



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Anaïs DELLANDREA

le 15 avril 2013

**ÉTUDE DES RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES ENTRE
MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**
Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Jean PAYSANT
M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
M. le Professeur Damien LOEUILLE
M. le Docteur Jean-Charles VAUTHIER

Président
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « *sillon lorrain* » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « *Campus* » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « *Finances* » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseeurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseeurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteur Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

- Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER -
- Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel SCHMITT
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER -
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Michel WAYOFF

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse

M. le Professeur Jean Paysant,
Professeur de Médecine Physique et Réadaptation

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury de thèse.
Nous avons été touchés par votre intérêt porté à notre travail et par votre disponibilité.
Et c'est avec un profond respect que nous vous exprimons nos remerciements et notre
gratitude.

A notre Maître et Juge

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Professeur de Médecine Interne

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

M. le Professeur Damien LOEUILLE
Professeur de Rhumatologie

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail et nous vous en remercions sincèrement.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de tout notre respect.

A notre Juge et Directeur de thèse

M. le Docteur Jean-Charles Vauthier
Médecin Généraliste

Je vous suis sincèrement reconnaissante d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail,
Vous m'avez guidé avec votre passion et votre expérience,
Je vous remercie sincèrement pour votre sympathie et votre disponibilité,
Et je vous présente mes plus vifs remerciements et tous mes vœux de bonheur à cinq.

A Juliette,

Ma petite Puce adorée qui illumine ma vie chaque jour,
En me donnant ce bonheur si intense.

A Maxime,

Pour ton indispensable, inébranlable et si précieux soutien pendant ces longues années,
Pour la merveilleuse vie passée, présente et future qui nous attend,
Je te remercie du fond de mon cœur avec tout mon amour.

A mes Parents,

Pour la douce enfance passée avec chacun de vous,
Pour votre si précieuse éducation et votre soutien dans ma vie et mes études,
Je vous en suis tellement reconnaissante.

A Laetitia,

Pour notre si grande complicité,
Pour tous ces moments vécus si intensément ensemble,
Et pour la joie de partager la grande aventure de la maternité !

A Mémé Odile, Pépé & Mémé Titine (qui nous a quitté si tôt),

Que de moments inestimables passés avec vous.

A Thomas & Ysée,

Quelle joie à chaque fois que l'on se voit !

Une pensée pour Aurélien et Josée, qui n'ont pu être présents aujourd'hui.

A Martine, Eric, Marie-Claude & Jean-Marie, et Jeannette,

Déjà tellement de bons souvenirs avec vous, merci pour votre gentillesse et votre générosité.

A toute ma Belle-famille,

Merci pour votre accueil chaleureux et bienveillant,
Et pour l'affection que vous me témoignez.

A Marion & Matthieu,

Merci pour votre amitié si sincère et les instants privilégiés passés avec vous.

A Fanny, Véronica, Alice & Vincent, Ségolène & Fabrice, Marie & Brahima, Adeline & Romain, Marion & Xavier, Sandra, Guillaume, Zabou & Benoît, Kénora & Pierre, Géraldine & Patrice, Lucile, Isabelle et tous les autres !

Merci pour votre gentillesse, pour tous les bons moments partagés ensemble et ceux à venir !

A tous mes amis musiciens, particulièrement à l'Orchestre Gaston Stoltz,

Merci pour toutes les extraordinaires émotions éprouvées avec vous...
Ma vie serait si triste sans musique !

A mes amis rockeurs,

C'est décidément toujours un plaisir de vous voir.

Merci également au Dr Cédric Baumann pour son aide dans l'analyse statistique.

Et merci à tous les professionnels médicaux et paramédicaux qui m'ont aidée et éclairée tout au long de ce parcours grâce à leurs conseils, leurs compétences et leur générosité, **ainsi qu'à tous les médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes** qui ont pris le temps de participer à ce travail.

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	19
Liste des figures	20
INTRODUCTION	21
PREMIÈRE PARTIE	24
1. KINÉSITHÉRAPIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE	25
1.1. La profession de masseur-kinésithérapeute	25
1.1.1. Historique et définitions	25
1.1.2. Organisation des études	26
1.1.3. Cadre juridique de la profession	27
1.1.3.1. Code de Santé Publique	27
1.1.3.2. Code de Déontologie	27
1.1.3.3. Code de la Sécurité Sociale - Nomenclature Générale des Actes des professionnels de santé (NGAP) - Convention Nationale	28
1.1.3.4. Demande d'Accord Préalable (DAP)	29
1.1.3.5. Code Civil	30
1.1.4. Compétences du masseur-kinésithérapeute	30
1.1.4.1. Domaines d'intervention	30
1.1.4.2. Types de rééducation	30
1.1.4.3. Autres compétences du masseur-kinésithérapeute	31
1.1.5. Techniques à disposition	32
1.1.6. Droit de prescription	32
1.1.7. Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK)	33
1.1.8. Commentaires	35
1.2. Formation à la Masso-kinésithérapie en Médecine Générale	36
1.2.1. Organisation des études médicales	36
1.2.1.1. Composition globale	36
1.2.1.2. Réformes récentes	36
1.2.2. Programme relatif à la Masso-kinésithérapie	37
1.2.2.1. Enseignement théorique	37
1.2.2.2. Enseignement pratique	39

1.2.3. Formation Médicale Continue ou Enseignement Post Universitaire	39
1.3. Prescription médicale	40
1.3.1. Nouvelle réglementation de 2000	40
1.3.2. L'ordonnance en pratique	41
1.3.3. Recommandations de l'HAS	41
1.3.4. Exemples de prises en charge	44
1.3.4.1. 1 ^{er} exemple : la lombalgie commune	44
1.3.4.2. 2 ^{ème} exemple : la kinésithérapie respiratoire pédiatrique	45
1.4. Commentaires	48
2. LES RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES	49
2.1. Législation	49
2.2. Description des différents types de relations possibles	49
2.2.1. Paradoxe entre idéal de travail et contraintes professionnelles	49
2.2.2. Modèles possibles de relations interprofessionnelles	50
2.2.2.1. Collaboration	50
2.2.2.2. Coopération	50
2.2.2.3. Instrumentalisation	50
2.2.2.4. Négation	51
2.3. Comment travailler ensemble ?	51
2.3.1. Travail en réseaux	51
2.3.1.1. Réseaux de santé formels	52
2.3.1.1.1. Historique et législation	52
2.3.1.1.2. Définitions	53
2.3.1.1.3. Exemples de réseaux de santé en Lorraine	53
2.3.1.2. Réseaux de santé informels	54
2.3.1.2.1. Définition	54
2.3.1.2.2. Intégration du travail dans le parcours de soins du patient en réseau informel du médecin	55
2.3.1.2.3. Exemple d'un réseau de soins informels dans le Pays Diois	56
2.3.2. Les Maisons de santé	58
2.3.2.1. Généralités	58
2.3.2.1.1. Précurseurs	58
2.3.2.1.2. Définitions et législation	59

2.3.2.2.	Répartition actuelle sur le territoire national et lorrain	60
2.3.2.2.1.	A l'échelle nationale	60
2.3.2.2.2.	A l'échelle régionale lorraine	61
2.3.2.3.	Evaluation des maisons de santé : Rapport ministériel	63
2.4.	Commentaires	64
3.	LA RELATION MÉDECIN-KINÉSITHÉRAPEUTE	65
3.1.	Démographie de ces professionnels de santé en 2011	65
3.1.1.	Démographie médicale libérale en 2011	65
3.1.2.	Démographie des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en 2011	65
3.2.	Etudes existantes sur la relation médecin généraliste / masseur-kinésithérapeute	66
3.2.1.	En France	66
3.2.1.1.	Etude qualitative dans la région nantaise	66
3.2.1.2.	Etude qualitative en région parisienne	68
3.2.1.3.	Rapport sur la pratique de groupe des médecins généralistes	68
3.2.2.	A l'échelle internationale : étude américaine de 1988	69
3.3.	Commentaires	70
	DEUXIÈME PARTIE : ENQUÊTE EN LORRAINE	71
1.	MÉTHODOLOGIE	72
1.1.	Type de l'étude	72
1.2.	Sélection de la population étudiée	72
1.3.	Déroulement de l'enquête	73
1.4.	Contenu des questionnaires	73
1.4.1.	Première partie	73
1.4.2.	Deuxième partie	73
1.4.3.	Troisième partie	74
1.4.4.	Quatrième partie	74
1.4.5.	Questions supplémentaires	74
1.5.	Saisie des questionnaires et analyse statistique	74
2.	RÉSULTATS	75
2.1.	Participation à l'étude	75
2.2.	Profils des médecins et masseurs-kinésithérapeutes interrogés	75
2.2.1.	Âge	75
2.2.2.	Sexe	76

2.2.3. Milieu d'exercice	76
2.2.4. Type d'exercice	77
2.2.5. Spécialisations	77
2.3. Prescription médicale et Bilan Diagnostic kinésithérapique (BDK)	78
2.3.1. Prescription médicale	78
2.3.1.1. Fréquence de prescription	78
2.3.1.2. Pathologies les plus prescrites	78
2.3.1.3. En pratique	79
2.3.1.3.1. Médecins généralistes	80
2.3.1.3.2. Masseurs-kinésithérapeutes	81
2.3.1.4. Nouvelle réglementation	82
2.3.2. Bilan Diagnostique Kinésithérapique	83
2.4. Connaissances en Masso-kinésithérapie des médecins généralistes	85
2.4.1. Qualification de la Masso-kinésithérapie par les médecins généralistes	85
2.4.2. Degré de satisfaction des connaissances globales	85
2.4.3. Ressenti des masseurs-kinésithérapeutes vis à vis des connaissances des médecins généralistes	86
2.4.4. Sources des connaissances	86
2.4.5. Visites du médecin généraliste dans un cabinet libéral de kinésithérapie	87
2.4.6. Quelques connaissances spécifiques	87
2.4.6.1.1. Connaissances en Anatomie	87
2.4.6.1.2. Connaissance du BDK	88
2.4.6.1.3. Connaissance de certaines techniques du Masseur-kinésithérapeute	88
2.4.6.1.4. Connaissances en kinésithérapie respiratoire	89
2.4.6.1.4.1. Techniques employées	89
2.4.6.1.4.2. Système de garde	89
2.4.6.1.5. Connaissances sur la kinésithérapie en cancérologie mammaire	90
2.4.6.1.6. Connaissances sur le droit de manipulation de la masseurs-kinésithérapeutes	91
2.4.7. Connaissances que les médecins généralistes souhaiteraient approfondir	91
2.4.8. Type de rééducations mal prescrites peu prescrites ou oubliées par les	91

médecins généralistes	
2.4.9. Formation à la Masso-kinésithérapie des médecins généralistes	93
2.4.9.1. Degré de satisfaction des médecins généralistes sur leur formation	93
2.4.9.2. Reproches faits à leur formation	94
2.4.9.3. Intérêt d'un stage libéral pour les internes	94
2.4.9.4. Intérêt d'études et de recommandations	95
2.4.9.5. Formation Médicale continue ou Enseignement Post-Universitaire	96
2.5. Communication interprofessionnelle	98
2.5.1. Rencontre et connaissance du réseau de proximité	98
2.5.2. Satisfaction et qualification de la relation interprofessionnelle	99
2.5.3. Fréquence de communication	100
2.5.4. Motifs de l'absence de communication	101
2.5.5. Moyens de communication	102
2.6. Travail pluridisciplinaire	103
2.6.1. Opinion générale	103
2.6.1.1. Notion de collaboration en maisons de santé	103
2.6.1.2. Intérêt des réunions pluridisciplinaires	103
2.6.2. Opinion des professionnels exerçant en maisons de santé	104
2.6.2.1. Notion de collaboration	104
2.6.2.2. Notion de communication	104
2.6.2.3. Notion de réunions formelles	104
2.7. Analyse comparative	105
2.7.1. Influence de l'âge des médecins généralistes	105
2.7.2. Influence du type d'exercice chez les médecins généralistes	106
2.7.3. Influence du type d'exercice chez la masseurs-kinésithérapeutes	108
3. DISCUSSION	109
3.1. Méthodologie	109
3.1.1. Type d'enquête	109
3.1.2. Qualité du questionnaire	109
3.1.3. Sélection de l'échantillon	110
3.2. Profils des répondants	111
3.3. Représentativité de l'échantillon	111
3.4. Synthèse des résultats	112

3.4.1. Une prescription fréquente par les médecins généralistes mais non totalement éclairée	112
3.4.2. Connaissances globales modérées et application partielle des changements de réglementation de 2000	115
3.4.3. Bilan Diagnostic Kinésithérapique peu connu des médecins généralistes et sa transmission par les masseurs-kinésithérapeutes à développer	117
3.4.4. Une formation initiale à approfondir et une formation continue à développer de façon pluridisciplinaire	118
3.4.5. Développer les soins de kinésithérapie de Prévention et les Soins dans le cadre des pathologies chroniques	119
3.4.6. Une connaissance partielle du réseau de proximité à élargir par des réunions ou des formations	120
3.4.7. Une relation collaborative jugée satisfaisante mais avec certaines réserves	121
3.4.8. Le travail en maison de santé, un lieu de travail semblant faciliter les contacts mais à investir davantage	123
3.5. Au total, propositions pour améliorer ces relations interprofessionnelles	125
CONCLUSION	126
ABREVIATIONS	128
BIBLIOGRAPHIE	129
ANNEXES	134
• 1 : Modèle de fiche de synthèse proposé par le groupe de travail CNAMTS • 2 : Programme PACES : US Kinésithérapie – Ergothérapie • 3 : Lettre accompagnant les questionnaires • 4 : Questionnaires médecins généralistes • 5 : Questionnaires masseurs-kinésithérapeutes • 6 : Retranscriptions des remarques des médecins généralistes • 7 : Retranscriptions des remarques de la masseurs-kinésithérapeutes	

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Pathologies nécessitant une DAP et nombre requis de séances
Tableau 2 : Textes de l'HAS concernant la Masso-kinésithérapie
Tableau 3 : Réseaux de santé en Lorraine
Tableau 4 : Démographie médicale en 2011
Tableau 5 : Démographie des MK en 2011
Tableau 6 : Nombre de questionnaires envoyés
Tableau 7 : Nombre et pourcentage de réponses à notre enquête par départements
Tableau 8 : Répartitions des MG et MK par type d'exercice
Tableau 9 : Classement décroissant par ordre de fréquence des pathologies prescrites
Tableau 10 : Visite par MG d'un cabinet de MK / Demande du MG de venir au cabinet du MK
Tableau 11 : Connaissances de certaines indications et modes d'action de techniques de MK par les MG
Tableau 12 : Techniques de kinésithérapie respiratoire citées par les MG
Tableau 13 : Connaissances du système de garde de kinésithérapie respiratoire par les MG
Tableau 14 : Intérêt de réaliser des séances de kinésithérapie après cancer mammaire selon MG
Tableau 15 : Droit du MK à faire des manipulations selon MG
Tableau 16 : Pathologies oubliées ou peu prescrites
Tableau 17 : Reproches faits à certaines prescriptions par les MK
Tableau 18 : Intérêt d'un stage libéral pour les internes
Tableau 19 : Utilité d'études et de recommandations dans la pratique quotidienne
Tableau 20 : Valorisation de la profession par études et recommandations
Tableau 21 : Participation des MG à une formation concernant la Masso-kinésithérapie
Tableau 22 : Domaines de formations faites par les MG concernant la Masso-kinésithérapie
Tableau 23 : Participation à des réunions ou des formations où MG et MK étaient présents
Tableau 24 : Domaines de formations ou réunions où MG et MK étaient présents ensemble
Tableau 25 : Lieux de rencontre des MG et MK
Tableau 26 : Difficultés des MG à adresser à des MK spécialisés certaines pathologies spécifiques
Tableau 27 : Degré de satisfaction des relations MG et MK
Tableau 28 : Prise de contact des MG vers MK
Tableau 29 : Prise de contact des MK vers MG
Tableau 30 : Avis général des MG et MK sur l'amélioration de la collaboration en maisons de santé
Tableau 31 : Intérêt d'assister à des réunions formelles
Tableau 32 : Amélioration de la collaboration en maisons de santé ?
Tableau 33 : Meilleure communication en maisons de santé ?
Tableau 34 : Réunions organisées au sein des maisons de santé pluridisciplinaires ?
Tableau 35 : Fréquence des réunions organisées au sein des maisons de santé pluridisciplinaires
Tableau 36 : Influence de l'âge des MG
Tableau 37 : Influence du type d'exercice chez les MG
Tableau 38 : Influence du type d'exercice chez les MK

Liste des figures :

- Figure 1 : Catégorie d'âge des MG et des MK
- Figure 2 : Répartition par sexe des MG et MK
- Figure 3 : Répartition par milieu d'exercice
- Figure 4 : Fréquence de prescription de la Masso-kinésithérapie par les MG
- Figure 5 : Eléments figurant sur l'ordonnance d'après les MG
- Figure 6 : Pourquoi les MG précisent-ils le nombre de séances ?
- Figure 7 : Eléments figurant sur l'ordonnance d'après les MK
- Figure 8 : Est-ce que les MK suivent les préconisations médicales ?
- Figure 9 : Connaissance de la nouvelle réglementation de 2000 par les MG
- Figure 10 : Modifications des prescriptions si connaissance de cette réglementation pour les MG concernés
- Figure 11 : Réticence des MG à respecter le caractère non quantitatif des prescriptions selon les MK
- Figure 12 : Réception du BDK par les MG
- Figure 13 : Intérêt de recevoir le BDK pour les MG
- Figure 14 : Quels bilans intéressent les MG ?
- Figure 15 : Pourquoi les MK n'envoient-ils peu ou pas de bilan(s) aux MG ?
- Figure 16 : Représentation de la Masso-kinésithérapie par les MG
- Figure 17 : Degré de satisfaction des MG sur leurs connaissances globales
- Figure 18 : Ressenti des MK d'un manque de connaissances en matière de Masso-kinésithérapie des MG
- Figure 19 : D'où les MG tiennent-ils majoritairement leurs connaissances en matière de Masso-kinésithérapie ?
- Figure 20 : Jugement des MG sur leurs connaissances en matière d'Anatomie
- Figure 21 : Connaissances du contenu du BDK par les MG
- Figure 21 : Connaissances que les MG aimeraient approfondir
- Figure 22 : Degré de satisfaction des MG sur leur formation
- Figure 23 : Reproches des MG à leur formation en Masso-kinésithérapie
- Figure 24 : Rencontre entre MG et MK du même secteur d'activité
- Figure 25 : Qualification de la relation MG/MK
- Figure 26 : Motifs si contacts rares ou absents
- Figure 27 : Moyens de communication utilisés
- Figure 28 : Moyens de communication souhaités

INTRODUCTION

La Médecine Générale est avant tout une profession s'intéressant aux Hommes, à leurs maladies somatiques ou psychiques ; le médecin généraliste est confronté aux questions, aux angoisses, aux moments difficiles mais aussi heureux de la vie de ses patients qu'il accompagne souvent pendant des dizaines d'années. La relation médecin / patient est une relation vraiment unique, le médecin doit répondre aux attentes de ses patients en mettant tout en œuvre pour les aider mais il peut, en particulier en exercice libéral, se sentir isolé ou dépassé face à certaines situations. Une des clés de ce métier est, nous semble-t-il, une bonne communication d'une part avec les patients et d'autre part avec tous les intervenants, médicaux ou non, pouvant interagir au cours de la prise en charge.

La profession de médecin généraliste a beaucoup évolué ces dernières décennies avec une modification des pratiques du fait de la désertification médicale de certains territoires, de la pénurie médicale à venir, de la féminisation de la profession, et de l'évolution des aspirations professionnelles et personnelles des médecins. Le développement du travail en réseau de santé est aujourd'hui indispensable pour rompre cet isolement et permettre une réflexion commune en mutualisant les connaissances et compétences de chacun. Le travail en maison de santé est très plébiscité par les jeunes médecins généralistes mais aussi encouragé par les pouvoirs publics ; pourrait-il être une réponse aux problèmes évoqués ? Est-ce-que le regroupement pluridisciplinaire et la proximité physique des professionnels permettraient une meilleure prise en charge des patients en améliorant les échanges pluridisciplinaires ?

Nous avons choisi de nous intéresser à un type de relation interprofessionnelle pour appréhender comment le médecin généraliste communique dans sa pratique quotidienne avec les autres professionnels : la relation médecin généraliste / masseur-kinésithérapeute.

Pourquoi ce choix ? La profession de masseur-kinésithérapeute s'est beaucoup développée ces dernières années et a aussi beaucoup évolué, laissant au masseur-kinésithérapeute un plus grand rôle, notamment suite aux changements législatifs de 2000 où il est devenu responsable du caractère quantitatif et qualitatif des séances. Dans la littérature scientifique retrouvée, peu abondante, le médecin généraliste semble manquer de connaissances dans le domaine de la Masso-kinésithérapie, sur les notions de prescription, sur les différentes indications mais aussi sur les techniques et les compétences du masseur-kinésithérapeute.

Nous avons donc réalisé une enquête épidémiologique quantitative à visée descriptive et comparative auprès de médecins généralistes et de masseurs-kinésithérapeutes lorrains en les interrogeant sur les modalités de leurs relations, la quantité et la qualité des échanges, leurs connaissances au sujet des uns et des autres ainsi que leurs opinions sur l'exercice en maisons de santé.

Notre travail va donc s'articuler autour de ces thèmes ; dans une première partie théorique nous aborderons la profession de masseur-kinésithérapeute avec la formation, l'aspect législatif, les techniques et le champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que quelques exemples particuliers de prise en charge, puis nous détaillerons la formation des médecins généralistes en matière de Masso-kinésithérapie et la législation concernant la prescription. Nous nous intéresserons ensuite à l'exercice en réseaux de santé, formels ou non, puis aux maisons de santé, et enfin aux études existantes concernant cette relation médecin généraliste / masseur-kinésithérapeute. La seconde partie sera consacrée à notre enquête épidémiologique, en présentant initialement notre méthodologie et nos questionnaires avant de parler des résultats descriptifs puis comparatifs. Nous discuterons enfin de leurs teneurs pour essayer de dégager les éléments favorisant des relations interprofessionnelles enrichissantes tant sur le plan professionnel que personnel, et permettant la meilleure prise en charge possible de nos patients qui sont bien au cœur de notre questionnement.

PREMIÈRE PARTIE

1. KINÉSITHÉRAPIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1.1. La profession de masseur-kinésithérapeute

1.1.1. Historique et définitions

La Masso-kinésithérapie est une discipline paramédicale assez récente et donc une profession assez jeune. En France, le Diplôme d'Etat a été créé initialement pour soigner et rééduquer les blessés de guerre en 1946.

Etymologiquement, son nom vient du grec κίνησις (*kinésis*) signifiant le mouvement et de θεραπεία (*therapeia*) signifiant traitement, soins médicaux. Il s'agit donc d'un traitement par le mouvement et pour le mouvement, ou encore de la « thérapie de la gestuelle humaine », comme l'énonce en 2001 Michel Gedda (directeur de l'institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Berck-sur-Mer et chef de projet à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), définition très souvent citée.

Le masseur-kinésithérapeute doit donc prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, concourir à leurs maintiens et, lorsqu'elles sont altérées, les rétablir ou y suppléer en apprenant au patient à s'adapter à ce nouvel état, comme le décrit la loi que nous verrons ci-après. (1)

Il dispose pour cela d'un très large panel de techniques et d'outils pour traiter au mieux les différentes situations qu'il peut prendre en charge.

Le terme masseur-kinésithérapeute est surtout utilisé en France, en Belgique et au Luxembourg, ailleurs le terme de « physiothérapeute » est plus répandu, venant de φυσίς (*phusis*) signifiant la nature, l'état naturel.

Rappelons tout d'abord quelques définitions indissociables de la Masso-kinésithérapie (définitions de l'OMS) :

La rééducation est l'ensemble des techniques ayant pour but d'aider l'individu à réduire ses incapacités et déficiences.

La réadaptation concerne l'ensemble des moyens mis en œuvre pour aider l'individu à adapter ses incapacités à sa vie quotidienne.

Les déficiences sont définies comme une perte de substance ou une altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ; on parle d'expression clinique de la maladie.

Les incapacités résultent des déficiences, elles sont définies comme la réduction partielle ou totale de la capacité à réaliser une activité considérée comme normale pour un individu ; on parle d'expression fonctionnelle de la maladie.

Le handicap ou désavantage est quant à lui le préjudice découlant de ses déficiences et incapacités limitant ou empêchant l'accomplissement du rôle considéré comme normal pour son âge, son sexe, et dans le contexte socio-culturel qui est le sien ; on parle d'expression sociale de la maladie.

1.1.2. Organisation des études

La formation se déroule en 3 années après la réussite du concours d'entrée. Il se prépare en un an le plus souvent, soit après la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES), ou pour certains après une licence de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (L1 STAPS) ou de Sciences de la Vie (Biologie-chimie) ou soit encore après une préparation privée portant sur le programme de Première S et Terminale S en chimie, physique et biologie. Il existe une quarantaine d'établissements formateurs en France, les Instituts de Formations en Masso-kinésithérapie (IFMK), qui ont des statuts juridiques différents : ils sont soit privés à but non lucratif, soit associatifs, soit publics. Environ deux mille masseurs-kinésithérapeutes sont formés tous les ans en France, le quota est fixé annuellement à l'échelle nationale. (2)

Les études alternent entre des cours théoriques et des travaux pratiques, des stages hospitaliers et des stages libéraux. La première année porte sur l'acquisition de données théoriques et pratiques fondamentales notamment sous la forme de 4 modules (Anatomie, Physiologie, Pathologies et Technologies), la seconde année sur la kinésithérapie appliquée aux différentes pathologies permettant de découvrir l'exercice professionnel et la troisième année sur le patient dans sa globalité pour se préparer à son exercice futur. Douze modules sont à valider en 2^{ème} et 3^{ème} année (Technologie, Psychologie/Sociologie, Traumatologie, Orthopédie, Neurologie, Rhumatologie, Kinésithérapie et sport, Cardio-vasculaire, Pathologies

respiratoires, Pathologies infantiles, Pathologies diverses, Prévention/Ergonomie, Déontologie /Législation/Gestion).

