



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Recherche qualitative à propos de la communication entre les
médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes dans le
territoire d'une CPTS**

Présentée et soutenue publiquement le 28/06/2023 à 18:00

au Pôle Formation

par Pierre VILLET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur CHAZARD Emmanuel

Assesseurs :

Madame le Docteur TATIN Marion

Monsieur le Docteur LOUGUET Bastien

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur BARAN Jan

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SIGLES

ACPM	Association Canadienne de Protection Médicale
ALD	Affection Longue Durée
ALPS	Association Locale des Professionnels de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
BDK	Bilan Diagnostic Kinésithérapique
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
DMP	Dossier Médical Partagé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FNEK	Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie
GEP	Groupe d'Echanges de Pratiques
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
ISNAR- IMG	Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
JORF	Journal Officiel de la République Française
MG	Médecin Généraliste
MK	Masseur-Kinésithérapeute
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	2
SIGLES.....	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	7
MATERIEL ET METHODES.....	9
1 Type de recherche.....	9
2 Population	9
2.1 L'échantillonnage.....	9
2.2 Le recrutement	9
3 Recueil des données.....	9
3.1 Types d'entretien	9
3.1.1 Des focus groups	9
3.1.2 Une phase d'observation	10
3.1.3 Des entretiens semi-dirigés.....	10
3.2 Le guide d'entretien	10
4 Analyse des données	10
5 Le journal de bord.....	11
6 Aspects éthiques et réglementaires.....	11
6.1 Consentement éclairé.....	11
6.2 Confidentialité.....	11
6.3 Autorisations réglementaires	12
6.3.1 Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).....	12
6.3.2 Loi Jardé	12
RESULTATS	13
1 Caractéristiques de la population étudiée.....	13
1.1 Participants des focus groups.....	13
1.1.1 Focus group 1	13
1.1.2 Focus group 2	15
1.2 Participants à phase d'observation.....	16
1.3 Participants aux entretiens semi-dirigés	16
2 Résultats de l'analyse.....	17

2.1	Transmettre	17
2.1.1	Besoin d'informations.....	17
2.1.2	Communiquer doit avoir un but	17
2.1.3	S'adapter au cas par cas	19
2.1.4	Choisir un vecteur de communication adapté	20
2.1.5	Rester vigilant envers le patient	22
2.1.6	Différences générationnelles et représentations	22
2.2	Se considérer	23
2.2.1	Constat d'une relation distante.....	23
2.2.2	Se considérer est essentiel.....	24
2.3	Simplifier.....	25
2.3.1	Communiquer simplement	25
2.3.2	Communiquer dans un but précis	25
2.3.3	Accentuer la communication directe	25
2.3.4	Simplifier pour comprendre	25
2.3.5	Simplifier le BDK.....	26
2.3.6	Choisir un moyen de communication facile d'utilisation	26
2.4	Collaborer.....	26
2.4.1	Coordonner les soins dans l'intérêt du patient	26
2.4.2	Avoir le même objectif.....	26
2.4.3	Chacun son rôle.....	27
2.4.4	Améliorer les prescriptions.....	28
2.4.5	Prescrire ne va pas que dans un sens.....	29
2.4.6	Optimiser l'utilisation du BDK.....	29
2.4.7	Travailler dans une unité de lieu	29
2.5	S'organiser	30
2.5.1	Communiquer quand chacun est disponible	30
2.5.2	Changer ses habitudes	30
2.5.3	Prioriser le patient	31
2.5.4	S'affirmer auprès des patients	31
2.5.5	Se protéger, trouver un équilibre.....	31
2.5.6	Utiliser mieux le BDK	31
2.6	Se dégager du temps	32
2.6.1	Manquer de temps, être débordé.....	32
2.6.2	Se dégager du temps mais rester rentable	32

2.6.3	Etre informé, c'est gagner du temps	32
2.6.4	Rendre le patient acteur de sa santé	33
2.6.5	Réguler l'offre de soins	33
2.6.6	Savoir dire « stop »	33
2.7	Innover localement	34
2.7.1	Créer un réseau de communication local.....	34
2.7.2	Créer un réseau de communication dans un but précis	34
2.7.3	Créer son réseau de collaborateurs.....	34
2.7.4	Créer des listings	34
2.7.5	Se réunir	35
2.7.6	Se former	35
2.7.7	Utiliser ou créer un nouvel outil de communication.....	35
2.7.8	Créer des initiatives locales	36
2.7.9	Innover par le biais des CPTS	36
	DISCUSSION	37
1	Principaux résultats	37
2	Discussion de la méthode	42
2.1	Les limites.....	42
2.2	Les forces.....	43
3	Comparaison avec la littérature	43
4	Perspectives.....	48
4.1	Préambule	48
4.1.1	Les CPTS.....	48
4.1.2	Les propositions de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (OMK)...	48
4.1.3	La loi RIST	49
4.2	Perspectives pour la pratique	50
4.3	Perspectives pour l'organisation des soins.....	50
4.4	Perspectives pour l'enseignement et la formation	51
4.5	Perspectives pour la recherche	51
	CONCLUSION.....	52
	REFERENCES	53
	ANNEXES	56

INTRODUCTION

La consommation de soins de kinésithérapie a atteint 6,5 milliards d'euros en 2019, pris en charge par l'assurance maladie (65%), les complémentaires santé (17%) et les patients (17%). L'essentiel de ces dépenses se concentre sur un nombre limité de patients, notamment les personnes âgées et les patients en Affection de Longue Durée (ALD) [1].

En France, l'activité et le nombre de masseurs-kinésithérapeutes (MK) ont augmenté. Le nombre d'actes de kinésithérapie a doublé entre 1980 et 2000. Le nombre de MK a presque doublé entre 1980 et 2000 [2]. D'ici à 2040, les effectifs augmenteraient de 57% entre 2016 et 2040 pour atteindre 133 000 en 2040, plus que les besoins de soins [3]. Il existe aussi une augmentation du nombre de prescriptions de kinésithérapie par les médecins généralistes (MG) [2]. Les MG sont les principaux prescripteurs de kinésithérapie devant les rhumatologues (4,2%), les chirurgiens orthopédistes (7,5%) et les médecins de médecine physique et de réadaptation (1,4%). Ils réalisent 75% de ces prescriptions [4]. De par l'article L4321-1 du Code de la Santé Publique (CSP), les soins kinésithérapiques sont dispensés sous prescription [5]. En France, l'accès direct à ces soins est actuellement en cours de discussion [6].

La prescription de kinésithérapie crée un lien entre les MG et les MK. En dehors de cela, la communication entre ces deux professionnels est assez pauvre. Le rapport de l'ONDPS de 2009 indique que peu de bilans de kinésithérapie reviennent aux MG en retour de la prescription [7]. Ce même rapport indique un mécontentement des MK lié à certains éléments manquants à la prescription.

Le plan « Ma Santé 2022 » est un plan de transformation du système de santé qui vise un découplage et une réorganisation des soins. Il a pour objectif une meilleure organisation des professionnels de santé en coopération autour de la santé des patients [8]. Parmi les transformations proposées, il y a la mise en place des

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Les CPTS sont des communautés regroupant les professionnels de santé d'un même territoire. Elles s'organisent autour de trois grandes missions : l'accès aux soins, l'organisation du parcours de soins et les actions de prévention. Elles sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et à mieux se coordonner [9].

Les enjeux liés à la communication entre MG et MK sont ainsi un des enjeux des CPTS, puisqu'elles participent à l'accès au soin et au parcours de soins.

Comprendre les besoins et les spécificités de la communication des professionnels d'un territoire pourrait permettre de créer une action locale visant à améliorer la communication, la coordination des soins et l'efficacité des soins pour les patients.

C'est pourquoi l'objet de ce travail a été de répondre à la question de recherche suivante : Comment les MG et les MK pensent-ils améliorer la communication entre eux dans le territoire d'une CPTS ?

MATERIEL ET METHODES

1 Type de recherche

Il s'agissait d'une recherche qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée.

2 Population

2.1 L'échantillonnage

Un échantillonnage théorique a été réalisé. Les participants ne peuvent pas être prédéterminés puisque la théorie émergente guide la poursuite de la recherche.

Les participants à cette recherche étaient des MG et des MK. Ces professionnels de santé exercent leur activité professionnelle au sein d'une même CPTS.

2.2 Le recrutement

Pour pouvoir contacter les professionnels en amont du travail, un annuaire des professionnels du territoire a été constitué.

Les professionnels ont été sollicités par appels téléphoniques.

Parallèlement, pour les structures telles que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et les cabinets de groupe de MK, un recrutement sur place a été effectué.

3 Recueil des données

3.1 Types d'entretien

Une triangulation des méthodes de recueil de données a été réalisée.

3.1.1 Des focus groups

Des focus groups mixtes ont été menés, réunissant MG et MK. Ces focus groups se sont tenus dans une MSP du territoire de la CPTS. Son emplacement est proche du

lieu d'exercice des participants. Le directeur de thèse a tenu la posture de modérateur du focus group. Le chercheur a tenu la posture d'observateur.

Les focus groups ont été enregistrés via deux moyens d'enregistrement : dictaphone et ordinateur portable. Ces entretiens ont été retranscrits intégralement. Ils ont été anonymisés. Ces retranscriptions ont été soumises aux participants concernés pour être corrigées.

3.1.2 Une phase d'observation

Une phase d'observation a été menée auprès des MK. Elle a permis de confronter les hypothèses émergentes au cours du travail de recherche.

Cette phase d'observation s'est déroulée dans des cabinets de MK (MSP, cabinet de groupe et cabinet en solitaire).

Le chercheur a observé plusieurs MK pendant leur travail avec leurs patients. Le chercheur a interrogé ces MK et leurs patients au cours de l'observation. Des notes manuscrites sur un bloc-note ont été prises par le chercheur et colligées dans le journal de bord.

3.1.3 Des entretiens semi-dirigés

Des entretiens individuels semi-dirigés avec des MG ont été menés.

Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés via deux moyens d'enregistrement : dictaphone et ordinateur portable. Ces entretiens ont été retranscrits intégralement. Ils ont été anonymisés. Ces retranscriptions ont été soumises aux participants concernés pour être corrigées.

3.2 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été créé en se fondant sur les recherches documentaires initiales.

Il a évolué entre les focus groups.

Le guide d'entretien des entretiens semi-dirigés a été constitué en se fondant sur la théorie émergente.

Il a évolué entre les entretiens semi-dirigés.

[Annexes 1 et 2]

4 Analyse des données

Une partie de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation des données par confrontation des résultats d'une autre chercheuse : la doctorante VM. La triangulation

a concerné une heure et cinquante minutes d'enregistrement, correspondant au premier focus group.

L'étiquetage initial a été réalisé sans l'aide de logiciel.

L'analyse intégrative a été réalisée avec le logiciel Word®.

La construction du modèle explicatif a été réalisée avec le logiciel Diagrams®.

5 Le journal de bord

Un journal de bord a été tenu dès le début du travail. Y ont été colligées : comptes rendus de codage, comptes rendus de terrain, ainsi que l'émergence des théories.

6 Aspects éthiques et réglementaires

6.1 Consentement éclairé

Les participants ont bénéficié d'un consentement éclairé. Ils ont consenti librement à leur participation, en signant un document d'informations et de consentement [Annexes 3 et 4] qui leur garantit l'anonymat et la confidentialité.

Ce document comprenait des notes d'information concernant : le coordinateur de la recherche, les investigateurs et leurs coordonnées, la procédure de l'étude, les bénéfices potentiels de l'étude, l'absence de risque potentiel, la participation volontaire, l'absence de rémunération et d'indemnisation.

6.2 Confidentialité

La confidentialité a été garantie par la suppression de l'identité des participants. Au début de chaque focus group, les participants se sont présentés à tour de rôle. Avant chaque prise de parole, chaque participant annonçait son prénom. Lors de la retranscription, les prénoms des participants ont été remplacés par des codes : « MG » pour « Médecin Généraliste » et « MK » pour « Masseur-Kinésithérapeute ». Ces codes comprenaient également un numéro. Les numéros ont été attribués dans l'ordre des prises de parole initiales. Par exemple, « MK2 » pour le deuxième MK à avoir pris la parole. Ces codes ont été gardés tout le long de la retranscription.

La confidentialité a également été garantie par la suppression des informations personnelles mentionnées par les participants lors des entretiens, sauf les données mentionnées dans l'auto-questionnaire. Ces dernières ont été évoquées lors de la caractérisation de la population étudiée.

Enfin, la confidentialité a été garantie par la suppression des enregistrements une fois la retranscription terminée et par l'anonymisation dans le manuscrit final.

6.3 Autorisations réglementaires

6.3.1 Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Une déclaration à la CNIL avait été effectuée sous le numéro 2022-135 [\[Annexe 5\]](#).

6.3.2 Loi Jardé

Cette étude est hors du champ de la loi Jardé.

RESULTATS

1 Caractéristiques de la population étudiée

1.1 Participants des focus groups

1.1.1 Focus group 1

Voici, ci-dessous, les caractéristiques des MG du premier focus group. Ces données ont été récoltées par le biais des auto-questionnaires [Annexe 6].

	MG1	MG2	MG3	MG4
Age	25 – 35 ans	45 – 59 ans	60 ans ou plus	25 – 35 ans
Sexe	Femme	Femme	Homme	Homme
Lieu d'activité	MSP	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	MSP
Nombre d'actes quotidiens	Plus de 30 actes par jour	10 à 20 actes par jour	Plus de 30 actes par jour	Plus de 30 actes par jour
Logiciel métier	Oui : Crossway	Oui : Medicawin	Oui : Weda	Oui : Crossway
Messagerie sécurisée	Oui : Apicrypt	Oui : Mailiz	Oui : Apicrypt	Oui : Apicrypt

Voici, ci-dessous, les caractéristiques des MK du premier focus group. Ces données ont été récoltées par le biais des auto-questionnaires.

	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5
Age	25 – 35 ans	25 – 35 ans	45 – 59 ans	45 – 59 ans	25 – 35 ans
Sexe	Femme	Femme	Homme	Femme	Homme
Lieu d'exercice	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe
Nombre d'actes quotidiens	10 à 20 actes par jour	10 à 20 / 20 à 30 actes par jour	20 à 30 actes par jour	20 à 30 actes par jour	10 à 20 actes par jour
Logiciel métier	Oui : Kiné+4000	Oui : Kiné+4000	Oui : Kiné+4000	Oui : Kiné+4000	Oui : Kiné+4000
Messagerie sécurisée	Oui : Mailiz	Oui : Mailiz	Oui : Mailiz	Non	Oui : Mailiz

Les auto-questionnaires ont également permis de se donner une idée des moyens de communication les plus utilisés par ces participants [Annexe 7].

1.1.2 Focus group 2

Voici, ci-dessous, les caractéristiques des MG du deuxième focus group. Ces données ont été récoltées par le biais des auto-questionnaires.

	MG1	MG2	MG3	MG4
Age	25 – 35 ans	45 – 59 ans	25 – 35 ans	25 – 35 ans
Sexe	Femme	Femme	Homme	Homme
Lieu d'activité	MSP	MSP	Cabinet en solitaire et cabinet de groupe	Cabinet en solitaire, cabinet de groupe et MSP
Nombre d'actes quotidien	20 à 30 actes par jour	10 à 20 actes par jour	20 à 30 actes par jour	20 à 30 actes par jour, ou plus de 30 actes par jour
Logiciel métier	Oui : Weda	Oui : Weda	Oui : Weda, MediStory	Oui : MediStory, HelloDoc
Messagerie sécurisée	Oui : Apicrypt	Oui : Apicrypt, MSSanté (Mailiz)	Oui : Apicrypt	Oui : Apicrypt

Voici, ci-dessous, les caractéristiques des MK du deuxième focus group. Ces données ont été récoltées par le biais des auto-questionnaires.

	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5
Age	25 – 35 ans	35 – 45 ans	25 – 35 ans	25 – 35 ans	35 – 45 ans
Sexe	Homme	Homme	Femme	Femme	Femme
Lieu d'exercice	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe
Nombre d'actes quotidiens	20 à 30 actes par jour	20 à 30 actes par jour	20 à 30 actes par jour	10 à 20 actes par jour	20 à 30 actes par jour
Logiciel métier	Oui : Vega	Oui : Topaze	Oui : Vega	Oui : Kiné+4000	Oui : Kiné+4000
Messagerie sécurisée	Non	Non	Non	Non	Non

Les auto-questionnaires ont également permis de se donner une idée des moyens de communication les plus utilisés par ces participants [Annexe 8].

1.2 Participants à phase d'observation

Les caractéristiques des MK qui ont participé à la phase d'observation n'ont pas été récoltées.

1.3 Participants aux entretiens semi-dirigés

Voici, ci-dessous, les caractéristiques des MG ayant participé aux entretiens semi-dirigés. Ces données ont été récoltées par le biais des auto-questionnaires [Annexe 6].

	MG (entretien 1)	MG (entretien 2)	MG (entretien 3)
Age	64 ans	39 ans	36 ans
Sexe	Homme	Homme	Homme
Lieu d'activité	MSP	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe
Nombre d'actes quotidien	Plus de 30 actes par jour	Plus de 30 actes par jour	20 à 30 actes par jour
Logiciel métier	Oui : HelloDoc	Oui : Doctolib	Oui : Weda
Messagerie sécurisée	Oui : MSSanté	Oui : MSSanté, Apicrypt	Oui : Apicrypt, Doctolib Team

Les auto-questionnaires ont également permis de se donner une idée des moyens de communication les plus utilisés par ces participants [Annexe 9].

2 Résultats de l'analyse

2.1 Transmettre

2.1.1 Besoin d'informations

Transmettre est une nécessité car il y a un besoin d'informations des MG et des MK. Manquer d'informations peut mettre en difficulté les MK pour la prise en charge de leurs patients. Il arrive que les MK apprennent des informations capitales tardivement. Le besoin de partage d'informations est particulièrement ressenti dans certaines situations, notamment les situations complexes.

