



HAL
open science

Amélioration des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseur-kinésithérapeutes : une approche qualitative auprès de professionnels de santé du Nord Finistère

Henri Giles

► To cite this version:

Henri Giles. Amélioration des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseur-kinésithérapeutes : une approche qualitative auprès de professionnels de santé du Nord Finistère. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03021227

HAL Id: dumas-03021227

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03021227>

Submitted on 24 Nov 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 - NoDerivatives 4.0 International License



INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

22 avenue Camille Desmoulins

29238 BREST CEDEX 3

Amélioration des relations
interprofessionnelles entre médecins
généralistes et masseur-kinésithérapeutes
: une approche qualitative auprès de
professionnels de santé du Nord Finistère.

GILES Henri

En vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute

Promotion 2016 - 2020

REMERCIEMENTS

Mes remerciements pour la réalisation de ce mémoire vont :

À Delphine, directrice émérite de ce mémoire : tes conseils m'ont guidé et permis d'aborder ce travail avec beaucoup plus de sérénité que je ne l'aurais espéré.

Je n'aurais probablement pas abordé cette thématique sans les journées de l'interprofessionnalité que vous avez présentées avec Marc, formateur à l'IFMK, merci à vous deux d'avoir su partager votre enthousiasme sur ce sujet,

Aux étudiants et professionnels des groupes nominaux : votre participation a été précieuse, vous faites preuve d'une envie et d'une énergie que je vous souhaite de conserver,

À l'équipe pédagogique de l'IFMK : pour votre investissement à 200% dans notre formation.

Remerciements particuliers à Ronan : j'ai été ravi de t'avoir pour mentor sur ces deux dernières années,

À Pierre et Jean-Pierre, médecins au conseil de l'ordre : vos conseils et réponses à mes interrogations ont été d'une grande aide, merci pour ces échanges stimulants,

Aux documentalistes de la bibliothèque universitaire : vous avez su répondre avec efficacité à mes nombreuses demandes de documents,

À ma famille : votre bienveillance et vos encouragements sur cette longue période ont été plus qu'aidants,

À ma femme : tu as juste été indispensable. Tu as été une source d'inspiration pour cette thématique de mémoire, mais tu m'as aussi conseillé, soutenu, relu et corrigé,

À mes filles, mes rayons de soleil : je suis tellement fier d'avoir partagé avec vous cette période estudiantine de ma vie. Je serai plus heureux encore d'être là pour partager d'autres moments, petits et grands, de votre vie.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	6
1 INTRODUCTION.....	7
1.1 Situation d'ancrage.....	7
1.2 Questionnement.....	7
2 CADRE CONCEPTUEL.....	8
2.1 Relation, communication, collaboration : de quoi parle-t-on ?.....	8
2.2 Le médecin généraliste	9
2.2.1 Formation.....	9
2.2.2 Compétences.....	9
2.2.3 Législation : droits et obligations	10
2.2.4 Pourquoi s'intéresser à la spécialité médecine générale ?	11
2.3 Le masseur-kinésithérapeute	12
2.3.1 Formation.....	12
2.3.2 Compétences.....	13
2.3.3 Législation : droits et obligations	14
2.4 Etat des lieux de l'interprofessionnalité.....	14
2.4.1 Les acteurs	15
2.4.2 Les moyens.....	15
3 PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	18
4 MATERIEL ET METHODES.....	19
4.1 Revue systématisée de la littérature.....	19
4.1.1 Recherche bibliographique.....	19
4.1.2 Collecte de données	20
4.1.3 Synthèse des données.....	21
4.2 La technique du groupe nominal	21
4.2.1 Recrutement des participants.....	21
4.2.2 Préalable à la séance de groupe nominal	22
4.2.3 Déroulement de l'entretien	23

4.2.4	Restitution des résultats.....	23
5	RESULTATS	25
5.1	Revue systématisée de la littérature.....	25
5.1.1	Recherche bibliographique.....	25
5.1.2	Synthèse des données.....	26
5.2	Groupes nominaux.....	38
5.2.1	Recrutement des participants.....	38
5.2.2	Préparation de la séance de groupe nominal	39
5.2.3	Résultats des entretiens.....	40
6	DISCUSSION	47
6.1	Retour sur les hypothèses.....	47
6.2	Discussion sur la méthode	48
6.2.1	Forces et limites de la revue systématisée de la littérature.....	48
6.2.2	Congruence de la revue de la littérature avec l'objectif du GN	48
6.2.3	Forces et limites de la Technique du Groupe Nominal	49
6.3	Discussion sur les résultats.....	49
6.3.1	Les énoncés plébiscités	50
6.3.2	Des résultats concrets.....	50
6.3.3	Des applications locales.....	50
6.3.4	Possibilités de transposition des résultats	51
6.4	Axes d'amélioration	52
6.4.1	L'animation.....	52
6.4.2	Le temps	52
6.4.3	Le recrutement.....	53
6.4.4	Réduction des biais.....	53
6.5	Projections	54
7	CONCLUSION.....	55
	BIBLIOGRAPHIE	56
	ANNEXES.....	I

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

BDD : Base De Données

BDK : Bilan Diagnostic Kinésithérapique

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

DMP : Dossier Médical Partagé

ECN : Épreuves Classantes Nationales

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GN : Groupe Nominal

HPST : loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFMK : Institut Français de Masso-Kinésithérapie

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

MG : Médecin Généraliste

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'État

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSS : Messagerie Sécurisée de Santé

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

TGN : Technique du Groupe Nominal

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

1 INTRODUCTION

1.1 Situation d'ancrage

En 2^e année à l'Institut Français de Masso-Kinésithérapie (IFMK) de Brest, pendant un cours, un intervenant médecin a souligné qu'il n'avait que très rarement des retours de la part des Masseur-Kinésithérapeutes Diplômés d'État (MKDE) concernant leur prise en charge de ses patients. Nous avons été sensibilisés quelques semaines plus tôt à l'interdisciplinarité et j'avais connaissance de l'obligation des MKDE à transmettre une fiche de synthèse au médecin traitant du patient (1). D'après cet intervenant, cette obligation n'est pas respectée dans la réalité. J'en ai parlé à mon médecin traitant qui fait le même constat. Il estime aussi que sa communication avec les MKDE est moins développée qu'avec d'autres paramédicaux comme les Infirmiers Diplômés d'État (IDE).

Je me suis alors intéressé à cette problématique du point de vue des MKDE. Spontanément, des intervenants MKDE exprimaient des difficultés pour contacter les médecins traitants des patients, considéraient les prescriptions inadaptées, trop restrictives ou manquant d'informations pour une bonne prise en charge du patient.

Ces témoignages sur les échanges entre médecins et MKDE m'ont fait prendre conscience de ces difficultés de communication. Or, j'envisage de pratiquer une activité libérale en ambulatoire et je ne conçois pas d'avoir des relations dégradées avec les autres professions de santé.

1.2 Questionnement

Les difficultés rapportées par ces quelques personnes rencontrées sont-elles spécifiques à notre ville, département, ce constat est-il national ? Est-ce que c'est structurel, spécifique à une activité libérale ? Est-ce que c'est culturel, spécifique à ces deux professions, lié à des préjugés ? Observe-t-on de meilleurs échanges avec des médecins non généralistes ou des MKDE spécialisés ? Quelles solutions peuvent être apportées ?

2 CADRE CONCEPTUEL

2.1 Relation, communication, collaboration : de quoi parle-t-on ?

Les moyens de **communication** sont en constante évolution, preuve en est que les techniques de communication sont intégrées aux formations des grandes écoles. La **collaboration** interprofessionnelle est un thème de plus en plus présent dans nos formations mais aussi dans les pratiques professionnelles, en France comme à l'international (2–7). L'abord de l'interprofessionnalité se fait aussi par l'étude des **aspects relationnels** entre les professionnels de santé (8–12).

Communiquer c'est "*Transmettre à quelqu'un un savoir, un don, faire qu'il ait ce savoir, ce don, cette qualité, etc.*" (définition du Larousse). En psychologie sociale, la communication est "*un des modes d'expression de la relation, un moyen à travers lequel les relations se construisent et se développent*" (13). Ce moyen fait passer un contenu d'un émetteur à un récepteur par un canal auditif, visuel, etc. Il existe de très nombreuses techniques de communication. Les techniques de communication directe peuvent se décliner en trois catégories : le verbal, le para-verbal et le non-verbal.

Collaborer c'est "*Travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions ; participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune*" (définition du Larousse). Dans le domaine de la santé, l'*œuvre commune* est la prise en charge du patient. Collaborer implique une communication mais laisse à chacun l'indépendance de son activité, contrairement à la coopération où les acteurs forment un groupe qui partage les tâches (14). La collaboration est donc une possibilité de relation entre les professionnels parmi d'autres (15).

La relation est un "*Lien d'interdépendance, d'interaction, d'analogie, etc.*" (définition du Larousse). En psychologie sociale, "*la relation est un concept qui met l'accent sur la nature dynamique des phénomènes sociaux*" (13). Deux formes principales de relation sont à distinguer : interpersonnelle et institutionnelle.

La relation interpersonnelle s'établit entre des personnes en fonction des sentiments qu'elles éprouvent. Elle dépend principalement de l'attrait physique, de la personnalité, des compétences et des points communs de chacun ; "*Les relations sociales et interpersonnelles se manifestent à la fois dans des comportements et dans des mécanismes cognitifs tels que les préjugés et stéréotypes*" (13).

Les relations institutionnelles sont organisées. La personne est, sans le vouloir, au centre d'un système d'échanges et doit adapter sa communication en fonction de sa

position sociale, selon des règles plus ou moins strictes. Ces relations sont plus impersonnelles et dépendent du rôle de chacun.

Certaines difficultés dans les échanges entre professionnels de santé peuvent être liées à leur communication, à leur façon de collaborer... mais pour se rapprocher au plus près de la réalité plutôt que des schémas théoriques, il est nécessaire de considérer le facteur humain à l'échelle de l'individu. Ce sont donc les relations entre ces personnes qui intéressent la problématique de ce travail.

2.2 Le médecin généraliste

2.2.1 Formation

La durée de formation des médecins varie de 9 à 11 ans selon les spécialités et comporte 3 cycles. Jusqu'à la fin de l'année scolaire 2019-2020, l'entrée dans le cursus de médecine se faisait par concours à l'issue de la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES). Deux années de formation générale en sciences médicales viennent compléter ce 1^{er} cycle. Le Parcours Spécifique "Accès Santé" (PASS) remplacera ensuite le système de PACES et proposera un cursus de Licence "Accès Santé" en parallèle de ce 1^{er} cycle. Le 2^e cycle constitue trois années de formation approfondie en sciences médicales. Le 3^e cycle correspondant à l'internat, est subordonné au passage des Épreuves Classantes Nationales (ECN).

Depuis 2004, la connaissance de la masso-kinésithérapie a été intégrée à la formation des médecins dans le programme des ECN (2^e cycle) dans un item nommé "*Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie*". Il s'agit de l'item n°53 du module 4, remplacé depuis 2016 par l'item n°118 de l'Unité d'Enseignement 5 (16).

À la faculté de médecine de Brest, des journées de rencontres interprofessionnelles sont organisées entre des internes en médecine, les étudiants infirmiers et étudiants masseur-kinésithérapeutes de Brest (17).

2.2.2 Compétences

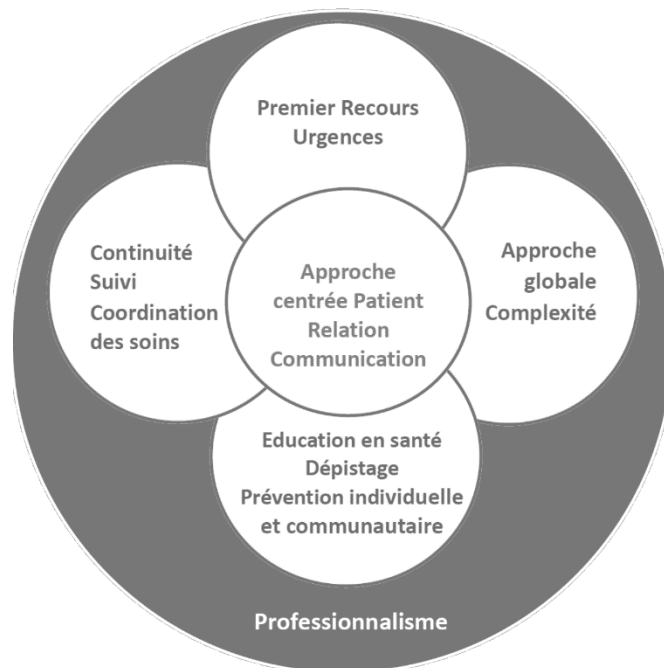
Dans le système de santé français, le médecin généraliste (MG) est le coordinateur des soins de ses patients. La **coordination** est une des 6 compétences du MG (*Figure 1*). Elle implique un suivi du parcours de soins du patient et une collaboration avec les acteurs de santé et médico-sociaux intervenant dans ce parcours. Cette compétence est complétée par la **compétence relationnelle**, centrée sur le patient, qui

se traduit par la capacité du MG à échanger avec l'ensemble des acteurs de santé et médico-sociaux engagés dans sa prise en charge.

Le **professionnalisme** englobe les autres compétences et concerne plusieurs notions relatives à l'interprofessionnalité : confidentialité, formation, gestion du temps, de son outil de travail, des ressources de soins (18).

Figure 1. "Marguerite" des 6 compétences génériques du médecin généraliste

Source : d'après Attali C, Bail P, groupe "niveaux de compétences"
du Collège National des Généralistes Enseignants



2.2.3 Législation : droits et obligations

Des articles du Code de la Santé Publique (CSP) régissent les relations entre professionnels de santé :

Selon l'article R4127-4 du CSP (19), "*Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.*". Toute profession de santé est soumise au secret professionnel. Le respect de cette loi est parfois un frein dans l'échange d'informations pour la coordination des soins. Cet article vient compléter l'article L1110-4 (20), plus général sur le respect de la vie privée et le secret des informations d'une personne accueillie en milieu médico-social.

Selon l'article R4127-33 du CSP (21), "*Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés.*". Le médecin peut s'appuyer sur d'autres professionnels pour élaborer son diagnostic, dont le MKDE, par la réalisation d'un Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK).

Selon l'article R4127-68 du CSP (22), "*Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient. Avec l'accord du patient, le médecin échange avec eux les informations utiles à leur intervention.*". Cet article vient compléter le R4127-4 concernant le secret professionnel et permet de faciliter l'échange d'information avec l'accord du patient. D'un autre côté cet article impose une ouverture du médecin à tout collaborateur dans le projet de soin du patient, le choix du patient primant sur les préférences du médecin.

Selon l'article 4 de l'arrêté du 6 janvier 1962, modifié par l'article 1 de l'arrêté du 22 février 2000 (23), "*Peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative : (...)*". Les mots "*qualitative et quantitative*", initialement accolés à la "*prescription*", ont été supprimés. Ils ne sont pas mis en négation, les MG restent donc libres de préciser le nombre de séances (quantitatif) ou le détail des soins à réaliser (qualitatif) sur une prescription de masso-kinésithérapie s'ils le jugent utile.

Dans le Code de la Sécurité Sociale (CSS), l'article R161-45 vient préciser les éléments d'une ordonnance (24). En accord avec la législation du CSP concernant le secret des informations, il est précisé que le diagnostic du patient ne doit pas figurer sur une prescription de masso-kinésithérapie. Pour préciser ce type d'informations, le médecin est tenu de rédiger un courrier à destination du professionnel de santé concerné, en accompagnement de l'ordonnance.

2.2.4 Pourquoi s'intéresser à la spécialité médecine générale ?

Les prescriptions d'acte de masso-kinésithérapie sont en très grande majorité réalisées par des médecins généralistes et cette proportion s'accroît depuis les années 2000 (*Figure 2* **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Parallèlement, les médecins rhumatologues et orthopédistes en prescrivent moins (*Tableau 1*) et cette prescription est en diminution pour les rhumatologues.