Depuis octobre 2011, les études de kinésithérapie ont reçu l'équivalence au niveau Master 1 permettant à ceux qui le souhaitent de poursuivre en Master 2 et de faire une carrière Universitaire et de Recherche. (2)

1.1.3. Cadre juridique de la profession

1.1.3.1. Code de Santé Publique

C'est le code qui régit notre système de santé ; il définit les compétences et les limites de l'exercice des différents professionnels de la santé, leurs droits, leurs devoirs ainsi que les relations interprofessionnelles.

La première loi N°46-857 du 30 avril 1946 par son article L.4321-1 définit cette profession comme « consistant à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale ».

Le décret N°96-879 du 8 octobre 1996 modifié par le décret N°2000-577 du 27 juin 2000 (*JO 29 juin 2000*) caractérise sous la forme de 14 articles la profession de masseur-kinésithérapeute en précisant les compétences de celui-ci, les différents champs de rééducation dans lesquels il est habilité à intervenir sur prescription médicale, les types de traitements possibles, les différentes techniques existantes, et les actes qu'il peut effectuer. (1)

Des modifications très importantes ont été réalisées dans l'arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 06 janvier 1962 (*JO 3 mars 2000*) en rendant le masseur-kinésithérapeute **libre du choix de l'aspect quantitatif et qualitatif** suite à son **Bilan Diagnostique Kinésithérapique**.

Il devient le concepteur de la prise en charge du patient et donc « **décideur responsable** » face au patient et au médecin prescripteur ; le médecin n'a alors plus la « responsabilité économique » de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes.

1.1.3.2 Code de Déontologie

Le Code de Déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, paru en 2008, est en fait une partie du Code de Santé Publique. Il est divisé en quatre sections qui spécifient les devoirs généraux, les devoirs envers le patient, les devoirs envers les confrères et les autres professionnels de santé, et l'exercice de la profession. (3)

1.1.3.3 Code de la Sécurité Sociale - Nomenclature Générale des Actes des professionnels de santé (NGAP) - Convention Nationale

Comme tout professionnel de santé, le masseur-kinésithérapeute travaille en relation avec les caisses de Sécurité Sociale qui permettent le remboursement des actes de kinésithérapie aux assurés. Il est donc soumis au Code de la Sécurité Sociale ayant pour but de déterminer le financement des actes, de définir l'organisation et le fonctionnement des séances mais aussi de régir les relations entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie.

Il existe de plus une convention permettant de réglementer la pratique au quotidien ; la dernière a été signée le 3 avril 2007 (arrêté du 10 mai 2007, *JO du 16 mai 2007*) entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs et l'Union Nationale des Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux.

Une liste des actes et prestations remboursables par la Sécurité Sociale a été éditée suite à la loi du 13 août 2004, art L162-1-7 du code la Sécurité Sociale, rendant le caractère obligatoire pour chaque acte de figurer sur cette liste pour permettre son remboursement. Cette liste a été divisée en deux parties lors de la décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 (*JO du 30 mars 2005*) : la CCAM (actes techniques réalisés par les médecins) et la NGAP (actes cliniques médicaux, les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux) qui concernent donc les masseurs-kinésithérapeutes.

Les actes de kinésithérapie sont cotés AMS, AMK ou AMC suivi d'un coefficient (nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel) :

- **AMS** : Acte de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques
- **AMK** : Actes pratiqués au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé.
- **AMC** : Actes pratiqués dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre clé AMK.

A noter que la valeur de ces actes a été réévaluée le 1^{er} janvier 2012 avec une augmentation uniforme de 1,577 % suite à la Circulaire OA n° 2011/494 du 16 décembre 2011.

1.1.3.4. Demande d'Accord Préalable (DAP)

Il y a encore peu de temps le masseur-kinésithérapeute devait envoyer une demande d'entente préalable (DEP) pour tout soin dépassant 30 séances.

Depuis le 14 avril 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des référentiels concernant 8 pathologies ostéo-articulaires, et le masseur-kinésithérapeute doit faire une DAP auprès du médecin-conseil au bout d'un certain nombre de séances s'il veut poursuivre les soins afin que le patient continue à être remboursé, en accord avec l'UNCAM et les différents arrêtés publiés.

Ci-après le tableau récapitulatif des situations de rééducation soumises à référentiel avec les seuils correspondants : (4)

Tableau 1 : Pathologies nécessitant une DAP et nombre requis de séances

Situations de rééducation	Nombre de séances avant accord préalable	Demande d'accord préalable
Entorse externe récente de la cheville	1 à 10 séances	à partir de la 11 ^{ème} séance
Arthroplastie de hanche par prothèse totale	1 à 15 séances	à partir de la 16 ^{ème} séance
Arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartmentaire	1 à 25 séances	à partir de la 26 ^{ème} séance
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	1 à 40 séances	à partir de la 41 ^{ème} séance
Libération du nerf médian au canal carpien	0 séance	dès la 1 ^{ère} séance
Ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	1 à 15 séances	à partir de la 16 ^{ème} séance
Réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	1 à 50 séances	à partir de la 51 ^{ème} séance
Prise en charge d'une lombalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16 ^{ème} séance ou dès la 31 ^{ème} séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents

1.1.3.5. Code Civil

Celui-ci intervient dans le cadre de la responsabilité civile du masseur-kinésithérapeute, dans les contrats entre confrères ou avec des fournisseurs et aussi dans l'application de la convention.

1.1.4. Compétences du masseur-kinésithérapeute

1.1.4.1. Domaines d'intervention

Les éléments sur lesquels le masseur-kinésithérapeute peut intervenir sont très vastes et variés, nous pouvons les regrouper globalement en plusieurs catégories :

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| ✓ Douleur | ✓ Troubles sensitifs |
| ✓ Œdème et troubles trophiques | ✓ Instabilité articulaire |
| ✓ Raideur articulaire | ✓ Gêne au déplacement |
| ✓ Faiblesse musculaire | ✓ Intolérance à l'effort |
| ✓ Altération de la commande motrice | ✓ Encombrement bronchique |
| ✓ Gêne à la préhension | ✓ Troubles vésico-sphinctériens |
| | ✓ Trouble du tonus |

1.1.4.2. Types de Rééducation

Le masseur-kinésithérapeute est habilité à réaliser différents types de rééducation.

Ci-dessous la liste figurant dans le code de santé publique. (1)

- ✓ Rééducation concernant un système ou un appareil :
 - Rééducation orthopédique
 - Rééducation neurologique
 - Rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur
 - Rééducation respiratoire
 - Rééducation cardio-vasculaire
 - Rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques

✓ Rééducation concernant les séquelles :

- Rééducation de l'amputé, appareillé ou non
- Rééducation abdominale, y compris en post-partum à compter de l'examen postural
- Rééducation périnéo-sphinctérienne (urologie, gynécologie y compris du post-partum à compter du 90^{ème} jour en post-partum et proctologie)
- Rééducation des brûlés
- Rééducation cutanée

✓ Rééducation d'une fonction particulière

- Rééducation de la mobilité faciale et de la mastication
- Rééducation de la déglutition
- Rééducation des troubles de l'équilibre

1.1.4.3. Autres compétences du masseur-kinésithérapeute

Pour être complet, le code de santé publique précise également que sur prescription médicale et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité à faire : (1)

- ✓ Elongations vertébrales par tractions mécaniques (manuelle ou électrique)
- ✓ Rééducation cardio-vasculaire post-infarctus du myocarde récent avec enregistrement électrocardiographique
- ✓ Rééducation respiratoire et aspirations chez un trachéotomisé
- ✓ Gestes de secours jusqu'à l'intervention d'un médecin en cas d'urgence
- ✓ Bilans d'aptitude en milieu sportif et suivi de l'entraînement et des compétitions.
- ✓ Actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation, d'encadrement, de recherche dans le domaine de la Masso-Kinésithérapie, de collaboration, selon le secteur d'activité et les besoins rencontrés.
- ✓ De la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive

1.1.5. Techniques à disposition

Le masseur-kinésithérapeute possède une large palette de techniques plus ou moins étendues selon sa formation et son équipement professionnel, inscrites là encore dans cette loi. (1)

- ✓ Massage
- ✓ Drainage Lymphatique Manuel (DLM)
- ✓ Postures et actes de mobilisations articulaires (passive, active, active-aidée ou contre-résistance)
- ✓ Mobilisation manuelle de toutes les articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux
- ✓ Etirements musculo-tendineux
- ✓ Mécanothérapie (arthromoteurs)
- ✓ Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de posture
- ✓ Relaxation neuromusculaire
- ✓ Electro-physiothérapie :
 - Applications de courants électriques (courant continue ou galvanique, galvanisation, di électrolyse médicamenteuse, courant d'électrostimulation antalgique et excito-moteur)
 - Utilisations des ondes mécaniques (infrasons, vibrations sonores et ultrasons)
 - Utilisations d'ondes électromagnétiques (ondes courtes, ondes centimétriques, infrarouges, ultraviolets)
- ✓ Autres techniques de physiothérapie :
 - Thermothérapie et Cryothérapie
 - Kiné-balnéothérapie et Hydrothérapie
 - Pressothérapie

1.1.6. Droit de prescription du masseur-kinésithérapeute

Depuis le 14 janvier 2006, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire certains dispositifs médicaux, sous réserve qu'ils agissent dans le cadre de leurs compétences et qu'il n'y ait pas d'indication contraire du médecin. (5)

Voici la liste limitative fixée par l'arrêté du 9 janvier 2006 :

- ✓ Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève-malades.
- ✓ Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier.
- ✓ Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc.
- ✓ Barrières de lits et cerceaux.
- ✓ Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur.
- ✓ Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe I, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.
- ✓ Attelles souples de correction orthopédique de série.
- ✓ Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série.
- ✓ Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série.
- ✓ Sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire.
- ✓ Collecteurs d'urines, étuis péniers, pessaires, urinal.
- ✓ Attelles souples de posture et/ou de repos de série.
- ✓ Embouts de cannes.
- ✓ Talonnettes avec évidement et amortissantes.
- ✓ Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe.
- ✓ Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie

1.1.7. Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK)

Ce bilan trouve son fondement dans le décret du 8 octobre 1996 modifié par le décret du 27 juin 2000. (1)

«... Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur. »

Il est un **outil de coordination** avec les médecins prescripteurs mais aussi avec le service médical de l'assurance maladie ; il est également à la disposition des patients.

Il est réalisé au début de chaque nouveau traitement, et devient à la 10^{ème} séance obligatoirement transmis à la sécurité sociale. En pratique, il se présente sous la forme d'une fiche de synthèse initiale et finale devant être adressée au médecin prescripteur en début et fin de traitement.

A noter qu'il n'existe pas de « modèle type validé » de fiche de synthèse, entraînant une difficulté d'une part dans son élaboration pour les masseurs-kinésithérapeutes et d'autre part dans sa compréhension pour les médecins généralistes ; il existe cependant une proposition de fiche de synthèse publiée par la CNAMTS (Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) qui décrit les éléments principaux devant figurer dans cette fiche : (6) (Annexe 1)

- ✓ Socio-administratifs (identification du patient et du prescripteur)
- ✓ Prescription et indication médicale avec date
- ✓ Bilan kinésithérapique :
 - Bilan des déficiences ou anomalies de structures articulaires, musculaires, douleurs
 - Bilan des incapacités ou dysfonctions
 - Autres problèmes identifiés associés à la pathologie pouvant interférer avec le traitement ou les résultats.
- ✓ Diagnostic kinésithérapique
- ✓ Objectifs de la rééducation
- ✓ Protocole thérapeutique :
 - Nombre et rythme des séances, date de la 1^{ère} séance
 - Lieu de réalisation des séances
 - Techniques mises en œuvre
 - Travail en groupe ou non
- ✓ Conseils délivrés au patient
- ✓ Propositions consécutives (pour la fiche de synthèse finale)
 - Evolution des séances
 - Poursuite du traitement
 - Fin traitement à terme avec exercices d'entretien éventuels et de prévention
 - Arrêt de traitement
- ✓ Commentaires : informations utiles sur le patient, traitement, évolution...
- ✓ Date, nom, cachet et signature du masseur-kinésithérapeute

1.1.8. Commentaires

La profession de masseur-kinésithérapeute est actuellement en plein essor. La formation en quatre années au total est caractérisée par une très bonne connaissance de l'anatomie humaine et de sa biomécanique. Elle bénéficie maintenant d'un statut universitaire attractif en permettant de faire une carrière universitaire et de recherche.

Le statut juridique a également évolué en donnant une plus grande responsabilité aux masseurs-kinésithérapeutes avec le droit de prescription et le libre choix du caractère qualitatif et quantitatif des séances. On lui reconnaît donc un rôle d'expertise à l'aide de son BDK qui détermine le diagnostic, les déficiences et les incapacités, les objectifs et le programme des séances.

Son champ de compétences est très vaste et les techniques peuvent être très variées en fonction de son équipement et de ses formations.

N'oublions pas non plus le rôle de soutien psychologique considérable que peut avoir le masseur-kinésithérapeute. Il peut établir en effet une relation privilégiée avec le patient du fait du nombre et du rythme de séances pouvant être élevés, notamment dans les pathologies chroniques. Dans des situations aiguës, son rôle de surveillance et d'éducation prend une place également essentielle (par exemple dans les bronchiolites).

1.2. Formation à la Masso-kinésithérapie en Médecine Générale

1.2.1. Organisation des études médicales

1.2.1.1. Composition globale

Les études médicales sont composées de trois cycles.

Le premier cycle est divisé en une première année de sélection et une seconde année où sont abordées essentiellement les sciences fondamentales qui permettent d'appréhender le corps humain et son fonctionnement à différentes échelles (Anatomie, Biologie Cellulaire et Moléculaire, Biochimie, Chimie, Physique, Physiologie, Physiopathologie) mais également des aspects éthiques, socioculturels, analytiques, littéraires et juridiques (Sciences Humaines et Sociales, Droit, Lecture Critique d'Article Scientifique, Statistiques).

Le second cycle est réparti en 4 années où sont abordées par module les maladies et syndromes avec leurs physiopathologies, leurs diagnostics, leurs prises en charge ; une formation pratique « l'externat » est aussi réalisée à l'hôpital à mi-temps pendant toute cette période (3 années sur 4).

Enfin le troisième cycle, appelé l'Internat, est composé en Médecine Générale de 3 années, c'est-à-dire 6 stages d'un semestre chacun en respectant une maquette pour parvenir à une formation la plus complète possible (Urgences - Pédiatrie et/ou Gynécologie – Médecine Adulte – Stage Libre – Stage au CHU – Stage chez le Praticien Libéral).

1.2.1.2. Réformes récentes

Depuis un peu plus d'une dizaine d'années, beaucoup de modifications ont été apportées à la structuration des études médicales en France avec l'augmentation progressive du Numerus Clausus, la réforme du concours de l'Internat remplacé par l'ECN (Examen Classant National) et dernièrement un regroupement des filières médicales en une Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES).

Ces changements sont dus en partie à la pénurie médicale que connaît déjà la France et qui va s'accroître dans les années à venir. D'après les projections de la DREES, une chute de 10% du nombre de médecins est attendue d'ici une dizaine d'années. (7)

Le Numerus Clausus, fixé par le gouvernement depuis 1971, a été élevé jusqu'en 1983 (environ 8000 places) puis a largement diminué jusqu'en 1993 (environ 3500 postes). Devant la pénurie annoncée, en raison de la croissance de la démographie française et du départ en retraite des nombreux médecins formés dans les années 60/70, il est en augmentation depuis les années 2000 et est actuellement fixé à 7400 places, tout en sachant qu'il faudra attendre 10 ans (le temps de formation d'un médecin) pour observer les effets de cette augmentation.

La réforme de l'Internat remonte à l'année 2004, où a été créé l'ECN, qui oblige chaque étudiant à passer cet examen à l'issue duquel un classement est réalisé selon le nombre de points obtenus ; ceci permettant de choisir une spécialité et une ville de rattachement selon le rang obtenu. (8)

Une autre réorganisation a été opérée concernant la mise en commun des filières médicales. La dernière arrêté date du 28 octobre 2009, appliqué à la rentrée universitaire de septembre 2010, et regroupe sous le titre de PACES, ces différentes filières : Médecine, Dentaire, Pharmacie et Sages-femmes. (9)

A Nancy et dans d'autres facultés, elle regroupe aussi la filière Masso-kinésithérapie et Ergothérapie. Elle permet de préparer l'entrée à l'IFMK et à l'IFE (Institut de Formation en Ergothérapie) qui se déroule en 3 années après la PACES comme nous l'avons vu.

Les facultés ont donc dû se réorganiser pour faire face à ces changements et au nombre croissant d'étudiants se présentant en première année. Les programmes ont aussi évolué selon ces paramètres et évidemment selon la mise à jour des connaissances et des modalités d'apprentissage (celles-ci étant différentes selon les facultés).

1.2.2. Programme relatif à la Masso-kinésithérapie

1.2.2.1. Enseignement théorique

Il n'existe pas à proprement parler de « programme officiel » dans les études médicales mais plutôt des objectifs à atteindre en terme de connaissances théoriques et pratiques, d'aptitudes diagnostiques et thérapeutiques, mais également de compétences économiques, sociales et humaines comme par exemple de savoir informer le patient et sa famille de façon appropriée, de connaître l'organisation du système de santé, d'avoir des notions de santé publique et de

droit de la santé. La difficulté réside notamment dans l'évolution rapide des connaissances et l'immense quantité des connaissances à acquérir.

Des objectifs ont donc été établis sur le plan législatif et définis par **modules** pour permettre l'organisation globale des études et du programme d'enseignements mais laissant le libre choix aux facultés et professeurs des modalités d'apprentissage. (10)

Concernant le programme relatif à la Masso-kinésithérapie, voici les objectifs définis dans les différents modules (appliqués au programme de la faculté de Médecine de Nancy). (11)

- **PACEM (1^{er} cycle)**

- ✓ UE (Unité d'Enseignement) 7 : SANTE, SOCIETE, HUMANITE

- Module 3 Sciences Humaines et sociales : Réflexions interdisciplinaires autour du handicap : aspects médicaux, juridiques, éthiques

- ✓ UE Spécifiques Kinésithérapie-Ergothérapie : 3 modules

- Anatomie tête et cou (commun à la filière Médecine)
- Anatomie des membres
- Rééducation et Réadaptation (seulement pour la filière Kiné-Ergo) : **17 heures** (Annexe 2)

- **DCEM (2^{ème} cycle)**

- ✓ MODULE 4 : Handicap-Incapacité-Dépendance : 14 heures

- Objectifs : « *À partir des notions générales sur les handicaps et les incapacités, l'étudiant doit comprendre à propos de deux ou trois exemples, les moyens d'évaluation des déficiences, incapacités et handicaps, les principes des programmes de rééducation, de réadaptation et de réinsertion et surtout la prise en charge globale, médico-psycho-sociale, de la personne handicapée dans une filière et/ou un réseau de soins.* »
- N°53 : Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la Masso-Kinésithérapie et l'orthophonie ; argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de rééducation et de réadaptation.

- **TCEM (3^{ème} cycle) DES de Médecine Générale : 6 heures**

- ✓ SEMINAIRE 25 : Prescription des actes paramédicaux

(Orthophonie, kinésithérapie, soins infirmiers, orthoptie)

- Identifier le champ d'activité du masseur kinésithérapeute dans ses diverses pathologies
- Connaître les modalités de prescription d'un traitement kinésithérapique et de son suivi par le médecin généraliste
- Définir les objectifs de traitement, le diagnostic étant établi

1.2.2.2. Enseignement pratique

Pendant l'externat et l'internat, les étudiants hospitaliers et les internes peuvent réaliser un stage en Centre de Rééducation ou en service de Rééducation-Réadaptation, selon leurs possibilités, leur permettant de travailler quotidiennement avec des Masseurs-Kinésithérapeutes. Mais compte tenu du nombre d'étudiants, les places sont limitées, par exemple on dénombre 9 stages en service de Médecine Physique et Réadaptation proposés à l'internat à Nancy par semestre dans toute la Lorraine.

Lors de la plupart des stages, les étudiants sont amenés à côtoyer et à travailler avec des masseurs-kinésithérapeutes (notamment en pédiatrie, gériatrie, cardiologie, pneumologie, neurologie, rhumatologie, traumatologie) et ils peuvent selon leurs disponibilités et leurs motivations avoir la curiosité de se former avec eux pour apprendre et approfondir leurs connaissances.

Cependant l'exercice de la Masso-kinésithérapie en libéral (environ 80% des kinésithérapeutes) n'est pas identique à l'exercice hospitalier. Les pathologies sont très variées et l'équipement des cabinets diffère également des services hospitaliers standards (en dehors des centres et services dédiés à la rééducation) et cet aspect de l'exercice de masseur-kinésithérapeute (en dehors de l'expérience personnelle de chacun) est peu connu des étudiants et donc des médecins.

1.2.3. Formation Médicale Continue ou Enseignement Post Universitaire

De premier abord, l'offre concernant spécifiquement la formation en matière de Masso-kinésithérapie semble limitée ; en tout cas elle n'est pas mise en avant par les organismes de formation.

En recherchant les formations parmi l'offre globale très importante, il s'avère que l'on retrouve peu de formations dédiées spécifiquement à la Masso-kinésithérapie. Mais il existe néanmoins des congrès et des formations abordant des sujets liés à la Masso-kinésithérapie et étant accessibles à la fois aux masseurs-kinésithérapeutes et aux médecins généralistes.

Evidemment, on trouve beaucoup d'offres dans le domaine de la Médecine du sport, s'adressant plus volontiers aux médecins du Sport, mais il existe aussi des formations dans des domaines plus spécifiques comme par exemple concernant la rééducation de l'équilibre (« la 5^{ème} assise de rééducation de l'équilibre » à Nice en janvier 2013, accessibles aux

médecins généralistes, ORL et masseurs-kinésithérapeutes), des formations concernant la gériatrie ou les soins palliatifs où les différents types de professionnels sont conviés. Une formation sur « la prescription de la kinésithérapie en Médecine Générale » a été organisée en juin 2012 par PICAGJIR, l'union des généralistes remplaçants ou jeunes installés.

Nous avons examiné l'offre de la Semaine Médicale de Lorraine de 2012 et sur 165 présentations, aucune n'était consacrée à la Masso-kinésithérapie, aucun stage hospitalier n'était proposé en service de Rééducation ; mais cinq formations abordent des sujets étant en rapport avec l'Ostéopathie ou l'examen ostéo-articulaire :

- « La posture du rachialgique à son travail, mon expérience de médecin ostéopathe »
- « Diagnostic des arthropathies fonctionnelles du membre inférieur »
- « Examen des articulations du membre supérieur »
- « Tout ce que vous avez voulu savoir sur l'ostéopathie »
- « Apport de l'ostéopathie dans l'examen du rachis pour le médecin généraliste »

1.3. Prescription médicale

1.3.1. Nouvelle réglementation de 2000

Comme nous l'avons vu auparavant, les règles de prescriptions de la Masso-kinésithérapie ont été largement modifiées par l'arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 06 janvier 1962 fixant les actes pouvant être pratiqués par les médecins et les auxiliaires médicaux. (12)

Les médecins généralistes ne devraient plus préciser comme ils le faisaient, le caractère quantitatif et qualitatif des séances. Mais il est bien spécifié que la « communication du diagnostic médical reste fondamental » pour orienter le diagnostic kinésithérapique ; celui-ci ne devrait d'ailleurs pas apparaître sur l'ordonnance pour préserver le secret médical mais sur une lettre d'accompagnement où d'autres précisions utiles au masseur-kinésithérapeute peuvent apparaître.

A noter qu'il existe une contradiction entre cet article et l'arrêté paru au JO le 5 octobre 2000 de la NGAP de la Sécurité Sociale qui précise que « le médecin peut s'il le souhaite préciser sa prescription qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute. »

1.3.2. L'ordonnance en pratique

L'ordonnance médicale doit donc comporter :

- ✓ Coordonnées du prescripteur
- ✓ Identité du patient
- ✓ Date de prescription
- ✓ Type de rééducation
- ✓ Indication éventuelle d'urgence
- ✓ Indication éventuelle de réalisation des actes à domicile

Sur une lettre d'accompagnement indépendante de l'ordonnance doivent figurer :

- ✓ Diagnostic
- ✓ Tableau clinique
- ✓ Objectifs souhaités
- ✓ Contre-indications éventuelles

1.3.3. Recommandations de l'HAS

Il existe assez peu de recommandations concernant la prescription de la Masso-kinésithérapie notamment parce qu'il existe peu d'études faites sur ce sujet pour valider son efficacité. L'évaluation de celle-ci est le plus souvent subjective, faite par le patient lui-même dans un premier temps, et par le médecin généraliste dans un second temps.

