire, il manque de connaissances pour comprendre le kinésithérapeute.**

« K2 : On ne peut pas dire qu'il a un rôle d'intermédiaire car il ne sait pas retranscrire exactement ce que l'on a dit » p168 F1

« M3 : Je pense qu'il doit être au centre parce que c'est le patient, c'est lui qui doit être soigné, mais il DOIT ETRE AU CENTRE EN TANT QUE PATIENT mais après la communication, en fait la communication elle se fait qu'entre le kiné et le médecin. Je pense qu'il ne doit pas faire la communication, on le voit très bien ça fait le TELEPHONE ARABE. » p251 F2

« K3 : Dans certains cas, de par vos connaissances vous savez très bien que vous ne pouvez pas le toucher, car vous risquez d'aggraver la douleur, donc on passe sur une méthode plus douce, on passe sur un protocole de physiothérapie, et le patient considère ne pas avoir eu de soins. » p170 F1

Le patient connaît encore moins les termes du kinésithérapeute que le médecin. Il ne joue donc pas le rôle de messenger entre le médecin généraliste et le MK, car il risque de déformer et de transmettre des informations erronées qui vont être néfastes pour sa rééducation. Le patient n'est pas forcément le meilleur moyen de communication car il existe un problème de connaissances médicales et de compréhension. IL EST AU CENTRE DE LA RELATION mais PAS DE LA COMMUNICATION car il est source de quiproquos et d'incompréhension.

- **L'intervention du patient témoigne d'une mauvaise communication entre le MK et le médecin.**

« M3 : Docteur j'ai vu le kiné, j'ai besoin de 10 séances de kiné parce que j'ai une sciatique. Attend ! Donc la séance commence, donc tu fais une ordonnance entre deux, donc il va faire sa kiné. Comme le kiné est bon, le kiné est bon c'est vrai. Et puis alors attend il fait ses séances et au bout de 10 séances il revient te voir et là : **EXCUSEZ MOI J'AI LE KINE QUI M'A DIT QU'IL FALLAIT QUE JE FASSE UN SCANNER.** Là si tu veux ! Là en revanche ça pète ! ... Et là en revanche, **LA RELATION SE CASSE** entre guillemets parce que moi je vais sortir le fusil quoi. » p249 F2

« M1 : Ils n'y arrivent pas les patients, quand mon patient arrive et me dit le kiné m'a demandé de faire une radio, ça me crispe... Mais vraiment ça me crispe. Mais ils arrivent toujours comme ça, bah oui OK, mais pourquoi ? » p167 F1

« M3 : Moi ils me demandent des IRM. » p168 F1

« M1 : Mais justement si c'était accompagné d'un petit mot manuscrit du kiné, bah écoute selon moi il y aurait besoin de tel ou tel examen et pourquoi, oui pas de soucis dans ce cas-là on en discute et voilà. » p168 F1

« M2 : Je pense qu'il faut communiquer mieux et que comme tu as dit, il faut que le patient soit là, et que le médecin et le kinésithérapeute discutent. » p252 F2

Le manque de communication entre le MK et le médecin généraliste, va faire intervenir le patient à tort. Le kinésithérapeute voyant que la rééducation ne se déroulait pas comme il voulait et que le patient avait encore mal, aurait dû informer le médecin par oral ou écrit. Le patient aurait vu en consultation le médecin et il aurait fait le nécessaire. Cela peut engendrer une rupture de la relation entre le médecin et le MK.

- **Information du médecin sur le résultat de la kiné et sur son état clinique.**

« M2 : Alors moi je n'interroge pas sur la technique mais plutôt sur le résultat, est ce que cela a été bénéfique ou pas ? » p169 F1

« M2 : Il peut nous dire qu'il a été amélioré ou non amélioré, et c'est ça qui est important. » p168 F1

Le patient est capable d'informer le médecin sur le bon déroulement de la rééducation, l'amélioration de son état de santé, la diminution des douleurs, le résultat. Le but étant de savoir si la kinésithérapie est efficace et s'il est utile de la poursuivre.

- **Hiérarchie médecin-kinésithérapeute mise par le patient.**

« M1 : Mais lui le patient des fois il met une hiérarchie entre médecin et kiné. Moi je trouve qu'elle n'a pas lieu d'être, mais lui le patient il en met une, alors c'est le médecin qui sait et le kiné qui exécute. » p170 F1

Le patient est central dans la relation mais pas dans la communication entre le médecin et le MK. Il n'est pas un messenger, il donne son avis sur l'efficacité de la rééducation et l'amélioration de son état de santé mais pas sur la technique car il ne maîtrise pas le langage du kiné.

- **Quand est-il important de communiquer entre médecins et MK ?**

Renouvellement des séances de kinésithérapie :

« K1 : La seule fois où l'on communique je trouve, c'est pour un renouvellement. Si tout va bien, ça va, la rééducation est terminée. S'il faut poursuivre, on fait un renouvellement et on doit faire un bilan diagnostic kiné écrit. » p156 F1

Problème diagnostique et de rééducation

« M2 : En fait le médecin a besoin de savoir s'il y a quelque chose qui n'est pas dans sa logique première. Si le médecin envoie pour une douleur de l'épaule et qu'en fait c'est une cervicalgie. Un coup de téléphone ou un écrit, mais en tout cas là il faut communiquer. C'est à dire qu'il faut dès que le diagnostic de base est remis en question parce que l'évolution ne va pas dans le bon sens »

2. Définir des pistes d'amélioration des relations interprofessionnelles dans le but d'une meilleure prise en charge du patient.

Meilleure connaissance du métier de kinésithérapeute par les médecins généralistes.

« M1 : Mieux formés je dirais que ça serait peut-être d'aller voir chez les kinésithérapeutes comment ça se passe » p191 F2

« M1 : Oui. Comme on pourrait aller voir chez les infirmières libérales, comment ça se passe, chez les orthophonistes, pour voir un petit peu. Que ça soit pendant l'externat, pendant l'internat. Pas beaucoup mais genre une journée. On va bien à la sécu quoi » p192 F2

« M3 : Alors nous on l'a fait avec le podologue, par exemple. Personnellement, il y a 3 semaines, on a demandé au podologue posturologue de nous prendre et en fait on a fait une séance... C'est moi qui fait le cobaye, il y avait tous nos associés, plus les internes qui étaient avec les maîtres de stage et en fait on a fait cette séance. On a vu comment le podologue faisait son bilan, la hanche, le podoscope, avec tous les tests. C'était intéressant parce que ça nous permet de voir. » p213 F2

Pour bien communiquer et bien se comprendre il est important de bien se connaître. Mais le plus important c'est de **bien connaître le métier de l'autre**. Savoir comment il travaille et ce qu'il fait dans la vie de tous les jours permet une meilleure compréhension du rôle de chacun et donc une meilleure prise en charge du patient dans les soins. Un **stage de formation sur le métier de kinésithérapeute** de quelques jours pendant les études de médecine serait intéressant. Il permettrait de mieux connaître les compétences de chacun et un meilleur échange par la suite. L'interne passerait pendant son stage en SASPAS quelques journées dans un cabinet de kinésithérapeute libéral pour voir le déroulement des séances, l'organisation du cabinet et les missions administratives.

Kinésithérapeute référent à la faculté de médecine.

« K3 : Peut être qu'un représentant des kinés qui peut être à la faculté de médecine et qui explique dans un temps imparti, quelle est sa profession, comment il exerce. » p209 F1

Il serait intéressant à la faculté de médecine, d'avoir un kinésithérapeute référent dont la mission serait à travers des **journées découvertes** de présenter le métier de MK aux étudiants en médecine pour leur transmettre le rôle du MK à l'hôpital et en libéral, sensibiliser sur la rééducation et les relations entre médecins et MK. Cette formation serait complémentaire avec le stage des internes dans un cabinet libéral de kinésithérapie en ville et permettrait de mettre en application la formation théorique précédente. Une mise au point sur la prescription de la kinésithérapie serait intéressante car le médecin la prescrit sur une expertise quasi inexistante.

Parler le même langage pour bien se comprendre.

« K2 : Je pense que ce qu'il ressort c'est que pour avoir une bonne communication, il faut avoir le même langage. » p208 F1

« K2 : Et moi je pense à travers ce que vous avez dit tout à l'heure, qu'il va falloir qu'on synthétise avec des mots très simples, et je pense qu'il faut que l'on ait un langage commun. » p259 F2

Pour bien travailler ensemble il faut se comprendre en parlant le même langage. Si un espagnol et un chinois veulent communiquer et qu'aucun des deux ne maîtrise la langue de l'autre, il est important de parler une langue commune l'anglais par exemple pour mieux se comprendre.

Pluridisciplinarité : partage des connaissances et coopération des compétences.

« M2 : En fait il faut que ce soit une COOPERATION ET PAS UNE CONFRONTATION. Et moi je trouve que le BDK, ça m'est arrivé plusieurs fois où en fait le BDK servait de lien. C'est à dire je pose le diagnostic, le patient passait chez le kiné, le kiné disait écoute là franchement je n'y crois pas. Il me le renvoyait avec son BDK et là le BDK était une source d'informations pour moi, une source de discussion avec le patient. » p244 F2

« M2 : C'est vrai que quand on commence à aller chercher, à piquer le diagnostic aux médecins ils sortent les crocs. Je crois qu'il faut réussir à PARLER DE COOPERATION DE COMPETENCES. Est-ce que le médecin peut se planter sur une cervicalgie ou une douleur d'épaule ? Evidemment, évidemment ! L'essentiel c'est qu'il y ait une BONNE COMMUNICATION entre les deux...après ce qui fait le bon sens c'est le coup de téléphone. » p244 F2

Le médecin généraliste et le MK ont des compétences propres à chacun. Ces compétences sont complémentaires et vont permettre ensemble de trouver une solution thérapeutique pour le patient. Le but étant de travailler main dans la main pour le bien être du patient.

Simplification de l'ordonnance médicale, faire confiance au MK.

« M2 : Je ne prescris plus le nombre de séances. J'indique rééducation d'une articulation et je laisse le soin au kiné de choisir la méthode de rééducation. » p156 F1

« M1 : Il y a plein de fois où je fais confiance et je sais que le kiné est meilleur que moi. Je vous fais une ordonnance et je laisse le soin au kiné de faire son bilan et dire ce qu'il va rééduquer et comment car il s'y connaît mieux que moi. » p158 F1

« M3 : On découvre 15ans plus tard que le kinésithérapeute est un véritable spécialiste et qu'il a des compétences et qu'il faut qu'il y ait un ministre qui l'écrive dans une loi. » p215 F1

L'ordonnance du médecin doit être simple et laisse au kiné la liberté de choisir le nombre de séances et la méthode de rééducation qu'il va utiliser. Le médecin peut indiquer si possible le diagnostic pour orienter le kiné ou lui faire part de ses doutes. Le kiné est un professionnel de santé spécialisé dans la rééducation. Le médecin doit lui faire confiance et lui laisser une liberté pour que le patient soit bien pris en charge. L'objectif est de ne pas lui imposer ce qu'il doit faire ce qui risque de lui causer des problèmes de cotation des actes. Le MK est considéré comme un véritable spécialiste.

Simplification du BDK pour une transmission plus fluide des informations. Un échange d'informations sur le patient plus régulier pour se mettre à jour sur l'évolution de l'état du patient.

« M1 : Ben ouais ce n'est pas le BDK de la sécu qui m'intéresse, je m'en fiche. C'est vraiment le : j'ai examiné ton patient, je trouve qu'il a ça. Un échange sur la pathologie du patient entre professionnels de santé qui ont deux façons de voir les choses. » p162 F1

« M2 : la proposition de soins ça fait 5 lignes... Nous avons besoin d'une proposition de soins pour savoir où l'on va. » p161 F1

Le BDK de la sécurité sociale n'est pas intéressant pour les médecins généralistes mais un petit bilan mensuel ou un compte rendu initial plus simple avec un échange sur le diagnostic, l'évolution de la rééducation, la durée du traitement et la proposition de soins est plus utile. Une communication plus simple et plus régulière permettra une meilleure prise en charge du patient.

Petits bilans kinés mensuels pour faire le point régulièrement pour expliquer au médecin si la rééducation se passe bien et évolue dans le bon sens.

«M1 : Ce n'est pas forcément un bilan complet, comme les bilans d'orthophonistes où l'on ne comprend rien qui serait utile, mais plutôt un POINT MENSUEL indiquant que le patient va bien, qui indique que la rééducation évolue dans le bon sens ou pas. Je ne suis pas rassurée de demander au patient comment s'est passé la kinésithérapie, je fais confiance au patient mais il ne comprend pas tout. Souvent le patient revient voir le médecin et dit le kinésithérapeute m'a demandé de revenir vous voir. A ce moment-là un PETIT MOT POUR INFORMER LE MEDECIN serait intéressant. Si le kiné a un doute diagnostic, tu m'as dit

que c'était une névralgie cervico brachiale mais franchement j'ai un doute je pense qu'il s'agit d'une épicondylite et une tendinite. Ça personnellement je ne l'ai jamais. » p155 F1

Mieux communiquer quand problème diagnostique ou dans la rééducation.

« M1 : Par contre des fois si j'ai un doute diagnostique moi-même, ou bien que je me dis bon on ne va peut-être pas aller l'irradier, on ne va pas refaire d'imagerie ou de chose comme ça, dès fois je leur dis : commencer, sur l'ordonnance je mets, soit mes doutes diagnostiques, il m'arrive hyper souvent de mettre des points d'interrogation sur les ordonnances. Et après je dis, c'est le kiné qui voit s'il est d'accord avec moi, et au bout de quelques séances... si vraiment ça ne marche pas, on ira faire une imagerie. » p185 F1

« M2 : Moi j'ai un confrère avec qui je ne suis pas d'accord, je décroche le téléphone et je dis, écoute, j'ai une question, est-ce que tu ne crois pas que l'on peut penser à ça, moi je verrais ça plutôt » p245 F2

« M2 : Moi je pense qu'il faut communiquer sur les problèmes difficiles, sur des patients avec des diagnostics ou incertains ou compliqués. Je pense qu'effectivement le téléphone c'est le moyen le plus rapide pour qu'on s'entende, pour que l'on soit sur la même longueur d'onde sur certains patients. » p196 F1

Importance de la communication entre médecin et MK quand doute diagnostique ou problème dans la rééducation. Le côté oral par téléphone est rapide et efficace dans ces moments-là.

Cotation d'une réunion multidisciplinaire médecin-kinésithérapeute au lieu du BDK peu constructif. Intérêt des maisons de santé pluridisciplinaires.

« M1 : On nous fait coter le BDK. Puisqu'on parle de l'oral, est ce qu'il n'y a pas eu une idée de cotation d'une réunion orale multidisciplinaire qui aurait pu être codée ? Et qui aurait pu correspondre à un BDK, ce BDK est finalement peu constructif. Est-ce qu'on n'aurait pas pu coder une réunion multidisciplinaire une fois par mois où tu discutes pendant une demi-heure ? » p256 F2

« K2 : Je pense que l'avenir est sur les maisons de santé pluridisciplinaires, qu'elles soient privées ou publiques. Et à ce moment-là dans les maisons de santé pluridisciplinaires publiques, les réunions sont prévues et financées. » p257 F2

« M2 : La pluridisciplinarité...une réunion de temps en temps, si on est en public en plus c'est rémunéré. Si on en fait vraiment partie, et bien on se réunit par là le soir comme ça, ça fait partie d'un forfait qui permet d'avoir 50 000 euros, pour une maison pluridisciplinaire ou un pôle de santé et qui permet de payer la secrétaire, le machin, le truc, justement cette fameuse personne qui va être l'interface entre toi et moi au moment où l'on se cherche. » p264 F2

« M3 : Je pense que le développement des maisons médicalisées va favoriser le dialogue, dans l'intérêt du patient, parce que je pense que vous avez une salle de pause commune non ? Le café, non ? » p198 F1

Intérêt des maisons de santé pluridisciplinaires pour plusieurs raisons. Le contact direct permet de demander un avis spécialisé au kinésithérapeute qui est dans le bureau en face et de discuter des patients dans la salle de pause ou au café sous la forme d'un staff informel. Il permet également de regrouper dans la salle de réunion les médecins généralistes et les kinés pour pouvoir échanger une fois par mois sur certains cas difficiles et améliorer le dialogue entre ces professionnels de santé. Elles permettent un échange plus rapproché et de proximité. Le fait que cette réunion soit financée par la sécurité sociale est un plus mais ne doit pas être le seul argument.

L'oral est un bon moyen de communication simple et direct favorisé dans les villages.

« K2 : Donc c'est le travail en libéral au niveau d'un village, effectivement c'est beaucoup plus facile pour moi de prendre le téléphone et d'appeler le médecin dans certains cas, c'est quelque chose d'assez rapide, il faut sortir de la pièce, ça va très vite. » p200 F1

Par téléphone ou rencontre physique directe, le mode de communication oral reste la référence, il permet un échange rapide, spontané et direct sur le patient. La rencontre directe dans les villages où il existe une proximité plus importante entre les professionnels de santé ou dans un pôle de santé multidisciplinaire entre deux patients ou à la pause-café. Le téléphone est un outil intéressant mais il peut déranger le médecin en pleine consultation. Le seul point négatif de l'échange oral est le manque de traçabilité que l'on ne retrouve pas dans l'écrit et les outils informatiques.

Intérêt des logiciels informatiques et des dossiers médicaux partagés.

« M1 : Après sur un patient qui ne va pas bien, un appel c'est le plus rapide. Moi je trouve que le DOSSIER MEDICAL PARTAGE, c'est bien pour tout le monde et ça ne dérange pas à l'instant où le kinésithérapeute le fait. On le verra quand on va ouvrir le dossier patient que le kiné m'a laissé un petit mot. » p166 F1

« M2 : Avec le logiciel comme celui que l'on a, au lieu de se téléphoner, en e-mail on a une note qui apparaît en rouge sur le logiciel pendant qu'on consulte un autre patient, il y a bip bip bip, le kiné un tel m'envoie un message. Quand tu as fini ton patient, tu lis ton mail : madame un tel ne va pas bien. Voilà, très bien. Je pense qu'il faut faire ça, je pense qu'il faut lui faire cet examen-là, je te l'envoie en consultation. » p263 F2

« K3 : Et après les logiciels, pour avoir fait des remplacements où ça existait, c'était super. Logiciel qui mettait en commun l'historique du patient puis ce qui avait été fait, c'était tout à fait opérationnel. Voilà. » p265 F2

« M3 : C'est vrai que je pense que le logiciel, c'est un peu la base maintenant, parce qu'il y a cette TRACABILITE, donc ça plaît à la sécu, ça plaît à tout le monde, il y a le côté MEDICO-LEGAL, donc c'est top. Et après il y a ce côté très RAPIDE, c'est INTERACTIF, c'est IMMEDIAT. » p266 F2

Les logiciels informatiques permettant le partage des dossiers médicaux ont plusieurs fonctions. Ils favorisent une communication **rapide** et **instantanée**, ne dérangent pas le médecin pendant sa consultation car il reçoit l'information sous forme de message et enfin permet la **traçabilité** des données, le message est enregistré dans l'informatique.

Logiciels facilitant la rédaction du BDK pour les MK.

« M3 : Dans les nouveaux logiciels comme WEDA, il existe un BDK informatique. Je pense que dans peu de temps les confrères vont pouvoir rapidement faire des BDK. Ils vont avoir accès à énormément de tests qui vont être fournis par l'HAS ou autre et qui vont être plus parlant pour vous. Le but est de tomber en quelques clics sur quelque chose de standard et pouvoir l'aménager au patient avec toujours une case remarque pour mettre une remarque pertinente, personnalisée » p166 F1

Gains de temps pour la rédaction des BDK grâce à des logiciels qui facilitent sa rédaction et vont à l'essentiel. Permettent de soulager le travail lourd et long du BDK par les kinés grâce à des trames toutes faites et simples à remplir. Vers un BDK informatisé plus rapide.

Réunions interdisciplinaires formelles ou informelles.

« K3 : L'idéal ça serait de pouvoir se rencontrer. Se rencontrer dans des soirées peut-être thématiques. Est-ce que les kinés quand ils font une soirée thématique sur le Narbonnais n'inviteraient pas aussi les médecins ? Pour voir ceux qui veulent venir ? » p208 F1

« M3 : Nous dans le village c'est quand même facile à faire, qu'on s'appelle et qu'on s'entende de temps en temps, ouais pour boire un café et pour parler de quelques patients, des personnes âgées chez qui ils vont tout le temps, j'y vais aussi tout le temps. » p199 F1

« K2 : Ce qui serait pas mal aussi dans le village c'est de pouvoir resserrer les liens entre médecins et kinés et comme on en parlait, effectivement pouvoir faire un repas, discuter au moins une fois par an pour se connaître un peu plus. » p200 F1

Les soirées thématiques et formations et les rencontres informelles autour d'un café ou d'un repas sont de bons moyens pour mieux se connaître et communiquer sur les patients. La proximité entre les professionnels de santé dans le milieu rural et dans les villages favorise ces rencontres formelles ou informelles, autour d'un café, au lit du malade ou dans une salle de réunion. Elles peuvent être l'occasion de formations médicales continues concernant le système locomoteur. Le but étant de se rencontrer et de mieux connaître le réseau local pour mieux travailler ensemble.

Rencontres physiques directes.

« M1 : Donc c'est vrai la rencontre physique au moins une fois, le collaborateur qui arrive dans un village, il se présente et après c'est plus facile d'avoir un échange par téléphone. » p205 F1

Importance de se présenter aux professionnels de santé locaux. Quand on a déjà vu quelqu'un de visu il est beaucoup plus simple par la suite de communiquer et d'échanger avec lui par téléphone.

L'organisation en maison de santé se rapproche du système hospitalier.

*« K2 : En fait l'exercice hospitalier, ça va être l'hôpital et après vous avez la clinique privée. Ça se rejoint quand même beaucoup. La seule différence si vous voulez, ça va être que le kiné à l'hôpital il va faire 35 heures, alors que le kiné en libéral il va faire comme vous les médecins généralistes. Après l'activité elle va être la même. Mais moi ce que j'ai beaucoup aimé et ce que j'aime toujours dans mon exercice quotidien à l'hôpital ou à la clinique c'est de pouvoir travailler en contact avec les médecins. C'est à dire que je **vais travailler en équipe**. » p269 F2*

L'objectif des maisons de santé pluridisciplinaires est de pouvoir communiquer plus rapidement, plus efficacement et de travailler ensemble pour mieux prendre en charge le patient. Le système transversal hospitalier est intéressant dans le sens où les professionnels sont en permanence dans l'échange et le partage de connaissances.

Impliquer le patient dans sa rééducation.

« M1 : Oui bien sûr. Mais peut-être l'impliquer, je ne sais pas, comment, en entretien motivationnel, l'impliquer dans sa rééducation, que ce ne soit pas que le kiné qui lui fasse faire du sport quoi. » p193 F1

« K2 : Auto-rééducation à faire à la maison. » p 194 F1

Importance de l'implication du patient dans sa rééducation à l'aide d'entretiens motivationnels. Pour une bonne prise en charge du patient, il faut évidemment que le médecin et le MK s'entendent, mais également que le patient soit au centre et motivé pour sa rééducation. L'éducation du patient est primordiale, il doit être actif dans ce travail et même formé à l'auto-rééducation pour poursuivre à la maison.

Le kinésithérapeute a un rôle à jouer pour éduquer le patient car il passe plus de temps avec lui.

« M2 : Je trouve que c'est vachement important ce que tu viens de dire K1, parce que vous avez le temps que nous nous n'avons pas. Vous avez la durée d'une relation, c'est d'ailleurs toute la difficulté de notre métier, parce que nous ça dure 10 minutes, vous c'est 6 heures derrière. Et c'est vrai que vous avez ce temps d'écoute qui peut être une force, oui, pour capter certaines choses. Mais là encore une fois il s'agit du recueil de données, oui mais après il faut donc pouvoir le communiquer et le mettre dans le bon ordre. » p270 F2

Le médecin voit le patient rapidement en quelques minutes, le MK lui va avoir plusieurs séances d'une demi-heure qui mises bout à bout permettent de bien échanger avec le patient et de créer une relation intéressante pour apprendre à connaître le patient, préciser le diagnostic, et éduquer le patient sur sa rééducation.

Pas de moyen de communication parfait, il faut multiplier les modes de communication.

*« M2 : Et une soirée de temps en temps, et du coup on **multiplie les modes de communication**. » p264 F2*

*« M2 : Donc c'est vrai la **rencontre physique** au moins une fois, le collaborateur qui arrive dans le village, il se présente et après c'est plus facile d'échanger au téléphone avec lui. » p205 F1*

Il est important d'utiliser différents moyens de communication. Ils sont complémentaires. Le fait d'avoir fait une réunion et avoir rencontré les gens en face à face permet de mieux se connaître et d'aborder les autres modes de communication différemment. On est plus à l'aise au téléphone quand on connaît déjà la personne.

DISCUSSION

A) Discussion de la méthode

1. Les forces de l'étude

La méthode qualitative est parfaitement adaptée au sujet de cette thèse qui traite des relations humaines. Il s'agit de comprendre comment les médecins généralistes et les masseurs kinésithérapeutes interagissent ensemble et quelles pistes pourraient améliorer ces relations dans l'optique d'une meilleure prise en charge du patient. Sous un angle plus global, comment communiquer de manière efficace entre soignants pour améliorer la prise en charge des patients en médecine générale ? Pour répondre à cette problématique un débat s'impose. On ne peut répondre par oui ou par non. L'analyse qualitative (cette thèse en est une illustration) s'attache à comprendre et faire émerger des idées et des questions nouvelles qui seront ensuite validées par des études quantitatives de plus grandes ampleurs.

Le Focus groupe est un moyen à mon sens intéressant pour récolter des données car, il permet sous la forme d'une table ronde et d'une discussion participative de faire émerger des idées. Chacun donne son avis, son expérience et peut s'exprimer librement. Le dialogue interprofessionnel et la confrontation des points de vue enrichissent les échanges. L'animateur donne la parole et laisse le débat s'installer entre les différents acteurs à la manière d'un journaliste. Une dynamique de groupe s'installe et permet d'assister à un échange argumenté et rationnel qui contribue à l'approfondissement des sujets et participe à la précision des thématiques abordées. Après avoir récolté les données, le journaliste devient détective et va devoir faire des liens logiques entre les différents thèmes. La répétition puis la saturation de thèmes permet de structurer l'analyse et attribue une pertinence et une cohérence à l'étude. Certaines idées nouvelles voire inattendues apparaissent au cours des échanges.

L'Équilibre des groupes : dans chaque focus le nombre de médecins généralistes et de kinésithérapeutes est identique, ce qui permet d'avoir un débat équilibré.

Le caractère novateur de cette étude est à souligner. En effet, c'est la première fois en France où dans le cadre d'une thèse les Médecins Généralistes ET les MK sont réunis ensemble en Focus Groupe pour parler de la communication existant entre professionnels de santé et des pistes pour l'améliorer dans l'intérêt du patient.

2. Les faiblesses de l'étude

- Biais de recrutement :

Les médecins et les MK qui ont répondu favorablement pour participer à cette étude sont d'abord des personnes intéressées par le sujet. Par ailleurs, les médecins que je connaissais ont plus facilement accepté mon invitation que les autres médecins que j'ai pu solliciter dans le cadre de cette thèse. Il y avait ainsi une ambiance favorable dans le groupe et une motivation pour discuter ensemble et trouver des solutions novatrices pour mieux communiquer avec les autres professionnels de santé. Les invitations ont été envoyées par mail. À l'heure actuelle, la majorité des professionnels de santé disposent d'internet et ont donc reçu l'invitation.

- Biais de mesure :

Certaines données, en quantité infime, ont été perdues lors de l'enregistrement du fait d'une défaillance technique : quelques échanges n'ont pas été enregistrés par le magnétophone en raison d'une diminution de l'intensité de la voix de la personne qui parlait lors d'un moment de confusion où tout le monde s'exprimait en même temps.

- Animateur : moi-même.

J'ai essayé d'être, à la manière d'un journaliste, le plus neutre possible. Pour autant, ma motivation pour le sujet est telle que, malgré moi, durant les focus, certaines questions étaient un peu plus précises afin de recueillir des informations pertinentes sur le sujet. Il est donc probable que j'ai orienté certaines réponses ou certains échanges de par ces questionnements spécifiques.

- Effet de soumission au groupe :

Un des biais à noter également est celui de l'effet de soumission au groupe. C'est le fait que, dans le groupe, un leader monopolise le temps de parole et inhibe l'expression des autres membres de la table ronde. Par timidité ou conformisme, les interlocuteurs ont tendance à s'autocensurer dès lors que leurs opinions diffèrent de celle du leader. Celles-ci sont pourtant tout aussi pertinentes. L'animateur fait de son mieux pour distribuer le temps de parole de manière équitable. C'est son rôle de veiller non seulement à ce que les considérations de chacun soient exprimées librement, mais également à ce que des réflexions et des remarques fécondes ne soient pas étouffées par la participation excessive d'un seul. Dans le deuxième focus, il s'agit de K2 qui fait de grandes tirades et dont le débit est difficile à maîtriser. Malgré cela, le débat était très intéressant car de fortes personnalités comme M2 étaient là pour équilibrer le débat. L'échange s'est déroulé de manière libre et chacun a pu donner son opinion, aussi différente des autres fût-elle. Cela a eu le mérite de générer un débat constructif et captivant. (26)

- Nombre des focus groupes :

Seulement deux focus ont été réalisés dans la même région. Le caractère uni-centrique de l'étude doit être relevé. Il a permis de mettre en évidence des réflexions et des thématiques pertinentes. Des réunions dans d'autres régions sont envisageables pour valider les tendances de cette étude.

- Validité externe :

Faible, non extrapolable pour l'instant car l'étude se base sur 2 focus groupes dans le Narbonnais. Dans le cas où les tendances se retrouveraient dans d'autres régions, une étude de plus grande ampleur multicentrique quantitative avec plus de moyens serait intéressante. Cet élan de recherche donnera un poids plus important à ce travail et permettra d'aller plus loin, c'est-à-dire d'une part, d'augmenter la validité externe de la présente étude en la confrontant à d'autres résultats et d'autre part, de s'élever en généralisation en mettant à l'épreuve le caractère local ou global des résultats retrouvés.

Une prise de conscience nationale de l'enjeu important de l'amélioration de la communication entre les professionnels de santé pour mieux prendre en charge les patients est l'objectif d'une telle étude. Dès lors, des mesures concrètes pourront être prises, comme la mise en place de séminaires à l'échelle nationale et locale sur la communication, le développement de logiciels adaptés en libéral, ou plus largement sur des plans d'actions et de coordination en ville voire entre la ville et l'hôpital. L'objectif général de ces événements serait de travailler mieux ensemble pour une meilleure prise en charge des patients.

B) Discussion sur les résultats

Les thèses réalisées sur le sujet vont dans le même sens. Il existe un manque de communication entre les différents acteurs de santé dans le milieu libéral. Cette défaillance est souvent expliquée par le manque de temps qui déteint sur la prise en charge du patient (21) (24) (27) (28). L'objectif est de communiquer mieux, en parlant le même langage, en développant les rencontres, les formations entre professionnels de santé et en utilisant des moyens d'échanges d'information plus rapides comme les messageries sécurisées et les logiciels partagés afin de gagner en efficacité.

1. Une relation unilatérale et déséquilibrée entre le médecin et le kinésithérapeute

La communication entre le médecin et le MK est souvent réduite à l'ordonnance de prescription. Le médecin prescrit et le kinésithérapeute applique. Il existe une hiérarchie entre le médecin et le kinésithérapeute qui n'a pas lieu d'être. Dans le rapport de l'ONPS de 2009, la relation entre le médecin et le kinésithérapeute est décrite comme « unilatérale et asymétrique » (1). Il existe dans la littérature deux thèses intéressantes sur le ressenti des masseurs kinésithérapeutes et leur relation avec le médecin. L'étude de Evelyne Delaunay sur l'évaluation de la perception des relations MK et MG par les kinésithérapeutes libéraux est la première étude menée par focus groupe sur ce thème (24). Il en ressort que le médecin n'a pas confiance en les compétences du MK, ce qui induit une hiérarchie dans la relation entre ces deux professionnels de santé qui ne devrait pas exister. La thèse de Charlène Le Metayer concernant l'étude des relations entre professionnels de santé et le ressenti des MK et des IDE sur la communication avec le médecin généraliste évoque également une communication minimale entre les deux acteurs de santé principalement par l'ordonnance (27). Le manque de temps dans le domaine libéral est souvent mis en avant pour expliquer ce phénomène.

Initialement, le MK est subordonné à la prescription médicale unilatérale du médecin. C'est lui qui sait et le kinésithérapeute applique ce qui est indiqué sur l'ordonnance médicale. Les mots « massages » et « gymnastique médicale » sont employés dans la loi de 1946 (29). Il existe un rapport de force et une hiérarchie qui n'amène pas au dialogue et ne permet pas une prise en charge optimale des patients. Depuis les années 2000, on note une évolution de la définition, du rôle et de la place du masseur kinésithérapeute dans le système de santé. Il va tout d'abord pouvoir déterminer le nombre de séances nécessaire pour le patient, ce qui constitue un premier pas vers l'autonomie. La loi de modernisation de la santé de Marisol Touraine n°2016-41 du 28 Janvier 2016 permet une émancipation importante du kinésithérapeute qui devient plus autonome dans les soins et responsable de la planification de la rééducation. Le MK établit un plan personnalisé de soins. Il peut discuter de la reprise de l'activité et mener des actions de prévention (19). Le MK devient un véritable spécialiste de la rééducation et gagne une liberté légitime dans sa pratique. Cet équilibre retrouvé est un pas en avant pour le dialogue entre les professionnels de santé. Chacun dispose de compétences propres, le but est d'apporter son savoir-faire de manière complémentaire pour mieux soigner les patients. Une des difficultés est que la législation actuelle, peu connue du corps médical est davantage connue du côté des kinésithérapeutes. Lors du premier focus, les médecins ne connaissaient pas la législation en cours. Ils ne peuvent donc pas l'appliquer. La thèse de Naïs DELLANDREA (28) soutenue le 15 avril 2013 étudie les relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs kinésithérapeutes par une enquête quantitative auprès de professionnels lorrains. Elle porte le même constat sur le manque de suivi de la législation par les médecins généralistes. Cela montre bien qu'il ne suffit pas de faire des lois, mais qu'il est important de les faire connaître par des campagnes, des congrès ou des rencontres entre les professionnels de santé.

Solutions :

Équilibrer la relation entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute. Ne pas instaurer une relation hiérarchique entre les deux corps de métier qui n'a pas lieu d'être. Travailler ensemble main dans la main. Connaître les rôles et responsabilités de chacun - le kinésithérapeute est un véritable spécialiste de la rééducation. Faire confiance aux compétences de chacun et en la complémentarité des savoir-faire. Revaloriser le métier de kinésithérapeute.

Connaître la législation en cours. Organiser des réunions et formations pluridisciplinaires pour faire connaître les lois et la législation en vigueur.

2. Une communication insuffisante mais perfectible

- L'ordonnance de prescription est souvent une contrainte pour le kinésithérapeute.

Les médecins généralistes sont les plus grands prescripteurs de kinésithérapie et représentent les trois quarts des prescriptions avant les chirurgiens orthopédistes et les rééducateurs selon un rapport de l'ONDPS publié par le ministère de la santé en 2009 (1). Paradoxalement, il n'existe pas de recommandation sur l'ordonnance de kinésithérapie. Le médecin est livré à lui-même dans la prescription de la kinésithérapie. Pendant le cursus médical dans le module locomoteur, un seul chapitre existe dans le COFEMER (Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation), l'item 53 : « Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie » (30). Certes il donne quelques bases théoriques pour comprendre que l'ordonnance est un moyen de communication entre le médecin et le kinésithérapeute mais il ne permet pas à l'étudiant futur médecin de savoir prescrire la kinésithérapie.