« MK2 : Oui, c'était pour une prise en charge palliative, et j'avais eu une ordonnance qui ne mentionnait pas du tout ça. Je n'étais pas sûre que le patient savait ce qu'il se passait à domicile. En fait, je n'ai pas été au courant de tout, on m'avait dit que c'était une prise en charge palliative, je ne sais plus qui m'avait dit ça. Mais j'avais rien, je n'avais pas de doc. » (FG1, page 7)

Les MK souhaitent le diagnostic médical, les antécédents, le contexte psycho-social, les courriers de consultation et les examens complémentaires.

« MK1 : Et en effet encore une fois le contexte psychologique souvent, nous ce qu'on appelle le biopsychosocial, je ne sais pas si vous utilisez les mêmes termes... » (FG2, page 15)

Les MG eux souhaitent connaître la répercussion fonctionnelle, l'évolution et s'il faut renouveler l'ordonnance.

« MG3 : Par contre, la conclusion, où des fois il est marqué « renouvellement de séances », on aimerait bien savoir pourquoi il faudrait les renouveler. Ce qui nous paraît intéressant, c'est la répercussion fonctionnelle. D'accord ? (MG3 parle de manière bienveillante). « Il peut progresser, il ne peut pas progresser. » » (FG1, page 22)

2.1.2 Communiquer doit avoir un but

Les échanges n'ont pas besoin d'exister tout le temps. Le besoin d'informations définit le but de la communication.

« MG : Elle ne me semble pas tout le temps indispensable. » (E2, page 1)

2.1.2.1 Communiquer pour renouveler

Les professionnels pensent qu'il faudrait communiquer pour savoir s'il est nécessaire de renouveler les soins kinésithérapiques. Les MG n'apprécient pas lorsque les MK réclament un renouvellement rétrograde ou sans justification. Ils souhaitent que les MK justifient leur demande. Ces derniers confirment l'utilité de justifier ces demandes, notamment par le biais du Bilan Diagnostique Kinésithérapique (BDK).

« MK2 : C'est vrai que de toute façon si on demande un renouvellement, ce serait bien de justifier pourquoi : pourquoi est-ce qu'on le demande. Si c'est parce qu'on voit une évolution et on aimerait la continuer, on n'en voit pas mais on pense qu'il y aurait une continuité à faire. Ce serait une espèce de justificatif, d'amener ce bilan. » (FG1, page 11)

2.1.2.2 Communiquer pour arrêter les soins

« MG : Oui, alors, quelques fois je le dis au patient. Je leur dis « Dites au kiné, maintenant ce n'est plus nécessaire, ça ne fera pas avancer les choses. Et puis je pense que la kiné que vous faites avec lui, vous pouvez aussi peut-être vous dynamiser pour le faire tout seul. ». » (E1, page 3)

2.1.2.3 Communiquer pour réévaluer et/ou réorienter

La réévaluation par le MG serait utile lorsque les objectifs ne sont pas atteints.

« MK1 : Parce que je sais qu'à un moment j'aurai fait ce qu'il faut normalement en vingt séances. Donc sinon soit le patient n'a pas adhéré, soit il ne participe pas, soit il y a autre chose. [...] Quand c'est comme ça, en général, je renvoie chez le médecin. » (FG2, page 15)

2.1.2.4 Communiquer pour préciser

« MG : C'est toujours une bonne chose de pouvoir, au-delà de la prescription, mettre des mots un petit peu plus précis sur une demande. » (E2, page 1)

2.1.2.5 Communiquer en cas d'urgence

Une urgence kinésithérapique est la prise en charge d'un patient avec une pathologie aiguë, qui nécessite des soins rapidement. Certains MG communiquent seulement en cas d'urgence. Inversement, les MK sollicitent les MG lorsqu'ils repèrent une urgence médicale.

« MK2 : Et cette dame, je vois qu'il y a un truc qui ne va pas. [...] J'ai appelé le médecin, le médecin est passé le jour-même. Effectivement ça n'allait pas. Il a poussé les examens, c'était une pathologie beaucoup plus grave et qui n'aurait pas pu être diagnostiquée comme ça. Donc elle a dû être hospitalisée pour poser le diagnostic. » (FG2, page 13)

2.1.2.6 Communiquer en cas de problème

Les MG apprécient être prévenus en cas de problème. Ils valident cette communication, notamment par courrier.

« MG1 : Donc ça, c'était bien, d'avoir un petit courrier pour savoir ce qu'il se passait. Deux fois quand il y avait un problème en fait. Donc vous êtes quand même là à nous donner ce qu'il ne va pas quand ça ne va pas. Donc c'est bien quand même, on sait que ça ne va pas. » (FG1, page 5)

2.1.2.7 Communiquer pour suggérer un examen complémentaire

Des MK communiquent pour demander un examen complémentaire. Les MG jugent abusives certaines de ces demandes et peuvent en être agacés. Les MK peuvent en faire la mauvaise expérience. Une des solutions serait de suggérer, sans imposer, l'examen complémentaire souhaité. Les MG valident la réalisation d'un courrier dans ces circonstances. Ils pensent qu'il ne faut pas hésiter à suggérer.

« MK3 : Mais dans le courrier, je ne le dis pas explicitement, je ne dis pas au médecin « Il faudrait faire une IRM pour voir ça. ». Je lui dis ce que j'ai trouvé, qu'il faudrait peut-être faire des examens complémentaires. Je lui mets « IRM ? ». » (FG2, page 11)

2.1.2.8 Communiquer en cas de divergence de diagnostic

Les MK communiquent lorsqu'ils ont un doute concernant le diagnostic ou lorsque leur diagnostic kinésithérapique diverge du diagnostic médical.

« MG : Et un kiné m'a appelé un soir : « Bonjour, je suis le kiné de M. Machin. Ecoutez, c'est très bizarre, ça fait deux fois que je le vois. Pour moi, ce n'est pas musculaire ou tendino-musculaire. En tout cas, ça ne relève pas de la kiné, mais c'est bizarre, ça pue, il a une masse, il est jeune. Ça pue. Il faudra le revoir. ». Ok, je l'ai revu effectivement. Et en une semaine de temps ou dix jours, il avait une masse, c'était tuméfié. » (E3, page 3)

2.1.2.9 Communiquer pour s'informer

Certains professionnels se préviennent des patients à prendre en charge. D'autres communiquent pour obtenir des informations manquantes.

« MK2 : Je ne savais pas dans quel état d'esprit était le patient, je ne savais pas ce qui avait été dit, ce qui avait été connu des autres. Et du coup, je voulais être sûre de comment j'allais prendre en charge, donc j'ai appelé la doc. » (FG1, page 7)

2.1.2.10 Communiquer en cas de situation complexe

La communication directe orale semble préférée dans ces cas-là.

« MG2 : C'est vrai qu'il y a des prises en charge quelques fois difficiles où là vraiment on apprécie de pouvoir travailler ensemble, où il faut communiquer là. » (FG2, page 7)

2.1.2.11 Communiquer pour favoriser l'accès aux soins

Les professionnels pensent qu'il serait utile de communiquer pour trouver un kinésithérapeute disponible.

« MG2 : Je voudrais juste dire : ce qui serait utile c'est d'avoir la possibilité de trouver un kiné, quelques fois. Je ne sais pas comment on peut faire, ni communiquer, en disant « on cherche un kiné, on ne trouve pas ». » (FG1, page 10)

2.1.3 S'adapter au cas par cas

Chaque situation est différente. Certaines situations nécessitent plus de communication que d'autres. Chaque professionnel est différent. Le besoin d'informations, de communiquer, diffère d'un professionnel à l'autre. Chaque patient est différent. La communication entre MG et MK devient d'autant plus nécessaire que lorsque les patients ont des difficultés à comprendre.

« MG : ça peut être à différents moments en fonction des différentes situations. Ça dépendra de la situation, comment elle se précise. Si pour moi, il faut se mettre au clair sur une situation, pendant la consultation, de façon générale, je prendrai le temps pendant la consultation si besoin. » (E2, page 4)

2.1.4 Choisir un vecteur de communication adapté

Choisir un vecteur de communication adapté permet d'atteindre ce but et de délivrer l'information sans la déformer.

2.1.4.1 L'ordonnance

L'ordonnance est un vecteur de communication clé puisque chaque prise en charge kinésithérapique nécessite une prescription. À tel point que certains MG trouvent que l'ordonnance est suffisante. Certains professionnels pensent que toutes les informations ne doivent pas être présentes sur l'ordonnance et qu'un document pourrait l'accompagner.

« MG : J'ai rarement la nécessité ou je sens rarement le besoin de communiquer au-delà de mes ordonnances. » (E2, page 1)

2.1.4.2 Le téléphone

Certains MG trouvent que les MK communiquent surtout par téléphone. Il est rapide d'utilisation et souvent utilisé par les professionnels en cas d'urgence. Il serait à éviter pour les renouvellements d'ordonnance.

« MG : Mais c'est plus souvent par téléphone portable hein. Bon alors oui, il y a l'ordonnance, on met quelques fois un peu plus de précisions que d'autres. Mais c'est vrai que c'est souvent par téléphone. » (E1, page 1)

2.1.4.3 Les applications mobiles

Des MG et des MK utilisent l'application mobile WhatsApp® pour communiquer (message ou vocal).

« MG : Du coup, en général, ce que l'on fait, et dans l'autre sens aussi, on s'envoie un message par WhatsApp, soit on s'envoie un petit vocal en se disant « Je t'envoie M. Untel pour aponévrosite plantaire droite. Il est très sympa, il a 36 ans et il fait du trail. C'est relativement récent -moins de 3 mois-. Je le revois en mésothérapie en parallèle. ». » (E3, page 1)

2.1.4.4 Le carnet/cahier/feuille de suivi

Des MG utilisent un carnet de suivi pour les patients à domicile. Peu de MK utilisent ces carnets. Les MG apprécieraient qu'ils les utilisent. D'autres carnets sont utilisés pour communiquer en pédiatrie : les carnets de santé. Certains MK utilisent des feuilles de suivi, feuilles qui peuvent être transmises aux MG.

« MK1 : Et après moi un truc que je ne faisais jamais et que je fais aujourd'hui, c'est que je note dans le carnet de santé. » (FG2, page 14).

2.1.4.5 Le Bilan Diagnostic Kinésithérapique

La plupart des MG méconnaissent le BDK. Les MK considèrent le BDK comme un guide. Il se résume en une feuille. La plupart des MK réalisent un BDK à chaque nouvelle ordonnance mais ne l'envoient pas aux MG. Ceux qui ne le font pas

systématiquement le justifient soit par l'absence de la mention « BDK » sur l'ordonnance, soit par peur de ne pas être rémunéré. Les MK n'envoient pas les BDK car certains MG n'en veulent pas, ne prennent pas le temps de les lire ou ne les demandent pas. Parfois, les MK ne l'envoient pas par faute de temps ou quand le BDK est trop spécialisé. Pour autant, quand le BDK est demandé, les MK l'envoient. Demander la « transmission du BDK » serait la solution pour l'obtenir. En pédiatrie, les BDK sont parfois transmis aux MG par le biais des parents.

« MG3 : Le BDK, c'est la première fois que j'entends. » (FG2, page 1)

« MK1 : C'est un peu un tuteur, un guide. » (FG2, page 2)

2.1.4.6 Le courrier

Le courrier permet de donner ou demander des détails. Il est plutôt utilisé quand ce n'est pas urgent. Les MK qui écrivent des courriers ne le font pas pour chaque prise en charge mais seulement quand c'est nécessaire -par exemple quand ils recherchent quelque chose de spécifique-, car cela prend du temps. Le courrier écrit par les MK est remis au patient qui le transmet aux MG. Les MK n'attendent pas forcément de retour de leur courrier par ces derniers. Le retour passerait par le patient lors d'une séance ultérieure.

« MG : ça m'arrive quand même de temps en temps d'avoir un courrier du kiné qui me demande de façon manuscrite des précisions, des examens complémentaires, voilà. » (E2, page 4)

2.1.4.7 Le « mot sur un papier »

Certains MK écrivent un mot sur un papier qu'ils remettent au patient ou qu'ils laissent au secrétariat.

« MG4 : Dans nos modes de communication, il y a différentes façons : soit c'est un petit mot qui est laissé chez le patient à domicile, soit c'est un petit mot qui est déposé directement dans notre secrétariat -soit par le kiné, soit par le patient directement-. Parfois il est transmis au cours d'une consultation. » (FG1, page 8)

2.1.4.8 Les emails et la messagerie email sécurisée

Il arrive que les professionnels communiquent par emails. Certains MG mettent à disposition leur adresse email sur leur ordonnance. Tous les professionnels ne sont pas d'accord pour communiquer par email, l'échange d'informations médicales nécessitant une messagerie sécurisée. La messagerie sécurisée semble être peu utilisée. Les MK n'ont pas les mêmes messageries sécurisées que les MG. Ils n'ont pas Apicrypt. Une messagerie sécurisée commune existe : Mailiz ou MSSanté. Les professionnels pensent que la messagerie sécurisée devrait être plus utilisée.

« MG1 : Et c'est vrai que notamment avec le COVID, on a développé une façon de faire avec tout bêtement des messageries, c'est un gmail, et on a beaucoup envoyé d'ordonnances par gmail. Il faut être honnête, on n'a pas le droit de faire ça normalement, ce n'est pas sécurisé. » (FG2, page 21)

2.1.4.9 Communication par le biais d'un tiers

2.1.4.9.1 Communication par le biais du patient

Les professionnels trouvent que la communication est généralement indirecte et passe par le biais du patient. C'est le cas des retours des MK. Et ce pour de nombreux motifs. Passer par le patient peut faire gagner du temps.

« MG : Je pense que le retour du kiné se fait pas mal à travers le patient. Finalement, il y a plus de communication du kiné vers le médecin via le patient. » (E2, page 4)

2.1.4.9.2 Communication par le biais de la secrétaire

Il arrive que les MK laissent un message à la secrétaire pour les MG.

« MG1 : Et après de façon à atteindre le cabinet, la secrétaire communique rapidement avec nous. » (FG2, page 21)

2.1.5 Rester vigilant envers le patient

Les professionnels pensent que le patient peut être ambivalent et voir son propre intérêt. Ils pensent que le patient peut être un bon vecteur de transmission des informations mais sous certaines conditions. Ces conditions sont : une absence de manque ou de déformation des informations, et une absence de défaut de soins. Il faudrait prendre en compte les capacités du patient à comprendre et transmettre les informations données.

« MK4 : Parce que, aussi, le patient parfois peut créer la communication entre le médecin et le kiné. Je trouve dommage un peu que ce moyen de communication là, ce soit toujours « Et le kiné il m'a dit ça. Et le médecin il m'a dit ça. ». Ça fait un peu la guéguerre entre les deux. Je trouve que c'est dommage. Ce moyen de communication là, il pourrait peut-être être très utile au final. » (FG2, page 23)

2.1.6 Différences générationnelles et représentations

Les générations plus âgées de MK ont la sensation que les jeunes générations de MK sont plus à l'aise qu'eux avec la communication. Ces dernières communiqueraient plus spontanément, par habitude. Les générations plus âgées de MK pensent que cela est dû à une formation en communication. Les générations plus jeunes rejettent cet argument. Cela serait plutôt justifié par les moyens de communication qui leur seraient plus faciles d'utilisation.

« MK4 : Je ne sais pas, mais je vois avec les stagiaires qu'on a là actuellement, depuis cinq à six ans où on a plus de stagiaires, on voit qu'ils sont beaucoup plus réactifs au niveau communication. On sent qu'on leur parle quand même d'échanges, on leur parle des bilans, des bilans sur les logiciels. » (FG1, page 5)

Aux yeux des MK, les générations plus âgées de MG semblent moins emprunts à communiquer. Ils ont une image paternaliste des MG des générations plus âgées. Il y aurait plus d'écoute chez les jeunes générations de MG. Les générations plus âgées de MG rassurent les MK en disant qu'il ne faut pas avoir peur de communiquer avec eux. Une évolution des mentalités est perçue.

« MG3 : Je comprends que tu aies peur d'appeler un vieux comme moi, tu peux appeler Modérateur, il est beaucoup plus rigolo (*rire général*). ça ne doit plus exister. Je pense que si vous vous avez peur de nous embêter, nous on n'y voit pas d'inconvénient. » (FG1, page 14)

2.2 Se considérer

2.2.1 Constat d'une relation distante

2.2.1.1 Des avis mitigés

La plupart des professionnels constatent une relation distante voire inexistante, en particulier avec ceux qu'ils ne connaissent pas. D'autres jugent leur relation bonne. Ne pas connaître ses interlocuteurs engendre une absence de communication.

« MG3 : Distante, pour ne pas dire inexistante. » (FG1, page 3)

2.2.1.2 Avoir peur

Un des problèmes de la communication est la peur de transmettre. Les raisons de cette peur sont variables : peur que ce ne soit pas apprécié, peur de se tromper, peur d'un mauvais retour des MG (désaccord), peur du jugement (résultats escomptés absents), peur de déranger. Ils n'osent pas déranger car ils pensent que les autres professionnels manquent de temps et sont débordés.

« MK5 : Moi ça m'arrive de dire « Ne dites pas au médecin que c'est moi. ». Selon les médecins, je sais qu'il y en a qui n'apprécient pas. « Ne dites pas que c'est le kiné qui l'a dit. ». Moi ça m'ait déjà arrivé, ça m'arrive souvent. » (FG2, page 11)

2.2.1.3 Ressentir de la négligence

Les MK ressentent de la négligence vis-à-vis du manque d'intérêt des MG pour le BDK, et donc une inutilité de le transmettre. Ils peuvent également ressentir de la négligence si les ordonnances ne sont pas assez précises, ou si les soins prescrits ne sont pas utiles.