La difficulté réside dans le fait que les techniques employées ne sont pas obligatoirement les mêmes selon les masseurs-kinésithérapeutes, la durée et le rythme d'une séance pour une même pathologie peuvent être variables selon la disponibilité du patient et l'organisation du masseur-kinésithérapeute ; la réponse et la tolérance du patient sont également à prendre en compte ainsi que le degré de spécialisation du masseur-kinésithérapeute.

L'ANAES puis l'HAS ont cependant depuis une dizaine d'années émis des rapports, des consensus, et des recommandations en lien avec la Masso-kinésithérapie.

Il existe une association l'AFREK, l'Association Française pour la Recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie, créée en 1993, qui contribue à promouvoir le développement de la profession en collaborant notamment avec l'HAS, l'UNCAM, et le Collège des masseurs-

kinésithérapeutes. Elle permet de « promouvoir les actions d'évaluation et la validation des savoirs mis en pratique par les professionnels, de juger de la valeur du service rendu et d'améliorer l'exercice professionnel dans l'intérêt du patient », ce qui permet d'aider l'HAS à élaborer des recommandations basées sur des preuves cliniques. (13)

Nous présentons dans le tableau 2 les différents documents de l'HAS, établis en collaboration avec l'AFREK, où la Masso-kinésithérapie joue un rôle dans la prise en charge.

Tableau 2 : Textes de l'HAS concernant la Masso-kinésithérapie

<u>Recommandations pour la pratique clinique</u>	
Février 1999	Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.
Janvier 2000	Rééducation de l'entorse externe de la cheville.
Février 2000	Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution.
Février 2000	Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.
Février 2000	Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer.
Mars 2000	Le dossier du patient en Masso-Kinésithérapie.
Décembre 2000	Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique.
Avril 2001	Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et Masso-Kinésithérapie.
Juin 2001	Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent.
Juin 2002	Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique.
Juin 2002	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects paramédicaux.
Septembre 2002	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects médicaux.
Mai 2003	Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale – Actualisation.
Décembre 2003	Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral.
Janvier 2004	Masso-kinésithérapie et traitement orthopédique des déformations congénitales isolées du pied au cours des six premiers mois de la vie.
Avril 2004	Mieux vivre avec son asthme : l'éducation thérapeutique pour gérer votre asthme au quotidien.
Mai 2004	Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance.
Juillet 2004	Prise en charge kinésithérapique et rééducation de la maladie de Parkinson.
Septembre 2004	Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents.
Avril 2005	Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte.
Avril 2005	Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile.

Recommandations professionnelles

Février 1999	Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.
Septembre 2001	Éducation du patient adulte insuffisant respiratoire.
Mai 2003	Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du «coup du lapin» ou whiplash.
Janvier 2004	Masso-kinésithérapie et traitement orthopédique des déformations congénitales isolées du pied au cours des 6 premiers mois de la vie.
Février 2005	Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs en Masso-Kinésithérapie.
Septembre 2005	Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement.

Conférence de Consensus

Novembre 1998	Prise en charge kinésithérapique du lombalgique.
Mars 2000	La Maladie de Parkinson : critères diagnostiques et thérapeutiques
Septembre 2000	Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson
Juin 2001	La sclérose en plaques.
Septembre 2001	Modalités, indications, limites de la rééducation dans les pathologies neuromusculaires non acquises.
Novembre 2001	Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé.
Septembre 2004	Sortie du monde hospitalier et le retour au domicile d'une personne adulte handicapée.

Référentiels d'évaluation

Juillet 2003	Prise en charge d'un patient atteint de maladie de Parkinson.
Novembre 2004	Rééducation de l'entorse externe de cheville.
Juin 2005	Prise en charge hospitalière initiale des personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC) : prise en charge médicale dans une unité de soins
Juin 2005	Prise en charge hospitalière initiale des personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC) : prise en charge paramédicale dans une unité de soins

Etude d'évaluation en Santé publique

Septembre 2005	Prise en charge Masso-Kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription.
-----------------------	---

Nous remarquons dans ce tableau, l'importance de la prise en charge kinésithérapique dans toutes les pathologies chroniques, notamment neurologiques comme la Sclérose en plaque ou la Maladie de parkinson, mais aussi l'AVC, la prise en charge de la personne âgée fragilisée, et la prise en charge de la douleur avec notamment la lombalgie chronique.

A présent détaillons deux pathologies importantes ayant fait l'objet de recommandations : l'une pour sa fréquence (la lombalgie commune), l'autre pour sa controverse actuelle (la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite du nourrisson).

1.3.4. Exemples de prises en charge

1.3.4.1. 1^{er} exemple : la lombalgie commune

La HAS a publié en 2005 des recommandations concernant la prescription de la Masso-kinésithérapie dans les lombalgies communes. Elle a réalisé une revue de la littérature concernant les articles les plus récents (publiés après l'année 2000) puis soumis à 16 experts proposés par des sociétés savantes ; et enfin 26 experts ont validé le travail. (14)

Il est rappelé qu'en France les lombalgies communes représentent 8 millions de consultations par année et constituent la 3^{ème} cause d'invalidité. En 1998, 30% des actes de Masso-kinésithérapie concernaient la rééducation du rachis lombaire.

Les lombalgies sont définies comme « *des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse.* »

Les objectifs de la rééducation sont :

- ✓ Rééducation à visée antalgique et décontractante
- ✓ Reprises des activités dans les meilleures conditions possibles
- ✓ Prévention des rechutes et du passage à la chronicité

Les modalités de rééducation dans les lombalgies aiguës : (< ou = à 4 semaines)

D'après la revue de littérature réalisée, la place de la rééducation dans les lombalgies aiguës est très limitée ; en effet aucune étude n'a montré de bénéfice réel à ce stade en dehors de rares cas où quelques séances peuvent être proposées surtout à titre antalgique et pour délivrer des conseils d'hygiène de vie au patient. A noter, des séances trop précoces ou trop rapprochées pourraient favoriser une dépendance vis-à-vis du kinésithérapeute (avec un risque de chronicisation).

Modalités de rééducation dans les autres types de lombalgies :

La Kinésithérapie est un élément important du traitement une fois passée la phase aiguë même s'il est difficile de retrouver dans la littérature des protocoles bien définis. Les techniques ayant fait la preuve de leur efficacité sont surtout les exercices thérapeutiques (exercices d'entretien articulaire lombaire, étirements, renforcement musculaire du tronc et lombo-

pelvien) d'intensité croissante, en plus du traitement à visée antalgique (massages ou électrothérapie) qui ne doit pas constituer l'essentiel du traitement. Il est également décrit que les exercices d'auto entretien et les conseils d'hygiène de vie sont primordiaux.

Concernant le caractère qualitatif et quantitatif, les experts ont proposé ce schéma :

Le bilan médical (avec utilisation d'échelles validées comme Eiffel, DRAD ou Oswestry) et le BDK doivent être réalisés en début de traitement puis en fin de traitement. Le kinésithérapeute après 10-15 séances doit faire une fiche de synthèse intermédiaire adressée au médecin traitant et au médecin-conseil ; une autre série de 15 séances peut être réalisée mais, après cette seconde série et en l'absence d'amélioration, selon les experts, il n'y a plus d'intérêt à poursuivre les soins kinésithérapiques et une consultation spécialisée ou pluridisciplinaire est souhaitable.

Les experts insistent sur l'éducation du patient et préconisent de ne pas trop rapprocher les séances pour laisser le temps au patient d'apprendre les gestes de prévention.

Ils insistent également sur une communication régulière entre médecin et kinésithérapeute par l'intermédiaire des fiches de synthèse initiale, intermédiaire et finale du kinésithérapeute mais également par le biais de formations communes (modalités de prises en charge des lombalgies communes, contenu du BDK, utilisation et exploitation des fiches de synthèses).

Des efforts sont également à faire dans le domaine de la recherche notamment pour valider l'efficacité de certaines techniques.

1.3.4.2. 2^{ème} exemple : la kinésithérapie respiratoire pédiatrique

La pratique de la kinésithérapie respiratoire est encore aujourd'hui considérée par beaucoup de personnes comme une « technique barbare » en référence au clapping. Cette technique visait à mobiliser les sécrétions bronchiques par percussion du tronc avec la paume de la main. Elle était assez agressive et est abandonnée déjà depuis 1994 mais elle est restée ancrée dans la mémoire collective et même chez certains médecins. En effet, la conférence de consensus de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) à Lyon en décembre 1994 a établi la place des différentes techniques non

instrumentales de désencombrement bronchique avec notamment l'importance de la kinésithérapie respiratoire chez le nourrisson par « accélération du flux expiratoire », technique française développée et codifiée par Joël Barthe, Claude Vinçon et Christian Fausser. (15)

La kinésithérapie respiratoire enseignée actuellement est une méthode douce visant à mobiliser les sécrétions bronchiques et des voies aériennes supérieures par une compression lente du thorax en augmentant le flux expiratoire. Le masseur-kinésithérapeute utilise différentes méthodes pour désencombrer les voies aériennes respiratoires supérieures et inférieures :

- ✓ Désobstruction rhinopharyngée (DRP) par drainage rhinopharyngé rétrograde (DRPR) et +/- instillation de sérum physiologique
- ✓ Augmentation lente du Flux Expiratoire (AFE)
- ✓ Technique de la Toux provoquée (TP)

Ces différentes techniques peuvent être impressionnantes car l'enfant pleure sous la contrainte mais elles sont absolument non douloureuses. Le rôle de surveillance du masseur-kinésithérapeute est essentiel dans la prise en charge ainsi que dans celui d'éducation des familles.

Dans la conférence de consensus de 2000, la pratique de la kinésithérapie respiratoire dans les bronchiolites aiguës du nourrisson est basée sur la « constatation de l'amélioration clinique franche qu'elle entraîne » et repose sur un avis d'experts mais les recommandations ne sont que de grade C ; d'autres publications sont absolument nécessaires pour établir les bienfaits de ces techniques. Il est spécifié que la prescription de kinésithérapie ne doit pas être systématique mais doit dépendre de l'état clinique de l'enfant ; l'efficacité et la tolérance au cours de la séance doivent être évaluées par l'auscultation, la coloration cutanée, la dyspnée, le tirage et la fatigabilité. (16)

Récemment est parue une publication de la revue Prescrire, qui a déclenché une polémique assez troublante. En effet, les auteurs de cet article ont énoncé que « la kinésithérapie respiratoire n'était pas efficace dans la bronchiolite des nourrissons et que sa balance bénéfice-risque était défavorable ». A l'appui, neuf études avaient été analysées comparant le

traitement par kinésithérapie respiratoire versus l'absence de kinésithérapie respiratoire, chez 891 nourrissons. Les résultats montraient que l'évolution clinique était similaire dans les deux groupes et qu'il existait des effets indésirables importants liés à la kinésithérapie respiratoire : moins bonne oxygénation du sang pendant la séance de kinésithérapie, vomissements, douleurs, voire des fractures de côtes (1 fracture pour 1000 nourrissons traités).

Cependant ces études ont été effectuées chez des nourrissons hospitalisés pour des bronchiolites sévères avec des techniques de soins différentes de celles pratiquées en France aujourd'hui ; aucune étude n'a été réalisée en ambulatoire pour des cas de bronchiolites simples. La revue *Prescrire* a publié secondairement un rapport précisant les conditions de ces études et rétablissant qu'il faudrait effectivement d'autres études en ambulatoire pour établir le bénéfice-risque réel de ces techniques. (17)

1.4. Commentaires

L'enseignement de la Masso-kinésithérapie n'a pas une place très importante en terme d'heures dans le programme d'enseignements théoriques ; il est abordé en première année si les étudiants suivent les cours concernant le module spécifique, puis une seule fois dans le second cycle et une seule fois dans le troisième cycle sous la forme d'un séminaire (où tous les cours ne sont pas obligatoires). Cela peut être toutefois compréhensible du fait du si vaste programme que les étudiants doivent intégrer durant leur long cursus. Pour la formation pratique, certains étudiants auront la chance de réaliser un stage en service de Médecine Physique et Réadaptation et de travailler quotidiennement avec les masseurs-kinésithérapeutes mais cela ne concerne qu'une petite minorité. L'exercice libéral n'est quant à lui pas du tout abordé.

Les règles de prescription ont été modifiées récemment, elles sont étudiées dans les programmes par les étudiants depuis une dizaine d'années, et en pratique les étudiants devraient être capables de prescrire convenablement des séances de kinésithérapie à la fin de leur cursus (en ne précisant ni l'aspect quantitatif, ni l'aspect qualitatif sur l'ordonnance) ; ce qui n'est pas le cas des médecins plus âgés n'ayant pas reçu cet enseignement ou n'ayant pas connaissance de cette réforme.

Le contenu enseigné est évidemment axé sur le côté médical, à savoir « comment prescrire » mais il nous semble que l'exercice quotidien du masseur-kinésithérapeute (contenu du BDK, compétences, techniques, outils) est beaucoup moins abordé et reste assez vague pour le médecin généraliste.

Il faudrait également essayer de mettre plus en avant les formations continues concernant la Masso-kinésithérapie et de les rendre plus accessibles aux médecins généralistes.

Les recommandations concernant spécifiquement la Masso-kinésithérapie ne sont pas très nombreuses mais il existe finalement beaucoup de domaines (rhumatologie, neurologie, gériatrie, ORL, douleur...) où la prise en charge rééducative fait partie intégrante du traitement et où il existe des données validées comme le montre notre tableau 2. Il conviendrait donc de les valoriser.

2. LES RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES

2.1. Législation

La réforme des règles de prescription de Masso-kinésithérapie avait en partie pour but de **favoriser les échanges entre professionnels de santé**. Citons l'Extrait du décret 2000-2517 du 27 juin 2000 modifiant le décret 96/879 du 8 octobre 1996 :

« Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution ».

« ...Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur. »

2.2. Description des différents types de relations possibles

Décrire et qualifier la nature possible des relations entre les différents professionnels de santé permet de s'interroger sur sa propre façon de travailler avec les autres dans le but de l'améliorer.

Une étude très intéressante a été réalisée dans la région PACA par une équipe du laboratoire d'Écologie Humaine et d'Anthropologie de la faculté d'Aix-Marseille, auprès d'une dizaine de médecins généralistes afin d'étudier les relations professionnelles dans un réseau de soins informel ; ils ont à cet effet observé les rapports interprofessionnels et réalisé des entretiens d'octobre 2002 à avril 2004. (19)

2.2.1. Paradoxe entre idéal de travail et contraintes professionnelles

Cette équipe a montré qu'il existait un cadre culturel commun à tous les professionnels libéraux constitué d'un **triple idéal** : un idéal de travail en équipe construit sur le modèle hospitalier restant le « pôle du savoir et de la scientificité », un idéal d'autonomie avec un refus des contraintes du travail en institution, le libre choix de ses partenaires, la maîtrise de son exercice, et un idéal relationnel permettant une proximité privilégiée avec les patients, favorisant la relation humaine et une connaissance globale du patient.

Mais ces idéaux « se heurtent aux contraintes de l'exercice quotidien » (manque de temps, manque de lien entre l'hôpital et la ville, méconnaissance du travail de chaque acteur, compétition des territoires professionnels).

2.2.2. Modèles possibles de relations interprofessionnelles

Dans cette étude, il a été mis en évidence quatre grands types de « travailler ensemble » : la **collaboration, la coopération, l'instrumentalisation et la négation**.

2.2.2.1. Collaboration

La collaboration est décrite comme la **relation idéale** : basée sur une relation de connaissance mutuelle, de confiance, d'engagement, d'échange ; elle est nécessairement chronophage et demande un investissement personnel important, elle nécessite des contacts directs par téléphone ou par rencontre, elle nécessite aussi une proximité géographique ou d'idéal ou affective ou de vécu. Des exemples où ces réseaux prédominent sont les réseaux institutionnalisés, les réseaux de contacts privilégiés (amis, maîtres, famille), et réseaux de proximité pour certains.

2.2.2.2. Coopération

La coopération est surtout fondée sur la **compétence professionnelle et le respect des territoires de compétence** ; il n'y a pas de relation affective et les interlocuteurs ne se connaissent pas obligatoirement. Il s'agit surtout du réseau de correspondants habituels pour le médecin généraliste.

2.2.2.3. Instrumentalisation

L'instrumentalisation repose sur le **principe de servitude** : le médecin s'adresse à « tel professionnel » pour réaliser « tel acte particulier » correspondant à son domaine de compétence ; il n'y a pas de contact direct le plus souvent ; c'est le réseau du patient qui compte le plus dans le choix du patient (connaissance personnelle, proximité). C'est le mode de relation qui s'applique souvent aux paramédicaux dont font partie les masseurs-kinésithérapeutes.

Cependant, le masseur-kinésithérapeute établit au début du traitement son BDK avec un plan de soins et des objectifs à atteindre, souvent très précis et depuis le changement de législation il est autorisé à définir le caractère quantitatif et qualitatif des séances, et il peut aussi prescrire certains matériels médicaux.

Ce changement de statut peut d'ailleurs être vu par certains médecins comme un empiètement de leur domaine de compétence et entraîner une négation dans leurs relations. Au contraire il devrait être une occasion de travailler davantage ensemble, de confronter les opinions, de progresser dans les prises en charge chroniques et difficiles de certains patients et donc d'établir une relation de coopération voire de collaboration.

2.2.2.4. Négation

Dans ce cas, le professionnel n'est ni reconnu sur le plan affectif ni sur le plan professionnel ; on parle d' « **oubliés du réseau** » comme les professionnels mal connus ou en voie de reconnaissance (les ergothérapeutes ou orthophonistes), les non-soignants (médecins du travail ou médecins conseils). Il existe aussi « **les réseaux de refus** » où certains professionnels sont exclus du réseau soit par conflit, soit par empiètement de compétences de chacun (gynécologues, pédiatres, psychiatres, ostéopathes).

2.3. Comment travailler ensemble ?

2.3.1. Travail en réseaux

Il existe deux types de réseaux de santé : le réseau de santé formel bien structuré et reconnu sur le plan législatif à l'échelle locale et nationale, et le réseau non formel constitué par les professionnels eux-mêmes évoluant au fur et à mesure de leur exercice professionnel.

2.3.1.1. Réseaux de santé formels

2.3.1.1.1. Historique et législation

Les réseaux de santé sont apparus dans le dernier tiers du XX^{ème} siècle, de façon plus ou moins formelle et à l'initiative de professionnels désireux d'organiser et de gérer un tissu de compétence autour du patient. Les premiers réseaux mis en place par circulaires dans les années 90 furent : les réseaux SIDA Ville/Hôpital en 1991, les réseaux toxicomanies en 1994, les réseaux hépatite C en 1995. (20)

Puis le 24 avril 1996 est marqué par la publication d'ordonnances dites Juppé, donnant un cadre légal à ces réseaux avec comme objectifs : « d'assurer la continuité des soins, de favoriser une orientation adéquate des patients et d'apporter des réponses graduées aux besoins de santé en optimisant l'offre de soins ».

Initialement, deux types de réseaux avaient été individualisés, les réseaux expérimentaux (code de la sécurité sociale) et les réseaux de soins (code de santé publique) mais finalement le terme **réseau de santé** a remplacé les deux entités.

En effet c'est en 2002 que le terme de réseau de santé est institué par la loi du 4 mars 2002 (art. L.6321.1 du Code de la Santé Publique) et qu'il est défini ainsi :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines pathologies, populations ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico- sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

Une autre circulaire est parue le 2 mars 2007 rappelant et précisant les objectifs attendus des réseaux de santé et clarifiant le champ d'intervention de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) et précisant les modalités d'instruction des dossiers en région. Les réseaux de santé doivent satisfaire à des obligations en termes d'évaluation pour bénéficier de financement sur la DNDR (évaluation interne annuelle et externe aux moments de reconduction du budget) avec des objectifs qualitatifs et quantitatifs, et médico-économiques.

2.3.1.1.2. Définitions

La HAS a donné également sa définition des réseaux de santé qui est très intéressante, et largement utilisée dans de nombreuses publications. (21)

« Les réseaux se caractérisent par leurs finalités (domaines d'intervention, pathologies, populations spécifiques ou générales, types d'activité), leurs objectifs opérationnels, leurs intervenants (membres ou partenaires du réseau), leurs modalités d'organisation (modalités d'intégration des professionnels, modalités d'adhésion des usagers, modalités de coordination, compétences et partage des tâches avec les acteurs), leurs modalités de circulation de l'information, leurs modalités de financement des activités du réseau, leurs cadres d'analyse de leur performance. »

Une autre définition également intéressante est celle du Dr MICALLEF J, Médecin de Santé publique et de Médecine sociale, publiée dans la revue *Thérapie* en 2000 :

« Un réseau de santé se définit par des acteurs préalablement identifiés travaillant de manière complémentaire et synergique, à un objectif commun, a priori non atteignable par un acteur isolé. »

2.3.1.1.3. Exemples de réseaux de santé en Lorraine

L'ordre des médecins de Meurthe et Moselle a publié une liste (non exhaustive) des réseaux de santé lorrains pour les faire connaître et les contacter facilement en cas de besoin. (22)

Tableau 3 : Réseaux de santé en Lorraine

SPECIALITES	NOM DU RESEAU
ADDICTOLOGIE	ALCAD (Alcool et Autre Addiction) RTVH (Réseau Toxicomanie Ville-Hôpital)
ALLERGOLOGIE	ALLERGOLOR
CANCEROLOGIE	ONCOLOR
CARDIOLOGIE	ICALOR (Insuffisance cardiaque)
NEUROLOGIE	LORSEP (Sclérose en plaques)
EVALUATION	EVALOR (évaluation des politiques, programmes et pratiques de santé, en libéral ou en hospitalier)
DIABETE	Maison du diabète et de la Nutrition
PNEUMOLOGIE	RIRLOR (Insuffisance respiratoire)
INFECTIOLOGIE	AGORA (VIH) ANTIBIOLOR
NEPHROLOGIE	NEPHROLOR (Insuffisance Rénale chronique)
GERONTOLOGIE	Réseau gériatrique Gérard Cuny Réseau gériatrique du Vermois, du Sel et du grand couronné RESEAU LU
SOINS PALLIATIFS	AUTREMENT LE PALLIDUM TRAIT D'UNION / ASSOCIATION PIVOINE

Il existe aussi des réseaux de santé à l'échelle nationale, comme par exemple le réseau SOPHIA initialement développé pour le suivi des patients diabétiques.

2.3.1.2. Réseaux de santé informels

2.3.1.2.1. Définitions

Contrairement aux réseaux formels que nous venons de décrire, les réseaux de santé informels sont les réseaux de santé traditionnels notamment de la Médecine Générale. Il s'agit du **réseau de correspondants** habituels avec lesquels travaille le médecin généraliste, constitués de spécialistes médico-chirurgicaux, de biologistes, de pharmaciens, de paramédicaux, et de professionnels du médico-social. Il n'y a pas de cadre administratif particulier, c'est à chacun

de se constituer son réseau en fonction des ses propres compétences et des compétences recherchées, de ses affinités, et de la proximité géographique.

Ce réseau est très important car il permet, tout comme le réseau de santé formel, de coordonner ou de déléguer certains soins, de demander des avis, de se sentir soutenu et aidé dans ses décisions.

Les avantages de ce type de fonctionnement sont que le médecin garde le **libre choix** d'adresser ou non un patient, de choisir ses interlocuteurs, de communiquer plus ou moins avec d'autres professionnels. Mais il existe forcément une très importante disparité de ce mode de travail selon les individus avec les habitudes et le caractère de chacun. (19)

2.3.1.2.2. Intégration dans le parcours de soins du patient du travail en réseau informel du médecin

Le patient est bien sûr toujours au centre de son **parcours de soins**, il va bénéficier du réseau de santé informel de son médecin traitant mais pas uniquement puisqu'il reste libre de ses choix et son médecin doit aussi s'adapter à eux.

Prenons un exemple concernant un patient qui présenterait une pathologie quelconque de l'appareil locomoteur, en intégrant les différents modèles possibles de « travailler ensemble » vus précédemment.

Dans un premier temps, le patient peut de lui-même aller voir un ostéopathe ; puis en l'absence d'amélioration, il vient consulter son médecin traitant.

- La relation médecin généraliste-ostéopathe est souvent de l'ordre de la négation, car il n'existe le plus souvent aucune interaction entre eux.

Le médecin généraliste établit son diagnostic puis décide de l'envoyer chez le masseur-kinésithérapeute pour des soins en plus d'un traitement médicamenteux.

- Il s'agit ici d'une relation d'instrumentalisation entre les deux professionnels ; le patient est libre de choisir son masseur-kinésithérapeute habituel.

Après un certain délai, il persiste toujours des douleurs et le médecin choisit de l'adresser pour un avis plus approfondi à un confrère médecin du sport plus spécialisé.

- La relation représentée ici est la coopération et le patient consulte le plus souvent le médecin conseillé par son médecin traitant.

Finalement, il s'avère que la pathologie du patient nécessite une chirurgie, et son médecin décide alors de l'envoyer à son ami chirurgien orthopédique pour la prise en charge après lui avoir expliqué le tableau par téléphone.

- La relation décrite ici est la collaboration ; mais le patient est à tout à fait libre de choisir son chirurgien ou peut demander un autre avis et son médecin devra alors l'intégrer à son réseau.