L'ordonnance médicale quand elle est trop détaillée représente une double contrainte pour le kinésithérapeute. Lors des soins, le kinésithérapeute se voit donc imposer de réaliser les gestes prescrits et n'est pas libre dans sa pratique professionnelle. Au niveau administratif, le kinésithérapeute ne peut pas coter l'ensemble des soins réalisés, il peut y avoir un problème de remboursement des actes si la nomenclature n'est pas respectée. Il existe une incohérence dans le travail en équipe. Par exemple, j'adresse un patient à un kinésithérapeute qui a fait des études, qui connaît son métier et il ne peut pas pratiquer librement son travail.

Dans mon étude, la tendance est de simplifier l'ordonnance médicale en indiquant la zone de rééducation et le diagnostic. Le médecin fait confiance au kinésithérapeute qui est considéré comme un véritable spécialiste de la rééducation. C'est lui qui choisit la technique de rééducation, le nombre de séances, planifie les soins, programme un plan de soins personnalisé et fixe les objectifs et la reprise de l'activité. Le kinésithérapeute est valorisé comme un véritable professionnel spécialisé.

On assiste depuis les années 2000 à une évolution du champ des compétences et à une émancipation du MK. Dans le rapport de 2016 du ministère de la Santé de Marisol Touraine (19), le kinésithérapeute prend une place majeure dans le système de santé et acquiert une plus grande autonomie dans les soins. Il participe notamment à la planification de la rééducation, la reprise de l'activité et la prévention.

Un autre travail va plus loin et différencie l'ordonnance et le courrier. Charlène Le Metayer dans son étude sur le ressenti des MK et IDE et leurs relations avec le médecin dissocie les deux (27). L'ordonnance est un outil de prescription qui est directif, rédigé par le médecin s'adressant au corps paramédical. Le courrier est un moyen d'échange libre d'informations qui permet d'adresser un patient ou de demander un avis. Pour laisser une liberté plus grande encore au MK, il serait opportun de faire une ordonnance simple et peu détaillée, seulement pour indiquer la nécessité de rééducation, laissant le MK libre dans la technique et dans la cotation des actes. Un courrier plus complet pourrait être réalisé avec les

antécédents, les hypothèses de diagnostic et les questions éventuelles. Ce dernier serait un moyen de communication efficace pour un échange sur le diagnostic et permettre une meilleure prise en charge du patient.

Solutions :

Simplification de l'ordonnance médicale.

Ne pas indiquer le nombre de séances.

Seulement poser l'indication, éventuellement le diagnostic et le membre concerné.

Autonomie du kinésithérapeute, véritable spécialiste de la rééducation. Il indique le nombre de séances, la technique qu'il va utiliser et le plan des soins. Plus l'ordonnance médicale est simple, plus il est facile de réaliser les cotations.

Un courrier rédigé par le médecin en complément de l'ordonnance serait intéressant permettant de détailler l'anamnèse, les antécédents, la clinique, les hypothèses et doutes diagnostics et serait un moyen de communication constructif et moins directif que l'ordonnance.

Développer la formation sur la prescription de la Kinésithérapie.

- Le BDK, un mode de communication administratif qui peut être une source d'information intéressante.

Le bilan diagnostic est vécu par le MK comme une contrainte administrative. En effet, l'arrêté du 21 Juin 2000, oblige le kinésithérapeute à l'envoyer au médecin toutes les dix séances pour le renouvellement. Ce bilan administratif lourd doit être écrit de manière standardisée avec les informations concernant le patient, le choix des techniques et des méthodes de rééducation (17). Il constitue une synthèse du travail réalisé. Un langage de rééducation spécifique est utilisé. Il est souvent mal compris par le médecin. Le point commun entre les deux professionnels de santé est le manque de temps. Le kinésithérapeute prend du

temps pour rédiger son bilan qui est lu rapidement et mal compris par le médecin. Quand il accueille un nouveau patient, le MK réalise un bilan initial afin de faire son propre diagnostic puis dans un second temps de mettre en place la rééducation. Mais il le garde souvent pour lui et ne le partage pas avec le médecin. Or, ce bilan initial serait intéressant pour échanger sur le diagnostic surtout quand il n'est pas certain de la part du médecin.

Les études sur le sujet vont dans le sens qu'il faudrait communiquer plus simplement (21) (24) (27) (28). On peut mettre en évidence certains éléments importants. Le kinésithérapeute fait systématiquement un bilan initial à chaque patient pour faire le diagnostic et faire le point sur les différents éléments à travailler au cours de la rééducation. Ce bilan est intéressant et pourrait être une source d'informations pertinentes sur le diagnostic et les différents problèmes du patient. Un bilan initial succinct qui confirmerait ou discuterait le diagnostic du médecin serait intéressant : « - oui je suis d'accord avec toi, je pense plutôt à ce diagnostic de manière écrite ou simplement oral au téléphone si c'est plus simple ». Pendant la rééducation, on note souvent peu d'échanges entre le médecin et le kinésithérapeute. Ils seraient pourtant utiles notamment lorsque la rééducation se passe mal. Un bilan intermédiaire sur l'évolution de l'état du patient serait pertinent. Pour le renouvellement des séances, le kinésithérapeute doit rédiger le BDK final administratif. Ce bilan, lourd, pourrait être simplifié sur plusieurs points. Sur la forme d'abord, il conviendrait d'améliorer sa lisibilité en utilisant un langage commun adapté au médecin. Sur le fond, ensuite, il s'agirait de le rendre plus synthétique, sans développer la méthode de rééducation, mais en précisant le devenir du patient et la mise en place d'un plan personnalisé de soins, comprenant la durée du traitement et la reprise de l'activité. Le développement de logiciels informatiques avec une aide à la rédaction des bilans serait une piste utile pour faciliter le travail des MK.

Synthèse :

Simplification du bilan diagnostique du MK.

Parler le même langage pour mieux se comprendre.

Intérêt du bilan initial pour l'échange sur le diagnostic.

Intérêt d'un bilan intermédiaire sur l'évolution de l'état du patient.

Intérêt du BDK final sur le plan de soins, la durée de traitement et la reprise de l'activité.

Développer les logiciels permettant un BDK informatisé plus simple à rédiger pour les MK.

- Savoir quand il est important de communiquer ensemble

Mieux communiquer, c'est aussi savoir quand il est important d'échanger. L'enjeu est de se parler de façon plus régulière, notamment dans le cas où la rééducation se passe mal. Par exemple, en faisant régulièrement des bilans concis pour savoir où en est la rééducation, s'il y a un problème diagnostique et qu'il est indiqué de faire des examens complémentaires.

- Développer les outils informatiques et vivre avec son temps

Les logiciels informatiques sont des outils du quotidien qu'il faut savoir maîtriser. La part du numérique est en expansion constante dans notre société. Bientôt (en janvier 2019), avec la mise en place de la facturation électronique, nous payerons nos impôts sur internet de manière dématérialisée. Sur le plan écologique, cela permettra de dépenser moins de papier. Ce développement des nouvelles technologies est un atout pour la communication entre les professionnels de santé. Les messageries sécurisées sont intéressantes mais ne peuvent être utilisées sur le poste de travail qu'avec la carte CPS donc sur le lieu de travail. Certains logiciels informatiques permettent le partage des dossiers médicaux, notamment WEDA. Le kinésithérapeute se connecte sur le dossier du patient et peut laisser un mot de transmission

sur l'évolution de la rééducation. Le médecin n'est pas dérangé. Une icône lui montre simplement qu'il a reçu une notification. Il peut finir sa consultation tranquillement et lire le message. A la prochaine consultation le mot du kinésithérapeute apparaîtra dans le dossier du patient. En plus d'être un moyen de communication simple, rapide, utile et efficace, il garantit une totale traçabilité car tout est noté sur le dossier du patient. Ce mode de communication se fait beaucoup dans les maisons de santé pluridisciplinaires. Il nécessite d'avoir le même logiciel, ce qui est souvent le cas dans ces structures. L'idée d'un outil informatique qui facilite la rédaction du bilan du kinésithérapeute est aussi intéressante.

- Développer la communication orale et les rencontres directes

Les échanges écrits comme l'ordonnance de prescription et le BDK sont des moyens de communications indirects. Ils permettent de transmettre des informations de manière froide sans échanger l'information de vive voix. Ils peuvent être source d'incompréhension et causer une perte de temps mais ont l'avantage de la traçabilité. Les échanges oraux comme le téléphone ou la rencontre directe sont des moyens de communication spontanés qui permettent d'échanger instantanément sur un problème donné. Ce mode d'échange est le nec plus ultra de la communication car il permet de bien comprendre son interlocuteur et de lui poser des questions en direct. Par contre, il n'y a pas de traçabilité possible dans les échanges oraux. Dans mon étude, la relation orale est beaucoup plus développée dans le milieu rural en campagne et en semi-rural dans les villages que dans les villes. En effet, il s'y installe un échange plus convivial. Les médecins et les kinésithérapeutes se connaissent mieux, se rencontrent régulièrement au chevet du patient et autour d'un café. A la fin de sa consultation le MK passe parfois au cabinet médical du village et échange sur certains patients avec le médecin. La proximité géographique permet de renforcer les liens entre médecins généralistes et kinésithérapeutes. En ville l'exercice semble plus solitaire et les professionnels se rencontrent peu.

Les maisons de santé sont des endroits privilégiés pour favoriser les rencontres et échanges oraux. Le développement des maisons de santé pluridisciplinaires est partagé dans les principales thèses sur le sujet (21) (24) (27) (28). Elles permettraient d'améliorer la qualité mais pas la fréquence des échanges (Paris) (27). Les échanges seraient favorisés dans les

maisons de santé avec une précision diagnostique supérieure, une augmentation de la fréquence des contacts et des réunions multidisciplinaires dans l'étude quantitative d'Anaïs Dellandrea (28). Une tendance notable même si l'échantillon était trop petit pour généraliser à l'ensemble de la population.

L'objectif est de rassembler des professionnels de santé médecins généralistes, médecins spécialistes, paramédicaux comme les kinésithérapeutes et les infirmiers pour une meilleure proximité. Des lieux et des espaces d'échanges comme une salle de réunions ou une salle de pause, facilitent la communication entre les professionnels et leur permettent de se retrouver autour d'un repas ou d'un café. Pour demander un avis à un kinésithérapeute, il suffit de frapper à la porte en face. Bien sûr, il faut également une bonne entente entre les collaborateurs.

Solutions :

- Les Maisons de Santé et Centres de Soins Pluridisciplinaires.
- Les Réunions Interdisciplinaires formelles ou informelles.
- Les Rencontres directes pour se connaître.
- Augmenter la qualité et la fréquence des échanges.
- Mieux se connaître, c'est déjà mieux communiquer.

- La place du patient dans cette relation triangulaire

Le patient semble central dans la relation (en tant que personne soignée, il dispose de toutes les attentions) mais pas dans la communication. Le patient n'a pas les connaissances pour transmettre l'ensemble des informations, mais peut nous aider sur son état de santé. Il est important d'avoir un échange entre le médecin et le kinésithérapeute sur le patient, entre professionnels de santé. La seule information du patient peut être source d'incompréhension et de moins bonne prise en charge.

Dans la thèse de Charlène Le Metayer, certains MK et certains infirmiers se posent également la question du rôle du patient dans cette relation (27). Certains disent que le patient peut être vecteur d'une information quand le professionnel s'assure de sa bonne compréhension. D'autres disent que le patient n'est pas apte à le faire et est source de quiproquos.

Finalement le patient est au centre des soins, devant des professionnels de santé qui doivent communiquer et raisonner ensemble pour le prendre en charge et répondre à son problème. Si le patient porte le poids de l'ensemble des informations à transmettre et devient le seul messenger, c'est qu'il existe un défaut de communication entre le MK et le médecin.

3. Une méconnaissance du métier de l'autre

Il est préoccupant de voir qu'au cours des études médicales, les médecins et les masseurs kinésithérapeutes n'ont pas l'occasion de se rencontrer alors qu'ils vont travailler ensemble par la suite. Il n'y a pas de cours prévu sur le métier de kinésithérapeute dans les études de médecine, seulement sur l'ordonnance. Cela paraît insuffisant par rapport à l'importance de la bonne compréhension des professionnels de santé. Même constat dans les autres thèses sur le sujet, l'enjeu est de développer la formation initiale et de favoriser la formation continue en multipliant les réunions pluridisciplinaires de manière thématique.

Solutions :

FORMATION INITIALE DES EXTERNES ET DES INTERNES

-Formations théoriques sur le métier de kinésithérapie.

-Formations pratiques des externes et des internes. Stages en libéral chez des kinésithérapeutes pour voir l'organisation du cabinet, les actes de kinésithérapie, le travail administratif et les moyens de communication avec le médecin. Faire réfléchir sur l'ordonnance médicale et sur le bilan diagnostique du kinésithérapeute. Eventuellement, organiser des stages en milieu hospitalier dans les services de rééducation où les échanges entre kinésithérapeutes et les médecins rééducateurs sont importants.

- Avoir un Kinésithérapeute référent à la faculté de médecine qui organise des séminaires de rencontres entre professionnels de santé pour mieux se connaître et comprendre le métier des autres.

FORMATIONS MEDICALES CONTINUES

-Organiser des réunions pluriprofessionnelles avec différents corps de métier. Sur le sujet de l'instabilité chronique de la cheville, convoquer des médecins généralistes, médecins du sport, des kinésithérapeutes et des podologues. Intérêts : porter un regard pluriel sur la pathologie, trouver des solutions communes et organiser la prise en charge de manière globale.

4. Un travail en réseau insuffisant à améliorer

Globalement médecins généralistes et MK travaillent ensemble sans se connaître. Mon étude en est un exemple. La plupart des participants se rencontrent pour la première fois lors du focus groupe. D'autres reconnaissent le nom de certains médecins inscrits sur l'ordonnance. Tout cela en dit long sur l'échange et les relations qu'il peut y avoir entre eux. Mieux se connaître permet de mieux communiquer ensemble. Il est donc important de se rencontrer via des réunions formelles ou informelles, pour mieux se connaître et créer un réseau local de confiance avec qui l'on peut travailler en toute sérénité. Pour un jeune kinésithérapeute ou un jeune médecin qui s'installe dans la région, il est important pour son intégration de participer à des réunions pluridisciplinaires pour échanger, se présenter et se créer un réseau de soins solides afin de bien prendre en charge ses patients. L'important est d'échanger et de multiplier les moyens de communication, pour constituer un réseau de professionnels soudés, qui se connaissent, toujours dans l'optique d'une meilleure prise en charge de leurs patients.

Souvent, cela prend du temps d'organiser de telles rencontres. Charlène Le Metayer va plus loin dans sa thèse et propose l'idée de rémunérer le temps passé à l'organisation de réunions d'échanges pluriprofessionnels et à la coordination du réseau de soins afin d'inciter les professionnels à le faire (27). Les Nouveaux modes de rémunération sont une invitation aux échanges entre professionnels de santé. Dans ma thèse, l'idée de rémunération des réunions pluridisciplinaires au sein de la maison de santé est ressortie également. Un rapport de l'HAS d'Avril 2008 sur le thème de *comment favoriser de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé* examine plus avant cette idée de financer les réunions et de développer de nouveaux métiers pour favoriser le travail en réseau (31).

C) Perspectives

Nous avons beaucoup parlé des études sur les relations entre MK et médecins généralistes. Sous un angle plus global, plusieurs thèses traitant des relations entre les professionnels de santé ont été publiées : notamment sur la relation entre les sages-femmes et les médecins généralistes en libéral, sur la coordination entre les médecins urgentistes et le médecin généraliste et donc plus globalement entre l'hôpital et la ville (32) (33) (34) (35) (36).

1. Un constat encourageant

Les thèses sont récentes, ce qui prouve l'intérêt et la motivation des facultés en France à faire un travail de fond pour explorer de manière précise des problématiques d'interaction entre les professionnels de santé. La recherche qualitative est florissante sur des sujets qui ont comme dénominateur commun le constat d'une communication perfectible entre les acteurs du corps médical et la détermination de trouver des solutions concrètes pour améliorer les échanges. La multiplication de thèses qualitatives dans ce domaine va permettre de tisser des liens solides entre les différentes études et de renforcer leur pertinence. La recherche qualitative permet petit à petit, pierre après pierre, de manière pyramidale, de construire un cheminement logique et reproductible, et de trouver de solutions nouvelles. Une analyse quantitative de plus grande envergure pourra confirmer les hypothèses créées par l'ensemble des analyses qualitatives sur le sujet. On assiste à une prise de conscience que l'outil qualitatif est essentiel dans la recherche en médecine générale, car les thématiques, proches des sciences sociales, sont de l'ordre de l'humain.

2. Rapport de l’OMS sur les relations interprofessionnelles

Un rapport visionnaire, plus ancien, est publié en 1988 à Genève. Il s’agit du rapport d’un groupe d’étude de l’OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé. Il insiste sur les vertus de la formation en équipe qui permet d’apprendre ensemble pour œuvrer ensemble au service de la santé (37). Je cite « la formation pluriprofessionnelle n’est pas une fin en soi mais bien un moyen de faire en sorte que différentes catégories de personnel de santé soient capables de travailler ensemble en vue de répondre aux besoins de la population en matière de santé ». Ce rapport montre grâce à des exemples concrets dans différents pays du monde que l’enseignement précoce de la formation pluriprofessionnelle notamment dans le domaine de la santé permet d’améliorer la qualité des soins dans les pays développés et en voie de développement. Ce rapport international montre encore l’importance du développement de la formation entre les professionnels de santé et du savoir travailler ensemble.

3. Ouverture

Pour aller plus loin, il existe deux choses importantes en matière de santé à mon sens :

- Le développement de la recherche scientifique, qui permet de faire évoluer la science, de trouver de nouvelles thérapeutiques (SIDA, vaccination, traitements anti-cancéreux), d’améliorer la santé et de diminuer la mortalité de la population générale.

-La recherche sur la communication entre les professionnels de santé, qui est un enjeu majeur actuel. La communication entre professionnels de santé en ambulatoire, mais également la coordination des soins entre la ville et l’hôpital. Il est important de savoir travailler ensemble pour prendre en charge de manière globale nos patients et améliorer leur qualité de vie.

CONCLUSION

Il ressort de cette étude qu'il existe une relation triangulaire entre le médecin généraliste, le kinésithérapeute et le patient qui n'est pas toujours évidente. Souvent, elle est unilatérale. Peu de communication entre les acteurs : le médecin prescrit par ordonnance, le MK exécute et le patient regarde ce qu'il se passe. Cette hiérarchie médicale souvent mise par le patient n'a pas lieu d'être. Le médecin doit faire confiance au MK qui est spécialisé dans le domaine de la rééducation et maîtrise bien son sujet. L'ordonnance de prescription doit être simple indiquant le diagnostic et le membre concerné sans donner le nombre de séances. C'est le MK qui indiquera le nombre de séances nécessaire et la technique de rééducation mise en place. L'objectif est de travailler de manière complémentaire, main dans la main, en respectant les compétences de chacun. Le kinésithérapeute est considéré comme un spécialiste à qui on demande un avis sur un problème locomoteur. De son côté, le MK doit rendre compte au médecin d'un BDK pour renouveler les séances. Sa rédaction est longue. Il représente une contrainte administrative imposée par la sécurité sociale et est une surcharge de travail supplémentaire. Le médecin a besoin d'une information simple sur l'état du patient, le déroulement de la rééducation, la durée du traitement et la date de reprise, c'est-à-dire d'un plan de soins personnalisé pour le patient. Pour communiquer mieux, il est important de parler le même langage pour mieux se comprendre, d'adapter le langage à son interlocuteur. Le patient apparaît central dans la relation car c'est lui qui est soigné mais pas dans la communication. Il n'a pas le rôle de transmission de l'information car il n'a pas les connaissances pour comprendre ce que lui dit le kiné et cela peut être source de quiproquos. Je crois qu'il est important de bien connaître le métier de l'autre. Des formations sur le métier de MK, des stages en cabinet de kinésithérapie pour les internes sont des pistes. L'oral est le mode de communication le plus spontané et rapide, mais il peut déranger le médecin en consultation et manque de traçabilité. Les logiciels et les dossiers médicaux partagés sont intéressants car ils permettent une transmission rapide de l'information sans déranger (on peut laisser un mot sur le dossier du patient et répondre plus tard aux messages) et assurent une bonne traçabilité.

Les rencontres physiques informelles et les réunions de groupe permettent de mieux se connaître et de mieux communiquer par la suite. L'avenir se tourne vers les maisons de santé pluridisciplinaires, qui réunissent plusieurs professionnels de santé, permettant un contact direct et favorisant les échanges spontanés. Pour demander un avis il suffit de franchir la porte, discuter autour d'un café, ou organiser des réunions régulièrement pour faire le point sur les dossiers difficiles. Il est important d'utiliser tous les modes de communication pour un échange d'informations efficace entre professionnels et pour la bonne prise en charge du patient.

L'avenir est donc dans la multiplication des échanges interdisciplinaires. Travailler ensemble entre professionnels de santé médicaux, paramédicaux comme les infirmières, les kinésithérapeutes, les podologues pour permettre une prise en charge globale du patient. Chacun a son rôle à jouer, ses compétences, son métier. L'objectif est de rassembler les connaissances de chacun, pour que chacun amène son expérience et son art tout en travaillant sur le même pied d'égalité sans hiérarchie. Le système libéral peut être un atout si toutes les professions sont en symbiose au service du patient. Il est indispensable de développer des réunions, séminaires de formation médicale continue transdisciplinaires en faisant intervenir les différents acteurs : médecins, kinésithérapeutes, podologues, afin de trouver ensemble des solutions communes. Bien sûr, pour mieux communiquer il faut parler le même langage pour bien se comprendre et se connaître afin de simplifier les relations. La médecine n'est pas un art solitaire, c'est dans le partage et l'ouverture aux autres professionnels que le patient sera mieux pris en charge.

Pour les relations entre médecins généralistes et kinésithérapeutes, une étude quantitative multicentrique de plus grande envergure pour confirmer et permettre de généraliser les tendances mises en évidence par cette étude de terrain serait intéressante. La multiplication d'études qualitatives sur les relations entre médicaux et paramédicaux et plus largement sur la communication et la coordination des soins dans le domaine libéral et entre la ville et l'hôpital est à développer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Caroline Bonnal, Judith Matharan, Julie Micheau : La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et les rhumatologues libéraux Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. 2009. Ministère de la santé de la vie associative de la jeunesse et des sports.
2. Observatoire national de la démographie des professions de santé (France). Le rapport 2006-2007. Paris : La documentation française ; 2008.
3. Conférence internationale sur les soins de santé primaires (1978 : Alma-Ata U, Organization WH, UNICEF. Les soins de santé primaires : rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS, 6-12 septembre 1978. Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 ; Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39243>.
4. Rapport Druais Mars 2015.pdf.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
5. Les études de santé. Ministère de l'enseignement supérieur et de l'innovation. 20/02/2017. <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid53276/les-etudes-de-sante.html>
6. Organisation des études de médecine. <http://www.remede.org/documents/comment-s-organisent-les-etudes-de-medecine.html>
7. Les études de Masso-Kinésithérapie dans l'académie de Lille. Centre des Ressources et de l'Enseignement supérieur ; Janvier 2018
8. Allen DJ, Heyrman PJ. Préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale- médecine de famille) 2002. : 52
9. Conseil National de l'ordre des médecins. Démographie 2017.
10. Exercice ambulatoire. ISNAR-IMG.
<https://www.isnar-img.com/après-linternat/exercer/exercice-ambulatoire>
11. Maison de santé pluriprofessionnelle. Conseil National de l'ordre des médecins.
<https://www.conseil-national.medecin.fr/maison-de-sante-pluriprofessionnelle-1261>
12. L'exercice coordonné : comment faire ? Syndicat MG France
<https://www.mgfrance.org/index.php/exercice/mode-d-exercice/1822-1-exercice-coordonné-comment-faire>

13. Conseil National de l'ordre des médecins. Code de déontologie médicale. Disponible sur le site du conseil de l'ordre des médecins.
14. Delga et al. Le contenu du métier. Conseil National de l'ordre des médecins. Disponible sur le site du conseil de l'ordre des médecins.
15. Le serment d'Hippocrate. Conseil National de l'ordre des médecins.
16. Publication du rapport Brocas – Sénat. 1999
17. Evolution de l'exercice de la masso-kinésithérapie-27-Sept-2012.
18. 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. 2000-577 juin 27, 2000.
19. LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26,2016.
20. Observatoire national de la démographie des professions de santé (France). Le rapport 2006-2007. Paris : La documentation française ; 2008.
21. Amandine Debarge : La prescription de Masso kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion, enquête auprès de 79 médecins généralistes. le 31 Octobre 2013 à Saint-Pierre : 168.
22. Rapport de démographie des kinésithérapeutes. Ordre National des Masseurs Kinésithérapeutes. Septembre 2017.
23. Pierre Paillé et Alex Muchielli. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2016.
24. Evelyne Delauney : Relation Médecins traitants – kinésithérapeutes. Evaluation des perceptions des kinésithérapeutes libéraux par la méthode du focus group. Nantes le 30 Avril 2009
25. Pia Touboul. La recherche qualitative : la méthode des focus groupes. Guide méthodologique des thèses en médecine générale. Docteur au département de santé publique CHU de Nice.
26. Sébastien Chabal : Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Les fiches en ligne de la lettre du CEDIP. Fiche numéro 62. Avril 2014

27. Le Metayer Charlène : Etude des relations entre professionnels de santé du territoire de Gennevilliers et Villeneuve-La-Garenne. Analyse du ressenti des MK et des Infirmiers sur la communication avec le médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient. Paris VII, Diderot, le 30 Juin 2016
28. Anais Dellandera : Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs kinésithérapeutes. Enquête qualitative auprès de professionnels Lorrains. Nancy, le 15 Avril 2013
29. Alain Macron : la profession de masseur kinésithérapeute institué par la loi n°46-857 du 30 avril 1946 : genèses et évolutions d'une profession de santé règlementé.
30. COFEMER (Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation), l'item 53 : « Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie ».
31. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS. Avril 2008.
32. CISMEF. Relations interprofessionnelles descripteur MESH. CHU ROUEN Normandie. <http://www.chu-rouen.fr/page/relations-interprofessionnelles>
33. Coline Berla : les déterminants des relations entre médecins généralistes et sages-femmes libérales pour le suivi gynécologique de prévention et de suivi de grossesses normales. Etude qualitative dans le département de l'Hérault. Le 6 Octobre 2016.
34. Marchandreau Caroline : Coordination entre Médecins généralistes et Médecins Urgentiste suite au passage des patients au centre régional universitaire des urgences de Dijon : qualité et ressenti des informations transmises. Janvier 2017.
35. Signol Bertrand : La communication Ville-Hôpital en 2016, constat et pistes d'améliorations. Dijon, le 27 septembre 2016

36. Siebert Philippe : Etude des dysfonctionnements interprofessionnels entre médecins généralistes et autres professionnels de Santé libéraux : pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers à domicile. Juin 2017
37. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé : la formation en équipe : APPRENDRE ENSEMBLE POUR ŒUVRER ENSEMBLE AU SERVICE DE LA SANTE. OMS Genève 1988

ANNEXES

Annexe 1 : fiche projet de thèse

➤ FICHE PROJET DE THESE/MEMOIRE	
NOM	GRABLI
Prénom	Nicolas
Mail	ngrabli@gmail.com
Téléphone	0687948718
Semestre en cours	6 ^{ème} semestre
Directeur de thèse	Daubin Bruno
Nom, prénom	
Fonction (universitaire, MSU, libéral/hospitalier, spécialité)	Médecin généraliste
Mail du directeur de thèse	brunodaubin@gmail.com
Date de dépôt au DMG	

Nous (thésard et directeur) certifions que cette fiche projet de thèse est établie avant tout recueil de données réalisé dans le cadre du projet, conformément aux instructions du Département de médecine générale.

Problématique	<p>La communication entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes, se résume bien souvent à une ordonnance de prescription. « La pratique de la relation avec le kinésithérapeute n'est pas une relation entre pairs. Elle est silencieuse et asymétrique » selon une étude de l'observatoire National de la démographie des professions de santé, publiée par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, de la vie associative en décembre 2009. Comment améliorer ce lien entre professionnels de santé afin de proposer au patient une meilleure prise en charge ?</p> <p><i>Communication : manière d'interagir ensemble.</i></p>
----------------------	---

Mots-clés	Dialogue - communication -échange- interaction- prescription- ordonnance-kinésithérapie-soins primaires ambulatoires- médecins généralistes - formation
Références bibliographiques	<p>-La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports, de la vie associative DREES : MA0800578 Observatoire National de la Démographie des professions de santé. Décembre 2009.</p> <p>-Principales techniques de rééducation et de réadaptation, savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie COFEMER-Réagir, guide de prescription de la kinésithérapie</p> <p>-Prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de la Somme, enquête auprès de 94 masseurs kinésithérapeute de la somme. 2016 Vigreux Ludovic-La prescription de kinésithérapie du médecin généraliste peut-elle influencer l'efficacité de la prise en charge des patients avec une épaule douloureuse chronique. Rennes 2016 Terrier David.</p> <p>-La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de la réunion. Bordeaux. 2013. Debarge Amandine</p> <p>-Médecin et kinésithérapeute : peut mieux faire ? Enquête qualitative en pays de Loire. 2010 Evelyne Delauney.</p>
Question de recherche	En quoi l'amélioration de la relation entre médecin généraliste et kinésithérapeute influence-t-elle la prise en charge des patients en soins premiers ?
Hypothèse de recherche	
Paradigme	Compréhensif
Objectif principal	Analyser l'interaction entre médecins généralistes et kinésithérapeutes et son influence sur la prise en charge des patients en soins primaires en les interrogeant sur leurs pratiques professionnelles.
Objectif secondaire	Définir des pistes d'améliorations des pratiques interprofessionnelles et de qualité des soins.
Méthode générale	Qualitative

<p>Méthode de recueil de données</p>	<p>En interrogeant les médecins et les kinésithérapeutes en focus groupe sur un mode descriptif qualitatif. Enregistrement avec un magnétophone et également avec une caméra dans une salle. La maison médicale de Narbonne dispose d'une salle de réunion qui peut être utilisée pour ce travail.</p> <p>Le plan se déroulerait de la manière suivante :</p> <p>1) Analyse qualitative de la communication entre le médecin et le kinésithérapeute par focus groupe. Table ronde entre médecins et kiné.</p> <p>2) Regroupement des données et recherche de solutions communes :</p> <p>Caractérisation de la relation communicationnelle entre le médecin et le kiné, solutions proposées pour faciliter le dialogue entre médecin et kiné ou suggestions pour améliorer le suivi des patients en soins ambulatoires (carnet du médecin au kiné, la nouvelle lettre du médecin au kiné, la formation des médecins généralistes en kiné, sensibilisation ...)</p>
<p>Méthode d'analyse des données</p>	<p>Analyse sémio-pragmatique de Pierce : (1) Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer. 2013;(105) : 4-11.</p> <p>Dr I.Denat, titulaire du DURQ 2016</p>
<p>Moyens, calendrier, partenaires</p>	<p>Médecins : proposition par email ou téléphone, rendez-vous au cabinet, l'idéal est d'avoir une population hétérogène de médecins avec des âges, sexes différents, exercice en campagne ou en ville.</p> <p>Kinésithérapeutes : recrutés par mail, téléphone, dans un réseau.</p> <p>Calendrier : Bibliographie et apprentissage méthodologique en cours, phase de recrutement de Novembre à Décembre, organisation des Focus groups en Décembre, notamment un qui pourrait se faire entre professionnels habitués à travailler ensemble en médecine sportive. Transcription en Janvier, début d'analyse en Janvier-Février, jusqu'en Avril ; analyse finale jusqu'en Juin, rédaction jusqu'en Août, présentation de la thèse en Octobre.</p>

Annexe 2 : guide d'entretien des focus groupes

GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUPES

THESE: RELATION MEDECINS GENERALISTES KINESITHERAPEUTE

Nicolas GRABLI

1) Présentation générale de la thèse

A. La médecine et moi, mon parcours personnel et mon sujet de thèse.

– Merci d'être là. Qui je suis. Ce que je fais. Pourquoi vous êtes là. –

Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir répondu présent à mon invitation et d'avoir pris de votre temps pour venir débattre de la relation entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute. C'est la première fois que dans le cadre d'une thèse de médecine générale, sont réunis autour d'une table, généralistes et kinésithérapeutes.

Je me présente. Nicolas Grabli, 28 ans, médecin généraliste remplaçant depuis Novembre 2017, ancien interne de médecine générale des hôpitaux de Montpellier et ex- SASPAS du Docteur Besse à Gruissan. J'ai réalisé, lors de mon internat, un stage ambulatoire en station à Font Romeu en hiver, un inter CHU dans le service des urgences sportives et traumatologiques du Professeur Saragaglia à l'hôpital Sud de Grenoble et des consultations avec le Docteur Julia, médecin rééducateur à Perpignan. J'ai obtenu par ailleurs le DIU de pathologies locomotrices liées à la pratique du sport.

Pendant mon internat, vous l'avez compris, je me suis spécialisé en médecine du sport et j'ai ainsi rencontré de nombreux kinésithérapeutes. J'ai constaté que leur relation avec le médecin n'était pas la même en ville et dans le milieu hospitalier. D'avantage de réunions pluridisciplinaires et de temps de concertation à l'hôpital qu'en milieu libéral notamment.

Nous nous intéresserons dans ce travail, à la relation entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute dans un exercice libéral.

Ce contact privilégié avec les kinésithérapeutes, mon intérêt prononcé pour la médecine du sport et mon goût pour la pluridisciplinarité ont largement guidé le choix de mon sujet de thèse.

Il se joue une pièce de théâtre avec trois acteurs principaux : le médecin généraliste, le kinésithérapeute et le patient qui va recevoir les soins. L'objectif de cette étude est d'analyser l'interaction entre ces personnages, le contenu de l'information transmise, les moyens de communication dans l'optique d'améliorer les échanges interdisciplinaires et la prise en charge des patients.

B - Comment je procède ? La méthode dite du focus groupe

– Pourquoi sommes-nous ici ce soir ? –

Dans le cadre de ma thèse sur la relation entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute, je réalise des tables rondes, focus groupes en langage plus médical. Ce sont des réunions permettant un échange entre médecins généralistes et masseurs kinésithérapeutes (MK) sur la communication entre les professionnels de santé, leur vécu, leurs expériences, permettant de déterminer des pistes d'amélioration des relations interprofessionnelles dans le but d'une meilleure prise en charge des patients. Dans cette enquête qualitative, les focus représentent une base de données que j'analyserai et commenterai dans ma thèse. Mon directeur de thèse est le Docteur Daubin, médecin généraliste à Coursan. J'en profite pour le remercier pour sa confiance et ses précieux conseils et sa disponibilité

C- Les règles du jeu

– Comment cela va se passer –

En pratique, nous sommes à la Maison Médicale de Narbonne, en ce 1^{er} février. Le déroulement sera simple et respectera l'anonymat de chacun. Une lettre sera attribuée à chaque participant : le M pour les médecins et le K pour les kinésithérapeutes, suivi d'un chiffre allant de 1 à 3. Ce code sera annoncé avant chaque prise de parole pour faciliter le recueil des informations. Le débat sera animé par le modérateur, journaliste neutre qui veillera à distribuer le temps de parole de manière équitable. L'observateur s'assurera quant à lui du bon déroulement de la réunion et de la gestion de l'enregistrement. Il interviendra en fin de débat pour conclure. La caméra et le magnétophone permettront d'enregistrer le débat, avec l'accord des participants. Tout le monde est d'accord pour être filmé et enregistré ? Pas d'objection ? Est-ce que vous avez des questions avant de débiter ?

2. Objectifs de la thèse

Question de recherche : En quoi l'amélioration de la relation entre médecin généraliste et kinésithérapeute influence-t-elle la prise en charge des patients en soins premiers ?

Objectif principal : analyser l'interaction entre médecins généralistes et kinésithérapeutes et son influence sur la prise en charge des patients en soins primaires en les interrogeant sur leurs pratiques professionnelles.

Objectif secondaire : définir des pistes d'améliorations des pratiques interprofessionnelles et de qualité des soins.

3. Questionnaire général quantitatif

Règles : Entourer votre réponse, préciser si besoin, à remplir à la fin de la réunion.