« MK2 : Je pense que je me suis dit que l'ordonnance était faite comme ça, et que, comme si je n'étais pas, je ne vais pas dire comme si je n'étais pas inclus dans le traitement du truc. Mais comme si « on va mettre de la kiné, on a de la kiné ». Ça m'a paru assez bâclé entre guillemets, sans vouloir faire passer d'informations supplémentaires. » (FG1, page 8)

Alors que certains MG ressentent de la négligence lorsqu'ils n'ont pas de retour, notamment par le biais du BDK. Ou lorsque les MK ne justifient pas leur demande.

« MG3 : Parce qu'il faut bien se rendre compte que d'un côté on fait des ordonnances et qu'on est redevable de ces ordonnances. Redevable vis-à-vis de la CPAM qui peut nous demander des bilans, bilans que l'on n'a pas, donc ça devient très gênant. J'en suis arrivé au fait que je ne renouvelle plus d'ordonnance si je n'ai pas de bilan. » (FG1, page 2)

Ces éléments mettent en difficulté les soignants face aux patients.

« MK4 : C'est vrai que là où c'est quelques fois compliqué, quand on se rend compte qu'ils n'ont pas compris un terme, une explication, quand ils veulent vraiment des choses très très précises. Ils nous prennent quelques fois à partie, veulent avoir notre avis. » (FG1, page 9)

2.2.1.4 Se dévaloriser

Un lien hiérarchique est ressenti par les MK, notamment de par l'ordonnance qui leur procure du travail. Cela entraîne un sentiment de dévalorisation des MK.

« MK3 : Disons que nous on travaille sous les ordonnances de médecins. Et donc dans le cas où, par exemple, je me fâcherais avec un médecin de la ville, après je n'ai plus d'ordonnance de ce médecin. Là on a largement assez de travail. Mais après les médecins entre eux se connaissent et ça peut engendrer peut-être une discorde derrière. C'est quand même une hiérarchie. Le médecin est quand même considéré au-dessus que le kiné. » (FG1, page 13)

2.2.2 Se considérer est essentiel

2.2.2.1 Relation de confiance

Les professionnels ont besoin d'une relation de confiance pour communiquer. Se considérer est essentiel pour obtenir cette relation de confiance. Elle se crée lorsque les professionnels s'estiment, se respectent.

« MG : Moi, XX, je suis très fan de ce mec-là, parce qu'il est balèze, il est consciencieux, il est d'humeur égale. Je pense que ce n'est pas la majorité quoi. » (E3, page 4)

2.2.2.2 Apprendre à se connaître

Pour atteindre cette relation de confiance, les professionnels peuvent apprendre à se connaître. Certains MG regrettent que les professionnels ne viennent plus se présenter.

« MK1 : Parce qu'on échange pas mal avec les médecins. Parce qu'on s'est déjà rencontré, on s'est vu. Rien que ça, juste se voir une fois, je trouve que ça débloque tout. » (FG2, page 15)

2.2.2.3 Se valoriser

Porter de l'intérêt valorise. Recevoir un retour des MK -notamment par le biais du BDK-permettrait aux MG de valoriser leurs prescriptions.

« MG2 : Après, quelques fois, j'aimerais bien aussi féliciter parce que l'on voit les progrès des patients. Dans le fond, on dirait « bravo » au kiné. » (FG1, page 4)

2.2.2.4 Casser le lien hiérarchique

Une hiérarchie semble exister dès la formation, ce qui engendrerait l'existence de deux mondes distincts : le monde médical et le monde paramédical. Les professionnels auraient pris l'habitude de ne pas communiquer dès la formation. Les professionnels pensent qu'il faut se concentrer sur l'approche centrée patient.

« MG3 : Finalement, on ne se sent pas plus supérieur ou inférieur à qui que ce soit, ce n'est pas une histoire de hiérarchie, c'est une histoire de collaboration dans l'intérêt du patient. D'accord ? Et l'approche, on va prendre un terme cher au département, elle doit être centrée sur le patient, et pas sur une sorte de hiérarchie. » (FG1, page 14)

2.3 Simplifier

2.3.1 Communiquer simplement

Communiquer simplement, c'est oser communiquer, peu importe le moyen de communication utilisé. Cela passerait par une relation simple, sans formule de politesse.

« MK4 : Je garderai le mot « relation simple », je pense qu'effectivement au plus on est simple finalement, au plus ça va passer. Peut-être que ce qui nous impressionne ce sont les courriers avec les grandes formules de politesse. On ne sait pas toujours comment aborder, vous êtes les « chers confrères », nous on ne sait jamais trop... (*MK4 ne termine pas sa phrase*). Et peut-être qu'une relation beaucoup plus simple permettra de passer les infos. » (FG1, page 31)

2.3.2 Communiquer dans un but précis

La communication semble simplifiée lorsque le but est précis, avec une information donnée claire et précise.

« MK4 : Je pense que finalement il y a pleins de prises en charge où, quand même, l'information est très claire. Il y a pleins de moments, où on a une ordonnance très claire, où on a suffisamment d'informations pour bien travailler. » (FG1, page 9)

2.3.3 Accentuer la communication directe

Les professionnels pensent qu'accentuer la communication directe permettrait d'éviter la déformation des informations transmises et les quiproquos.

« MG2 : Par rapport à la communication, je sais que c'est sûr que je suis toujours très contente quand je rencontre le kiné au chevet du patient, parce que là c'est vrai que souvent on a un vrai échange. [...] Puisqu'en fait quand on se rencontre au chevet du malade, on peut parler justement des difficultés, de ce qu'il ne va pas, de ce qui stagne. » (FG1, page 4)

2.3.4 Simplifier pour comprendre

Les termes techniques kinésithérapiques ne sont pas toujours compris par les MG. Un manque de compréhension des informations peut nuire à la collaboration et à la prise en charge. Utiliser un vocabulaire adapté rendrait la communication plus efficiente et permettrait de mieux coordonner les soins.

« MG2 : On trouvait ça intéressant, même si on ne comprenait pas toujours les termes de kinésithérapie. » (FG1, page 4)

2.3.5 Simplifier le BDK

Les professionnels pensent qu'il faudrait simplifier le BDK en envoyant seulement la conclusion avec les notions qui intéressent les MG. La répercussion fonctionnelle, l'évolution et la nécessité ou l'absence de nécessité de renouvellement importent. A l'inverse, les termes techniques, les amplitudes ou les tests n'intéresseraient pas les MG.

« MG3 : Le peu que j'ai vu, tous les termes, les amplitudes... ça, honnêtement, on n'y comprend rien. »

2.3.6 Choisir un moyen de communication facile d'utilisation

Les moyens de communication sont nombreux. Les professionnels semblent vouloir privilégier les moyens de communication faciles d'utilisation.

« MK5 : Moi par exemple, j'ai eu l'occasion d'envoyer des mails à des médecins, pas souvent hein. Et les mails je les consulte depuis mon téléphone. Il y a des moyens effectivement qui existent pour que ça se fasse un peu plus, peut-être plus facilement, j'imagine. » (FG1, page 5)

2.4 Collaborer

Collaborer c'est travailler ensemble. Plus les professionnels travaillent ensemble, plus ils communiquent. Collaborer favoriserait la communication.

2.4.1 Coordonner les soins dans l'intérêt du patient

Les professionnels considèrent l'avis des patients. Avoir un bon retour des patients donne envie de collaborer. Bien recevoir ses patients avec un équipement adéquat favoriserait la collaboration. Certains MG adressent aux MK en fonction de leur équipement et de la prise en charge souhaitée.

« MG : La chose qui est importante, c'est l'équipement du kiné. Parce que finalement on va orienter - c'est important, je voulais en parler-, on va orienter en fonction de ce qu'il y a. Il y a des gens qui me disent « Il n'a rien ce kiné, il n'a rien, pas d'appareil, etc. ». » (E1, page 6)

2.4.2 Avoir le même objectif

Les professionnels pensent qu'il faut coordonner les soins dans l'intérêt du patient en tenant le même discours et en ayant le même objectif. Cela est possible si les professionnels communiquent, peu importe le moyen de communication utilisé.

« MK2 : Parce qu'il faut se dire que c'étaient tous les jours une vingtaine/trentaine de minutes passées avec le patient, la famille, du coup, à gérer cette situation. Il faut vraiment qu'on soit tous d'accord sur ce qu'il se passe, il y a pleins d'intervenants qui arrivent, qu'on ait le même discours et la même direction. » (FG1, page 8)

2.4.3 Chacun son rôle

Pour atteindre un même objectif, chacun a un rôle à jouer. Il faudrait prendre conscience des attentes de chacun pour déterminer ces rôles.

« MK2 : En fin de compte, c'est ça qui est intéressant aussi. C'est de savoir qu'est-ce que vous attendez qu'on vous dise. » (FG1, page 22)

2.4.3.1 Rôles des médecins généralistes

2.4.3.1.1 Prescrire

Les MG pensent que les MK attendent le diagnostic.

« MG : Je pense que le kiné n'est pas là pour faire le diagnostic, donc le kiné, de un, il attend le diagnostic. En recommandations, c'est de donner un diagnostic. Et après, c'est le kiné qui fait la rééducation. » (E2, page 3)

2.4.3.1.2 Choisir l'examen complémentaire adapté

Les MK ne se sentent pas forcément habilités à faire ce choix.

« MK3 : Mais moi je ne suis pas peut-être habilitée pour dire de faire cet examen. » (FG2, page 11)

2.4.3.1.3 Annoncer/expliquer

« MK4 : Oui alors moi je ne suis pas médecin, c'est pas forcément à moi de tout détailler, de tout expliquer. Parce que c'est pas mon rôle d'annoncer aux patients des choses qui ont peut-être été annoncées mais que le patient n'a pas compris, n'a pas voulu comprendre ou n'a pas entendu. » (FG1, page 9)

2.4.3.1.4 Réévaluer/Renouveler l'ordonnance

« MG1 : Donc moi ça ne me dérange pas de voir revenir les patients pour prescrire des séances supplémentaires, parce que ça me permet de refaire le point avec le patient et de voir si on est sur le bon chemin ou pas, si la technique adoptée me paraît cohérente, adaptée. » (FG2, page 7)

2.4.3.2 Rôles des masseurs-kinésithérapeutes

2.4.3.2.1 Rééduquer

Les professionnels pensent que la rééducation est le rôle du MK et que c'est à lui de décider du protocole de rééducation.

« MG : Donc, pour moi, il doit faire la rééducation, la prise en charge de la kinésithérapie, et après il a un côté d'évaluation, de surveillance. » (E2, page 3)

2.4.3.2.2 Suivre

Les MK sont proches des patients et occupent une place importante dans leur suivi. Cela s'explique par le toucher et par le temps passé avec les patients.

« MG2 : En fait, les kinés ont la perception de choses très importantes puisque vous voyez (*MG2 regarde les masseurs-kinésithérapeutes*) beaucoup les malades, beaucoup plus souvent que nous. Et vous (*MG2 les regarde toujours*), vous allez percevoir des choses qui sont importantes pour nous, surtout si on n'a pas de contact, qu'il n'y a pas vraiment de famille autour. » (FG1, page 4)

2.4.3.2.3 Surveiller et réorienter

« MG : J'attends qu'ils fassent le travail, qu'il y ait une surveillance de la bonne évolution et de me ré-envoyer le patient en tout cas s'il y a un doute et s'il n'y a pas d'évolution évaluée comme normale. » (E2, page 4)

2.4.3.2.4 Assurer un lien social

Le rôle social semble très présent chez les MK.

« MG : Soit « Ah oui non j'aime bien, il est gentil comme tout le kiné. ». ça fait un lien social, ça c'est indéniable, et ça c'est important. » (E3, page 9)

2.4.4 Améliorer les prescriptions

Les professionnels pensent qu'une collaboration de qualité passe par la transmission d'informations de qualité. Ils soulignent l'importance de soigner les prescriptions. Les MK relèvent un manque de précisions des prescriptions. Concernant l'inscription du nombre de séances sur l'ordonnance, leurs avis sont mitigés. Inscrire le nombre de séances permet de se fixer un objectif sur un nombre de séances et de garder le contrôle de ses prescriptions. Le choix n'est alors pas laissé aux MK. Si c'est le cas, les MK ne souhaitent pas un nombre trop faible de séances pour certains patients chroniques, qui engendrerait un trop grand nombre d'ordonnances. À l'inverse, ne pas inscrire le nombre de séances permet de laisser le choix aux MK mais peut engendrer des prises en charge qui s'éternisent. Les MK font remarquer que certaines pathologies limitent automatiquement le nombre de séances. Inscrire le nombre de séances ne serait alors pas nécessaire. S'ils veulent prolonger les soins, ils peuvent réaliser une demande d'accord préalable. Certains préfèrent que les patients retournent chez leur MG à la place de faire cette demande.

« MK1 : Alors c'est compliqué, parce que moi j'aime bien les deux côtés. J'aime bien les médecins qui prescrivent avec un nombre de séances, parce qu'au moins on a un objectif sur un nombre de séances. » (FG2, page 5)

Les MK affirment que certaines prescriptions ne sont pas nécessaires. Améliorer les prescriptions, c'est aussi savoir ne pas prescrire.

« MK5 : Après il y a des fois où c'était prescrit où il n'y avait pas nécessité. Donc on faisait une séance, on rassurait les parents, on expliquait le lavage de nez, et voilà. » (FG2, page 13)

Les MG prescrivent beaucoup parce qu'ils trouvent que la kinésithérapie est efficace et que c'est une alternative aux traitements chimiques. Ils ont conscience que leurs prescriptions pour les MK ne sont pas toujours optimales. Un MG a évoqué qu'il n'accompagnait pas l'ordonnance et inscrivait tout sur cette dernière. Un besoin d'être guidé pour la prescription est ressenti. Une aide à la prescription pourrait aider les MG.

« MG : Peut-être, je ne sais pas, un guide... (MG réfléchit). Avec ce qu'il faut faire dans tel type de pathologie, quelque chose de très simple. Mais plutôt que de mettre « Rééducation de l'épaule. », il y a peut-être quelques fois des choses un peu plus précises à écrire. Sur l'ordonnance. » (E1, page 5)

2.4.5 Prescrire ne va pas que dans un sens

Les MG déplorent le manque de retours des MK. Ils n'en demandent pas de manière systématique mais les souhaitent dans des situations spécifiques ou pour mieux comprendre la démarche de rééducation. Certains MG se contentent des éléments transmis par les patients eux-mêmes. Quand le retour existe, il est très apprécié et engage la collaboration.

« MG : Alors j'ai un exemple d'une fois où j'ai eu un retour et j'en suis ravi. C'est pour ça que ce mec-là, j'oriente chez lui aussi. J'ai eu un truc une fois. C'est rarissime, pour le coup. » (E3, page 3)

2.4.6 Optimiser l'utilisation du BDK

Les MG soulignent l'intérêt du BDK, mais pas pour tous les patients. Les professionnels pensent qu'optimiser son utilisation en fonction de la volonté/souhait des professionnels et de l'intérêt de sa transmission pourrait améliorer la communication. La transmission du BDK aurait un intérêt dans les situations suivantes : en cas de renouvellement, en cas de divergence de diagnostic, en cas de situation complexe, en cas de problème, pour réorienter les patients, pour arrêter les soins kinésithérapiques en confrontant les patients à leur évolution. Les MG souhaitent particulièrement la transmission du BDK dans les EHPAD pour évaluer la nécessité de renouveler les soins de kinésithérapie. A contrario, les professionnels semblent d'accord sur la non-transmission du BDK en cas de pathologie simple ou dont la rééducation se déroule comme prévue. La transmission du BDK initial ne semble pas être nécessaire non plus.

« MG2 : On parle d'outil de communication, je n'ai pas vraiment envie d'avoir effectivement un bilan pour chaque patient par mail, à lire tous les soirs à vingt et une heures quoi. » (FG1, page 10)

2.4.7 Travailler dans une unité de lieu

Exercer dans une unité de lieu permet d'apprendre à se connaître et favoriserait la communication.

« MK2 : Et on sait comment les médecins fonctionnent. Si on les croise, on leur fait un bilan. Ou alors ils le demandent, et on va le transmettre, on va le déposer dans la boîte aux lettres. » (FG2, page 3)

2.4.7.1 Exercer en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

« MG1 : Il doit y avoir des réunions régulières. Je ne sais pas si les MSP peuvent favoriser le dialogue ?
MK2 : Le fait d'être au même endroit, je pense que ça facilite, on peut se croiser, comme tu disais oralement on peut faire passer des choses. » (FG1, page 9)

2.4.7.2 Exerger à proximité

Exerger dans la même ville favoriserait la collaboration. La proximité du lieu de vie des patients avec le lieu d'exercice des professionnels y serait pour quelque chose. Certains MG aimeraient que les MK avec qui ils travaillent, travaillent dans la même structure. Travailler dans le même bâtiment favorise les interactions.

« MG : J'ai très peu d'interactions finalement avec les kinés hormis ceux du bâtiment que je connais plus à titre privé. » (E2, page 3)

2.4.7.3 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Passer en visite à domicile en EHPAD permet de se croiser. Certains professionnels en profitent pour communiquer verbalement. D'autres trouvent qu'ils n'ont pas le temps de communiquer en EHPAD.

« MG : Et de la même façon, il m'arrive peut-être, comme j'y passe assez souvent, de croiser les kinés, d'avoir dans ce contexte-là un petit peu plus d'interactions verbales directes. Ce qui n'est jamais, comme je disais, c'est toujours enrichissant. » (E2, page 7)

2.5 S'organiser

2.5.1 Communiquer quand chacun est disponible

Les professionnels ont des difficultés à être mutuellement disponibles.

Il est possible de communiquer quand chacun est disponible par mail. Envoyer un mail permet de ne pas déranger. Certains professionnels se fixent un rendez-vous téléphonique. D'autres pensent que des consultations conjointes pourraient être organisées. Il faut savoir saisir les occasions.