2.3.1.2.3. Exemple d'un réseau de soins informel dans le Pays Diois

Nous pouvons citer un exemple très intéressant de regroupement de professionnels de santé dans le pays Diois, sur lequel la revue *Prescrire* a récemment publié un article, dans le cadre d'un numéro spécial consacré à « travailler ensemble pour soigner mieux » faisant suite aux *Rencontres Prescrire 2012* à Angers. (23)

Une infirmière libérale nous relate son expérience dans la Drôme, en milieu rural. Depuis les années 1980, les professionnels locaux souhaitaient rompre leur isolement et mieux se connaître, et après des rencontres amicales informelles, une semaine de formation commune a été organisée en été, intitulée les « formations de l'université d'été du Diois » à l'hôpital de Die où pouvaient se rencontrer spécialistes et généralistes, médecins ruraux et urbains. Puis à partir de septembre 2010, un autre type de réunions a été mis en place, regroupant différents professionnels libéraux : infirmières, kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, ostéopathes et pharmaciens. Les participants avaient tous l'envie « d'améliorer la collaboration, l'entente, les connaissances sur les activités de chacun, de grouper les compétences et de les mettre au service des patients pour lui redonner une place centrale. »

Les réunions se réalisent donc une fois tous les deux mois sur un thème choisi communément et les séances sont animées par un spécialiste local. Une collation, amenée par chacun, est partagée ensemble puis après l'exposé d'environ 1h30, le débat est ouvert à toutes les questions.

Les points positifs soulignés par l'infirmière sont qu'une « formation est plus incitative qu'une réunion informelle » car elle permet d'entrer plus facilement en communication, de comparer les habitudes de chacun, d'apprendre le rôle de chacun dans telle situation et donc d'améliorer les prises en charge voire de trouver des protocoles communs de travail. Elle souligne que dans ce cadre, cela a été plus facile de faire connaissance avec les différents professionnels puis de se faire confiance. Elle raconte que les médecins font maintenant quasiment systématiquement des transmissions écrites ou orales aux infirmières et que celles-ci n'hésitent plus à appeler les médecins en sachant qu'elles seront bien reçues : « pour l'infirmière c'est l'assurance d'une meilleure compréhension des traitements, pour le médecin des conséquences de ce traitement, et pour le patient la preuve d'une coordination efficace des soins ».

Les points négatifs relevés sont malheureusement que la trentaine de participants initiaux a diminué avec le temps devenant une assemblée de 15 à 20 personnes (5-6 médecins, 3 pharmaciens sur 7, 4 kinésithérapeutes sur 10, 1 biologiste, 10 infirmières sur 20). Elle souligne donc la difficulté d'appliquer certaines décisions prises en commun parfois incomprises par certains non présents ; elle souligne aussi que les patients peuvent être méfiants à se confier s'ils savent que les différents professionnels communiquent beaucoup entre eux, et que certains professionnels ont peur de perdre une certaine autonomie de décision.

Elle conclut en disant qu'à présent tous les professionnels communiquent davantage, notamment par email, pour passer une information, demander une ordonnance, ou exprimer un ressenti. Le bénéfice se faisant ressentir à court, moyen, et long terme pour les professionnels et les patients.

Ce type de travail en réseau informel nous a semblé très intéressant à différents points de vue :

- Pour son mode de fonctionnement en formation permettant de mobiliser différents professionnels autour d'un même thème
- Pour son rythme suffisamment espacé ne devenant pas trop chronophage
- Pour sa convivialité en facilitant la communication et permettant d'apprendre à se connaître et se faire confiance
- Pour sa pluridisciplinarité
- Pour son impact sur les relations et les pratiques professionnels avec la création de protocoles de travail communs
- Pour la multiplication des échanges par courriels et par téléphone

2.3.2. Les Maisons de santé

2.3.2.1. Généralités

2.3.2.1.1. Précurseurs

Le concept de « maison de santé » est assez récent mais il existe depuis longtemps des structures de type « dispensaires », présentes depuis la fin du XIXème siècle (par exemple la Croix Rouge Française a créé son premier dispensaire en 1899), des regroupements de médecins développés à partir des années 1930, et des centres de santé développés surtout après la seconde guerre mondiale. (24)

Les dispensaires ont été créés par les communes pour lutter contre « une situation sanitaire défavorable, un fort taux de mortalité infantile et un sous-encadrement médical ». Ils étaient à l'époque surtout ouverts aux personnes défavorisées (bénéficiant de l'Assistance Médicale gratuite mis en place en 1893) puis ils ont été ouverts à tous. (25)

Les centres de santé, apparus après-guerre, sont l'évolution de ces dispensaires favorisés par l'assurance maladie et non par les syndicats qui y voyaient une concurrence avec la médecine générale. La première convention médicale signée en 1960 entre les syndicats libéraux et l'assurance maladie va peu à peu faire disparaître les centres de santé ne se justifiant plus,

grâce à l'accès facilité aux soins. Il persiste cependant quelques centres de soins répartis en trois groupes : les centres de soins infirmiers (8,25% de l'offre libérale en 2003), les centres de santé dentaires (3,7% de l'offre libérale en 2003) et les centres de santé médicaux (1% de l'offre libérale en 2003). Les décrets du 15 janvier 1991 ont permis leur persistance actuelle avec l'unification de leur statut, la signature d'une convention de type nationale, l'actualisation de leur condition d'agrément et un remboursement aux centres d'une partie de des charges sociales de leur personnel soignant. Ils sont le plus souvent municipaux et associés à une activité salariale de leurs professionnels et étroitement liés à des missions sociales.

Les cabinets de groupe se sont développés depuis les années 1930 mais surtout après les années 1960 sous l'impulsion notamment du Syndicat National des médecins de groupe (Dr W Junod et AM Soulié) ; ils étaient plutôt monodisciplinaires ou entre spécialités médicales ou chirurgicales ; ce n'est que depuis une vingtaine d'années que des paramédicaux ont été associés à ces groupes.

2.3.2.1.2. Définitions et Législation

Les maisons de santé sont apparues depuis un peu plus d'une dizaine d'années dans un contexte de baisse de la démographie médicale, de désertification médicale en milieu semi-rural et rural, de climat économique défavorable, et de changements des besoins et aspirations des professionnels de santé.

Sur le plan législatif nous pouvons citer trois lois qui ont contribué à l'essor de ces maisons de santé.

Tout d'abord, la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007 (art.44) avec la création de l'article L.6323-3 du code de la santé publique modifiée par la loi 2011-940 du 10 août 2011 décrivant les missions des maisons de santé.

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours (...) et, le cas échéant, de second recours (...) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Puis en 2009, **la loi HPST** « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » fait de leur création une priorité. Elle les définit comme étant le « regroupement de professionnels médicaux et paramédicaux ayant un même projet ». (26)

En 2011, **la loi Fourcade**, modifiant la loi HPST, décrit la maison de santé comme une personne morale. Elle ajoute le terme de maison de santé « pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire » illustrant la collaboration entre plusieurs professionnels de santé ; elle inclut également les pharmaciens aux professionnels de santé pouvant exercer au sein de la structure.

Rappelons qu'il n'existe pas de labellisation des maisons de santé donc elles regroupent différentes structures aux caractéristiques variables. Mais des financements publics sont uniquement attribués aux maisons de santé répondant au cahier des charges dressé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en septembre 2010 : « présence d'au moins deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute...) avec un projet de santé partagé ».

A noter les pôles de santé regroupent dans un même territoire des professionnels de santé différents, mais chacun conservant son indépendance et son lieu d'exercice. La loi HPST ne lui impose pas l'obligation d'élaborer un projet de santé.

2.3.2.2. Répartition actuelle sur le territoire national et lorrain

2.3.2.2.1. A l'échelle Nationale

Pour l'année 2009, la DGOS, pour estimer le nombre de maisons de santé, avait comptabilisé les structures ayant obtenu un financement par l'Etat : 81 maisons de santé en fonctionnement étaient recensées, et 160 structures étaient attendues jusqu'à la fin de l'année 2009. La fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) en dénombrait environ 150. Il existait une hétérogénéité de leur répartition sur le territoire : les 81 maisons de santé recensées par la DGOS se répartissaient sur 19 régions, dont 79 % en zones dites « fragiles ».

En janvier 2012, 235 maisons de santé en fonctionnement ont été dénombrées et environ 450 maisons en projets étaient recensées.

Nous pouvons y dénombrer à la date du 31 mai 2011:

- En Meuse :
 - ✓ 6 MSP et 2 PDS réalisés + 1 Maison Médicale réalisée
 - ✓ 3 MSP en construction
 - ✓ 4 MSP en cours d'élaboration + 2 Maisons médicales en cours d'élaborations
 - ✓ 5 MSP en cours de réflexion

- En Meurthe-et-Moselle :
 - ✓ 5 MSP réalisées
 - ✓ 12 en cours de réflexion
 - ✓ 1 MSP en construction
 - ✓ 4 en cours d'élaboration

- En Moselle :
 - ✓ 0 MSP réalisée
 - ✓ 1 MSP en cours de construction
 - ✓ 5 MSP en cours d'élaboration
 - ✓ 5 MSP en cours de réflexion

- Dans les Vosges :
 - ✓ 7 MSP réalisées + 4 Maisons Médicales réalisées
 - ✓ 4 MSP en cours de construction
 - ✓ 7 MSP en cours d'élaboration
 - ✓ 4 MSP en cours de réflexion

Au total ce sont donc 18 MSP réalisées et 64 projets de MSP en cours de réalisation ou de réflexion.

On remarque que ce sont en Meuse et dans les Vosges que prédominent les projets réalisés et à venir des MSP ; ces départements présentant des territoires ruraux plus importants et une carence de professionnels nécessitant une organisation en groupe pour y pallier.

2.3.2.3. Evaluation des maisons de santé : rapport ministériel

Un rapport visant à identifier les obstacles et les facteurs de réussite d'implantation des maisons et pôle de santé avec la réalisation de propositions de soutien à leur déploiement a été réalisé en 2009 à la demande de Madame Roselyne BACHELOT, Ministre de la santé et des sports, de Madame Fadela AMARA, Secrétaire d'Etat à la politique et à la ville et Monsieur Hubert FALCO, Secrétaire d'Etat à l'aménagement du territoire. (30)

Ils rappellent dans ce rapport que le projet de loi HPST va renforcer le rôle des MSP en instituant un schéma régional d'aménagement de l'offre de soins ambulatoires en partie en favorisant leur bonne répartition sur le territoire.

Le constat est fait d'un besoin de sécurisation juridique et financière de ces structures et sept séries de mesures ont été proposées à l'issue de cet état des lieux visant à faciliter l'émergence de ces dispositifs de soins de premier recours en zone rurale et péri-urbaine que nous rapportons ci-dessous :

- ✓ Identification d'un cadre pour les exercices pluri professionnels
- ✓ Adoption d'un nouveau cadre juridique
- ✓ Promotion de nouveaux modes de financement
- ✓ Accompagnement des professionnels
- ✓ Inscription dans une logique d'engagements réciproques entre autorités publiques et professionnels de santé
- ✓ Réponse aux attentes des professionnels et des patients
- ✓ Identification de ces structures comme des lieux de formations pluri professionnelles privilégiés

2.4. Commentaires

Les relations interprofessionnelles ont évolué ces dernières années. Les défis auxquels l'offre de soins ambulatoires doit répondre sont nombreux.

Les réseaux de santé formels sont déjà bien développés sur le territoire national et régional. La notion de transversalité y est très importante. Le réseau de santé complète les structures existantes et permet une meilleure coordination des soins et coopération des acteurs de santé et sociaux en mutualisant leurs connaissances. Il modifie ainsi les rapports de hiérarchie existant entre les différents professionnels volontaires et favorise les échanges entre eux. Il permet évidemment la délivrance de soins mais aussi la réalisation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique. Il permet un décloisonnement de notre système de santé et apporte un soutien aux professionnels, aux patients et à leurs familles.

Le travail en réseau informel s'inspire de cet état d'esprit de partage et de coordination des soins. Il constitue le cœur des relations entre les médecins généralistes et les autres professionnels qu'ils soient médecins, paramédicaux ou travailleurs sociaux. Et il s'intègre dans le parcours de soins du patient.

Le médecin généraliste est partagé comme nous l'avons vu entre son idéal de travailler en équipe, son idéal d'autonomie et son idéal relationnel. Le travail en maison de santé est souvent proposé alors comme une solution à ces idéaux.

L'évolution législative, en l'occurrence la loi HPST puis Fourcade, contribue à modifier le paysage de l'offre de soins avec une réelle volonté de favoriser l'implantation de maisons et pôles de santé, comme en témoigne d'ailleurs la multiplication quasiment par trois des Maisons de Santé en quelques années en France.

Mais qu'en est-il de la relation médecin généraliste / masseur-kinésithérapeute en pratique ? Selon l'étude détaillée ci-dessus sur les réseaux de santé informels, ces relations sont qualifiées « d'instrumentalisation » avec seulement peu d'échanges et surtout des échanges unilatéraux, tout le contraire du modèle « collaboratif » souhaité idéalement ou attendu législativement.

3. LA RELATION MEDECIN GENERALISTE - MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

3.1. Démographie de ces professionnels de santé en 2011

Les chiffres énoncés ci-dessous correspondent aux données publiées par STATISS en 2011 au 1^{er} janvier 2010 selon la DREES, l'ARS et ADELI.

3.1.1. Démographie médicale libérale en 2011 (31)

Tableau 4 : Démographie Médicale en 2011

	France Métropolitaine	Lorraine	54	88	57	55
Nombre	68 237	2419	870	375	1007	167
Densité pour 100 000 habitants	109	103	119	99	96	86
Praticiens + de 55 ans	27 213	854	258	157	363	76

Nous observons que la démographie médicale en Lorraine en termes de densité n'est pas très éloignée de la densité nationale bien qu'il existe des disparités départementales avec un taux beaucoup plus bas en Meuse.

Le pourcentage de médecins de plus de 55 ans est en Lorraine estimé à 35%, contre un pourcentage national de 39% ; il est de 45% en Meuse et de 42% dans les Vosges, 35% en Meurthe-et-Moselle et 36% en Moselle.

3.1.2. Démographie des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en 2011 (31)

Tableau 5 : Démographie des masseurs-kinésithérapeutes en 2011

	France Métropolitaine	Lorraine	54	88	57	55
Nombre	54 274	1428	493	233	601	101
Densité pour 100 000 habitants	87	61	67	61	58	52

La densité pour 100 000 habitants des masseurs-kinésithérapeutes est inférieure à la densité nationale avec une répartition en Lorraine à nouveau disparate, notamment en Meuse où on note un déficit important.

3.2. Etudes existantes sur la relation médecin / masseur-kinésithérapeute

Peu d'études ont été retrouvées à ce sujet car ce thème est peu abordé dans la littérature scientifique.

3.2.1. En France

3.2.1.1. Étude qualitative dans la région nantaise

Une enquête qualitative a été publiée en juin 2010 concernant cette relation médecin généraliste / masseur-kinésithérapeute. (32)

Cette enquête était partie de l'hypothèse que les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes communiquaient peu malgré l'évolution réglementaire de 2000. Il s'agissait d'une enquête qualitative par Focus Group réalisée auprès de 10 masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la région Nantaise dont 6 femmes et 4 hommes choisis de façon aléatoire dans l'annuaire téléphonique.

Le guide d'entretien initial comportait quatre questions : la première portait sur la perception de la relation médecin / kinésithérapeute (et connaissance de la nouvelle réglementation), la seconde sur le qualificatif de cette relation, la troisième sur les moyens de communication utilisés et la dernière sur les moyens d'améliorer cette relation.

Globalement les résultats retrouvent que la communication est qualifiée de « bonne, sympathique ou conviviale », avec un caractère de relation plutôt d'ordre « professionnel » ; elle est aussi parfois considérée comme « mauvaise » avec des difficultés d'obtenir des réponses concrètes.

Le facteur temps est évoqué dans la limitation des échanges directs avec « peur de déranger le médecin » ou « peur de lui faire perdre du temps » ; il est précisé que ces relations s'arrangeraient avec le temps. Le type de relation semble être influencé par l'âge du médecin avec une relation qualifiée de « plus humaniste » avec les médecins les plus âgés et « plus

technique » avec les jeunes médecins ; la relation semble aussi influencée par le milieu d'exercice avec une notion de concurrence citée pour l'exercice urbain alors que les relations rurales paraissent plus chaleureuses.

Concernant la réglementation sur l'obligation d'envoi du BDK, les masseurs-kinésithérapeutes sont partagés : la plupart le font et le mettent dans leur dossier, ils ne les envoient que très peu aux médecins sauf cas particuliers car selon eux, ces derniers ne les lisent pas ou n'expriment pas d'intérêt particulier. A noter que la question de faire un bilan final qui intéresserait davantage les médecins généralistes est posée. Ils craignent également une « flicage des caisses » et trouvent que l'information donnée est souvent relative et qu'elle doit être la plus synthétique possible pour être la plus compréhensible pour les médecins généralistes.

Le moyen de communication le plus utilisé est le téléphone. Le patient joue aussi un rôle actif dans leurs échanges.

Les rapports physiques ont lieu surtout à l'installation, ou par hasard en visite à domicile, plus facilement en milieu rural. Quelques masseurs-kinésithérapeutes ont assisté à des formations communes avec les médecins généralistes.

L'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes présents a constaté que les médecins généralistes ne « savaient pas toujours ce que le masseur-kinésithérapeute faisait ou pouvait faire ».

Les propositions finales ont porté sur : faire un effort de communication de la part des médecins généralistes sur les renseignements nécessaires aux masseurs-kinésithérapeutes pour valoriser leur travail, améliorer la formation sur la kinésithérapie des médecins généralistes, réaliser des formations communes, améliorer l'image de la Masso-kinésithérapie, se regrouper en maisons de santé pour travailler ensemble, développer des relations conviviales non professionnelles.

Les auteurs sont conscients que les résultats de leur étude ne peuvent être généralisés mais peuvent servir à définir une enquête quantitative à plus grande échelle, ce que nous avons essayé de faire dans notre étude.

3.2.1.2. Etude qualitative en région parisienne

Une autre étude qualitative a été menée par le ministère de la santé en 2009 portant sur « la prescription de la Masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et Rhumatologues » effectuée à la demande de l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) : 12 Médecins Généralistes libéraux parisiens et 8 Rhumatologues ont été interrogés en entretiens semi-directifs. (33)

Le premier constat de ces entretiens est que les médecins généralistes reconnaissent globalement une certaine ignorance de la Masso-kinésithérapie théorique mais aussi pratique avec des difficultés à prescrire de façon éclairée. Ils considèrent plutôt cette profession comme un « champ de pratique experte », face à laquelle ils sont « peu outillés et peu dotés de références de pratiques ».

Concernant leur formation, la plupart reconnaissent n'avoir eu aucune formation à ce sujet même les plus jeunes, en dehors pour certains d'un contact lors de leurs stages hospitaliers. Ils admettent aussi ne pas connaître le contenu d'un cabinet de kinésithérapie. Ils pratiquent une prescription plutôt empirique construite au fil du temps sur les résultats objectifs et subjectifs de leurs patients mais aussi selon leurs ressentis positifs ou négatifs (jouant un rôle dans la constitution du réseau de correspondants). L'expérience en tant que patient participe aussi à l'image que le médecin généraliste se construit de la Masso-kinésithérapie. Ils conviennent aussi qu'ils n'ont « aucune représentation du corps de connaissances mobilisées par les masseurs-kinésithérapeutes ».

3.2.1.3. Rapport sur la pratique de groupe des médecins généralistes

Un rapport sur la pratique de groupe des médecins généralistes a été publié en octobre 2004 et réalisé par le Centre Universitaire de Médecine Générale (UCL) en partenariat avec la Société Scientifique de Médecine Générale SSMG, et financé par le ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement.

Cette étude regroupait un échantillon de 150 médecins généralistes (115 hommes et 35 femmes) avec une moyenne d'âge de 44 ans, et le but était d'analyser la pratique en réseau des médecins généralistes francophones.

La définition de « ce travail en réseau » retenue par le groupe d'experts était : « *toute collaboration professionnelle formelle ou informelle, non ponctuelle, entre médecins généralistes et d'autres médecins, d'autres professionnels (paramédicaux ou non) ou services locaux de santé pour assurer la qualité des soins au patient et à ses proches* ».

Les pratiques de groupes parmi les médecins interrogés étaient divisées pour 23% en une pratique en duo, 10% en groupe monodisciplinaire et 11% en groupe pluridisciplinaire.

Concernant les relations avec les masseurs-kinésithérapeutes, seulement 18% des médecins généralistes exprimaient qu'ils n'entretenaient pas ou peu de relations avec eux, ce qui sous-entendait que les 82% restants entretenaient des relations plus courantes. Le mode de communication privilégié était le téléphone pour 25% d'entre eux, les rencontres au lit du malade étaient plus rares avec seulement 3% des médecins généralistes, et les contacts lors des réunions étaient également faibles à 4%. (34)

3.2.2. A l'échelle Internationale : étude américaine de 1988

Nous avons retrouvé une ancienne étude datant de 1988 publiée dans un journal américain spécialisé en Masso-kinésithérapie qui permet d'appréhender les relations interprofessionnelles d'il y a 25 ans. Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée auprès de dix physiothérapeutes et de huit médecins généralistes.

Les résultats de l'étude montraient que les physiothérapeutes interrogés souhaitaient améliorer les échanges avec les médecins en termes de qualité et de quantité. Les Médecins eux, voulaient plutôt privilégier une communication brève mais avec des données claires et synthétiques fournies par les physiothérapeutes.

Des étudiants en physiothérapie avaient essayé dans les suites de cette étude de développer quelques lignes directrices pour améliorer ces échanges. Le premier moyen était d'identifier les médecins avec qui la communication était plus facile, et de connaître les horaires où il

était possible de les joindre préférentiellement ; il fallait également essayer « d’être clair et concis, poli et sûr de soi et d’utiliser le téléphone avec discernement » pour le physiothérapeute.

Les auteurs concluaient que la communication avec les médecins devait donc être abordée sur une base individuelle, selon la personnalité et les attentes de chacun, mais que c’était au physiothérapeute de prendre l’initiative de développer de bons rapports avec le médecin.

Il est certain que la situation a bien évolué depuis et que ce rapport hiérarchique et d’adaptation unilatérale du masseur-kinésithérapeute au médecin généraliste est aujourd’hui bien dépassé, mais il est intéressant de se le remémorer.

3.3. Commentaires

Il ressort de ces différentes études que la relation médecin généraliste / masseur-kinésithérapeute est le plus souvent qualifiée de cordiale et sympathique mais est finalement très peu « investie » par les deux professionnels qui se connaissent assez peu.

On ressent une certaine ignorance en matière de Masso-kinésithérapie des médecins généralistes qui avouent prescrire de façon plutôt empirique que de façon éclairée.

Le facteur temps limite les échanges et la communication se fait essentiellement par téléphone et parfois par hasard en visite. Les contacts lors des réunions et des formations sont quasiment inexistantes.

Des échanges sous la forme de formations leur sembleraient intéressants pour favoriser le dialogue et créer des relations de confiance. Le travail en maison de santé est aussi cité comme solution pour améliorer les relations.

Nous allons à présent voir si ces tendances se confirment dans notre enquête quantitative, afin de dresser un état des lieux actuel de ces relations en Lorraine, en confrontant les points de vue des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes.

DEUXIÈME PARTIE : ENQUETE EN LORRAINE

1. MÉTHODOLOGIE

1.1. Type de l'étude

Nous avons réalisé une enquête épidémiologique quantitative à visée descriptive et comparative par questionnaires adressés à des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes de Lorraine, concernant leurs habitudes de prescriptions, les connaissances en matière de Masso-kinésithérapie des médecins généralistes, le type et les moyens de communication existant actuellement entre eux ; une comparaison selon le mode d'exercice a été réalisée pour certaines questions.

Pour des questions de commodité dans cette enquête, les médecins généralistes étaient désignés par MG et les masseurs-kinésithérapeutes par MK ; nous utiliserons en partie ces abréviations ci-après.

1.2. Sélection de la population étudiée

L'enquête se déroulait en Lorraine, elle a donc été adressée à des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes exerçant en milieu libéral dans l'un des quatre départements de Lorraine.

Un **tirage au sort** a été pratiqué à partir de la liste des professionnels inscrits sur les pages jaunes pour les quatre départements.

Les médecins avec exercice particulier (homéopathe, ostéopathe, médecin du sport) n'ont pas été particulièrement exclus. Nous avons par contre une contrainte d'un mode d'exercice différent pour pouvoir réaliser l'étude.

Au total, **411** questionnaires ont été envoyés.

Tableau 6 : Nombre de questionnaires envoyés

	Médecins Généralistes	Masseurs-Kinésithérapeutes
Meurthe-et-Moselle	73	70
Vosges	49	58
Moselle	50	51
Meuse	30	30
Au total	202	209

1.3. Déroulement de l'enquête

Notre enquête a donc été envoyée par voie postale le 6 juin 2012 accompagnée d'une lettre explicative (annexe 3) et d'une enveloppe préaffranchie pour le retour postal. La date limite de réponse avait été fixée au 30 juin, délai assez rapide pour mobiliser les destinataires ; finalement les réponses reçues jusqu'au 15 juillet ont été prises en compte (date des dernières réponses reçues). Il n'y a pas eu de relance devant le bon taux de réponses. Les différents professionnels qui le désiraient ont été invités à donner leur adresse e-mail pour recevoir les résultats de l'enquête. Ils ont d'ailleurs été assez nombreux à le souhaiter : 60 masseurs-kinésithérapeutes et 24 médecins généralistes.

1.4. Contenu des questionnaires

Il s'agissait donc de deux questionnaires différents destinés aux médecins généralistes et aux masseurs-kinésithérapeutes. Certaines questions étaient communes aux deux questionnaires et d'autres différentes, correspondant ainsi aux particularités de chaque profession.