Code :

Age :

Sexe : masculin / féminin

Profession : médecin généraliste / kinésithérapeute

Mode d'exercice : rural / semi-rural / ville

Lieu d'exercice :

- cabinet isolé (exercice solitaire)

- cabinet de groupe (de mêmes professionnels de santé)

- maison de santé pluridisciplinaire (différents professionnels de santé dans la même structure, médecins, kinésithérapeutes, infirmiers...)

Statut : libéral / salarié / activité mixte

Nombre d'années d'exercice :

Moins de 10 ans / plus de 10 ans / plus de 20 ans / plus de 30 ans

Fréquence de prescription de la kinésithérapie :

Pluriquotidienne / hebdomadaire / mensuelle

Formations complémentaires concernant la kinésithérapie :

Aucune formation

Formation : Préciser : FMC, diplômes universitaires, réunions, recherche personnelle...

.....

Participation à des réunions pluridisciplinaires entre médecins et kinésithérapeutes auparavant :

Oui / Non

Moyen de communication le plus fréquent entre vous :

Hierarchiser du plus fréquent au moins fréquent avec des numéros.

Ordonnance / téléphone / mails / réunion / rencontre / patient

Relation entre le médecin et le kinésithérapeute : bonne / cordiale / inexistante / à améliorer / satisfaisante

Pour (ou contre) une plus grande autonomie des kinésithérapeutes ? Favorable à une plus grande autonomie / Très favorable / indifférent / Défavorable / Très défavorable.

4) Guide d'entretien qualitatif

Grands thèmes.

- Qui sommes-nous et avec qui parle-t-on ? -

Tour de table. Présentation générale de chacun des participants pour faire connaissance.

Première question peut être simple : avant cette réunion vous connaissez vous médecins et kinésithérapeutes ici présents ? Si oui dans quel cadre ? Professionnel ou personnel ?

- Amener le sujet de thèse sur la table -

Quelles sont vos expériences personnelles, votre vécu concernant l'échange et la relation entre le médecin et le kinésithérapeute ?

- Modes de communication et modalités d'échange -

Depuis l'arrêté de Juin 2000 les bilans diagnostiques sont obligatoires à partir de 10 séances de kinésithérapie. Quelles sont vos impressions concernant ce mode de communication ?

Par quels moyens communiquez-vous entre vous le plus souvent ?

Ordonnance, mail, téléphone, carnet de transmission, fiches bilan

- Contenu des informations véhiculées, perceptions et descriptions de la transmission d'informations chez les deux acteurs (M et K) : Comment est perçue/vécue cette transmission d'informations des deux côtés ? -

Concernant l'ordonnance :

Quel est le contenu des ordonnances médicales destinées au kinésithérapeute ?

Quel est le ressenti du kinésithérapeute à la réception de l'ordonnance ?

Quels sont les éléments médicaux utiles au Kinésithérapeute pour une bonne prise en charge du patient ? Quels sont les éléments utiles au médecin généraliste ?

Les actes de kinésithérapie sont en accord avec les prescriptions médicales ?

En pratique ses informations vous sont transmises de quelle manière ?

Comment améliorer cet échange d'informations de manière optimale ?

- Un acteur caché, le patient. Une relation triangulaire et non binaire. -

On parle beaucoup de la relation médecin généraliste et kinésithérapeute, mais quelle est la place et le rôle du patient dans cet échange ?

- Des obstacles (freins/ barrières) à la communication ? (Les interférences communicationnelles) -

Quelles sont, selon vous, les difficultés rencontrées lors de cet échange entre médecin et kinésithérapeute ?

Vous arrive-t-il à titre personnel de rencontrer des difficultés lors de cet échange entre M et K ?

Si oui préciser lesquelles ?

Plus généralement y a-t-il des contraintes qui pèsent sur cette communication ? Si oui préciser lesquelles ?

-Une communication perfectible ? Vers une communication plus efficace. -

Quelles solutions permettraient d'améliorer ces relations interprofessionnelles afin d'améliorer la prise en charge des patients ?

- L'influence de la législation sur la communication entre M et K : impact relatif ou significatif? -

Que pensez-vous de la législation actuelle et de son évolution ?

A-t-elle changé vos pratiques ?

Loi de modernisation du système de santé de Marisol Touraine 2016 change la définition du kinésithérapeute en lui donnant une plus grande autonomie, émancipation du kinésithérapeute.

Passage de « massage et gymnastique médicale » à un rôle plus global de « promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique, le traitement, la planification des soins de kinésithérapie » avec une plus grande liberté mais sur prescription du médecin.

Une plus grande autonomie du kinésithérapeute est-elle nécessaire selon vous ?

- *La formation, équation inconnue de la communication entre M et K ? Que pensez-vous de la formation des médecins généralistes concernant la prescription de kinésithérapie ? Sur la kinésithérapie en générale ?*

Questions de relance :

Quelqu'un veut-il ajouter quelque chose ? Quelqu'un veut-il réagir à ce qui a été dit ?

Avez-vous des commentaires ? Des remarques ? Des questions sur l'intervention de x ?

Vous pouvez préciser votre pensée ? Est-ce que vous pouvez nous en dire plus sur...

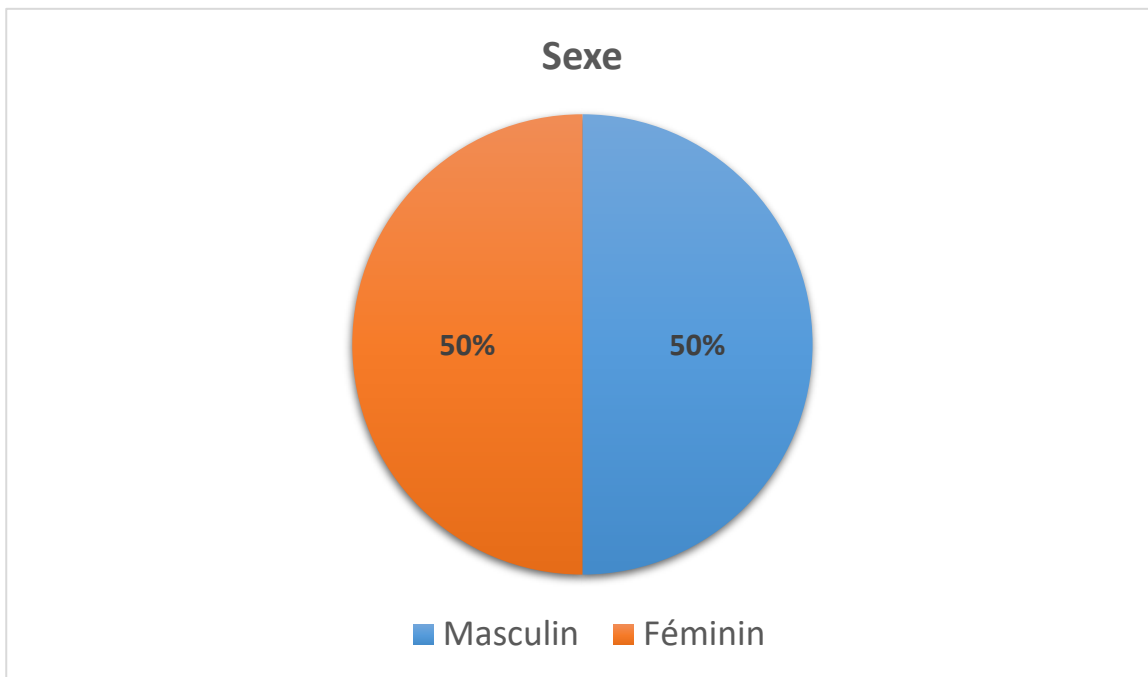
Est-ce que vous pouvez être un peu plus expansif (bavard) sur...

Pouvez-vous revenir sur... ?

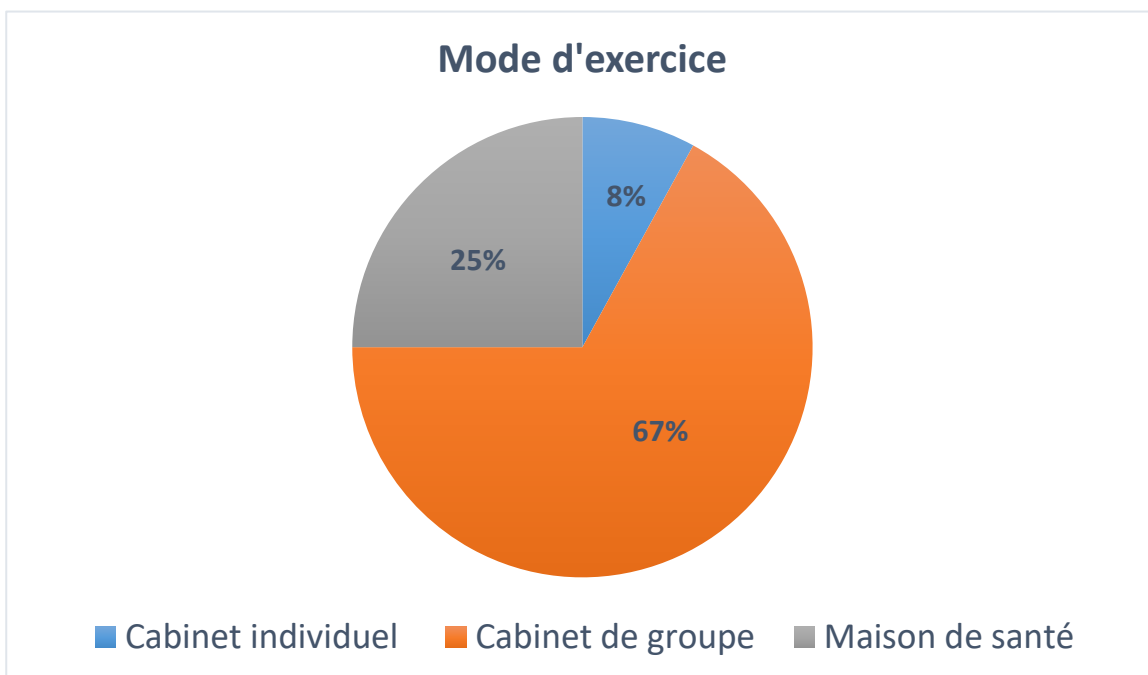
(Je crois que) Nous nous éloignons de la question de recherche. Revenons à nos moutons.

Nous nous écartons du sujet, revenons à la question de recherche

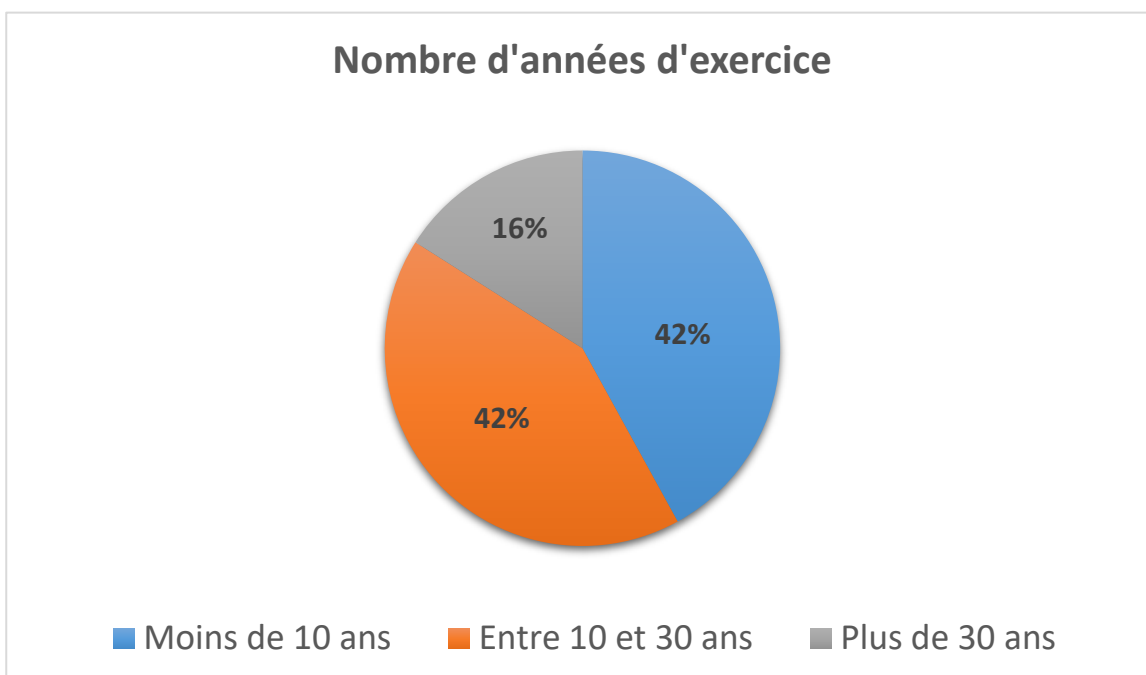
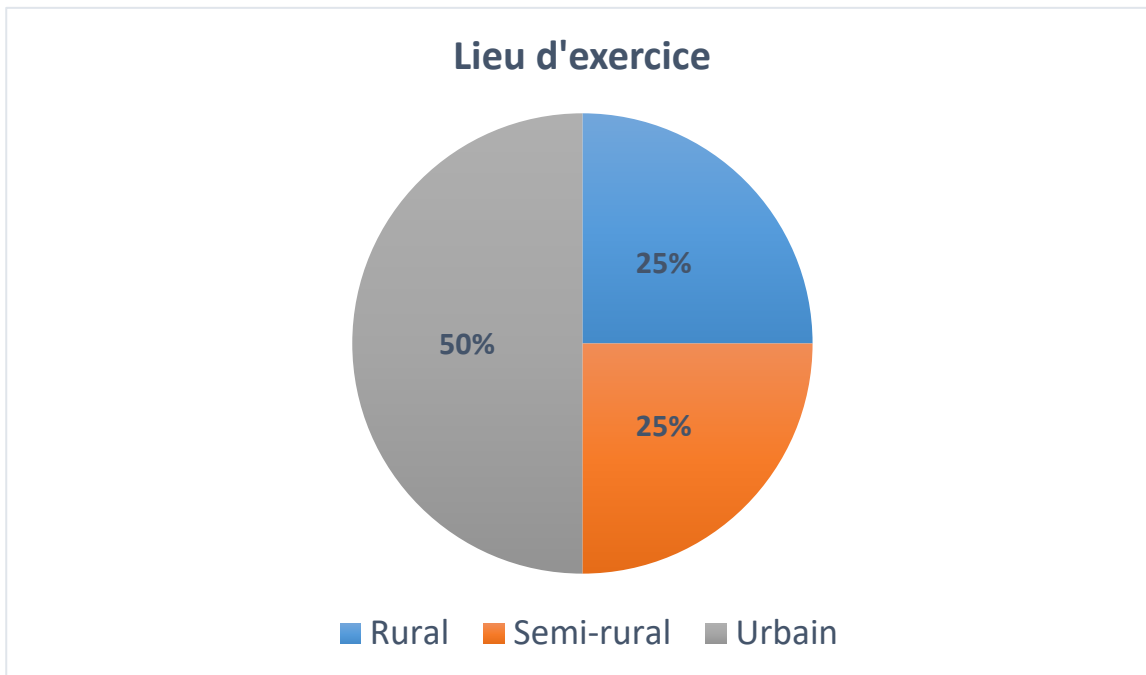
Annexe 3 : Caractéristiques quantitatives de la population



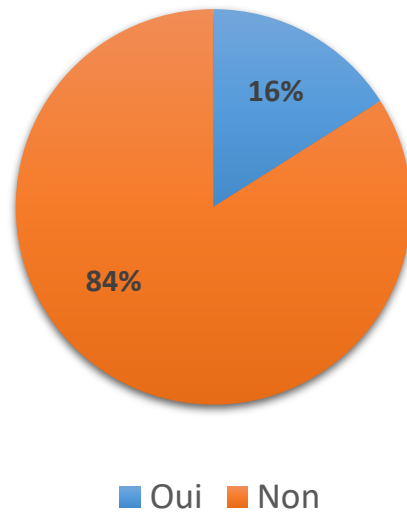
Dans les focus groupes la parité est respectée. Sur les 12 professionnels de santé interrogés, la moitié sont des femmes et l'autre moitié des hommes.



Une majorité des personnes ayant participé aux focus groupes exercent dans un cabinet de groupe (association de médecins ou de kinésithérapeutes entre eux). Un quart des participants exercent quant à eux au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire (association de médecins et de professions paramédicales dans une même structure). L'exercice libéral individuel est le mode d'exercice le moins représentatif des focus groupes.



Participation à des réunions pluridisciplinaires



84% des personnes interrogées ne participent pas à des réunions pluridisciplinaires, il existe donc peu d'échanges interdisciplinaires entre médecins et kinésithérapeutes de ces groupes. Ce constat doit nous interroger. Quels sont les freins à la mise en place et/ou à la participation de ces réunions ?

Moyen de communication le plus fréquent :

Une des questions posées aux participants des focus groupes est relative aux moyens de communication utilisés entre les médecins et les kinésithérapeutes dans leur pratique quotidienne.

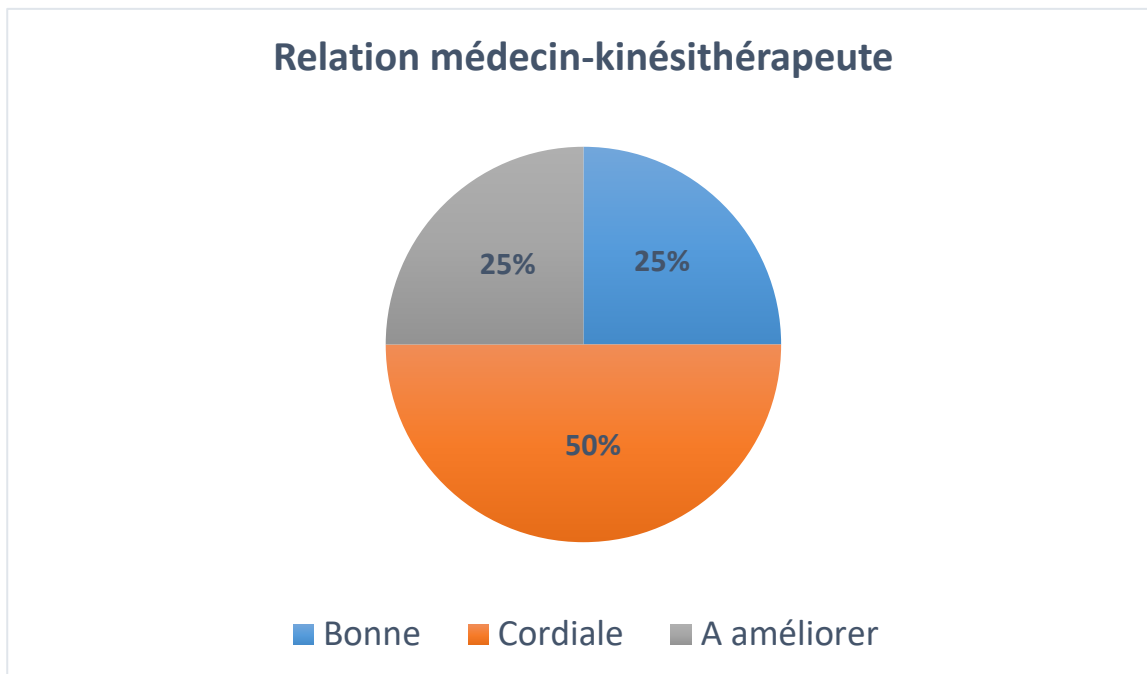
Classement des moyens de communication les plus utilisés :

1. Ordonnance
2. Patients
3. Téléphone
4. Rencontre
5. Mails

L'ordonnance est le plus fréquent et le plus utilisé.

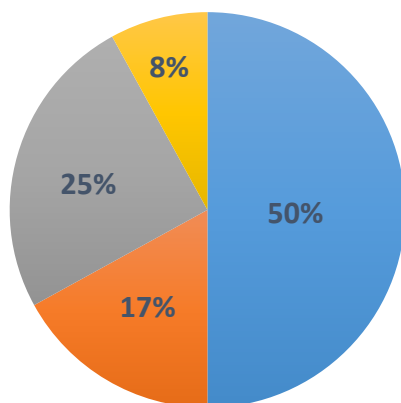
Ordonnance et patients sont des moyens de communication indirects.

Les moyens de communication directs comme les rencontres et les mails devraient être davantage développés, ils constituent une piste dans le cadre de cette étude.



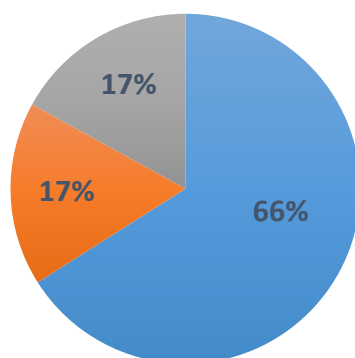
Pour la moitié des participants du groupe, la relation médecins/kiné est cordiale. Elle se limite au cadre professionnel.

Autonomie du kinésithérapeute



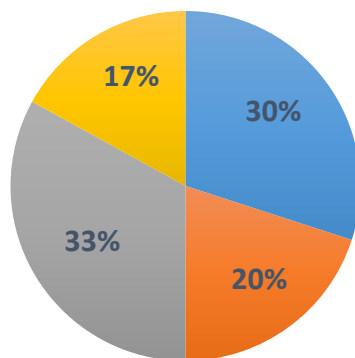
■ Très favorable ■ Favorable ■ Indifférent ■ Défavorable

Autonomie du kinésithérapeute - Par les MK



■ Très favorable ■ Favorable ■ Indifférent ■ Défavorable

Autonomie du kinésithérapeute - Par les médecins généralistes



■ Très favorable ■ Favorable ■ Indifférent ■ Défavorable

Une majorité des participants est favorable à l'autonomie du kinésithérapeute.

Pour autant, il est important de distinguer le retour des kinésithérapeutes, favorables à une émancipation croissante et autonomie plus importante dans les soins et actes quotidiens, de ceux des médecins pour qui une partie non négligeable est indifférente ou non favorable à cette évolution vers l'autonomie.

A :

Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir répondu présent à mon invitation et d'avoir pris de votre temps pour venir débattre de la relation entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute. C'est la première fois que dans le cadre d'une thèse de médecine générale, sont réunis autour d'une table généralistes et kinésithérapeutes.

Je me présente. Nicolas Grabli, 28 ans, médecin généraliste remplaçant depuis Novembre 2017, ancien interne de médecine générale des hôpitaux de Montpellier et ex- SASPAS du Docteur Besse à Gruissan. J'ai réalisé, lors de mon internat, un stage ambulatoire en station à Font-Romeu en hiver, un inter CHU dans le service des urgences sportives et traumatologiques du Professeur Saragaglia à l'hôpital Sud de Grenoble et des consultations avec le Docteur Julia, médecin rééducateur à Perpignan. J'ai obtenu par ailleurs le DIU de pathologies locomotrices liées à la pratique du sport.

Pendant mon internat, vous l'avez compris, je me suis spécialisé en médecine du sport et j'ai ainsi rencontré de nombreux kinésithérapeutes. J'ai constaté que leur relation avec le médecin n'était pas la même en ville et dans le milieu hospitalier. Davantage de réunions pluridisciplinaires et de temps de concertation à l'hôpital qu'en milieu libéral notamment. Nous nous intéresserons dans ce travail, à la relation entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute dans un exercice libéral.

Ce contact privilégié avec les kinés, mon intérêt prononcé pour la médecine du sport et mon goût pour la pluridisciplinarité ont largement guidé le choix de mon sujet de thèse.

Il se joue une pièce de théâtre avec trois acteurs principaux : le médecin généraliste, le kinésithérapeute et le patient qui va recevoir les soins. L'objectif de cette étude

est d'analyser l'interaction entre ces personnages, le contenu de l'information transmise, les moyens de communication dans l'optique d'améliorer les échanges interdisciplinaires et la prise en charge des patients.

Dans le cadre de ma thèse sur la relation entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute, je réalise des tables rondes, focus groupes en langage plus médical. Ce sont des réunions permettant un échange entre médecins généralistes et masseurs kinésithérapeutes (MK) sur la communication entre les professionnels de santé, leur vécu, leurs expériences, permettant de déterminer des pistes d'amélioration des relations interprofessionnelles dans le but d'une meilleure prise en charge des patients. Dans cette enquête qualitative, les focus représentent une base de données que j'analyserai et commenterai dans ma thèse. Mon directeur de thèse est le Dr Daubin, médecin généraliste à Coursan. J'en profite pour le remercier pour sa confiance, ses précieux conseils et sa disponibilité.

En pratique, nous sommes à la Maison Médicale de Narbonne, en ce 1^{er} février. Le déroulement sera simple et respectera l'anonymat de chacun. Une lettre sera attribuée à chaque participant : le M pour les médecins et le K pour les kinésithérapeutes, suivi d'un chiffre allant de 1 à 3. Ce code sera annoncé avant chaque prise de parole pour faciliter le recueil des informations. Le débat sera animé par le modérateur, journaliste neutre qui veillera à distribuer le temps de parole de manière équitable. L'observateur s'assurera quant à lui du bon déroulement de la réunion et de la gestion de l'enregistrement. Il interviendra en fin de débat pour conclure. La caméra et le magnétophone permettront d'enregistrer le débat, avec l'accord des participants. Tout le monde est d'accord pour être filmé et enregistré ?

OUI pour l'ensemble des participants.

Est-ce que vous avez-des questions avant de débiter ?

NON pas de question.

A : On va commencer si tout le monde est d'accord ? C'est parti. On va faire un tour de table, chacun va se présenter pour apprendre à se connaître. Juste, avant toute chose : M. M1, P. M2, H. M3, L. K1, C. K2, X. K3.

M1 : M1, installée depuis 2011, 2012 on va dire, dans un petit village de l'Aude, d'abord avec J. et maintenant P. mon mari qui a la capacité de médecine du sport et qui travaille beaucoup avec les kinésithérapeutes avec une quatrième médecin et bientôt un nouvel associé dans le cabinet.

O : Dans un cabinet seul ou de groupe ?

M1 : En groupe. En groupe, dans une maison de santé pluridisciplinaire avec des kinésithérapeutes, des infirmiers, des podologues et tout ça, les kinés sont installés en face avec qui on travaille beaucoup. Je me trouve très prescriptrice de kinés, je privilégie la thérapie manuelle à la prescription de médicaments pour éviter de balancer pleins d'anti-inflammatoires. Il y a beaucoup de sportifs dans notre village, de tout âge et de tout sport. Voilà.

K1 : Ça va faire 2 ans et demi que je suis diplômé de l'école de kiné de Reims et après quelques remplacements je suis arrivé à Narbonne depuis maintenant 2 ans, j'étais d'abord assistant et à présent associé dans un cabinet de groupes de 9 kinésithérapeutes, ça tourne, ça dépend. On est assez nombreux.

A : Donc c'est dans un collectif de kinés ?

K1 : Oui que de kinés, pas de médecin autour. On travaille en demi-journées au cabinet et demi-journées domicile. On est 4 en permanence au cabinet. Voilà. Cela ne fait pas longtemps que je suis arrivé. Je vois les prescriptions mais je ne connais pas les médecins. J'ai quand même quelques retours de médecins mais c'est tout.

A : Un jeune kiné installé dans le coin qui ne connaît pas le réseau médical.

K1 : C'est bien ça. Pour les médecins et les chirurgiens quand on me pose une question, je demande aux secrétaires et au collègues qui ont sont là depuis plus longtemps et ont plus d'expérience.

M2 : Je m'appelle M2, je suis actuellement installée à Narbonne comme médecin généraliste depuis 9 ans. J'étais médecin généraliste associée à mon mari dans un village de l'Aude pendant 15ans, en suite j'ai eu besoin de changer d'air, donc je suis partie en médecine du travail pendant 8 ans, puis je suis revenue aux soins car j'avais fait un peu le tour de la médecine du travail en passant par un diplôme de Gériatrie. J'ai aussi travaillé en tant que médecin coordonnateur dans un hôpital du Narbonnais dans deux services, l'EPHAD et un service de médecine physique. J'ai beaucoup travaillé en Gériatrie avec les kinésithérapeutes et avec les médecins rééducateurs. Et puis c'est très compliqué de faire 3 jours de libéral et 2 jours à l'hôpital donc au bout de 4 ans je suis revenue au libéral, j'ai fini ma carrière en libéral en tant que médecin généraliste. Je travaille dans un cabinet où on est 3, nous avons intégré une collaboratrice récemment. Dans la ville on connaît moins les kinésithérapeutes que quand j'étais à la campagne. Je connais les kinés par leurs spécialités en fait, qui fait de la rééducation vestibulaire, qui fait de la rééducation périnéale, qui sait mieux faire en gériatrie le syndrome

post-chute. Je connais quelques kinés, mais plus par leur travail spécifique. J'ai un agenda avec une liste de kinés. Après je travaille avec tout le monde. Voilà, j'oriente quand il y a une rééducation particulière. J'ai beaucoup d'estime pour deux médecins en rééducation. Tous les bilans urodynamiques sont fait à l'hôpital, je les connais bien, j'ai travaillé 4 ans avec eux.

A : M3 à vous.

M3 : Je suis M3, installée dans un petit village de l'Aude, dans un milieu rural avec beaucoup de personnes âgées et donc de kinés de rééducation à la marche. Associée avec un médecin qui va bientôt prendre sa retraite. On a une collaboratrice qui prépare sa thèse et recherche un maitre de thèse. En attendant sa thèse elle fait des remplacements réguliers au cabinet, elle me double certaines journées et fait toutes les vacances.

O : Tu ne peux pas être directeur de thèse ? Haha

M3 : Je ne peux pas être directrice car je n'ai pas assez d'expérience en tant que maitre de stage. C'est dommage, je ne serai pas directrice. Je prescris beaucoup de kinésithérapie aussi pour la traumatologie, les épaules, plutôt que les anti-inflammatoires, beaucoup pour les personnes âgées car cela fait du lien et du passage à la maison, je suis pour le maintien à domicile. Par contre je ne suis pas bonne pour la prescription de kiné, j'ai besoin d'aide, de guide, je fais toujours la même chose. Je laisse le soin au kiné de décider, ils savent mieux que moi ce qu'il faut faire pour telle pathologie. Je dis bien au patient, prenez la lettre du spécialiste, prenez les radios et les examens complémentaires et vous verrez avec lui. Mais je ne sais pas si c'est bien pour eux.

A : C'est l'objet du focus, on va en parler tout à l'heure. Alors maintenant K2.

K2 : K2, je suis libéral dans un village du Narbonnais depuis février 2000, j'ai été diplômé à l'IFMK de Lille, j'ai fait un assistantat pendant un an et demi à Lille puis je suis redescendu dans le sud en cabinet. Je suis dans un cabinet de groupe où nous sommes quatre, trois kinés associés et une assistante. Dans ce cabinet, il y a également une pédicure et un podologue. J'ai une formation d'ostéopathie et en ce moment je suis entrain d'attaquer un DU à la faculté de médecine de Montpellier. J'ai fait également un Master 2 en sciences humaines pour l'éducation thérapeutique et un mémoire sur la représentation de l'ostéopathe kinésithérapeute par les médecins, que je vous ai transmis.

K3 : K3. J'ai un cabinet sur Narbonne, kiné libéral et ostéopathe depuis 2003, spécialisé dans le sport, j'ai travaillé pendant 6 ans avec l'équipe de rugby de Narbonne. J'aime bien la traumatologie, j'ai des responsabilités au conseil de l'ordre des kinés et je suis également engagé en tant que vice-président dans une organisation syndicale départementale. Nous sommes 5 kinés dans le cabinet avec chacun une spécialité différente.

A : Première question très simple, avant cette réunion vous vous connaissiez ? Surtout entre médecins et kinés. On imagine que les médecins se connaissent entre eux et les kinés aussi.

M2 : Je connais K2 qui travaille dans un village du Narbonnais. Je me suis cassé une cheville en 2003, pour la rééducation.

A : En tant que patient finalement. Mais en tant que médecin ?

M2 : En tant que médecin et patient car mon mari travaille dans le même village.

A : Les autres vous vous connaissez ? Réponse générale : non

K3 : On connaît le nom des médecins que l'on voit sur les prescriptions, mais pas physiquement.

K1 : Votre nom me dit quelque chose en s'adressant à M2.

A : Vous connaissez plus les noms que les personnes ?

K1 : Je connais seulement les noms que je vois sur l'ordonnance. Mais pas les médecins personnellement. Je n'ai même pas de médecin généraliste sur Narbonne.

K3 : Je connais J. On se connaît depuis très longtemps.

M3 : On se croise chez les patients de visu, on se croise en voiture. Ils viennent au cabinet pour faire les renouvellements d'ordonnances.

M1 : Je connais les kinés avec qui on travaille qui se trouvent dans la même zone géographique. Dans un village du Narbonnais par exemple, si le patient me demande un nom de kiné sur Narbonne car c'est plus proche de son boulot, souvent la réponse est non. A part

pour la rééducation vestibulaire ou pour une pathologie du sportif bien particulière, je vais demander à mon mari spécialisé en médecine du sport qui va m'orienter vers un kiné spécifique, sinon moi personnellement, quand on me demande je dis non je ne sais pas.

A : Je résume, il y a la zone géographique et la spécialité du kiné en fait ?

M3 : Et les patients aussi. Certains patients ne veulent pas voir le kiné. Je connais

A : Le patient est difficile ?

M2 : Non, mais on ne peut pas plaire à tout le monde. Sur Narbonne l'entité géographique joue. Le patient veut un kinésithérapeute proche de son domicile, facile d'accès pour lui. Je pense aux personnes âgées. Ce sont des questions qui nous sont posées.

A : Surtout dans votre domaine de la gériatrie ? Après certains kinésithérapeutes viennent à domicile ?

M2 : Effectivement.

K3 : En général on a une activité où le matin on fait les visites à domicile et l'après-midi au cabinet. On trouve beaucoup de kinés qui ne font plus que du cabinet. De nombreux confrères abandonnent les visites à domicile. Ça devient compliqué.

K2 : C'est compliqué, il y a un problème de stationnement qui se pose effectivement. Cela risque de faire que des kinés ne voudront plus se déplacer à domicile, c'est difficile de stationner, il va falloir payer, ils vont prendre une prune derrière, cela va concerner l'ensemble du centre-ville à présent cette nouvelle réglementation. Il y a certains patients du centre-ville qui ne trouvent plus de kinés qui veulent se déplacer. Voilà, la difficulté est là.

M2 : Il faut les envoyer à la mairie, c'est pareil pour les médecins.

K3 : A Carcassonne, au niveau de la sécurité sociale il y a une baisse de 30% des actes kinés à domicile.

A : Actuellement l'activité est répartie comment chez le kiné ?

M2 : 1/3 domicile et 2/3 en cabinet. Avec plutôt une tendance vers moins de domicile et plus de cabinet. Cela dépend des kinés. Moi je me régale d'aller à domicile car c'est un moment de détente au lieu d'être enfermée au cabinet toute la journée. Les patients sont contents de nous voir. C'est un échange réciproque. C'est parfois l'occasion de croiser le médecin.

A : Cela vous arrive souvent de rencontrer le médecin à domicile ?

M2 : Oui assez souvent. On est content de se voir. Aux mêmes heures.

A : Vous échangez ?

K2 : On ne va pas échanger devant le patient, c'est compliqué. S'il y a quelque chose à dire on prend le téléphone et on appelle le médecin.

M2 : On échange aussi par cahier interposé, un cahier où l'on se parle, pour le suivi. Comme avec les infirmières, il peut y avoir des échanges écrits entre médecins et kinés parfois.

A : Cela vous arrive souvent de voir quelque chose d'écrit à domicile ?

K1 : Non, de l'infirmier ou de l'aide-soignante oui car ils passent souvent, ils viennent une fois le matin, une fois le midi et une fois le soir, mais du médecin non.

A : C'est un peu comme le système de transmission des soins à l'hôpital ?

K1 : Le matin je regarde s'il y a un mot, mais je ne remonte pas aussi loin. C'est un cahier où tout le monde écrit, il faut regarder loin dans le cahier pour trouver l'information et souvent on n'a pas le temps. Il faudrait une séparation dans le cahier avec un chapitre kiné, ide, médecin pour que ce soit plus clair.