Figure 2. Proportion des médecins généralistes dans le total prescrit de masso-kinésithérapie (en %). Source : IRDES – écosanté

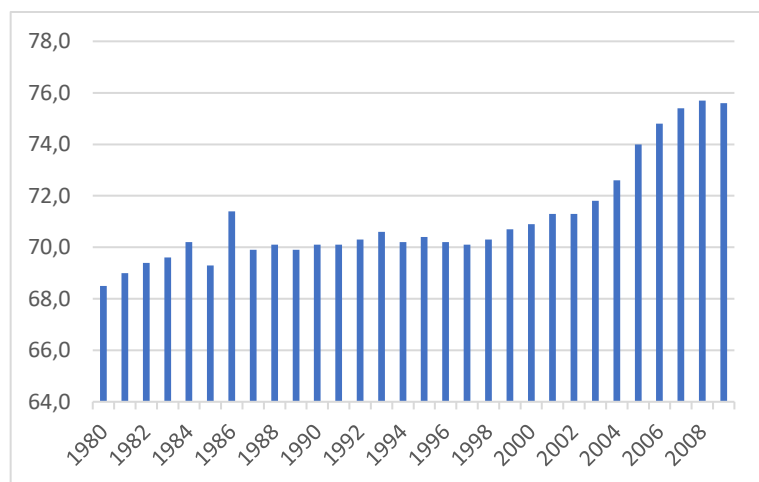


Tableau 1. Proportion des spécialités dans le total prescrit de masso-kinésithérapie (en %)

Source : IRDES – écosanté – données 2009

	Proportion dans la prescription de masso-kinésithérapie
Médecins généralistes	75,6
Médecins chirurgiens orthopédistes	7,8
Médecins rhumatologues	4

Une deuxième notion est la position de médecin traitant, chaque patient a un médecin généraliste qui est coordinateur des soins de ce patient. Cela en fait un acteur incontournable.

2.3 Le masseur-kinésithérapeute

2.3.1 Formation

La formation d'un MKDE se fait en cinq ans. Jusqu'à la fin de l'année scolaire 2019-2020, l'entrée en IFMK se faisait classiquement après une année d'enseignement sur concours, soit à l'issue de la PACES, soit à l'issue de la première année de Sciences et Techniques des Activités Physiques Sportives (STAPS). D'autres accès existaient (passerelle, sportif de haut niveau) mais avec un nombre de places restreint.

Les quatre années d'IFMK sont séparées en deux cycles au cours desquels ses étudiants valident 32 Unités d'Enseignement formant à la pratique de la masso-kinésithérapie : promotion de la santé, prévention, diagnostic kinésithérapique, traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne, traitement des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles, recherche (25). Il y a une alternance entre les temps de formation à l'IFMK et les temps de stage, dont la périodicité, la durée et les terrains de stage varient selon les instituts. Le 1^{er} cycle (2^{ème} et 3^{ème} années) "*apporte les enseignements scientifiques, méthodologiques et professionnels fondamentaux nécessaires à la compréhension des problèmes de santé et des situations cliniques rencontrées en kinésithérapie*" (17). Le 2^e cycle (4^{ème} et 5^{ème} années) "*organise le développement des compétences diagnostiques et d'interventions kinésithérapiques dans les différents champs de la profession*" (17).

À la faculté de médecine de Brest, des journées de rencontres interprofessionnelles sont organisées avec des étudiants internes en médecine et les étudiants infirmiers de Brest (17).

2.3.2 Compétences

L'exercice du MKDE s'appuie sur 11 domaines de compétences (26) :

1. Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique,
2. Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie adapté au patient et à sa situation,
3. Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage,
4. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie,
5. Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie,
6. Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie,
7. Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle,
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques,
9. Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources,
10. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne ou du groupe,
11. Former et informer les professionnels et les personnes en formation.

2.3.3 Législation : droits et obligations

Des articles du Code de la Santé Publique (CSP) concernent les relations entre professionnels de santé :

Selon l'article L4321-1 du CSP modifié par la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 (25), *"Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale (...). Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession (...). 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 (...). Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiques."* Les liens avec le corps médical sont importants : le terme médecin(e) apparaît 7 fois dans cet article. L'activité du MKDE est soumise à prescription médicale et le MKDE peut lui-même prescrire mais toujours en accord avec la prise en charge médicale.

Selon l'article R4321-2 (1), *"(...) Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.(...)"*. Le MKDE a le choix de ses techniques. En cas de prescription médicale qualitative de masso-kinésithérapie, le MKDE pourra choisir de pratiquer une autre technique que celle précisée sur la prescription s'il le juge pertinent.

"(...) Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur. (...)". Le MKDE doit rédiger ses BDK et les conserver. Il est tenu de les présenter au médecin prescripteur s'il lui en fait la demande.

"(...) Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix. (...)". En cas de nécessité d'échange avec le médecin avant ce terme, une synthèse de BDK initial (en début de traitement) ou intermédiaire (en cours traitement) peut être transmise par le MKDE.

2.4 Etat des lieux de l'interprofessionnalité

Bien que ce travail se centre sur les relations entre MG et MKDE libéraux, il est nécessaire de présenter les acteurs et moyens qui favorisent une bonne coordination et communication et concernent plus largement les professionnels de santé.

2.4.1 Les acteurs

Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), les **Agences Régionales de Santé (ARS)** coordonnent l'organisation des soins au niveau régional. Leurs interlocuteurs sont notamment les caisses d'assurance maladies, les élus locaux, collectivités territoriales, Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS).

Les **URPS** sont des associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901, apparues avec la loi HPST du 21 juillet 2009 (27). Il y a une URPS par région et pour chacune des dix professions de santé référencées, dont les médecins libéraux et les masseur-kinésithérapeutes. Elles "*contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional*" (27). Dans le cadre de cette mission, elles favorisent la bonne communication entre les professionnels de santé en contribuant au déploiement d'outils comme les systèmes de communication et d'information partagés comme le Dossier Médical Partagé (DMP), la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS), au Répertoire Opérationnel de Ressources (ROR) - pour l'étendre aux professionnels libéraux. Les URPS mènent aussi des actions qui leurs sont propres avec notamment l'élaboration d'un mémo sur la prescription de Masso-Kinésithérapie à destination des Médecins, à l'initiative l'URPS des MKDE libéraux de Bretagne (*Annexe I*). Cinq URPS de Bretagne (médecins libéraux, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseur-kinésithérapeutes et pharmaciens) accompagnent les professionnels de santé vers un exercice coordonné, par la création de Groupes libéraux d'Exercice COordonné en santé (plateforme *GECO Lib*).

Le **GCS e-santé Bretagne** est le Groupement de Coopération Sanitaire de notre région. Fondé en 2007, il développe des projets et services numériques, interopérables et sécurisés. Il implémente notamment la Messagerie Sécurisée de Santé sur notre territoire et supporte la plateforme ROR Bretagne.

2.4.2 Les moyens

Le développement des centres et **Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)** est un des enjeux majeurs du plan "*Ma santé 2022*" pour inciter une médicalisation des zones sous-dotées mais aussi favoriser la coopération entre différentes professions de santé (28).

Les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé** (CPTS) "*constituent un espace d'organisation et de coordination des professionnels de santé de ville*" (29). C'est une forme de regroupement interprofessionnel nouvelle, avec une croissance du nombre de projets de 25% entre décembre 2018 et avril 2019 (28). Un des objectifs des CPTS est de renforcer les liens entre les professionnels de santé par des actions concrètes, parmi lesquelles la généralisation du ROR, de systèmes d'information et la diffusion de protocoles pluriprofessionnels.

Le **DMP** est un répertoire dématérialisé qui contient les différents actes et prescriptions concernant une personne. Il permet entre autres de simplifier les échanges de ces informations entre les différents professionnels de santé qui la suivent, à condition que l'accès leur ait été ouvert par cette personne. La médecine du travail est une exception et n'a pas accès à ce dossier. Le DMP est facultatif et peut être ouvert par tout bénéficiaire de l'assurance maladie auprès d'un établissement de santé, pharmacie, accueil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou au cours d'une consultation médicale. En 2021, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit l'ouverture automatique du DMP et son accès par les professionnels de la santé du travail (30).

Le **ROR** est destiné à recenser et décrire les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales d'une région. Comme un annuaire, il est consultable par les professionnels pour faciliter l'orientation du patient. Le ROR Bretagne a pour projet d'intégrer les professions de santé libérales à partir de la fin de l'année 2020.

La **MSS** mise en place par le GCS e-santé bretagne est un webmail, l'accès à la messagerie se fait en ligne via la plateforme Télésanté Bretagne (il n'y a pas d'installation logicielle). Elle est accessible pour tout adhérent au GCS e-santé Bretagne permet d'échanger avec les autres systèmes de messagerie sécurisée déjà en place : *Apicrypt*, *M@iliz*, et standards S/MIME (Secure/Multipurpose Internet Mail Extensions). Ainsi, un professionnel qui utilise *Apicrypt* pourra échanger avec un MKDE qui utilise la MSS sans avoir à passer par la plateforme Télésanté Bretagne (31).

Des **outils numériques** ont été créés au service des professionnels de santé libéraux (32). En Bretagne, des messageries instantanées sont déployées comme la *Messagerie immédiate Sécurisée de Santé* (MiSS), *Pandalab*, *Slack* et le *Réseau Social des Professionnels de Santé* (RSPS). D'autres applications comme *Globule* (32) permettent de coordonner les parcours de santé en facilitant la mise en relation des

professionnels et le partage d'informations entre intervenants. Un projet porté par l'URPS des MKDE libéraux et l'ARS de Bretagne prévoit la diffusion de Globule sur l'ensemble de la région courant 2020 (33).

3 PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

La littérature traite de façon récurrente le sujet des relations professionnelles entre les professionnels de santé en ambulatoire. Les relations entre médecins généralistes et masseur-kinésithérapeutes constituent une spécificité de cette thématique et leur amélioration fait partie des préoccupations dès la formation initiale (17). Dans cette perspective et pour englober au mieux le caractère multifactoriel induit par les aspects relationnels, tant au niveau des causes que des solutions, la problématique de ce travail de recherche est la suivante : **Comment améliorer les relations entre masseur-kinésithérapeutes et médecins généralistes en ambulatoire ?**

L'objectif est d'identifier des solutions applicables de façon concrète et réaliste, à une échelle locale, pour améliorer les relations entre les MKDE et MG dans leur quotidien. Il est important pour cela de considérer le point de vue de chaque profession. Cette problématique de recherche est une question ouverte sur un vaste sujet et les relations humaines sont complexes et spécifiques aux individus. Les hypothèses de recherche sont les suivantes :

- Hypothèse principale : il n'existe pas de solution capable de répondre à cette question pour l'ensemble des professionnels de santé,
- Hypothèse 2 : les problématiques individuelles sont multiples, les solutions sont donc multiples,
- Hypothèse 3 : les difficultés relationnelles sont liées à une méconnaissance de l'autre,
- Hypothèse 4 : les solutions les plus adaptées seront locales, au plus proche des acteurs.

4 MATERIEL ET METHODES

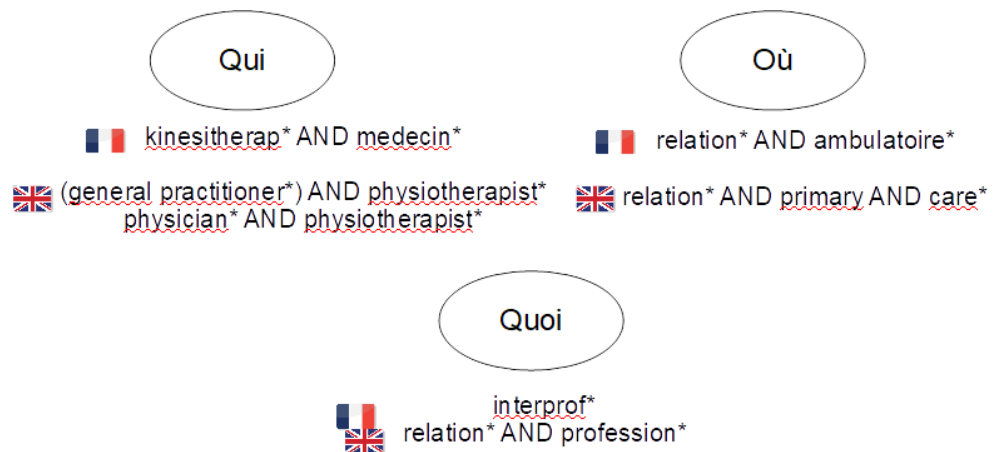
4.1 Revue systématique de la littérature

4.1.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été menée de novembre à décembre 2018 sur les bases de données (BDD) suivantes : SUDOC, PubMed, PEDro, Scopus et BDSP. Pour être incluse, la documentation doit répondre à la question de recherche inspirée de la méthode PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) : "Réflexion sur les relations entre médecins généralistes et kinésithérapeutes en ambulatoire : comment les renforcer ?". Cette question contient une population cible, un contexte, un but mais se passe de la notion de comparaison, propre à la recherche clinique.

Les mots clés ont été définis en français et en anglais autour de trois axes de façon à cerner la problématique globale de cette question : "qui", "quoi" et "où" (*Figure 3*) : à chaque association de mots une recherche est lancée sur les différentes BDD. Au total sept équations de recherche ont été créés. Cette méthode permet d'étendre le champ de la recherche conjointement à l'analyse documentaire, par l'ajout de nouvelles équations.

Figure 3. Mots-clés utilisés dans les BDD, classés par axes de recherche



Les critères d'exclusion étaient :

- Un document dans une langue différente de français ou anglais,
- Une date de publication antérieure à l'année 2000 (modification des échanges MKDE-médecins par l'arrêté du 22/02/2000 et le décret n°2000-57 du 27/06/2000),

- Une population n'incluant pas les MKDE ou les médecins,
- Un contexte exclusivement hors ambulatoire,
- Un contenu spécifique à une pathologie de faible prévalence pour les MKDE,
- Un contenu spécifique à la validation d'un score ou d'une méthode,
- Un document centré sur la relation au patient.

Les documents (articles, livres et thèses) ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion et d'exclusion sur leur titre puis sur leur résumé puis sur leur texte intégral. Dans la bibliographie des documents ainsi sélectionnés, tout document supplémentaire retenu d'après son titre ou l'intérêt de sa citation à la lecture d'un texte intégral est ajouté à la recherche. Les documents ainsi obtenus par rétro-bibliographie sont soumis aux critères d'inclusion et d'exclusion. Lors de la lecture des titres, les documents retenus ont été reportés dans un tableur pour identifier et éliminer les doublons. .

Les équations de recherches utilisées ont été recensées sur un **tableau de recherche** (tableur *Microsoft Excel*), ainsi que les résultats obtenus avant et après sélection des documents (par date et titre puis doublons puis par résumé).

Un **diagramme de flux** a été réalisé pour présenter la stratégie de recherche (*Figure 4*).

4.1.2 Collecte de données

Devant le nombre important de documents identifiés, un **tableau de lecture** (tableur *Microsoft Excel*) a été créé. Les éléments suivants ont été recherchés dans chaque document :

- Référence du document (format Vancouver),
- Date (année),
- Pays concerné,
- Méthode employée (exemples : qualitatif, quantitatif),
- Environnement (exemples : cabinet, pôle de santé),
- Population concernée (exemples : MKDE, MG, étudiants MK ou MG),
- Population sondée (exemples : MKDE, MG, IDE),
- Constats généraux (notes pour resituer le contexte et les grandes idées par rapport à la question de recherche),
- Problèmes identifiés en réponse à la question de recherche,
- Solutions identifiées en réponse à la question de recherche,
- Rétro-bibliographie (références bibliographiques complémentaires identifiées dans le document pour alimenter la revue systématisée de la littérature).