Le questionnaire MG comportait 52 questions et le questionnaire MK en comptait 40 avec une majorité de questions fermées (mais aussi quelques questions ouvertes).

Globalement, ils étaient composés de quatre parties avec à la fin des deux questionnaires, quelques questions supplémentaires adressées uniquement aux professionnels ayant un exercice pluridisciplinaire unissant médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Ils sont consultables en annexes 4 et 5. Les remarques libres des médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes sont retranscrites en annexe 6 et 7.

1.4.1. Première partie

Elle concernait le profil des professionnels avec leur âge, leur sexe, leur département d'activité, leur milieu d'exercice, leur type d'exercice et la pratique d'activités particulières.
Questionnaires MG et MK (questions 1 à 6)

1.4.2. Deuxième partie

Celle-ci était consacrée d'une part aux caractéristiques de la prescription médicale et d'autre part à celles du Bilan Diagnostic Kinésithérapique.

Questionnaires MG et MK (questions 7 à 18)

1.4.3. Troisième partie

La troisième partie s'intéressait aux connaissances des médecins généralistes en matière de Masso-kinésithérapie, aux ressentis des MG et MK face à ces connaissances, à la formation des MG, et à leur avis concernant l'existence de recommandations et d'études.

Questionnaire MG (questions 19 à 37) et questionnaire MK (questions 19 à 26)

1.4.4. Quatrième partie

La quatrième partie essayait de déterminer le type de relation existant entre nos deux professionnels : leur degré de connaissances, la qualification qu'ils donnent à leurs relations, les caractéristiques de leur communication (moyens, fréquence, contenu), et leur opinion sur l'exercice en maison de santé.

Questionnaire MG (38 à 49) et questionnaire MK (27 à 36)

1.4.5. Questions supplémentaires

Elles étaient adressées aux MG et MK travaillant ensemble en maison de santé pour voir s'ils se contactaient davantage et si des réunions étaient organisées entre eux.

Questionnaire MG (questions 50 à 52) et questionnaires MK (questions 37 à 40)

1.5. Saisie des questionnaires et analyse statistique

La conception du questionnaire, la réalisation du masque de saisie et l'analyse statistique ont été réalisées avec l'aide du Dr Cédric BAUMANN, médecin épidémiologiste du service d'Épidémiologie et d'Évaluation Clinique du CHU de Nancy et M. Matthieu SCHOCKMEL, interne de Santé Publique.

La saisie des informations des questionnaires a été faite à l'aide du logiciel Epi data 3.1 ; l'analyse des données a été réalisée avec les logiciels SAS et Excel.

Une analyse descriptive des résultats a été effectuée dans un premier temps, puis une seconde comparative selon le type d'exercice : groupe maisons de santé pluridisciplinaires avec MG et MK versus les autres types d'exercice pour essayer de voir s'il existait une différence significative entre ces groupes et s'il existait un bénéfice à travailler en maisons de santé pluridisciplinaires.

2. RÉSULTATS

2.1. Participation à l'étude

Le taux de participation à notre étude a été plutôt satisfaisant : **55% pour les médecins généralistes** et **62% pour les masseurs-kinésithérapeutes**.

Tableau 7 : Nombre et pourcentage de réponses à notre enquête par départements

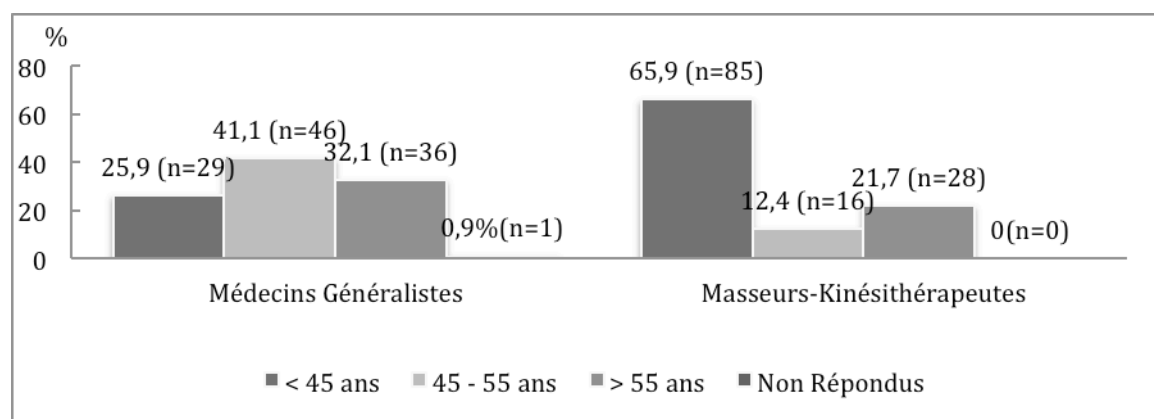
	Médecins Généralistes			Masseurs-kinésithérapeutes		
	Nombre de questionnaires envoyés	Nombre de questionnaires reçus	Pourcentage de réponses (%)	Nombre de questionnaires envoyés	Nombre de questionnaires reçus	Pourcentage de réponses (%)
54	73	45	66	70	47	67
57	50	22	44	51	26	51
88	49	32	65	58	32	55
55	30	13	43	30	24	80
Au total	202	112	55	209	129	62

2.2. Profil des médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes

2.2.1. Âge

Par commodité, les âges ont été regroupés en trois catégories : les moins de 45 ans, entre 45 et 55 ans et les plus de 55 ans.

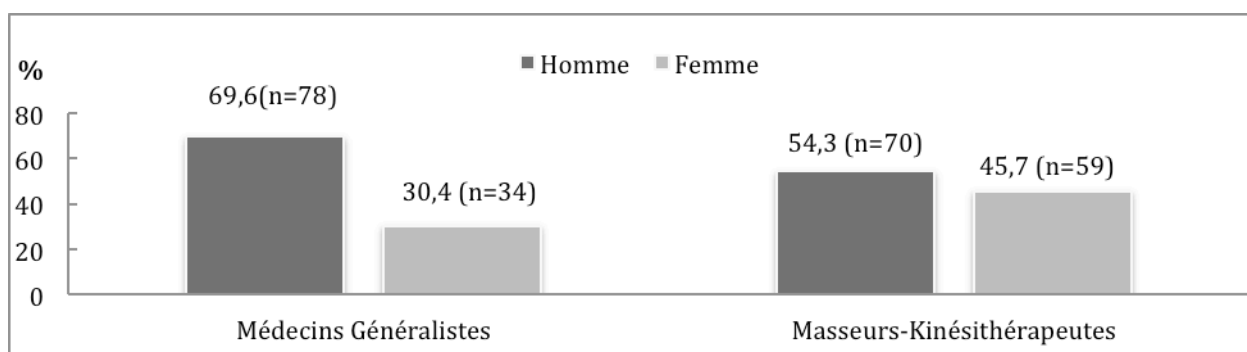
Figure 3 : Catégorie d'âge des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes



Nous observons que la catégorie d'âge la plus représentée pour les **médecins généralistes** est celle des **45-55 ans** alors que pour les **masseurs-kinésithérapeutes**, c'est très majoritairement celle des moins de 45 ans.

2.2.2. Sexe

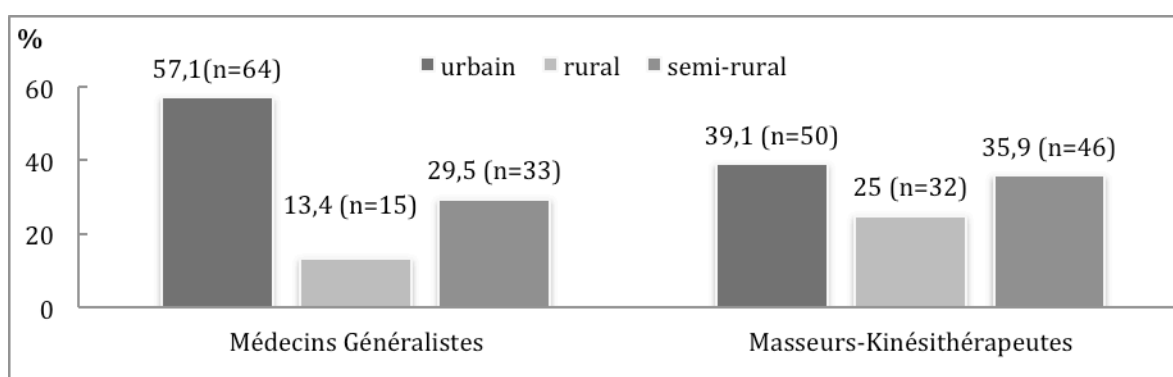
Figure 2 : Répartition par sexe des MG et MK



Dans la population des médecins généralistes, on retrouve environ 2/3 d'hommes pour 1/3 de femmes, pour celle des masseurs-kinésithérapeutes, la répartition est plutôt équilibrée avec une légère majorité d'hommes.

2.2.3. Milieu d'exercice

Figure 3 : Répartition par milieu d'exercice



Le milieu d'exercice des médecins généralistes de notre étude est plutôt urbain alors qu'il est beaucoup plus équilibré pour les masseurs-kinésithérapeutes nous ayant répondu.

2.2.4. Type d'exercice

Tableau 8 : Répartitions des MG et MK par type d'exercice

	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Seul	49	43,8	39	30,2
Groupe Monodisciplinaire	35	31,3	67	51,9
Groupe Pluridisciplinaire avec MK et MG	23	20,5	18	14
Groupe Pluridisciplinaire sans MK et MG	5	4,4	5	3,9
Total	112	100	129	100

L'exercice solitaire pour les médecins généralistes apparaît comme le premier type d'exercice avec 43,8% puis vient l'exercice en groupe monodisciplinaire à 31,3% alors que c'est l'inverse pour les masseurs-kinésithérapeutes pour lesquels l'exercice en groupe monodisciplinaire est très majoritaire à 54,9%.

L'exercice pluridisciplinaire regroupant MG et MK est globalement en troisième position pour nos deux professionnels (23% pour les MG et 18% pour les MK).

2.2.5. Spécialisations

Dans l'effectif de médecins généralistes interrogés, 13 sont médecins ostéopathes, 16 sont médecins du sport et 18 sont médecins homéopathes.

Dans l'effectif de masseurs-kinésithérapeutes, les différentes spécialisations ou activités particulières sont très nombreuses et variées car elles dépendent des différentes formations effectuées ; nous ne les détaillerons pas ici mais pouvons en citer quelques-unes : Thérapie manuelle, Microkinésithérapie, Balnéothérapie, Endermologie, Réflexologie plantaire, Reconstruction posturale, Mac Kenzie, Fasciathérapie, Médecine traditionnelle chinoise, Formation Busquet.

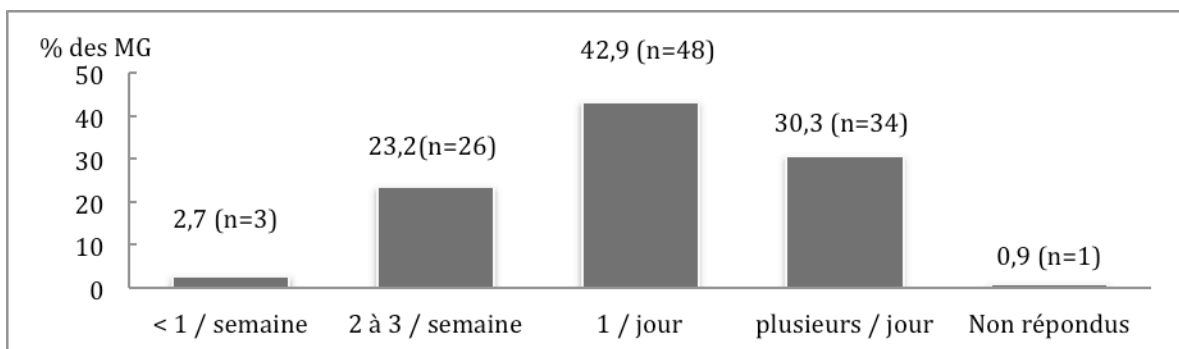
2.3. Prescription médicale et Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK)

2.3.1. Prescription médicale

Nous avons donc interrogé les médecins généralistes sur leur manière de réaliser leurs ordonnances pour savoir ce qu'ils précisaient dessus (diagnostic, nombres de séances, objectifs, techniques), si cette ordonnance réalisée correspondait à la législation en vigueur et si les médecins généralistes la connaissaient et en tenaient compte.

2.3.1.1. Fréquence de prescription

Figure 4 : Fréquence de prescription de la Masso-Kinésithérapie par les MG



La prescription de la Masso-kinésithérapie apparaît dans notre échantillon être une prescription très courante avec une **pratique quotidienne et pluriquotidienne** majoritairement.

2.3.1.2. Pathologies les plus prescrites

Les médecins généralistes ont été interrogés sur les pathologies pour lesquelles ils prescrivaient de la Masso-kinésithérapie et ils devaient établir un classement par ordre décroissant de fréquence de prescription (1 pour la plus prescrite, puis 2...etc., et 0 si jamais prescrite).

Tableau 9 : Classement décroissant par ordre de fréquence des pathologies prescrites (résultats donnés en effectifs, 0 correspondant à aucune prescription)

Ordre décroissant de fréquence de prescriptions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	NR	Total
Rhumatologie	83	21	5	1	0	0	0	0	0	0	0	2	112
Neurologie	23	5	8	14	11	14	19	10	6	0	23	1	112
Orthopédie/Traumatologie	40	51	13	3	1	0	0	0	0	1	2	2	112
Cardiologie	0	2	4	0	1	4	4	9	10	0	76	2	112
Respiratoires Adulte	6	6	11	18	21	13	9	6	2	0	19	1	112
Lymphologiques	3	4	6	6	8	8	12	13	8	0	43	1	112
Respiratoires pédiatriques	9	13	31	24	10	5	5	1	2	0	11	1	112
Soins d'entretien	12	16	23	14	8	9	14	3	1	0	11	1	112
Urologie /Gynécologie	3	7	12	14	18	19	10	3	3	0	22	1	112
Autre	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	102	5	112

La Rhumatologie est la première pathologie prescrite, citée 83 fois en 1^{er} puis 21 fois en 2^{ème}, ensuite vient l'**Orthopédie -Traumatologie** citée 40 fois en 1^{er} puis 51 fois en 2^{ème}, puis viennent les **Soins d'entretien**, les **Pathologies respiratoires pédiatriques**, la **Neurologie**, l'**Urologie-Gynécologie**, les **Pathologies respiratoires adultes**, la **Neurologie**, et enfin les **Pathologies lymphatiques et la Cardiologie**.

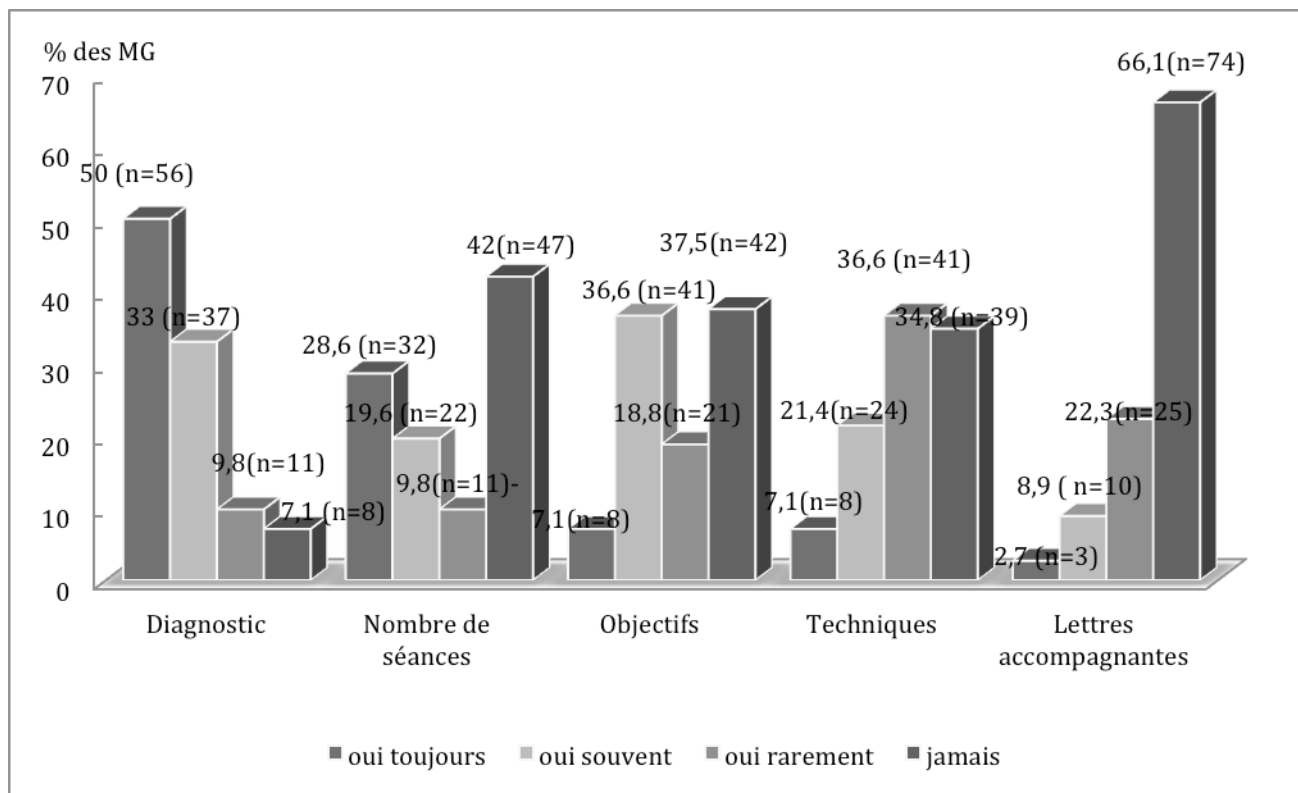
2.3.1.3. En pratique

Les médecins généralistes ont été interrogés sur les éléments qu'ils faisaient apparaître sur l'ordonnance : le diagnostic, le nombre de séance, les objectifs, les techniques ; et s'ils joignaient à l'ordonnance une lettre accompagnante.

La même question a été posée aux masseurs-kinésithérapeutes concernant le contenu des prescriptions médicales qu'ils recevaient.

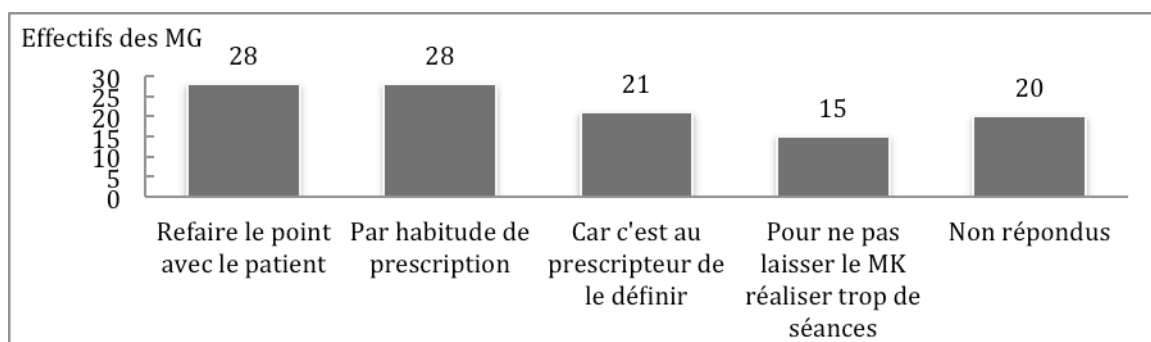
2.3.1.3.1. Médecins généralistes

Figure 5 : Eléments figurant sur l'ordonnance d'après les MG



Pour le **diagnostic**, les médecins généralistes disent le préciser fréquemment : « toujours » à 50% et « souvent » à 33%. La tendance pour l'**aspect quantitatif** est partagée paradoxalement entre « jamais » à 42% et « toujours » à 28,6 %. Concernant la **lettre accompagnante**, il apparaît clairement qu'elle n'est quasiment pas réalisée : « jamais » à 66,1%.

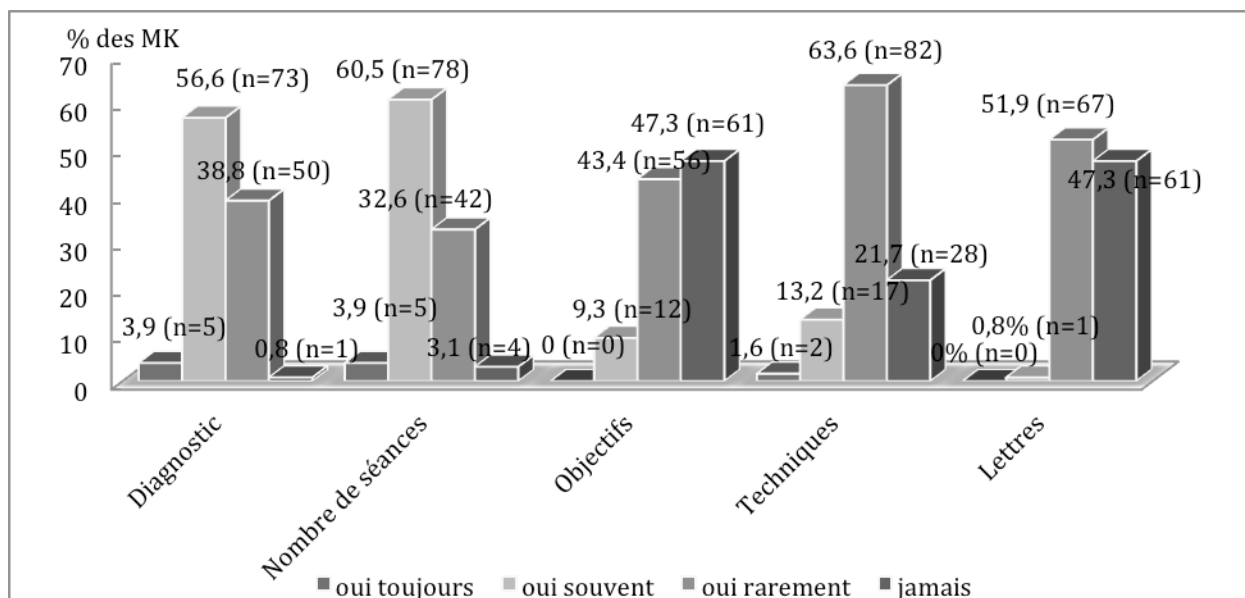
Figure 6 : Pourquoi les MG précisent-ils le nombre de séances ? (Réponses données en effectifs, questions à choix multiples)



De façon égale avec un effectif de 28 MG, ils continuent de le noter par « habitude de prescription » et « pour refaire le point avec le patient » ; 21 d'entre eux pensent que « c'est au prescripteur de le définir », et 15 déclarent qu'ils veulent limiter le nombre de séances faites par le masseur-kinésithérapeute.

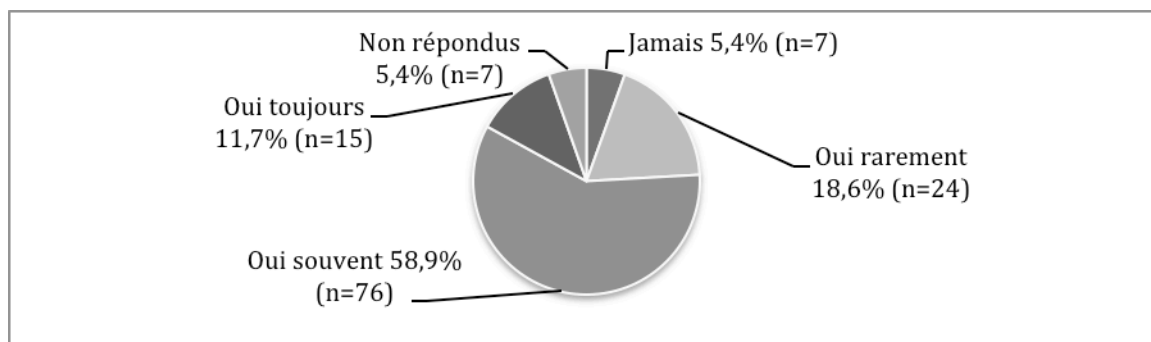
2.3.1.3.2. Masseurs-kinésithérapeutes

Figure 7 : Eléments figurant sur l'ordonnance d'après les MK



Concernant le diagnostic, 56,6% des masseurs-kinésithérapeutes le retrouvent « souvent » sur l'ordonnance et 38,8% le trouvent « rarement », le nombre de séances apparaît « souvent » à 60,5% ; les objectifs ne sont eux « jamais » précisés selon 47,3% d'entre eux et « rarement » présents pour 43,4% ; les techniques sont « rarement » inscrites à 63,2% et enfin les lettres accompagnantes ne sont faites que soit « rarement » à 51,9% soit « jamais » à 47,3%.

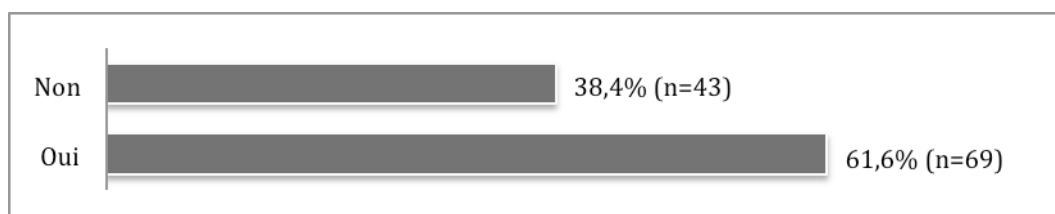
Figure 8 : Est-ce que les MK suivent les préconisations médicales ?