K3 : Pour les kinés, c'est surtout fait en cas de situation d'urgence quand on a remarqué que quelque chose n'allait pas chez le patient, ce jour-là on l'écrit. Si c'est du quotidien mais pas une urgence on ne le note pas.

M2 : Théoriquement il y a les bilans aussi. Haha

A : Quand il y a une urgence il y a plus de réaction ?

M3 : Si l'urgence est relative, on écrit sur le cahier, si l'urgence est importante on appelle le médecin. Par exemple une plaie ou un patient très âgé à domicile.

A : Prochaine question : Quelles sont vos expériences personnelles, votre vécu concernant l'échange entre le médecin généraliste et le kiné ? Comment vous vivez cette relation ? Comment vous la trouvez ? Quelqu'un veut intervenir ?

K2 : C'est une relation cordiale tout d'abord.

K3 : Pas assez prononcée je pense.

M1 : Pas assez entretenue.

M2 : Les liens sont parfois plus distants qu'avec un infirmier avec qui on travaille toutes les semaines.

M1 : Ce n'est pas forcément un bilan complet, comme les bilans d'orthophonistes où l'on ne comprend rien qui serait utile mais plutôt un point mensuel indiquant si le patient va bien, qui indique que la rééducation évolue dans le bon sens ou pas. Je ne suis pas rassurée de demander au patient comment s'est passée la kinésithérapie, je fais confiance au patient mais il ne comprend pas tout. Souvent le patient revient voir le médecin et dit le kinésithérapeute m'a

demandé de revenir vous voir. A ce moment-là un petit mot pour informer le médecin serait intéressant. Si le kiné a un doute diagnostic, tu m'as dit que c'était une névralgie cervico-brachiale mais franchement j'ai un doute je pense qu'il s'agit d'une épicondylite et une tendinite. Cela personnellement, je ne l'ai jamais.

K2 : Difficultés c'est vrai à ce niveau. A un moment ou un autre c'est bien de faire un courrier mais on a souvent un manque de temps. Temporellement parlant c'est difficile. Même si moi j'ai des trames qui sont toutes faites sur certaines pathologies. C'est ce manque de temps, parfois je voudrais faire un courrier. Il faudrait prendre un dictaphone, dicter et donner à la secrétaire ? Peut-être. Effectivement parfois ça m'arrive de prendre mon téléphone et d'appeler directement car c'est plus rapide pour communiquer et c'est parfois plus simple. Je reste à proximité du patient. Par contre il n'y a pas de trace écrite.

K1 : La seule fois où l'on communique je trouve, c'est pour un renouvellement. Si tout va bien, la rééducation est terminée. S'il faut poursuivre, on fait un renouvellement et on doit faire un bilan diagnostic kiné écrit. C'est obligatoire non ?

M2 : Ce n'est pas souvent.

M1 : On ne les a quasiment jamais.

M2 : Je ne prescris plus le nombre de séances. J'indique rééducation d'une articulation et je laisse le soin au kiné de choisir la méthode de la rééducation.

K3 : Au bout de 20 séances le kiné est obligé de faire un BDK pour rendre compte au médecin de l'avancée du traitement. C'est là que cela devient un peu compliqué sur le bilan. La

conception du bilan pourrait être faite simplement mais on est obligé de part certaines conventions de mettre certaines choses obligatoires dans un BDK. C'est la sécu qui nous l'impose, comme avec le numéro de sécurité sociale, son nom, la date de naissance, le médecin traitant. Niveau administratif c'est assez long.

M1 : Tu ne peux pas faire un truc informel ?

K3 : Si je le fais et on vient me faire un contrôle, je ne suis pas dans les clous. Un BDK ce n'est pas ça. Le BDK doit regrouper certains objectifs précis. Une lettre informelle sort du cadre du BDK qui nous est imposé. Dans la conception du BDK cela devient compliqué. On le fait quand on reçoit le patient, on étudie la prescription et on fait notre bilan. Mais au niveau administratif on doit vous faire passer un résumé du BDK.

M1 : Oui en théorie. Haha

K3 : Normalement on se doit de vous faire passer un résumé.

K2 : C'est le problème, le BDK est déjà un petit peu résumé, alors le résumé d'un résumé, il ne reste pas grand-chose en fait. J'ai essayé de simplifier le BDK au maximum de manière avoir le moins de choses à mettre avec des croix et des flèches mais à la fin il ne reste plus grand chose et ça ne veut plus rien dire. Ce n'est pas quelque chose qui va servir au médecin, c'est plus administratif.

M1 : Ce n'est pas forcément du BDK dont je parlais. C'est plutôt sur l'évolution. Même à la limite un petit mot manuscrit sur un petit papier que l'on donne au patient où un petit coup de fil mais ça on ne l'a jamais. Comme tu disais Hélène, il y a plein de fois où je fais confiance et je sais que le kiné est meilleur que moi. Je vous fais une ordonnance et je laisse le soin au kiné de faire son bilan et dire ce qu'il va rééduquer et comment car il s'y connaît mieux que moi.

K1 : Après c'est pareil si on donne un mot informel, est-ce que le patient ne va pas le lire. Si l'on met patient très algique par exemple, le patient va se dire que c'est lui qui joue la comédie.

M1 : En même temps c'est sa santé, le patient a le droit d'être informé sur sa santé. Cela concerne le patient.

K2 : De toute façon le patient a l'obligation d'être informé sur son état de santé. Je ne vais pas lui cacher des choses.

A : Le BDK est obligatoire après 10 séances de kiné d'après un arrêté de Juin 2000. Cela vous sert vraiment à quelque chose ? C'est utile ? Quel est son contenu ?

M2 : Pas dans tous les cas. Je m'interroge sur la durée justement d'une rééducation. Je prends l'exemple d'une épicondylite récemment, je ne sais pas combien de fois j'ai renouvelé les séances mais à un moment donné il faut passer à autre chose, faire une infiltration. Car si le patient ne va pas mieux à 6 mois d'une rééducation d'une épicondylite, c'est qu'il y a un problème. Il faut passer à une autre thérapie. Le patient appelle au cabinet pour renouveler la kiné. A ce moment il faut revoir le patient et réévaluer l'état de son coude et on voit après.

Dans ce cas-là, cela me paraît important d'avoir un bilan. Cela nous aurait permis tous les 2 de dire au patient qu'il avait envie d'aller chez le kiné. C'était plus ça que pour la rééducation de son épicondylite. C'est intéressant pour faire cesser une situation qui n'avance pas. C'est un exemple. Vous devez l'avoir vécu ce genre de situation ?

K2 : C'est vrai, on le vit car parfois effectivement on n'a plus rien à apporter au patient. Il va mieux pour moi. Je lui dis : je trouve que vous allez mieux je n'ai plus rien à vous apporter de plus. Qu'est-ce que vous voulez faire ? Si je lui dis directement que l'on va arrêter les séances il va me dire ah oui mais j'ai mal également ici. Donc maintenant je lui laisse le choix : qu'est-ce que vous voulez faire ? Je ne vous apporte plus rien je pense. Le patient me dit souvent : on pourrait continuer un peu.

M2 : C'est là où ce serait bien d'avoir un bilan ! Je ne sais pas si cela pourrait se faire sous la forme de mail, par messagerie sécurisée pour que les données restent confidentielles.

M1 : D'où l'intérêt des logiciels partagés. Cela fait trois ans que l'on est installé dans le cabinet de groupe et que l'on insiste auprès des infirmières et des kinés pour prendre le même logiciel que nous. Mais ils ne veulent pas car cela coûte des sous. A ce moment-là tout serait plus simple, il suffirait d'un petit mot de transmission.

M3 : Cela ne marcherait que pour les kinés de ton centre médical. Cela ne marche pas pour tout le monde. On peut faire un partage des données avec une autorisation pour les kinésithérapeutes qui sont installés en face à Gruissan.

A : C'est quel logiciel ?

M1 : C'est Weda.

M3 : Il faudrait que tout le monde marche avec Weda alors.

M2 : Cela ressemble aux logiciels des EPHAD.

K3 : Il a été mis en place par l'ARS le MS santé, une messagerie sécurisée pour tout professionnel de santé gratuite. La seule chose c'est que quand on la met en place on plante l'ordinateur et cela met beaucoup de temps pour le relancer. Le logiciel n'a pas marché pendant une semaine au cabinet, personne n'a voulu le remettre en place. Le petit désagrément qu'il avait aussi c'est que vous avez accès à cette messagerie uniquement avec la carte CPS, donc pas possible de l'utiliser à la maison. Tout doit se faire au travail et c'est vrai que l'on fait déjà pas mal d'heures de travail et cela devient problématique.

K2 : S'il y avait une application sur le téléphone avec un système de codage ce serait plus simple.

A : Je résume, les bilans diagnostics kinés peu d'intérêt mais parfois il faudrait faire des petits bilans plus rapprochés sur les patients compliqués ?

M2 : Communication sur les prescriptions et sur un rendu de soins.

K3 : Je pense que le BDK est très important car il oblige au kiné de rendre des comptes au médecin et permet le renouvellement des séances si besoin. C'est bien, cela met un point d'arrêt, le kiné doit rédiger le BDK au bout de 10 séances pour poursuivre les soins. Souvent quand il y a une bonne évolution on ne s'oblige pas à faire un BDK, le patient va mieux il va forcément le dire à son médecin et c'est fini, il s'en va. Je pense que le BDK pour moi est important mais le petit mot par mail aussi pour dire tout simplement où on en est sans être dans la structure puissante du BDK avec les contraintes administratives qui vont avec.

A : Il y a des contraintes administratives, mais dans le contenu du BDK concrètement qu'est-ce qu'il faut mettre dedans ?

K3 : Le nom, prénom du patient, les coordonnées, l'adresse, ensuite sa pathologie, l'indication thérapeutique, le nombre de séances, le bilan articulaire, musculaire, les objectifs à court terme moyen, long terme, le matériel utilisé, le but du traitement, l'évolution.

M2 : C'est ce qui nous intéresse, pas le côté administratif.

A : Cela permet quand même de bien faire le point.

K3 : Oui totalement.

K1 : C'est long, c'est à faire à la maison, j'ai quitté à 20h, j'en ai fait deux-là cette semaine des bilans. C'est seulement quand ça ne va pas que l'on envoie un bilan. Pour le premier, c'était une pathologie du dos, tout allait bien, la personne n'a plus besoin de moi je ne la revois plus

et le BDK n'est pas utile, sauf pour un autre problème si tout c'est bien passé. Pour le deuxième patient, cela ne va pas, ça traîne en longueur, j'ai demandé au médecin peut être d'aller vers une infiltration. C'est quand il y a un problème ou que cela dure plus longtemps que prévu. Ce n'est jamais quand ça va, on ne renvoie de toute façon pas cette personne au médecin.

M1 : De toute façon, si c'est un bilan, comme tu dis, intellectuellement avant de prendre en charge le patient tu es obligé de le faire non ?

K1 : Oui on le fait.

K3 : On le fait, on l'écrit mais on ne le tape pas à l'ordinateur.

K1 : Ce n'est pas le même, c'est ce qu'on appelle un bilan d'entrée.

K3 : Et surtout aujourd'hui on n'avait aucun support informatique qui nous aidait, souvent le compte-rendu est écrit, en général il est manuscrit.

A : S'adressant à M1 : ce bilan initial il t'intéresserait ?

M1 : Bien oui, ce n'est pas le BDK de la sécu qui m'intéresse, je m'en fiche. C'est vraiment le « j'ai examiné ton patient, je trouve qu'il y a ça », un échange sur la pathologie du patient entre professionnels de santé qui ont 2 façons de voir les choses, le kiné a plus le temps de faire un

examen complet, il a des compétences particulières en ostéo par exemple, ailleurs et plus que moi.

M2 : Et la proposition de soins aussi.

M1 : Et la proposition de soins oui.

M2 : Il faut faire attention, parfois il y a une confusion, les patients voient la kinésithérapie comme un soin au début puis comme quelque chose qui ne s'arrête jamais, on prend soin d'eux effectivement. Ce n'est pas le soin comme nous on l'entend, une tendinite de la patte d'oie, une tendinite du long biceps, le suivi d'une hernie discale. Une rééducation.

K1 : Vous nous le renverrez tout de suite après avoir vu le patient alors ? Par exemple, vous nous l'envoyez le lendemain au cabinet selon la place, on va faire le bilan initial, on le fait tous, on va lire l'ordonnance avec écrit « cervicalgie » donc on va faire un vrai bilan avant de commencer les séances. Et tout de suite on vous l'envoie ? Vous aurez le temps de lire vos patients suivants et les patients actuels.

M2 : La proposition de soins fait 5 lignes, donc oui je pense. Nous avons besoin d'une proposition de soins pour savoir où l'on va.

M1 : Ou au moins nous on l'écrit sur notre dossier patient informatique. La prochaine fois que l'on voit le patient les informations sont inscrites. Oui il a vu ça, mais il a toujours mal donc c'est peut-être autre chose.

K1 : Après ça c'est le bilan initial, ce que l'on a constaté au début quand il est arrivé, pas l'évolution.

M2 : C'est à dire que la kinésithérapie est une proposition de soins. Sur une pathologie il y a plusieurs propositions de soins c'est important pour nous de dire c'est fait, pas fait, il a servi à rien, donc on passe à autre chose et voilà. C'est dans le cadre d'un diagnostic et d'une proposition de soins. Une fois qu'il est fait, il est fait, il a servi à quelque chose, il n'a pas servi, il faut faire une infiltration intra-articulaire ou pas.

M1 : Cela voudrait dire que le patient est allé faire les séances de kinésithérapeute. Moi j'ai une patiente patineuse en compétition, pour une entorse pendant 6 mois je lui ai fait tous les 2 mois des ordonnances, elle n'est jamais allée voir un kinésithérapeute.

K2 : Le souci reste sur les pathologies chroniques, les pathologies inflammatoires chroniques et dans ce cas-là qu'est-ce qu'on peut faire ?

M2 Pendant les poussées aiguës il ne faut pas trop le mobiliser, c'est plutôt en dehors des poussées aiguës.

K2 : On évite dans les rhumatismes inflammatoires. Effectivement, on peut faire de la cryothérapie, des bains écossais, ce genre de choses.

M1 : Après cela peut être un lien car vous les voyez beaucoup plus souvent que nous, plusieurs fois par semaine. Les rhumatismes inflammatoires sont des terrains particuliers. Il y a peut-être des choses que l'on ne sait pas par rapport à la prise en charge, par rapport à la fréquence des douleurs, à l'intensité ou au psychisme, c'est sûr on ne va pas demander un bilan tous les 2 mois, mais un petit point informel encore une fois.

A : Et du coup sur quelle forme ? Il faudrait avoir des informations sur le bilan initial du kiné ? Comme tu disais tout à l'heure. Mais sous quelle forme ? Mail, courrier... Quels sont vos moyens de communication ? Vous communiquez comment ?

M2 : Cela peut être le mail.

M1 : A chaque fois que j'ai eu besoin d'une information j'ai pris mon téléphone et j'ai appelé le kiné.

K2 : C'est le plus rapide.

A : Au moins c'est direct.

M1 : Ce n'est pas à moi d'appeler le kiné pour savoir comment va mon patient. Le kiné doit me dire ! Cela aurait dû être le kiné. J'aurais dû avoir un retour avant.

M2 : A condition que l'on n'ait pas beaucoup de patients en même temps. Pour ne pas avoir d'appels et surcharger les secrétaires.

M1 : Après sur un patient qui ne va pas bien, un appel c'est le plus rapide. Moi je trouve que le dossier médical partagé c'est bien pour tout le monde. Cela ne dérange pas à l'instant ou le kinésithérapeute le fait. On le verra quand on va ouvrir le dossier patient que le kiné a laissé un petit mot.

K2 : C'est sûr.

M2 : Cela se fait maintenant dans les EPHAD sur les logiciels de prise en charge. On peut voir un mot du kiné ou ergo, on peut voir s'il y a une alerte. Souvent c'est l'infirmière qui nous dit qu'il y a un problème, il faut renouveler.

A : On se rapproche du système hospitalier où il y a des transmissions, des échanges, des réunions.

M3 : C'est vrai que nous en tant que kiné, on n'a jamais eu de support ou d'aide à la constitution du BDK car il était manuscrit. La mise en page la secrétaire peut le faire mais comme nous sommes en cabinet de groupe, elle ne peut pas taper tous les BDK. Dans les nouveaux logiciels comme WEDA, il existe un BDK informatique. Je pense que dans peu de temps, les confrères vont pouvoir faire rapidement un BDK. Ils vont avoir accès à énormément de tests qui vont être fournis par l'HAS ou autre et qui vont être plus parlants pour vous aussi pour quantifier. Le but est de tomber en quelques clics sur quelque chose de standard et pouvoir l'aménager au patient avec toujours une case pour mettre une remarque pertinente, personnalisée.

K1 : Mais il faut une tablette alors. Nous on est autour du patient, on mobilise, on manipule, on tourne autour de lui autour d'une table on n'est pas devant l'ordi. Au lieu d'écrire sur un manuscrit à côté du patient, il faudrait la tablette je coche douleur et on l'envoie directement.

K3 : C'est ce qui va être mis en place dans certains centres, ça va être très intéressant.

K2 : J'attends car là j'ai des bilans qui s'accumulent.

K3 : Après c'est vrai pour ça les kinés nous sommes une profession privilégiée, car on a un patient qui vient chez nous et on le déshabille, pour vous c'est important car on peut remarquer des choses tant par la vue que par le toucher. Et c'est vrai que c'est important qu'il y ait une communication rapide et pertinente là-dessus, c'est intéressant de trouver ce soir quelque chose qui fait que l'on a un tableau administratif imposé par la sécurité sociale sur un BDK lourd que l'on fait, que l'on fournit toutes les 20 séances qui passera peut être toutes les 30 bientôt et une communication plus rapide et moins administrative qui permet de dire là ça va pas, on réoriente, ça c'est le soucis avec ces boites mails sécurisées, il reste encore le courrier, alors ce que je fais c'est un courrier rapide que je donne au patient.

M2 : C'est deux choses différentes.

K1 : Quand c'est vraiment informel, je dis au patient est-ce que quand tu verras ton médecin tu peux lui demander ça ? S'il arrive à retransmettre, voilà il y a ça qui bloque.

M1 : Ils n'y arrivent pas les patients, quand mon patient arrive et me dit le kiné m'a demandé de faire une radio ça me crispe... Mais vraiment ça me crispe. Mais ils arrivent toujours comme ça, mais pourquoi ?

M3 : Moi ils me demandent des IRM lombaires

K2 : Le patient est malin parfois ils vous font croire que c'est nous qui avons demandé l'examen.

M1 : Mais justement si c'était accompagné d'un petit mot manuscrit du kiné, écoute selon moi il y aurait besoin de tel ou tel examen et pourquoi, oui pas de souci, dans ce cas-là on en discute et voilà.

A : Donc le bilan initial du kiné à partager, le mail sécurisé, les dossiers médicaux partagés, plus de temps pour échanger. Et du coup le patient dans tout ça ? Quel rôle a le patient dans votre relation ? Il est entre vous, il va voir le médecin, il va voir le kiné ? Le patient a un rôle à jouer ici ?

K2 : On ne peut pas dire qu'il a un rôle d'intermédiaire car il ne sait pas retranscrire exactement ce que l'on a dit.

M2 : Il peut nous dire qu'il a été amélioré ou non amélioré, et c'est ça qui est important. C'est inscrit dans le dossier et dans la case antécédents on indique tendinite de l'épaule qui a été traitée comme cela, infiltration réussie, acromioplastie, il y a un classement qui permet de passer à autre chose. Puis c'est important aussi pour les personnes âgées, les AINS c'est presque une contre-indication, on ne prescrit plus d'AINS, donc on a besoin de la kinésithérapie peut être plus dans cette catégorie d'âge-là. C'est là où les échanges sont intéressants.

A : Les médecins : quand un patient a fait de la kiné et que l'on n'a pas forcément de fiche bilan, on interroge le patient sur le kiné, qu'est-ce qu'il vous a fait ?

M2 : Alors moi je n'interroge pas sur la technique mais plutôt sur le résultat, est-ce que cela a été bénéfique ou pas ? Mais dès fois on ne les revoit pas pour la même chose, et puis il y a plusieurs mois qui se sont écoulés, on les voit pour autre chose, ce n'est pas évident que cela vienne du patient. Si c'est une pathologie qui récidive, oui ça va revenir tout de suite à l'esprit. C'est tous ces aléas. On ne les voit pas seulement à la fin des soins de kiné mais pour autre chose.

K1 : Le problème c'est que s'ils reviennent c'est que cela n'a pas été efficace et du coup vous n'aurez que les retours négatifs.

M2 : Ils reviennent pour autre chose.

A : Il peut dire là le médecin il m'a bien soulagé aussi.

M1 : Après je trouve qu'ils nous disent beaucoup à nous, le kiné il ne me rien fait, ou au contraire le kiné il m'a fait plus mal. Mais vous l'avez dit au kiné ? Non je n'ose pas... je ne veux pas lui faire de la peine.

K2 : Je pense que vous avez les retours négatifs, les retours positifs ils ne reviennent pas.

M2 : On a les deux.

M1 : Ah. On a les deux.

M3 : J'en ai vu une aujourd'hui, j'ai fait 6 séances de kiné, elle était enchantée du kiné. J'avais dit huit, six ça suffit, je n'ai même pas eu mal, il a dit que ça ferait mal, mais même pas eu mal. Elle était enchantée.

K3 : Après il y a certains patients en passant sur la prise en charge, à partir du moment où vous ne les touchez pas ils considèrent que vous ne leur avez rien fait. Dans certains cas par vos connaissances vous savez très bien que vous ne pouvez pas les toucher, car on risque d'aggraver la douleur, donc on passe sur une méthode plus douce, on passe sur un protocole de physiothérapie, et le patient considère ne pas avoir eu de soins. C'est souvent compliqué dans notre prise en charge. Je suis allé chez lui il ne m'a pas touché, j'espère que vous allez me faire quelque chose. Alors après on va chercher pourquoi il n'a pas touché, il y a peut-être des confrères qui ne touchent pas. On va essayer de comprendre pourquoi le confrère ne l'a pas touché. Et d'autres, dans certaines phases algiques ne veulent pas mobiliser au risque d'aggraver les douleurs. L'exercice c'est pareil, quand on va faire du renforcement musculaire, ils considèrent que ce n'est pas une séance. Mais si.

M1 : Ça c'est notre rôle à nous je trouve. Je leur explique beaucoup, les lombalgiques chroniques. Au début il va vous traiter la douleur puis après, il va vous muscler, il va vous gainer, et après il va vous expliquer comment faire tout seul. Mais ça je trouve que c'est notre rôle à nous. Mais lui le patient parfois il met une hiérarchie entre médecin et kiné. Moi je trouve qu'elle n'a pas lieu d'être, mais lui le patient il en met une, alors c'est le médecin qui sait et le kiné qui exécute. Du coup souvent si on leur dit, oui là il va faire comme ci, comme

ça et que du coup ça se passe bien, ils acceptent le renforcement musculaire, ils acceptent d'aller chez le kiné même pour du réentraînement à l'effort, même au niveau cardiaque, du coup là ça se passe bien.

M2 : Il est important que vous nous éduquiez, en fait, sur ce que vous allez faire. Qu'on puisse parler des mêmes choses. Si les deux disent la même chose, après c'est top. Moi qui suis vieille maintenant, on a dû avoir 5 ou 6 heures de cours de prescriptions de kiné.

K3 : Maintenant des logiciels proposent.

M2 : Ils proposent mais ce n'est pas très satisfaisant. Tu n'as jamais le temps de chercher, de faire correctement.

M1 : Quand je vois les prescriptions, par exemple, de Pascal P, il est médecin du sport ; quand je vois la prescription de mon mari, bon ben oui ! c'est ce qu'il fait, c'est ce qu'il dit, c'est pile ce qu'il faut faire. Moi je prescris cervicalgie, massage décontracturant.

O : La prescription comme ça totalement détaillée, très précise vaut finalement la prescription globale avec beaucoup d'éléments médicaux, d'informations. Quel est le ressenti que vous avez face à l'ordonnance très précise, très détaillée et celle qui vous met le plus à l'aise, le plus dans votre fonction ?

K2 : Je crois que l'ordonnance au départ quand on va faire le bilan on va regarder déjà où a mal le patient. Il va nous dire : j'ai mal là, j'ai ça. On va faire un bilan et ça permet de définir,

on utilise telle ou telle technique. Quelque part, si on me met rééducation pour une kinésithérapie pour une lombalgie, après le reste je vais le faire. Ça me suffit, largement ; je n'ai pas besoin que ce soit détaillé point par point.

O : Par contre est-ce qu'il te faut des détails médicaux ?

K2 : Ah oui ! Médicaux oui.

O : Que ce soit sur la pathologie, que ce soit sur la technique ?

K2 : Oui, voilà ! Plus sur la pathologie.

M2 : Moi j'ai la notion qu'on ne doit pas marquer, qu'on ne doit pas détailler la pathologie sur la prescription.

K2 : Non mais quand je dis des détails médicaux, si j'ai les radios, si effectivement j'ai tout ça, l'IRM, pour moi ce sont des détails médicaux.

O : Je pense que ce que tu veux dire c'est qu'il y a le secret médical.

M2 : Oui.

O : Normalement ça doit être deux documents séparés : il devrait y avoir la prescription de kiné et l'information médicale.

K2 : Sauf si la prescription est mise dans une lettre, est enveloppée quoi.

M1 : Non parce qu'ils doivent forcément envoyer l'ordo pour se faire payer, pour se faire rembourser.

K2 : Normalement c'est adressé au service médical.

M2 : Maintenant après c'est pareil tu prescris plus d'antidépresseurs parce que tu sais très bien que...

Personne ne met de diagnostic. Sur une ordonnance de kiné vous mettez quoi comme éléments ?

M2 : Rééducation d'une épaule douloureuse, rééducation d'une lombalgie chronique ou d'une lombalgie aiguë. Parfois, je mets radiculalgie. Mais j'essaie de ne pas donner un diagnostic. Je pense que ce n'est pas le but de l'ordonnance de rééducation de détailler le diagnostic.

A vérifier, à vérifier.

M3 : Le kiné il faut qu'il connaisse le diagnostic du patient, je pense. Sinon s'il ne sait pas exactement.

Vous en pensez quoi vous ?

K1 : Pas sur la technique toutes les lignes détaillées, faire ci, faire ça, on le sait normalement, après on a peut-être d'autres techniques qu'on veut faire nous. Mais peut être sur sa pathologie, parce que l'épaule si c'est écrit rééducation de l'épaule, on doit savoir si c'est une tendinite ou une bursite. C'est quand même bien, si le médecin a eu les radios sur la maladie de bursite, cela évite de refaire tous les tests et on peut déjà s'orienter vers une bursite.

Je résume : si une ordonnance est vraiment très détaillée avec tout ce qu'il faut faire finalement ça vous donne une contrainte, et du coup il y a un mal-être entre le médecin et le kiné. Parce que ça vous énerve qu'il ait écrit ça.

K3 : Disons qu'il y a des techniques qu'on n'utilise plus depuis des années et qui sont souvent dans des prescriptions détaillées émises. Alors c'est vrai qu'on a des patients qui disent : ça vous ne me l'avez pas fait ! Mais cela ne se fait plus ! On ne le dit pas comme ça ; on dit on le fera plus tard, ou cela ne se fait plus trop. On essaie d'être quand même un peu.

En même temps dans une prescription où il y a vraiment juste écrit « lombalgie », ça vous fait quoi ? C'est quoi votre ressenti quand vous recevez juste « lombalgie » ?

K3 : Confiance ! C'est-à-dire qu'aujourd'hui on est à même de faire les tests ; donc du coup on fait les tests et on distingue...

M2 : Vous ne nous prenez pas pour des nouilles, moi parfois j'ai honte de la pauvreté de ce que je mets, parce que je ne sais pas comment on prépare la rééducation...

M1 : C'est chacun son métier

M2 : Oui mais quand même.

On peut imaginer que le kiné, il reçoit « lombalgie », il se dise : il ne s'est pas foulé lui !

K2 : Ah pas du tout ! Pas du tout, parce que le problème c'est que souvent ces prescriptions elles sont des fois établies par des logiciels, précis. Par exemple pour les lombalgies, il y a rééducation abdominale, renforcement des abdominaux, il y a tout un listing. Mais le problème c'est, quand on voit la personne, qu'elle arrive, qu'elle fait, je donne un exemple, 120 kg, lui faire faire des abdominaux ? C'est n'est pas toujours évident. Ou si la personne est impotente, c'est n'est pas toujours évident.

Et en plus c'est surtout le fait que ce soit écrit, ça vous l'impose.

M1 : Le patient a vu sa prescription et après...

K2 : Voilà. Des fois il prend peur parce qu'effectivement...

Mais par contre là on parle d'un médecin généraliste qui n'est pas forcément spécialisé ; mais si c'est un médecin plus spécialisé, un médecin qui a fait de la médecine du sport, qui connaît, qui est déjà passé dans des services un peu plus pointus de rééducation etc., est-ce-que là ça vous apporte quelque chose que lui il se mouille un peu plus sur l'ordonnance du coup ? Qu'il dise : je pense que serait bien...

O : Entre l'ordonnance de M3, basique, et celle d'un médecin du sport, est-ce qu'il y a une différence de traitement du patient ? Est-ce-que finalement le patient va être traité différemment ?

K3 : Ça dépend comment il est orienté. Ça va peut-être aider les confrères qui n'ont pas une spécialité. Par exemple quand Pascal met : travail en excentrique. Ça va guider peut-être certains confrères à faire un travail en excentrique, alors que 80 % des confrères savent que sur une tendinopathie on va faire un travail en excentrique.

M3 : On va parler juste d'un exemple un peu plus précis. Je pense à une de mes patientes qui a une maladie de Parkinson. Si on met sur l'ordonnance : prise en charge de l'hypertonie. Moi je précise souvent quand je veux qu'il y ait une rééducation, par exemple de la cage thoracique sur le plan de l'ampliation thoracique pour la respiration. Si on ne met pas de diagnostic, qu'est-ce-que vous allez faire dans ce cas-là ?

K3 : Dans ce cas-là en fait, il faudrait que vous fassiez 2 prescriptions. C'est-à-dire une prescription : prise en charge de rééducation, prise en charge parkinsonien ou de maladie de Parkinson ; et une seconde prescription : travail de la ventilation.

M3 : D'accord.

M2 : D'où les échanges.

K3 : Voilà. Si elles sont ensemble toutes les deux, le confrère peut dire : qu'est-ce qu'elle veut exactement ? Elle veut la ventilation, elle veut que je m'occupe vraiment de sa pathologie dans sa globalité.

M3 : Ce sont un peu les mêmes indications. Est-ce qu'il faut départager tout ça ou est-ce qu'on vous dit rééducation d'un syndrome parkinsonien, d'un syndrome pyramidal et après vous détaillez. C'est vous qui prenez en charge tout ça ? Ou il faut qu'on prescrive pour que vous soyez payés ? Faut-il qu'on précise ?

K3 : Non. Nous c'est essentiellement sur la prise en charge, on sait la faire, aujourd'hui. C'est-à-dire quand on a la pathologie de notre patient, on sait faire la prise en charge parce qu'on va regarder à quel stade il se trouve.

M3 : Dans cette pathologie là en rééducation il y a plusieurs pistes, il faut qu'on précise quand même. Vous ne ferez pas forcément un travail de ventilation thoracique.

K3 : C'est là où notre connaissance va faire que le bilan va nous orienter sur le traitement à réaliser.

M3 : C'est ça qui nous intéresse.

K3 : Normalement on est à même de savoir le faire.

M3 : Pour certaines rééducations précises, il y a un travail en amont, vérifier les chaussures, la hauteur du talon, tout ça c'est important. Est-ce-que vous le prenez en compte ? Comment il faut vous le prescrire ?

K2 : On le prend en compte mais des fois il nous dessert. Je vous donne le cas d'une prescription sur un parkinsonien, vous mettez qu'il faut travailler la cage thoracique. Si par exemple je décide de travailler avec lui l'équilibre, souvent il peut me renvoyer en disant : ce n'est pas ce qu'on m'a demandé de faire. Du coup on est limité dans notre soin, on va faire ce qui est noté, mais on n'a plus le champ ouvert sur l'application.

M3 : Donc il vaut mieux : rééducation syndrome extrapyramidal. Et vous ferez le tout ?

K2 : On fait le tout.

M2 : Et vous cotez comment, si ça n'a pas été marqué ça ?

K2 : Vous marquez le parkinsonien, et quoi qu'on y fasse.

M3 : On peut marquer seulement ventilation ou hypertonie.

K2 : Oui. Parce que par exemple je reviens sur le cas d'une tendinopathie ; si vous marquez sur une prescription : prise en charge d'une tendinopathie par ondes de choc. Cela ne rentre pas dans la nomenclature. Parce que l'onde de choc n'est pas reconnue.

M2 : Et l'aponévrosite plantaire, oui ?

K2 : Non plus.

M3 : Et si je prescris l'onde de choc ça ne marche pas alors ?

K2 : Ce n'est pas ça, nous on ne peut pas le coter.

M2 : Mais vous faites quoi alors ?

K2 : Nous ont la cote en aponévrosite. Mais en onde de choc c'est interdit. Par exemple si vous mettez 10 séances d'ondes de choc chez votre patient mais vous ne mettez pas la pathologie, moi je ne peux rien faire.

M2 : Ah oui, je mets la patho.

K2 : Mais tout le monde n'a pas l'appareil. Or on peut aussi soigner une aponévrosite avec des massages transverses profonds.

M2 : C'est important ça. Je ne peux pas mettre ondes de choc.

K2 : Ça va être qu'une indication.

M2 : C'est comme la cryothérapie pour les rhumatismes inflammatoires, on ne peut pas prescrire. C'est une technique.

K2 : La CPAM ne reconnaît pas la technique en fait, elle reconnaît la prise en charge, mais la technique à la limite elle ne veut pas la connaître

O : Ça veut dire qu'on va orienter plus vers tel kiné que tel autre kiné ?

K2 : Après c'est sûr que si c'est stipulé, le confrère qui fait un massage profond peut très bien dire, écoutez j'ai un autre confrère qui fait des ondes de choc, en même temps on va mettre ça en place.

Donc quand on ne sait pas, il vaut mieux ne pas mettre car du coup au niveau administratif vous allez être embêtés. Si on met ondes de choc pour aponévrosite ce n'est pas reconnu. Si on n'a pas mis aponévrosite et qu'on a mis que ondes de choc vous allez être embêtés.

K1 : Il y a des gens qui disent quand on n'a pas ondes de choc : et bien moi je veux des ondes de choc, c'est le médecin qui l'a mis. Je dis : si vous voulez. Après du coup je les envoie chez toi parce que je sais que t'en as. Je leur dis que j'ai des gens qui n'ont pas forcément d'ondes de choc et que je traite.

M2 : Il faut qu'on travaille notre prescription.

K2 : Déjà la pathologie c'est non. Bien sûr la prescription c'est le plus important. C'est ce qui nous permet de

K3 : Nous on a demandé à la Sécurité Sociale, par simplicité, que soit marqué simplement la pathologie, ils nous ont dit que c'était impossible.

M2 : Oui, on ne peut pas.

K3 : On ne peut pas réduire en fait à la pathologie.

M2 : Oui, oui, on ne peut pas.

K3 : J'ai des médecins qui font la prescription sur un membre : douleur à l'épaule ou rééducation d'une périarthrite. On voit la personne, on fait le bilan, on a l'échographie, on sait que c'est un supra-épineux, on va faire un travail sur un supra-épineux. C'est comme ça dans le bilan qu'on s'oriente, alors après c'est sûr que si le patient vient sans radio, sans écho, et que la prescription est large, il nous reste les tests, on fait les tests de terrain.

Donc le médecin pose l'indication et le kiné lui choisit ce qu'il va faire, en fait.

K3 : Oui, c'est ça. En fait c'est ce qui est mis dans le BDK, c'est-à-dire le traitement au court terme, moyen terme et long terme.

On fait confiance au kiné, quoi ?

On ne met pas ce qu'il faut faire et on vous laisse la main. Parce que vous êtes formés.