4.1.3 Synthèse des données

À partir des informations du tableau de lecture, les problèmes et solutions identifiées ont été regroupés dans un **tableau de synthèse** (tableur *Microsoft Excel*). Les notions équivalentes sont regroupées. Pour chaque regroupement les numéros de documents ont été référencés (numéro attribué dans l'ordre de lecture).

Les problèmes et solutions qui se répondaient ont été appariés et classés par thématiques pour réaliser une fiche synthèse.

Cette **fiche synthèse** est l'aboutissement de la revue systématisée de la littérature et a constitué la base de réflexion pour la seconde phase des groupes nominaux. Le contenu de la fiche devait être concis : la fiche synthèse a été limitée à une page. Le contenu devait être exhaustif : toutes les thématiques du tableau de synthèse ont été intégrés. Le contenu devait être clair : la présentation a été soignée pour que les informations soient intelligibles, quitte à regrouper des thématiques pour respecter aussi le critère de concision. Pour assurer la clarté des informations, cette fiche a été soumise à l'examen d'un étudiant masseur-kinésithérapeute et d'un médecin généraliste pour reformulation et validation. Elle a ensuite été validée par la directrice de mémoire avant d'être diffusée aux participants des groupes nominaux.

4.2 La technique du groupe nominal

4.2.1 Recrutement des participants

Les participants recherchés pour cette forme d'entretien collectif devaient appartenir à la population concernée par la question de recherche afin que les résultats émergent d'expériences vécues et de situations concrètes. Le recrutement s'est adressé aux médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes étant ou ayant eu une activité en ambulatoire. Pour assurer une diversification de l'échantillon, un **tableau de recrutement** (tableur *Microsoft Excel*) a été créé avec les critères permettant une variation maximale de l'échantillon. Ces critères étaient :

- Âge
- Genre (homme, femme)
- Profession (médecin généraliste, masseur-kinésithérapeute)
- Au sujet de la pratique ambulatoire :
 - Environnement de travail (déclaré par la personne : urbain, péri-urbain, rural),
 - Etat de l'activité (en cours, mixte, passée),

- Si *mixte* ou *passée* : activité complémentaire / actuelle à préciser (exemples : universitaire, hospitalière),
 - Nombre d'années de pratique,
 - Type d'exercice (seul, en groupe),
 - Si *en groupe* : mono-disciplinaire ou pluri-disciplinaire,
 - Formation complémentaire (exemples : pluridisciplinarité, médecine du sport).

Le tableau a été utilisé pour avoir une variation maximale globale et par groupe nominal.

Le recrutement des participants a été mené par trois canaux : mon carnet d'adresses, les carnets d'adresses de mes référents de mémoire, les réseaux sociaux (par des annonces sur des groupes *Facebook* des deux professions). Pour élargir le recrutement, il est proposé aux contacts de transférer le message à toute personne susceptible d'être intéressée selon la méthode de la boule de neige (en rappelant le profil ciblé). Un **document de présentation** (*Document 2*) a été transmis aux participants potentiels. Il exposait le sujet du mémoire, le format de la réunion (méthode, période et durée estimées), résumait les attentes et objectifs des groupes nominaux et était accompagné de la **fiche synthèse** (*Document 1*). Le nombre de participants a été fixé entre 6 et 14 pour assurer un minimum d'interaction et pour permettre à tous de s'exprimer dans un temps de réunion raisonnable.

En raison d'un contretemps dans l'organisation du groupe nominal, un autre groupe nominal a été ouvert aux étudiants de l'IFMK de Brest. L'intérêt était double ; éprouver l'animation d'une séance avec la Technique du Groupe Nominal (TGN) et enrichir le contenu de la fiche synthèse (*Document 1*) pour le groupe nominal des professionnels.

4.2.2 Préalable à la séance de groupe nominal

Le Groupe Nominal (GN) débute par une question nominale. C'est une question ouverte sur laquelle les participants construisent leur réflexion. Cette question nominale est élaborée à partir de la question de recherche. Elle a été validée par les référents du mémoire et communiquée aux participants avant la rencontre. Cette question était : "*Selon vous, quels moyens concrets peut-on appliquer localement (métropole, canton) pour améliorer les relations entre kinésithérapeutes libéraux (ou en maison de santé) et médecins généralistes ?*".

4.2.3 Déroulement de l'entretien

Un GN se déroule sur une durée conseillée de 3 heures et se découpe en quatre phases (34). Ces phases sont précédées d'un temps d'introduction pour réaliser un tour de table et présenter cette technique d'entretien. Les rôles d'animateur et de rapporteur ont été tenus par moi.

La **1^{ère} phase** est *la production individuelle des énoncés* (34). Les participants rédigent une liste d'énoncés. Chacun de ces énoncés est une réponse, selon son auteur, à la question nominale. Un énoncé correspond à une seule idée. C'est une phase silencieuse. Il n'y a pas d'échanges entre les participants pour limiter les biais d'influence. Pour limiter ce biais et les échanges avant la réunion, la liste des participants n'a pas été diffusée : les adresses de messagerie étaient masquées lors des envois d'e-mails collectifs. L'animateur aide chaque participant à développer ses énoncés et stimule la production de nouvelles idées en insistant sur le fait qu'il n'y a pas de *bonne réponse* ; tout énoncé est recevable.

La **2^{ème} phase** est *la cueillette à la ronde* (34). Chaque participant partage oralement un de ses énoncés. L'animateur l'inscrit au tableau, lui associe un numéro et s'assure de sa bonne retranscription. Cette phase se poursuit tant que les participants ont des énoncés à partager.

La **3^{ème} phase** est *la clarification des énoncés* (34). Les énoncés inscrits au tableau sont repris par l'animateur qui s'assure de lever toute ambiguïté ou manque de précision. Les énoncés similaires peuvent être regroupés et ceux jugés hors propos par le groupe peuvent être supprimés. Pour éviter tout biais, l'animateur rappelle que le vote en faveur d'un ou plusieurs énoncés se fait à l'étape suivante. À l'issue de cette 3^{ème} phase, tous les participants doivent comprendre et s'être approprié l'ensemble des énoncés.

La **4^{ème} phase** est *le vote individuel et anonyme* (34). Chaque participant choisit les énoncés qui lui semblent le mieux répondre à la question nominale. Le nombre d'énoncés à choisir dépend du nombre d'énoncés produits. Le participant associe à son choix le plus pertinent un nombre de points maximal - la valeur maximale correspond au nombre d'énoncés retenus. Le poids ainsi accordé aux énoncés suivants décroît d'un en un, jusqu'à ce que tous les énoncés choisis aient été notés, du plus pertinent au moins pertinent.

4.2.4 Restitution des résultats

Le dépouillement des votes permet d'associer aux énoncés une pondération. En l'absence de vote pour un énoncé, sa pondération est nulle. Les énoncés inscrits au

tableau pendant la séance sont reproduits sur tableur *Microsoft Excel* et présentés par ordre décroissant de leur pondération totale. Des modifications peuvent être réalisées en cas d'incohérence ou d'ambiguïté, à condition d'être validées par les participants (par e-mail).

Une fois fixé, le tableau des résultats du groupe nominal a été transmis à l'ensemble des participants. Les données ainsi produites ont été comparées à celles recueillies dans la littérature et confrontées à la question nominale pour évaluer leur pertinence.

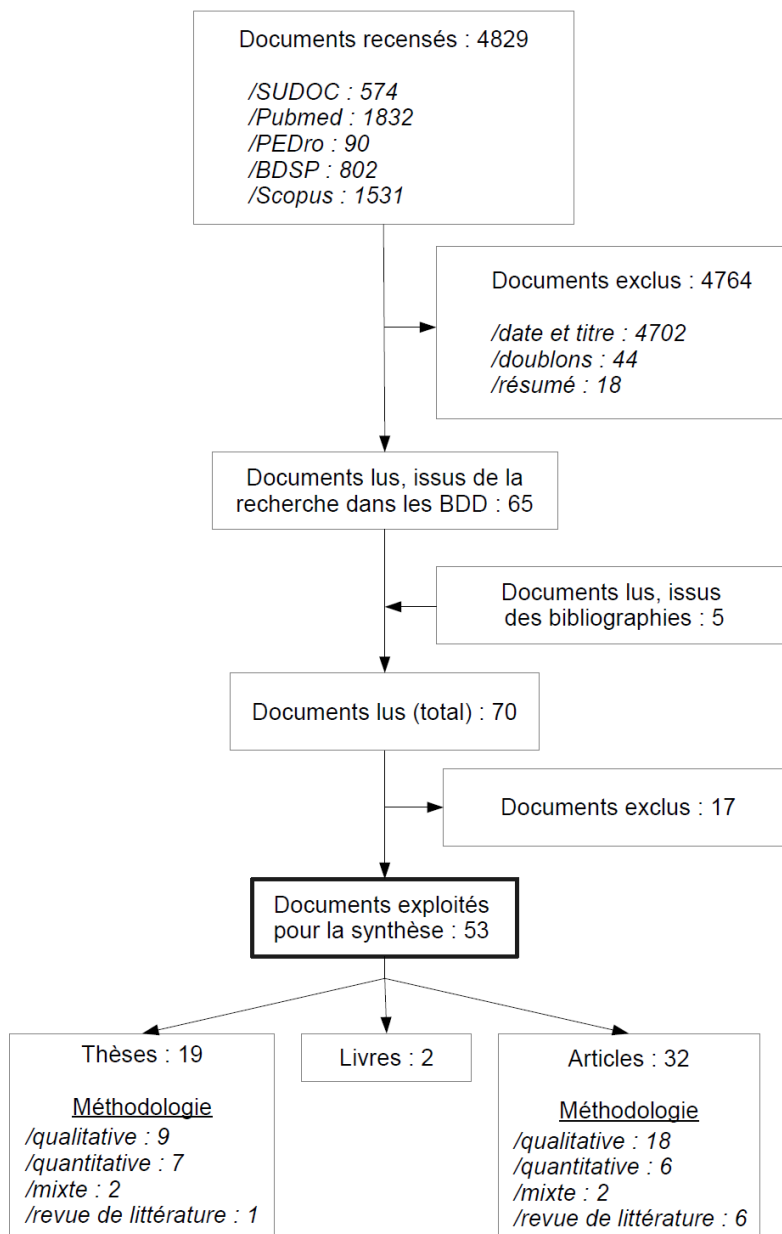
5 RESULTATS

5.1 Revue systématique de la littérature

5.1.1 Recherche bibliographique

4829 documents ont été identifiés par les équations de recherche. 65 documents ont été retenus à l'issue de l'évaluation selon les critères d'inclusion et d'exclusion et l'élimination des doublons. 5 documents supplémentaires ont été retenus par rétro-bibliographie. 17 documents ont été exclus car ils ne contenaient pas d'informations pertinentes. Au total, 53 documents apportaient des éléments de réponse à la question de recherche (*Figure 4*).

Figure 4. Diagramme de flux



5.1.2 Synthèse des données

Dans les 53 documents retenus, 35 thématiques de problèmes et 36 thématiques de solutions aux relations entre MG et MKDE ont été relevées. Ces thématiques ont été regroupées dans les catégories suivantes :

- Constats sur la communication,
- Aspects financiers,
- Coordination des soins,
- Méconnaissance,
- Organisation de la pratique,
- Moyens de communication.

Ce travail de recherche bibliographique est condensé en une fiche de synthèse (*Document 1*). Pour la clarté des informations, les thématiques ont été regroupées pour former un ensemble de 21 items *problèmes* et 27 items *solutions*, présentés autour de trois axes ; les thématiques en lien avec la profession, celles en lien avec l'individu et celles en lien avec l'organisation.

5.1.2.1 Thématiques en lien avec la profession

5.1.2.1.1 Problématiques

La profession de MKDE est méconnue des médecins (35,36). Plusieurs aspects sont décrits : vision stéréotypée de la profession (37,38), méconnaissance du champ de compétence des MKDE (2,5,7,39–43), de leurs savoirs en matière de santé (44), des indications de prescription de masso-kinésithérapie (45–47), des tests et techniques utilisés par les MKDE (45–47), de la nomenclature de la profession pour le remboursement des actes (46).

La profession de médecin est méconnue des MKDE, qui peuvent avoir une vision stéréotypée de la profession (37), méconnaître les compétences des médecins (39). La différence de rémunération entre l'acte en médecine générale et l'acte en masso-kinésithérapie est mal perçue par certains MKDE bien que d'autres la trouvent proportionnée au niveau d'études et de responsabilité (38).

La formation interprofessionnelle dans les études est inadaptée (48) : il y a un décalage entre les études, où les visions professionnelles sont autocentrées et la pratique professionnelle où l'interprofessionnalité est quotidienne (48). L'interprofessionnalité fait aussi défaut lors des stages (48,49). La formation

interprofessionnelle est parfois inexistante (50) et est parfois défailante, avec des contradictions sur les notions de prescriptions de masso-kinésithérapie entre la théorie des cours et la pratique pendant les stages (51).

La difficulté d'organisation entre les différentes filières est présentée comme le nœud du problème de la mutualisation des formations théoriques et pratiques : les stages des différentes disciplines se font sur des périodes différentes ce qui rend la collaboration en stage et la mutualisation des cours compliquées (52).

Le déséquilibre dans les relations professionnelles. Des "*fonctions partagées*" peuvent poser problème comme la fonction de diagnostic (38,45) ou le droit de prescription des MKDE, qui est parfois remis en cause par les médecins (51). La hiérarchie tacite - liée au nombre d'années d'études (7) - entre MG et MKDE est un frein à la communication (35,37). Ces derniers craignent parfois de froisser le MG et de déclencher de l'hostilité en partageant leurs observations (7,39,45) et ressentent parfois le besoin de gagner la confiance des MG, ce qui ne semble pas être réciproque (7). Dans le nord de l'Italie, une 56,3% des masseur-kinésithérapeutes sondés par questionnaire en ligne dans l'étude estiment que les médecins pensent avoir un travail plus important que le leur (53). À Ishikawa, des physiothérapeutes se sentent considérés comme des techniciens par les médecins, plutôt que comme des collaborateurs en santé (8), sentiment partagé par des MKDE français (10). Dans un pôle de santé pluriprofessionnel, la hiérarchie pyramidale autour du médecin est une problématique partagée par plusieurs professionnels de santé (54).

L'absence de "*leadership*" dans la santé ; les MG peuvent se sentir non pas coordinateurs mais plutôt prescripteurs et contrôleurs vis-à-vis des MKDE (40). Au Canada, la pratique en soins primaires souffre de l'absence de gouvernance solide (55).

La réticence du médecin à communiquer avec le MKDE. En Lorraine, une enquête révèle que 21% des MG interrogés ne voient pas d'intérêt à communiquer avec les MKDE, que ce soit par leur position hiérarchique ou car ils jugent leur prescription suffisante (45). D'autres MG estiment qu'ils n'ont pas besoin du retour des MKDE ou IDE pour réaliser le suivi de leurs patients (9). Au Canada, le mode de rémunération à l'acte des médecins est estimé comme ayant une influence négative sur la collaboration (56).

Le non-respect de la législation (1) sur la transmission des fiches de synthèse par les MKDE au médecin prescripteur : de nombreux MG ne reçoivent pratiquement jamais de fiche synthèse (7,11,40,45,46). Une enquête de 2012 par

questionnaires en ligne auprès de MG français révèle que 50% des 108 répondants n'ont jamais reçu de synthèse du traitement de masso-kinésithérapie comme le prévoit la loi depuis l'année 2000 (57).

Les médecins ne voient pas l'intérêt des BDK et fiches synthèses, surtout si la prise en charge du patient se passe bien (7,11,57). D'autres raisons sont exprimées : lorsqu'il est transmis, ce document est pauvre, non contributif ou perçu comme une demande déguisée de prolonger les séances (40).