Pour une majorité d'entre eux (58,9%), ils disent suivre « souvent » les recommandations

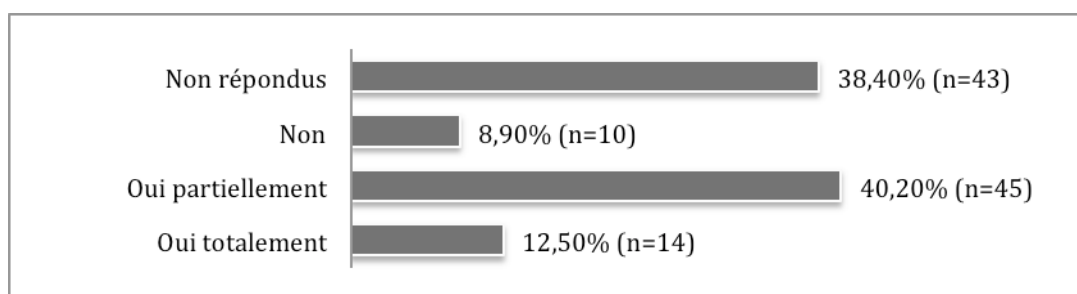
2.3.1.4. Nouvelle réglementation

Figure 9 : Connaissance de la nouvelle réglementation de 2000 par les MG



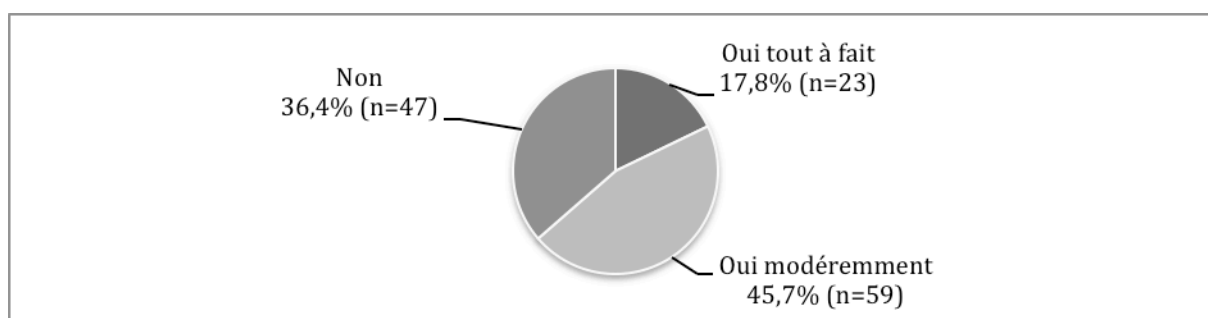
On note que 38,4% des médecins généralistes reconnaissent ne pas la connaître, un chiffre assez important sachant que cette loi est en vigueur depuis 13 ans.

Figure 10 : Modifications des prescriptions si connaissance de cette réglementation pour les MG concernés



Pour ceux qui la connaissent, 8,9% des médecins généralistes avouent qu'ils n'ont pas modifié leurs prescriptions et 40,2% l'ont fait mais seulement partiellement.

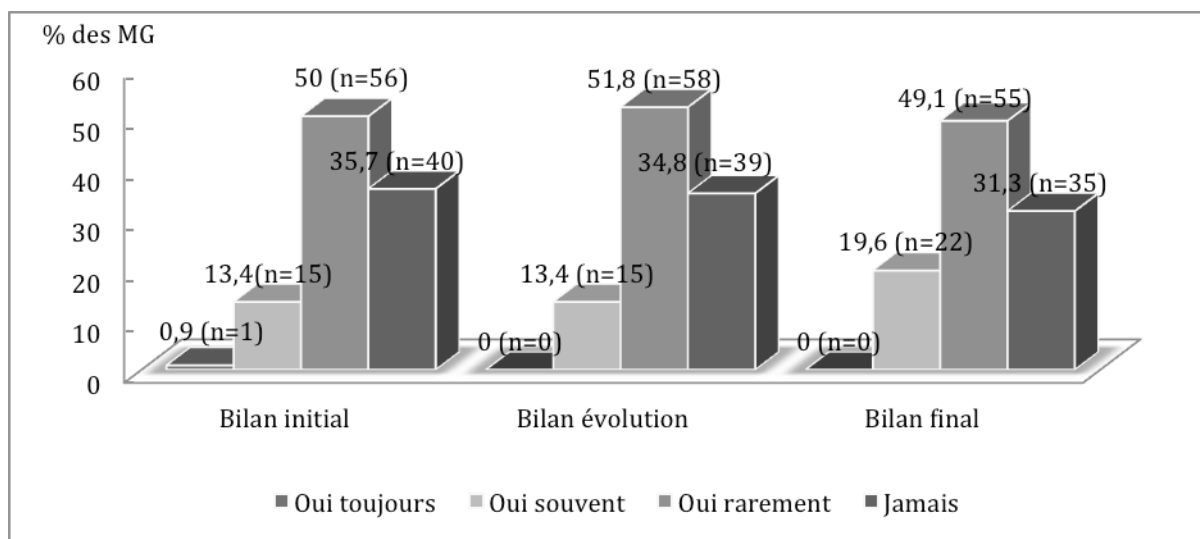
Figure 11 : Réticence des MG à respecter le caractère non quantitatif des prescriptions selon les MK



Les masseurs-kinésithérapeutes reconnaissent à 63,5%, ressentir une réticence des médecins généralistes à ne pas indiquer le nombre des séances sur l'ordonnance de façon totale ou modérée.

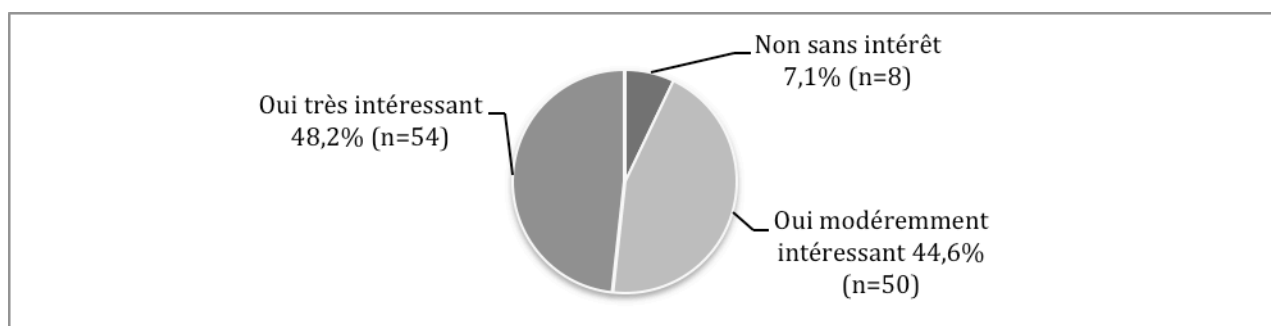
2.3.2. Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK)

Figure 12 : Réception du BDK par les MG



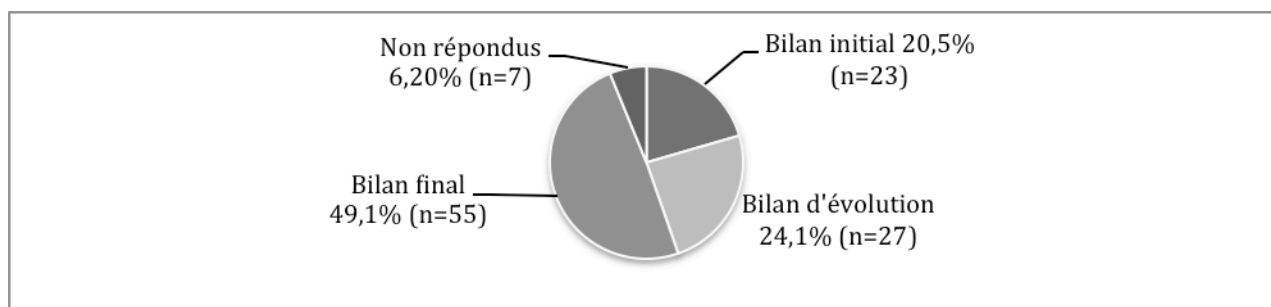
Il semblerait qu'en majorité, les médecins généralistes ne reçoivent que « rarement » ou « jamais » l'un des 3 types de bilans.

Figure 13 : Intérêt de recevoir le BDK pour les MG



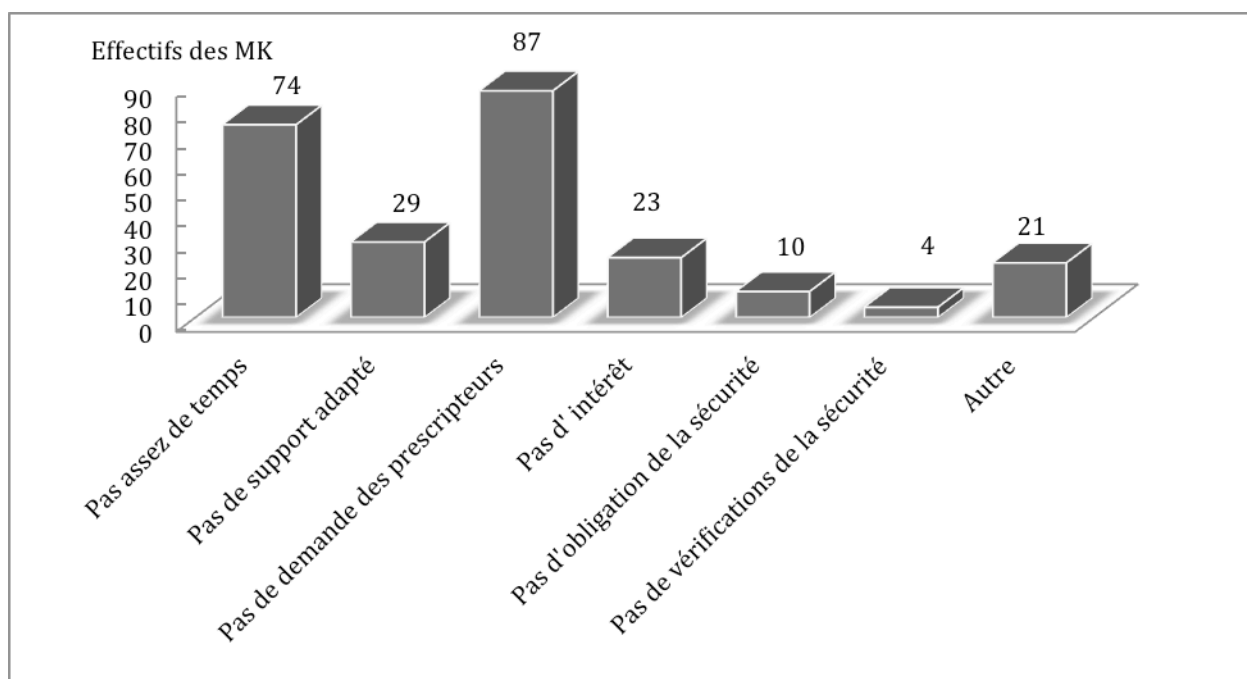
Mais les MG trouveraient « très intéressant » à 48,2% et « modérément intéressant » à 44,6% de recevoir ce BDK.

Figure 14 : Quels bilans intéressent les MG ?



Pour quasiment la moitié d'entre eux, ce serait plutôt le **bilan final** qu'ils préféreraient recevoir puis le bilan d'évolution peu avant le bilan initial.

Figure 15 : Pourquoi les MK n'envoient-ils que peu ou pas de bilan(s) aux MG ? (Résultats donnés en effectifs, questions à choix multiples)

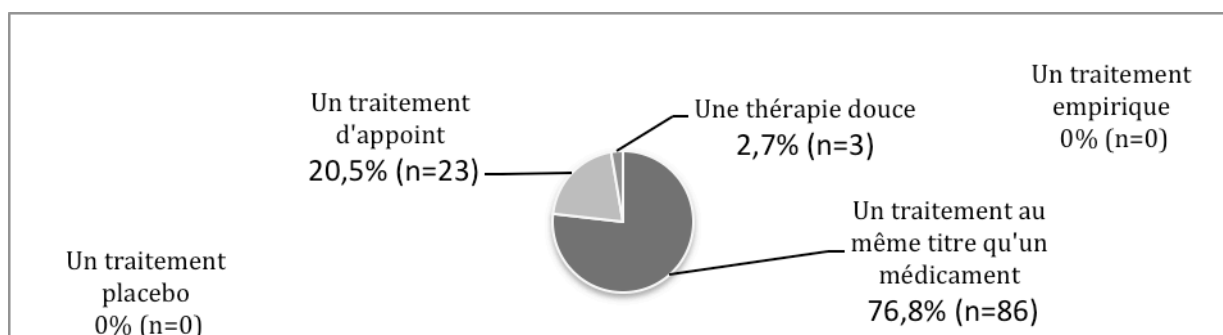


Dans les raisons invoquées par les masseurs-kinésithérapeutes, nous retrouvons surtout qu'il n'y aurait **pas de demande des prescripteurs**. Ensuite, le **facteur temps** interviendrait en deuxième position de façon assez nette puis le manque de support adapté ; enfin, 23 d'entre eux pensent qu'il n'y a pas d'intérêt à le faire.

2.4. Connaissances en matière de Masso-kinésithérapie des médecins généralistes

2.4.1. Qualification de la Masso-kinésithérapie par les médecins généralistes

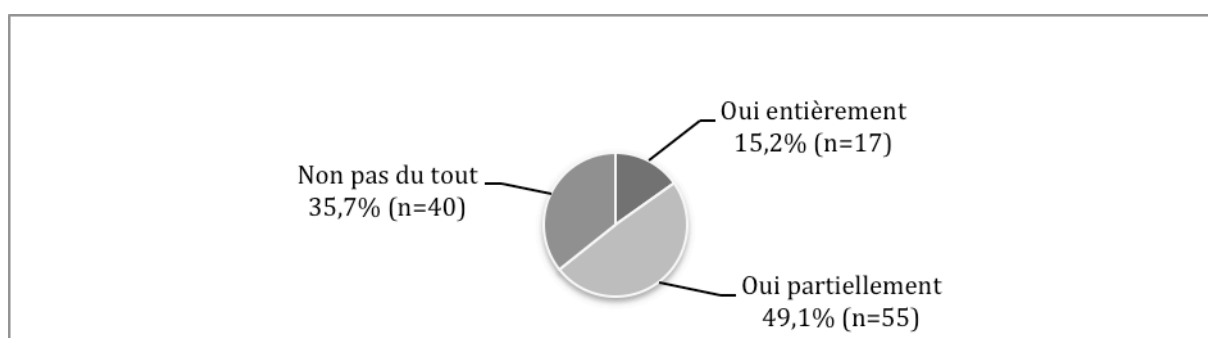
Figure 16 : Représentation de la Masso-Kinésithérapie par les MG



L'ensemble des médecins interrogés considère largement à 76,8% que la Masso-kinésithérapie est « **un traitement au même titre qu'un médicament** », puis un traitement d'appoint. Aucun ne cite « l'effet placebo » et « traitement empirique ».

2.4.2. Degré de satisfaction des médecins généralistes sur leurs connaissances globales

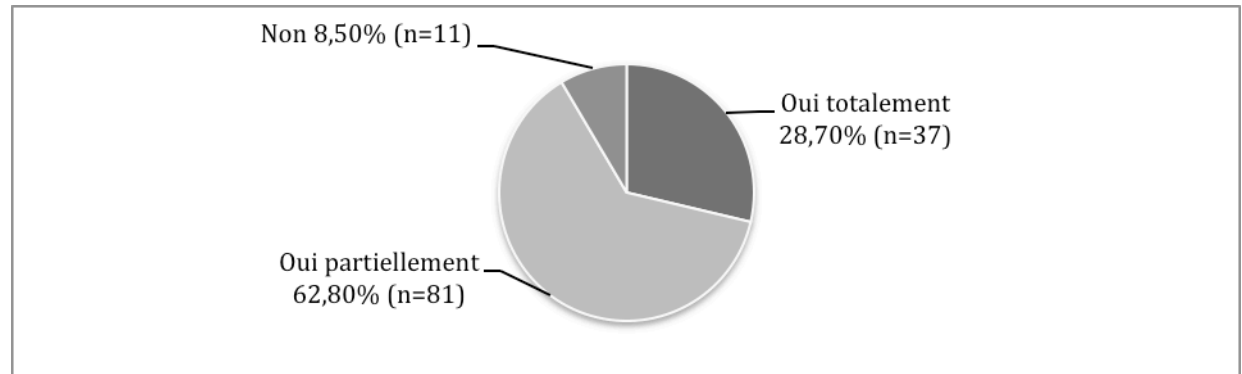
Figure 17 : Degré de satisfaction des MG sur leurs connaissances globales



Les résultats indiquent que les médecins généralistes sont à **49,1% partiellement satisfaits** de leurs connaissances et pas du tout satisfaits à 35,7%, et enfin 15,2% semblent entièrement satisfaits.

2.4.3. Ressenti des masseurs-kinésithérapeutes vis à vis des connaissances des médecins généralistes

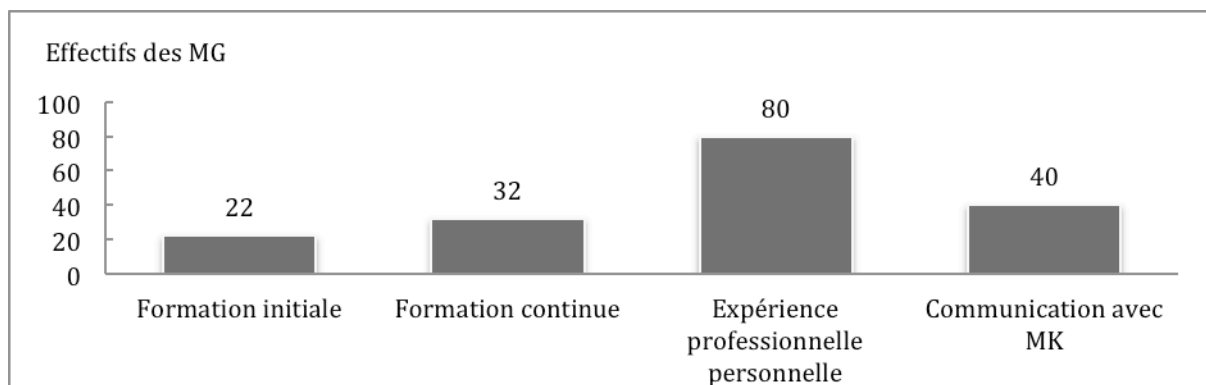
Figure 18 : Ressenti des MK d'un manque de connaissances en matière de Masso-kinésithérapie des MG



62,80% des masseurs-kinésithérapeutes disent percevoir un « manque partiel de connaissances » des médecins généralistes et 23,7% d'entre eux « un manque total de connaissances ».

2.4.4. Sources des connaissances

Figure 19 : D'où les MG tiennent-ils majoritairement leurs connaissances en matière de Masso-kinésithérapie ? (Résultats donnés en effectifs, question à choix multiples)



C'est **l'expérience professionnelle personnelle** qui semble intervenir le plus dans les connaissances en masso-kinésithérapie des médecins généralistes puis la **communication avec les masseurs-kinésithérapeutes eux-mêmes**.

2.4.5. Visite du médecin généraliste d'un cabinet libéral de kinésithérapie

Tableau 10 : Visite par MG d'un cabinet de MK / Demande du MG de venir au cabinet du MK

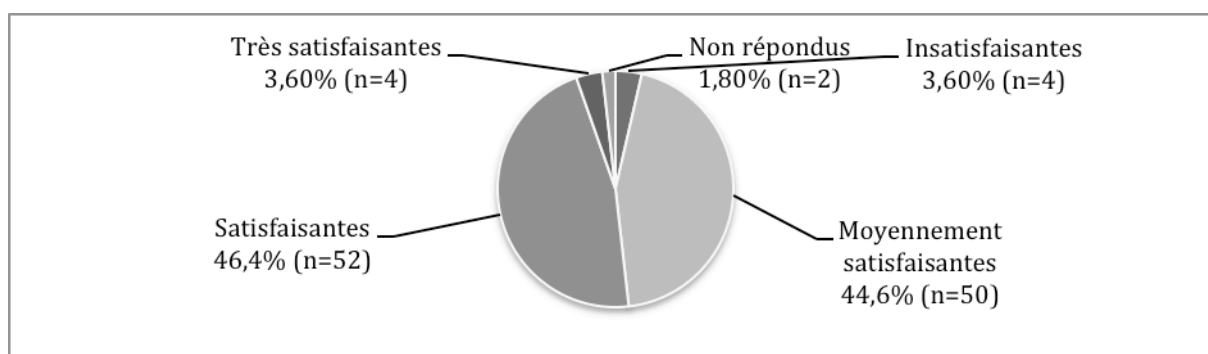
	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Oui	58	51,8	9	7
Non	51	45,5	120	93
Non répondus	3	27	0	0
Total	112	100	129	100

On note une grosse différence entre les deux réponses : une petite moitié de notre effectif de médecins généralistes a déjà été dans un cabinet de Masso-kinésithérapie ; mais seulement 9 masseurs-kinésithérapeutes ont eu des demandes des médecins pour y venir.

2.4.6. Quelques connaissances spécifiques

2.4.6.1.1. Connaissances en anatomie

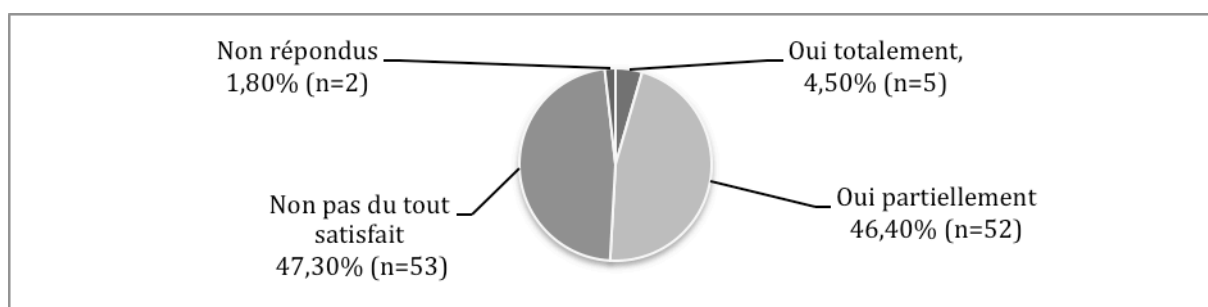
Figure 20 : Jugement des MG sur leurs connaissances en matière d'Anatomie



Les avis sont plutôt partagés de façon égale entre « satisfaisantes » à 46,4% et « moyennement satisfaisantes » à 44,6%.

2.4.6.1.2. Connaissance du BDK

Figure 21 : Connaissances du contenu du BDK par les MG



Nous nous apercevons que le BDK reste « inconnu » pour 47,3% des MG ou « partiellement connu » pour 46,4% des médecins généralistes.

2.4.6.1.3. Connaissance de certaines techniques du masseur-kinésithérapeute

Tableau 11 : Connaissances de certaines indications et modes d'action de techniques des MK par les MG

	Indications								Mode d'action					
	Oui		Certaines		Non		Non répondus		Oui		Non		Non répondus	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ultrasons	37	33	65	58,1	9	8	1	0,9	71	63,3	31	28,7	10	8,9
Electrothérapie	32	28,5	61	54,5	18	16,1	1	0,9	66	58,9	36	32,2	10	8,9
Pressothérapie	53	47,3	43	38,4	15	13,4	1	0,9	75	67	27	24,1	10	8,9
Physiothérapie	45	40,2	57	50,9	9	8	1	0,9	69	61,6	33	29,5	10	8,9
Crochetage	13	11,6	19	17	79	70,5	1	0,9	21	18,8	82	73,2	9	8
myoaponévrotique														

En dehors du crochetage myoaponévrotique qui est une technique plus spécialisée et peu connue des médecins généralistes, les autres techniques sont plutôt connues mais de façon partielle, que ce soit en termes d'indications ou de modes d'action.

2.4.6.1.4. Connaissances en kinésithérapie respiratoire

2.4.6.1.4.1. Techniques employées

La question était posée sous une forme ouverte pour voir si les médecins généralistes connaissaient les techniques actuelles du masseur-kinésithérapeute.

Tableau 12 : Techniques de Kinésithérapie Respiratoire citées par les MG

Techniques	Effectifs
Clapping	47
Techniques vibratoires manuelles ou appareillées - Pressothérapie	27
Maîtrise des rythmes inspiratoire et expiratoire / Respiration abdominale	14
Entretien-développement de l'ampliation respiratoire	1
Techniques expiratoires passives	1
Augmentation du flux expiratoire / Accélération du flux expiratoire	20
Drainage bronchique - Expiration forcée - Manœuvres d'expectorations	21
Désencombrement rhinopharyngé - Toux provoquée	7

Il se révèle que la réponse la plus citée est celle du **clapping** alors que cette technique est abandonnée depuis plus d'une dizaine d'années au profit de techniques plus douces et moins traumatisantes, comme l'augmentation du flux expiratoire. Concernant les techniques vibratoires, elles sont aussi dépassées depuis longtemps, mais bien connues apparemment.