K3 : De toute façon ils reviendront avec un BDK, dans tous les cas. Parce que le confrère qui va faire, il va forcément faire un volet.

M2 : On n'en voit pas beaucoup des BDK.

RIRES

M3 : Est-ce qu'il est lisible le BDK pour un non initié ?

O : C'est comme les prescriptions d'ophtalmo.

M2 : C'est très barbare.

O : Est-ce-que la trame du BDK c'est compréhensible, pour un non initié ?

K3 : Pas tout le temps.

M1 : Les orthophonistes, je ne comprends rien !

K3 : Disons que si on vous donnait un BDK sous forme squelettique ça serait pareil.

De quels éléments vous avez besoins aussi, à part l'ordonnance vu qu'elle est pauvre, on va dire qu'elle est pauvre parce qu'on vous fait confiance ? Quels sont les éléments dont vous avez besoin ? Il vous faut un dossier avec l'IRM, le scanner ?

K3 : Oui ça nous sert beaucoup. Toute l'imagerie nous sert énormément.

Et comment on pourrait vous transmettre ces papiers ?

M1 : Par le patient.

Donc le patient sert à quelque chose ; il vous l'amène, et il transmet, avec toutes les informations. Parce que parfois le patient se dit : non, c'est le médecin qui voit les images puis après c'est le kiné qui fait.

K3 : Ça on l'a à la première prise de rendez-vous en général. On demande soit au secrétariat, soit quand c'est nous même qui décrochons le téléphone : le premier jour vous viendrez avec votre prescription, votre carte vitale et tous les examens que vous avez faits pour la pathologie.

Et le médecin lui ce qu'il attend du kiné c'est d'avoir le bilan initial, c'est ce que tu disais tout à l'heure.

M1 : Ça dépend. Quand j'ai vraiment un diagnostic précis, une épicondylite,

M2 : Ça c'est le cas facile.

M1 : Oui ça c'est le cas facile on va dire, ou bien un autre truc ou j'ai fait faire des radios, des échos, tout ça, je leur dis : prenez tout, et puis on fait la séance. Par contre des fois si j'ai un doute diagnostique moi-même, ou bien que je me dis bon on ne va peut-être pas aller l'irradier, on ne va pas refaire d'imagerie ou de chose comme ça, des fois je leur dis : commencez par faire quelques séances de kiné. Sur l'ordonnance je mets, soit mes doutes diagnostiques ; il m'arrive très souvent de mettre des points d'interrogation sur les ordonnances. Et après je dis, c'est le kiné qui voit s'il est d'accord avec moi, si au bout de quelques séances, 4, 5, une petite dizaine, en fonction de la pathologie, si vraiment là ça ne marche pas, là on ira faire une imagerie, par exemple.

D'accord.

K1 : Après ce serait bien si jamais sur un patient il y a des doutes d'écrire en dessous, peut-être, sur la prescription, avec retour du bilan. Souvent nous ce qu'on a d'écrit : pour repartir sur 20 séances BDK obligatoire ; mais si jamais vous voulez le bilan initial, peut-être.

M1 : Ça mon associé le fait, mais ce n'est pas pour cela qu'il y a le BDK.

K1 : Oh, si c'est écrit, ça veut dire que le médecin il l'attend quand même.

Mettre à la fin de l'ordonnance.

K1 : Ouais, s'il y a un doute, et que le médecin veut.

S'il y a un doute, mettre : est-ce qu'on peut avoir un retour ?

K1 : Ouai

Pas pour tout le monde, mais pour certains patients.

K1 : Souvent c'est écrit : 20 séances et pour en avoir plus...

M2 : C'est là où c'est important de communiquer en fait. Je pense aux scanners des épaules. C'est irritant, pour moi c'est un temps préparatoire, donc s'il n'y a pas de rupture, si c'est quelqu'un d'âgé, ça ne sert à rien de faire trop de scanners, c'est agressif. C'est là où il faut faire attention à ce qu'on dit de part et d'autre pour ne pas engager le patient dans une course effrénée aux examens complémentaires alors qu'il n'y a pas de solution. Une personne âgée c'est de travailler au contraire différemment son épaule et pas aller raccommo-der un sus-épineux. Il y a à la fois la profession, il y a l'âge, il y a l'état des tendons ; si le tendon est grêle à l'échographie, le chirurgien dira : ben je n'y touche pas. On va travailler l'épaule de manière à ce qu'il puisse s'en servir, se déshabiller ou s'habiller correctement. C'est là où la communication est importante. Pour certains patients qui prennent les salles de kiné pour des salles de sport. C'est des choses qui sont importantes pour nous, de travailler en collaboration.

K1 : En fait l'idéal ce n'est pas que ce soit de part et d'autre, c'est que ce soit ensemble. On décide ensemble de faire...

M2 : Oui.

K1 : Parce que de part et d'autre ça veut dire lui il pense, lui il pense et puis finalement le patient est au milieu comme une balle de tennis.

M2 : Si on a 5 lignes au départ de bilan proposé, ensuite on communique des fois avec le patient à la fin du premier round de traitement, puisque c'est le traitement, on peut être d'accord sur la poursuite ou pas.

D'accord. D'autres remarques ? Quelqu'un a d'autres remarques à faire ? Sur un point précis ?

K3 : Sur les prescriptions. On n'a pas autorisation, en fait, d'écrire quoi que ce soit sur une prescription. C'est vrai qu'on est toujours embêté quand il manque la date. Ça arrive. Et aussi, quand il y a un nombre de séances et une durée ; elle est souvent contradictoire. J'ai souvent des personnes qui mettent 20 séances de kinésithérapie pendant 1 mois. Et en fait le mois compte à partir de la date de la prescription. Du coup on sait que ça ne passera pas.

M2 : C'est important ça ?

K3 : Oui. Ben disons que nous on doit valider, puis on est payé.

M2 : Si vous ne l'avez pas fait dans le mois...

K2 : Si ça commence une semaine après l'ordonnance, il y a déjà une semaine de foutue.

K3 : Des fois on a des gens qui arrivent 3 semaines après et on leur dit ben vous avez 20 séances, on les renvoie souvent chez le médecin dans ces cas-là. Souvent s'ils ont attendu 3 semaines, il vous reste une semaine de traitement. A la limite, si vous commencez, vous dites au patient qu'il faudra retourner chez le médecin. Mais on sait que souvent il n'y va pas de suite, donc c'est un peu...

M3 : Moi j'avais reçu un courrier d'un kiné, je ne vous dirai pas qui c'est, sur une prescription que j'avais faite, il m'avait écrit : ce n'est pas la peine que vous mettiez le nombre de séances pour cette pathologie ; il m'avait expliqué des choses – j'ai gardé son courrier longtemps – Il m'avait éduquée.

K3 : Après c'est votre droit de le mettre. Aujourd'hui on est assez technicien, même maintenant on parle d'ingénierie.

M3 : Ça n'a pas de sens de le mettre dans le cas où on ne sait pas quand même.

K3 : Non, non parce qu'on est à même de le faire, de réorienter.

M2 : Quand je mets le nombre de séances c'est que j'estime que je contente le patient et que je ne suis pas sûre que ce soit ce qu'il fallait. Ce n'est pas parce qu'on cède à une demande d'un patient parce qu'il y a 3 ans il s'était senti bien, et qu'on ne veut pas lui donner un traitement lambda et qu'on dit, voilà peut-être qu'avec 10 séances ça ira bien. Des fois ça m'est arrivé de marquer 10 séances, mais si je les marque c'est que vraiment je sais.

K3 : Souvent on interprète comme ça aussi, donc du coup ça permet de voir aussi sur la prise en charge.

Mais si au bout de 4 séances c'est terminé ? Que votre travail est terminé, vous allez continuer les 6 séances ? Non ? On a le droit de dire : le médecin a mis 10, mais au bout de 4 c'est bon ? On arrête.

K3 : Ça dépend forcément de comment on travaille.

M2 : A qui on a à faire.

K3 : Voilà, c'est ça, à qui on a à faire. Après si on a la demande, on a aucun intérêt à garder les patients. Si on n'en a pas, ça ne fait jamais de la publicité de garder très longtemps les patients.

M1 : L'inconvénient c'est que le patient va demander. Elle m'a marqué 10 séances, faites-moi mes 10 séances.

M2 : Il y en a qui comprennent bien.

K2 : Il y en a qui comprennent, il y en a qui sont plus résistants.

M2 : Et s'ils n'ont plus mal ils peuvent comprendre qu'il faut arrêter.

K3 : Ils aiment bien se faire chouchouter, mais après on arrête là, voilà.

M2 : Vous répondez aussi de temps en temps : on n'a fait que la moitié, mais ça va bien, donc on peut garder les séances pour plus tard. Ça vous le dites aussi, non ? Il n'y a pas de durée impartie.

K3 : C'est ce qu'on retrouve dans le bilan court, moyen terme, en fait.

K2 : C'est ce que l'on fait sur la prescription. On fait du court terme, on arrive à soulager la douleur et puis ensuite le patient : moi je veux partir en vacances, 3 semaines. Bon ben écoutez, vous partez et on se verra ultérieurement pour continuer la deuxième phase de prise en charge.

K3 : Souvent on fait ça. Il va d'autant mieux après justement d'avoir arrêté un petit peu le kiné.

Vous avez parlé des difficultés que vous rencontrez dans l'échange des médecins et des kinés. Au niveau des solutions, qu'est-ce-que vous proposeriez pour améliorer ces relations ? Au cours du débat on a eu quelques solutions. D'autres solutions ?

O : C'est ce que je vais proposer peut-être pour terminer ; on peut faire un tour de table complet et que chacun dise, médecins et kinés, quelles sont les pistes d'améliorations de pratiques pour les échanges médecin-kiné ? C'est un peu ce que tu souhaitais demander.

C'est ça, oui.

M1 : Plein de trucs. Moi je dirais déjà, qu'on soit mieux formés, à la fac, tout simplement.

O : Précisez, précisez bien formés. M3 a dit la même chose et finalement l'ordonnance de M3 convient très bien, d'après ce que j'ai entendu, aux kinés.

M1 : Oui mais je pense, que ce soit M3 ou moi, on le fait parce qu'en fait on ne sait pas.

Mieux formés, je dirais que ça serait peut-être d'aller voir chez les kinés comment ça se passe.

O : Mieux formés en fait sur le métier de kiné ?

M1 : Oui ! Oui. Euh oui ! Comme on pourrait aller voir chez les infirmières libérales comment ça se passe, chez les orthophonistes, pour voir un petit peu... Que ça soit pendant l'externat, pendant l'internat. Pas beaucoup, mais genre une journée. On va bien à la sécu quoi.

O : Mais ça peut se faire.

Un stage ?

M1 : Pas un stage, mais tu vois les deux jours qu'on a eu en tant qu'interne à la sécu pour voir comment ils nous contrôlent et comment...bref. Pareil, mais chez les kinés. Juste histoire de voir comment fonctionne et travail un kiné.

K1 : Je ne sais pas si c'était un jeune ou si c'était un médecin, je ne sais plus. Il n'était pas avec moi, un futur médecin qui était venu une journée.

O : Il doit arriver des bacs de sas-passes.

M1 : Ça serait super bien.

O : D'autres pistes ? Mieux connaître le métier et...

M1 : Développer les logiciels informatiques, peut-être pas sur les maisons de santé, mais ce qu'ils appellent les pôles de santé maintenant, les maisons de santé mais qui ne sont pas sur un même territoire, un truc de l'ARS là encore. Développer le dossier de soins partagé pour que la communication soit plus facile. Et puis peut-être, c'est vrai que dans tout ça on n'a pas beaucoup parlé du patient.

O : Tout ça dans l'intérêt du patient ?

M1 : Oui bien sûr. Mais peut-être l'impliquer, je ne sais pas, comment, en entretien motivationnel, l'impliquer dans sa rééducation, que ce ne soit pas que le kiné qui lui fasse faire du sport quoi.

Qu'il comprenne un peu plus ce qu'on lui fait.

M1 : Ouais. Peut-être qu'il comprenne.

K1 : Voilà, c'est là qu'il est meilleur, quand il comprend ce qu'il fait et pourquoi il le fait. Je pense que sinon cela ne sert à rien et ils ne le font pas sinon.

M1 : Voilà.

Sinon ils ont mal et ils arrêtent au bout de 2 séances.

M1 : S'il y a de l'auto-rééducation à faire à la maison, ben ils ne le font pas.

K2 : Pour l'auto-rééducation après il faut leur faire passer le message. Ce n'est pas toujours évident. C'est l'art de faire passer le message. Dans une technique comme la technique de McKenzie, c'est l'exercice d'auto-rééducation qu'il peut faire à la maison, qu'il peut reproduire à la maison et à la limite avec 2, 3 séances de kiné ça peut lui suffire, pour une lombalgie, une névralgie. Mais le souci c'est que si on ne fait pas bien passer le message, il ne le fera pas. Et puis il y en a qui sont démotivés totalement, d'autres qui n'ont pas envie des fois...

M1 : Après, il y a le problème de temps. Oui le dernier truc ça serait de revaloriser l'acte kiné aussi. Ça peut pousser certains à mal travailler.

O : Donc K1, qu'est-ce qu'il propose pour améliorer les échanges médecin-kiné ? Si tant est qu'il faille les améliorer, toujours pareil en gardant l'idée que c'est pour une meilleure prise en charge du patient.

K1 : A la limite peut-être un petit mot en plus ; si on attend le bilan initial, parce qu'il n'est pas nécessaire à chaque fois s'il y a toutes les radios qui le prouvent, mais pour un retour de bilan, entre parenthèse, on envoie notre bilan, de toute façon on le fait donc ça peut être rajouté en plus. Après le problème des logiciels qu'il va y avoir et qui va se faire de plus en plus, déjà moi j'ai horreur de ça, la tablette et tout ça, pourtant je suis jeune, mais je n'aime pas. Mais les kinés moyens, voir pas bons du tout, ils vont s'équiper d'une tablette, ils vont faire 25 bilans de l'épaule : j'ai fait ça, j'ai fait ça et puis il sera quand même moyen. Il aura envoyé tous les bilans aux médecins en disant : j'ai fait tout ça moi, enfin...

O : Ce n'est pas une piste d'amélioration.

K1 : Ouais, voilà. C'est celui qui va s'équiper qui a son cabinet justement où il a 50 patients parce qu'il a les moyens, il a une tablette par kiné, il fait tous les bilans, il coche j'ai fait ça, j'ai fait ça, j'envoie à tous les médecins. Ça je ne suis pas sûr que ce soit au final une vraie piste. Ok il a fait des bilans et encore. Parce que moi je les fais et puis après je pars sur ma piste de rééducation. Juste pour qu'il y ait un échange, peut-être mettre ça en place s'il y a besoin.

O : Ce n'est pas l'idéal. J'ai compris que le BDK c'est chronophage quand même, ça prend du temps. Nous on ne les voit pas revenir on comprend que c'est parce que souvent ça prend du temps, comme nous quand on a les papiers qui s'entassent.

K1 : Oui, puis on les écrit assez rapidement. Mais si par exemple il y a besoin, déjà je les écris tout de suite au propre et puis après je les envoie directement aux médecins et comme ça part sur la même chose et ça, ça peut être déjà pour commencer, tout de suite ça peut être bien, au moins pour le bilan initial et puis après toutes les 20 ou 30 séances, de toute façon, ça on en fait un.

Donc pas un kiné qui se sur-informatise et qui devient une machine à bilans, mais plus au cas par cas. C'est ce que tu dis, c'est ça ?

K1 : Oui voilà. Parce que ce sera certainement celui qui va se sur-informatiser qui va...

*Pour le patient qui a besoin que j'envoie mon bilan ou que j'appelle ou que j'envoie un mail.
Plus au cas par cas qualitativement.*

K1 : Oui. Parce que de toute façon ceux qui vont bien on ne va pas avoir un retour là-dessus. Parce que ce sera le kiné qui prend justement ses 12 patients, qui a plein de stagiaires qui lui font ses trucs qui vont gérer ça quoi. Ça ne sera pas celui qui va être plus proche de son patient, qui le touche qui sera bien vu par la sécu.

Il ne faut pas instrumentaliser non plus.

K1 : Oui, voilà.

Très bien.

O : M2, propositions ?

M2 : Moi je pense qu'il faut communiquer sur les problèmes difficiles, sur des patients avec des diagnostics ou incertains ou compliqués. Je pense qu'effectivement le téléphone c'est le moyen le plus rapide pour qu'on s'entende, pour qu'on soit sur la même longueur d'onde sur certains patients. Moi je n'ai pas besoin de bilan kiné de trois pages, on n'a pas le temps de les lire, on ne les insère pas dans le dossier médical. Par contre ce qui est intéressant c'est qu'est-ce qu'on va faire si c'est compliqué et puis peut-être le résultat.

O : Pas de communications tout azimut.

M2 : Non.

O : Des communications ciblées sur des cas particuliers.

M2 : Communications ciblées sur des patients qui ont de problèmes compliqués. Lombalgie chronique ce n'est pas un problème qui pose un diagnostic, c'est une arthrose postérieure, voilà. Donc pour ça, il y aura des radiculalgies à répétition. Mais sur des cas peut-être plus pointus, je pense que c'est intéressant de savoir ce que nous on pense de l'affaire et ce que vous vous allez mettre en place en retour.

K1 : C'est pour ça que le petit mot juste au début disant : je pense que ce cas-là est compliqué, et ben...

M2 : Oui oui. Mais on ne peut pas tout indiquer sur une ordonnance de prescription. Donc soit c'est un coup de fil qui accompagne la prescription, soit c'est 2 papiers à la fois, mais on les remet au patient. On les remet au patient donc c'est... Tout ce qu'on peut remettre au patient il a le droit de savoir, mais il faut faire attention à ce qu'on écrit. En attendant un DMP sécurisé, intelligent et où on puisse communiquer. Et ça je ne connaîtrai pas.

M3, tu peux intervenir.

M3 : Je pense que le développement des maisons médicalisées va favoriser le dialogue, dans l'intérêt du patient, parce que je pense vous avez une salle de pose commune. Non ? Le café, non ?

M1 : Ça dépend vraiment de la volonté de chacun. Ça se passe très bien avec les infirmières, ça se passe avec les kinés qui sont installés en face. Mais avec les kinés installés au premier étage, non, ça ne se passe pas.

M3 : En tout cas, un échange comme ça, amical, autour un café, pouvoir parler une fois de temps en temps, pour parler des patients, je trouve que c'est chouette.

M1 : Ouais, j'aime bien.

O : Un staff.

M3 : C'est un staff, ouais.

M1 : C'est souvent des staffs informels en fait, c'est le café, on se croise : tiens, j'ai vu machin...

M3 : Ou à l'apéro. C'est plus difficile, mais...

O : Nous on dit qu'on en apprend plus dans les couloirs que dans les salles.

M1 : Ouais mais.

Donc la place de la maison de santé pluridisciplinaire, en fait, c'est plus simple, la proximité quoi.

O : En fait ce que j'entends c'est que ce n'est pas forcément non plus la panacée puisqu'ils ont du mal à communiquer.

M3 : Nous dans le village c'est quand même facile à faire qu'on s'appelle et qu'on s'entende de temps en temps, ouais pour boire un café et pour parler de quelques patients, des personnes âgées chez qui ils vont tout le temps, j'y vais aussi tout le temps.

Plutôt des réunions informelles, dans un village par exemple.

M3 : Oui, voilà.

Quelque chose de convivial.

K1 : Oui, tout à fait.

M3 ? : Je réinsiste sur l'histoire du cahier à domicile chez les patients, il y a le jour où je suis intervenue et il y a une synthèse de la journée ; j'ai un ou deux patients qui ont 2 kinés différents et ça se passe très bien. Il n'y a pas besoin à chaque fois, mais quand il y a problème.

O : K2.

K2 : Moi je vais soulever 2 sujets. Donc c'est le travail en libéral au niveau d'un village, effectivement c'est beaucoup plus facile pour moi de prendre le téléphone et d'appeler le médecin dans certains cas, c'est quelque chose d'assez rapide, il faut sortir de la pièce, ça va très vite, voilà ça s'est fait. Effectivement le bilan il peut être transmis, ça prend un peu plus de temps, c'est un peu plus compliqué, il faut l'envoyer par courrier, moi par informatique j'évite d'envoyer quoi que ce soit parce que ce n'est pas sécurisé, ma responsabilité bien sûr est engagée. Et ensuite, à mon avis, ce qui serait pas mal aussi dans le village c'est pouvoir resserrer les liens entre médecins et kinés et comme on en parlait, effectivement pouvoir faire un repas, discuter au moins une fois par an et se connaître un peu plus. Voilà. Et surtout de connaître les techniques. Et c'est vrai que des fois je pense qu'on est assez diversifié au niveau formation chez les kinés, parce qu'il y a des tas de formations qui sont proposées, plus ou moins sérieuses on va dire dans certains cas ; et c'est vrai, qu'elles sont assez méconnues des médecins et c'est le gros problème parce que des fois on fait des choses et on ne sait pas trop ce qu'on fait quoi.

Des formations. C'est-à-dire des formations pour les kinés, pour les médecins ?

K2 : Pour les kinés. Par exemple moi j'ai fait une formation McKenzie, bon ben si je demande si vous connaissez McKenzie, c'est une formation qui est quand même avec des études qui sont derrière, des résultats, une amélioration. C'est quand même des formations qui sont pas mal. L'ostéopathie c'est encore différent, c'est déconventionné, on ne peut pas trop en parler, c'est un peu à part.

M2 : Et on ne peut pas la prescrire.

K2 : Voilà, on ne peut pas la prescrire, ça c'est totalement à part. Mais des fois effectivement ça peut éviter de prescrire des séances de kiné. Ça n'entre pas en jeu au niveau de la sécurité sociale, ça peut être pas mal à ce niveau aussi.

Mais vous parlez de formations pour les kinés ?

K2 : Pour les kinés. Tout à fait.

Pour les kinés, et vous pensez que ces formations les médecins pourraient y accéder ? Ça aiderait ?

K2 : Non. Souvent les médecins ne les connaissent pas.

Méthode Mézières.

M1 : Mais on n'a aucune formation. Moi le peu que je connaisse c'est parce que deux, trois de mes meilleures amies qui sont kinés et parce qu'on en parle. Mais sinon...

Vous savez ce que font les kinés quand même.

Sauf si c'est vraiment spécifique.

M1: Ouais.

M1 : Nous dans le village si.

Oui mais si c'est vraiment spécifique.

M1 : C'est parce qu'on en a discuté comme ça, parce qu'on leur a demandé ou bien parce que quand ils se sont installés ils sont venus me voir : voilà, je me suis formé, comme ça, comme ça, je fais telle méthode, je fais machin, je fais de l'ostéo. L'autre à fait du shiatsu, l'autre à fait.

K2 : Après la spécialité en kinésithérapie elle est d'abord récente, et elle est vraiment limitée. On a l'uro- gynéco, le maxillo-facial, le vestibulaire, qui sont une réelle spécialité, qui sont diplômantes, qui ont un diplôme universitaire. Après beaucoup de kinés vont se dire spécialiste de l'épaule parce qu'ils font un peu plus d'épaule dans leur patientèle, est-ce une réelle spécialité ?

O : Là il y a des chirurgiens mono-articulation.

K2 : Oui, c'est ça, c'est ça.

K1 : Par exemple, moi j'ai fait de la thérapie manuelle sur 3 ans, je pense qu'en 3 ans j'aurais vu des choses qui se rapprochent grandement de l'ostéopathie mais ça du coup je ne sais pas, comment les médecins vont le savoir ; est-ce qu'il faut que je le dise aux médecins ou est-ce que les patients....

M1 : Je pense que tu peux ne pas hésiter à envoyer un petit mot : je vous informe que j'ai fait ma formation machin, ça consiste en blablabla.

Ça serait bien d'avoir des réunions, vous vous rencontrez : moi j'ai une formation, j'ai une nouvelle formation, je vous explique un peu ce que c'est, et puis voilà. Et comme ça meilleure orientation du malade.

M1 : Ça on en revient à la même problématique entre la ville et le rural. C'est que nous dans un petit village quand on a maximum 8, 10 kinés, qu'on voit quasiment tous les jours, qu'on peut se le dire. Quand il y en a un nouveau qui s'installe, il vient se présenter. En ville ce n'est pas possible de faire tout ça.

M2 : Ceux qui se sont présentés c'est rarement les kinés. Des confrères viennent se présenter en général, s'il y en a qui le font. Une sophrologue qui est venue m'expliquer. C'est des choses qui marquent, elles laissent le carton, mais on les a vues et on a discuté 10 minutes quoi et c'est déjà beaucoup, je trouve. Ça marque un petit peu les orientations en sachant si on peut travailler avec cette personne, si on ne peut pas parce qu'on n'adhère pas. Enfin il y a plein de manière mais c'est important de se présenter, je trouve.

K2 : Mais il faut savoir qu'il y a une liste de formations qu'on a le droit de faire apparaître sur les entêtes qui sont définies par le Conseil de l'Ordre.

O : Comme pour nous, oui.

K2 : Oui voilà. Et après, en dehors de cette liste, effectivement c'est un peu plus difficile de dire qu'on a fait tel truc, tel truc.

M2 : Non mais je pense, quand il y a une particularité c'est intéressant que le médecin la connaisse.

K2 : Bien sûr, bien sûr.

Mais c'est quand même différent d'appeler quelqu'un au téléphone pendant 2 minutes : ah oui, mon patient il a ça, il a ça, il ne va pas bien ou ça va mieux. Et se rencontrer et pouvoir parler, se souvenir de quelqu'un et d'appeler et de voir qui on appelle et avec qui on communique.

M2 : Je crois que c'est parce qu'on s'est rencontré une fois qu'on peut facilement téléphoner et discuter.

Oui, et on se sent plus à l'aise aussi dans la relation peut-être.

M2 : Oui.

O : Pour relever ce que tu dis, c'est que dans le village de l'Aude où on est tous installés, effectivement les gens originels des cabinets je les connais. Après arrivent les collaborateurs, arrivent les autres et honnêtement les gens m'en parlent, des fois je fais le lien, des fois je ne fais pas le lien. Je les mélange d'un cabinet à l'autre. Donc c'est vrai la rencontre physique au moins une fois, le collaborateur qui arrive dans un village, il se présente et après c'est plus facile d'avoir un échange au téléphone.

K2 : Bien sûr. Moi j'ai toujours dit, de toute façon, aux assistantes, aux assistants collaborateurs qui sont venus au cabinet de se présenter à tous les médecins. Ce qui est normal, donc ils se connaissent.

M2 : En plus c'est plus facile dans un village.

K2 : Bien sûr. Pour moi ça a toujours été important. Ils le font ils le font, ils ne le font pas et bien tant pis pour eux après. Comment veux tu qu'on t'envoie du monde si tu n'es pas connu ?

M2 : Ça permet de travailler moins dans l'anonyme, c'est une équipe, ça fait d'avantage équipe.

K2 : voilà.

Par exemple, je suis un nouveau médecin qui arrive à Narbonne, je ne connais ni les médecins ni les kinés. C'est vrai qu'une réunion avec tout le monde ensemble, enfin s'il y avait des réunions organisées, ça permettrait peut-être que chacun se connaisse mieux et puis d'intégrer les nouveaux venus au réseau quoi.

K2 : Bien sûr.

K1 ? : Je ne sais même pas combien on est. On serait trop nombreux.

M1 : Il y a combien de kinés sur Narbonne ?

K3 : Dans le département on est 500.

M1 : C'est tout.

K2 : C'est déjà pas mal !

Moi je parlais en local.

M1 : On est combien ?

O : Les médecins on est 350. D'ailleurs, moi je connais le village à 2 kinés, 3 kinés. Là vous êtes 8.

K2 : Alors chez vous ils doivent être 3 ou 4 et nous on est 4 également. Donc oui, 8.

M2 : On avait pris un collaborateur qui n'est pas resté, et C. il a travaillé seul pendant longtemps quand même. Vous êtes alors combien alors ?

K2 : On est 2 gros cabinets donc. Il y avait un troisième mais elle n'est pas restée...

O : Qui était particulière.

K2 : Après je ne la connaissais pas plus que ça.

O : K3, qu'est-ce qu'il propose ?

K3 : Je vais résumer rapidement. Je pense que ce qu'il en ressort c'est, pour une bonne communication, qu'il faut avoir le même langage. Déjà ça c'est important un langage, médical aussi, puisque tout à l'heure on avait vu que sur certains bilans même si on les fait mais qu'ils sont trop détaillés en fin de compte ça n'apporte pas grand-chose. On a un langage différent dans notre spécialité qui ne va pas vous apporter grand-chose. Et après c'est peut-être la méconnaissance de ce que l'on fait. Et donc c'est vrai, l'idéal ça serait de pouvoir se rencontrer. Se rencontrer dans des soirées peut être thématiques. Est-ce-que les kinés quand ils font une soirée thématique dans le narbonnais n'inviteraient pas aussi les médecins ? Pour voir ceux qui veulent venir.

M1 : Ouais.

M2 : Faut voir dans les commissions gériatriques.

O : Les endroits où on se rencontre souvent c'est en commission gérontologique, des EHPAD.

K3 : Ouais, ouais. Mais pour ceux qui n'y vont pas.

M2 : C'est quand même un moyen intéressant.

K2 : Tout à fait.

O : En comité classique on en a fait quelques-unes, elles ont toujours été très intéressantes. Il y avait un kiné était intervenu sur le rhumatisme inflammatoire, puis en tant que maison d'expertise la prise en charge du rhumatisme inflammatoire. Tout le monde avait trempé ses mains dans le bac à paraffine. Tout le monde avait apprécié.

K3 : Et vous avez trouvé ça intéressant ?

M2 : C'était intéressant, parce qu'on avait vu comment ça se faisait justement.

K3 : Peut-être qu'un représentant des kinés qui peut être à la Faculté de Médecine et qui explique dans un temps imparti, quelle est sa profession, comment il exerce. Ne serait que par connaissance.

K2 : Le souci c'est que chez nous on manque de preuves scientifiques. Il n'y pas effectivement des données universitaires avec des résultats derrière....

K1 : Nous on apprend la pathologie...

M1 : Nous on apprend d'abord la physiologie, l'anatomie, le machin, ensuite la pathologie et ensuite le traitement. La kinésithérapie fait partie de notre arsenal thérapeutique. Et si on ne s'intéresse pas dans nos stages à suivre le kiné... Aller prendre un stage de rééduc' fonctionnelle à l'hosto, ou après de se former avec des copains. On ne sait pas ce que vous faites, on ne sait pas ce qui se passe dans vos cabinets.

K1 : Par exemple, l'appareil de ventilation thoracique, c'est le kiné qui fait, ce n'est pas le médecin. Il le sait quand même ce qu'il faut faire.

M1 : Oui, mais on n'a jamais appris à savoir quoi prescrire. Moi dans un syndrome après une chute d'une personne âgée, ce n'est pas la Faculté qui m'a appris ce qu'allait faire le kiné. Du syndrome post-chute, de la déflexion de machin, tout ça, c'est mon passage dans un service de gériatrie. Parce que j'ai suivi le kiné, parce quand on est à la Fac il n'y a pas de cours, jamais.

Je crois qu'il y a 6 heures de cours dans le module rééducation dans 9 années de médecine où on parle de la kiné.

M2 : Moi c'est ce que j'ai fait dans mes années de médecine.

M1 : Souvent on n'y est pas allé.

O : On va repartir sur la discussion. On va parler sur un élément qui n'a pas été abordé, c'est celui sur un manque de preuves sur l'efficacité de la kinésithérapie, c'est ça ?

K2 : Oui, tout à fait. Sur la technique effectivement on a trop de techniques différentes. Il n'y a pas d'études qui ont été faites sur chaque technique.

O : Ça peut créer des malaises parfois dans la relation, et le fait qu'il y ait des disparités de prise en charge peut-être ?

K2 : Tout à fait. Des disparités et cette crédibilité derrière. Parce qu'il y a tout ça aussi.

K1 : Ça s'explique aussi par le fait qu'on n'était pas universitaire, personne ne faisait de mémoire ou de thèse de fin d'études, donc forcément pas d'éléments de recherche.

K3 : Moi j'ai fait mes études à l'étranger, en Belgique à Bruxelles où justement la filière était universitaire, et ça existait depuis très longtemps. Chaque étudiant finit ses études par une thèse, par un mémoire assez conséquent qui apportait soit la validité d'une certaine technique ou autre. Quand je suis donc venu après mes études en France, je n'ai pas retrouvé ça. Je le retrouve aujourd'hui, 15 ans après, avec les nouveaux étudiants.

M1 : Par rapport à la Belgique, la kiné française par rapport à la kiné belge.

O : Plus structurée, plus...

K3 : Universitaire. Donc on sait ce que c'est une technique, on sait comment elle a été validée. On sait ce que c'est la méthodologie de la recherche.

O : Donc vous êtes à un stade Master, c'est ça ?

K3 : Oui, Master. Master 2.

O : Il n'y a pas besoin de thèse derrière.

K3 : Master 2 c'est un bon mémoire, où on apprend déjà qu'est-ce qu'une publication, comment la faire, comment la mener. Et ça forcément on aura les retombées aussi. Forcément la profession va évoluer aussi.

M1 : Pour rebondir sur ce que tu disais, on a aussi la patientèle qui nous ressemble. Et donc on va orienter plutôt vers un kiné où on sait... je ne sais pas comment m'exprimer... Moi je suis plutôt quand même peu interventionniste, médecine douce, tout ça. Et ben mes patients c'est ça qu'ils vont attendre. Ils ne vont pas aller attendre d'être mis en ringuette sur un vélo et de pédaler ; au début du moins, ils vont attendre de la thérapie manuelle, de l'ostéopathie, de la méthode Mézières, des trucs un peu plus spécifiques mais parce que j'ai sélectionné un peu ma patientèle par ma pratique. C'est ça aussi qui fait la différence.

K3 : Je crois qu'un élément important, on le disait tout à l'heure, sur les prescriptions, quand un médecin a travaillé un jour en collaboration avec un kiné, ça change complètement. On le voit à la prescription, on le voit parce qu'il a appris, l'un au contact de l'autre. Qu'est-ce-que je marque pour telle pathologie, ben non ne marque pas ça parce que ça se fait plus, met plutôt ça. Et on arrive à s'orienter l'un et l'autre. Et c'est vrai qu'on le voit nous aussi forcément sur

les prescriptions. Quand on reçoit une prescription on sait si elle est déjà soit orientée, soit si derrière il y a une connaissance de la pathologie.

O : Je crois que c'est quelque chose d'assez simple à faire. Le maître de stage qui reçoit les internes il peut décider : tel jour tu prends rendez-vous, tu vas voir le kiné, tu vas passer la journée là-bas.

M1 : Ça le podologue l'a fait la semaine dernière. Il est venu nous voir : « est-ce que vous voulez venir vous 3 et vos 2 internes, et vous venez, je vous prends une heure et demie ». Il nous a montré le bilan postural, le bilan podolo, le machin, et c'était super intéressant. Et les internes ont pu en bénéficier. Mais c'est informel, ça se fait ça.

K2 : C'est pareil, moi j'ai les podologues que j'ai au cabinet, j'ai demandé, « est-ce que tu peux me montrer ce que tu fais, comment ça marche, etc. ». J'ai passé 2 heures avec lui, il m'a montré, je suis monté sur la plateforme. Je trouve que ça été bien. Quelque part ça m'a permis de savoir ce qu'il faisait, comment orienter les patients. Et ça c'est vrai que c'est important après.

J'ai travaillé avec un médecin rééducateur, médecin du sport, très spécialisé. C'est vrai que lui, limite dans la consultation il y avait quasiment ça qui comptait, c'était la kiné. « Vous avez vu le kiné ? Qu'est-ce qu'il vous a fait ? » Il était très technique, très pointu. Mais après nous en médecine générale ce n'est pas ça qu'on attend du kiné. C'est vrai que peut-être de voir le côté kiné, ce n'était pas comme si j'étais chez un kiné, mais bon, un médecin kiné en même temps, qui avait une vision en traumatologie et de passer de l'autre côté, d'aller voir ce que fait le kiné c'est très intéressant.

K2 : Je pense dans les deux cas, même le kiné d'aller chez le médecin et de voir un peu comment ça marche, comment se déroule une séance. Parce que souvent on ne sait pas trop. Des fois c'est intéressant.