« MK2 : La seule fois où j'ai réussi vraiment à avoir un médecin au téléphone, on s'était fixé rendez-vous justement. Un rendez-vous téléphonique, sinon c'était impossible. » (FG1, page 6)

2.5.2 Changer ses habitudes

Les professionnels constatent qu'ils ont pris l'habitude de travailler sans se parler. Prendre l'habitude de se rendre disponible pourrait améliorer la communication. Certains pensent qu'il faut prendre l'habitude de communiquer dans l'instant et ne pas laisser traîner un besoin. D'autres pensent qu'il faut prendre l'habitude d'utiliser la messagerie sécurisée. Les MG souhaitent que les MK prennent l'habitude d'utiliser le BDK pour renouveler les soins kinésithérapeutiques dans les EHPAD. Ils pensent également que les MK devraient s'organiser pour créer des créneaux d'urgence.

« MG : Il y a tellement de trucs à faire dans la journée que si je ne le fais pas tout de suite, c'est mort. Donc forcément moi je fais mon ordo et voilà. Si c'est à mon initiative, j'envoie un vocal tout de suite devant le patient. Et au moins le patient est au clair sur le fait que ça a été fait là devant lui. » (E3, page 6)

2.5.3 Prioriser le patient

Les professionnels ont tendance à prioriser le temps passé avec les patients. Certains s'organisent et agissent pour leur faire accéder rapidement à un MK si besoin. Il arrive parfois que les professionnels ne soient pas d'accord sur la conduite à tenir. Dans cette situation, ils ont tendance à prioriser le patient, quitte à perdre la collaboration. Ils encouragent la prise en charge qui leur semble adaptée. Les MG priorisent les patients en prescrivant ce qu'ils pensent être nécessaire, ce qui ne correspond pas forcément aux demandes des MK. Certains MK s'adaptent aux besoins des patients et n'attendent pas la prescription des MG pour adapter leurs soins. Proposer aux patients d'ouvrir le dialogue avec l'autre pourrait permettre d'éviter de perdre la collaboration.

« MK2 : Comme ce n'est que pour moi que je le fais, je l'écris à la main. Je trouve que quand je pose les questions, que j'écris, je peux rester moi, c'est plus facile que sur un ordi à regarder le patient, l'ordo. Tandis que là je suis plutôt plus avec le patient quand je le fais sur papier, je peux rajouter au fur et à mesure. » (FG1, page 3)

2.5.4 S'affirmer auprès des patients

Savoir s'affirmer auprès des patients semble nécessaire aux professionnels pour s'organiser. Des MG pensent que ce n'est pas leur rôle de prendre les rendez-vous pour les patients, notamment lorsque ce n'est pas une urgence.

« MG : S'il y a six mois de délais pour avoir un rendez-vous de cardio, s'il faut deux semaines pour avoir un rendez-vous de kiné, si j'estime qu'il n'y a pas d'urgence médicale absolue à faire ça, je leur dis « Mettez-vous dans la file et puis c'est tout. En ce moment les files sont longues. ». » (E2, page 6)

2.5.5 Se protéger, trouver un équilibre

Certains professionnels sacrifient du temps personnel pour communiquer. Communiquer pour tous les patients ne semble pas être possible. Certains MK essayent de prendre en charge de nouveaux patients et d'arrêter certaines prises en charge chroniques pour garder un équilibre. D'autres réorientent les patients ou les laissent au remplaçant. Sans cela, il y aurait une démotivation des professionnels et une perte de chance pour la prise en charge des patients. Certains MG ont trouvé un équilibre en travaillant moins et mieux.

« MK1 : On est toujours partagé entre vouloir aider tout le monde et vouloir nous vivre mieux notre boulot. » (FG2, page 16)

2.5.6 Utiliser mieux le BDK

Certains MK ont des difficultés à s'organiser pour réaliser les BDK car cela prend du temps. Ecrire le BDK pendant la séance permettrait de rentabiliser ce temps. Un tableau serait classiquement utilisé pour la plupart des pathologies. Des bilans plus complets -type bilan McKenzie- seraient réservés pour des cas particuliers. Utiliser la messagerie sécurisée pour transmettre le BDK semble faisable. Mais elle n'est pas utilisée en pratique. Certains professionnels utilisent un logiciel pour communiquer avec le BDK dans les EHPAD et en sont satisfaits. Ce logiciel sert d'interface de transmission des informations. Les MK pensent qu'il faudrait sélectionner les MG qui

souhaitent recevoir les BDK, les MK ne souhaitant pas envoyer les BDK à ceux qui n'en veulent pas.

« MK2 : Alors moi je le fais pendant la séance, j'écris pendant la séance, je rédige pendant la séance. Mais encore une fois c'est un tableau. » (FG2, page 4)

2.6 Se dégager du temps

Communiquer prend du temps. S'organiser ne suffit parfois pas. Il semblerait nécessaire de se dégager du temps pour communiquer.

2.6.1 Manquer de temps, être débordé

Les professionnels sont notamment débordés à cause du travail à faire en plus du travail médical ou paramédical. C'est le cas du travail administratif. Ils souhaiteraient avoir plus de temps.

« MG : J'aimerais bien avoir plus de temps. » (E3, page 11)

2.6.2 Se dégager du temps mais rester rentable

La communication n'étant pas rémunérée, les professionnels pensent qu'il faut sélectionner les situations où il est nécessaire de communiquer pour rester rentable.

Certains professionnels évoquant la rémunération pensent qu'ils passeraient plus de temps avec chaque patient si leurs actes étaient mieux rémunérés.

« MK5 : On est tellement mal payé, qu'en fait on voit beaucoup de patients. Et on ne prend pas le temps du coup de prendre une heure le soir à rédiger pour ensuite envoyer au médecin le bilan. » (FG2, page 10)

Les professionnels pensent que rémunérer la communication pourrait la favoriser. Certains MG utilisent un site de télé-expertise pour la gestion des demandes des MK et le travail à faire en plus. Le MK est rémunéré pour demander un avis et le MG est rémunéré pour le donner.

« MG : Et moi je suis rémunéré pour le donner. » (E3, page 2)

2.6.3 Etre informé, c'est gagner du temps

Communiquer permet de gagner du temps si la communication a un but.

« MK2 : Et la même chose avec une dame, pareil, j'y suis allée trois, quatre fois. Des fois, elles ont des examens médicaux, elles nous le disent pas et oublient, donc on y retourne. Et cette dame était décédée, pareil, pas de mot, rien du tout. » (FG1, page 23)

2.6.4 Rendre le patient acteur de sa santé

Certains MG pensent que lorsque le patient comprend l'information donnée et qu'il est acteur de sa santé, la communication peut se faire par son intermédiaire. S'assurer de la compréhension des patients leur permet de ne pas déformer les informations à transmettre. Si les patients prennent part à la communication et le font sans déformer les informations, cela peut faire gagner du temps.

« MG : Il faut être acteur de sa santé. Sous réserve que tu comprennes, que tu aies les bases, avec un discours adapté au niveau de compréhension des gens. » (E3, page 7)

Les professionnels se demandent parfois si les patients ont pris l'habitude de faire de la kinésithérapie sans qu'elle soit efficace. Ils ont conscience qu'il est plus facile de réaliser les exercices avec le MK que seul à domicile. Les MK responsabilisent les patients en leur évoquant que les massages ne suffisent pas et que l'auto-rééducation est nécessaire. Responsabiliser les patients et les rendre adhérents à la prise en charge kinésithérapique permettrait de mener une kinésithérapie efficace et de se dégager du temps pour communiquer.

« MK2 : On fait ces étirements-là, cet assouplissement, ce mouvement-là pour telle ou telle raison. Vous avez bien vu pendant la séance qu'on a faite la fois dernière que ça ça vous avait fait du bien. Vous l'avez fait ? ». « Non. ». « Bah pourquoi ? ». « Bah je le fais ici. ». « Bah ouais, vous le ferez chez vous maintenant, vous connaissez l'exercice, on l'a revu ensemble plusieurs fois. [...] vous vous prenez en main et vous y allez. ». » (FG2, page 16)

2.6.5 Réguler l'offre de soins

Les professionnels pensent qu'il faudrait se recentrer sur les soins utiles. Espacer les séances ou arrêter la kinésithérapie de certains patients ayant des pathologies chroniques permettrait de se dégager du temps. Ce temps pourrait être utilisé pour communiquer, prendre en charge les patients ayant des pathologies aiguës, augmenter le temps consacré à chaque patient.

« MG3 : Parce que comme tu le disais à juste titre, moi j'ai d'autres exemples, on a des gens qui ont besoin de soins aigus et qui ne vous trouvent pas. Peut-être parce que vous n'arrivez pas à sortir aussi de certains soins chroniques et chronophages. » (FG1, page 11)

2.6.6 Savoir dire « stop »

Les MK ont des difficultés à stopper certains soins. Ils pensent qu'il faudrait savoir dire « stop » lorsqu'ils ne perçoivent pas d'évolution ou ne retrouvent pas les résultats attendus. Les MG pourraient s'en alerter et arrêter de renouveler ces soins. Se prévenir ou confronter les patients à leur évolution contribuerait à savoir dire « stop », notamment par le biais du BDK.

« MK1 : Et deux-trois mois plus tard, la patiente me rappelle pour refaire des soins, je reprends. Mais pour moi, il n'y a pas d'utilité de faire ça. Et en fait, je fais quelques séances pour voir un petit peu et je lui dis « Bah écoutez pour moi ça va, ça se passe bien. ». Et la patiente redemande à chaque fois au médecin des ordonnances. Moi là je lui ai dit « Il faudra peut-être que j'appelle le médecin pour lui dire qu'il n'y a pas d'utilité à ça. ». » (FG1, page 15)

2.7 Innover localement

Les professionnels font remarquer qu'il est impossible de communiquer avec tous les professionnels de France. Innover localement est une voie qu'empruntent les professionnels de santé pour favoriser la communication entre eux.

« MG1 : C'est beaucoup par communauté, parce qu'on ne peut pas non plus communiquer avec toute la France. Ce sont vraiment des réseaux locaux qui doivent se mettre en place. Il ne faut pas hésiter à les monter, à les développer dans l'entourage, avec les professionnels avec qui on travaille. Ça aide vachement pour tout. » (FG2, page 22)

2.7.1 Créer un réseau de communication local

Créer un réseau de communication local a fonctionné dans certaines villes, ce qui a favorisé la communication. Par exemple avec l'application mobile WhatsApp® lors de la période de COVID. La CPTS pourrait contribuer à cela.

« MK2 : À ville3, pendant le COVID, c'était simplement WhatsApp. Pour la communication, il y avait un groupe WhatsApp avec les pharmaciens, les médecins, les infirmiers, les kinés. » (FG2, page 21)

2.7.2 Créer un réseau de communication dans un but précis

Les professionnels pensent que créer un réseau de communication dans un but précis, à partir d'un besoin précis, permettrait d'améliorer la communication entre eux. Certains prennent l'exemple du Réseau Bronchiolite. Des MG souhaiteraient l'existence d'un réseau de communication permettant de trouver un MK disponible plus facilement. Ils pensent qu'il serait intéressant de créer un système de garde où un MK serait joignable et pourrait se rendre disponible.

« MG : Alors après, est-ce que, eux, ils peuvent aussi s'entendre dans un secteur comme peut-être des médecins de garde pour dépanner ? » (E1, page 9)

2.7.3 Créer son réseau de collaborateurs

Certains MG ont créé leur réseau de collaborateurs, professionnels avec qui ils ont pris l'habitude de travailler. Avoir un réseau de collaborateurs permet une prise en charge plus rapide des patients.

« MG : Après, pas que, des spécialistes, parce que c'est la galère pour avoir des rendez-vous à droite, à gauche, chez un dermatologue, chez un machin. Si tu n'as pas un réseau dédié avec tes copains un peu partout, t'es vite embêté. ça ne devrait pas l'être. Mais du coup, chez les kinés, c'est la même chose quoi. » (E3, page 6)

2.7.4 Créer des listings

Les professionnels pensent que créer des listings réunissant les coordonnées de chacun permettrait de communiquer plus facilement. Certains ont tenté de les réunir par ville ou secteur mais n'y sont pas parvenus. Il paraît difficile de réunir ces coordonnées. Ces listings pourraient être créés par le biais des CPTS. Ils permettraient de trouver un kinésithérapeute spécialisé.

« MG3 : On n'a pas fini, j'avais dire, c'est quelque chose de, c'est dommage quoi, et je pense que les CPTS ça sert à ça, coordonner l'offre de soins pour les gens. Tu parlais de listing, je pense que c'est dans ce cadre-là qu'on devrait en avoir un, d'ailleurs on y travaille pour ça. » (FG1, page 26)

2.7.5 Se réunir

Même si la plupart des professionnels se réunissent rarement, ils pensent que se réunir pourrait améliorer la communication entre eux. MG, internes en médecine générale et professionnels paramédicaux se réunissent parfois dans des MSP. C'est grâce à ce genre de réunions que certains connaissent le BDK. D'autres se réunissent en participant à des symposiums. Se réunir permet de se former (améliorer les prescriptions, revoir les pratiques) et de se rencontrer (créer des liens). Les professionnels pensent que les CPTS pourraient permettre ces réunions.

« MG1 : Je voulais dire : c'est vrai que moi je connaissais l'existence du bilan de diagnostic de kinésithérapie. Peut-être parce que j'ai un petit peu plus d'expérience que vous, plus vieille. Et aussi parce que ça m'arrive assez régulièrement de rencontrer des kinés par l'intermédiaire de réunions qu'on fait de temps en temps avec nos internes, où on fait intervenir des kinés, des paramédicaux. » (FG2, page 7)

2.7.6 Se former

Les MG et les MK constatent un manque de connaissances sur le métier de l'autre. Se former contribuerait à une meilleure collaboration et donc à une meilleure communication. Il serait par exemple possible de se former en découvrant les modalités de travail des autres.

Un MG évoque une meilleure communication des MK belges. Il pense que la formation de masso-kinésithérapie en Belgique serait meilleure. Les générations plus jeunes de MG pensent qu'il n'y a pas de cours sur les liens paramédicaux à la faculté, hormis avec les pharmaciens. Ils pensent que la communication pourrait être un thème soulevé dans les Groupes d'Echanges de Pratiques (GEP).

« MG : Après, il y a aussi beaucoup de kinés dans notre secteur, avec la proximité avec la Belgique, qui ont été formés avec la Belgique. Ils sont très bons. Ça n'engage que moi mais je trouve que la formation de kiné dans les écoles belges est supérieure à l'enseignement en France. » (E1, page 3)

2.7.7 Utiliser ou créer un nouvel outil de communication

Les MK remarquent l'absence d'un outil de communication efficace. La création d'un nouvel outil de communication pourrait permettre d'améliorer la communication entre MG et MK. Cet outil serait rapide d'utilisation et autoriserait l'échange de photos. Le DMP et l'Espace Santé ont été évoqués. Ils pourraient faciliter les échanges mais prendraient trop de temps. Des MG suggèrent la création d'un outil permettant de trouver un MK disponible. Quant aux MK, ils suggèrent la création d'un logiciel commun de communication, afin de transmettre des informations rapidement et en toute sécurité. Le BDK pourrait être envoyé par ce biais.

« MK1 : Je pense qu'il nous manque tout simplement un outil de communication. [...] Un outil rapide de communication, où nous on prend en photo, vous vous pourriez les retrouver directement. » (FG2, page 19)

2.7.8 Créer des initiatives locales

Certains professionnels essayent de créer des initiatives locales. Ces initiatives se soldent parfois par un échec, comme l'organisation d'une soirée sur la déformation crânienne ou l'envoi de courriers aux MG d'une ville expliquant la démarche de la création d'un plateau de réhabilitation respiratoire. D'autres ont contribué à une meilleure collaboration. C'est le cas d'un MK qui avait invité les MG de son secteur lors de l'ouverture de son cabinet pour se présenter.

« MK1 : Et moi personnellement pour avoir invité lors de l'ouverture du cabinet l'ensemble des médecins pour qu'ils puissent voir les locaux, qu'on puisse se voir aussi tout simplement. » (FG2, page 2)

2.7.9 Innover par le biais des CPTS

Les avis sont mitigés concernant les CPTS. La plupart des professionnels ne savent ni à quoi elles servent exactement, ni ce qu'y font les participants. Certains professionnels sont contre les CPTS car ils pensent que c'est un frein à leur indépendance. Un MG évoque la contrainte exercée par les CPTS pour favoriser l'exercice coordonné. D'autres pensent que les CPTS sont l'avenir et qu'elles pourraient améliorer la communication entre eux, en se réunissant et en s'unissant. Malgré tout, ces derniers ne participent pas forcément aux réunions organisées par les CPTS. Des MG constatent que ceux qui participent aux réunions sont toujours les mêmes, qu'elles soient rémunérées ou non. Même si la rémunération divise, la plupart des professionnels pensent que l'intention première des CPTS n'est pas la rémunération mais de réunir les professionnels et de créer des actions interprofessionnelles. Elles permettraient de se rencontrer et de créer des réseaux de communication. Les professionnels sont pour si les CPTS peuvent améliorer la communication et participer à la formation médicale continue. Une MG évoque la possibilité d'utiliser les réseaux et la structure pour communiquer, que les professionnels participent ou pas et adhèrent ou pas aux CPTS. Un autre MG pense que les CPTS permettraient de coordonner les soins, d'aménager son temps de travail tout en favorisant l'accès aux soins à ses patients.