2.4.6.1.4.2. Système de garde

Le système de garde fonctionne en saison hivernale, les week-ends et jours fériés, uniquement pour la kinésithérapie respiratoire pédiatrique, dans le cadre des bronchiolites, en cabinet libéral, et est réparti par secteurs géographiques dans toute la Lorraine.

Tableau 13 : Connaissances du système de garde de kinésithérapie respiratoire par les MG

Réponses	Effectifs
Où ?	
Grand Nancy	4
Sectorisation	4
Cabinet de garde libéral	11
A domicile	2
Quand ?	
Week-ends	17
Période hivernale	7
Jours fériés	5
Pour qui ?	
Pour les urgences pédiatriques respiratoires (bronchiolites)	23
Pour les urgences adultes respiratoires (BPCO)	1
Où se procurer le nom des MK de garde ?	
Par Samu – Médigarde – Maisons de santé – Pharmacies	20
Par la presse locale	5
Par les MK directement ou l'Ordre des MK	4
Aucun moyen de se procurer une liste	1
Autres réponses	
N'y connaît « rien »	46
Contacte directement les MK de son secteur pour les Urgences	2
N'existe pas localement	4
Il n'y en a pas besoin	1

Peu de médecins généralistes ont répondu à cette question ; 46 d'entre eux ont répondu qu'ils n'y connaissent **rien** ; finalement très peu connaissent ce système de garde.

A noter qu'une brochure explicative des gardes de kinésithérapie respiratoire a été envoyée à tous les médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes de Lorraine en septembre 2012 pour la première fois à l'initiative de Médigarde.

2.4.6.1.5. Connaissances sur la kinésithérapie en cancérologie mammaire

Tableau 14 : Intérêt de réaliser des séances de Kinésithérapie après cancer mammaire selon MG

	Médecins Généralistes	
	N	%
Oui	77	68,8
Non	28	25
Non répondus	7	6,2
Total	112	100

Selon 68,8% des médecins généralistes, il y a un intérêt à prescrire de la Masso-kinésithérapie après un cancer du sein. Un quart d'entre eux n'y voit pas d'intérêt.

2.4.6.1.6. Connaissances sur le droit de manipulation des masseurs-kinésithérapeutes

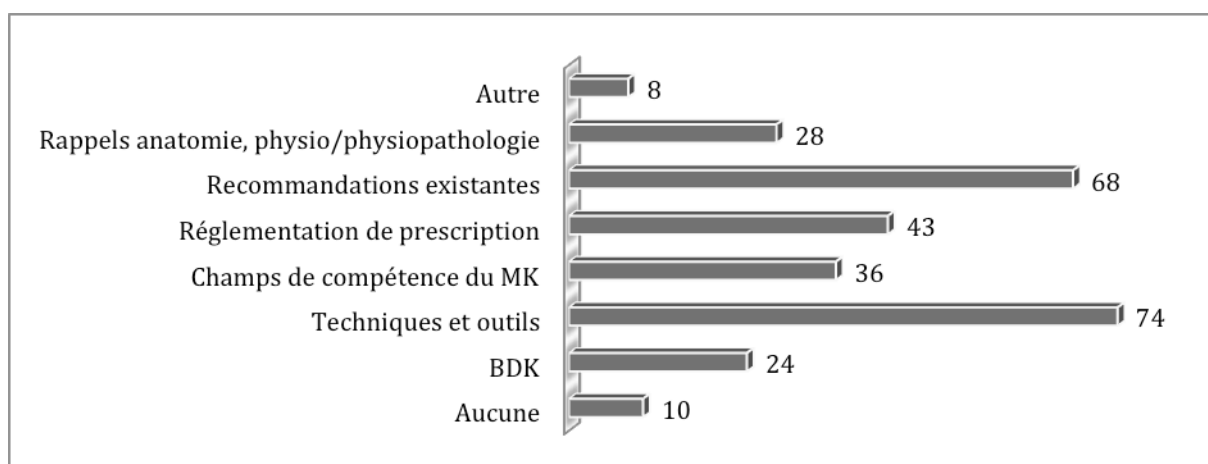
Tableau 15 : Droit du MK à faire des manipulations selon MG

	Médecins Généralistes	
	N	%
Oui dans tous les cas	8	7,1
Oui seulement si formation	75	67
Non	27	24,1
Non répondus	2	1,8
Total	112	100

Les médecins généralistes pensent que le masseur-kinésithérapeute peut réaliser des manipulations s'il a une formation spécifique à 67%.

2.4.7. Connaissances que les médecins généralistes souhaiteraient approfondir

Figure 21 : Connaissances que les MG aimeraient approfondir (Résultats donnés en effectifs, questions à choix multiples)



Ce que les Médecins généralistes souhaiteraient approfondir ce sont surtout **les techniques, les outils du masseur-kinésithérapeute et les recommandations existantes** selon les pathologies. La réglementation de la prescription les intéresse aussi, ainsi que le champ de compétence des masseurs-kinésithérapeutes.

2.4.8. Type de rééducations mal prescrites, peu prescrites ou oubliées des MG

Une question ouverte (pour ne pas influencer les réponses) a été posée aux masseurs-kinésithérapeutes concernant le type de rééducation souvent oubliée ou mal prescrite par le médecin généraliste.

Les réponses sont très variées, nous avons réalisé deux tableaux pour présenter les résultats en regroupant les pathologies citées puis les remarques concernant les défauts des prescriptions.

Tableau 16 : Pathologies oubliées ou peu prescrites

Pathologies oubliées et peu prescrites	Effectifs
Rééducation périnéale (post-partum – incontinence)	16
Rééducation rachis (cervical-dorso-lombaire)	15
Drainage lymphatique manuel (cancer mammaire, Membres Inférieurs)	14
Kinésithérapie respiratoire (adulte + pédiatrique)	14
Entorses de cheville-genou (négligées)	10
Tendinopathies	8
Rééducation de la personne âgée (équilibre, posture, entretien tonus musculaire)	8
Neurologie	7
Rééducation des cicatrices	7
Rhumatologie	6
Pathologies sportives	4
Rééducation Epaule	4
Réentrainement à l'effort	3
Troubles musculo-squelettiques	3
Proprioception	3
Scoliose, Lordose, cyphose	3
Troubles vestibulaires	2
Torticolis congénitaux / retard moteur chez jeunes enfants	2
Retard dans prise en charge des premiers dysfonctionnements de l' épaule ou du rachis où ré-harmonisation et correction proprioceptive éviteraient une aggravation des symptômes	1
Troubles ostéo-articulaire	1
Céphalées	1
Insomnie	1
Stress	1
Prescriptions freinées par la sécurité sociale	1
Soucis administratifs (manque de précision pour dimanche et jours fériés)	1
Obésité	1
Réflexologie	1
Entretien musculaire	1

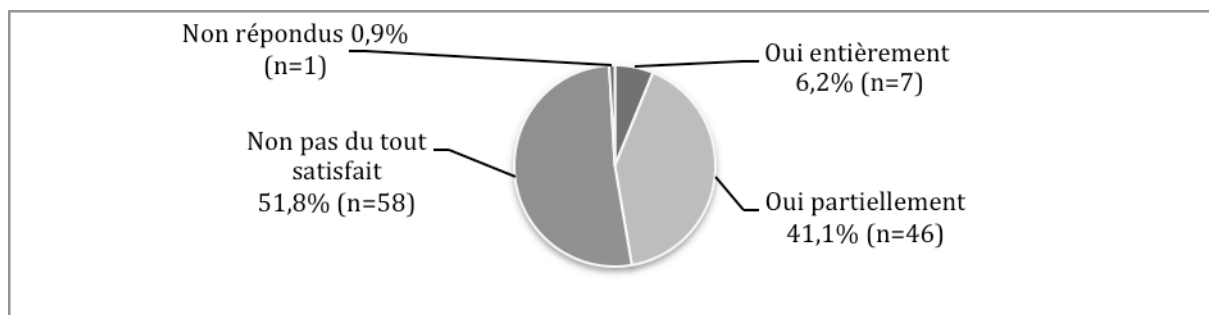
Tableau 17 : Reproches faits à certaines prescriptions par les MK

Reproches faits à certaines prescriptions	Effectifs
Manque de prescription pour prévention / éducation posturale (dorso-lombalgie)	12
Prises en charges trop tardives « en dernier recours quand on ne sait plus quoi faire »	7
Manque de précision du diagnostic (pathologies rachidiennes +++)	4
Pathologies chroniques (SPA, PR, Parkinson) : prescriptions venant des spécialistes le plus souvent	4
Manque de connaissances des techniques (kinésithérapie respiratoire, thérapie manuelle)	2
Réticence des MG face ostéopathie	2
Traitement de la douleur sans rechercher la cause (ex : névralgies cervico-brachiales et chaînes cervicales)	1
Personnes âgées : rééducation à la marche trop systématique	1
Rééducation périnéale adressée aux sages-femmes	1
Pas assez d'implication du MG dans ses prescriptions pour motiver le patient	1
Douleurs mécaniques simples traités par médicament	1
Trop de Kinésithérapie respiratoire pour simple rhinite	1
Rééducation des deux membres au lieu d'un seul	1

2.4.9. Formation à la Masso-kinésithérapie des médecins généralistes

2.4.9.1. Degré de satisfaction des médecins généralistes sur leur formation

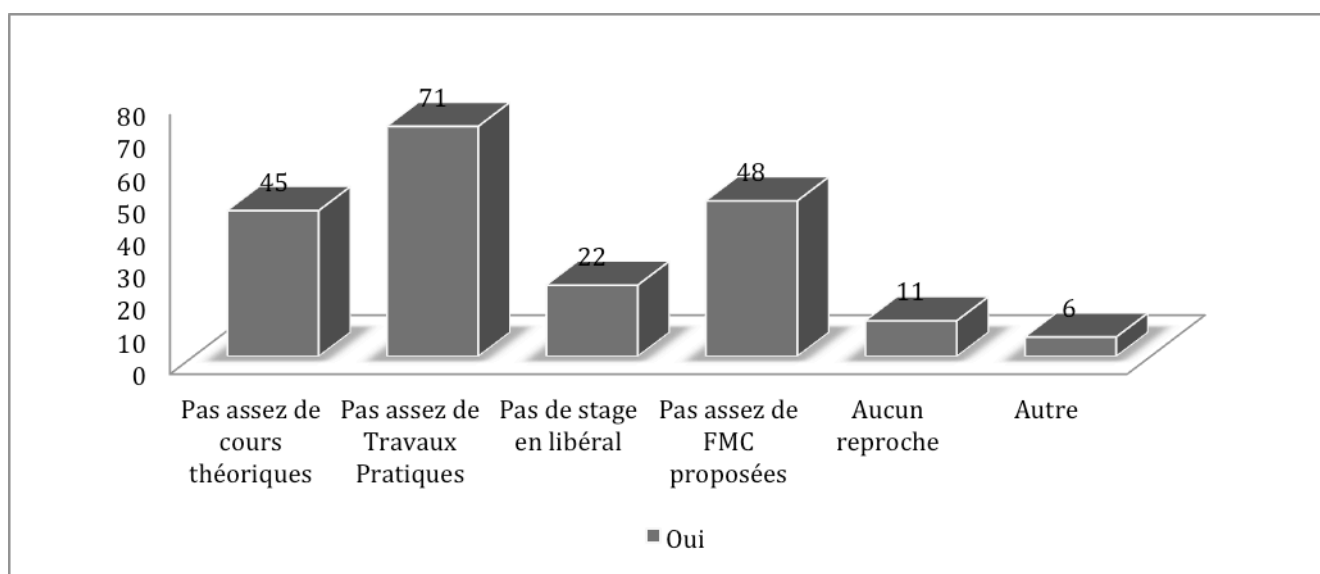
Figure 42 : Degré de satisfaction des MG sur leur formation



Un peu plus de la moitié des médecins généralistes se disent « non satisfaits » de leur formation, et 41,1% se disent « partiellement satisfaits ».

2.4.9.2. Reproches faits à leur formation

Figure 23 : reproches des MG à leur formation en MK (Résultats donnés en effectifs, questions à choix multiples)



Le premier reproche cité est **l’insuffisance d’enseignements pratiques**, puis de FMC, et enfin de cours théoriques. L’absence de stage en libéral est aussi citée à 22 reprises.

2.4.9.3. Intérêt d’un stage libéral pour les internes

Tableau 18 : Intérêt d’un stage libéral pour les internes

	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Très intéressant	24	21,4	54	41,9
Intéressant	76	67,9	65	50,3
Peu intéressant	6	5,4	8	6,2
Sans intérêt	4	3,6	1	0,8
Non répondus	2	1,8	1	0,8
Total	112	100	129	100

Les avis sont plutôt en faveur d’un stage pour les internes ; mais, proportionnellement, beaucoup plus de masseurs-kinésithérapeutes trouveraient cela « très intéressant » que de médecins généralistes.

2.4.9.4. Intérêt d'études et de recommandations

Tableau 19 : Utilité d'études et de recommandations dans la pratique quotidienne

	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Très utile	18	16,1	34	26,4
Utile	77	68,7	72	55,8
Peu utile	11	9,8	20	15,5
Sans Intérêt	3	2,7	3	2,3
Non répondus	3	2,7	0	0
Total	112	100	129	100

Les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes sont d'accords pour admettre que les recommandations seraient plutôt utiles voire très utiles.

Tableau 20 : Valorisation de la profession par études et recommandations

	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Oui tout-à-fait	44	39,3	77	59,7
Oui modérément	35	31,2	38	29,5
Non cela ne changerait rien	29	25,9	14	10,9
Non répondus	4	3,6	0	0
Total	112	100	129	100

Les deux groupes pensent « tout à fait » que les études et recommandations auraient un intérêt dans la valorisation de la profession de masseur-kinésithérapeute.

2.4.9.5. Formation Médicale Continue ou Enseignement Post-Universitaire

Tableau 21 : Participation des MG à une formation concernant la Masso-Kinésithérapie

	Médecins Généralistes	
	N	%
Oui	19	17
Non	91	81,2
Non répondus	2	1,8
Total	112	100

Il s'avère que très peu des médecins généralistes (17%) ont effectué une formation concernant la Masso-kinésithérapie.

Tableau 22 : Domaines de formations concernant la Masso-Kinésithérapie que les MG ont effectuées

Domaines de formation concernant la Masso-kinésithérapie	Médecins Généralistes
Ostéopathie	5
Médecine et Traumatologie du sport (DIU)	6
Formation permanente, école du GLEM	1
Ostéo-articulaire (épaule, genou, cheville)	1
Rééducation en centre	1
Animateur d'ateliers	1
Uro-gynécologie	1

De façon majoritaire ces formations ont eu lieu dans le cadre d'une formation d'ostéopathie de médecine du sport et de traumatologie.

Tableau 23 : Participation à des réunions ou formations où MG et MK étaient présents

	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Souvent	10	8,9	15	11,6
Rarement	37	33	63	56,3
Jamais	63	56,3	62	48,1
Non répondus	2	1,8	1	0,8
Total	112	100	129	100

On remarque d'après ces résultats que 41,9% des MG et 67,9% des MK ont déjà effectué une formation ensemble mais peu fréquemment. Les domaines des formations sont cités dans le tableau ci-après.

Tableau 24 : Domaines de formations ou réunions où MG et MK étaient présents ensemble

Domaines de formations / réunions où MG et MK étaient présents ensemble	Médecins Généralistes	Masseurs-Kinésithérapeutes
	N	N
Congrès sans précision	2	1
Médecine du sport et traumatologie du sport	5	8
CROSL ligue régionale et nationale	1	0
Expertise	1	0
HAD	0	2
Gériatrie	1	5
Ostéopathie – médecine manuelle	2	6
Pathologies Respiratoires infectieuses ou chroniques (asthme)	3	9
Orthopédie – Chirurgie Orthopédique	2	7
Lombalgies – pathologies du rachis	3	3
Chirurgie (Hernie discale)	0	1
Education diabétique	1	0
Pathologies épaules- genoux-chevilles	3	2
ORL	1	1
Maladies neurologiques	0	2
Maison de retraite - EHPAD	0	3
Rhumatologie	1	2
Uro-Gynécologie	0	4
Formations à la Kinésithérapie : indications, relations, prescriptions	1	1
Dans le cadre de réseau (LORSEP, ADOR 55)	0	2
Projet maison de santé	0	1
Nutrition	0	2
Réunions sur ondes de choc radiales	0	1
APLS (Association de tous les professionnels de santé de St Nicolas de port) regroupés autour d'un thème médical	1	2
Formations spécifiques (Mc Kenzie-médecine chinoise / auriculothérapie)	0	2
RGO	0	1
Réunions CPAM – santé publique (grippe)	0	4
Esthétique – Hygiène – Bien-être	0	3
Dans la maison de santé	0	1
Mélanome	0	1
Formations concernant les mains	0	1
Comptabilité	0	1

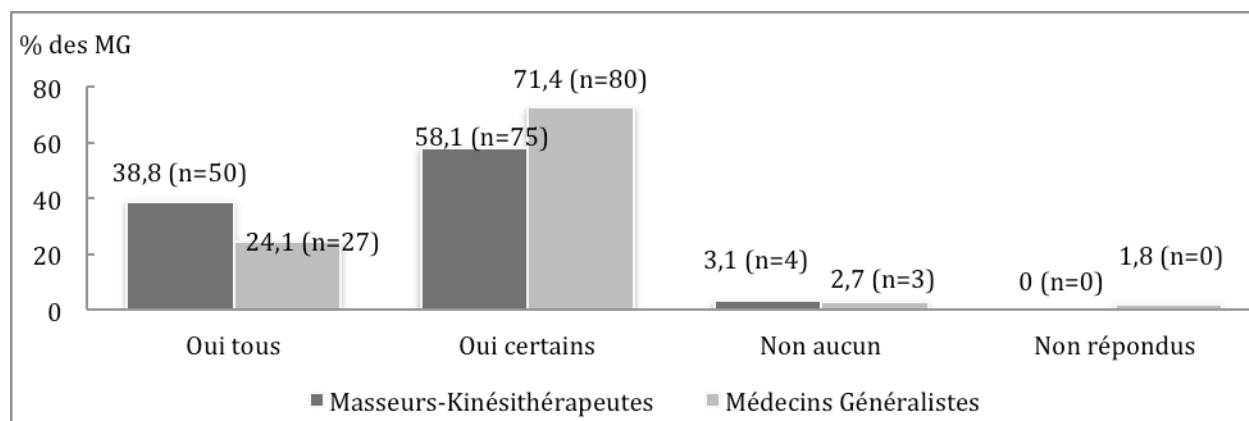
Beaucoup de domaines ont été cités et dans des champs très variés : réunions concernant des pathologies précises, des réunions au sein de maisons de retraite, au sein de réseaux de santé ou d'associations locales, des réunions de santé publique aussi.

La médecine du sport et l'ostéopathie semblent être encore une fois le domaine les réunissant le plus.

2.5. Communication interprofessionnelle

2.5.1. Rencontre et connaissance du réseau de proximité

Figure 24 : Rencontre entre MG et MK du même secteur d'activité



Dans l'ensemble, les médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes ne connaissent que « certains » de leurs collègues de leur réseau de proximité : 24,1% des masseurs-kinésithérapeutes et 38,8% des médecins généralistes les connaissent tous.

Tableau 25 : Lieux de rencontre des MG et MK (Résultats donnés en effectifs, questions à choix multiples)

	Médecins Généralistes	Masseurs-Kinésithérapeutes
Visites	56	85
Réunions	35	46
Installation	53	85
Formation	10	19
Autre	20	11

Ces résultats montrent que la plupart des médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes d'un même secteur d'activité se connaissent « partiellement », les moments de rencontre se répartissent surtout entre les visites, l'installation et les réunions.

Tableau 26 : Difficultés des MG à adresser à des MK spécialisés dans certaines pathologies

	Médecins Généralistes	
	N	%
Oui	54	48,2
Non	56	50
Non répondus	2	1,8
Total	112	100

La réponse à cette question est globalement partagée en deux : la moitié connaît des difficultés et l'autre non.

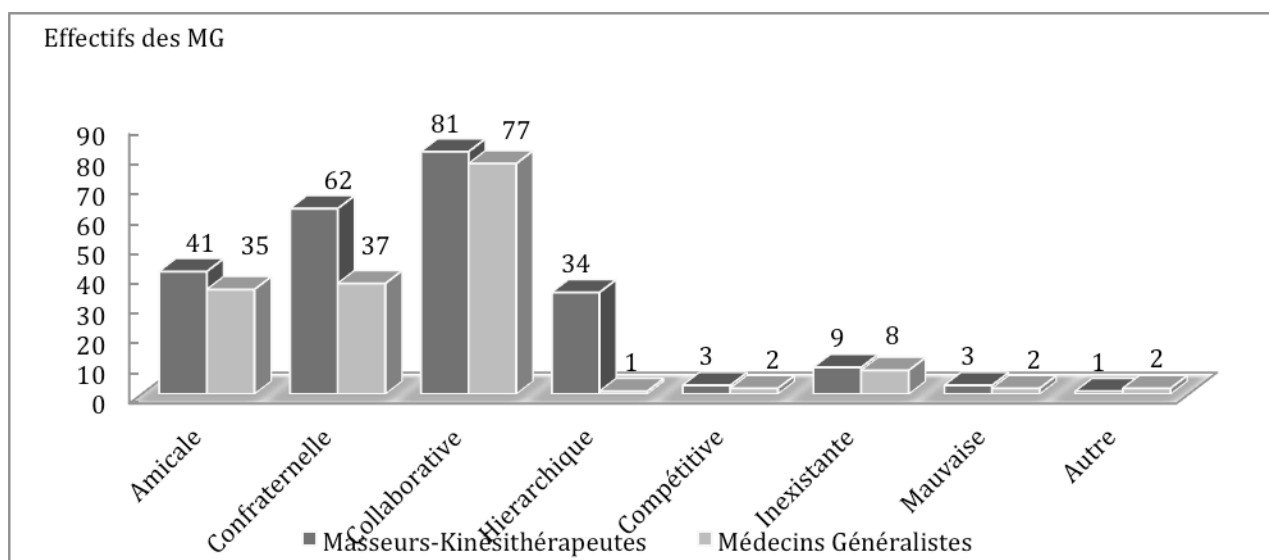
2.5.2. Satisfaction et qualification de la relation interprofessionnelle

Tableau 27 : Degré de satisfaction des relations MG et MK

	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Très satisfait	13	11,6	22	17,1
Satisfait	62	55,3	62	48
Ni satisfait ni insatisfait	32	28,6	39	30,2
Insatisfait	3	2,7	4	3,1
Non répondus	2	1,8	2	1,6
Total	112	100	129	100

Les relations sont plutôt jugées comme **satisfaisantes** pour les médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes mais on note quand même qu'environ 1/3 des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes parlent de relations « ni satisfaisantes ni insatisfaisantes ».

Figure 25 : Qualification de la relation MG- MK (Résultats donnés en effectifs, questions à choix multiples)



Le terme qui revient le plus dans les 2 groupes pour qualifier la relation est « **collaborative** » puis « **confraternelle** » et « **amicale** ».

A noter une grande différence concernant le terme « hiérarchique » cité 34 fois par les masseurs-kinésithérapeutes et seulement 1 fois par un médecin généraliste.

2.5.3. Fréquence de communication

Tableau 28 : Prise de contact des MG vers MK

	Selon Médecins Généralistes		Selon Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Plusieurs fois par semaine	9	8	1	0,8
Plusieurs fois par mois	31	27,7	18	13,9
1 fois tous les 3 mois	32	28,6	47	36,4
1 à 2 fois par an	28	25	35	27,1
Jamais	10	8,9	26	20,2
Non répondus	2	1,8	2	1,6
Total	112	100	129	100

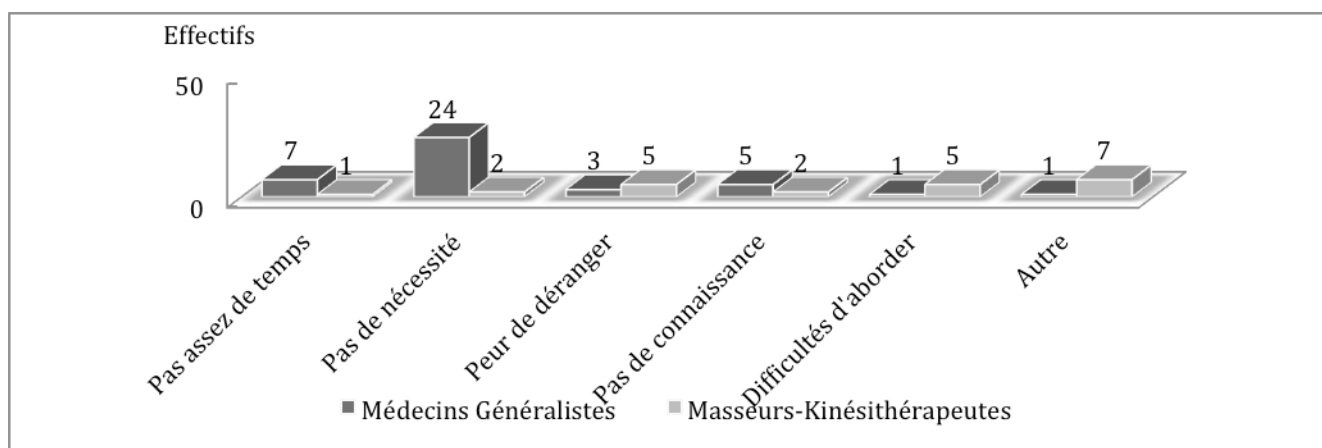
Tableau 29 : Prise de contact des MK vers MG

	Selon Médecins Généralistes		Selon Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Plusieurs fois par semaine	4	3,6	10	7,7
Plusieurs fois par mois	28	25	46	35,7
1 fois tous les 3 mois	37	33	46	35,7
1 à 2 fois par an	25	22,3	23	17,8
Jamais	16	14,3	3	2,3
Non répondus	2	1,8	1	0,8
Total	112	100	129	100

La fréquence la plus citée est **1 fois tous les 3 mois**, juste devant **plusieurs fois par mois**.