O : Qu'est-ce-que tu as à proposer comme conclusion ? T'as des choses que tu voudrais rajouter ? Qui te manquerait ?

Qu'est-ce-qui me manque ? Sur la dernière question.

O : Si tu penses que tu as matière déjà à travailler. T'as déjà pas mal de choses.

Je pense que ça va aller. En fait ma dernière question c'était juste : est-ce-que la législation actuelle a changé quelque chose sur la communication entre les médecins et les kinés ? Est-ce-que vous la connaissez la législation actuelle ? Est-ce-que ça a changé quelque chose ?

M2 : Déjà précise nous quelle est la législation.

La législation actuelle c'est la loi de modernisation de santé de Marisol Touraine qui a, on va dire, modifié la définition du kiné. Donc dans les textes, je résume : en fait le kiné qui avant faisait du massage et de la gymnastique médicale a un rôle beaucoup plus global, entre guillemets, promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique, le traitement, la planification des soins de kinésithérapie.

M1 : Moi j'ai vu toujours le kiné comme ça.

M2 : On en a parlé, hein.

M3 : Oui, c'est un peu ce que disait K3, on découvre 15 ans plus tard que le kiné est un véritable professionnel et qu'il a sa compétence et qu'il faut qu'il y ait un Ministre qui l'écrive dans une loi, pour que l'on s'en rende compte.

L'émancipation des kinés.

K2 : Et la possibilité d'accès direct à un moment ou un autre pour des pathologies.

O : Juste 2 questions particulières à K2. L'intérêt, qu'est-ce qui t'as poussé à te former à la rééducation thérapeutique ?

K2 : Alors moi ce qui m'a poussé à me former à la rééducation thérapeutique c'est essentiellement le message que je pouvais faire passer aux patients, que je n'arrivais pas à faire passer.

O : Ça rejoint un peu ce que disais M1 tout à l'heure ; c'est-à-dire qu'il faut que le patient aussi soit acteur de sa pathologie.

K2 : Tout à fait.

O : Notamment dans la pathologie chronique, il est intégré à ses problèmes de santé, la lombalgie, qu'est-ce-que c'est, comment je peux vivre avec.

K2 : Voilà. Et comment je peux faire pour me traiter à la maison sans passer par le kiné.

O : Par cette éducation thérapeutique tu arrives à ces données qui te manquaient.

K2 : Et cette éducation thérapeutique me servirait aussi si un jour je veux faire formateur, ça peut me servir à ce niveau également, ou cadre ça c'est en tant que salarié. Mais bon je n'ai pas trop envie pour l'instant.

K1 : On voit beaucoup de choses maintenant en cours, on aborde l'éducation thérapeutique, on aborde encore plus maintenant vu que ça va être en un an de plus, on voit plein de choses et après...

Un an de plus ?

M1 : Un an de plus ?

K1 : Ouais.

Ça va être combien en tout ?

K1 : Moi c'était encore 3 ans.

K3 : Ça passe à 5 ans donc. C'est 4 plus 1, c'est 4 années d'études et une année de PACES qui va être reconnue en année d'études. C'est une histoire de crédit ECTS.

M2 : 3 ans et demi ça ne correspondait à rien.

M1 : C'est 4 ans de formation, comme en Belgique quoi.

C'est moitié théorique, moitié stage ?

K3 : C'est ça. En général c'est 2 années théorie et 2 années de stages. Plus une année de tronc commun.

On arrête ?

Vous avez des remarques, quelque chose qui n'a pas été souligné, que vous avez envie de développer

J'ai essayé de ne pas trop vous couper, de laisser que ça coule tout seul. Sans trop intervenir. Si vous voulez intervenir c'est le moment. Non.

Eh bien merci à tous d'être venus pour ce focus.

K1 –

Je suis kiné au Domaine de la Coupe, et je suis kiné du sport aussi, spécialisé dans la kiné du sport. J'ai un autre cabinet et j'interviens avec K2 à la polyclinique aussi, je travaille en oncologie et en palliatif.

M1 –

Je suis médecin généraliste, installé dans un petit village de l'Aude en activité ; installation en médecine générale classique avec une activité semi-rurale donc en lien avec ta thèse ; la gestion de toutes les activités sportives des habitants du village qui passent en premier recours dans le cabinet. C'est un cabinet de groupe avec 2 médecins au sein d'une structure immobilière que l'on a créée avec la pharmacie et un local que l'on a sous-loué à un cabinet de kiné ; ils sont 3 kinés sur le village, il y a donc une proximité géographique avec l'équipe.

K2 –

J'exerce à Narbonne depuis 24 ans, je suis également ostéopathe. J'interviens avec K1 à la polyclinique Le Languedoc. Moi je suis principalement en cardio et en pneumo. J'ai une activité généraliste, j'exerce dans un cabinet avec 2 autres confrères, on est trois. Je fais également 40 % de domicile dans mon activité. Je suis dans un cabinet avec des généralistes avec qui je travaille pas mal et les médecins de la polyclinique avec qui je travaille aussi pas mal en libéral. Il y le côté hospitalier, les deux versants donc.

M2 –

Je suis installé dans un village du Narbonnais, dans un milieu semi-rural au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, associé avec 4, voir 5 médecins bientôt, avec des infirmiers, des kinés, 2 kinés en ce moment, un 3^{ème} qui va arriver bientôt. C'est une activité semi rurale et nous travaillons aussi avec un autre cabinet de kinésithérapie qui est juste en face de la maison de santé ; on travaille avec l'ensemble des kinés du village.

K3 –

Moi je suis kiné diplômé depuis 5 ans. Actuellement je travaille en milieu rural, pour le coup. On est 6 confrères, seulement des kinés. L'activité se répartit au cabinet avec des patients vraiment divers et en gros 30 % d'activité en domicile et 20 % en maison de retraite. Peu d'interactions, c'est un village où il n'y a pas de médecin où le cabinet est construit. Donc assez peu d'interactions avec les médecins généralistes. Activité carrément rurale. C'est campagne.

M3 –

Médecin généraliste associé avec M2 dans un village de l'Aude. Donc je suis médecin généraliste depuis 4 ans et en plus de mon activité libérale je travaille au sein du Racing Club de Narbonne avec d'autres médecins P. et F. J'aime bien faire de la médecine du sport. Rien de plus à dire par rapport à M2 au niveau de notre activité. Il y a un troisième cabinet de kinés avec qui on travaille moins mais avec qui les relations sont bonnes.

QUELLES SONT VOS EXPERIENCES PERSONNELLES, VOTRE VECU,

CONCERNANT L'ECHANGE ET LA RELATION

ENTRE LE MEDECIN ET LE KINESITHEREPEUTE ?

K1 –

J'ai oublié de spécifier tout à l'heure que je suis dans le Narbonnais. Comme j'ai un médecin qui n'est pas loin du cabinet, c'est vrai que je vois beaucoup de ses patients par soucis de proximité.

J'ai fait la démarche d'aller me présenter aux médecins environnants, j'ai envoyé des cartes, aussi le travail que je faisais. J'ai eu des retours, bien sûr aussi parfois j'ai eu un vide total.

Le médecin qui est proche de chez moi, est celui par qui je reçois le plus de patients. Je me suis présenté, j'ai aussi présenté les bilans que je faisais et j'ai eu comme retour que ce n'était pas nécessaire.

Sachant que la sécu est venue nous voir plusieurs fois en nous mettant la pression pour que les bilans qu'on faisait soient bien envoyés régulièrement. Ce n'est pas un contrôle mais ils nous disaient que maintenant dans les nouvelles nomenclatures que la sécu exige de nous, il faut impérativement envoyer les bilans à chaque généraliste.

A partir d'un certain nombre de séances ?

Voilà, à partir de 10 séances, puisqu'on ne peut pas effectuer de bilan en dessous de 10 séances.

Et du coup comment vous l'avez vécue cette relation avec le kiné, plus généralement en fait ?

Ben, quelque part je comprends parce que, que ça soit elle ou tous autour de la table, je pense qu'ils sont archi débordés, ils ont de moins en moins de temps. Il y a de moins en moins de médecins à Narbonne. C'est quelque chose qui est compliqué. Mais bon c'est vrai que c'est le seul -quelque part on ne va pas toutes les semaines déranger le généraliste- c'est le seul retour que nous on peut envoyer du patient. C'est le seul échange que l'on peut avoir.

Là on m'a tenu au courant qu'apparemment maintenant il va y avoir un dossier numérisé du patient, en tout cas du médecin ; on pourra déposer un bilan dedans. Et ça sera plus simple aussi de consulter l'essentiel de ce qu'on fait.

Qui vous a dit ça ?

C'est la responsable de la CPAM.

M1 –

On a un rapport avec les kinés, préférentiellement local. Avec les kinés du cabinet ça se passe très bien, sous forme de relation orale. C'était jusqu'à maintenant non formalisé par un document. On a eu, suite au passage des délégations Assurance Maladie, une sensibilisation sur le contrôle des retours des prestations kiné, donc certainement à mon avis une volonté de contrôler un peu le renouvellement des actes.

Et on nous a fortement incités à marquer sur nos ordonnances : merci d'envoyer un bilan BDK. Donc je l'ai ajouté sur toutes mes ordonnances ce qui a changé mes rapports avec les kinés de Narbonne qui m'envoient de temps en temps des bilans -j'ai des patients qui ne sont pas de mon village uniquement, qui sont de Narbonne, donc j'ai des retours de kinés de Narbonne que je ne connaissais pas-. Je trouve ça très très bien, très positif. Je continue à

fonctionner selon l'ancien système avec les kinés de proximité et l'idée d'un retour je trouvais ça intéressant ; la seule chose qui m'embêtait c'était le rôle que nous définissait la sécu, c'est-à-dire le rôle de devenir contrôleur et d'archiver ces messages. On m'a répondu que ce n'était pas grave, je n'avais pas à les archiver mais qu'il fallait qu'on les envoie. Donc par respect pour les collègues kinés je les mets dans le dossier patient et c'est vrai que ça se rajoute aux comptes-rendus orthophonie, aux comptes-rendus psychologue... On devient un peu les archiveurs de la santé des gens.

Donc à chaque fin d'ordonnance il y a écrit « Merci de m'adresser un bilan BDK » ?

Oui, c'est un copier-coller que j'ai fait sur chaque ordonnance.

C'est vrai qu'on connaît mieux les kinés qui sont proches ?

Oui, le format compte-rendu PDF ou papier, ne correspond pas à une relation de proximité par contre il correspond à une relation un peu plus éloignée.

Vous les connaissez bien ces kinés en fait ?

Les kinés de proximité on les connaît bien, on fait un point régulièrement.

On communique comment avec eux ?

Ils viennent des cabinets qui sont juste à côté donc le soir à 19 h30 ils partent et ils viennent discuter le coup et on parle du patient.

C'est convivial !

Oui, c'est très convivial. Au final je pense que c'est quand même très constructif par rapport à un compte-rendu papier ça donne des nouvelles mais ça manque de proximité qu'il y a en milieu rural.

K2 –

C'est très intéressant, c'est le nec plus ultra de la relation, c'est-à-dire le côté oral.

Effectivement aujourd'hui le bilan kiné existe depuis 2000. J'ai oublié de vous préciser tout à l'heure que j'ai siégé à la sécu pendant 18 ans. Je ne siège plus depuis l'an dernier. Mais j'ai des fonctions au niveau des URPS depuis 7 ans et donc le bilan c'est quelque chose que je suis depuis relativement de temps et j'ai un petit peu vu l'évolution de l'Assurance Maladie. Donc il y avait très peu de kinés qui facturaient les bilans et leur traçabilité c'est grosso modo de l'ordre de 15 % des kinés qui facturaient les bilans. Les kinés qui disaient qu'ils faisaient des bilans ne les facturaient pas. A partir de là, on a insisté sur le plan syndical et sur le plan des URPS.

C'est quoi les URPS ?

Les URPS c'est l'Union Régionale des Professionnels de Santé qui existent pour la totalité des branches de la santé dans notre pays.

Il y a 10 URPS. Donc il y a des URPS médecins, dentistes, pharmaciens, biologistes, kinés, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, podologues et j'en ai oublié un, euh... sages-femmes.

Donc ces URPS ont comme mission l'organisation de l'offre de soins. Et ils discutent avec l'ARS puisque ça a été créé pour que les URPS discutent avec l'ARS en région. Donc au moment où les bilans ont été créés, donc le fameux BDK dont on parlait tout à l'heure, il est opposable, donc ça c'est quelque chose de récent. C'est un diagnostic qui n'existait pas, diagnostic kiné il y a 20 ans en arrière il n'y avait pas de diagnostic kiné. Il y avait un

diagnostic médical mais pas de kiné. Le BDK est opposable, donc quand on a le médecin conseil et qu'on a à faire le bilan, ce document est opposable.

C'est obligatoire ? C'est sanctionnable ?

C'est obligatoire, c'est sanctionnable, effectivement, je suis tout à fait d'accord. Le souci qu'on avait nous sur le plan légal, c'était un souci du secret médical. C'est-à-dire qu'aujourd'hui le seul moyen qu'on ait pour avoir un secret médical c'est de le mettre dans une enveloppe et de le donner au patient qui le donne au médecin. Parce que par mail, tant qu'on n'avait pas une uniformité de messagerie sécurisée, on était dans une situation où on avait, ben vous avez tous eu des boîtes mails piratées, donc on se retrouvait avec une situation où l'on pouvait éventuellement être piraté.

Là aujourd'hui c'est récent, puisqu'il m'a montré le mail tout à l'heure, il va y avoir une obligation de créer sa messagerie sécurisée pour avoir une aide à la télétransmission, comme ont aussi les médecins, annuelle. Et là en fait jusqu'à maintenant pour toucher cette aide à la télétransmission il fallait télétransmettre plus de 70 % de feuilles de soins électroniques (carte vitale). Et donc là aujourd'hui ils ont rajouté le fait de créer une messagerie MMS Santé. Ce qui est une bonne chose même si aujourd'hui c'est compliqué de se brancher avec sa CPS puisque la MMS Santé on y accède soit avec un code, soit avec sa carte de professionnel de santé, sa CPS et c'est un petit peu compliqué à gérer.

Donc c'est au cabinet ?

Oui, seulement, tout à fait.

M2 –

Pour notre part, ce n'est pas encore en place, mais on a un logiciel qui est sur Internet et qui est un logiciel qui a été créé en partie pour ceux qui créent des maisons de santé. Au sein de

ce logiciel, il y a une messagerie. C'est un logiciel avec différentes clés ; c'est-à-dire le kiné peut avoir accès à tant du dossier du patient, l'infirmier à tant et le médecin à la totalité.

Il existe des messageries à l'intérieur du logiciel sécurisé, où potentiellement, mais nos Kinés ne se sont pas encore abonnés à ce logiciel alors qu'on leur propose depuis... euh. Moi je n'ai jamais rien reçu pour l'instant via ce logiciel ; pourtant ça fonctionnerait et on recevrait des BDK via ce logiciel et là c'est totalement sécurisé, c'est très simple, c'est un clic, c'est une note et ça entre dans le dossier du patient. C'est super bien foutu et surtout si on l'accepte les médecins choisissent qui a accès à tout le dossier ou pas. C'est par fenêtre et la plupart du temps on accède à la totalité. Donc le kiné a accès -en revanche pour le secret médical bien sûr, là on est tous pareil- au dossier médical ; ça permet le dossier de l'orthopédiste, ça permet... etc... etc.

C'est un logiciel intra-muros, on ne passe pas forcément par la messagerie dont tu parlais. C'est vraiment super confortable parce qu'on le fait avec les infirmiers, on reçoit des notes par mail directement. Dès qu'on est sur le logiciel, il y a une bulle qui apparaît, bim ! C'est l'infirmier qui nous parle du patient qu'il est allé voir à domicile. Ce serait la même chose - malheureusement ce n'est pas encore fait- avec les kinés.

Pour ma part à moi, notre logiciel a déjà incorporé dans toutes les ordonnances « veuillez nous faire parvenir un BDK » qui arrive, on reçoit 10 % et encore même pas. BDK qui arrive sous forme de papier donné par le patient.

L'interaction que l'on a avec ce BDK : moi personnellement je le survole, soyons clair. Mes connaissances en kinésithérapie, en rééducation sont tellement nulles que je ne me permettrais jamais d'aller critiquer le kiné.

Formation, rééducation, réadaptation, savoir le nombre de séances, à combien de flexions on est, à quel jour d'une opération ou quoi que ce soit, je ne sais rien ! Donc la lecture du BDK, oui c'est bien parce que c'est un progrès énorme parce qu'il y a quand même une relation avec le patient au milieu, donc c'est parfait.

Mais malgré tout, en termes de qu'est-ce que ça va engendrer pour moi : à part une information sur l'évolution du patient, il n'y a pas de communication qu'il pourrait y avoir

avec un infirmier ou un autre médecin parce qu'il n'y a pas les connaissances adaptées par rapport à l'autre. C'est-à-dire qu'on n'a pas la formation pour comprendre ce qu'il y a sur le BDK.

Après c'est très agréable de recevoir quelque chose, maintenant, je suis toujours un petit peu gêné par rapport aux kinés qui se cassent les pieds à taper leur truc et qu'en fait moi j'arrive et je fais « Ouais ok BDK, conclusions, ouais, salut » et je le range. Ça dure... aller... 4 secondes pour lire un BDK qui a dû vous mettre 5 minutes à être tapé à se coltiner le truc. La vérité c'est ça !

M3 -

J'aimerais rebondir, le BDK c'est quand même les termes excentrique, concentrique, biométrique, moi personnellement je les ai appris un peu, développés parce que j'ai fait une capacité de médecine du sport. J'ai été obligé de m'intéresser, d'acheter des bouquins de kiné. Et je trouve que le BDK, oui, il peut être intéressant, mais sachant que le kiné ne va pas dire le patient va bien. Non. J'ai fait du concentrique, j'ai fait de l'excentrique, j'ai fait sur le quadriceps, j'ai fait un ischio pour les problèmes du syndrome rotulien. Soit on a un peu l'habitude et on comprend, soit on n'a pas l'habitude et on ne comprend pas et on survole comme il dit, nous on est médecin généraliste. Si on était médecin rééducateur il n'y aurait pas d'intervenants médecins en rééducation qui sont des rhumatologues qui font une formation de médecin rééducateur. C'est là que je trouve que dans le BDK c'est compliqué dans le sens où au kiné on demande de faire un travail qui derrière nous médecins, soit on a des petites notions, soit on n'a pas de notions et on ne peut pas le lire, et on ne le comprend pas. Donc en fait on demande au kiné de faire un travail, alors que je pense, comme disait M1, le fait d'avoir ce relationnel oral, on peut discuter et dire ben voilà t'as vu ce patient pour lequel je t'ai mis le motif pour lutter contre il faisait beaucoup de chutes, ah mais ça va beaucoup mieux, je l'ai renforcé musculairement il est beaucoup plus stable ; mais stable c'est peut-être pas un mot médical, mais nous médicalement on comprend, on sait où l'on va et on sait où ça évolue. Il ne nous met pas un bilan qu'on ne va peut-être pas comprendre. Oui la sécu veut peut-être plus contrôler mais je ne suis pas sûr que cela apporte grand-chose pour

le patient. Je pense que le côté oral est beaucoup plus intéressant, en tout cas nous je pense c'est ce qu'on favorise et je pense quand même que ce BDK ça fait beaucoup de travail pour le kiné qui est limité pour le médecin généraliste.

Le BDK est trop compliqué ? Est trop complet ?

Mais c'est que le kiné a une formation, on n'a pas la formation de kiné, on n'a pas eu la formation. Je suis persuadé qu'on demande à un médecin et à un kiné de faire un examen de tous les muscles du corps, je suis persuadé que le médecin ne sait pas le faire aussi bien qu'un kiné. On n'a pas de formation. Notre bilan orthopédiste, j'ai juste appris en examen du genou parce que j'ai fait la capacité de médecine du sport, que pendant mon truc hospitalier on a fait un stage à l'hôpital, on est allé au bloc opératoire. Ah oui on faisait le Lach man au bloc opératoire mais après concrètement... Non mais c'est vrai, c'est que notre formation de médecin généraliste et d'interne et d'externe, et ben quand on fait le cursus, quand on est à la fin de notre externat, ce n'est pas vrai on ne peut pas lire un BDK. Ce n'est pas vrai. Même les termes excentrique, concentrique, je n'ai jamais vu. Non mais c'est bête, mais pour un kiné c'est un truc très simple mais pour nous on ne l'entend jamais ; je l'ai entendu en capacité de médecine du sport. En externat je ne l'ai jamais entendu, parce qu'en rhumatologie, je suis passé, mais après, savoir faire un bilan, un examen de l'épaule, je l'ai appris beaucoup plus tard, malheureusement.

K1 -

Je suis tout à fait d'accord avec M3. Je voudrai juste rebondir par rapport au DBK : c'est qu'il a aussi deux fonctions. La première c'est que nous, on le fait aussi pour nous, pour nous donner un axe de traitement. Donc tout le charabia que l'on sort c'est aussi pour nous, pour savoir comment on va se diriger. Et ensuite je te rejoins là-dessus, c'est que c'est la conclusion que l'on doit envoyer nous, on doit avoir l'esprit de synthèse pour l'envoyer parce qu'effectivement vous n'avez pas le temps, parfois pas les connaissances et donc c'est vrai qu'on ne doit pas, qu'on n'est pas là pour vous envoyer quatre pages, vous n'aurez pas le temps de le lire.

M3

C'est surtout : pas les connaissances ; car le temps moi je l'ai, je le lis en entier mais y a des choses, pourtant je me forme un peu dessus et c'est compliqué. Et quand je parle avec des médecins rééducateurs des fois je les entends parler, il y a plein de choses que je ne comprends pas et pourtant ça ressemble au BDK, donc c'est pour ça que, ce n'est pas qu'on ne le lit pas, je pense que des fois on n'a pas la capacité de le comprendre, on n'a pas les moyens de tout lire. Alors je comprends que ça soit un axe. Mais c'est vrai que je pense qu'on ne devrait pas vous obliger à faire autant, je pense ça devrait être beaucoup plus synthétique. C'est-à-dire que vous vous savez comment votre patient va pour telle pathologie, vous savez comment vous allez travailler et qu'est-ce que vous allez faire. Nous derrière je pense qu'il suffirait d'avoir un truc beaucoup plus simple et puis après je pense que si le kiné ne travaillait pas et ben il n'y aurait pas d'évolution clinique du patient, donc euh.

C'est quoi quelque chose de plus simple ?

Plus simple, le BDK c'est quand même euh...

Le BDK est obligatoire. Donc de toute façon il faudra le faire.

Qu'est ce qu'il faudrait faire d'autre ?

Je pense soit des mots, je ne sais pas moi. Simplement voilà, en conclusion, y a un patient pour un ligament croisé, ben on est au troisième mois, bonne évolution sur la flexion, sur l'extension, la stabilité ; reprise, tout simplement, le médecin n'y sait pas peut-être comme disait le M2, il ne sait pas à quel moment on reprend tel type d'activité. Reprise de la course, bon. Ça permet, au moins on voit le patient, on sait, ah d'accord on voit le kiné, vous avez repris la course. Voilà on n'a pas besoin de savoir s'il a fait l'exercice proprioceptif sur le petit coussin. Ça c'est très bien, c'est son travail, mais concrètement le marquer ça fait lui fait perdre

du temps. Nous derrière on va le lire et des fois on ne va pas le comprendre, alors que des mots très simples qui ne seront pas scientifiques, pas médicaux, mais qui nous permettrons de comprendre.

M2 -

Est-ce-que l'objectif, quand on a mis en place BDK c'était, en gros faire un courrier à l'intention du médecin ou l'objectif était de faire une photocopie entre guillemets « de votre dossier médical » ? C'est-à-dire, dans ces cas-là, tout ce que vous avez fait, c'était juste que vous avez fait une photocopie et donc on a, vous envoyez tout, alors que donc le DBK a une double fonction, ce serait qu'est-ce que vous faites et qu'avez-vous tracé ? Ou alors, et la deuxième fonction ce serait communiquer avec nous. Donc on le scinde en deux et vous avez vous une obligation, les kinés, de traçabilité de ce que vous faites, comme nous on a un dossier médical, il faut qu'on le suive ; et donc ça vous le gardez pour vous : 90 % du BDK. Et on passe à l'objectif du BDK si c'est la communication avec les médecins, donc si on communique avec quelqu'un on s'adapte, on adapte le langage avec la personne avec laquelle communique. Dans ces cas-là, puisque les médecins ne sont pas formés, mea culpa, mais on ne peut pas tout savoir, peut-être que, tellement de choses qu'on doit savoir peut-être que ça ce n'est pas forcément essentiel puisque vous le faites très bien. On communique plus sur une conclusion et sur une conduite à tenir à venir. Voilà, quelque chose de plus simple.

Quels étaient, K2, les objectifs quand on a créé le BDK ?

Est-ce-que c'était traçabilité de ce que vous faites ?

Ou communication avec le médecin ?

Ou les deux ?

K2 -

Au départ le BDK, donc comme je vous ai dit, il est assez récent, effectivement au départ c'était de la traçabilité. Les kinés, moi quand j'ai démarré mon activité en 94, tous les kinés avec qui je discutais, ou la plupart, faisaient leurs bilans sur leurs petites fiches, soit au dos de l'ordonnance, soit sur un bristol et puis ils mettaient l'ordonnance en chevalet sur le bristol, et ils gardaient, voilà.

C'est vrai qu'au départ, moi je me suis rendu compte que j'ai envoyé quelques bilans et que j'ai eu des retours, et que le médecin m'a dit : c'est trop long, c'est trop compliqué ; et je faisais de l'oral. Donc, je prenais le téléphone et j'appelais le médecin. Y avait des fois où j'arrivais à l'avoir et des fois où il n'avait pas le temps, et voilà donc. Et ensuite, effectivement, la sécu l'a considéré comme quelque chose qui permettait de tracer et peut-être de cliquer, c'est un petit peu ce qui s'est passé ces derniers temps, puisque de mémoire il y a un an en arrière, j'ai des collègues de Montpellier à qui le médecin conseil leur a ouvert une armoire en disant voilà ça c'est vos bilans et on les stocke. Voilà.

Comment il peut avoir accès ?

Alors, il faut savoir qu'aujourd'hui il existe des référentiels au niveau d'une dizaine d'actes de kinésithérapie. Donc ces référentiels, je vais prendre un exemple très simple, sur la cheville le référentiel c'est 4 séances. Ce qui veut dire qu'aujourd'hui si vous marquez vous, si vous marquez rééducation de la cheville, aujourd'hui ça sert à rien de marquer le nombre de séances. Il suffit juste de vous marquer « rééducation ». Le kiné est tenu à un cadre ; donc dans 10 pathologies il y a un cadre qui détermine le nombre de séances. Que ce soit pour un canal carpien, pour une cheville c'est 15, pour un rachis lombaire commun c'est 25, pour une épaule c'est 25, pour ligamentoplastie c'est 25, et voilà.

Et une fois qu'on déborde de ce référentiel on est obligé d'envoyer une DEP, donc la DEP qui est fixée avant avec la demande préalable a disparu, c'est une demande d'accord préalable. Et le kiné est obligé d'envoyer son BDK avec sa DEP. Donc c'est pour ça que la sécu récupère ce BDK. Donc y a forcément une petite notion de flicage. Alors voilà.

M1 -

Moi le paradoxe c'était ça, c'est-à-dire ça, moi ça m'a été vendu comme faites faire des BDK, vous aurez du suivi mais vous n'êtes pas obligé de les archiver. C'est complètement paradoxal. C'est-à-dire on m'a dit vous n'êtes pas obligé de vous en servir. En gros ma question c'était : à qui s'adresse le BDK ? Au médecin ? A la sécu ? Est-ce qu'il y a une composante qui n'est pas sécu ? Est-ce que vous codez certaines choses qui peuvent être anonymes et qui sont codées et qui vont à la sécu ?

K2 -

Non !

Le BDK il s'adresse au médecin, il ne s'adresse absolument pas à la sécu. Soyons clair. Alors après tout le passage des armes on l'a vécu. Puisque que ça soit, que ça soit pour ça on est au courant. On le sait toujours après, on est au courant puisqu'ils finissent par nous le dire. Là par exemple, dernièrement, ils se sont rendus compte, ils sont en train de faire campagne nationale sur la lombalgie. Parce qu'ils ont explosés les compteurs en termes d'arrêt maladie sur la lombalgie l'an dernier. Et donc ils ont fait une campagne auprès des médecins généralistes et ils ont eu la lumière et c'est rare, de nous dire on va intégrer les kinés parce qu'on se rend compte que les kinés en termes de lombalgie ils sont quand même les mieux placés. Donc tout à l'heure je vous parlais de ces référentiels, alors pour une cheville par exemple c'est 4 séances, c'est 4 séances sur une entorse de stade 1. C'est-à-dire que celle-là, ça gonfle mais il n'y a pas de saignement, il n'y a pas d'arrachement ligamentaire, il n'y a pas d'arrachement osseux, voilà. Et donc c'est pareil pour la lombalgie. La lombalgie commune

c'est une douleur qui descend, pas sous le pli fessier, c'est vraiment purement une contracture, il n'y a pas de signe clinique neurologie, pas de signe clinique. Voilà. Et on se retrouve vraiment avec un tableau qui est simple. Mais effectivement on s'est rendu compte que c'est arrivé à dire des bêtises, ça a été un peu le cas pour la marche, la fameuse rotation de la marche vous avez eu pas mal de délégués d'Assurance Maladie. Et en fait ça vient tout simplement du fait qu'à une certaine époque il y a pas mal de kinés, quand ils avaient, ils demandaient aux médecins de marquer rééducation des membres inférieurs. La cotation est en 9,5 donc la K est à 2,15 €, elle n'a pas bougé depuis 2000, pour vous donner une idée. Et donc l'acte du membre inférieur c'est du 9,5 fois 2,15, l'acte pour une marche c'est le plus petit acte de kiné, c'est un indicatif, donc c'est 12 €. L'acte intermédiaire qui est l'acte aujourd'hui qui est le plus utilisé soit en EHPAD, ou, c'est rééducation analytique et globale de l'équilibre et de la marche. Et en fait le raisonnement qu'on a eu un moment donné, on leur a dit attendez ! Vous êtes en train de dire que vous voulez effectivement faire des économies, on le comprend. Mais aujourd'hui lorsqu'on a un patient que le médecin généraliste nous demande de prendre en charge à domicile, c'est un chuteur dans 90 % des cas. Quand le patient marche, il marche tout seul, il n'y a pas besoin de kiné. Par contre quand vous marquez une rééducation à la marche c'est qu'on a une notion de chute et donc un gros problème parce que chute c'est fracture du col du fémur et vous savez on a beaucoup de dégâts chez la personne âgée à ce niveau-là. Et donc effectivement on leur a dit, on leur a dit il faut bilanter. Là on se retrouve avec des tests qui sont catalogués, donc ce n'est pas très compliqué, et ça quand on arrive à mettre les tests que vous comprenez, c'est du Up and Go, c'est d'autres tests, et là on entre dans des choses qui sont validées par la chaire. Et c'est aujourd'hui ce qu'on tend à essayer de faire parce que tous ces tests-là, on les pratique au quotidien. Et dans les ordinateurs aujourd'hui ils sont déjà tout prêts, on a plus qu'à faire, terminé quoi.

Mais la communication orale, comme on disait tout à l'heure, c'est la notion à privilégier. Je pense que c'est super facile quand on est en campagne. Narbonne on est quand même une petite ville parce qu'on n'a quand même pas beaucoup de médecins généralistes. Et quand on se trouve à Montpellier, là par contre, ça change tout. Dans une grande ville c'est un peu plus difficile.

K1 -

J'ai une petite anecdote, justement, pour montrer la complexité aussi de l'entente généraliste – kiné. Cette semaine je reçois un patient qui a eu des douleurs au mollet, son médecin me l'avait adressé et il me demandait donc un BDK logiquement. Donc je fais mon bilan et je me rends compte qu'en fait il fait des tests sportifs actuellement, il s'est fait deux belles périostites. Donc sur mon bilan j'écris la conclusion et là je me dis : il faut que je l'envoie. J'ai un logiciel, j'ai oublié de le dire, et K2 je crois qu'il a la même chose. Actuellement j'ai dû acheter un logiciel de bilan que je paie 20 € par mois, pour gagner du temps justement dans cet envoi. Et j'ai demandé à ma secrétaire de récolter un maximum d'adresses mail, parce qu'aujourd'hui on les envoie avec notre adresse mail personnelle parce que pour l'instant il n'y a pas encore de dossier commun où on peut envoyer ça. Et malheureusement ce médecin, en regardant dans ma base de données, je ne l'avais pas. Du coup j'ai dû demander à une représentante d'un laboratoire de probiotiques si elle connaissait ce médecin et si elle pouvait m'envoyer le mail, parce que j'ai essayé d'appeler ce médecin mais il est débordé et je suis tombé sur la musique d'attente deux, trois fois, donc j'ai fini par en arriver jusque-là. Tout ça pour envoyer voilà ce bilan. C'est vrai qu'au final si on a la chance d'avoir un médecin dans le même établissement, alors là c'est le luxe et le soir on peut faire un petit détour et puis lui expliquer le cas. Mais si on ne le connaît pas ça devient plus complexe et c'est une perte de temps d'ailleurs pour tout le monde.

K2 -

Alors effectivement ça, ça devrait être géré par MMS Santé. C'est Messagerie Médicale Santé qui a été développée par l'ARS, en Midi-Pyrénées c'est Medimail, mais bon à priori c'est MMS Santé qui a été choisie. Je pense à ces dernières infos que j'ai eues au niveau de l'URPS à la dernière réunion qu'on a eue et donc ça va permettre, parce que là-dessus on peut rechercher l'adresse du médecin, parce qu'il l'a créée, en tapant le nom du médecin. Voilà, ça évite

C'est un échange d'information en puissance.

Oui, tout à fait.

Sécurisé.

Ouais.

Entre professionnels.

Ouais, ouais ouais. Alors pour rebondir là-dessus, on n'est pas sur l'information du médecin mais sur quelque chose qui va intéresser les médecins et qui est une grosse demande qu'on a surtout au niveau des médecins hospitaliers, mais je pense au niveau des généralistes également. Quand ils recherchent un petit peu une spécialité, au niveau kiné il n'y a pas de spécialité. Si vous allez dans les grandes villes, il y a des cabinets qui sont pointus sur la main, pointus sur l'épaule, pointus sur, voilà. On avait une demande, il y a 4-5 ans en arrière par des SSR ou des CRF des centres de rééducation fonctionnelle dans les PO pour adresser des patients sortie neurologie donc à l'essai et puis ils ne trouvaient pas de kinés. Donc on a créé, c'est extrêmement récent, la base de données va être créée, elle est déjà créée, elle va être mise en place sur l'année 2018. Le ROR c'est quelque chose qui existe déjà, ce n'est pas l'URPS qui l'a fabriqué, c'est l'ARS c'est le Répertoire Opérationnel des Ressources. En fait ce répertoire opérationnel qui va être exclusivement réservé aux professionnels de santé, c'est-à-dire aux médecins, aux kinés. On peut y accéder qu'avec la CPS, donc on est sécurisé et ce ROR va permettre donc, le kiné y va être rentré et agréé dans le ROR par le RPPS, donc tous les gens exerçants. Et ensuite derrière il y a 72 items qui ont été validés par le Conseil National de l'Ordre. Donc le kiné va aller choisir les items qu'il sait faire, donc par exemple rééducation de la déglutition, chose dont on ne sait pas qui fait ça. Ou rééducation périnéosphinctérienne, ou rééducation des vertiges, etc. Tout ça c'est des choses qui vont permettre au médecin quel qu'il soit d'aller adresser son patient demain en étant sûr que la prise en charge se fera.

Parfois ils ont déjà leur petit carnet.