« MG : C'est en train de tuer la médecine libérale. Regrouper les médecins dans des espèces de centres, de structures, sous contrôle un petit peu de la sécu, sous perfusion de la sécu. Pour moi c'est forcément un frein à ton indépendance de médecin. » (E3, page 10)

« MG3 : Et finalement j'ai pris mon temps, peut-être pas assez, de m'y intéresser, et je pense que c'est l'avenir. Sincèrement je le pense. » (FG1, page 25)

« MG : Je dis ça mais moi-même je participe très peu à ces choses-là pour le moment. » (E1, page 9)

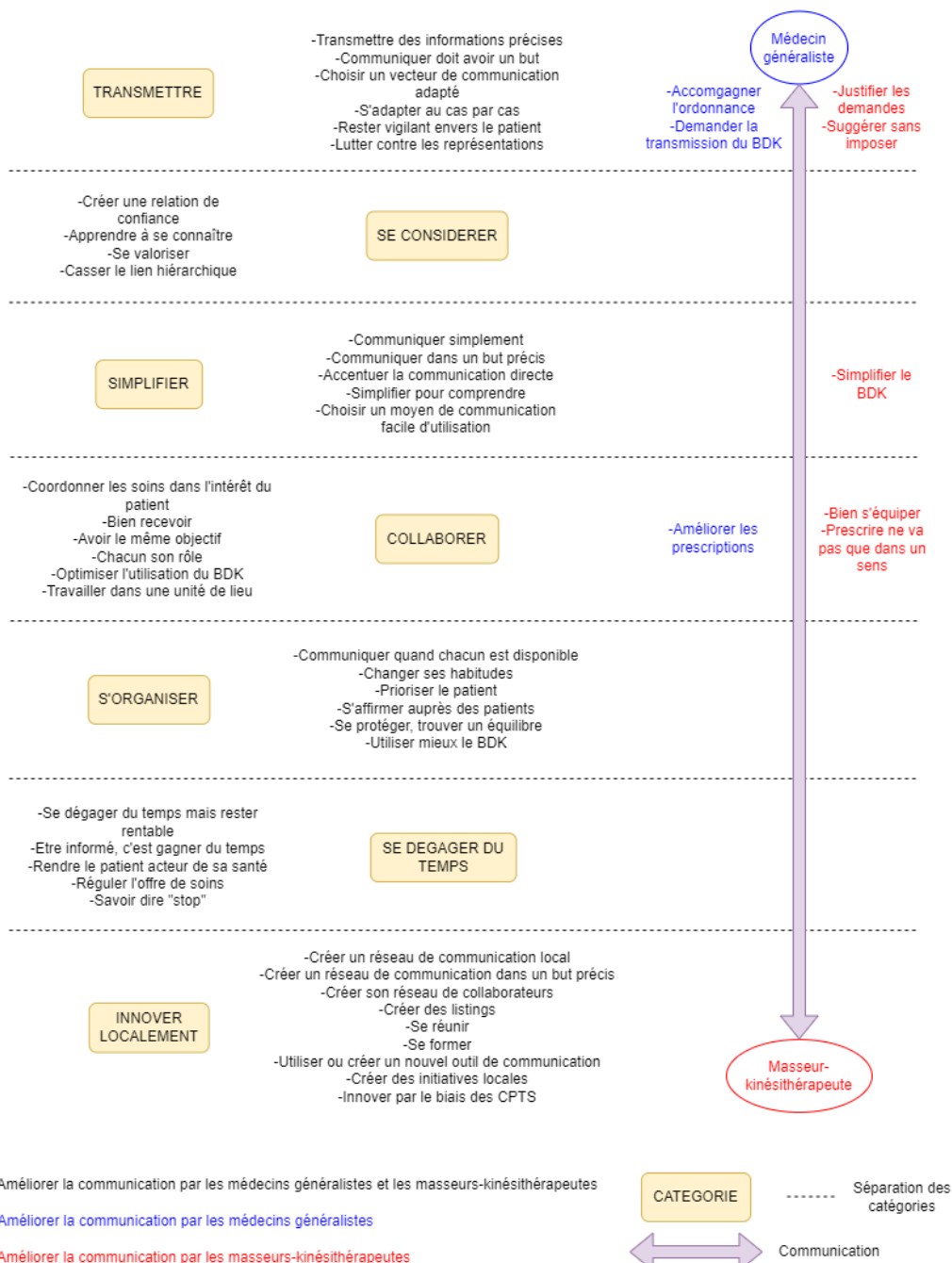
« MK2 : Pour les réunions CPTS, il y a pas mal de réunions en visio, etc. [...] Je ne pense pas que l'intention première de ceux qui organisent ces réunions-là, ce soit de toucher... (*MK2 ne finit pas sa phrase*). En plus, je ne sais pas si c'est super bien payé. Je pense que la première intention c'est quand même qu'il y ait des actions qui se passent au sein des CPTS, des actions intéressantes quoi, des actions interprofessionnelles, qu'il y ait des liens qui se créent entre les professionnels. » (FG2, page 20)

« MG3 : Puisqu'en fait ça va vous permettre, me permettre peut-être sur la fin, d'aménager un peu plus mon temps de travail. Et ça va surtout permettre à la population d'avoir accès à certaines possibilités, qu'ils n'ont pas actuellement parce qu'on travaille tous de manière isolée. » (FG1, page 25)

DISCUSSION

1 Principaux résultats

Modèle explicatif



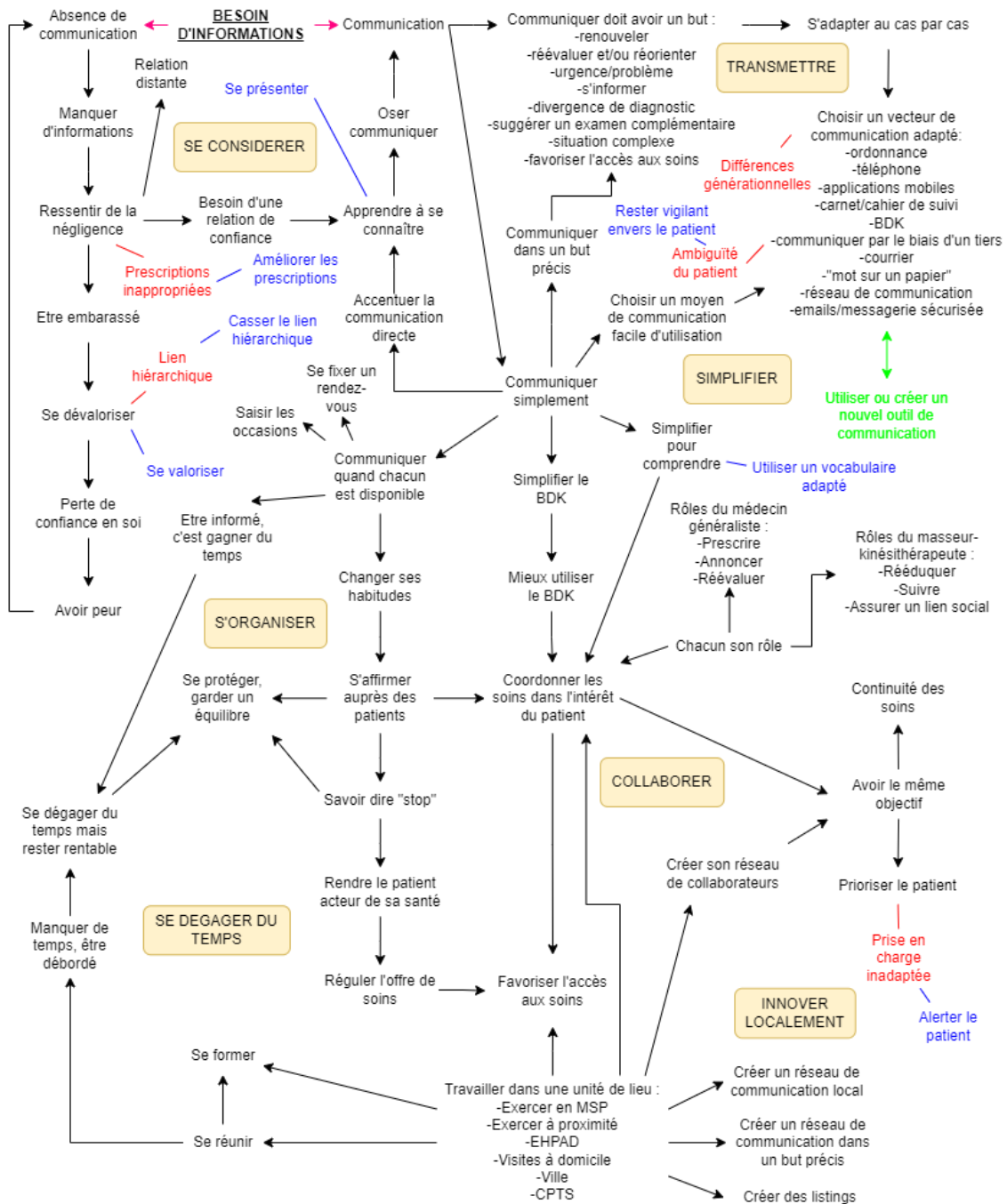


Schéma des liens régissant le modèle explicatif

Transmettre est une nécessité car il y a un besoin d'informations des professionnels.

Le besoin d'informations définit le but de la communication. **Communiquer doit avoir un but.**

Choisir un vecteur de communication adapté permet d'atteindre ce but et de délivrer l'information sans la déformer. De nombreux vecteurs de transmission de l'information existent. Il n'y a pas d'unanimité concernant le vecteur de transmission adapté. Plusieurs vecteurs de transmission différents peuvent convenir à une même situation.

Le vecteur peut être le patient. Cependant cela ne doit pas être la règle. Les professionnels pensent que le patient peut être ambivalent. Il faudrait donc **rester vigilant** pour transmettre et **accentuer la communication directe.**

Seulement, chaque professionnel est différent, chaque situation est différente et chaque patient est différent. **S'adapter au cas par cas, transmettre des informations précises** et utiliser un vocabulaire adapté rendraient la communication plus efficiente.

Un des problèmes de la communication est la peur de transmettre. Les professionnels ont peur de transmettre car ils n'osent pas déranger. Ils n'osent pas déranger car ils pensent que les autres professionnels manquent de temps et sont débordés.

Les conséquences de cette peur sont un défaut de communication et un ressenti de négligence. Certains MG se demandent pourquoi ils n'ont pas de retour des MK vis-à-vis de leur prescription.

Par ailleurs, un lien hiérarchique est ressenti par les MK, la prescription de soins kinésithérapiques donnant du travail à ces derniers. Cela engendre un sentiment de dévalorisation par les MK.

Les professionnels ont besoin d'une **relation de confiance** pour communiquer. **Se considérer** est la clé pour obtenir une relation de confiance.

Pour cela, les professionnels peuvent **apprendre à se connaître**. Ils ont plus de facilité à communiquer quand ils se connaissent. Travailler ensemble permet d'apprendre à se connaître.

Ils peuvent aussi **se valoriser**. Les MK apprécieraient d'être valorisés, d'autant plus qu'ils occupent une place importante dans le suivi des patients.

Il faudrait **casser le lien hiérarchique** qui entrave la communication et plutôt se concentrer à coordonner les soins dans l'intérêt du patient en travaillant ensemble.

Travailler ensemble c'est **collaborer**.

Pour **coordonner les soins dans l'intérêt du patient**, il est important d'**avoir le même objectif**.

Pour atteindre cet objectif, chacun a un rôle à jouer, **chacun son rôle**.

Communiquer permet d'obtenir les informations nécessaires pour la prise en charge kinésithérapique. Manquer d'informations peut mettre en difficultés les professionnels

pour cette prise en charge. Ils peuvent également être embarrassés de ne pas pouvoir répondre, ce qui peut provoquer l'incompréhension du patient et des familles. Le manque d'informations provoque une mise à l'écart des professionnels. Ces professionnels se dévalorisent. D'où l'importance de se considérer pour communiquer.

Une collaboration de qualité passe par la transmission d'informations de qualité. Ce qui n'est pas toujours le cas. C'est pourquoi il faudrait **améliorer les prescriptions**.

Tous les MK ne font pas de retour aux MG. Cela dépend des professionnels. C'est du cas par cas. Parmi les retours, il n'y a pas une seule solution. Courriers, mails, appels téléphoniques, cela dépend notamment de l'urgence. Le retour par le biais du patient peut également être une possibilité. De manière générale, les MK font peu de retours.

Cependant, avoir un retour alimente la relation de confiance. **Prescrire ne va pas que dans un sens**.

Le BDK fait partie des retours possibles. **Optimiser son utilisation** en fonction de la volonté/souhait des professionnels et de l'intérêt de sa transmission pourrait améliorer la communication. Encore une fois, communiquer doit avoir un but.

Il est plus facile de communiquer/collaborer lorsque les professionnels **exercent dans une unité de lieu**. Parce qu'il est plus facile de communiquer lorsqu'ils se connaissent.

S'il est plus simple de communiquer lorsque les professionnels se connaissent, ce n'est pas le cas lorsqu'ils ne se connaissent pas.

Simplifier la communication est essentiel.

D'une part, en **communiquant simplement**. Communiquer simplement, c'est oser communiquer. C'est écrire un « mot sur un papier ».

D'autre part, en **communiquant dans un but précis**.

Accentuer la communication directe permet d'éviter la déformation des informations transmises et les quiproquos, mais aussi de s'assurer de la compréhension de l'autre.

Un manque de compréhension et d'informations peut nuire à la prise en charge.

Simplifier pour comprendre permet de garder le même objectif.

S'adapter à l'autre et **utiliser un vocabulaire adapté** pourrait améliorer la communication.

Dans le même ordre d'idées, le vocabulaire technique des MK peut entraver la transmission des informations aux MG et donc leur collaboration. Il faudrait **simplifier le BDK**, qui emploie beaucoup de termes techniques kinésithérapiques.

Le **choix d'un moyen de communication facile d'utilisation** est souvent le meilleur.

Pour simplifier, il est possible de **s'organiser**.

S'organiser, c'est prendre l'habitude. Parfois il faudrait **changer ses habitudes**.

S'organiser pour communiquer, c'est aussi **communiquer quand chacun est disponible**, par exemple en se fixant un rendez-vous.

L'organisation des professionnels se fait autour des patients. Ils **priorisent le patient**.

Les professionnels souhaitent **savoir s'affirmer auprès des patients** pour rendre leurs soins plus efficaces. Cela permet de **se protéger et trouver un équilibre**. Sans cela, il y a une démotivation des professionnels et une perte de chance pour la prise en charge des patients.

S'organiser pour **mieux utiliser le BDK**, notamment pour les renouvellements et son utilisation en EHPAD.

S'organiser ne suffit parfois pas. Les professionnels sont débordés et manquent de temps. **Se dégager du temps** semble nécessaire.

Communiquer sans but fait perdre du temps. Communiquer prend du temps. Mais **être informé, c'est gagner du temps**. Finalement, communiquer permet de gagner du temps si la communication a un but.

Les professionnels soulignent l'absence de rémunération du temps passé à communiquer. Il faudrait **se dégager du temps mais rester rentable** en sélectionnant les situations de patients où la communication est nécessaire.

Réguler l'offre de soins permettrait de se dégager du temps. Espacer les séances de kinésithérapie quand celles-ci sont peu efficaces et renouveler seulement en cas de nécessité, contribuerait à se recentrer sur les soins utiles. Les professionnels pensent qu'il est important de **savoir dire « stop »** aux prises en charge kinésithérapiques quand il y a une absence de résultats et **rendre le patient acteur de sa santé**.

Une des problématiques rapportées des MG est de trouver un MK disponible pour soigner leurs patients. Les délais sont parfois longs. Certains MG ont **créé leur réseau de collaborateurs**, professionnels avec qui ils ont pris l'habitude de travailler. Ce réseau permettrait d'améliorer leur communication.

Dans certaines villes, des professionnels ont **créé un réseau de communication local**, comme les groupes WhatsApp pour la vaccination COVID. La CPTS aurait contribué à la mise en place de ces réseaux.

Créer un réseau de communication dans un but précis semblerait pouvoir favoriser la communication entre professionnels de santé. Certains MG aimeraient qu'un réseau de communication, permettant de trouver un MK disponible, existe.

Certains professionnels ont tenté de réunir les coordonnées des professionnels de santé par ville/secteur mais n'y sont pas parvenus. Leur volonté était de **créer des listings** permettant de communiquer plus facilement.

Innover localement est donc une voie qu'empruntent les professionnels de santé pour favoriser la communication entre eux.

Des MG **forment** des étudiants à la prescription de kinésithérapie par le biais de réunions. MG, internes en médecine générale et professionnels paramédicaux se réunissent dans des MSP. **Se réunir** permettrait d'une part de se former à la communication et d'autre part de l'améliorer.

Les MK remarquent l'absence d'un outil de communication efficace. La **création d'un nouvel outil de communication** pourrait permettre d'améliorer la communication entre MG et MK. Plusieurs MK ont suggéré la création d'un logiciel commun de

communication, ce qui permettrait de transmettre des informations rapidement et en toute sécurité.

Les avis sont mitigés concernant la **CPTS**. Les contraintes exercées et leur côté lucratif ne plairaient pas. Néanmoins, certains professionnels soulignent leur potentielle utilité dans l'amélioration de la communication entre les professionnels de santé.

2 Discussion de la méthode

Les limites et les forces de la méthode suivent la grille de qualité méthodologique COREQ. [Annexe 10]

2.1 Les limites

Le chercheur connaît quatre des onze MG participant à la recherche. Cela a pu modifier leurs réponses.

L'intérêt que porte le chercheur sur les relations entre les MG et les MK et sa motivation au changement constituent ses a priori. Cependant, il a analysé le contenu en essayant de s'en départir.

La recherche a conduit à interroger des MG et des MK ensemble lors des focus groups. Cela a pu inhiber certaines réponses. Pour pallier cela, les modes de recueil ont été variés. De plus, la durée et la richesse des focus groups semblent montrer que les participants ont pu s'exprimer.

La phase d'observation n'a été réalisée qu'avec des MK. Les entretiens individuels semi-dirigés n'ont été réalisés qu'avec des MG.

Quatre MG sur les huit qui ont participé aux focus groups ne venaient pas du territoire de la CPTS. Deux MK sur les dix qui ont participé aux focus groups également.