Le contenu des prescriptions de masso-kinésithérapie n'est pas adapté. La première insatisfaction des MKDE sur les prescriptions concerne l'absence de prise en compte de l'actualisation de la législation (23) en matière de prescription de masso-kinésithérapie. Une majorité des MG continuent de donner des indications quantitatives et qualitatives sur les prescriptions (7,38,57–59), alors que ce n'est plus obligatoire. Une grande partie des MG n'est pas au courant de la modification de ce texte de loi (7,40,57). Pour les autres, l'adhésion à la prescription non quantitative et non qualitative est faible (51). L'indication quantitative est conservée pour plusieurs raisons : assurer un suivi régulier du patient, se conformer aux recommandations d'un chirurgien, éviter d'éventuelles dérives financières de la part des MKDE (40).

Le manque d'informations utiles aux MKDE est également reproché. Cela concerne le diagnostic médical (10,45,59) ou des points de vigilance concernant le patient sur son traitement par exemple (10,38,43,59). Les prescriptions de masso-kinésithérapie sont décrites comme souvent "*imprécises*" ou "*illisibles*" (7). Lorsqu'elles sont éditées par ordinateur, elles sont "*stéréotypées*" et non adaptées au patient (7).

Ce manque d'informations peut être complété par un courrier en accompagnement de l'ordonnance mais ceci est rarement réalisé dans la pratique (46,58,59).

L'emploi d'une terminologie spécifique peut entraîner des malentendus entre professionnels de santé (60).

5.1.2.1.2 Solutions

Former les médecins à la pratique de la masso-kinésithérapie, en la développant dans les études universitaires théoriques (5,41–46) ou pratiques comme lors des stages (5,45), par des communications ou directives locales (61), par des

réunions interprofessionnelles pour connaître les compétences (10,57,62) et attentes (58) de chacun.

En situation pratique, reconnaître les compétences de chacun et les mutualiser pour des échanges constructifs, notamment pour des diagnostics difficiles (45). Cela implique de bannir la notion de hiérarchie (63) et d'éviter l'instrumentalisation systématique du MKDE par le MG (45).

Développer les formations continues sur la masso-kinésithérapie (5,43,45,46,57) ou interprofessionnelles (64,65), en commun avec des MKDE (7,35,39,41,45,62,63,66), par des formateurs MKDE qui sont plus qualifiés que des médecins pour aborder leur profession (7,46). Les thématiques proposées sont la prescription d'actes de masso-kinésithérapie (57), les compétences des MKDE notamment le BDK (45), les techniques utilisées par les MKDE (57), le travail en équipe (6).

Dans les formations à la prescription, aborder les champs d'action de la masso-kinésithérapie pour étendre les prescriptions aux domaines de la prévention, de l'éducation et de soins d'entretien des personnes âgées ou atteintes de pathologies chroniques (45).

Apporter de l'interprofessionnalité dans le contenu des études : améliorer les connaissances des rôles et compétences des autres professions de santé (2,37,48) et identifier de façon claire les compétences partagées entre plusieurs disciplines (38) ainsi que les forces et faiblesses de chacune d'elles (42).

Développer de nouvelles méthodes pour favoriser l'interprofessionnalité dans les études : mutualiser une partie de la formation théorique et clinique entre les différentes disciplines (8,35,37,48,67), intégrer des examinateurs MG dans les évaluations pratiques des étudiants en masso-kinésithérapie (38), proposer des "*formations d'interconnaissance*" comme d'assister à des consultations de l'autre discipline (38,45,67,68), faire intervenir des MKDE dans les formations médicales (37,43), développer des rencontres d'interprofessionnalité où les étudiants travaillent en commun sur des cas cliniques, montrer l'exemple de l'interprofessionnalité en stage (49) où le tuteur collabore et va à la rencontre des autres professions accompagné de son stagiaire (48). L'interprofessionnalité doit être une notion intégrée tout au long du cursus universitaire plutôt qu'un module de cours spécifique (48). Elle peut être abordée par un

tutorat entre étudiants de fin de cursus d'une discipline et étudiants en début de cursus de l'autre discipline (69).

Améliorer l'image de la masso-kinésithérapie (41,66), par des publications scientifiques en masso-kinésithérapie dans des revues médicales (7).

Informé sur les recommandations en vigueur pour qu'elles soient connues de tous (45) : par des communications de la part des délégués de l'Assurance Maladie (7), créer un document synthétique pour expliquer les éléments à faire apparaître ou non sur une ordonnance ainsi que l'intérêt du courrier en accompagnement de la prescription (7), communiquer les référentiels d'accord préalable aux médecins pour que les MKDE n'aient pas à se justifier de suivre des prescriptions quantitatives au-delà des limites fixées par la Haute Autorité de Santé (HAS) (7).

Adapter les synthèses de traitement et BDK aux attentes des médecins : rédiger des fiches synthèses de traitement concises (70), sur une seule page (61), compréhensibles par tous (45) et contenant les cinq attendus suivants : une description objective du problème (70), l'évolution clinique du patient, une justification du nombre de séances et des techniques employées, les perspectives d'évolution et l'implication du patient dans la rééducation (62). Utiliser les synthèses pour expliquer ce qui est fait quand l'adressage en masso-kinésithérapie est adapté (47,66), mais aussi pour informer le prescripteur quand l'adressage est inadapté (47). La rencontre des MKDE par les MG sur leur lieu de travail les inciterait à rendre leurs synthèses plus informatives (62).

Transmettre les informations médicales utiles des patients aux MKDE. Informer le MKDE sur le diagnostic, antécédents du patients, précautions et contre-indications, résultats d'examen pertinents pour la prise en charge en masso-kinésithérapie par une lettre ou e-mail en parallèle de l'ordonnance (46,58,62). Transmettre le calendrier de suivi pour expliquer les attentes du médecin sur l'évolution du patient et les autres orientations envisageables (70).

Concernant les prescriptions quantitatives, si le nombre de séances inscrit par le MG se veut informatif, ajouter la mention "*à réévaluer par le kinésithérapeute*" (51).

Concernant les prescriptions qualitatives, si cette inscription se veut informative, préciser les objectifs de rééducation attendus plutôt que les techniques à employer (7).

Déléguer des tâches du MG au MKDE, en s'appuyant sur le système mis en place par la loi HPST (11).

5.1.2.2 Thématiques en lien avec l'individu, l'humain

5.1.2.2.1 Problématiques

La représentation du MG par les MKDE est plutôt négative. Les MG sont perçus comme réticents au travail en équipe (71), individualistes et ayant une attitude de mépris (38).

Les MKDE ont mauvaise réputation auprès des MG et les MKDE le ressentent (66). Ils ne consacrent pas suffisamment de temps à leurs patients (7,40), ce qui est un avis également partagé par certains MKDE (7). Des MKDE ont tendance à débiter une prise en charge sans ordonnance et la réclamer *a posteriori* (40). Certains décrédibilisent le médecin en ne suivant pas la prescription voire en la contredisant devant le patient (40) ou en indiquant des examens complémentaires aux patients à faire prescrire par le MG (40). Un manque de professionnalisme est relevé par les MG en raison d'une mauvaise évaluation de la balance bénéfique/risque des soins de masso-kinésithérapie (40). Des médecins limitent leurs prescriptions par crainte du coût engendré par la prise en charge masso-kinésithérapique (40). Il y a aussi une certaine défiance à l'égard des MKDE qui ont des pratiques déconventionnées comme l'ostéopathie (62).

Les MG manquent d'information pour orienter les patients en ce qui concerne les spécialités de chaque MKDE et techniques utilisées (10).

L'évaluation par le MG de la prise en charge du MKDE est biaisée : elle se base prioritairement sur la satisfaction et l'assiduité du patient et dépend davantage de la relation interpersonnelle MKDE/patient que de l'évolution clinique objective (46).

Les relations sont cordiales mais peu investies par les professionnels qui se connaissent peu (45).

5.1.2.2.2 Solutions

Se présenter physiquement à l'autre (3,40) permet d'améliorer la connaissance interpersonnelle (10) et la qualité des documents échangés (62), cela implique de prendre aussi le temps de recevoir l'autre (46).

Favoriser les rencontres informelles (3), développer et participer à des activités extra-professionnelles communes (9,41,45,50,62), partager des repas (3), aménager des "*temps de rencontres entre professionnels*" (38).

Par ces rencontres, les objectifs sont d'humaniser les rapports (9), d'entraîner une meilleure connaissance de chacun - ce qui est un facteur clé pour favoriser la collaboration interprofessionnelle (72), d'instaurer une relation de confiance et de faciliter les échanges avec une répercussion dans le cadre professionnel (45).

Créer un annuaire des professionnels, un répertoire exhaustif des professionnels de santé et collaborateurs médicaux du territoire, pour trouver le correspondant adapté au patient (9). Cet annuaire recenserait les spécialités et compétences, les créneaux d'urgences et les coordonnées des professionnels (10).

5.1.2.3 Thématiques en lien avec l'organisation

5.1.2.3.1 Problématiques

Les échanges interprofessionnels passent le plus souvent par le patient (57). Ce mode de communication est peu adapté selon les MG (7) car il limite les échanges réciproques et peut mettre le patient dans une situation inconfortable (50). Des défauts de compréhension (10) ou une situation psycho-sociale difficile (9) du patient peuvent altérer la communication entre MG et MKDE.

L'ordonnance est le principal support de la communication du MG vers le MKDE (10,46).

L'absence de communication directe et de proximité physique entre les acteurs nuit à l'efficacité des échanges (40).

La fréquence de communication est aléatoire ou limitée (43,66). La fréquence des échanges entre MG et MKDE est d'une fois par trimestre à quelques fois par mois (45).

La forte densité de professionnels de santé entrainerait une moindre communication entre eux (7) en multipliant le nombre d'interlocuteurs (35).

La faible densité de professionnels de santé, en particulier de MKDE, rend difficile l'accès aux soins et donc l'adressage du patient, en raison de l'éloignement et de la charge de travail de ces professionnels (9).

La charge de travail (38,50) est un obstacle à la collaboration interprofessionnelle. La charge de travail personnelle entraîne des difficultés à se dégager du temps pour cela (7,10,35,62). La charge de travail des autres professionnels, entraîne des difficultés à les contacter (72), en particulier pour joindre les MG (41).

Des professionnels de santé ne sont pas informatisés, ce qui empêche toute communication par e-mail avec eux (73).

Le regroupement en MSP ne suffit pas à lui seul pour assurer des relations interprofessionnelles efficaces (12). Des problématiques spécifiques viennent parasiter ces relations comme la mise en place de protocoles inadaptés et les mésententes internes (54). Sur le territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne, une analyse des flux entre professionnels de santé par questionnaire révèle que les taux de réponses concernant la fréquence de communication, les difficultés ressenties et le désir de collaboration ne diffèrent pas entre les MG exerçant seuls et ceux en Centre Municipal de Santé (CMS) ou regroupement pluriprofessionnel (11).

Cela peut même créer des conflits d'intérêts (40), en favorisant notamment l'activité des paramédicaux du regroupement par rapport aux professionnels extérieurs.

L'absence de compensation financière à la collaboration est mal vécue compte tenu de l'investissement temporel et organisationnel nécessaire (4). Le mode de rémunération à l'acte a une influence négative sur la collaboration (56).

La communication peut être ressentie comme unilatérale, essentiellement à l'initiative du MKDE, notamment lors d'échanges sur des patients avec pathologies lourdes (40). Cette communication unilatérale est aussi perçue dans l'autre sens, c'est-à-dire essentiellement à l'initiative du MG (10).

5.1.2.3.2 Solutions

Privilégier les communications directes (58) plutôt que par patient interposé (9). Pour cela il faut rendre possible l'accès à la communication. Par exemple pour les

médecins, s'assurer auprès de leur secrétariat que les appels des MKDE leur seront transférés (7). L'échange d'informations doit être libre et ouvert (2).

Organiser des réunions de coordination sur des cas complexes ou chroniques, avec le patient, ses aidants et les professionnels de santé concernés (74).

Généraliser l'utilisation de la messagerie électronique pour communiquer (7,10,45,62) ; pour chaque professionnel, posséder une adresse de messagerie électronique et qu'elle soit partagée pour tous (35), par exemple sur la MSS. La connexion des professionnels de santé par ce biais permettrait une réduction importante du temps passé au téléphone (73).

Informatiser tous les professionnels de santé pour faciliter et généraliser les échanges par messagerie sécurisée (10,73).

Exploiter les logiciels professionnels pour faciliter l'apport d'informations et réduire le temps de rédaction avec des documents préformatés (7). Cela concerne l'aide à la prescription (7,40) comme la rédaction de BDK (7,62).

Développer un logiciel commun, interprofessionnel, pour faciliter les échanges autour du patient et faire correspondre les spécificités de chaque profession (35).

Centraliser les données médico-administratives du patient, par des outils comme le DMP (9), en généralisant leur utilisation (10).

S'ouvrir aux autres technologies de l'information de la communication ; s'appuyer sur la visioconférence (10) pour organiser des réunions interprofessionnelles sans contrainte géographique.

Interagir via les messageries instantanées sécurisées pour des échanges pluriprofessionnels ciblés et réactifs, via les applications de collaboration en santé pour partager les informations nécessaires à une prise en charge (32).

Développer la formalisation des échanges pour chaque profession (7). Editer des protocoles de communication et d'adressage adaptés aux différents professionnels de santé pour décrire qui communique quoi, quand, à qui (10). La communication doit être bilatérale ; le MG envoie les informations utiles en sa possession pour un bon "travail en équipe" (diagnostic, antécédents, examens

complémentaires, etc.), le MKDE envoie régulièrement les synthèses de traitement pour valoriser notamment le choix d'orientation en masso-kinésithérapie fait par le médecin, le MG transmet *a minima* une preuve de lecture de cette synthèse pour valoriser le diagnostic et la prise en charge masso-kinésithérapique (66). Un principe est donc de faire des retours sur les envois de l'autre professionnel (35).

Légiférer pour forcer à communiquer (9).

Favoriser l'envoi des synthèses de traitement masso-kinésithérapique, pour améliorer la communication interprofessionnelle, la connaissance des prises en charge en masso-kinésithérapie par les MG et le contrôle des abus de MKDE craints par les MG (62).

Deux points de vue s'opposent ; certains MG et MKDE souhaitent que l'envoi de ces synthèses soit systématique (9,45,46), d'autres MG proposent de le restreindre aux situations chroniques ou systématiques pour que les MKDE aient plus d'intérêt à rédiger ces synthèses et soient moins surchargés (62).

De l'avis de médecins, deux leviers sont possibles ; une valorisation financière inciterait davantage les MKDE à rédiger et transmettre ces synthèses (62). Augmenter les contrôles par la sécurité sociale sur l'émission des BDK et synthèses responsabiliserait les MKDE sur ce point (62).

Créer de nouveaux modes de rémunération pour l'interprofessionnalité, créer de nouvelles cotations sur l'action de communiquer (9), sur la rédaction de synthèses de fin de traitement masso-kinésithérapique (62), revaloriser les cotations des BDK (62), rémunérer l'organisation et la participation à des réunions pluridisciplinaires - que ce soit au sein de MSP ou de réseaux de proximité (45). De manière plus générale, repenser les modes et le niveau de rémunération de chaque professionnel (38).

Développer les regroupements pluriprofessionnels (55) ; travailler dans un même lieu (9,46,72,75), avec un contact quotidien (46) en face-à-face (76) favorise grandement l'interprofessionnalité (6). La proximité physique favorise l'interconnaissance et la reconnaissance des compétences (39) ; développer les MSP (40,41,66), réseaux de soins (62,77) ou les petits regroupements d'acteurs médicaux et paramédicaux - à l'instar du modèle anglais (40).

Se regrouper permet de développer des projets communs comme l'éducation thérapeutique, pour laquelle le MKDE est très peu sollicité en libéral (46).