Oui ça c'est un vrai souci qu'il y a, on ne connaît pas la rééducation de cabinet, je ne sais jamais où je vais les envoyer même si alors après c'est du relationnel, donc ça fait 15 ans qu'on est là, on trouve ; c'est vrai qu'il y a un manque un peu de transparence et ce fameux listing, pour nous c'est génial ça, avoir un listing, et voilà là tu sais, y a lui qui fait ça, qui fait ça. Elle, elle s'occupe de la rééducation de la langue, bon, ça ça serait vraiment très agréable pour nous. Alors je voudrais rebondir juste sur ça, c'est une super idée et il y a autre chose, c'est parce ce que je trouve que nos amis kinés sont gentils mais est-ce qu'on prescrit bien ? Parce que la formation pour prescrire de la kinésithérapie, ben moi des fois je me dis houa quand même ils vont rigoler les mecs quoi. Parce qu'on n'a pas beaucoup de formation sur comment prescrire des séances de kinésithérapie. Je ne sais pas si les médecins généralistes, les jeunes médecins généralistes ont cette formation-là. En tout cas moi je n'en ai pas. Et donc ben c'est, douleur de l'épaule droite, je n'ai pas fait d'échographie et que je mets le testing je pense que c'est assez mais je ne suis pas sûr, etc. ; il m'est arrivé de marquer douleur de l'épaule droite. Je pense que quand même ça fait un peu désordre. Et en même temps est-ce-que le médecin généraliste est un bon prescripteur, est-ce-que vous pensez qu'on est bien formé à ça, qu'est-ce que vous pensez des ordonnances que vous recevez ?

Donc là on rentre dans le cadre des moyens de communication entre le médecin et le kiné.

Donc la première étape l'ordonnance ; on va parler de l'ordonnance.

De l'ordonnance. Est-elle bien faite ? Sommes-nous formés ? Personnellement moi je demande quoi mettre à mon kiné chaque fois. Je ne sais pas ce qu'il faut mettre ; là on tombe sur un débat, c'est là que la sécu nous tombe dessus. On rendra les choses un peu compliquées.

Pour aujourd'hui j'ai envie de vous dire l'idéal ça serait que vous ayez la MGAP et que vous demandiez MGAP comme ça au moins, de toute manière on facture par rapport à la MGAP.

C'est quoi la MGAP ?

La nomenclature générale des actes professionnels.

Donc aujourd'hui il y a certaines pathologies, je me rends compte qu'il y a beaucoup de médecins, alors je pense que c'est les délégués Assurance Maladie qui leur ont donné des petits bouts pour écrire parce que je vois des copier-coller de la MGAP donc du coup je me rends compte qu'effectivement ça permet de ne plus avoir de problème. Alors là où je vais vous parler des anecdotes, c'est effectivement on a des contrôles, ils en font de plus en plus souvent. L'an dernier ils ont contrôlé dans chaque département 45 kinés tirés au sort. J'en ai fait partie, donc c'est très bien. Par contre là où c'est compliqué c'est qu'ils sont complètement aberrants. Là aujourd'hui une chose qu'on faisait il y a 10 ans en arrière, le médecin avait oublié de prescrire à domicile sur l'ordonnance, ben on rajoutait « à domicile ». Moi je mettais même en accord avec le médecin, je prenais le téléphone, j'appelais. Là aujourd'hui c'est fini ! C'est-à-dire que dernièrement j'ai eu un bébé que je suis allé voir à domicile, je n'avais pas l'ordonnance au départ, on m'a passé l'ordonnance, j'avais des séances de rééducation pour faire de la kiné respiratoire, il n'y avait pas marqué « à domicile », je lui ai dit : vous me la faite refaire ! Parce que je sais que si je le marque, j'ai un contrôle la sécu va me demander de rembourser et c'est ce qu'elle fait. Alors après il y en a deux anecdotes qui vous vont vous faire rire, mais moi ça ne m'a pas trop fait rire parce qu'ils m'ont réclamé l'indu. J'ai un premier dossier où le médecin a marqué « séances d'ondes de choc pour aponévrosite plantaire ». Donc là le médecin conseil a considéré que ondes de choc ne faisant pas partie de la MGAP ce n'était pas remboursé. J'ai adoré.

Le deuxième dossier, alors là c'est un peu plus compliqué, et là je vais me battre pour ce dossier mais le médecin conseil est un petit toujours obtus sur ce dossier. C'est une patiente qui a eu un sarcome, des plus sympa en même temps, donc elle a eu une mammectomie et on lui a fait un lambeau-chinois sur les deux grands dorsaux qu'on a fait pivoter et on lui a refait une chirurgie mammaire avec les deux grands dorsaux en lui prélevant, bon il y a eu 4 ou 5 opérations dans le temps, en lui prélevant de la graisse pour réinjecter au niveau... voilà. Donc on n'est absolument pas sur la chirurgie esthétique. Et le médecin a prescrit sur son

ordonnance, il y avait tout un libellé, bon c'était un chirurgien oncologue de Montpellier, il y avait tout un libellé qui était vraiment très très descriptif, la seule chose c'est qu'à la fin il a marqué « technique LPG ». Or LPG est une marque LPG, c'est une entreprise française qui a deux machines. Il y a une machine qui s'appelle Huber qui est une machine qui permet aujourd'hui de faire travailler, dans tous les secteurs, que ce soit l'orthopédie, les vertiges, la neurologie ; il y a des capteurs sur un plateau, il y a des capteurs au niveau des bras, c'est quelque chose de très très intéressant. On peut l'utiliser en orthopédie, il y a des bilans qui moi m'ont été récemment validés par l'HAS. Et l'ULPG est une machine qui fait des palper-rouler mécanisés et qui marche très très bien sur la cellulite, mais qui...

Mais là ce n'est pas une prescription de spécialiste là ?

Non, non.

C'est un oncologue qui a prescrit ?

Oui, oui c'est un oncologue. Mais à partir du moment où il a vu le terme LPG, il est parti du principe que c'était esthétique.

Mais concrètement vous attendez quoi d'une ordonnance du médecin ?

Là aujourd'hui, c'est pour ça que je vous disais, aujourd'hui je pense

Il est kiné

K2 -

Je pense que le médecin il faut qu'il s'en tienne à la MGAP, il faut qu'il s'en tienne à la nomenclature.

C'est quoi l'exemple ?

Ah ben l'exemple par rapport à la nomenclature c'est rééducation d'un membre, c'est rééducation de la marche et de l'équilibre analytique et global.

M3 -

Pourtant quand tu vois des médecins rééducateurs, ils vont vraiment développer, des fois c'est renforcement des ischio-jambiers en mouvement, c'est vraiment super détaillé. Là c'est vraiment tellement limité. Là on se dit le kiné il n'a plus besoin de rien faire à part exécuter. Et c'est vrai, moi personnellement par exemple une entorse de la cheville je vais marquer entorse de la cheville physiothérapie mais parce qu'il y a la physio au début parce qu'au début il a tellement mal, et après je marque juste rééducation parce que je pense que j'ai besoin de marquer plus.

K1 -

Le mieux ce n'est de rien mettre.

M3 -

D'accord.

K1 -

Parce que c'est compliqué, parce que nous ça peut jouer sur notre facturation et parfois, je vais prendre un exemple : une hernie cervico-brachiale ils vont nous envoyer cervicalgie si nous on diagnostique une hernie cervico brachiale pour nous s'est considéré une colonne plus

une racine donc ce n'est pas la même facturation. Donc ce qu'on fait dans ce cas-là, on demande au patient de retourner en salle d'attente voir son médecin pour avoir une ordonnance sinon on continue et puis basta. Mais après nous, moi j'ai vu même un médecin, ceux qui sont autour de la table vont le reconnaître, qui a carrément une liste pré-imprimée de tout ce qu'il y a à faire en kiné et tout ce qui ne faut pas. Pour lui on va laisser ces trois-là devant, voilà donc physiothérapie, renforcement musculaire, machin et c'est un truc préfabriqué et il n'y a pas d'autres mesures. Effectivement nous on sait ce qu'on doit faire par contre si vous avez des préférences vous pouvez nous indiquer, par exemple telle méthode parce que vous avez été sensibilisés à telle méthode par exemple pour le dos méthode McKensie, l'épaule C.G.E., parce que vous avez eu des bons retours des patients et tout, ça c'est avec grand plaisir. Nous on aime bien recevoir ça mais de savoir qu'il faut faire physio, renforcement quadriceps.

M2 -

Juste parce qu'il y a deux objectifs là, il y a une double application ce n'est pas pareil. Le premier objectif quand on fait une ordonnance c'est avant tout comment bien formuler pour le patient qu'il ait la meilleure rééducation et forcément c'est lié malgré tout et après il y a le côté financier pour vous etc. qu'on formule pour ne pas que vous soyez bloqués ; donc en gros la question qui rassemble les deux est la formulation qui rassemble les deux, d'après K2 c'est la liste, c'est...

K2 -

La nomenclature.

M3 -

C'est la nomenclature qui rassemble les deux.

K2 -

C'est la nomenclature générale professionnelle. Alors pour pas rentrer dedans car effectivement on va entrer dans des choses un petit peu techniques. Moi je pense qu'aujourd'hui il faut que vous sachiez une chose, moi j'en ai parlé récemment j'avais une convention de LPG justement et il y avait un chirurgien orthopédique relativement jeune de la Croix Roussillon qui disait, et effectivement ça pour nous c'est quelque chose qui est très important, qu'il a fait des protocoles pour toutes les rééducations. De toute manière aujourd'hui quand on a fait une opération on a forcément un rail avec un protocole. De JO à J20 c'est 100, de J21 à J45 c'est 100. Et ça pour nous c'est fabuleux. C'est pour ça qu'aujourd'hui effectivement sur l'ordonnance l'idéal c'est une rééducation du genou, rééducation de la cheville, rééducation de l'épaule, rééducation de ... pour la médecine générale.

Tout à l'heure tu parlais de la marche, tu peux avoir rééducation à la marche pour opération du genou.

K2 -

C'est pour ça que j'aime bien la nomenclature. Parce que je sais pertinemment que, pour des choses orthopédico-traumatologiques les choses sont simples. Parce qu'effectivement c'est une articulation. La personne qui a une entorse du poignet droit et une douleur gauche, voilà là c'est simple. Effectivement quand on rentre dans des choses plus compliquées, c'est pour ça que je dis tenir à la nomenclature. Moi quand j'ai un patient qui a une maladie de Parkinson et que le médecin me met rééducation à la marche sans préciser quelle est la pathologie, je me retrouve coincé. C'est pour ça qu'aujourd'hui j'ai tendance à plutôt raisonner par rapport à la pathologie que par rapport aux besoins. Parce que c'est, ce que je vous disais au départ, c'est là où notre BDK est fondamental, c'est que c'est lui qui va nous permettre de nous guider dans la rééducation.

M1 -

Donc en fait je dois diagnostiquer au fond qu'une organisation, qu'une anatomie.

K2 -

Oui, moi j'ai tendance à préférer effectivement un diagnostic.

M1 -

Même parfois il est aléatoire, un diagnostic présumé ça sera mieux.

K2 -

En fait c'est une très bonne idée et je vais même vous dire une chose, à partir où le kiné va faire son BDK, si vous avez fait un diagnostic mais vous n'êtes pas sûr, il va vous écrire dans le BDK ce qu'il a trouvé. Par exemple, un patient, ça m'est arrivé très souvent, un patient qui a une douleur d'épaule et en fait il a une cervico-brachiale. Donc j'ai fait mes tests d'épaule, j'ai fait 4 ou 5 tests d'épaule, je me suis rendu compte qu'aucun muscle n'était abîmé et qu'il n'avait aucune douleur par rapport à ça. Par contre je sentais qu'il y avait un problème là-haut et à ce moment-là j'ai dit au médecin généraliste que peut-être il serait bien de faire un Scan ou une IRM et effectivement on a fait un Scan et une IRM et on a trouvé une pathologie cervicale.

Et là vous l'avez rappelé le médecin généraliste ?

Je crois que j'ai fait un bilan.

Un bilan, pas BDK ?

Si si, j'ai fait un BDK, pour moi un bilan c'est BDK.

En fait si vous voulez aujourd'hui, l'outil BDK, le BDK c'est un outil fonction de notre ordinateur, donc soit on a un BDK qui est préétabli, qui fait une page, dans lequel on va avoir indication médicale diagnostic, ensuite on va avoir la méthode que l'on va employer, le nombre de séances parce que ça, ça fait partie des items qui sont dans le BDK classés QE, le nombre de séances que nous on va faire par semaine et le nombre qu'on a considéré au départ. Et après derrière on va lui mettre les résultats. Ça c'est le BDK qui est prévu aujourd'hui dans le logiciel métier. Après derrière effectivement, K1 disait tout à l'heure, que on a des logiciels qui ont été créés qui sont un petit peu plus exhaustif qui vont permettre d'aller directement rajouter un Tinetti, un Up and Go, un lacet, etc. etc. On va pouvoir vraiment aller beaucoup plus en profondeur et là ces tests qui permettent d'avoir, d'être très exhaustifs, ils vont faire une page et par contre ils ont une synthèse à la fin, il suffit juste de lire la synthèse. Mais c'est vrai que nous aujourd'hui dans notre canevas par rapport à la prescription, ça nous permet de pouvoir...

D'accord ! Donc une prescription plutôt simple, pas trop détaillée finalement, c'est ce que vous dites.

Et tu disais K3, selon médecin généraliste ou spécialiste c'est différent ?

K3 -

Oui les protocoles JO, J21 souvent c'est ce qu'on a par rapport aux prescriptions en post-opératoire quelles qu'elles soient. Ce sont des spécialistes qui ont établi un protocole ; je me rappelle d'un spécialiste, quand on fait une thérapie on avait un exercice qui était donné, on était exécuteur seulement.

Souvent sur les prescriptions de médecins généralistes, c'est plus flou. Donc le BDK c'est un aller-retour entre nous ce qu'on trouve sur notre diagnostic. Mais en fait, à priori moi avec l'expérience que j'ai, en tous les cas, ça me semble très formel. Ce que vous disiez auparavant, ce BDK renvoyé en format papier... prend pas beaucoup de sens.

C'est une contrainte, ça vous aide, ça vous cadre les choses. Mais finalement les médecins eux...

C'est une obligation.

K2 -

C'est une obligation légale.

Après je rejoins K3. Quand on se retrouve confronté dans notre rééducation avec les rails et un protocole mais qu'on a un problème à un moment donné, c'est exactement ce qui disait le professeur qui nous a fait ce topo, il disait soit je prends le téléphone, soit le kiné prend le téléphone il m'appelle et là on fait du direct : j'ai un mollet qui est chaud, j'ai perdu le ballant, etc. Et là y a urgence et je pense que l'oral est fondamental à ce moment-là.

K1 -

Il y a 5 ans ils avaient le projet, un peu aussi pour décharger les cabinets médicaux de faire des délégations de compétences avec les kinés. C'est-à-dire que les gens qui venaient pour une urgence, par exemple une entorse de cheville, ils venaient en première instance au cabinet et nous on faisait le bilan, on posait un diagnostic et ensuite on adressait un papier ou un coup de téléphone au médecin qui lui revoyait le patient et qui adressait justement l'axe de traitement ; en tout cas il connaissait le kiné déjà qui avait fait le bilan. C'était pas mal comme entente et ça déchargeait de la partie diagnostic toutefois sans parasiter le chemin médical.

M2 -

Alors oui, là en gros on y va ! C'est très intéressant parce que, il va y avoir les nouveaux médecins qui sont plus confiants, les vieux qui vont commencer à sortir les crocs. Oui sur le diagnostic.

En fait il faut que ce soit une coopération et pas une confrontation. Et moi je trouve que le BDK, ça m'est arrivé plusieurs fois où en fait le BDK servait de lien. C'est-à-dire je pose un diagnostic, le patient passait chez le kiné, le kiné disait écoute là franchement je n'y crois pas, je crois plutôt à un truc un peu merdique que je ne maîtrise pas bien. Il me le renvoyait avec son BDK et là le BDK était une source d'informations pour moi, une source de discussion avec le patient. J'avais raison ou j'avais tort, en tout cas je pouvais discuter et pouvais quand même argumenter à mon patient pourquoi à mon avis j'avais quand même raison et que lui me faisait chier. Et globalement celui qui est gagnant c'est le patient. Et donc cette relation, faire un diagnostic ou pas, il faut faire très attention, on joue sur les susceptibilités de chacun, surtout chez le médecin, je n'ai pas dit chez le kiné, j'ai dit chez le médecin. C'est vrai que quand on commence à aller chercher, à piquer le diagnostic aux médecins ils sortent les crocs. Je crois qu'il faut arriver à parler de coopération, de compétences. Est-ce-que qu'un médecin peut se planter sur une cervicalgie ou une douleur d'épaule ? Évidemment, évidemment ! L'essentiel c'est qu'il y ait une bonne communication entre les deux pour que justement quand

c'est fluide il n'y a pas d'erreur, du coup on est tous des sentinelles les uns des autres ; après ce qui fait le bon sens c'est le coup de téléphone. Moi à mon sens sur ce genre de chose le papier ne sera pas suffisant ça fait un peu froid. Au niveau communication si j'ai un kiné, je fais le diagnostic et que le kiné me marque c'est ça, non ce n'est pas ça, c'est ça.

Il t'aura prévenu.

Non ce n'est pas ça. Si c'est vrai très bien. Mais t'as la façon de le dire. Moi j'ai un confrère avec qui je ne suis pas d'accord, moi je décroche le téléphone et je dis : écoute ! J'ai une question, est-ce que tu ne crois pas qu'on puisse peut-être penser à ça, moi je verrais ça plutôt, alors que le BDK va être obligé plutôt de dire un moment moi je pense ça. Là il y a quelque chose à fouiller. Est-ce qu'on peut faire exploser la barrière du diagnostic, est-ce que les kinés font un diagnostic sur une sciatique, etc. Sincèrement la sciatique quand elle arrive je préfère l'avoir vue moi. C'est mon avis à moi. J'aime bien voir. Je fais ma paralysie ou pas, je fais mon truc. Si c'est le type qui va d'abord chez le kiné non franchement ça ne va pas. Je préfère qu'il aille d'abord chez moi ; quand on fait un transfert de compétences, il y a toujours le degré, à quel endroit on le met, à quel moment on le place et ça je trouve c'est très complexe. En revanche sur la forme de communication et la complémentarité, la preuve même, ce que je vous disais tout à l'heure, j'ai commencé en disant ça. On ne comprend rien à ce que vous faites, on n'est pas bon quoi, évidemment que si on commence avec ce discours-là, évidemment qu'on va écouter le kiné. Et on lui dit, je ne sais pas ce que tu fais, alors si tu le dis alors... Si on a confiance en lui il y a une argumentation qu'on va écouter.

K1 -

Je voulais juste dire ça par rapport au rôle, justement pas du tout le rôle de prescripteur, mais au contraire de rôle d'indicateur pour savoir ce qu'il faut mettre sur l'ordonnance.

M2 -

A oui oui bien sûr.

K1 -

Pour avoir les mots justes car c'est compliqué aujourd'hui de poser les bons termes, ce n'est pas poser un bon diagnostic, c'est poser les bons termes qui iront avec ce que la CPAM nous encadre.

Oui oui je comprends.

Mais le médecin il a besoin de quelles informations ? Il y a BDK qui va arriver un moment si la rééducation dure longtemps, mais le médecin, il a besoin de quelles informations ? Enfin est-ce qu'il y a besoin que le kiné communique autrement avec le médecin pour lui apporter des informations, vu qu'il est mal formé, pour que le patient soit bien pris en charge ?

M2 -

En fait le médecin a besoin de savoir s'il y a quelque chose qui n'est pas dans sa logique première. Si le médecin envoie, pour une douleur de l'épaule, et qu'en fait c'est une cervicalgie, là il y a besoin de communiquer. Un coup de téléphone ou un écrit, mais en tout cas là il faut communiquer. C'est-à-dire qu'il faut dès que le diagnostic de base est remis en question parce que l'évolution ne va pas dans le bon sens, dès qu'il y a quelque chose qui se passe mal par rapport à ce qui devrait avoir lieu, là il faut une communication. Et cette communication ça peut être un BDK. Je ne sais pas si le BDK n'intervient pas qu'à la fin de la séance. Si ça intervient au milieu, qu'est-ce qu'on fait. Parce que le BDK, je crois, c'est un papier que vous faites qu'en fin.

K2 -

C'est ça, à partir de 10 séances. Normalement chaque kiné doit faire un BDK, dans son logiciel il y a un BDK initial, il y a un BDK intermédiaire et il y a éventuellement un BDK final. Donc en fait, le BDK c'est le nom global, mais le kiné aujourd'hui, dès qu'il reçoit son patient, il va faire un BDK initial. Donc il va aller faire ses tests. Après il y a des ordinateurs qui prévoient la case initiale, intermédiaire et finale. Il y en a d'autres qui ne prévoient pas. Mais il y a la date du BDK. A partir du moment où le BDK va être fait le jour même ou 3 jours après l'ordonnance, c'est la première séance du patient, parce qu'en général le kiné facture son BDK à la première séance. Après je rejoins complètement ce que disait M2, à partir du moment... moi quand tout à l'heure je parlais de ce patient qui est arrivé avec une douleur d'épaule, sur l'ordonnance je n'avais pas de diagnostic. J'avais rééducation de l'épaule. Donc derrière je sentais qu'il y avait un besoin d'aller faire une imagerie pour affiner le diagnostic. Moi c'est la seule chose qui m'intéressait. Et pourquoi ? Parce qu'en fait au départ j'étais parti sur une déchirure musculaire et donc le traitement de la lésion musculaire n'est pas le même que le traitement d'une névralgie cervico-brachiale. Ça n'a strictement rien à voir en termes de physiothérapie et en termes de traitement. Alors pour rebondir sur ce que disait K1, effectivement je comprends tout à fait ce que disait M2, le rôle du kiné ce n'est pas en primo intention effectivement de recevoir le patient et puis de le renvoyer pour dire à ben non il y a besoin de... en fait je qu'aujourd'hui ce qui se passe, c'est surtout dans des zones très sous-dotées, on le voit avec les infirmières, et là on n'est pas sur ce mécanisme-là. Je pense que vous en avez entendu parler c'est de l'article 51 ; donc en fait c'est des délégations de tâches, c'est-à-dire que le médecin aujourd'hui qui n'a plus le temps, ou alors on se retrouve dans une zone où il n'y a plus de médecin, il va y avoir une délégation de tâches qui va être faite soit sur l'infirmier, soit sur le kinésithérapeute pour aller faire du diagnostic. Je vais vous citer le cas de la BPCO puisque c'est une expérimentation qui a été faite et qui a été financée par les URPS. Aujourd'hui il y a 70 % des français qui ne sont pas diagnostiqués au niveau du BPCO. Pourquoi ? Parce que les pneumologues n'ont pas le temps, ils sont aujourd'hui tous saturés, ils ont des agendas à 3 mois. On a été formé, il y a 15 kinés qui ont été formés en expérimentation par un Professeur. Donc on a financé l'achat de spiromètres et on a été formé à une licence européenne, dans un programme de l'ERS qui est l'European Respiratory Society, à un permis de conduire de spirométrie. Donc il y a 3 niveaux. On a passé le niveau

1 et le niveau 2 et en fait c'est une délégation de tâches, article 51. C'est-à-dire que on a été formé pour faire du diagnostic. On n'a pas le droit de faire de test de réversibilité, donc on ne peut pas mettre du Salbutamol ou de la Ventoline mais on a été formé pour dire : il faut que les tests soient reproductibles, enfin tout ce qui est prévu dans l'EFR et dans la spirométrie, dans l'exploration fonctionnelle respiratoire. Le protocole prévoit que le kinésithérapeute qui aura fait son premier diagnostic systématiquement il l'envoie chez le généraliste ou chez le pneumologue. Et après derrière c'est au pneumologue ou au généraliste, ben voilà il a son test, il voit et va... on est purement dans de la délégation de tâche.

Alors pourquoi ça a été donné au kiné ? Ça n'a pas été donné au kiné. En fait on a formé, ce n'est pas propre de donner au kiné.

Ce n'est pas le problème de délégation de tâches, pourquoi reporter sur des professions qui ont d'autres tâches.

En fait demandé aux kinésithérapeutes qui faisaient beaucoup de pneumologie, dans des zones où il y a des besoins parce qu'il n'y a pas de pneumologue, il y a un généraliste pour une masse énorme, on a demandé de pouvoir former des gens pour faire gagner du temps. D'après ce que j'ai entendu de la bouche du Professeur, il voulait le faire au niveau des médecins généralistes, le problème c'est qu'il n'a pas...

Y'a personne, y'a personne.

Et voilà, c'est pour ça, qu'en fait on est dans une délégation de tâches pure et simple.

L'idée ce n'est pas la confrontation.

Ah non, non. Bien au contraire.

RIRES

M3 -

Là c'est vachement intéressant parce que des cas, et on en a de plus en plus sur Gruissan et moi ça me gonfle.

Docteur j'ai vu le kiné, j'ai besoin de 10 séances de kiné parce que j'ai une sciatique. Attend ! Donc la séance commence, donc tu fais une ordonnance entre deux, donc il va faire sa kiné. Comme le kiné est bon, le kiné est bon ça c'est vrai. En puis alors attend il fait ses séances et au bout de 10 séances il revient te voir pour euh, et là : « Excusez-moi j'ai le kiné qui m'a dit qu'il fallait que je fasse un scanner ». Là si tu veux ! Là en revanche ça pète ! Ça ne gueule pas avec le kiné ! Je lui dis non ! On va tout arrêter, on se remettre, on va prendre rendez-vous, on va discuter et on va reprendre à zéro. Et là en revanche, la relation se casse « entre-guillemets » parce que moi je vais sortir le fusil quoi ! Et donc le mec il va dire, attend mon toubib qui me soigne depuis 15 ans, bon il m'a sauvé le cul une fois ou deux sur mon problème de cardio et tout et donc je lui fais un peu confiance. Le kiné machin, bidule... Là c'est dissolu, parce qu'il y a un moment où ils vont voir directement le kiné, donc le kiné il n'y est pour rien, il n'y est pour rien le kiné. Mais il lui dit va faire faire des séances.

Non. Ce n'est pas comme ça.

Si, si, si ! Bien sûr !

Non je crois, va voir ton médecin et...

Non, non, non ! Ça marche comme ça. Il va faire les séances. Et après la séance commence sur une sciatique et puis à ben, j'ai vu un tel et il m'a dit qu'il fallait que je fasse le scanner.

Waouh ! Attendez.

Pourquoi ? Parce que c'est le patient qui sert de communicant entre les deux.

C'est ça. Non, Non. Le but d'aujourd'hui, puisque on parle de communication entre les kinés, c'est pour éviter ça ou en tout cas d'en parler parce que ça c'est hyper important, et ça flingue toutes les autres relations, ce sont des moments, ça se fait je crois...

K2, la place du patient. Une petite remarque là-dessus ? La place du patient dans la relation médecin-kiné, parce qu'il y a médecin - kiné et le patient il est au milieu.

K2 -

Ben oui justement, il ne doit pas être au milieu. Ce n'est pas un cercle. C'est d'abord entre kiné et prescripteur, c'est là la seule communication qu'il doit y avoir. Ensuite le patient, lui il peut dire ce qu'il veut, mais normalement ça ne doit pas être au-dessus, en tout cas pas remplacer le relais du kiné.

M3 -

Ou même, il ne peut pas faire le prescripteur. C'est-à-dire je pense quand le même patient il vient le kiné m'a dit ou inversement, je pense c'est beaucoup plus simple qu'il y ait une

communication. Je pense qu'il doit être au centre, parce que c'est le patient et c'est lui qui doit être soigné, mais il doit être centre en tant que patient mais après la communication, en fait la communication elle se fait entre le kiné et le médecin. Et après lui il est au milieu, il a les bénéfices de la communication. Je pense qu'il ne doit pas faire la communication, on le voit très bien, ça fait le téléphone arabe. Déjà même des fois entre kinés ou entre médecins, ça fuit déjà, il y a une perte d'informations, alors un patient qui n'a aucune connaissance. Il suffit qu'entre temps, il se passe 3 ou 4 jours, il aille sur internet, alors là on est fini ! Là c'est fini, entre ce que lui a dit le kiné, ce qu'il y a vu sur internet, et ce qu'il va chez le médecin. Donc je pense que c'est pour ça, l'avantage, moi je sais des fois le kiné le fait, comme il est ostéo, il fait un bilan ostéo. Il m'appelle, il me dit, ben voilà, j'ai fait pour ça, j'aimerais te l'envoyer parce que je pense qu'il faudrait peut-être travailler dessus. Mais ce qui est bien, c'est qu'il y a ce coup de téléphone. Où on sait déjà que le patient arrive avec un motif, mais on sait pourquoi il y a ce motif. C'est-à-dire, le kiné en tant qu'ostéo l'a vu, l'a bilanté, a vu qu'il y avait peut-être un autre souci sur une optique, une autre plainte. En fait il lui a fait un bilan complet et vu peut-être qu'il y avait autre chose à travailler dessous en sous-jacent et là je pense que c'est beaucoup plus constructif, parce que on s'y retrouve, on voit que l'ostéo l'a vu, je lui ai fait tels tests et on a la démarche intellectuelle. Je pense que c'est intéressant aussi en tant que professionnel c'est d'avoir la démarche intellectuelle ; je pense que c'est intéressant que le kiné soit la démarche intellectuelle du médecin pour voir comment il y est allé. Je pense que c'est pareil quand nous le kiné il m'appelle c'est intéressant de voir, voilà je l'ai vu, j'ai vu ça, j'ai vu ça, il y a un petit... je trouve que ce n'est pas bien sur ça et on a la démarche intellectuelle, on a des apports, pas d'apports sur l'interprétation. Mais au moins c'est ça qui est intéressant, je trouve que c'est beaucoup plus constructif ; mais c'est vrai que ça arrive, c'est exceptionnel, ce n'est pas tous les jours, mais ça arrive de temps en temps. Mais pareil, c'est une sorte de manque de temps, un manque de communication et qu'on est tous, le kiné aussi, nous les kinés impuissants, sont à bloc ; je ne sais pas comment c'est à Narbonne, mais les listes d'attente en fonction des semaines, l'été c'est impossible, l'été c'est 3 semaines de liste d'attente à Gruissan et ils prennent des kinés en plus. Parce que ce n'est pas possible, parce que dans notre village du Narbonnais il y a des kinés qui sont pour 4500, 6000 personnes sauf que l'été quand il y a 30.000 habitants ou 40.000 habitants, avec des gens qui sont là pour un week-end ou 3 semaines, et ça arrive qu'ils disent, et ben voilà ça fait 6 mois que j'ai mal.

Bon je ne vais jamais voir mon médecin traitant, parce que mon médecin traitant il met 3 mois avant de me recevoir. Je savais que j'allais venir ici je sais que chez vous ben à chaque fois on est vu dans les deux, trois semaines. Hop, ils arrivent ! La plupart du temps ben c'est des pathologies un peu chroniques ou c'est des lumbagos, des tendinites, des épicondylites, les dolipranes, les anti-inflammatoires ça ne soigne pas, c'est juste en cas de douleur et c'est pour que le patient soit mieux, mais que le traitement principal c'est le kiné. Et donc après on voit les kinés, dans notre village, l'été, sont saturés. Et donc après, des fois c'est plus simple de dire au patient ben va chez l'un, ou va chez l'autre, sans le dire, que prendre son coup téléphone parce qu'on est tous des fois dans le rush et c'est vrai que c'est problématique.

M2 -

Rapidement, il y a aussi une autre notion, parce qu'il faut aussi faire sortir les choses. Dans la médecine du sport, il y a un lien très particulier entre le sportif de haut niveau et son kiné qui est un préparateur, etc. C'est un lien très fort et très proche. Et c'est vrai que les kinés qui font du sportif etc. ont des compétences que certainement je n'ai pas, et que nous n'avons pas et c'est évident. Mais quand on est saturé, on a 30 personnes dans la journée, 40 comme vous tous, que le type vient, il te dit au fait j'ai été voir mon kiné, parce que le kiné c'est ce type qu'il connaît très bien, j'ai mal au mollet, j'ai besoin de quelques séances, vas-y fais les moi entre deux, si si c'est bon, j'ai vu machin il m'a dit que je pouvais prendre... Bon, voilà. Tout ça, ça crée un climat qui n'est pas bon, je pense sincèrement que ça il faut faire attention. Je pense qu'il faut communiquer mieux et que comme tu as dit, il faut que le patient soit là, et que le kiné et le médecin discutent. Et souvent d'ailleurs, je n'ai jamais entendu un kiné me dire au téléphone fais lui une IRM. J'ai toujours entendu le kiné dire, je te l'envoie en consultation parce que franchement regarde, il commence à avoir un déficit du..., bon bref, voilà, etc. Et ça je pense, qu'il y a quelque chose sur lequel il faut travailler. Et donc, encore une fois, ceux sont des communications rapides. Ça on l'a régulièrement.

K1-

Il manquait l'outil de communication pour avoir l'interlocuteur entre le prescripteur et le kiné. Aujourd'hui on va l'avoir. Comme on disait tout à l'heure, on va aussi partager, apparemment aussi le suivi dans la carte sécu, il parle de mettre tout le dossier du patient et le patient aura quand même la main mise pour savoir s'il ne veut pas que son kiné voie dessus, etc. Mais bon s'il ne touche pas on aura quand même un visu global. Mais donc il nous manquait jusqu'à présent cet outil, et là la sécu est en train de nous le créer. Et là je pense que ça va être vraiment un bel outil parce que, voilà, malheureusement, on ne peut pas prendre à chaque fois nous aussi le téléphone et appeler et pouvoir tomber sur ...

M3 -

Le problème aussi, l'inconvénient de cette carte vitale, c'est qu'il faut quand même, soit le kiné, soit le médecin fasse l'effort de mettre la carte vitale et de lire ce qu'il y a dedans. Simplement sur la carte vitale on peut lire l'historique des remboursements, mais c'est vrai que des fois ne t'as pas le réflexe ; après je pense que c'est une habitude de travail à avoir. Mais malgré tout, c'est vrai peut-être moi c'est ma façon de travailler mais la partie ouvrage, c'est quand même, je pense, dans notre profession, kinés, paramédicaux et médecins, je pense que l'oral ne remplacera en rien l'écrit. Les comptes-rendus c'est bien, ça fait une traçabilité médico-légale, tout ce qu'on veut, de contrôle, de flicage, je suis d'accord. Mais je pense que l'oral c'est le plus important. Malheureusement on a ce problème de temps, on a un problème au final mais on a des réformes qui font qu'il y a de moins en moins de médecins. Les kinés ils sont surchargés alors que je pense qu'il faudrait, comme chez les médecins, chez les kinés, chez les infirmiers, ouvrir les vannes et avoir de plus en plus de professionnels. Sauf que bon, on veut faire des économies. Et c'est là où vient le problème, on veut faire des économies mais on demande beaucoup plus de travail aux kinés, beaucoup plus de travail aux médecins, beaucoup plus de travail aux infirmiers. Et en même temps on leur demande de faire plus de choses, c'est-à-dire que, il y a déjà le travail des patients et en plus il y a du travail administratif. Bon par exemple, un exemple pour les arrêts de travail, les gens qui ont, nous on a quand même beaucoup de gens qui travaillent dans le BTP ou dans tout ce qui est

extérieur, et ben quand je mets des séances de kiné, parce que c'est des lombagos ou des épicondylites, et ben moi je mets « sans restriction ». Pourquoi ?

Tu parles des horaires de sorties ?

Oui, les horaires de sorties. Parce que le kiné il est sursaturé, si le kiné il lui dit qu'il faut venir à 10 h30, le patient il ne va pas dire, attendez ! Non à 10 h30 il faut que je sois chez moi. Ah mais je pourrais vous recevoir à 8 h00 mais dans deux semaines.

Ah oui, mais à ce moment-là le kiné ferait une lettre.

Vous êtes gentils sur la lettre, mais c'est tout le temps qu'il va prendre, le temps de prendre son emploi du temps, donc trois mois plus tard, c'est contrôle 3 mois avant. Donc 3 mois, ah oui à cette heure si t'es venu, je fais ma lettre d'accord. Au final vous allez payer le kiné pour ça. Non !