Le guide d'entretien n'a pas été testé initialement.

Compte tenu des difficultés à recruter les professionnels, la saturation des données n'a pas pu être atteinte. Néanmoins, nous pouvons évoquer une suffisance de données permettant de construire le modèle théorique.

Aucun retour de correction des retranscriptions n'a été fait par les participants.

Aucun logiciel spécifique d'analyse en recherche qualitative n'a été utilisé.

2.2 Les forces

L'échantillonnage théorique a bien été respecté. Le recrutement s'est réalisé progressivement entre chaque entretien.

Le travail a bénéficié d'une triangulation sur l'analyse des données et sur les méthodes de recueil.

Les focus groups se sont déroulés dans un même lieu propice à l'échange : une MSP du territoire de la CPTS. Deux des trois entretiens semi-dirigés se sont déroulés dans le cabinet médical des participants une fois leur journée de travail terminée, lieu également propice à l'échange.

La phase d'observation s'est déroulée dans des structures variées : MSP, cabinet de groupe et chez un masseur-kinésithérapeute exerçant seul.

Le guide d'entretien a été évolutif et a été modifié au fur et à mesure de chaque entretien en se fondant sur la théorie émergente.

Un journal de bord a été tenu tout au long de la recherche.

La durée des entretiens conduits a été suffisante pour que les participants s'expriment.

Les retranscriptions ont été soumises à correction aux participants.

3 Comparaison avec la littérature

- **Importance de la communication interprofessionnelle**

La communication est définie par le Larousse comme une « action, fait de communiquer, de transmettre quelque chose » mais aussi comme une « action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage » [10]. La communication englobe donc non seulement le contenu du message mais également la manière dont il est exprimé et reçu.

Transmettre est une notion clé de la communication qui est retrouvée dans notre recherche comme étant un des axes principaux d'amélioration de la communication. Dans cet axe, les informations à transmettre et la manière de transmettre ont été abordées.

Les professionnels participant à notre recherche, tout comme l'Association Canadienne de Protection Médicale (ACPM) [11], soulignent l'importance de la communication interprofessionnelle, une défaillance de cette dernière pouvant engendrer des effets délétères pour les patients.

L'ACPM stipule que pour la renforcer, les professionnels devraient communiquer clairement, fournir des renseignements suffisants et adéquats, être poli et respectueux. Ils devraient offrir ces informations au moment opportun, et lire les notes des autres professionnels. Ils devraient prévenir le professionnel de santé approprié

de l'état du patient et de tout changement chez celui-ci. Ils pourraient avoir recours à des outils de communication spécifiques. Dans notre recherche, des notions similaires ont été retrouvées : transmettre des informations précises, se considérer, communiquer doit avoir un but, communiquer pour s'informer, utiliser ou créer un nouvel outil de communication.

- **Besoin d'informations**

Les résultats de notre recherche suggèrent que les professionnels de santé ont besoin d'informations pour pouvoir prendre en soins les patients de manière optimale. Ces informations devraient être précises. Les MK auraient besoin des antécédents médicaux, du contexte psycho-social, d'un diagnostic, des courriers de consultation et des examens complémentaires. Ils auraient également besoin d'informations spécifiques, qui dépendent des situations, notamment dans le cadre de situations complexes/difficiles. Les MG quant à eux auraient besoin de connaître la répercussion fonctionnelle, l'évolution et la nécessité ou pas de renouvellement. Ils n'auraient pas besoin systématiquement de ce retour. Par exemple si les soins kinésithérapiques se passent bien, ou pour une pathologie requérant peu de séances. Ce retour serait par contre nécessaire si les soins s'éternisaient ou en cas de renouvellement d'ordonnance.

Dans une étude de 2015 [12], des chercheurs ont essayé d'identifier les éléments clés que les MG et les MK incluraient dans la communication interprofessionnelle. Pour les MK, les éléments les plus utiles seraient : les antécédents médicaux pertinents, les « drapeaux jaunes » (antécédents/problèmes psycho-sociaux, facteurs de risque de chronicisation), le délai prévu pour le suivi, la mesure objective des douleurs et la mesure des mobilités (incapacité et handicap). Pour les MG, les éléments les plus utiles seraient : recevoir un diagnostic kinésithérapique, un résumé du traitement effectué et les résultats prévus à long terme. Toutes ces informations devraient être succinctes et pertinentes. Bien qu'il existe des préférences individuelles, cette étude suggère que ces caractéristiques clés existent. L'inclusion de celles-ci dans la communication interprofessionnelle pourrait conduire à une amélioration de la communication et des résultats pour les patients.

Les informations communes avec notre recherche seraient donc pour les MK : les antécédents médicaux et le contexte psycho-social. Et pour les MG : l'évolution.

Dans cette même étude, les participants ont universellement convenu que la communication écrite était préférée en toutes occasions, sauf en cas d'urgence où c'était la communication par téléphone qui était préférée. Les résultats de notre recherche sont plus nuancés : la communication par téléphone est utilisée en cas d'urgence, le choix du moyen de communication dépendrait des situations et la notion de préférence des écrits ne ressortirait pas.

Dans une étude de 1989 [13], un MK avait reçu deux cents courriers provenant de quatorze MG différents pour indiquer les informations qui lui paraissaient les plus essentielles. Sur les dix items retrouvés, les trois choisis étaient : le diagnostic médical, les antécédents et l'objectif du traitement. Ensuite, les quatorze MG avaient rempli un questionnaire sur les éléments pertinents donnés en retour par ce MK. Les six items retrouvés étaient pour les MG nécessaires : le diagnostic kinésithérapique, le traitement procuré, les options thérapeutiques, la motivation et la compliance au traitement, les résultats obtenus et la durée du traitement.

Les informations communes avec notre recherche seraient donc pour les MK : le diagnostic et les antécédents. Et pour les MG : la répercussion fonctionnelle et l'évolution.

Le contexte psycho-social serait particulièrement important à considérer pour les patients ayant des pathologies chroniques, notamment ceux ayant des lombalgies chroniques. Une étude en 2016 [14] a permis de créer un outil identifiant les drapeaux jaunes (évaluation de la détresse psychologique associée à la douleur) qui influenceraient négativement les résultats de la kinésithérapie orthopédique des patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques.

- **Intérêt et volonté**

Les résultats de notre recherche montreraient que la communication dépend de l'intérêt et de la volonté de chacun à communiquer. Chaque professionnel est différent, chaque situation est différente, chaque patient est différent. S'adapter au cas par cas -notamment à son interlocuteur- serait important.

Dans une étude de 1988 [15], un expert en communication interpersonnelle (B.W.B.) a participé à l'analyse des attitudes et des opinions des médecins et des MK à propos de la communication entre eux pour en identifier les pistes potentielles d'amélioration. Les MK souhaitaient une accessibilité et une communication accrue avec les médecins. Tandis que ces derniers souhaitaient une communication brève avec des données objectives et claires. Cette étude soulignait que la communication avec les médecins devait être abordée sur une base individuelle, chaque médecin étant différent de par sa personnalité, sa philosophie des soins à procurer et ses attentes en matière de masso-kinésithérapie. L'intérêt des MG d'une part pour la masso-kinésithérapie et d'autre part pour la communication influencerait donc la qualité des échanges entre ces deux professionnels.

Les résultats de notre recherche ne rejoignent pas tout à fait les résultats de cette étude. Les professionnels participant à notre recherche pensent que la communication est à aborder individuellement, par exemple en repérant les MG intéressés par le BDK avant de leur envoyer. Par contre, la plupart des MG comme des MK souhaiteraient une communication accrue avec des informations précises.

- **Se considérer dès la formation**

Les études suivantes semblent confirmer l'importance de se considérer pour communiquer. Se rencontrer, apprendre à se connaître, connaître les attentes et le métier de l'autre, et casser le lien hiérarchique favoriseraient la communication.

Un speed dating pédagogique a été imaginé sur Rennes pour favoriser la rencontre interprofessionnelle [16]. Cent étudiants issus de huit filières en santé ont testé ce speed dating. L'évaluation de la satisfaction des apprenants était majeure : 50% des étudiants en médecine étaient très satisfaits et 43% étaient satisfaits, 71% des étudiants en masso-kinésithérapie étaient très satisfaits et 29% étaient satisfaits. Se rencontrer permettrait d'engager la communication entre les étudiants et permettre une meilleure collaboration.

Dans une étude à Majorque de 2013 [17], les MG considéraient le manque de connaissance sur la masso-kinésithérapie comme un facteur majeur d'une mauvaise communication entre eux.

Une étude de 1992 [18] indique que les professionnels paramédicaux ne se sentiraient pas l'égal des médecins, et que ces derniers n'auraient pas une connaissance adéquate de leur profession.

- **Les ordonnances**

Les résultats de notre recherche indiqueraient que les avis des professionnels seraient partagés concernant l'inscription du nombre de séances (quantitatif) et de la technique à employer (qualitatif) sur l'ordonnance. Les MK apprécieraient l'aspect quantitatif pour se fixer un objectif en fonction de ce nombre et éviter aux soins de s'éterniser. Ils apprécieraient également l'absence des aspects qualitatif et quantitatif pour leur laisser le choix du nombre de séances et de la technique utilisée.

Les règles de prescription des soins de kinésithérapie sont régies par l'arrêté du 22 février 2000 du CSP [19] qui modifie l'arrêté du 6 janvier 1962. Les ordonnances de soins de kinésithérapie ne devraient comporter que : la date de la consultation, le prénom et le nom du patient, la mention « kinésithérapie » et la région à traiter avec la latéralité. Les mentions suivantes pourraient être rajoutées le cas échéant : « arrêt de travail », « ALD », « à domicile ». Les notions qualitative et quantitative ont été supprimées. Il n'est néanmoins pas interdit au MG d'inscrire le nombre de séances ou les techniques à utiliser, mais le MK sera obligé de les respecter.

Si les MK de notre recherche souhaiteraient le diagnostic médical, il faudrait l'inscrire sur un courrier joint à l'ordonnance et pas sur l'ordonnance elle-même.

L'ordonnance est un document administratif non médical qui n'est pas lu exclusivement par des professionnels de santé. Elle est également lue par des organismes tels que la Sécurité sociale, pour lesquels il faudrait garder le secret médical. La Sécurité sociale gère par le biais de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) la cotation des actes de kinésithérapie remboursables [20]. Or, les médecins ne peuvent pas communiquer de données médicales à une autre personne même si cette personne doit également respecter le secret professionnel [21].

Les MG participant à notre recherche pourraient donc poursuivre d'inscrire le nombre de séances ou la technique à employer sur les ordonnances s'ils le souhaitent. Mais ils ne devraient pas y inscrire le diagnostic.

- **Le BDK**

Les résultats de notre recherche indiqueraient que la plupart des MG méconnaissent le BDK. La plupart des MK réaliseraient un BDK à chaque nouvelle ordonnance mais n'enverraient pas ou enverraient peu les BDK aux MG. Pourtant, selon la loi, ils devraient envoyer le BDK aux MG sous forme de fiche de synthèse.

Le BDK a été créé par le Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de MK [22]. Dans le cadre de la prescription médicale, le MK est tenu d'établir un bilan comprenant le diagnostic kinésithérapique, les objectifs de soins et le choix des actes et des techniques. Ce

bilan est obligatoire. Il a été repris dans la NGAP le 4 octobre 2000 [23]. Il doit alors comporter l'évaluation initiale des déficiences et l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles. Le BDK doit être transmis au MG sous forme de fiche de synthèse qui peut prendre trois formes. La première est la fiche de synthèse initiale réalisée par le MK en début de traitement. La deuxième est la fiche de synthèse intermédiaire réalisée en cours de traitement, le plus souvent dans le cadre d'une proposition de renouvellement (elle apporte des informations sur l'état d'un patient à un moment donné). La troisième est une fiche de synthèse finale rédigée en fin de traitement (compte rendu du traitement). Actuellement, selon l'avenant n°1 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes [24], l'obligation d'envoi au médecin prescripteur est limitée aux seules fiches de synthèse intermédiaire et finale. Donc une fiche synthétique du BDK est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à dix séances ou lorsqu'une prolongation du traitement s'avère nécessaire.

Des modèles de fiches de synthèse du BDK sont en accès libres sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS) [25] et le site de l'Assurance maladie (Ameli) [26].

- **Les liens étroits entre communication et collaboration**

Les résultats de notre recherche mettraient en exergue l'importance de la communication dans la collaboration. Et travailler ensemble -collaborer- favoriserait cette communication. Les études suivantes confirmeraient ces propos.

Une étude de 2003 [27] suggère que la communication pourrait améliorer la collaboration entre les MG et les MK. Elle permettrait d'améliorer l'aiguillage par les MG vers ces derniers. Cela se traduirait par une meilleure prise en charge des patients problématiques et éviterait le gaspillage des ressources.

Une revue de la littérature de 2011 [28] montrerait un impact positif de l'éducation interprofessionnelle pour favoriser l'intérêt des étudiants à une meilleure collaboration interprofessionnelle. Les résultats de notre recherche indiqueraient que les professionnels ont pris l'habitude de travailler sans se parler. Prendre l'habitude de communiquer et de collaborer dès la formation pourrait favoriser les échanges par la suite.

Dans *Kinésithérapie, la Revue* [29], les professionnels insistent sur la possibilité d'échanger en présentiel et sur des temps synchrones comme voie d'amélioration principale de la collaboration, à condition que ce temps soit valorisé. Les participants à notre recherche souhaiteraient se dégager du temps -notamment pour communiquer- mais rester rentable. Ces temps communs de consultation pourraient être un bon moyen de rémunérer la communication.

Une méta-analyse de 2010 [30] a évalué les effets de la communication interactive (échange bilatéral en temps opportun d'informations cliniques pertinentes entre professionnels) entre les médecins de soins primaires et des spécialistes sur les résultats pour des patients atteints de diabète, de troubles psychiatriques, de cancer. Des effets constants et cliniquement importants ont été constatés chez les patients atteints de diabète et ceux atteints de troubles psychiatriques. Cela suggère un rôle potentiel de la communication interactive pour améliorer l'efficacité de la collaboration entre les soins primaires et les spécialistes.

- **Formation à la collaboration interprofessionnelle**

Les études suivantes montreraient l'importance de la communication dans la collaboration afin de procurer les meilleurs soins possibles aux patients.

En Amérique, pour l'IPEC® (Interprofessional Education Collaborative), les compétences essentielles de la collaboration interprofessionnelle tournent autour de quatre grands axes qui sont : valeurs et éthique, rôles et responsabilités, communication, équipe et travail d'équipe. Les compétences essentielles de l'IPEC ont contribué à encadrer le dialogue national sur la nécessité d'une formation interprofessionnelle et d'une pratique collaborative comme catalyseur pour améliorer les soins procurés aux patients [31].

Une expérience qui intégrait des patients hospitalisés pour troubles neurologiques a été réalisée en mai 2023 [32]. Ces patients étaient examinés à leur chevet par des paires d'étudiants en médecine et d'étudiants en masso-kinésithérapie. Ensuite, ces étudiants débriéfaient ensemble. Les étudiants ont noté une augmentation significative de leur capacité à comprendre l'importance de la communication interprofessionnelle et de leur capacité à collaborer au sein d'une équipe.

L'Université de Liège a organisé le 6 avril 2023 sa première journée de l'interdisciplinarité en santé [33]. Elle a réuni 500 étudiants des filières de médecine, masso-kinésithérapie, pharmacie, sciences infirmières à Seraing. Le but était de développer la collaboration interprofessionnelle chez les étudiants. De la pédagogie active était au programme, avec des ateliers de discussion interprofessionnelle et la rencontre avec des professionnels de terrain.

4 Perspectives

4.1 Préambule

4.1.1 Les CPTS

Les CPTS ont été créées le 26 janvier 2016 par la loi n°2016-41 [34]. Un rapport de 2018 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales [35] établit que les CPTS devraient répondre à plusieurs impératifs dont l'élaboration d'un projet de santé fondé sur l'analyse de la population du territoire.

La CPTS où a été réalisée cette recherche pourrait s'appuyer sur les résultats de cette dernière pour développer le travail collaboratif entre MK et MG.

4.1.2 Les propositions de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (OMK)

En mars 2023, l'OMK a annoncé ses propositions pour l'avenir du système de santé [36]. Ces propositions ont été élaborées à partir des retours des MK, des propositions des élus de l'Ordre, des résultats des contributions aux débats (Séjour) et de l'actualité législative.

Parmi ces propositions, des notions sont retrouvées dans les résultats de notre recherche :

- généraliser l'accès à la kinésithérapie en réponse aux difficultés des patients à trouver un MK disponible en fonction des territoires ; il s'agirait de faire gagner du temps aux patients, dégager du temps médical, favoriser la transmission du BDK et des comptes rendus ;
- mettre en place une permanence des soins dans le cadre de l'urgence ;
- faciliter la transmission des BDK par le biais d'un logiciel adapté (mesure largement attendue par la profession : 61%) ;
- renforcer l'éducation à la santé ;
- assurer l'équilibre économique du modèle libéral : difficultés pour concilier équilibre financier et qualité des soins, absence de revalorisation des soins qui met en danger la capacité des MK à accomplir correctement leur mission de santé publique, absence de revalorisation qui entraîne une augmentation du volume des actes de kinésithérapie ; 70% des MK placent la rémunération comme étant le principal élément d'insatisfaction de leur métier, devant les conditions de travail.

4.1.3 La loi RIST

Les résultats de notre recherche indiqueraient que le ressenti d'un lien hiérarchique par les MK serait un frein à une collaboration de qualité. Le sentiment de dévalorisation des MK serait provoqué en partie par leur dépendance aux ordonnances des médecins.