S'organiser au sein des regroupements pluriprofessionnels en place ; au-delà de l'aspect administratif, développer un réel travail pluridisciplinaire (45), planifier une communication formelle - des discussions de cas cliniques (46,55), réunions de concertation (11,45,55).

Pour une meilleure cohésion, aborder les questions liées aux "*différences de pouvoir*" et abolir la hiérarchie entre les professionnels (75), partager le leadership des relations interprofessionnelles (2,6). L'identification concertée d'un leader coordinateur de l'équipe de soins (étude canadienne) favorise aussi une bonne communication (12).

5.1.2.4 Création de la fiche de synthèse

Plusieurs versions de cette fiche ont été nécessaires avant d'aboutir à la version présentée aux participants du groupe nominal (*Document 1*).

Document 1. Synthèse de la revue systématique de la littérature

Liste des abréviations :

ATCD : Antécédents, **BDK** : Bilan Diagnostic Kinésithérapique, **DMP** : Dossier Médical Partagé,
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire, **IP** : Interprofessionnel.le.s, **NMR** : Nouveaux Modes de Rémunération,
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle , **ROR** : Répertoire Opérationnel des Ressources

Problèmes identifiés

En lien avec la profession	En lien avec l'individu, l'humain	En lien avec l'organisation
<input type="checkbox"/> Méconnaissance de la profession de kiné par les médecins : domaines d'action, notion de "diagnostic" kinésithérapique, techniques et tests, indications, cotation des actes	<input type="checkbox"/> Dérives de certains kinés : nombre de séances injustifié, demande de prescription après séance, prescription non suivie, non respect du parcours de soin (shunt du médecin)	<input type="checkbox"/> Transmission des informations principalement par le patient
<input type="checkbox"/> Méconnaissance de la profession de médecin par les kinés : responsabilités, rôle de coordination	<input type="checkbox"/> Stéréotype du médecin : individualiste, attitude de mépris, rapport de domination	<input type="checkbox"/> Communication des médecins essentiellement par prescription : rares courriers aux kinés
<input type="checkbox"/> Formation IP universitaire insuffisante : peu d'actions de collaboration, les visions professionnelles auto-centrées hors cours IP	<input type="checkbox"/> Manque d'information du médecin sur les spécialités et techniques des kinés pour orienter le patient	<input type="checkbox"/> Défaut de communication directe, physiquement
<input type="checkbox"/> Réticence voire désintérêt de certains médecins à échanger avec le kiné	<input type="checkbox"/> Subjectivité de l'évaluation de la prise en charge kiné : sur retour du patient (assiduité, satisfaction) dépend de relation patient - kiné	<input type="checkbox"/> Obstacle aux échanges par mails : 15 à 20% des médecins non informatisés en 2018
<input type="checkbox"/> Désintérêt de médecins pour les BDK, surtout si la prise en charge se passe bien		<input type="checkbox"/> Non compensation financière de l'action de collaborer (investissement temporel et organisationnel)
<input type="checkbox"/> Déséquilibre des relations : hiérarchiques, peur du kiné de froisser, kiné considéré comme simple exécutant, ...		<input type="checkbox"/> Faible densité de kiné (rural) : difficulté d'accès au soin, donc d'adressage (charge de travail, éloignement)
<input type="checkbox"/> Absence de leadership, certains médecins ne se sentent pas coordinateurs lors de prescription de kiné		<input type="checkbox"/> Forte densité de professionnels (ville) : nombre d'interlocuteurs trop important
<input type="checkbox"/> Non respect des recommandations en matière de prescription de kiné : trop de quantitatif et qualitatif		<input type="checkbox"/> MSP où il y a beaucoup de kinés (ville) : risque de conflit d'intérêt, concurrence déloyale
<input type="checkbox"/> Non respect des recommandations en matière de synthèse BDK : absence de transmission au médecin		

Solutions identifiées

En lien avec la profession	En lien avec l'individu, l'humain	En lien avec l'organisation
<input type="checkbox"/> Communiquer sur les recommandations en vigueur (prescriptions et synthèses BDK) de façon efficace, pédagogique	<input type="checkbox"/> Se présenter physiquement : améliore la qualité des synthèses transmises, la connaissance de l'individu	<input type="checkbox"/> Privilégier la communication IP directe plutôt que par patient interposé (a minima évaluer sa capacité à transmettre)
<input type="checkbox"/> Adapter la synthèse BDK aux attentes des médecins : forme, justification de prise en charge, traitement engagé, ...	<input type="checkbox"/> Favoriser les rencontres : informelles (hors travail), aménagement des locaux (si regroupement type MSP)	<input type="checkbox"/> Editer un protocole des échanges pour chaque profession (qui communique quoi, quand, à qui)
<input type="checkbox"/> Transmettre les informations médicales des patients utiles aux kinés : diagnostic, ATCD, contre-indications, calendrier de suivi, ...	<input type="checkbox"/> Créer un "annuaire" des professionnels de santé : spécialités, disponibilités, coordonnées (ex. ROR GCS e-santé bretagne)	<input type="checkbox"/> Revoir la législation pour mieux diffuser les synthèses BDK : envoi non systématique, incitation financière, coercition
<input type="checkbox"/> Mieux former les médecins à la prescription de kiné : prévention, éducation et soins d'entretiens peu prescrits	<input type="checkbox"/> Si regroupement : organiser des temps pour connaître les individus et attentes de chacun	<input type="checkbox"/> Mieux rémunérer la communication IP : cotation particulière, créer des NMR hors MSP
<input type="checkbox"/> Mieux former les médecins à la pratique de kinésithérapie : par des kinés, directives locales, formation continue	<input type="checkbox"/> Communiquer par mails (documents joints) : messagerie sécurisée commune	<input type="checkbox"/> Lever les barrières téléphoniques au médecin : préciser de ne pas filtrer les appels de kinés au standard
<input type="checkbox"/> Améliorer l'image de la kinésithérapie : publications en milieu médical	<input type="checkbox"/> Communiquer par messagerie instantanée sécurisée (Pandalab, Globule, ...)	<input type="checkbox"/> Informatiser tous les professionnels
<input type="checkbox"/> Suivre des formations continues en commun, animation mixte		<input type="checkbox"/> Centraliser les données médico-administratives (ex. utilisation du DMP)
<input type="checkbox"/> [Contenu de formation IP universitaire] Traiter les situations ambulatoires hors équipe de soin. Travail de cas cliniques. Casser les préjugés, Clarifier les rôles et compétences partagées.		<input type="checkbox"/> Préremplir avec aide logicielle les prescriptions, BDK, synthèses, ...
<input type="checkbox"/> [Méthodes de formation IP universitaire] Développer l'IP en stage, les stages croisés, un tutorat, les cours en médecine par des kinés. Mutualiser une majorité de cours.		<input type="checkbox"/> Développer les regroupements pluriprofessionnels : réseau de soin, MSP, ...
<input type="checkbox"/> Déléguer des tâches médecin au kiné : ex. prescrire juste pour avis sur l'intérêt de la kiné dans la prise en charge du patient		<input type="checkbox"/> Si regroupement : identifier un leader / partager leadership
		<input type="checkbox"/> Si regroupement : organiser des réunions formelles, discussions de cas cliniques

5.2 Groupes nominaux

5.2.1 Recrutement des participants

À l'issue de la phase de recrutement, 11 personnes ont accepté de participer au groupe nominal. La période envisagée était au printemps 2019 mais je n'ai pu rassembler au mieux que 4 personnes sur une même date. La réunion a donc été reportée à l'automne 2019 pour permettre un meilleur recrutement en élargissant la zone géographique aux cantons voisins.

À cette occasion, 7 étudiants de l'IFMK ont été intéressés pour former un groupe nominal (*Tableau 2*).

Tableau 2. Tableau de variation de l'échantillon du GN des étudiants

	Genre*	Année d'étude post-bac
Etudiant 1	F	5 ^{ème}
Etudiant 2	F	5 ^{ème}
Etudiant 3	H	5 ^{ème}
Etudiant 4	F	4 ^{ème}
Etudiant 5	F	4 ^{ème}
Etudiant 6	H	4 ^{ème}
Etudiant 7	H	3 ^{ème}

* F : Femme, H : Homme

À l'issue de la 2^{ème} phase de recrutement des professionnels, 15 personnes se sont montrées intéressées avec la possibilité de réunir 7 personnes sur une date commune (*Tableau 3*). La rencontre est fixée avec 3 MG et 3 MKDE, 3 femmes et 3 hommes, l'équité professionnelle et l'équité de genre sont donc respectées. Compte tenu du faible nombre de participants, la recherche de variation maximale du groupe ne peut pas se faire sur les autres critères.

Tableau 3. Tableau de variation de l'échantillon du GN des professionnels

	Genre*	Âge**	Profession	Environnement	Pratique ambulatoire
Professionnel 1	F	25 - 35	MG	Urbain	Remplaçante
Professionnel 2	F	25 - 35	MG	Péri-urbain	Titulaire
Professionnel 3	F	25 - 35	MG	Rural	Titulaire
Professionnel 4	H	25 - 35	MKDE	Urbain	Passée : universitaire
Professionnel 5	H	25 - 35	MKDE	Urbain	Mixte : titulaire et universitaire
Professionnel 6	H	35 - 45	MKDE	Urbain	Titulaire

* F : Femme, H : Homme ; ** tranches d'âge en années

5.2.2 Préparation de la séance de groupe nominal

Un document de présentation du groupe nominal a été communiqué aux participants des deux GN pour préparer la réunion :

Document 2. Document de présentation du GN aux professionnels

PREPARATION AU GROUPE NOMINAL

SUJET DU MEMOIRE

**Réflexion sur les relations
entre médecins généralistes
et kinésithérapeutes en
ambulatoire : comment les
améliorer ?**

GROUPE NOMINAL : OBJECTIF

Identifier les problèmes et produire des solutions

- **Forme : 14 professionnels (médecins, kinés)**
- **Durée : 1 h 30**
- **Quand : entre le 23 septembre et le 16 octobre 2019 – selon disponibilités**

POURQUOI CE DOCUMENT

Pour préparer le groupe nominal, j'ai réalisé une synthèse des problèmes et solutions identifiés dans la littérature.

C'est une base de réflexion, l'objectif étant d'aboutir à des solutions **concrètes, applicables à une échelle **locale**.**

AUTRES INFOS

REVUE DE LITTÉRATURE


**Résultats de recherche : 3967
Articles lus : 70**

REFERENTS

[REDACTED]

ME JOINDRE

[REDACTED]

 **Synthèse à la page suivante**

5.2.3 Résultats des entretiens

5.2.3.1 Groupe nominal des étudiants

Au terme d'une séance de 2 heures, 17 énoncés ont été proposés par les 7 participants. Pour les organiser, chaque énoncé a été défini avec un but, une cible et un moyen. D'après le protocole de la Technique du Groupe Nominal (34), chacun a attribué des points - appelé "*un poids*" - en ordre décroissant à 7 énoncés de son choix, de 7 à 1, soit un total de 28 points distribués par participant. 15 énoncés sur 17 ont reçu un vote (poids non nul). Les participants ont validé les résultats sans réserve.

Tableau 4. Énoncés produits par le groupe nominal des étudiants

Numéro d'énoncé	Poids total	Énoncé
E1	25	<u>But</u> : Améliorer la prescription de kinésithérapie <u>Cible</u> : MKDE (professionnels) <u>Moyen</u> : Définir et diffuser un document cadre pour formaliser ces prescriptions ; action à mener au niveau national en passant par le Ministère de la Santé.
E2	20	<u>But</u> : Connaître le champ d'action de chaque pratique, voir comment les autres réfléchissent <u>Cible</u> : Etudiants en médecine et en masso-kinésithérapie <u>Moyen</u> : Développer des cas pratiques en formation initiale, en cours mutualisés, par groupes d'étudiants de même niveau de connaissance et en présentant des exemples de chaque discipline.
E3	19	<u>But</u> : Utiliser le DMP pour améliorer l'échange d'information <u>Cible</u> : MG et MKDE (professionnels) <u>Moyen</u> : Action du patient sur ce qu'il veut partager.
E4	18	<u>But</u> : Favoriser des stages de découverte interprofessionnelle <u>Cible</u> : Etudiants en médecine et en masso-kinésithérapie <u>Moyen</u> : En IFMK : avoir un objectif de stage obligatoire sur l'interprofessionnalité tout en gardant la liberté sur le choix du stage. En médecine : pendant le stage d'internat, passer quelques jours en stage avec un MKDE en fonction de la spécialité (exemples : vestibulaire, réadaptation, etc.).

Numéro d'énoncé	Poids total	Enoncé
E5	18	<p><u>But</u> : Mieux se connaître ainsi que les attentes de chacun</p> <p><u>Cible</u> : MG et MKDE (professionnels)</p> <p><u>Moyen</u> : Réunions à une échelle locale. En milieu rural : à chaque nouvel arrivant. En ville ou quartier : par sessions annuelles. Solliciter les URPS pour obtenir des financements et aides à l'organisation de ces réunions.</p>
E6	18	<p><u>But</u> : Connaître les besoins des MKDE en termes de prescription</p> <p><u>Cible</u> : Etudiants en médecine</p> <p><u>Moyen</u> : Développer une formation initiale spécifique avec un formateur MKDE et une possible mutualisation avec les étudiants en masso-kinésithérapie.</p>
E7	16	<p><u>But</u> : Faire du parrainage pour créer des liens entre les filières médicale et paramédicales</p> <p><u>Cible</u> : Etudiants en médecine et en masso-kinésithérapie</p> <p><u>Moyens</u> : Passer par les associations étudiantes, organiser des <i>speed dating</i> professionnels.</p>
E8	14	<p><u>But</u> : Etudier les solutions pour transmettre systématiquement le diagnostic avec la prescription de masso-kinésithérapie</p> <p><u>Cible</u> : Etudiants en médecine</p> <p><u>Moyen</u> : Idée de sujet de mémoire ou thèse de fin d'étude à mener sur le sujet, à destination des MG.</p>
E9	13	<p><u>But</u> : Mieux informer sur/entre les professionnels de santé (exemples : spécialité, coordonnées)</p> <p><u>Cible</u> : MG et MKDE (professionnels)</p> <p><u>Moyen</u> : Développer le ROR Bretagne et l'ouvrir en création et en consultation à toutes les professions de santé.</p>
E10	8	<p><u>But</u> : Informer de la législation en vigueur sur la transmission systématique de la synthèse de fin de traitement du MKDE au MG</p> <p><u>Cible</u> : MG et MKDE (professionnels)</p> <p><u>Moyen</u> : Communiquer par le biais des URPS, en s'assurant qu'elles aient accès aux mails de la MSS. <i>En effet, les adresses e-mail reçues par les URPS sont celles transmises aux ordres lors de l'inscription des professionnels, elles sont donc souvent obsolètes.</i></p>

Numéro d'énoncé	Poids total	Enoncé
E11	7	<p><u>But</u> : Favoriser des stages de découverte interprofessionnelle</p> <p><u>Cible</u> : MG et MKDE (professionnels)</p> <p><u>Moyen</u> : <i>aucun identifié</i></p>
E12	7	<p><u>But</u> : Obliger le respect de la législation en vigueur sur la transmission systématique de la synthèse de fin de traitement du MKDE au MG</p> <p><u>Cible</u> : MG et MKDE (professionnels)</p> <p><u>Moyen</u> : Conditionner le remboursement des actes effectués par le MKDE à cette transmission (pas de moyen précis identifié).</p>
E13	7	<p><u>But</u> : Favoriser les échanges interprofessionnels</p> <p><u>Cible</u> : Etudiants et professionnels MKDE et MG</p> <p><u>Moyen</u> : Créer un groupe ouvert à tous sur les réseaux sociaux ; MG et MKDE, voire d'autres professions de santé.</p>
E14	5	<p><u>But</u> : Comprendre les vocabulaires de chacun</p> <p><u>Cible</u> : MG et MKDE (professionnels)</p> <p><u>Moyen</u> : Organiser des conférences avec l'aide des URPS.</p>
E15	1	<p><u>But</u> : Organiser des séances pluriprofessionnelles autour d'un patient</p> <p><u>Cible</u> : MG et MKDE (professionnels)</p> <p><u>Moyen</u> : Discussions de cas cliniques dans les MSP.</p>
E16	0	<p><u>But</u> : Parrainer les nouveaux professionnels pour leur faire connaître l'environnement d'exercice</p> <p><u>Cible</u> : MG et MKDE (professionnels)</p> <p><u>Moyen</u> : Créer une association de parrainage avec une liste accessible à tous les professionnels de santé.</p>
E17	0	<p><u>But</u> : Comprendre les vocabulaires de chacun</p> <p><u>Cible</u> : MG et MKDE (professionnels)</p> <p><u>Moyen</u> : Mettre en place des formations continues interprofessionnelles spécifiques selon la spécialité (respiratoire, vestibulaire, etc.).</p>

5.2.3.2 Groupe nominal des professionnels

Au terme d'une séance de 1h30, 19 énoncés ont été proposés par les 6 participants. Pour les organiser, chaque énoncé a été défini avec un but et un moyen. D'après le protocole de la Technique du Groupe Nominal (34), chacun a attribué des points - appelé "*un poids*" - en ordre décroissant à 8 énoncés de son choix, de 8 à 1, soit un total de 36 points distribués par participant. 15 énoncés sur 19 ont reçu un vote (poids non nul). À la restitution des résultats, les participants ont validé les résultats après ajustement de 3 énoncés :

- Dans deux énoncés un mot a été changé par un synonyme pour mieux préciser le but,
- Dans l'énoncé sur l'accès libre aux mémoires et thèses, le but initial était en réalité un moyen, il a donc été réécrit.