Je vais donc au final demander au kiné de faire du temps supplémentaire de flicage, vous ne rémunérez pas mais il faut bien qu'il gagne sa truffe. Et donc c'est là aussi ce problème de communication. C'est qu'au final je pense que la Sécurité Sociale demande beaucoup de travail, vous les médecins, nous les kinés, on nous sature, on nous demande beaucoup de paperasse, cette paperasse surcharge notre activité professionnelle. Et je pense que si on n'avait pas cette paperasse on pourrait passer plus de temps à communiquer. Et juste que les journées font que 24 heures, on a tous des enfants et on n'a pas envie aussi d'y passer peut-être 15 heures au travail. Je pense que nos aînés non plus. Et moi personnellement je ne le ferai pas.

M2 -

Il n'y a quand même pas beaucoup de situations, à mon sens, qui nécessitent un coup de téléphone. Dans une journée, est-ce-qu'il y a, un coup de téléphone sur une journée où on aurait dû s'appeler, certainement. Il n'y en a qu'un.

Ouais.

Il n'y en a pas beaucoup plus. En fait il faudrait plutôt réfléchir à la manière de communiquer. Quelles sont les situations sur lesquelles on doit se joindre au téléphone ? C'est plutôt, à quel moment il faut qu'on franchisse le pas ? Et il ne faut pas qu'il y en ait beaucoup sinon on ne le fera pas. Il faut que ce soit suffisamment efficace. Donc en gros, c'est quand on a un diagnostic dans un sens ou dans l'autre, et que ça ne se déroule pas comme prévu, là il faut communiquer. Et c'est à ce moment-là. Et quand ça ne se déroule pas comme prévu il n'y en a pas 36, quoi. Ça arrive, mais dans une journée, je ne suis pas sûr que, ou vous ou nous, on ait...voilà... En termes de communication je crois que c'est possible. Est-ce-que c'est très important de devoir décrocher le téléphone, ça va nous prendre beaucoup de temps. Réfléchir, il y a très peu de cas où le kiné aurait dû nous appeler et ne l'a pas fait.

M3 -

Mais t'as pas que le problème de kiné. C'est que t'as le kiné pour ça, puis tu vas voir l'infirmier, tu vas avoir le patient...

Oui mais là on parle de ça.

Oui, mais ce coup de téléphone fait partie d'une journée complète où tu vas avoir l'infirmier, tu vas avoir ton urgence qui arrive là au milieu et qu'il faudra que tu gères. Tu vas avoir la maman qui vient te demander une prescription parce qu'elle n'en a plus. Et donc au final, oui,

je suis d'accord avec toi, un appel ce n'est pas beaucoup, mais un appel dans ta journée, comme le kiné qui va avoir ses patients. Ben cet appel là des fois tu ne le prends pas parce que c'est le rush, et t'as même pas ces trente secondes, t'es tellement dans le rush que tu ne prends pas.

M1 -

C'est très, c'est très français. On nous a fait coder un BDK. Puisqu'on parle de l'oral, est-ce qu'il n'y a pas eu une idée de cotation d'une réunion orale ? Multidisciplinaire qui aurait pu être codée ? Et qui aurait pu correspondre à un BDK, ce BDK qui est peu, finalement peu constructif. Est-ce qu'on n'aurait pas pu coder une réunion multidisciplinaire, kiné, une fois par mois où tu discutes pendant une demi-heure ? Tu la formalise sous forme d'une réunion, voilà, comme on peut formaliser un papier et qui remplacerait cette forme écrite de bilan qui sert à pas grand-chose.

Réunion pluridisciplinaire. Vous pouvez préciser ce terme ? Enfin...

Réunion pluridisciplinaire, enfin réunion kiné – médecin.

Ouais.

On pourrait dire une demi-heure par mois. Alors le problème c'est la diversité des kinés qui participent, c'est la rigueur des participants. Mais pourquoi une réunion orale est forcément inférieure à un document écrit ? Dans la tête des gens qui prévoient l'organisation.

Après oral, téléphone c'est oral mais on ne se voit pas et la réunion on se connaît, on se voit.

Ouais.

K1 -

Juste pour rebondir avant. Nous, moi le premier, il y a encore quelques temps, je vous aurai appelé que parce qu'il y a un problème, voilà. Vraiment le problème qui me faisait dire il faut que j'appelle. Mais là aujourd'hui, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, ils nous demandent maintenant d'envoyer systématiquement un bilan. Alors qu'est-ce qu'on va faire ? Est-ce qu'on va envoyer ce papier synthétique ou alors est-ce qu'on va appeler tous les jours le généraliste et c'est une obligation. Qu'est-ce qu'on va faire ?

K2 -

Aujourd'hui on est obligé, de toute manière c'est comme ça, la traçabilité quelle qu'elle soit, que ça soit en libéral ou à la clinique, puisque là à la clinique c'est tous les jours. Pareil en EHPAD, etc. Aujourd'hui, légalement, on est obligé d'avoir cette traçabilité. Alors, je voulais rebondir par rapport à ce que tu disais. Je pense que l'avenir est sur les maisons pluridisciplinaires, qu'elles soient privées ou publiques. Et à ce moment-là dans les maisons pluridisciplinaires publiques il y a des cites, je ne connais plus exactement le terme juridique, et là les réunions sont prévues et sont financées. Voilà, c'est obligatoire. Et après derrière je voulais juste rebondir par rapport à ce que disait M2 tout à l'heure. Effectivement, moi ça m'est arrivé en début de carrière de me faire piéger par un ou deux patients qui a fait, et j'ai accepté bêtement, je l'ai fait deux fois et ça a été terminé ; et je pense qu'il ne faut absolument pas que le kiné fasse surtout, il faut cadrer la relation par rapport au fait que le patient n'a pas à commencer sa rééducation même s'il est sportif et qu'il se connaît par cœur, avant que le médecin ait fait l'ordonnance. Voilà ! C'est une chose qui à mon avis est glissante et peut entraîner des problèmes relationnels entre le kiné et le médecin. Je pense que la coopération elle est fondamentale. On le vit dans notre exercice. Même si toi t'as pas de médecin , je pense quand même que quand t'as un problème tu téléphones.

K1 –

Non, on communique par téléphone.

K2 -

Ben voilà !

K1 -

Très clairement c'est par téléphone. Mais de visu très rarement je les croise les médecins généralistes.

K2 -

A domicile ?

K1 -

Ouais, de temps en temps à domicile, aux EHPAD. Mais sinon quand il y a un souci on appelle. C'est le seul moment où vraiment il y a...

K2 -

En fait, effectivement, je pense que les réunions orales elles sont géniales quand on peut se croiser. Alors, c'est vrai qu'effectivement en reproduire, comme on a fait ce soir, une fois par mois, ou tous les deux mois ou tous les trois mois, parce que je pense, en faisant tourner, voilà. Et après derrière le BDK pour nous il est fondamental, parce que de toute manière la

séculaire le veut. Et moi je pense, à travers ce que vous nous avez dit tout à l'heure, qu'il va falloir qu'on le synthétise avec des mots très simples, et je pense qu'il faut qu'on ait un langage commun. Et là il va falloir l'inventer. Alors, soit avec des logiciels, en demandant au logiciel métier de prévoir, avec une équipe de médecins, une équipe de kinés des mots qui vont pouvoir... parce que notre langage de rééducation est relativement technique. Et je pense que il faudra prévoir la douleur, les progrès, voilà... les attentes du patient, effectivement, qu'on a tous... et puis derrière ben...

M2 -

La reprise de l'activité.

K2 -

Voilà !

M2 -

C'est fondamental pour nous.

K2 -

Ça c'est le protocole dont je parlais tout à l'heure.

M2 -

Nous. Je peux reprendre ?

RIRES.

K2 -

Là je rejoins complètement, effectivement, là on est dans des protocoles, c'est-à-dire, sur le déchirement musculaire ben on sait que c'est 7 semaines, on sait que sur une ligamentoplastie, d'ailleurs les dernières, de genou, les dernières études disent que si on fait démarrer trop tôt le sport, et ben une fragilité du greffon et donc il vaut mieux à telle période. Et là aujourd'hui qu'on soit sur une pathologie opérée ou bien une pathologie plus simple, on a quand même globalement des tests et on va aller au fur et à mesure de la rééducation solliciter, voir dire ok, et là vous allez y aller progressivement. Parce que c'est ce qui se produit quand on a un patient qui a une déchirure musculaire, moi je lui dis : attention ! Vous allez redémarrer, c'est un quart d'heure et pas plus, si jamais vous ressentez quoi que ce soit, c'est STOP, etc. etc.

M3 -

Après, moi la question que j'aimerais poser : est-ce-que vraiment le BDK, actuellement, a permis d'améliorer la prise en charge du patient ? Parce qu'au final concrètement, le centre, le sujet principal c'est quand même le patient. Donc-moi si on me demande de faire un travail, le but du travail c'est d'améliorer la prise en charge du patient. Je ne suis pas sûr que concrètement, je ne pense pas que ça puisse faire comme une sorte d'étude ; mais est-ce-que le BDK, il n'y avait pas le BDK il y 10 ans, ou 20 ans ; est-ce-que le fait de faire un BDK maintenant, le patient est mieux pris en charge, diminue son temps de rééducation ? Je n'en suis pas persuadé. Donc au final si on y réfléchit, on rajoute un travail de traçabilité, mais concrètement le patient, est-ce-que le patient a souffert de l'absence de ce BDK ? Je n'en suis

pas persuadé. Et est-ce que ça lui améliore... je n'en suis pas persuadé non plus. Au final, ça remet quand même beaucoup en question, oui, une traçabilité, je suis d'accord, mais concrètement quand même la base pour qui le médecin travaille ou le kiné travaille, on travaille pour le patient, mais on ne travaille pas pour une traçabilité. Alors, oui on a des comptes à rendre, mais malgré tout je ne suis pas sûr que ce BDK avantage...

K1 -

Le BDK il a juste joué un rôle au niveau du délai de traitement. Parce que par exemple, pour nous une entorse de cheville, si c'est une CIM-10 c'est autant de semaines, si c'est une entorse de grade 1, et voilà. C'est juste qu'on bosse parce qu'on a aussi des protocoles et on sait en faisant notre bilan, vu que l'ordonnance, normalement, maintenant arrive sans nombre de séances, on peut lire, voilà je regarde mon ordinateur, il faudra 10 séances. Et il pourra reprendre le sport à telle date, ou l'activité. C'est juste sur les délais que ça nous aide, même si normalement avant on le faisait de tête, mais voilà, ce n'était pas aussi encadré. Parce que normalement on doit suivre aussi les recommandations de l'HAS.

K2 -

Effectivement je pense que ça n'a rien apporté au patient. C'est une certitude. Là aujourd'hui, je retombe sur ce que disait M1 tout à l'heure, aujourd'hui pour moi le BDK, effectivement, c'est un petit peu de la traçabilité et du flicage ; et on s'en rend vraiment, vraiment compte au moment où la sécu nous explique qu'en Corrèze pour soigner telle pathologie il faut 8 séances et que à Montpellier ou à Nice pour soigner la même pathologie il faut 45 séances. Voilà ! On est vraiment là-dedans, parce que, et on l'entend, vous l'avez entendu comme moi, pour je ne sais plus quelle pathologie récemment, je l'ai entendu à la radio il y a deux jours par la Ministre

de la Santé qui disait que telle pathologie prise en charge à tel endroit c'était tant de trucs et à un autre endroit...

M3 -

Sauf que, quand je leur dis oui c'est très bien de comparer, sauf qu'ils ne comparent pas le bassin social. C'est-à-dire que oui un lumbago chez un cadre, je caricature, du 6^o arrondissement, ça ne sera pas pareil de travailler la même lombalgie si c'est un mec du BTP et il a 20 ans de BTP derrière lui. Ce sera pas du tout pareil, on n'aura pas le même nombre de séances. Et donc c'est ce que je dis à chaque fois à la sécu avec leurs contrôles, c'est qu'au final ils ne prennent jamais en considération la population, le type de population qu'ils ont et le type de population que le kiné a ou que le médecin a. Parce que le médecin de Montpellier n'a pas le même type de population que le médecin qui est perdu dans la pampa avec qu'une zone rurale avec des gens qui travaillent, qui sont des agriculteurs, du BTP, et c'est pas du tout la même population, donc c'est pas du tout le même type de pathologie. Et donc au final on compare les zones alors que c'est impossible de comparer. Comme nous à Gruissan on nous dit, mais vous donnez trop d'antibiotiques. Oui mais, sauf que les antibiotiques si tu regardes c'est de l'Oflocet auriculaire parce que tout l'été on a 10 otites externes par jour. Voilà ! Donc oui j'explode mes taux d'antibiotiques, mais parce que c'est des Oflocet auriculaires. Ils ne regardent pas plus. Et c'est ça le problème du contrôle. Ils ne prennent pas en plus le cadre social. Si tu ne prends pas le patient, il y a une pathologie mais derrière il y a aussi un cadre social, professionnel où la pathologie n'est pas la même.

K2 -

Je suis tout à fait d'accord avec toi. Et en fait ça c'est quelque chose où on était assez content de pouvoir travailler au niveau des URPS, parce que comme je vous ai expliqué tout à l'heure, il y en a 10. Et donc en fait on a créé des comités de pilotage entre URPS. Ça a permis d'avoir des discussions, un petit peu ce qu'on fait ce soir, entre kinés, médecins, infirmières, son rôle, et on se rend compte à ce moment-là qu'effectivement la sécu elle a des objectifs financiers et qu'elle fait n'importe quoi dans pleins de domaines. Donc effectivement, moi je pense que

la chose la plus fondamentale aujourd'hui, ben c'est le dialogue. Et le dialogue, bon je pense qu'il est fondamental, on l'a dit, il est très important. Qu'il soit oral ou écrit. Nous on a cette obligation aujourd'hui par rapport à la sécu de faire ce DBK, de le facturer, de l'avoir dans l'ordinateur. On l'envoie, on ne l'envoie pas, mais peu importe. De toute manière aujourd'hui on nous demande de l'envoyer. Donc demain il sera sur la messagerie sécurisée. Vous le lirez, vous ne le lirez pas. Il sera quand même là si jamais un jour il y a besoin d'aller le consulter, vous pourrez le consulter, moi je pense que c'est le plus important. Mais c'est vrai que on ne les changera pas. C'est-à-dire que quel que soit, moi ce que je pense qui est très très important c'est de garder le contact, et ça je pense qu'on ne l'a pas perdu.

M2 -

Moi pour reprendre un peu tout ça, si on fait un peu le point, franchement, alors je ne vais pas envoyer des fleurs à ce qu'on a fait à Gruissan, mais ça peut se faire au sein d'un pôle de santé. C'est-à-dire qu'on n'est pas obligé d'être les uns contre les autres pour mieux communiquer ; pour relier tout ça nous avec le logiciel qu'on a, d'abord on est au même endroit, donc du coup on se croise régulièrement. Le visu et l'oral on l'a et on peut dire que le kiné qui descend, ou nous qui montons, c'est tous les jours quoi, donc en gros on l'a. Le fait de travailler ensemble déjà, on récupère déjà en termes de communication ces fameux coups de téléphone, etc. Bien. Premier point. Deuxième point, on a un logiciel qui nous permet de, si on est éloigné, par exemple, on oublie la maison de santé, on fait un pôle de santé, on se réunit, on met en commun les moyens. Avec le logiciel comme celui qu'on a, au lieu de se téléphoner, en e-mails on a une note qui apparaît en rouge sur son logiciel pendant qu'on consulte un autre patient, il y a un bip bip bip, le kiné untel qui m'envoie un message. Quand t'as fini ton patient, tu lis ton mail : Madame un tel ne va pas bien. Voilà, très bien ! Je pense qu'il faut faire ça, je pense qu'il faut lui faire cet examen-là, je te l'envoie en consultation. Clac ! On résout le second problème. Et après il y a aussi évidemment le BDK et le retour avec le patient qui vient te voir avec le BDK qui dit écoute là ça merde, regarde qu'est-ce-que t'en penses, etc. etc., ou au contraire c'est fini. La pluridisciplinarité ; si on était une maison médicale exemplaire, on ne le fait pas forcément pour l'instant, nous y arriverons, mais peut-être on n'avait pas les acteurs qu'il fallait à un certain moment, on risque de les avoir bientôt ; une

réunion de temps en temps, si on est en public en plus, c'est rémunéré. Si on fait vraiment partie, et bien on ne se réunit pas là le soir comme ça, ça fait partie d'un forfait qui permet d'avoir 50.000 euros pour une maison pluridisciplinaire ou un pôle de santé et qui permet de payer la secrétaire, le machin, le truc, justement cette fameuse personne qui va être l'interface entre toi et moi au moment où on se cherche. Si y'a pas de secrétaire tu ne chopes pas le médecin, si t'as pas de secrétaire on ne te chope pas, donc forcément c'est toujours pareil, on revient avec la même histoire. Une mise en commun de moyens au sein d'un pôle santé, si on est éclaté. Au sein d'une maison de santé, puisqu'il y a une secrétaire qui va faire le relais, ou un logiciel, et une présence pour notre part. Et en plus si on n'est pas présent, une réunion de temps en temps, est, là aussi, rémunérée. Ça existe déjà ça, c'est les pôles de santé, avec une SISA, et on se réunit. Les réunions pluridisciplinaires font partie des critères qu'il faut pour avoir les sous et dans ces 50.000 euros t'es bien content de les avoir pour payer ton système. Donc c'est la mutualisation, c'est les agglos pour les mairies. L'objectif il est là quoi. Il faut qu'on soit réunis, plus forts, plus communicants. Nous à Gruissan en tout cas, on n'a pas fini avec les kinés, là pour l'instant je ne fais pas le malin parce qu'on ne l'a pas fait ; avec les infirmiers oui, mais pas encore avec les kinés, alors que ça fait 4 ans, bon voilà. Mais bon à un moment il fallait qu'il y ait les personnes qu'il faut. Ça va se faire. Et c'est vrai qu'un petit truc, un « pop pop » sur ton mail, t'es en train de faire ton autre patient, d'un seul coup « tut tut tut », il y a un tel qui t'envoie un message, tu cliques dessus. Je viens de voir Madame untel, elle a une sciatique paralysante, bouge-toi, prends là moi entre deux, faut lui faire une IRM à la BI. Tu la prends, c'est génial ! Et une soirée de temps en temps, et du coup on multiplie les modes de communication, affaire classée quoi !

C'est une bonne solution pour se rapprocher du système hospitalier.

Voilà ! Et en plus c'est plus sympa, c'est plus funky, on discute, on n'est pas isolé.

O-

M2, a commencé, très bien ! Pour clôturer peut-être chacun peut donner son opinion, sur les propositions qui conviennent pour améliorer la communication pour les patients comme l'a dit M3, en gardant quand même l'intérêt principal, l'intérêt du patient. Les contraintes administratives des uns et des autres ; si je retiens la proposition de M2, il y a l'unité de lieu,

il y a le logiciel commun de travail et si on peut encore faire mieux, la réunion pluridisciplinaire.

On peut continuer peut-être, K3, qu'est-ce-que tu dirais pour un autre bassin de population puisque chacun a ses particularités aussi de travail. Moins d'unités de lieu que chez M2.

K3 -

C'est ça. Donc en milieu rural.

O-

Qu'est-ce-que toi tu aimerais finalement de plus pour que la prise en charge des patients se fasse mieux ?

K3 -

Moi je pense que les communications en milieu rural, communications de visu, donc une réunion qu'elle soit mensuelle, après il faut voir quelle est la fréquence pour être très intéressante, enrichissante, ça c'est sûr. Parce qu'en plus ça permet de connaître la personne, ça permet d'avoir du contact, de pouvoir après s'autoriser aussi. Moi franchement plusieurs fois même au téléphone on appelle et on n'a pas de réponse du médecin, du coup la communication est un peu... en fait elle n'est pas créée quoi. Je ne suis pas dans le même contexte que vous, après je ne suis pas installé, donc je n'ai pas fait ce que tu disais : la démarche moi d'aller rencontrer les médecins, c'est vrai que je ne suis pas dans le même contexte. Mais je pense qu'en milieu rural, le fait de regrouper les praticiens ça pourrait être une option. Et après le logiciel, pour avoir fait des remplacements où ça existait, c'était super. Logiciel qui mettait en commun l'historique du patient et puis ce qui avait été fait, c'était tout à fait opérationnel. Voilà.

M3 -

Non, je pense que tout a été dit. C'est vrai que l'oral je pense que c'est ce qu'il y a de mieux. Après on a tous, nous on a de la chance a parce que c'est une petite ville, mais en fait c'est un village, donc on se croise. Narbonne c'est quand même plus grand, comme tu dis, je pense quand tu travailles avec le médecin d'un côté, mais je pense que tu dois avoir des patients quand le médecin est de l'autre côté de la ville ça va être plus compliqué de le rencontrer, parce que ce n'est pas pareil. Peut-être si tu le rencontres le dimanche ne t'auras pas envie de lui parler et toi non plus t'auras pas envie de parler du patient que t'as vu la veille ou l'avant veille, parce que t'as travaillé, t'as envie de profiter. C'est vrai la communication c'est bien, après l'avantage du logiciel permet d'avoir cette interactivité plus rapide. Et après la réunion c'est bien, mais c'est vrai que l'inconvénient, je pense c'est bien quand tu es dans une zone rurale, parce que les intervenants sont peu. Ça va être deux, trois médecins, deux, trois kinés. Après Narbonne, franchement faire des réunions, même à Narbonne où il y a, on est combien ? Il y a 40.000, 50.000 habitants ?

55.000.

Je pense que c'est compliqué, je pense qu'un médecin doit avoir au moins une quinzaine de kinés, donc ça veut dire que là tu travailles même plus, tu fais des réunions toute la journée. Je pense que le bon c'est quand même le logiciel. C'est vrai que le logiciel il y a cette rapidité d'exécution. Si le kiné t'envoie, voilà pour la lombosciatique, franchement il y a un truc qui ne va pas parce qu'au niveau de l'extenseur il n'y avait pas de déficit et là j'ai un petit déficit de l'extenseur, ce n'est pas normal, peut-être faire une imagerie. Hop ! Déjà ! Ok. Tu l'as vu quand ? Ce matin. Le petit mail via le logiciel informatisé t'envoie cette urgence. Tu parles, tu prends ton téléphone, tu l'appelles sur son portable. Ça va être un peu plus rapide, après tu vas voir la secrétaire, tu fais le nécessaire. C'est vrai que je pense le logiciel c'est un peu la base maintenant, parce qu'il y a cette traçabilité, donc ça plaît à la sécu, ça plaît à tout le monde, il y a le côté médico-légal, donc c'est top. Et après il y a ce côté très rapide, c'est

interactif, c'est immédiat, donc je pense ça peut aussi résoudre le problème des grandes villes, parce que nous à Gruissan c'est un village. Et Peyriac-sur-Mer je pense c'est pareil, c'est cet avantage là aussi, ça a des inconvénients, mais l'avantage c'est qu'on se connaît tellement que c'est plus facile d'interagir.

M1 -

Il y a un gros débat sur le BDK, c'est le côté psychologique du patient, je pense vous avez un métier par rapport au corps bien particulier sur lequel on n'a pas peut-être pas accès et comment faire passer sur un document écrit le ressenti psychologique du patient vis-à-vis d'une pathologie, vis-à-vis d'une évolution ? Et les freins qui peuvent être non-mécaniques, non-organiques à une reprise d'activité, et ça sur un papier c'est totalement impossible.

Tu veux dire, il est psy, il fait chier, il veut pas travailler ?

Non, non, il est en souffrance, il va avoir du mal, et ça risque de prendre du temps.

K2 -

C'est vrai. Pour rebondir à ce que tu viens de dire, effectivement, c'est quelque chose qui est très difficile à noter sur un papier c'est mieux de communiquer oralement comme dit M2, il fait chier, ou alors il fait la comédie. C'est très difficile de l'écrire je pense. C'est peut-être ce qu'aujourd'hui la sécu, à travers le BDK, aimerait pouvoir faire tomber mais elle ne pourra pas le faire tomber parce que c'est assez compliqué. Par rapport à ça effectivement, je pense que le logiciel c'est vraiment l'élément pour moi le plus pratique, parce que c'est plus rapide, ça permet vraiment un gain de temps, d'être concis, voilà ! Je pense qu'il y a une chose qui est importante, et K3 a raison, il faut pas faire 36 milles réunions mais un par an c'est bien parce que ça permet d'avoir un visuel, les gens changent, mais c'est quelque chose d'important.

Il se passe quoi à cette réunion ?

Ça permet de pouvoir faire un tour de table. Il faut arriver à caler un temps avant d'attaquer la réunion, sinon ça déborde. Mais ça permet de pouvoir faire un tour de table, et puis pouvoir évacuer, comme disait M2 tout à l'heure, quand t'as le patient qui va directement voir le kiné, hop ! Et là tu dis non ça ça me plaît pas. Voilà, ça permet de pouvoir évacuer très rapidement des problèmes qui ne doivent pas exister. Parce que je pense que c'est des bêtises et ce sont des choses qui sont fondamentales mais c'est une erreur de jeunesse de la part du collègue, je ne vois pas d'autre explication, voilà. Il doit dire non à son patient.

M3 -

Ce qui est intéressant c'est de comprendre aussi comment l'autre travaille. Le kiné, à part être passé, quand t'es externe, en stage de rhumato dans le service de rééducation, je n'ai jamais fait, je n'ai jamais vu comment travaillait un kiné. Donc déjà tu ne l'as pas vu en milieu hospitalier, là t'es en milieu libéral, et tu sais pas. A part, si, les seules fois où tu apprends c'est parce que personnellement je me suis pétié les croisés, et donc j'ai fait 6 mois de kiné, donc j'ai su comment travaillait un kiné. Mais si tu ne vas pas chez le kiné tu ne sais pas comment il travaille. Donc c'est vrai que des fois, comme M2 disait, le sportif qui va régulièrement chez le kiné, ben il connaît son corps, il sait les appareils, il sait comment travaille le kiné. Et c'est vrai que le fait de faire des réunions : au fait, tu fais quoi à partir du 4ème mois sur un ligament croisé ? Tu bosses comment ? Tu fais quoi ? C'est vrai que c'est intéressant parce que ça permet aussi, je ne pense pas qu'il y a de meilleure façon que d'autres, mais des fois sur quelque chose t'es pas d'accord. Toi tu fais, un kiné va plutôt favoriser ça, l'autre pareil. Donc ça permet aussi de comprendre pourquoi l'un ne l'a pas fait, l'autre l'a fait. Ça permet de comprendre. Je trouve que c'est bien aussi de savoir comment le kiné a l'habitude de travailler parce que ben, quand tu vas poser des questions au médecin : alors vous en êtes où ? Ah oui, il a l'habitude de faire comme ça. C'est vrai c'est intéressant de savoir comment on fait la rééducation. Parce que quand t'es kiné, quand t'es médecin, ben personnellement c'est intéressant quand même de savoir. Sans obligatoirement, on n'est pas médecin rééducateur

parce que c'est 5 ans de spécialité, mais de savoir, d'avoir quelques notions, quoi. Voilà, à quoi servent les électrodes, non mais, c'est intéressant. Un peu moins être idiot face au patient.

K2 -

C'est vrai que c'est quelque chose qu'avec du recul, c'est pour ça d'ailleurs qu'aujourd'hui, j'ai eu cette chance de travailler en clinique, et je continue à travailler en clinique parce que je me suis rendu compte que je travaillais au contact des spécialistes, ils me voyaient travailler. Et effectivement c'est quelque chose que je n'avais pas avec le médecin libéral parce que on n'a pas le temps. Donc je pense que c'est très important ce que tu as dit. Après il y a plein de méthodes pour soigner un patient et l'important c'est le résultat. Et c'est la richesse de nos métiers ; parce que ce que je dis toujours à mes patients ; des patients qui me disent : mais votre collègue il m'a fait ça. Oui mais écoutez, on a des formations différentes, il y a plein de formations pour soigner une pathologie, l'important c'est les progrès que vous avez fait et grâce à cette richesse de traitements vous allez avoir un résultat qui va être plus approfondi. Mais pour 10 kinés vous aurez 10 traitements différents. Le plus important c'est la finalité et c'est qu'en 10 séances ben les 10 kinés qui vous ont traités de 10 façons différentes, ils arrivent au même niveau.

Juste, vous avez travaillé dans le milieu hospitalier, entre-guillemets, et libéral. Quelle est la différence et est-ce-que l'hôpital est un exemple ou non pour le libéral ?

K2 -

En fait l'exercice hospitalier ça va être l'hôpital et après vous avez la clinique privée. Ça se rejoint quand même beaucoup. La seule différence, si vous voulez, ça va être que le kiné à l'hôpital il va faire 35 heures, alors que le kiné en libéral il va faire comme vous médecins généralistes, il va faire beaucoup plus. Après l'activité elle va être la même. Mais moi ce que

j'ai beaucoup aimé et ce que j'aime toujours dans mon exercice quotidien à l'hôpital ou à la clinique c'est de pouvoir travailler en contact avec les médecins. C'est-à-dire que je vais travailler en équipe, parce que l'infirmière est passée juste avant moi, je vais arriver, je vais poser des questions en lui disant : ben ce malade qu'est-ce-qu'il a ce matin ? Hier il y a eu ça, etc. etc. Après je vais croiser le spécialiste et là le spécialiste il va me dire, ben écoute la saturation n'est pas bonne, ou alors là il y a de l'œdème, qu'est-ce-que tu en penses ? Est-ce-qu'il faudrait faire si, est-ce-qu'il faudrait faire ça ? Ou alors nous on va lui poser une question. Il y a cette interaction immédiate. C'est-à-dire le fait de pouvoir croiser le kiné le soir, quand on travail c'est la chance d'avoir un kiné dans le cabinet.

Comme en campagne, ça se ressemble.

Mais effectivement à la clinique ou à l'hôpital, c'est ce contact de suite où l'on va avoir la réponse instantanée quoi.

Ce qu'on essaie de créer dans les maisons pluridisciplinaires.

C'est pour ça de toute manière, aujourd'hui je pense que c'est l'avenir et l'ARS et le gouvernement l'ont compris et aujourd'hui de toute manière devant la réduction du nombre de médecins, on le voit, que ça soit à la campagne ou même en ville. Au mois de décembre au niveau de la ville de Toulouse, dans la couronne du centre ville de Toulouse l'ARS a réuni, avec le Conseil de l'Ordre, les kinésithérapeutes en disant qu'ils allaient faire des maisons pluridisciplinaires parce qu'ils ont une baisse des médecins de l'ordre de 30 % ou 50 %, je ne sais plus combien j'ai entendu. Et donc ils vont créer ces maisons et ils vont regrouper pour pouvoir...Voilà.

On a un peu le même problème à Narbonne. A Narbonne aujourd'hui il y a énormément de départ à la retraite de médecins généralistes qui n'ont pas été remplacés.

M3 -

On était à 57 en 2005, on est à 28.

Et donc les propositions pour améliorer les relations interprofessionnelles.

K1 -

Ouais, je pense pareil que tout a été dit, grosso modo. Et peut-être pour revenir à mon cas, où même si je travaille avec beaucoup de généralistes même en dehors Narbonne. Mais c'est vrai, comme je disais, j'ai une grosse patientèle qui vient du généraliste qui est à proximité de mon cabinet, peut-être organiser, ça serait peut-être intéressant d'organiser une fois par an, avec les autres kinés qui sont pas loin de moi, une réunion pour voir la façon de communiquer avec ce généraliste et qu'est-ce qu'il attend de nous. Sachant qu'on a aussi, minimum on va dire pour 10 séances, on va passer à 30 minutes la séance, on va passer 5 heures quand même avec le patient ; donc on a une relation particulière avec le patient. Donc on a un gros rôle d'information. Donc on est un acteur de santé qui peut avertir. Notamment moi, par exemple, je le fais, pour rebondir à ce que tu disais, M2, tout à l'heure, combien de fois les patients ils me disent : ah, mais voyez j'ai encore mal, vous ne pensez pas que je devrais aller faire une IRM, ou une écho ? Je leur dis, mais attendez, il y a quand même un diagnostic qui a été posé, l'imagerie est là seulement pour renforcer le diagnostic, je dis. Le diagnostic il prime sur l'imagerie, je dis. Donc laissez continuer les séances de kiné, on n'a pas fini, faites ce que le médecin vous a dit et après on verra. Et que ça soit pour ça ou d'autres choses ou même pour déceler des problèmes de santé, ensuite réorienter chez le généraliste, on a un gros rôle à jouer là-dessus. Donc la communication elle est vraiment primordiale entre le médecin et le thérapeute.

M2 -

Je trouve que c'est vachement important ce que tu viens de dire K1, parce que vous avez le temps, que souvent nous n'avons pas. Vous avez la durée d'une relation, c'est d'ailleurs toute la difficulté de notre métier, parce que nous ça dure 10 minutes, vous c'est 6 heures derrière. Mais c'est vrai que quand c'est quelqu'un de bien, c'est bien, quand c'est quelqu'un...voilà. Et c'est vrai que vous avez ce temps d'écoute qui peut être une force, oui, pour capter certaines choses. Mais là encore une fois, il s'agit du recueil de données, oui, mais après il faut donc pourvoir le communiquer et le mettre dans le bon ordre. Et c'est ça, à mon sens, c'est là qu'il faut communiquer de façon adéquate. Mais oui, sur le recueil de données, bien sûr tu as raison, absolument. Évidemment.

K1 -

M2, surtout sur les pathologies chroniques.

M2 -

Ah ouais, énorme, non c'est vrai ça.

K1 -

Et aussi pour M1, sur le rôle psychologique parce que... toujours pareil. Parfois ça permet même de déceler aussi les arrêts maladie un peu compliqués, parce qu'ils veulent rester dans leur schéma. C'est vrai qu'on passe énormément de temps, c'est un luxe que vous n'avez pas, malheureusement.

M2 -

Oui, oui. Pour le patient, c'est ce qui compte, c'est ça, c'est qu'il y a le temps de parole aussi et si on peut recueillir les données et les faire transmettre au médecin, qui souvent, malheureusement ne prend pas ou n'a pas le temps, souvent il n'a pas. Et bien c'est vrai, je

crois que oui, là on a le patient il est gagnant quoi, le patient il est vraiment gagnant. Là je trouve que c'est vachement important ce que tu viens de dire.

Très bien ! Bon ! On peut continuer encore les débats pendant des heures, mais... On va s'arrêter là ! On s'arrête là ? 10h30.

SERMENT D'HIPPOCRATE (15)

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Contexte : L'observatoire National de la démographie des professionnels de santé constate en 2009 que la relation entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute est « unilatérale et asymétrique ». L'échange se résume bien souvent à l'ordonnance de prescription. Ce constat amène à s'interroger sur la communication et les relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et kinésithérapeutes.

Objectifs : Premièrement, d'analyser l'interaction entre médecins généralistes et kinésithérapeutes et son influence sur la prise en charge des patients en soins primaires. Secondairement, de définir les pistes d'améliorations des relations interprofessionnelles et de qualité de soins.

Méthodes : Etude qualitative par focus groupes. Deux réunions ont été réalisées, le premier et les quinze février 2018 à la maison médicale de Narbonne à 20h. Le nombre de médecin et de kinésithérapeute était de trois dans chaque focus pour permettre un échange équilibré. Le débat était enregistré avec un magnétophone. L'animateur avec son guide d'entretien animait le débat. Le verbatim a été analysé de manière thématique.

Résultats : Le constat était : le manque de temps, une relation unilatérale, la méconnaissance du métier de l'autre, un langage différent, le manque de formation sur la prescription, l'ordonnance détaillée est une contrainte, le bilan diagnostic est administratif, le patient est source d'incompréhension. Les solutions étaient : travailler ensemble, faire confiance et favoriser l'autonomie du kinésithérapeute, simplifier l'ordonnance et le BDK, parler le même langage, développer les moyens de communications, les dossiers médicaux partagés, les réunions pluridisciplinaires, la formation médicale continue, les maisons de santé.

Conclusion :

Les relations entre médecin généraliste et kinésithérapeute sont à développer dans l'intérêt du patient. La multiplication des moyens de communication, des rencontres pluridisciplinaires, et le développement de maisons de santé sont des pistes. Travailler ensemble et faire confiance aux compétences de chacun.

MOTS CLES : Médecins généralistes, kinésithérapeutes, relations interprofessionnelles, échange, communication, maisons de santé pluridisciplinaires.