Le 20 mai 2023, la loi RIST a été publiée au Journal Officiel de la République Française (JORF) [37]. Cette loi vise à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Elle modifie l'article L.4321-1 du CSP qui définit la profession de MK [5]. L'article 3 offre la possibilité d'accéder directement aux MK. Il leur permet d'exercer leur art sans prescription médicale, dans la limite de huit séances par patient, dans le cas où celui-ci n'a pas eu de diagnostic médical préalable. Les MK devront alors adresser systématiquement un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés au médecin traitant du patient et au patient lui-même. Ils devront les reporter dans le dossier médical partagé de ce dernier. Ce sera permis seulement dans certains établissements, services sociaux et médico-sociaux, et dans le cadre des structures d'exercice coordonné. Cette expérimentation concerne six départements dont deux départements d'outre-mer et durera cinq ans.

Cette loi semble répondre à la demande de revalorisation des MK exprimée dans ce travail, passant par une plus grande autonomie.

Néanmoins, sachant que l'ordonnance est l'un des principaux moyens de communication entre ces deux professionnels, est-ce que cette nouvelle mesure ne va pas altérer la communication entre eux ? Il ne faudrait pas qu'elle majore la relation distante parfois ressentie. De plus, est-ce qu'adresser systématiquement un bilan et un compte rendu aux MG est réaliste ? Les MK sont déjà censés envoyer un bilan aux MG mais ne le feraient pas.

4.2 Perspectives pour la pratique

Les participants à cette recherche pensent qu'il serait utile d'avoir un guide d'aide à la prescription. Un guide pourrait être créé. Ou certains guides existant pourraient être mis à disposition des MG du territoire. Nous avons par exemple le guide créé par la Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie (FNEK) en association avec l'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) [38]. Ou le guide créé par le REgroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (REAGJIR) [39]. Les MG pourraient alors mieux coter leurs prescriptions et les MK être mieux rémunérés.

Un listing des coordonnées des professionnels de santé du territoire pourrait être créé pour faciliter l'accès à un MK disponible. Ce listing pourrait comprendre la spécialisation des MK -les MG ne les connaissant pas toujours-. Il pourrait comprendre le souhait des MG à recevoir le BDK dans certaines situations, en inscrivant par exemple « oui » ou « non » à « intéressé par la réception du BDK » et si « oui » dans quels cas.

Des MG souhaiteraient avoir des retours avec la conclusion du BDK, comprenant la répercussion fonctionnelle, l'évolution et la nécessité ou pas de renouvellement. Nous pourrions imaginer un nouveau modèle de BDK simplifié créé par les sociétés savantes à destination des MG. Une fiche de synthèse du BDK simplifiée a été établie par le Dr. TAMBOUR MODAINE Estelle [40]. Mettre à disposition cette fiche de synthèse du BDK dans le territoire pourrait être utile.

Ces retours sont particulièrement souhaités dans les EHPAD pour les renouvellements. Certains professionnels utilisent un logiciel dans certains EHPAD et en sont satisfaits. Nous pourrions envisager la diffusion de ce logiciel dans les EHPAD du territoire. Plus largement, certains professionnels souhaiteraient la création d'un logiciel pour communiquer entre MG et MK. La création d'un nouveau logiciel pourrait être envisagée et testée dans le territoire.

Les participants à cette recherche constatent l'absence d'un outil de communication efficace. Un nouvel outil de communication pourrait être créé. Certains outils ont déjà été créés mais n'ont jamais été testés. C'est le cas de la double fiche créée par le Dr. TATIN Marion [41]. Une partie serait à remplir par les MG et accompagnerait l'ordonnance. Cette partie a été créée par les MK pour les MK. L'autre partie serait à remplir par les MK et ferait office de fiche de synthèse du BDK. Elle serait soit à envoyer par voie postale ou email, soit à remettre au patient qui la transmettra à son médecin traitant. Cette partie a été créée par les MG pour les MG.

Nous pourrions imaginer que la CPTS établisse un projet de santé en mettant à disposition un ou plusieurs de ces outils (guide, listing, fiche de synthèse, logiciel, double fiche) aux professionnels du territoire. Une recherche ultérieure vérifiant leur utilisation et leur utilité dans le territoire pourrait alors être envisagée.

4.3 Perspectives pour l'organisation des soins

Les participants à cette recherche pensent qu'il est nécessaire de réguler l'offre de soins pour favoriser l'accès aux soins des patients ayant des pathologies aiguës. Pour ce faire, les professionnels pourraient espacer les soins de certains patients ayant des pathologies chroniques et communiquer pour renouveler à bon escient.

Réunir les professionnels du territoire pourrait permettre une prise de conscience de cette nécessité.

Il pourrait être envisagé de créer un système de garde des MK sur le territoire. Un professionnel pourrait alors se rendre joignable pour donner un avis ou pour une prise en charge urgente.

La CPTS pourrait contribuer à réunir les professionnels du territoire et créer un système de garde kinésithérapique.

Certains participants à cette recherche pensent que si les MK parvenaient à se dégager du temps en régulant l'offre de soins, ils pourraient ouvrir des créneaux d'urgences kinésithérapiques.

4.4 Perspectives pour l'enseignement et la formation

Il faudrait poursuivre le développement des enseignements pluriprofessionnels des étudiants en médecine générale et des étudiants en masso-kinésithérapie. Cela pourrait permettre à ces générations de se rencontrer. Ils pourraient prendre l'habitude de travailler en communiquant dès leurs études.

Poursuivre l'accueil d'étudiants en médecine dans les structures d'exercice coordonné et pluriprofessionnel et les y impliquer semble pertinent.

Des réunions pourraient être organisées au sein de la CPTS pour que les professionnels du territoire se forment et apprennent à se connaître. Ce serait l'occasion de revoir les recommandations des bonnes pratiques et d'échanger sur les attentes de chacun. En fonction de ces attentes, si des professionnels ont le même objectif, ces réunions pourraient donner naissance à des réseaux de collaborateurs. Les résultats de cette recherche pourraient être évoqués lors de ces réunions.

4.5 Perspectives pour la recherche

Le développement de ces actions, leur mise en place et leur évaluation pourraient participer au développement de la recherche en soins premiers.

Des recherches similaires à celle-ci pourraient être réalisées dans d'autres CPTS.

Il serait intéressant de réaliser une étude comparative concernant la communication en MSP versus hors MSP.

CONCLUSION

Les MG et les MK semblent d'accord sur l'intérêt de communiquer entre eux. La communication serait toujours utile mais pas toujours nécessaire. Communiquer prend du temps et sélectionner les situations où il est nécessaire de communiquer serait primordial. Ainsi, être informé ferait gagner du temps.

Chaque territoire est différent et a des besoins différents. Cette recherche apporte des solutions, pensées par les MG et les MK locaux, pour améliorer la communication entre eux localement.

Transmettre, se considérer, simplifier, collaborer, s'organiser, se dégager du temps et innover localement sont les pistes retrouvées par le biais des participants à cette recherche pour l'améliorer. Les participants à cette recherche insisteraient sur le côté local de cette amélioration, la communication ne pouvant s'établir avec tous les professionnels de France et dépendant de l'intérêt et de la volonté de chacun.

Malgré l'augmentation des effectifs de MK [3], les patients semblent avoir des difficultés à trouver un MK disponible. La communication contribuerait à réguler l'offre de soins en se recentrant sur les soins utiles. Et inversement, cette régulation contribuerait à se dégager du temps notamment pour communiquer.

Les avis semblent mitigés concernant les CPTS. Certains professionnels pensent qu'elles permettraient d'améliorer la communication en se réunissant et en créant des réseaux de communication. Il serait intéressant d'étudier l'influence des CPTS sur la communication interprofessionnelle. Des études similaires à cette recherche pourraient être effectuées dans d'autres CPTS.

REFERENCES

- [1] Bruant-Bisson A, Laffon P, Marty M. Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie n.d. <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-092r.pdf>
- [2] Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Prescriptions - IRDES n.d. <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/Prescriptions.htm> (accessed May 29, 2023).
- [3] er1075.pdf n.d. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1075.pdf>
- [4] La_prescription_de_masso-kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf n.d. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso-kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf
- [5] Article L4321-1 - Code de la santé publique - Légifrance n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006689301/2000-06-22 (accessed May 29, 2023).
- [6] LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (1). 2021.
- [7] Rapports ONDPS. Ministère Santé Prév 2023. <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/rapports-ondps> (accessed May 21, 2023).
- [8] Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Ministère Santé Prév 2023. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/> (accessed February 11, 2023).
- [9] Des communautés professionnelles de santé (CPTS) pour mieux organiser les soins de proximité 2023. <https://www.paca.ars.sante.fr/cpts> (accessed May 29, 2023).
- [10] Larousse É. Définitions : communication - Dictionnaire de français Larousse n.d. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561> (accessed May 30, 2023).
- [11] ACPM - Le renforcement de la communication interprofessionnelle. ACPM n.d. https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2011/strengthening-inter-professional-communication#principes_communication (accessed May 29, 2023).
- [12] Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. *Prim Health Care Res Dev* 2015;16:304–8. <https://doi.org/10.1017/S1463423614000103>.
- [13] Scaffardi RA. Study of written communication between general practitioners and a community physiotherapist. *J R Coll Gen Pract* 1989;39:375–6.

- [14] Lentz TA, Beneciuk JM, Bialosky JE, Zeppieri G, Dai Y, Wu SS, et al. Development of a Yellow Flag Assessment Tool for Orthopaedic Physical Therapists: Results From the Optimal Screening for Prediction of Referral and Outcome (OSPRO) Cohort. *J Orthop Sports Phys Ther* 2016;46:327–43. <https://doi.org/10.2519/jospt.2016.6487>.
- [15] Hulme JB, Bach BW, Lewis JW. Communication between physicians and physical therapists. *Phys Ther* 1988;68:26–31. <https://doi.org/10.1093/ptj/68.1.26>.
- [16] Renaut P, Laure F, Allory E, Chapron A, Sandrine H, Françoise A. Le speed dating pédagogique: une innovation pour enseigner la collaboration interprofessionnelle Renaut P., Fiquet L., Allory E., Chapron A., Hugé S., Annezo F. *Exercer* 2015:84–90.
- [17] Paz-Lourido B, Kuisma RME. General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: a discourse analysis. *J Interprof Care* 2013;27:254–60. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.745487>.
- [18] Kenny D, Adamson B. Medicine and the health professions: issues of dominance, autonomy and authority. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc* 1992;15:319–34.
- [19] Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la 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 laboratoire d'analyses médicales non médecins - Légifrance n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000581393/> (accessed June 8, 2023).
- [20] NGAP 15.05.2023.pdf n.d.
- [21] Secret médical n.d. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34302> (accessed June 8, 2023).
- [22] Article 2 - Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute - Légifrance n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006700313/2000-06-29 (accessed June 8, 2023).
- [23] Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. n.d.
- [24] Avis relatif à l'avenant n° 1 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes. n.d.
- [25] Professionnels. Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2873790/fr/professionnels (accessed June 7, 2023).
- [26] ameli, le site de l'Assurance Maladie en ligne | ameli.fr | Masseur kinésithérapeute 2023. <https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/masseur-kinesitherapeute> (accessed June 7, 2023).
- [27] Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions--a qualitative study. *Fam Pract* 2003;20:578–82. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm9515>.

- [28] Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. [Learning together to work together: interprofessional education, a myth or reality?]. *Rech Soins Infirm* 2011;40–6.
- [29] Deschere C. Influence d'une éventuelle divergence de représentation sociale de leur objet de travail commun et/ou du rôle professionnel entre kinésithérapeutes et médecins généralistes exerçant en libéral auprès de patients souffrant de douleur persistante musculosquelettique. *Kinésithérapie Rev* 2023;23:26. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.12.045>.
- [30] Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med* 2010;152:247–58. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-4-201002160-00010>.
- [31] 2021-2023 Core Competencies Revision n.d. <https://www.ipecollaborative.org/2021-2023-core-competencies-revision> (accessed June 8, 2023).
- [32] Kung D, Brewer W, Oyelami V, Hessel S, Bramlett L, Gill A. Interprofessional Education on the Neurology Clerkship for Physical Therapy and Medical Students. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour* 2023;19:11316. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11316.
- [33] Journée de l'interdisciplinarité en santé 2023 2023. https://www.facmed.uliege.be/cms/c_10309243/fr/journee-de-l-interdisciplinarite-en-sante-2023 (accessed June 5, 2023).
- [34] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016.
- [35] IGAS - Inspection générale des affaires sociales n.d. <https://www.igas.gouv.fr/> (accessed June 5, 2023).
- [36] Les propositions de l'Ordre pour l'avenir du système de santé. *Ordre Masseurs-Kinésithérapeutes* 2023. <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/les-propositions-de-lordre-pour-lavenir-du-systeme-de-sante/> (accessed June 4, 2023).
- [37] LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1). 2023.
- [38] Livret-de-prescription-VF-1.pdf n.d. <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2021/02/Livret-de-prescription-VF-1.pdf>
- [39] Comment-prescrire-la-kinésithérapie-en-MG-2015-REAGJIR.pdf n.d. <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2020/04/Comment-prescrire-la-kin%C3%A9sith%C3%A9rapie-en-MG-2015-REAGJIR.pdf>
- [40] Estelle TM. Présentée et soutenue publiquement le 19 mars 2015 n.d. <https://reims.cnge.fr/IMG/pdf/These.pdf>
- [41] Tatin M. Collaboration entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes : élaboration d'un outil de communication 2017:90. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01891480/document>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien initial (1^{er} focus group)

Guide d'entretien du 1^{er} focus group

Investigateurs :

-Modérateur : Dr. BARAN Jan

-Observateur : M. VILLET Pierre

Nombre de participants :

Lieu :

Date :

Introduction

Avant tout, merci à tous d'avoir répondu présent à mon invitation à cet entretien collectif. Je me présente : Pierre VILLET, remplaçant en médecine générale depuis décembre 2020, j'étais interne à la faculté de médecine Henri Warembourg à Lille.

Nous nous intéresserons lors de cet entretien à la communication entre les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes, et le bilan diagnostic kinésithérapique, plus couramment appelé BDK.

Déroulement

Différents types d'entretiens collectifs existent. Nous avons fait le choix des focus groupes, qui permettent de générer un maximum d'idées.

Le débat sera animé par le modérateur, le Dr. BARAN Jan, mon directeur de thèse. Son rôle sera d'animer le groupe, d'organiser les prises de paroles de chacun, de faire émerger les différents points de vue (sans donner le sien, il ne donnera pas son point de vue) et de demander des éclaircissements si nécessaire.

Quant à moi, je serai l'observateur. J'assisterai le modérateur, prendrai des notes, veillerai au bon déroulement de la séance et gérerai l'enregistrement.

Concernant l'enregistrement, il se fera via trois enregistreurs (dictaphone, ordinateur portable, caméra). Ce débat est anonyme et confidentiel, et les enregistrements seront détruits une fois la thèse achevée. Seuls mon directeur de thèse et moi-même aurons accès à ces informations. Je vous laisserai remplir et signer le document d'informations et de consentement avant de débiter le débat.

Pour simplifier le travail de transcription, chacun utilisera son prénom qu'il annoncera avant chaque prise de parole. Il est primordial que chacun respecte le temps de parole des uns et des autres et qu'aucune parole ne soit coupée.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Je vous propose de remplir les documents administratifs, à savoir le document d'informations et de consentement et l'auto-questionnaire.

Je laisse la parole au Dr. BARAN.

M. VILLET observera le débat sans prendre la parole.

Lors du débat, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse ; nous souhaitons avoir votre avis, votre expérience.

Nous allons commencer par un tour de table afin de se présenter.

Questions posées par le modérateur pendant le débat

Question brise-glace : Racontez-moi la dernière fois que vous avez été confronté au BDK.

Quoi ?	Quelle utilisation faites-vous du BDK ? A quoi pourrait servir le BDK ? Que signifie pour vous « utilisation des fiches de synthèse du BDK » ? Pensez-vous que les fiches de synthèse du BDK puissent être utiles aux médecins généralistes ? Quelles informations communiquer entre les médecins et les kinés ?	
Qui ?	Utilisez-vous le BDK ? A qui le BDK profite-t-il ? A qui le BDK pourrait-il profiter ? (Patient, kiné, médecin, SS)	
Où ?	Où communiquez-vous ? Où les médecins et les kinés peuvent communiquer ? CPTS ?	
Quand ?	Quand communiquez-vous (médecins et kinés) ? Quand souhaitez-vous communiquer avec les uns et les autres ? Quand communiquer ? (Motifs de communication) Quand envoyer (ou ne pas envoyer) les fiches de synthèse du BDK ?	
Comment ?	Comment communiquez-vous (médecins et kinés) ? Comment pourriez-vous communiquer autrement ? Communication par les fiches de synthèse du BDK ?	
Pourquoi ?	Pour ceux qui l'utilisent, pourquoi utilisez-vous le BDK/les fiches de synthèse du BDK ?	

	Pourquoi envoyer les fiches de synthèse du BDK au médecin prescripteur ?	
Comment agir ?	Voyez-vous des améliorations à apporter à la communication médecin-kiné ? Voyez-vous des améliorations à apporter à l'utilisation du BDK ou des fiches de synthèse du BDK ?	
Freins ?	Quels sont les freins à l'utilisation du BDK/des fiches de synthèse du BDK ? Quels sont les freins à la communication médecin-kiné ?	

Annexe 2 : Guide d'entretien final (3^{ème} entretien individuel semi-dirigé)

Guide d'entretien du 3^{ème} entretien individuel semi-dirigé

Investigateur : M. VILLET Pierre

Participant :

Lieu :

Date :

Introduction

Avant tout, merci d'avoir répondu présent à mon invitation à cet entretien individuel. Je me présente : Pierre VILLET, remplaçant en médecine générale depuis décembre 2020, j'étais interne à la faculté de médecine Henri Warembourg à Lille.

Nous nous intéresserons lors de cet entretien à ce que vous pensez des liens entre les médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes, en s'appuyant sur votre expérience personnelle et professionnelle.