Tableau 5. Enoncés produits par le groupe nominal des professionnels

Numéro d'énoncé	Poids total	Enoncé
P1	37	<u>But</u> : Organiser des réunions d'échange de connaissances <u>Moyen</u> : Former un groupe pluriprofessionnel. <i>Exemple de l'"Association des professionnels de santé du Pays de Morlaix", association à but non lucratif, pluriprofessionnelle, cotisation mais accès libre permis, 1 réunion avec un thème par mois. Ces formations se font en collaboration avec le Collège des Hautes Études de Médecine (CHEM), permettant de satisfaire l'obligation de Développement Professionnel Continu (DPC) et d'obtenir des financements complémentaires.</i>
P2	31	<u>But</u> : Se présenter à l'autre - se présenter à nouveau si besoin [à coupler avec] bien accueillir celui qui se présente <u>Moyen</u> : Le nouvel arrivant MKDE ou MG vient se présenter physiquement, le receveur fait preuve et de bienveillance.
P3	24	<u>But</u> : Echanger autour d'un patient, en regroupement pluriprofessionnel <u>Moyen</u> : Réunion en petit groupe des professionnels de santé qui prennent en charge un patient. <i>Exemple avec "Appui Santé" qui rémunère les acteurs sur demande du professionnel de santé (MG ou paramédical) qui organise.</i>

Numéro d'énoncé	Poids total	Enoncé
P4	22	<p><u>But</u> : Transmettre systématiquement la synthèse de fin de traitement (<i>respect de la législation R4321-2 du CSP</i>) [à coupler avec] le MG communique sur l'intérêt des synthèses et BDK</p> <p><u>Moyens</u> : Editer la synthèse à l'aide du logiciel métier des MKDE et la transmettre par messagerie sécurisée. En retour, les MG font part de leur intérêt aux MKDE, ne serait-ce que pour compléter le dossier patient.</p>
P5	20	<p><u>But</u> : Fixer des points d'étapes pour réévaluer la prise en charge de patients chroniques (exemple des Affections de Longue Durée (ALD)).</p> <p><u>Moyen</u> : Réunions des professionnels de santé locaux.</p>
P6	17	<p><u>But</u> : Pour les MKDE : prendre l'habitude de faire des BDK (<i>respect de la législation R4321-2 du CSP</i>)</p> <p><u>Moyen</u> : Editer les BDK à l'aide des logiciels métier des MKDE ou de logiciels de bilans.</p>
P7	15	<p><u>But</u> : Développer le "triage" par le MKDE pour l'aide au diagnostic et sensibiliser les MG à cette pratique</p> <p><u>Moyens</u> : S'appuyer sur les logiciels métier des MKDE. Passer par les e-mails ou les patients pour communiquer. Utiliser la cotation des BDK en actes isolés (78) pour se rémunérer sur cet acte.</p>
P8	12	<p><u>But</u> : Expliquer aux MG comment travaillent les MKDE</p> <p><u>Moyen</u> : Communiquer soit par les patients, soit en petits groupes sous la forme d'ateliers pour montrer comment le MKDE aborde le patient.</p>
P9	12	<p><u>But</u> : Avoir des terrains de stage interprofessionnels pendant les études</p> <p><u>Moyen</u> : Stagiaire MG envoyé chez un MKDE pendant une semaine, ou inversement, étudiant d'IFMK envoyé chez un MG.</p>

Numéro d'énoncé	Poids total	Enoncé
P10	9	<p><u>But</u> : Mener des analyses rétrospectives pluriprofessionnelles sur des cas complexes de patients</p> <p><u>Moyen</u> : Réunions en petits groupes des professionnels de santé prenant en charge le patient.</p>
P11	5	<p><u>But</u> : S'échanger ponctuellement des informations, entre MKDE et MG</p> <p><u>Moyen</u> : Applications sécurisées de e-santé de type messagerie instantanée. <i>Exemple de Pandalab, avec recherche de gratuité pour les professionnels de santé de Bretagne. La télé-expertise via l'application a été abordée mais elle n'est permise qu'entre MG.</i></p>
P12	4	<p><u>But</u> : Apporter les informations en complément de la prescription si nécessaire</p> <p><u>Moyen</u> : Editer le courrier complémentaire à la prescription avec le logiciel métier MG par impression des synthèses de patient.</p>
P13	3	<p><u>But</u> : Transmettre les connaissances</p> <p><u>Moyen</u> : Diffuser les connaissances par l'affichage de posters dans les cabinets des autres professions.</p>
P14	3	<p><u>But</u> : Développer la formation interprofessionnelle entre étudiants des deux disciplines sur les rôles de chacun</p> <p><u>Moyen</u> : Pendant les études. Exemple des journées d'interprofessionnalité à la faculté de médecine de Brest : activités de cohésion, cas cliniques avec régulation de professionnels en MSP sur la prise en charge réelle.</p>
P15	2	<p><u>But</u> : Communiquer aux MG les bonnes pratiques de prescription</p> <p><u>Moyen</u> : Proposer cela en sujet de mémoire/thèse, par exemple sur la vulgarisation de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) des MKDE.</p>
P16	0	<p><u>But</u> : Améliorer la formation théorique des MG sur la façon de prescrire de la masso-kinésithérapie</p> <p><u>Moyen</u> : Avoir un avis d'expert MKDE, présenter la nomenclature NGAP, pour les cotations des MKDE.</p>

Numéro d'énoncé	Poids total	Enoncé
P17	0	<p><u>But</u> : Favoriser l'interprofessionnalité dans les études pour mutualiser les connaissances et mieux se connaître (rôles, compétences)</p> <p><u>Moyen</u> : Accès libre aux présentations de mémoires et thèses pour les étudiants en santé avec diffusion préalable des soutenances aux différentes filières.</p>
P18	0	<p><u>But</u> : Intervention d'un professionnel chez l'autre pour diffuser des bonnes pratiques : au sujet d'une population de patients</p> <p><u>Moyen</u> : Rémunérer ces interventions.</p>
P19	0	<p><u>But</u> : Participer à des événements d'associations de patients</p> <p><u>Moyen</u> : <i>aucun identifié</i></p>

Les résultats obtenus (*Tableau 5*) ne représentent pas exactement les idées des participants du GN. En effet, lors de la 1^{ère} phase du GN (34), je suis intervenu comme le protocole l'incite pour rappeler la question nominale. Mon intention était que les participants apportent du détail à leurs énoncés. Mais j'ai ajouté une précision : d'éviter de renseigner "*des moyens trop généralistes*". Suite à cela, à l'issue de la séance, un participant a reconnu avoir gardé pour lui un énoncé sur le DMP lors de la 2^e phase. Cet énoncé n'a donc pas pu être intégré aux votes.

6 DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'identifier des solutions applicables concrètement, à une échelle locale, pour améliorer les relations entre les MKDE et MG dans leur quotidien. Après un retour sur les hypothèses formées autour de la problématique "*Comment améliorer les relations entre kinésithérapeutes et médecins généralistes en ambulatoire ?*", un point est fait sur la méthode et les résultats obtenus. Des axes d'amélioration sont aussi proposés pour amener d'autres perspectives à ce travail.

6.1 Retour sur les hypothèses

L'**hypothèse principale** était qu'il n'existe pas de solution universelle pour améliorer les relations entre MG et MKDE. Les relations sont nécessairement liées à un facteur humain et donc à des problématiques individuelles. En cela, cette hypothèse est indissociable de la **seconde hypothèse** qui était que les problématiques individuelles sont multiples et qu'il en va ainsi des solutions. Les résultats de la revue de la littérature vont en ce sens. Les relations diffèrent selon le statut de chacun, le mode et le milieu d'exercice, les formations initiales ou continues réalisées, les expériences professionnelles et personnelles.

La **troisième hypothèse** était que les difficultés relationnelles sont liées à une méconnaissance de l'autre. Cet argument a été retrouvé à de maintes reprises dans la littérature, mais les aspects humains et organisationnels étaient également très présents. Chacun de ces trois aspects semble nécessaire mais insuffisant isolément des deux autres pour assurer la qualité relationnelle recherchée.

La **quatrième hypothèse** était que les solutions les plus adaptées seront locales, au plus proche des acteurs. Pour l'amélioration des relations interprofessionnelles au quotidien, certaines actions ont été mises en place à un niveau local dans un premier temps, avant d'être étendues. C'est le cas des initiatives dans la formation initiale, des regroupements pluriprofessionnels à petite échelle, de la diffusion par une URPS des bonnes pratiques de prescription (*Annexe I*), etc. D'autres solutions sont adoptées nationalement, avec des adaptations locales et régionales. C'est le cas des ROR et de la MSS qui est passée par le GCS e-santé Bretagne. Certaines solutions sont détachées de l'aspect géographique car elles font appel à l'aspect individuel, comme la solution de se présenter et d'accueillir l'autre. Les solutions ne sont donc pas nécessairement "*locales*", mais, comme cela est formulé dans la question nominale, elles doivent être "*applicables localement*" pour être efficaces.

6.2 Discussion sur la méthode

6.2.1 Forces et limites de la revue systématisée de la littérature

La recherche d'éléments qualitatifs sur un important volume de données est soumise au biais de classement : en plus de l'assiduité du lecteur, la transposition des problématiques et solutions de certains documents étrangers (8,44,47,48,53,55,65,71) dans le contexte de notre système de soin peut entraîner des omissions de problématiques plus profondes ou des simplifications. Idéalement, un second lecteur permettrait de réduire ce biais.

Mais ce travail de recherche tire aussi grand bénéfice de ces sources extérieures à la France. Elles amènent des réflexions sur des problématiques inédites (12,47) ou font un retour d'expérience sur des solutions qui ne sont qu'évoquées en France (37,55,64,74).

La création d'une fiche de synthèse des résultats de cette revue de littérature (*Document 1*) a été essentielle pour délivrer de façon efficiente un grand nombre de concepts. Cependant, cette synthèse constitue un autre biais d'information pour trois raisons :

- Résumer entraîne une perte d'information,
- La présentation synthétique induit des variations d'interprétations individuelles,
- Au-delà du partage de connaissance, les grands axes et éléments présentés dans la synthèse sont susceptibles d'influencer les lecteurs.

6.2.2 Congruence de la revue de la littérature avec l'objectif du GN

L'objectif de ce travail était d'amener des professionnels de santé à imaginer les solutions qui amélioreront leurs relations au quotidien. L'exhaustivité et l'objectivité des résultats de la revue de la littérature étaient secondaires. En effet, ces résultats ont constitué une source d'inspiration et non un catalogue dans lequel les participants ont dû piocher des idées.

Cette revue de littérature a eu le rôle essentiel de sensibiliser les acteurs des GN aux relations interprofessionnelles, qui était une thématique originale pour la plupart d'entre eux.

Les éventuels biais d'information de la revue de la littérature et de sa synthèse peuvent donc être jugés comme acceptables à la condition que la production des énoncés se détache de la synthèse (*Document 1*).

6.2.3 Forces et limites de la Technique du Groupe Nominal

La question nominale posée aux GN réclame des notions très précises sur un sujet vaste et multifactoriel. La TGN est adaptée à ce travail de par son efficacité : elle permet en un temps restreint l'échange et la co-construction d'idées, le tout en garantissant l'équité dans l'expression de chacun.

Une difficulté est apparue dans la pratique de l'animation, or la qualité de la production des énoncés peut dépendre de la qualité de cette animation. C'est en partie pour pallier ce point qu'un premier entretien a été mené auprès d'étudiants : il est intéressant de pratiquer davantage cette technique pour se l'approprier.

Le découpage des énoncés en un but, une cible (pour le groupe des étudiants) et un moyen, pose question. Ce découpage n'est pas mentionné dans la TGN (34), il s'agit d'une liberté personnelle. La cible n'a pas été conservée pour le GN des professionnels car elle alourdissait le traitement des énoncés et cette information peut facilement se retrouver dans le but ou le moyen. Le moyen a été défini pour assurer un ancrage du but de l'énoncé dans le concret. Le moyen n'a pas été renseigné pour les énoncés E11 (*Tableau 4*) et P19 (*Tableau 5*), ce qui ne concerne que 5,5% des énoncés produits.

Ce découpage prend particulièrement sens dans le GN des étudiants où des énoncés ont le même but et cela à deux reprises. Pour le but "*Comprendre les vocabulaires de chacun*", la distinction entre les énoncés E14 et E17 (*Tableau 4*) est faite sur le moyen. Pour le but "*Favoriser des stages de découverte interprofessionnelle*", la différence entre les énoncés E4 et E11 (*Tableau 4*) est faite sur la cible et le moyen. J'ai d'abord pensé que cela avait divisé les votes sur ces énoncés mais ils sont radicalement différents même s'ils partagent le même but. En fait, le découpage des énoncés a permis aux GN d'organiser leurs idées, chose particulièrement indiquée sur cette question nominale.

Il peut être intéressant d'observer différents usages de la TGN dans la littérature pour évaluer si les énoncés sont systématiquement formulés en un bloc ou s'ils sont parfois découpés. Quel impact cela a-t-il alors sur les énoncés produits ?

6.3 Discussion sur les résultats

Au total, 36 énoncés ont été produits par les deux groupes de travail. Ils devaient répondre à la question nominale : "*Selon vous, quels moyens concrets peut-on appliquer localement (métropole, canton) pour améliorer les relations entre kinésithérapeutes libéraux (ou en maison de santé) et médecins généralistes ?*".

6.3.1 Les énoncés plébiscités

Avec un poids total respectif de 37 et 31 points les énoncés P1 et P2 (*Tableau 5*) ont particulièrement intéressé les acteurs des deux disciplines. Il s'agit de l'organisation de réunions pluriprofessionnelles d'échange de connaissances et le fait de se présenter à l'autre et de bien accueillir ceux qui viennent se présenter. Parce que le bénéfice de ces solutions est pressenti par des participants MG et MKDE, il est fort probable que leur application participerait à l'amélioration des relations dans l'entourage professionnel de ces participants.

6.3.2 Des résultats concrets

Les énoncés produits par les GN sont très concrets.