Déroulement

Différents types d'entretiens individuels existent. Ce sera un entretien individuel semi-dirigé, c'est-à-dire un entretien avec des questions ouvertes et où l'investigateur (en l'occurrence moi) parle peu. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, je souhaite avoir votre avis, votre expérience. Il est important de noter que cet entretien est anonyme. Par ailleurs, je vais prendre note des informations en les enregistrant via deux enregistreurs (dictaphone, ordinateur portable). Est-ce que cela vous convient ? Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thèmes abordés et questions posées

Thèmes	Questions/propositions
Brise-glace	Racontez-moi la dernière fois que vous avez communiqué avec un masseur-kinésithérapeute.
Communication	Les autres fois ? Comment ?
Relation et considération	Quelle relation entretenez-vous avec les masseurs-kinésithérapeutes ? Comment considérez-vous les masseurs-kinésithérapeutes ? Selon vous, comment vous considèrent-ils ?
Collaboration et coordination des soins	Racontez-moi la dernière fois que vous avez prescrit de la kinésithérapie/rééducation. Qu'attendez-vous des masseurs-kinésithérapeutes ? Selon vous, qu'attendent les masseurs-kinésithérapeutes des médecins

généralistes ?
Que pensez-vous de l'offre de soins actuelle ?
Comment vous organisez-vous ?
Organisation et priorisation Selon vous, comment s'organisent les masseurs-kinésithérapeutes ?
Quelles sont vos priorités ?
Selon vous, quelles sont les priorités des masseurs-kinésithérapeutes ?
CPTS, initiatives locales Que pensez-vous des structures des professionnels de santé existantes ?
Qu'est-ce que ces structures pourraient apporter ?

Annexe 3 : Document d'information et de consentement pour les participants des focus groups

DOCUMENT D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT

Intitulé de la structure

Département universitaire de médecine générale (DMG) à la faculté Henri Warembourg de Lille

NOTES D'INFORMATIONS

Coordinateur de la recherche

Dr. BARAN Jan : médecin généraliste à Wattrelos, membre des enseignants du département de médecine générale à la faculté Henri Warembourg de Lille, co-fondateur de la CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé) des 7 villes

Investigateurs

Dr. BARAN Jan : directeur de thèse de M. VILLET Pierre
M. VILLET Pierre : doctorant

Madame, monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le département de médecine générale de Lille dans le cadre de la thèse de médecine générale de M. VILLET Pierre. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable le formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté(e) de participer et vous conserverez une copie de ce formulaire.

1. Procédure de l'étude

Vous vous entretiendrez avec d'autres professionnels de santé, des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes, au cours d'un entretien collectif (6 à 10 par groupe) animé par les deux investigateurs. Ces entretiens visent à améliorer l'utilisation d'un outil de communication entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

2. Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente pas de risque particulier : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude profitera aux médecins généralistes (coordination des soins), aux masseurs-kinésithérapeutes (fiches de synthèse du BDK), aux patients (approche centrée patient, prise en charge kinésithérapique), à l'interprofessionnalité (créer de la communication entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes), aux CPTS (peut-être qu'elle aboutira à un projet dans la Communauté professionnelle territoriale de santé des 7 villes).

Il est possible que cette étude aboutisse à des idées, qui pourront être proposées dans un second temps à des responsables pour changer en profondeur l'utilisation des fiches de synthèse du BDK.

4. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5. Rémunération et indemnisation

L'entretien collectif se fera juste après un « petit » repas offert (amuse-bouches, rafraîchissements) plutôt le soir.

Aucune rémunération financière n'est prévue par ailleurs.

Aucune indemnisation de déplacement n'est prévue également.

6. Informations complémentaires

Un entretien collectif dure entre 1h et 1h30, voire plus longtemps si nécessaire.

Nous restons à votre disposition si vous avez des questions vis-à-vis de cette étude.

Adresse mail du Dr. BARAN Jan (directeur de thèse) : janbaran@hotmail.fr

Adresse mail de M. VILLET Pierre (doctorant) : pierre.villet@hotmail.fr

Numéro de téléphone de M. VILLET Pierre : 06 43 23 94 89

7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

C'est une recherche biomédicale à laquelle le DMG de la faculté de médecine Henri Warembourg de Lille, et les investigateurs Dr. BARAN Jan et M. VILLET Pierre, vous proposent de participer. Vos données personnelles feront l'objet d'un traitement afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé :

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi « Informatique et Libertés ».

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Prénom :

Lieu :
Date :
Signature :

Annexe 4 : Document d'informations et de consentement pour les participants des entretiens individuels semi-dirigés

DOCUMENT D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT

Intitulé de la structure

Département universitaire de médecine générale (DMG) à la faculté Henri Warembourg de Lille

NOTES D'INFORMATIONS

Coordinateur de la recherche

Dr. BARAN Jan : médecin généraliste à Wattrelos, membre des enseignants du département de médecine générale à la faculté Henri Warembourg de Lille, co-fondateur de la CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé) des 7 villes, directeur de thèse de M. VILLET Pierre

Investigateur

M. VILLET Pierre : doctorant

Madame, monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le département de médecine générale de Lille dans le cadre de la thèse de médecine générale de M. VILLET Pierre. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté(e) de participer et vous conserverez une copie de ce formulaire.

1. Procédure de l'étude

Vous vous entretenez avec M. VILLET Pierre, au cours d'un entretien individuel semi-dirigé. Cet entretien vise à renforcer les liens entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes, par le biais d'un recueil de données issues de votre expérience personnelle et professionnelle.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

2. Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude profitera aux médecins généralistes (coordination des soins), aux masseurs-kinésithérapeutes (collaboration avec les médecins généralistes, régulation de l'offre de soins kinésithérapiques), aux patients (approche centrée patient, prise en charge kinésithérapique), à l'interprofessionnalité (créer de la communication entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes), aux CPTS (peut-être qu'elle aboutira à un projet dans la Communauté professionnelle territoriale de santé des 7 villes).

4. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5. Rémunération et indemnisation

Aucune rémunération financière n'est prévue.

Aucune indemnisation de déplacement n'est prévue également. Cependant, le doctorant pourra se déplacer et s'adapter à vos horaires.

6. Informations complémentaires

Un entretien dure environ entre 30 et 45 minutes, éventuellement plus longtemps si nécessaire.

N'hésitez pas à nous joindre si vous avez la moindre question vis-à-vis de cette étude.

Adresse mail du Dr. BARAN Jan (directeur de thèse) : janbaran@hotmail.fr

Adresse mail de M. VILLET Pierre (doctorant) : pierre.villet@hotmail.fr

Numéro de téléphone de M. VILLET Pierre : 0643239489

7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

C'est une recherche biomédicale à laquelle le DMG de la faculté de médecine Henri Warembourg de Lille, et les investigateurs Dr. BARAN Jan et M. VILLET Pierre, vous proposent de participer. Vos données personnelles feront l'objet d'un traitement afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé :

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi « Informatique et Libertés ».

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Prénom :

Lieu :

Date :

Signature :

Annexe 5 : Récépissé CNIL



RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Etude qualitative à propos de l'utilisation des fiches de synthèse du bilan diagnostique kinésithérapique (BDK) par les médecins généralistes (MG) et les masseurs-kinésithérapeutes (MK) dans une CPTS.
Référence Registre DPO : 2022-135
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : M. Pierre VILLET

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 19 avril 2022

Délégué à la Protection des Données

Annexe 6 : Auto-questionnaire des participants aux focus groups et aux entretiens individuels semi-dirigés

Auto-questionnaire

Réponses à compléter ou à entourer

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe : homme / femme

Profession : médecin généraliste / masseur-kinésithérapeute

Mode d'activité : rural / semi-rural / urbain

Lieu d'activité : cabinet en solitaire / cabinet de groupe (même profession) /
maison de santé pluridisciplinaire (professions différentes)

Installé(e) : oui / non

Si oui, nombre d'années d'installation :

Nombre d'actes par jour :

Logiciel métier utilisé en pratique (sur ordinateur ou portable) :

Utilisation de la messagerie sécurisée : oui / non

Si oui, laquelle ?

Moyen(s) de communication le(s) plus utilisé(s) entre vous (entre médecins et kinésithérapeutes), à compléter en numérotant de 1 à 5 (1 étant le plus utilisé) :

- téléphone :
- ordonnance :
- courrier d'adressage :
- mail :
- messagerie sécurisée :
- réunion pluridisciplinaire :
- rencontre à deux :
- patient :
- fiche de synthèse du BDK :
- autre :

Si « autre », autre =

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Annexe 7 : Moyens de communication les plus utilisés par les MG et les MK participant au premier focus group

Les participants avaient numéroté de « 1 » à « 5 » les moyens de communication qu'ils utilisaient le plus, « 1 » correspondant au moyen le plus utilisé. Cinq réponses au maximum étaient attendues.

	MG1	MG2	MG3	MG4	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5
Téléphone	4	2	3		5	2		4	
Ordonnance	2	1	1	1	2	4	1	1	
Courrier d'adressage	1	3					1	3	1
Mail	5						1	5	
Messagerie sécurisée							1		1
Réunion pluridisciplinaire									1
Rencontre à deux		5	2				1		1
Patient	3	4	4		1	1		2	
BDK					4				1
Autre					3 : *	3 : **			

*Mot laissé chez le patient

**Mot laissé chez le patient ou donné au patient

Annexe 8 : Moyens de communication les plus utilisés par les MG et les MK participant au deuxième focus group

Les participants avaient numéroté de « 1 » à « 5 » les moyens de communication qu'ils utilisaient le plus, « 1 » correspondant au moyen le plus utilisé. Cinq réponses au maximum étaient attendues.

	MG1	MG2	MG3	MG4	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5
Téléphone	3	2	1		2	3	2	2	1
Ordonnance	1	1		1		1		3	1
Courrier d'adressage			2	3		2	1		3
Mail			3					2	3
Messagerie sécurisée		4			5				5
Réunion pluridisciplinaire	5								
Rencontre à deux					3				4
Patient	2	3	4	2	1	4	3	1	2
BDK	4	5			4	5	4		3
Autre									

Annexe 9 : Moyens de communication les plus utilisés par les MG participant aux entretiens individuels semi-dirigés

Les participants avaient numéroté de « 1 » à « 5 » les moyens de communication qu'ils utilisaient le plus, « 1 » correspondant au moyen le plus utilisé. Cinq réponses au maximum étaient attendues.

	MG (entretien 1)	MG (entretien 2)	MG (entretien 3)
Téléphone	1		2
Ordonnance	3	1	1
Courrier d'adressage			2
Mail	4		3
Messagerie sécurisée	5		3
Réunion pluridisciplinaire			3
Rencontre à deux	2		2
Patient			1
BDK			
Autre			

Annexe 10 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description
DOMAINE 1 : EQUIPE DE RECHERCHE ET DE REFLEXION		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	M. VILLET Pierre, Dr. BARAN Jan
2.	Titres académiques	VP, BJ
3.	Activité	Observateur (focus group et phase d'observation) et Investigateur (entretiens individuels semi-dirigés), Modérateur (focus group)
4.	Genre	Homme, homme
5.	Expérience et formation	Etudiant en médecine générale, Docteur en médecine générale et directeur de thèses qualitatives en médecine générale
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Relation antérieure avec 4 des 11 médecins généralistes (MG) participant à la recherche
7.	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Le thème général : Bilan diagnostic kinésithérapique et communication entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes (MK)
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Intérêt pour les relations entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes, motivation au changement
DOMAINE 2 : CONCEPTION DE L'ETUDE		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Recherche inspirée de la théorisation ancrée
Sélection des participants		
10.	Echantillonnage	Echantillonnage théorique
11.	Prise de contact	Par téléphone après constitution d'un annuaire des professionnels du territoire de la CPTS, complété par un recrutement sur place dans

		des MSP et cabinets de groupe de ce territoire
12.	Taille de l'échantillon	25 participants au total ; 21 participants aux entretiens : 4 MG et 5 MK au 1 ^{er} focus group, 4 MG et 5 MK au 2 ^{ème} focus group, 3 MG aux entretiens individuels semi-dirigés ; 4 participants observés en phase d'observation : 4 MK
13.	Non-participation	Aux alentours de 200 refus lors des sollicitations par téléphone ; raisons : manque de temps, pas disponible, pas intéressé
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Dans une MSP du territoire de la CPTS pour les 2 focus groups, dans le cabinet médical des 2 des 3 participants aux entretiens individuels semi-dirigés, entretien par téléphone pour le dernier participant
15.	Présence de non-participants	Non, hormis les enfants du participant à l'entretien par téléphone
16.	Description de l'échantillon	MG et MK dans le territoire d'une CPTS ; parmi les participants aux entretiens, 4 MG et 2 MK ne venaient pas de ce territoire, à cause des difficultés pour le recrutement
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Oui, guide d'entretien créé à partir des recherches documentaires initiales, non testé au préalable mais corrigé par le directeur de thèse, il a évolué entre chaque entretien en se fondant sur la théorie émergente
18.	Entretiens répétés	2 focus groups réalisés à 3 semaines d'intervalle en 2022, 3 entretiens semi-dirigés réalisés 8 mois après à 3-4 semaines d'intervalle, phase d'observation entre deux pour vérifier la théorie émergente
19.	Enregistrement audio/visuel	Audio : dictaphone et ordinateur portable (double

		enregistrement pour chaque entretien)
20.	Cahier de terrain	Oui, un journal de bord a été tenu dès le début de la recherche. Y ont été colligées : comptes-rendus de terrain, comptes-rendus de codage et émergence des théories.
21.	Durée	Durée totale : 5h40 ; 1 ^{er} focus group : 1h50 ; 2 ^{ème} focus group : 1h55 ; 1 ^{er} entretien individuel : 42min ; 2 ^{ème} entretien individuel : 35min ; 3 ^{ème} entretien individuel : 38min
22.	Seuil de saturation	La suffisance des données a été atteinte dès la fin des focus group. La saturation des données n'a pas été atteinte, de par la grande quantité de données récoltées.
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions ont été soumises à correction aux participants. Aucun retour de correction n'a été rapporté.
DOMAINE 3 : ANALYSE ET RESULTAS		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	2
25.	Description de l'arbre de codage	Les retranscriptions ont été fournies à chaque membre du jury de thèse par le biais de clés USB.
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes ont été déterminés à partir des données récoltées.
27.	Logiciel	Le logiciel de traitement de texte Word a été utilisé. Le chercheur a utilisé un ouvrage de référence en recherche qualitative. Il a été guidé par son directeur de thèse qui a déjà dirigé des thèses qualitatives.
28.	Vérification par les participants	Non, les résultats seront envoyés aux participants au décours du passage de la thèse.
Rédaction		
29.	Citations présentées	Les citations des participants ont été utilisées pour illustrer

		les résultats. Chaque citation a été identifiée : identification de l'entretien, de la page et du participant.
30.	Cohérence des données et des résultats	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont été présentés clairement dans les résultats.
32.	Clarté des thèmes secondaires	Les thèmes secondaires ont été présentés clairement dans les résultats.

Annexe 11 : Verbatim des focus groups (sur clé USB)

Annexe 12 : Verbatim des entretiens individuels semi-dirigés (sur clé USB)

Annexe 13 : Ecrits de la phase d'observation (sur clé USB)

WRITER : Name : VILLET

First name : Pierre

Date : June 28, 2023

Thesis title : Qualitative research about the communication between general practioners and physiotherapists in the territory of a CPTS.

Thesis – Medical studies - Lille - 2023

Medical speciality : General practioner

Keywords : physicians, physical therapist, communication, form, cooperation

Background : Apart from prescriptions, communication between general practitioners and physiotherapists seems quite poor. Understanding the needs and specificities of communication between professionals in a territory could make it possible to create local action aimed at improving communication, the coordination of care and the efficiency of care for patients.

Method : An approach inspired by grounded theorization made it possible to explore two focus groups and three semi-directed individual interviews with professionals from a territory of a Territorial Professional Health Community (CPTS). An observation phase supported the emerging theory.

Results : Transmitting, considering each other, simplifying, collaborating, organizing, freeing up time and innovating locally are the avenues found through the participants in this research to improve communication between them.

Conclusion : General practitioners and physiotherapists seem to agree on the interest of communicating with each other. Communicating takes time and selecting the situations where it is necessary to communicate would be essential. It would be interesting to complete this research with other studies around CPTS and communication.

Composition of the Jury :

President : Professor Emmanuel CHAZARD

**Assessors : Doctor Marion TATIN
Doctor Bastien LOUGUET**

Thesis Director : Doctor Jan BARAN

AUTEUR : Nom : VILLET

Prénom : Pierre

Date de soutenance : 28/06/2023

Titre de la thèse : Recherche qualitative à propos de la communication entre les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes dans le territoire d'une CPTS.

Thèse - Médecine - Lille - Année 2023

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + FST/option : DES de médecine générale

Mots-clés : physicians, physical therapist, communication, form, cooperation

Introduction : En dehors des prescriptions, la communication entre les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes semble assez pauvre. Comprendre les besoins et les spécificités de la communication des professionnels d'un territoire pourrait permettre de créer une action locale visant à améliorer la communication, la coordination des soins et l'efficacité des soins pour les patients.

Méthode : Une approche inspirée de la théorisation ancrée a permis d'explorer deux focus groups et trois entretiens individuels semi-dirigés avec des professionnels d'un territoire d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). Une phase d'observation a permis d'appuyer la théorie émergente.

Résultats : Transmettre, se considérer, simplifier, collaborer, s'organiser, se dégager du temps et innover localement sont les pistes retrouvées par le biais des participants à cette recherche pour améliorer la communication entre eux.

Conclusion : Les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes semblent d'accord sur l'intérêt de communiquer entre eux. Communiquer prend du temps et sélectionner les situations où il est nécessaire de communiquer serait primordial. Il serait intéressant de compléter cette recherche par d'autres études autour des CPTS et de la communication.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

**Assesseurs : Madame le Docteur Marion TATIN
Monsieur le Docteur Bastien LOUGUET**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jan BARAN