Certains décrivent des actions qui en réalité existent déjà :

- Le mémo sur la prescription créée par l'URPS des MKDE de Bretagne (*Annexe I*) répond aux énoncés E1 (*Tableau 4*) et P15 (*Tableau 5*),
- Le modèle de fiche synthèse BDK à destination des MKDE (*Annexe II*) amène une réponse partielle à l'énoncé P4 (*Tableau 5*),
- Des groupes pluriprofessionnels en santé de discussion existent déjà sur les réseaux sociaux, ce qui répond à l'énoncé E13 (*Tableau 4*).

D'autres énoncés sont l'expression de l'expérience de certains participants :

- Production de l'énoncé P1 (*Tableau 5*) sur l'expérience de l'association des professionnels de santé du Pays de Morlaix,
- Production de l'énoncé P6 (*Tableau 5*) en lien avec la pratique des participants MKDE,
- Production de l'énoncé P14 (*Tableau 5*) sur l'expérience des journées de l'interprofessionnalité organisées par la faculté de médecine de Brest pour les étudiants médecins, infirmiers et masseur-kinésithérapeutes.

6.3.3 Des applications locales

33 énoncés produits sont applicables localement, à l'exception des énoncés E1, E12 (*Tableau 4*) et P18 (*Tableau 5*), pour lesquels une intervention au niveau de l'Etat est nécessaire.

Certains énoncés sont très simples à appliquer à l'échelle de l'individu, avec l'usage des réseaux sociaux (*E2 - Tableau 4*), l'application des bonnes pratiques précisées ou non dans la législation (*P4, P6, P12 - Tableau 5*), ou simplement en sortant de sa routine (*P2, P19 - Tableau 5*).

D'autres énoncés nécessitent de s'impliquer à une échelle de proximité, qu'il s'agisse de mettre en place une organisation avec nos interlocuteurs réguliers (E3, E15 - Tableau 4 et P3, P5, P7, P8, P10, P11, P13 - Tableau 5) ou de proposer des sujets de mémoire et thèse sur des points spécifiques (E8 - Tableau 4 et P15 - Tableau 5).

Les autres énoncés impliquent un investissement à une échelle plus large, en sollicitant les instances professionnelles et régionales (E5, E9, E10, E14 - Tableau 4), instances universitaires (E2, E4, E6, E7 - Tableau 4 et P9, P14, P16, P17 - Tableau 5), organismes de formation (E17 - Tableau 4 et P1 - Tableau 5) ou professionnels de proximité élargie (E14, E16 - Tableau 4 et P1 - Tableau 5).

6.3.4 Possibilités de transposition des résultats

Le *poids total* des énoncés permet de repérer les solutions les plus estimées par les participants des GN. Mais pour d'autres individus, dans un autre contexte, les préférences ne seront pas forcément les mêmes.

J'ai personnellement un intérêt pour l'énoncé P17 (Tableau 5), bien que son poids soit nul. En tant qu'animateur il ne m'était pas permis de participer aux votes. À mon sens cet énoncé est d'une portée symbolique forte concernant l'ouverture à l'interprofessionnalité de nos formations. Il est aussi d'une grande facilité de mise en œuvre. Je m'étonne qu'il n'ait pas été davantage plébiscité car je pense que le développement de l'interprofessionnalité doit se faire en priorité dans le contexte des études, où les bonnes habitudes sont plus faciles à transmettre.

Je trouve aussi le moyen de l'énoncé P4 (Tableau 5) très pertinent dans sa deuxième partie : la transmission de la synthèse BDK par les MKDE ne suffit pas. Le retour du MG sur ce document transmis est essentiel. C'est le principe même de la métacommunication : pour des relations de qualité et durables, il faut communiquer sur la communication. J'irais même plus loin : à mon sens cette métacommunication doit être introduite dans nos études, tant elle est cruciale dans nos professions de santé, que ce soit à l'égard des autres professionnels mais aussi de nos patients.

Ainsi, les solutions produites répondent aux problématiques des participants. Pourtant, elles peuvent sembler généralisables à l'ensemble du territoire français. Selon moi, ce n'est qu'une impression et dans une autre région où il y a un ROR bien développé, l'énoncé E9 (Tableau 4) n'apparaîtrait probablement pas. Dans une région où les MKDE ont pris l'habitude de transmettre des synthèses, les énoncés E10, E12 (Tableau 4) et P4 (Tableau 5) n'apparaîtraient probablement pas. De la même façon, je suis persuadé que d'autres régions auront d'autres problématiques, professionnelles,

humaines, organisationnelles, culturelles, économiques, climatiques, qui ne sont pas ressenties sur notre territoire et pour lesquelles aucun énoncé n'a donc été produit par nos entretiens.

6.4 Axes d'amélioration

6.4.1 L'animation

Les résultats des GN sont le reflet de l'implication et de la participation des acteurs. Ils dépendent donc en partie de l'animation de la séance. En effet, en phase 1 le rôle de l'animateur est de stimuler la production individuelle d'énoncés en lien avec la question nominale. Pendant cette phase j'ai commis une erreur dans l'animation du GN des professionnels et un énoncé sur le DMP n'a pas été reporté en phase 2 (*voir 5.2.3.2*). Pour s'assurer que chaque participant exprime l'intégralité de ses idées, tous les contenus rédigés en phase 1 devraient être vérifiés en fin de phase 2. Ce contrôle permettrait d'éviter l'omission d'énoncés, omission qui peut être liée à l'étourderie mais aussi à l'influence de l'animateur ou des participants pendant les échanges.

6.4.2 Le temps

L'axe d'amélioration proposé pour contrer les omissions d'énoncés en phase 2 nécessite du temps, qui est un point critique de ces GN. En effet, des séances de 3 heures sont conseillées pour des GN de 6 à 14 personnes (34). Pour le GN des professionnels la durée de séance a été de 1h30 pour 6 personnes. *A priori* le temps de séance est proportionnel au nombre de personnes et le choix d'1h30 paraissait adapté. C'était sans tenir compte de mon manque d'expérience dans l'animation des GN et de la durée incompressible des phases 1 et 4, qu'il y ait 6 ou 14 participants.

Sur l'animation des GN je n'ai pas su faire respecter la distinction des phases 2 et 3 ; elles ont été regroupées en une seule phase. Le protocole de la TGN suggère de laisser une pause en fin de phase 2 pour préserver l'attention des participants (34). En raison du regroupement des phases et par manque de temps cette pause n'a pas pu être respectée.

L'allongement de la durée de séance permettrait donc d'éviter plusieurs écueils. Les professionnels de santé ayant des disponibilités restreintes, un temps réduit a été privilégié pour assurer un nombre raisonnable de participants au GN des professionnels. Le respect de la durée conseillée pour les GN est donc un axe d'amélioration à considérer avec la prudence nécessaire si le recrutement est compliqué. Un autre axe d'optimisation du facteur temps est la coanimation : la séparation des rôles d'animateur

et de rapporteur, que j'avais choisi d'endosser seul, pourrait aider à compenser le temps réduit de séance.

6.4.3 Le recrutement

Un minimum de 6 participants est conseillé pour un GN (34). Avec respectivement 7 et 6 personnes, les GN des étudiants et des professionnels sont de petite taille. La phase de recrutement a été compliquée. Seules des personnes intéressées par le sujet et/ou dans mon cercle de contacts ont intégré les groupes nominaux. Je n'ai pas sollicité les intervenants à l'IFMK, qu'ils soient MG ou MKDE, ni les instances d'URPS ou conseils de l'ordre. Par cette sélection, je comptais créer une émulation, favoriser la richesse des échanges en séance et donc une production importante d'énoncés. Les acteurs avaient tous à cœur d'améliorer les relations entre MG et MKDE et malgré leur nombre réduit ces attentes ont été satisfaites.

Jusqu'à la réalisation des GN, j'ai pensé qu'il était nécessaire d'augmenter le nombre de participants. Avec le recul, les contraintes temporelles et la richesse des résultats, ça ne me semble pas être un axe d'amélioration prioritaire. Il reste intéressant de former des GN de grande taille pour mutualiser davantage de connaissances et d'expériences.

En effet, au-delà de l'intérêt d'augmenter le nombre de participants, il est intéressant d'élargir la cible de recrutement. Solliciter des personnes réticentes aux relations interprofessionnelles peut permettre de révéler des freins et faire émerger des réponses à des problématiques non considérées jusque-là. Solliciter les instances permettrait à des professionnels qualifiés sur le sujet d'intégrer et d'enrichir ces échanges de leur expérience :

- Un membre de l'URPS aurait pu préciser l'existence de la fiche mémo sur la prescription à la rédaction des énoncés E1 (*Tableau 4*) et P15 (*Tableau 5*),
- Un professionnel familier des recommandations de l'assurance maladie aurait pu préciser l'existence d'un modèle de fiche synthèse BDK à destination des MKDE (*Annexe II*), avec un impact probable sur l'énoncé P4 (*Tableau 5*).

6.4.4 Réduction des biais

Des biais d'information ont été décrits (*voir 6.2*). Le biais d'information lié à la synthèse de la revue de littérature (*Document 1*) peut être supprimé pour ne pas orienter les productions des participants. Une façon simple de faire est de réaliser les GN sans support préalable.

Mais engager un GN sur une question nominale aussi complexe sans préparer les participants au contexte peut les faire basculer dans un biais cognitif : le biais de cadrage. La forme même du GN induit ce biais : une séance unique et courte ne laisse pas un temps suffisant aux participants pour développer toute leur réflexion pour répondre à une question nominale complexe.

L'anticipation du GN par la diffusion de la synthèse vient contrer le biais de cadrage et introduire un biais d'information. Il n'est pas évident de déterminer lequel de ces biais impacte le moins la production d'énoncés. Cependant, l'expérience de mes GN m'amène à penser que le biais d'information n'a pas eu de retentissement majeur sur les productions d'énoncés et qu'il est largement compensé par l'apport de connaissances qu'a pu susciter la fiche synthèse (*Document 1*).

6.5 Projections

Il est surprenant de constater que certaines solutions produites par les GN existent et sont méconnues des participants ou alors ne sont pas mises en application. Il y a clairement un défaut de diffusion de l'information sur ces solutions. J'ai bon espoir que la réalisation de ces réunions et plus globalement de ce travail participera à cette diffusion. Au-delà de cela, chaque MG ou MKDE doit prendre conscience qu'il est le meilleur vecteur pour diffuser ces messages à son entourage professionnel de façon ponctuelle et opportune, ou à ses pairs via les réseaux sociaux notamment. À titre personnel j'ai d'ailleurs engagé un projet de clinicat sur la diffusion des synthèses BDK de fin de traitement aux médecins prescripteurs. Une sensibilisation a été initiée sur un réseau social ainsi que sur mon terrain de stage. À plus grande échelle, j'ai créé un modèle de synthèse BDK simplifié pour les fins de traitement. Un projet d'intégration de ce modèle dans les modèles de référence de *KobusApp* est en cours (*KobusApp* est une des principales applications d'édition de BDK en France avec *BDKapp* et *Kinéapp*).

J'ai bon espoir que d'autres personnes ou groupes de personnes s'emparent des différents énoncés produits : pour des travaux de mémoire et de thèse comme suggéré dans les énoncés E8 (*Tableau 4*) et P15 (*Tableau 5*) ; pour des créations d'associations à l'instar de l'exemple à l'origine de P1 (*Tableau 5*) ou sur le modèle de E16 (*Tableau 4*) ; pour tout autre projet qui reste à développer.

Enfin, il serait intéressant de généraliser ce travail de TGN à l'ensemble du territoire et comparer les productions. Les problématiques et solutions sont-elles semblables ? Confronter ces différents résultats pourrait faciliter la diffusion et l'application de solutions qui ont été éprouvées en d'autres lieux.

7 CONCLUSION

À la question "*Comment améliorer les relations entre kinésithérapeutes et médecins généralistes en ambulatoire ?*", les acteurs des GN ont su apporter bon nombre de réponses propres à leurs besoins, avec une production de 36 énoncés.

La réunion des deux disciplines autour d'une table pour identifier des solutions concrètes et applicables localement a été très bénéfique pour partager des visions différentes de cette problématique commune.

Ces échanges ont été préparés par une analyse des différents contextes retrouvés dans la littérature au niveau national et international.

L'abord de ce sujet de façon qualitative permet de construire un catalogue de problématiques et solutions dans lesquelles chaque professionnel peut se retrouver et repérer des idées qui correspondent à sa situation particulière.

Certaines idées produites par les groupes nominaux existent déjà. D'autres semblent seulement nécessiter du bon sens ou *a minima* être simples à appliquer, à condition d'intéresser un maximum de professionnels.

Une avancée considérable pour l'amélioration des relations entre les professionnels de santé serait donc de travailler sur la communication. Pour les solutions existantes, il faut porter une attention particulière sur la qualité de la diffusion des messages d'information plutôt que sur la quantité de personnes ciblées. Avoir l'assurance de la bonne réception des messages et de la compréhension de notre interlocuteur est une garantie de cette qualité de communication.

Chaque solution doit être approfondie et adaptée au contexte des professionnels de santé qui s'y intéressent. Chaque relation professionnelle appelle à être investie par l'ensemble des interlocuteurs concernés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Article R4321-2. Code de la santé publique.
2. Steihaug S, Paulsen B, Melby L. Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers – a qualitative study of structural conditions. *Scand J Prim Health Care*. 8 nov 2017;35(4):344-51.
3. Staffoni L, Knutti-Menia I, Bécherraz C, Pichonnaz D, Bianchi M, Schoeb V. Définir la collaboration interprofessionnelle : étude qualitative des représentations pratiques des formateurs/trices en santé. *Kinésithérapie Rev*. janv 2019;19(205):3-9.
4. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health*. 18 déc 2014;fdu102.
5. Paz-Lourido B, Kuisma RME. General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: A discourse analysis. *J Interprof Care*. mai 2013;27(3):254-60.
6. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIM Database Syst Rev Implement Rep*. nov 2017;15(11):2723-88.
7. Boulahrouz N. Collaboration entre kinésithérapeutes et médecins généralistes : ressenti et influence des recommandations actuelles [Thèse d'exercice : médecine]. [Amiens, France]: Université de Picardie - Jules Verne; 2012.
8. Ogiwara S, Inoue K, Hyuga H. The Physiotherapist-Doctor Relationship: An Ishikawa Physiotherapists' Perspective. *J Phys Ther Sci*. 2005;17(2):87-92.
9. Dumont T. Étude des relations entre les professionnels de santé du territoire de GVLG : analyse des modalités de communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé lors de l'adressage d'un patient [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Paris, France]: Université de Paris 7; 2016 [cité 14 oct 2018]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5104_DUMONT_these.pdf
10. Lemetayer C. Étude des relations entre les professionnels de santé du territoire de GVLG : Analyse du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers sur leur communication avec le médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient. [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Paris, France]: Université de Paris 7; 2016 [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5111_LEMETAYER_these.pdf
11. Mognon K. Étude des relations entre les professionnels de santé du territoire de GVLG : Analyse des flux d'adressage et de communication déclarés entre les professionnels de santé autour du patient [Thèse d'exercice : médecine]. [Paris, France]: Université de Paris 7; 2016.

12. Scott C, Lagendyk L. Contexts and Models in Primary Healthcare and their Impact on Interprofessional Relationships. :58.
13. Fischer G-N. Le concept de relation en psychologie sociale. Rech Soins Infirm. 1999;(56):8.
14. de Vaux MB, Paddeu J, Tissot F, Warin M. Guy Le Boterf, De la compétence à la navigation professionnelle, Paris, Les Éditions d'Organisation, 1997. :2.
15. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels [Internet]. Aix-Marseille III; 2004 sept [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02151419>
16. Remede.org. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.remede.org/>
17. Projet pédagogique de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Brest. 2019.
18. Les 6 compétences génériques | Département Médecine Générale - Université Paris 7 Diderot [Internet]. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-6-competences>
19. Article R4127-4. Code de la santé publique.
20. Article L1110-4. Code de la santé publique.
21. Article R4127-33. Code de la santé publique.
22. Article R4127-68. Code de la santé publique.
23. Arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins - Article 4.
24. Article R161-45. Code de la sécurité sociale.
25. Article L4321-1. Code de la santé publique.
26. Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.
27. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
28. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Dossier d'information : où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ? Ministère des solidarités et de la santé; 2019 mai p. 28.

29. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2018 sept [cité 16 janv 2020] p. 52. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
30. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774 juill 24, 2019.
31. Messagerie Sécurisée » GCS E-Santé Bretagne [Internet]. E Santé Bretagne. [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.esante-bretagne.fr/services/services-aux-professionnels/messagerie-securisee/>
32. Les outils numériques au service des professionnels de santé libéraux en Bretagne [Internet]. Inter URPS de Bretagne; 2018 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2018/03/Le-m%C3%A9mento-des-outils-num%C3%A9riques-en-Bretagne-2018.pdf?x37326>
33. Dartois O. Présentation de l'URPS MKLB dans le cadre de l'UE 14 des élèves de K4. IFMK de Brest; janv 16, 2020.
34. Grenier J, Lagarde M. La Technique du Groupe Nominale (TGN), une méthode de cueillette des données à connaître. In Montréal, Québec; 2000 [cité 7 mars 2019]. p. 15-22. Disponible sur: http://www.cdc.qc.ca/actes_arc/2000/grenier_lagarde_actes_ARC_2000.pdf
35. Schuck E. La communication interprofessionnelle entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes [Thèse d'exercice : médecine]. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg; 2017.
36. Bonnal C, Matharan J, Micheau J. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux [Internet]. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; 2009 déc p. 27. Report No.: DREES : MA0800578. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso-kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf
37. Sander O, Schmidt R, Rehkämper G, Lögters T, Zilkens C, Schneider M. Interprofessional education as part of becoming a doctor or physiotherapist in a competency-based curriculum. *GMS J Med Educ* [Internet]. 29 avr 2016 [cité 20 déc 2018];33(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4895851/>
38. Fiquet L. Comment les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes se représentent-ils le médecin généraliste ? : Étude qualitative par focus group [Thèse d'exercice : médecine]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2010.
39. Perreault K, Dionne CE, Rossignol M, Morin D. Interprofessional practices of physiotherapists working with adults with low back pain in Québec's private sector: results of a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord*. 17 mai 2014;15:160.
40. Brient M. Médecins généralistes – masseur-kinésithérapeutes : une collaboration à redéfinir ? Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de 10 médecins

- généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice : médecine]. [Brest, France]: Université de Bretagne Occidentale; 2011.
41. Delauney E. Kinés et médecins généralistes : peut mieux faire ? Une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire. *Médecine*. juin 2010;6(6):277-81.
 42. Siebert P. Étude des dysfonctionnements interprofessionnels entre médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux : pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Nancy, France]: Université de Lorraine; 2017 [cité 14 oct 2018]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2017_SIEBERT_PHILIPPE.pdf
 43. COLAS-FERNANDEZ C, GAUTHERON V. Prescription des actes de kinésithérapie en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale*. 28 févr 2000;14(490):299-403.
 44. Alshehri MA, Alhasan H, Alayat M, Al-subahi M, Yaseen K, Ismail A, et al. Factors affecting the extent of utilization of physiotherapy services by physicians in Saudi Arabia. *J Phys Ther Sci*. févr 2018;30(2):216-22.
 45. Dellandrea A. Étude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes - Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Nancy, France]: Université de Lorraine; 2013 [cité 20 déc 2018]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_DELLANDREA_ANAIS.pdf
 46. Debarge A. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion: enquête auprès de 79 médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux 2; 2013 [cité 20 déc 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955507/document/>
 47. Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions—a qualitative study. *Fam Pract*. oct 2003;20(5):578-82.
 48. Tran C, Kaila P, Salminen H. Conditions for interprofessional education for students in primary healthcare: a qualitative study. *BMC Med Educ* [Internet]. 4 juin 2018 [cité 20 déc 2018];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5987484/>
 49. Gudmundsen AC, Norbye B, Abrandt Dahlgren M, Obstfelder A. Interprofessional student meetings in municipal health service - Mutual learning towards a Community of Practice in patient care. *J Interprof Care*. 12 sept 2018;1-9.
 50. Perreault K, Dionne CE, Rossignol M, Poitras S, Morin D. Inter-Professional Practices of Private-Sector Physiotherapists for Low Back Pain Management: Who, How, and When? *Physiother Can*. 2016;68(4):323-34.
 51. Locher M. Etat des lieux de la prescription de kinésithérapie en France et de son enseignement aux internes de médecine générale en 2012. [Thèse d'exercice : médecine]. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg; 2013.

52. Oandasan I, Reeves Sc. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care*. 1 mai 2005;19(sup1):21-38.
53. Wieser H, Mischo-Kelling M, Vittadello F, Cavada L, Lochner L, Fink V, et al. Perceptions of collaborative relationships between seven different health care professions in Northern Italy. *J Interprof Care*. 22 oct 2018;1-10.
54. Husser M. Protocoles de soins et travail collaboratif interprofessionnel en soins primaires : étude qualitative au sein d'un pôle de santé pluri-professionnel [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Lyon, France]: Université de Lyon 1; 2015 [cité 20 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/191767514>
55. Dinh T. Improving Primary Health Care Through Collaboration: Briefing 2—Barriers to Successful Interprofessional Teams. :14.
56. Sarma S, Devlin RA, Thind A, Chu M-K. Canadian family physicians' decision to collaborate: Age, period and cohort effects. *Soc Sci Med*. nov 2012;75(10):1811-9.
57. Soudry R. Prescription de kinésithérapie en médecine générale [Thèse d'exercice : médecine]. [Marseille, France]: Université d'Aix-Marseille; 2012.
58. Colle M-F. Prescription de masso-kinésithérapie en Médecine Générale : impact des modifications réglementaires - étude descriptive dans le Territoire de Belfort [Thèse d'exercice : médecine]. [Besançon, France]: Université de Franche-Comté; 2015.
59. Vigreux L. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de la Somme : enquête auprès de 94 masseurs-kinésithérapeutes de la Somme [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Amiens, France]: Université de Picardie - Jules Verne; 2016 [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01323539/document>
60. Barker KL, Reid M, Lowe CJM. Divided by a lack of common language? - a qualitative study exploring the use of language by health professionals treating back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 5 oct 2009;10:123.
61. Breen A, Carrington IM, Collier IR, Vogel S. general and manipulative practitioners: a survey. :7.
62. Tambour Modaine E. Connaissance et utilisation des fiches de synthèse kinésithérapiques par les médecins généralistes : Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes ardennais [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Reims, France]: Université de Reims; 2015 [cité 3 févr 2019]. Disponible sur: <https://reims.cnge.fr/IMG/pdf/These.pdf>
63. Sage L. Le développement de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé primaires français [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Besançon, France]: Université de Franche-Comté; 2013 [cité 14 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.femasco-bfc.fr/documentation/download/61/667/15.html>
64. Gaspoz J-M, Junod Perron N. Le futur sera interprofessionnel ou ne sera pas ! [Éditorial]. *Rev Med Suisse*. 2011;7(310):1843-4.

65. Anderson E. Recommendations for action : Getting the most out of health care teams. *J Interprof Care*. nov 2014;28(6):582-582.
66. Delauney E. Relation médecins traitants - kinésithérapeutes : évaluation des perceptions des kinésithérapeutes libéraux par la méthode du focus group [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2009 [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/2bc13458-f56e-4b02-926f-95a1dfd0eb00>
67. Rees CE, Crampton P, Kent F, Brown T, Hood K, Leech M, et al. Understanding students' and clinicians' experiences of informal interprofessional workplace learning: an Australian qualitative study. *BMJ Open* [Internet]. 17 avr 2018 [cité 20 déc 2018];8(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5905730/>
68. Brack P, Shields N. Short duration clinically-based interprofessional shadowing and patient review activities may have a role in preparing health professional students to practice collaboratively: a systematic literature review. *J Interprof Care*. 5 nov 2018;1-10.
69. McLeod F, Jamison C, Treasure K. Promoting interprofessional learning and enhancing the pre-registration student experience through reciprocal cross professional peer tutoring. *Nurse Educ Today*. mai 2018;64:190-5.
70. Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. *Prim Health Care Res Dev*. mai 2015;16(03):304-8.
71. Saar SR da C, Trevizan MA. Professional roles of a health team: a view of its components. *Rev Lat Am Enfermagem*. févr 2007;15(1):106-12.
72. Perreault K, Dionne CE, Rossignol M, Poitras S, Morin D. What are private sector physiotherapists' perceptions regarding interprofessional and intraprofessional work for managing low back pain? *J Interprof Care*. 4 juill 2018;32(4):525-8.
73. Barichard T. Apport des dossiers médicaux dans la communication interprofessionnelle [Thèse d'exercice : pharmacie]. [Tours, France]: Université de Tours; 2016.
74. LONGERICH B. Réussir l'interprofessionnalité : comment passer de la théorie à la pratique. *SOINS Infirm Krankenpfl*. sept 2016;(9):52-5.
75. Croker A, Higgs J, Hummell J, Patton N, Tasker D. Health practice relationships. 2014.
76. Okwera A, May S. Views of general practitioners toward physiotherapy management of osteoarthritis—a qualitative study. *Physiother Theory Pract*. 16 avr 2018;1-7.
77. Maniere D, AUBERT M, MOUREY F, OUTATA S, BONNET J, CHEVRIER M, et al. Interprofessionnalité en gérontologie. *Travailler ensemble : des théories à la pratique*. Ramonville Saint -Agne: Erès; 2005. 279p. (Pratiques gérontologiques.).

78. Nomenclature Générale des Actes Professionnels [Internet]. Assurance Maladie; 2019 sept p. 91-2. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/593275/document/ngap_version_du_1er_septembre_2019_assurance_maladie.pdf

ANNEXES

Sommaire des annexes

Annexe I. Mémo URPS sur la prescription de masso-kinésithérapie	II
Annexe II. Modèle de fiche de synthèse du BDK par l'Assurance Maladie	III

Annexe I. Mémo URPS sur la prescription de masso-kinésithérapie



Précisions sur la Prescription de Masso-Kinésithérapie

Ce document a été élaboré suite aux multiples procédures engagées sur le territoire Breton par les Caisses de Sécurité Sociale à l'encontre de Masseurs-Kinésithérapeutes.

L'objectif est de mettre en évidence les problématiques les plus fréquemment rencontrées au niveau des libellés des prescriptions de Masso-Kinésithérapie.

<p>Ce qui est obligatoire pour une prise en charge des soins par l'Assurance Maladie <i>(en plus des données élémentaires obligatoires: Identité du Patient, n° Adeli et RPPS du Prescripteur...)</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• L'indication médicale, l'organe cible, la localisation...• Utiliser une ordonnance bizona pour les « Affections Longues Durées » (ALD).• Préciser, s'il y a lieu, « Accident de Travail » (AT) ou « Maladie Professionnelle » (MP).
<p>Ne pas oublier</p>	<ul style="list-style-type: none">• D'utiliser une prescription • D'indiquer, dans le cadre de la deambulation du patient âgé et en dehors d'une pathologie spécifique, « Rééducation des deux membres inférieurs, de la posture et de l'équilibre ou des transferts » pour permettre le travail de la verticalisation, des transferts, de la mobilisation, de l'équilibre et de la marche.• De préciser « A Domicile » si nécessaire.
<p>Ce qui ne doit pas figurer sur l'ordonnance <i>(car ne concerne pas les actes de Masso-Kinésithérapie)</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Une durée de validité de la • La notion « A renouveler » • L'intitulé « Quantité suffisante pour... » (QSP).



Le saviez-vous ?

Vous avez la possibilité de demander un **bilan isolé de kinésithérapie** :

- Bilan ostéo-articulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non.
- Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques.

La Messagerie Sécurisée vous permet de communiquer plus facilement entre Professionnels de Santé en assurant la sécurité et la traçabilité de vos échanges.
(Informations sur la Messagerie Sécurisée auprès de votre URPS)

Annexe II. Modèle de fiche de synthèse du BDK par l'Assurance Maladie

RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS		
Patient : Nom :	Prénom :	Téléphone :
N° Sécurité Sociale :		Sexe : Date de naissance / âge :
Prescripteur Docteur :	Adresse / Téléphone :	
PRESCRIPTION Date de prescription : _____ S'agit-il d'une prescription quantitative ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
INDICATION MEDICALE		
Y a-t-il eu des séances de kinésithérapie antérieures pour cette indication : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>		
INITIULÉS	<input type="checkbox"/> FICHE INITIALE Date _____	<input type="checkbox"/> INTERMÉDIAIRE <input type="checkbox"/> FINALE Date _____
Bilan des déficits structurels - articulaire - force musculaire - douleurs		
Bilan des déficits fonctionnels		
Autres problèmes généraux identifiés par le MK		
Objectifs - à court terme - à moyen terme - à long terme		
Diagnostic kinésithérapique		
Protocole thérapeutique		
Nombre Rythme des séances		
Lieu des séances		
Travail de groupe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Techniques		
Date de première séance		
Conseils		
Propositions consécutives		
Commentaires		
Date : _____	Nom du masseur-kinésithérapeute et cachet : _____	Signature _____

NOM : GILES

PRENOM : Henri

TITRE : Amélioration des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseur-kinésithérapeutes : une approche qualitative auprès de professionnels de santé du Nord Finistère.

Introduction: The aim of this work is to identify barriers to, and facilitators of good relationships between General Practitioners (GPs) and Physiotherapists (PTs) in primary healthcare. **Methods:** Non-systematic literature review, using quantitative and qualitative research, was summarised to provide a basis for two Nominal Group Technique (NGT) qualitative interviews. The NGT question deals about the search for concrete and locally applicable solutions to improve relations between GPs and PTs. **Results:** The literature review summary sheet was constructed from fifty-three documents. It contains forty-eight items to work on the research issue (21 global barriers and 27 global facilitators identified). On this basis, the first nominal group (7 PT students) produced seventeen solution proposals and the second one (3 GPs and 3 PTs) produced nineteen solution proposals. **Discussion:** Some of the solutions produced by the nominal groups could easily bring an improvement in the relationship between local health professionals. While some communicative tools already exist, these were unknown by the nominal groups. Hence it appears that dissemination remains a major problem.

Introduction : L'objectif de ce travail est d'identifier les freins et éléments favorisant des bonnes relations entre les Médecins Généralistes (MG) et les Masseur-Kinésithérapeutes Diplômés d'Etat (MKDE) en ambulatoire. **Méthodes :** Une revue systématisée de la littérature des sources quantitatives et qualitatives sur cette thématique a été résumée pour fournir une base à deux entretiens qualitatifs par la Technique du Groupe Nominal (TGN). La question nominale porte sur la recherche de solutions concrètes et applicables à l'échelle locale pour améliorer les relations entre les MG et MKDE. **Résultats :** La fiche synthèse de l'analyse documentaire a été construite à partir de cinquante-trois documents. Elle contient quarante-huit items sur la question de la recherche (21 problématiques et 27 solutions identifiées). Sur cette base, le premier groupe nominal (7 étudiants en masso-kinésithérapie) a produit dix-sept propositions de solution et le second (3 MG et 3 MKDE) a produit dix-neuf propositions de solution. **Discussion :** Certaines des solutions produites par les groupes nominaux pourraient facilement apporter une amélioration des relations entre les professionnels de santé locaux. Bien que certains outils de communication énoncés existent déjà, ils étaient inconnus des groupes nominaux. Il semble donc que la diffusion reste un problème majeur.

KEYWORDS: interprofessional relations, group nominal technique, primary care

MOTS CLES : relations interprofessionnelles, technique du groupe nominal, ambulatoire

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

22 avenue Camille Desmoulins, 29238 Brest CEDEX 3

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – 2016 - 2020