2.5.4. Motifs de l'absence de communication

Figure 26 : Motifs si contacts rares ou absents (Résultats donnés en effectifs, questions à choix multiples)



Il y a eu peu de réponses à cette question. Pour les médecins généralistes, il semblerait que ce soit **l'absence de nécessité** de joindre le masseur-kinésithérapeute qui motive le plus l'absence de contact **soit le manque de temps**.

2.5.5. Moyens de communication

Figure 27 : Moyens de communication utilisés (Résultats donnés en effectifs, questions à choix multiples)

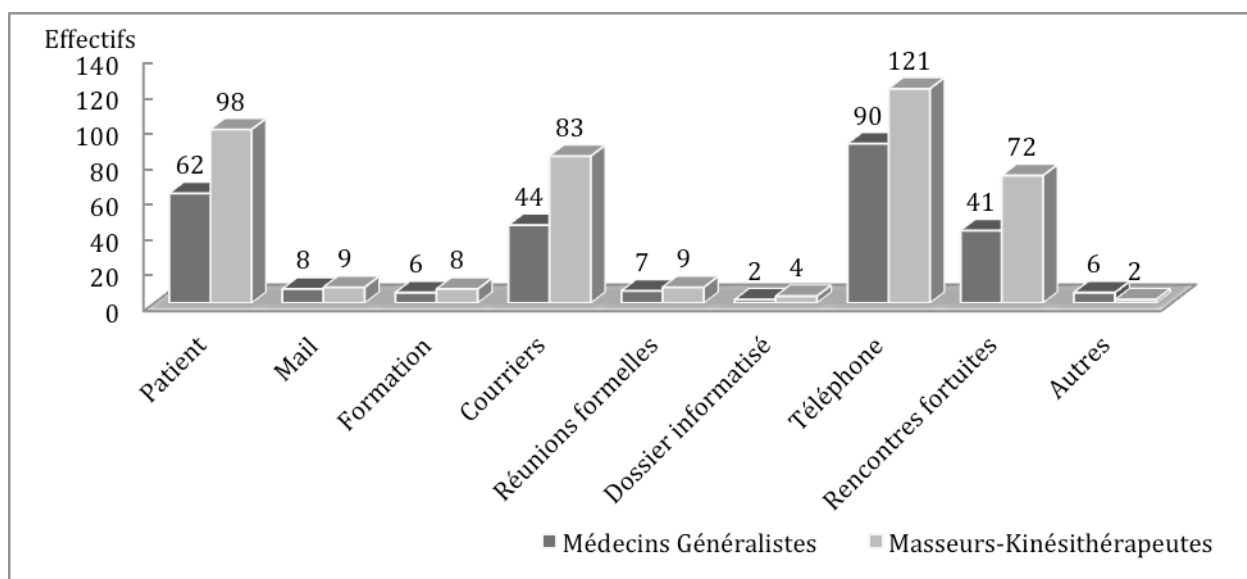
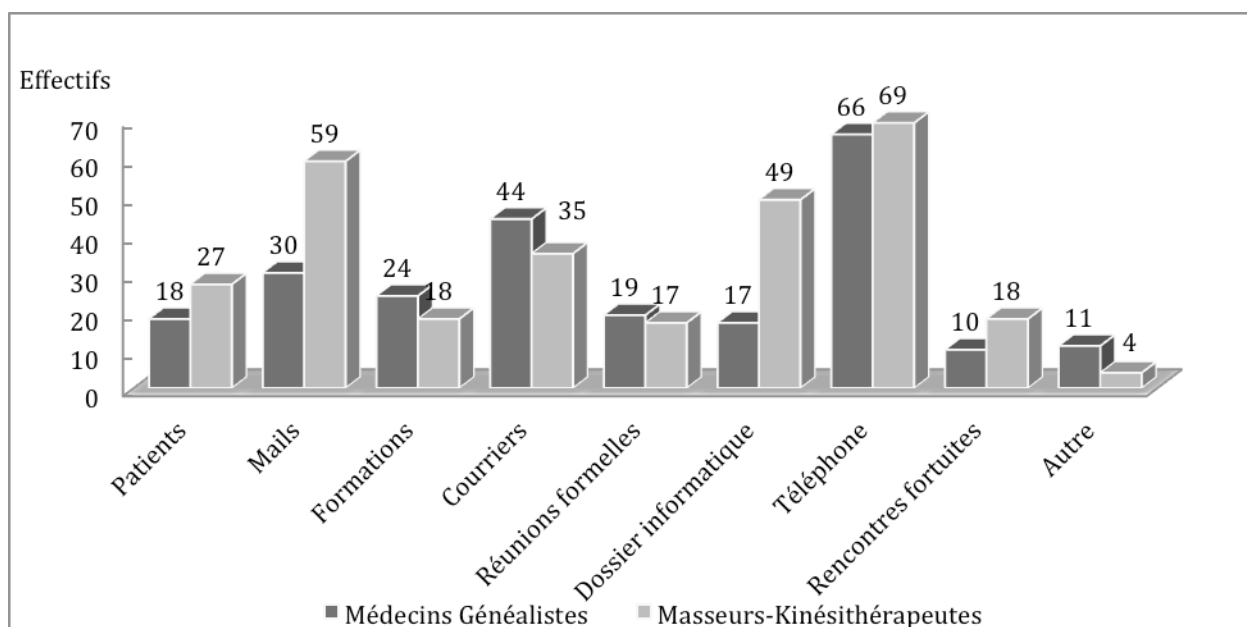


Figure 28 : Moyens de communication souhaités (Résultats donnés en effectifs, questions à choix multiples)



Les trois biais les plus utilisés sont le **téléphone**, **l'intermédiaire du patient**, et enfin **les courriers** pour les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes ; les trois biais souhaités seraient le **téléphone**, **les emails**, et **les courriers** pour les deux groupes mais aussi le **dossier informatique commun** pour les masseurs-kinésithérapeutes.

2.6. Travail pluridisciplinaire

2.6.1. Opinion générale

2.6.1.1. Notion de collaboration en maisons de santé

Tableau 30 : Avis général des MG et MK sur l'amélioration de la collaboration en maison de santé

	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Oui tout à fait	69	62,7	64	50
Oui modérément	26	23,6	45	35,2
Non cela ne change rien	15	13,6	19	14,8
Total	112	100	129	100

Les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes semblent avoir plutôt une opinion favorable sur le travail en collaboration en maison de santé.

2.6.1.2. Intérêt des réunions pluridisciplinaires

Tableau 31 : Intérêt d'assister à des réunions formelles ?

	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Oui sûrement	40	35,7	65	50,3
Oui peut-être	61	54,5	58	45
Non	5	3,9	5	3,9
Non répondus	0	0	1	0,8
Total	112	100	129	100

Un peu plus de masseurs-kinésithérapeutes que de médecins généralistes assisteraient « sûrement » à des réunions formelles mais les deux groupes semblent globalement intéressés pour participer à de telles réunions.

2.6.2. Opinions des professionnels exerçant en maison de santé

2.6.2.1. Notion de collaboration

Tableau 32 : Amélioration de la collaboration en maisons de santé ?

	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Oui tout à fait	15	65,2	13	72,2
Oui modérément	2	8,7	3	16,7
Non cela ne change rien	5	21,7	0	0
Non répondus	1	4,4	2	11,1
Total	23	100	18	100

Une majorité des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes qui ont répondu semble tout à fait d'accord pour dire que la collaboration est améliorée au sein des maisons de santé.

2.6.2.2. Notion de communication

Tableau 33 : Meilleure communication en maisons de santé ?

	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Oui	16	69,6	15	83,3
Non	6	26,1	1	5,6
Non répondus	1	4,3	2	11,1
Total	23	100	18	100

Cette communication semble facilitée au sein des maisons de santé pour une majorité de médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes.

2.6.2.3. Notion de réunions formelles

Tableau 34 : Réunions organisées au sein des maisons de santé pluridisciplinaires ?

	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Oui	5	21,8	6	33,3
Non	17	73,9	11	61,1
Non répondus	1	4,3	1	5,6
Total	23	100	18	100

Il apparaît que, finalement, peu de réunions pluridisciplinaires formelles sont organisées : 21,8% selon les médecins généralistes et 33,3% selon les masseurs-kinésithérapeutes.

Tableau 35 : Fréquence des réunions organisées au sein des Maisons de santé pluridisciplinaires

	Médecins Généralistes		Masseurs-Kinésithérapeutes	
	N	%	N	%
Plusieurs fois par semaine	1	4,3	0	0
1 fois par semaine	1	4,3	0	0
1 fois tous les 15 jours	1	4,3	2	11,1
1 fois par mois	2	8,8	2	11,1
1 fois par trimestre	0	0	1	5,6
< 4 fois par année	0	0	1	5,6
Non répondus	18	78,3	12	66,6
Total	23	100	18	100

Pour les réunions organisées, le rythme est plutôt entre **1 fois tous les 15 jours et 1 fois par mois**.

2.7. Analyse Comparative

Nous avons profité de notre étude pour tester l'influence de certains paramètres comme l'âge des médecins généralistes ou les modalités d'exercice (en maisons de santé unissant médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes versus les autres) sur certaines de nos questions.

Nous avons donc réalisé une analyse bi variée testant soit les trois catégories d'âge des médecins généralistes les unes avec les autres, soit les professionnels travaillant en maisons de santé pluridisciplinaires versus les autres.

Nous avons utilisé un test du Chi-2 avec un risque α à 5%. Nous rappelons que « p » représente le degré de significativité, et quand celui-ci est inférieur à 0,05 il existe une différence significative entre les groupes (p dépendant de la différence des groupes mais aussi de l'effectif de l'échantillon).

2.7.1. Influence de l'âge des médecins généralistes

Etant donné que la Masso-kinésithérapie est une profession jeune et que son enseignement est plutôt récent, nous nous sommes interrogés sur l'influence de l'âge des médecins généralistes

sur certaines questions : les modalités de prescription, la définition de la Masso-kinésithérapie, la fréquence des contacts et leurs opinions sur les échanges en maisons de santé.

Tableau 36 : Influence de l'âge des MG

	<45 ans N=29		[45-55ans] N=46		>55ans N=36		p*
	N	%	N	%	N	%	
Fréquence de prescription							0,1391
<1 fois par semaine	0	0,0	1	2,2	2	5,6	
2 à 3 fois par semaine	4	14,3	9	19,6	13	36,1	
1 fois par jour	14	50,0	18	39,1	15	41,7	
Plusieurs fois par jour	10	35,7	18	39,1	6	16,7	
Précision du nombre de séances							0,2054
Oui toujours	6	20,7	16	34,8	9	25,0	
Oui souvent	5	17,2	12	26,1	5	13,9	
Oui rarement	5	17,2	4	8,7	2	5,6	
Jamais	13	44,8	14	30,4	20	55,6	
Définition de la Kinésithérapie							0,7289
Un traitement au même titre qu'un médicament	20	69,0	35	76,1	30	83,3	
Un traitement d'appoint	8	27,6	10	21,7	5	13,9	
Une thérapie douce	1	3,4	1	2,2	1	2,8	
Fréquence de contact avec les MK							0,0871
Jamais	3	10,7	6	13,0	1	2,9	
Une à deux fois par an	5	17,9	13	28,3	9	25,7	
Une fois tous les 3 mois	12	42,9	8	17,4	12	34,3	
Plusieurs fois par mois	5	17,9	13	28,3	13	37,1	
Plusieurs fois par semaine	3	10,7	6	13,0	0	0,0	
Opinions sur l'amélioration des relations interprofessionnelles en maisons de santé							0,2143
Non cela ne change rien	4	13,8	9	20,0	2	5,7	
Oui modérément	4	13,8	11	24,4	11	31,4	
Oui tout à fait	21	72,4	25	55,6	22	62,9	

D'après nos résultats, il s'avère qu'il n'existe aucune différence significative entre les différentes catégories d'âge que ce soit en termes de prescription, de fréquence de contact, de représentation de la Masso-kinésithérapie ou du travail en maisons de santé.

2.7.2. Influence du type d'exercice chez les médecins généralistes

Nous avons essayé également de comparer quelques paramètres en fonction du type d'exercice des médecins généralistes c'est à dire, ceux qui travaillent en maisons de santé pluridisciplinaires avec masseurs-kinésithérapeutes et médecins généralistes et les autres pour voir s'il existait une influence de ce type d'exercice sur les relations interprofessionnelles.

Tableau 37 : Influence du type d'exercice chez les MG

	Pluri MG - MK N=23		Autres N=89		p*
	N	%	N	%	
Précision du diagnostic					0,0033
Oui toujours	14	60,9	42	47,2	
Oui souvent	3	13,0	34	38,2	
Oui rarement	1	4,3	10	11,2	
Jamais	5	21,7	3	3,4	
Précision du nombre de séances					0,2204
Oui toujours	4	17,4	28	31,5	
Oui souvent	3	13,0	19	21,3	
Oui rarement	2	8,7	9	10,1	
Jamais	14	60,9	33	37,1	
Précisions des objectifs					0,6234
Oui toujours	3	13,0	5	5,6	
Oui souvent	7	30,4	34	38,2	
Oui rarement	4	17,4	17	19,1	
Jamais	9	39,1	33	37,1	
Précisions des techniques					0,6597
Oui toujours	1	4,3	7	7,9	
Oui souvent	7	30,4	17	19,1	
Oui rarement	8	34,8	33	37,1	
Jamais	7	30,4	32	36,0	
Courrier accompagnant l'ordonnance					0,6261
Oui toujours	0	0,0	3	3,4	
Oui souvent	2	8,7	8	9,0	
Oui rarement	7	30,4	18	20,2	
Jamais	14	60,9	60	67,4	
Rencontre des MK du secteur d'activité					0,2157
Non aucun	0	0,0	3	3,4	
Oui certains	13	61,9	67	75,3	
Oui tous	8	38,1	19	21,3	
Degré de satisfaction des relations interprofessionnelles					0,0890
Insatisfait	2	9,5	1	1,1	
Ni satisfait ni insatisfait	4	19,0	28	31,5	
Satisfait	11	52,4	51	57,3	
Très satisfait	4	19,0	9	10,1	
Fréquence de contact avec les MK					0,0138
Jamais	0	0,0	10	11,2	
Une à deux fois par an	3	14,3	25	28,1	
Une fois tous les 3 mois	5	23,8	27	30,3	
Plusieurs fois par mois	8	38,1	23	25,8	
Plusieurs fois par semaine	5	23,8	4	4,5	
Participation à des réunions pluridisciplinaires					0,9232
Non	2	8,7	9	10,1	
Oui peut-être	12	52,2	49	55,1	
Oui sûrement	9	39,1	31	34,8	

Les résultats du tableau nous révèlent qu'il existe deux paramètres sur lesquels une différence significative est retrouvée : celui de la **précision du diagnostic sur l'ordonnance** et celui de **la fréquence de contact avec les masseurs-kinésithérapeutes**. Sur tout le reste, il n'y a aucune différence statistiquement significative.

2.7.3. Influence du type d'exercice chez les masseurs-kinésithérapeutes

Nous avons procédé de même chez les masseurs-kinésithérapeutes avec un test du Chi2 pour voir s'il existait des différences significatives sur certains paramètres liés au type d'exercice.

Tableau 38 : Influence du type d'exercice chez les MK

	Pluri MG - MK N=18		Autres N=111		p*
	N	%	N	%	
Réalisation et envoi du bilan initial au MG					0,9493
Jamais	10	55,6	61	55,0	
Oui rarement	7	38,9	41	36,9	
Oui souvent	1	5,6	7	6,3	
Oui toujours	0	0,0	2	1,8	
Réalisation et envoi du bilan d'évolution au MG					0,6000
Jamais	10	58,8	55	49,5	
Oui rarement	5	29,4	46	41,4	
Oui souvent	2	11,8	7	6,3	
Oui toujours	0	0,0	3	2,7	
Réalisation et envoi du bilan final au MG					0,1452
Jamais	8	44,4	50	45,0	
Oui rarement	4	22,2	45	40,5	
Oui souvent	5	27,8	11	9,9	
Oui toujours	1	5,6	5	4,5	
Rencontre des MK du secteur d'activité					0,6547
Non aucun	0	0,0	4	3,6	
Oui certains	10	55,6	65	58,6	
Oui tous	8	44,4	42	37,8	
Degré de satisfaction des relations interprofessionnelles					0,7825
Insatisfait	1	5,6	3	2,8	
Ni satisfait ni insatisfait	4	22,2	35	32,1	
Satisfait	10	55,6	52	47,7	
Très satisfait	3	16,7	19	17,4	
Fréquence des contacts avec les MK					0,0004
Jamais	0	0,0	3	2,7	
Une à deux fois par an	2	11,1	21	19,1	
Une fois tous les 3 mois	3	16,7	43	39,1	
Plusieurs fois par mois	7	38,9	39	35,5	
Plusieurs fois par semaine	6	33,3	4	3,6	
Participation à des réunions pluridisciplinaires					0,0007
Non	2	11,1	3	2,7	
Oui peut-être	1	5,6	57	51,8	
Oui sûrement	15	83,3	50	45,5	

Nous notons que les paramètres où une différence significative existe sont la **fréquence des contacts avec les médecins généralistes** et **l'intérêt d'assister à des réunions pluridisciplinaires** qui sont majorés pour le groupe maisons de santé.

3. DISCUSSION

En préambule à cette discussion, nous souhaitons remercier encore une fois tous les professionnels interrogés qui ont permis de réaliser cette étude et chez qui nous avons senti un réel intérêt. Ils l'ont témoigné par la transmission de messages de remerciements et d'encouragements (notamment beaucoup de masseurs-kinésithérapeutes), ce qui nous a permis de légitimer a posteriori l'intérêt de notre sujet d'étude.

3.1. Méthodologie

3.1.1. Type d'enquête

Dans ce travail, nous avons choisi de réaliser une enquête quantitative par questionnaire.

En effet, dans la littérature scientifique, nous n'avons retrouvé que très peu d'études sur ce sujet et surtout des études qualitatives sous forme d'entretiens semi-dirigés ou par focus group.

Nous avons également trouvé très intéressant de réaliser une étude semi-comparative en confrontant les réponses des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes afin d'analyser les différents points de vue qui s'en dégagent.

Le choix du questionnaire par voie postale a été fait par commodité devant le grand nombre de questionnaires à envoyer et la longueur de ceux-ci, une enquête téléphonique n'aurait pas pu être envisageable.

3.1.2. Qualité du questionnaire

Concernant les questionnaires, nous avons choisi de poser une majorité de questions fermées plus faciles à analyser. Les questions ouvertes nous ont permis de tester certaines connaissances des médecins généralistes sans influencer leurs réponses, mais nous avons été confrontés parfois à des réponses très imprécises ou très complexes, et à une abstention assez importante.

Nous avons fait tester le questionnaire au préalable à plusieurs médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes mais, malgré cette précaution, certaines questions sont apparues imprécises ou ambiguës aux répondants, comme en témoignent leurs réponses pour la question sur les gardes ou la question sur les pathologies oubliées et/ ou mal prescrites (deux questions en une entraînant des réponses difficiles à dissocier).

Le nombre de questions était aussi assez élevé, ce qui a pu en décourager certains, et quelques-uns (six d'entre eux) ont sauté une double page en tournant mal les pages.

A l'analyse des réponses, il s'est avéré que d'autres précisions auraient été utiles comme par exemple, pour la participation à des réunions pluridisciplinaires, il aurait été intéressant de demander sous quelle forme (formations, réunions plus formelles ou cas clinique ?) mais également pour quelles raisons ils ne souhaitent pas participer à ces réunions pluridisciplinaires (manque d'intérêt, manque de temps ?).

3.1.3. Sélection de l'échantillon

Notre étude réalisée à l'échelle régionale a permis de diversifier au maximum notre échantillon pour essayer de représenter au mieux les différents types d'exercices présents sur le territoire lorrain.

Nous avons choisi de sélectionner environ 200 médecins généralistes et 200 masseurs-kinésithérapeutes pour tenter d'avoir un échantillon le plus représentatif possible.

La sélection a été faite dans les pages jaunes (version Internet).

La seule contrainte que nous nous étions fixés était un mode d'exercice différent, pour pouvoir en deuxième intention, comparer les réponses à certaines questions des professionnels exerçant en maisons de santé pluridisciplinaires à ceux exerçant différemment mais aucun quota n'avait vraiment été établi. Nous admettons que ceci pourrait constituer un biais de sélection et nous interpréterons nos résultats avec cette réserve.

Nous n'avons pas non plus exclu les professionnels à exercice particulier car ils n'apparaissent pas obligatoirement sous ce titre dans les pages jaunes mais nous concédons également que cela puisse constituer un biais de sélection car en médecine du sport ou en ostéopathie, les médecins reçoivent une formation complémentaire dans le domaine de

l'anatomie et des connaissances plus spécifiques dans le domaine ostéo-articulaire, musculaire et de la Masso-kinésithérapie en général.

3.2. Profils des répondants

Nous sommes plutôt satisfaits du taux de participation à notre enquête de 55% pour les médecins généralistes et 62% pour les masseurs-kinésithérapeutes.

La catégorie d'âge la plus représentée chez les médecins généralistes est celle des 45-55 ans, puis vient la catégorie des plus de 55 ans et celle des moins de 45 ans. Ce qui correspond globalement aux chiffres de l'INSEE de 2011 en Lorraine présentés en première partie, avec un pourcentage de 35% de médecins généralistes de plus de 55 ans, contre 32,1% dans notre étude.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, c'est la catégorie des moins de 45 ans la plus représentée avec 65%, chiffre supérieur au pourcentage publié par la DRESS au 1^{er} janvier 2012 avec 57% pour cette catégorie d'âge.

Concernant la répartition par sexe de notre échantillon, là encore pour les médecins généralistes de l'enquête, nos chiffres concordent globalement avec les estimations de l'INSEE de 2009 qui dénombrait en Lorraine 64 % d'hommes et 36 % femmes, en comparaison avec à notre répartition avec un peu plus de 2/3 d'hommes et un peu moins de 1/3 de femmes.

Chez les masseurs-kinésithérapeutes, cette répartition est beaucoup plus équilibrée avec 54,3% d'hommes et 45,7% de femmes ; la répartition nationale étant de 51% d'hommes et de 49% de femmes au 1^{er} janvier 2012 selon la DRESS.

Le milieu d'exercice des médecins généralistes répondants est urbain de façon prépondérante puis semi-rural et rural ; pour les masseurs-kinésithérapeutes, il s'agit de la même répartition mais avec des écarts moins importants.

3.3. Représentativité de l'échantillon

Nous rappelons que la représentativité d'un échantillon dépend de la taille de l'échantillon et des caractéristiques de l'échantillon (les plus similaires possibles à la population mère).

Pour se donner une idée de la taille de l'échantillon idéal, la formule utilisée habituellement est celle-ci : $N' = 385 / (1 + 385/N)$ (avec N' représentant la taille de l'échantillon et N la taille de la population initiale), en prenant en compte que la marge d'erreur dans l'estimation de la population soit inférieure à 5 % pour un seuil de confiance de 95%.

Dans le cas de notre population de médecins généralistes en Lorraine de $N_1=2419$, N_1' aurait dû être de 332. Pour les masseurs-kinésithérapeutes en Lorraine de $N_2=1428$, N_2' aurait dû être de 303.

A notre échelle, il a été impossible de réaliser des échantillons d'une telle ampleur car s'agissant d'une étude comparative, il aurait fallu constituer deux groupes de très grandes ampleurs (en tenant compte du taux de réponses inconnus initialement) et l'aspect financier a limité le nombre d'envoi.

Concernant les caractéristiques de l'échantillon, nous pouvons donc considérer qu'il correspond globalement à la population mère (en dehors de la catégorie d'âge pour les masseurs-kinésithérapeutes).

3.4. Synthèse des résultats

3.4.1. Une prescription fréquente par les médecins généralistes mais non totalement éclairée

La Masso-kinésithérapie apparaît dans notre étude comme un traitement prescrit « quotidiennement » voire « pluri-quotidiennement » par les médecins généralistes.

Les actes de Masso-kinésithérapie ont effectivement connu un essor très important ces dernières décennies avec quasiment un doublement des actes entre 1980 et 2000, en lien avec une augmentation du nombre des praticiens, du nombre d'actes par praticiens et du nombre de prescriptions. D'après l'IRDES, ce sont les médecins généralistes qui représenteraient environ trois-quarts des prescriptions de Masso-kinésithérapie actuellement (surtout depuis les années 2000), devant les chirurgiens orthopédiques (7,5%), les médecins à exercice particulier (comme par exemple les médecins du sport 4,5%), et les rhumatologues (4,2%). Au sein de leur activité de prescription, celle de la Masso-kinésithérapie concernerait 8,1% de toutes les prescriptions en 2007 (contre 5,2% en 1987). Comparativement, pour les rhumatologues, il

s'agit de 21,7% de leurs prescriptions (chiffre en baisse 28% en 2007) mais ils ne représentent que 4% des prescriptions des masseurs-kinésithérapeutes. (32)

Nous nous sommes demandés s'il existait une différence de fréquence de prescription entre les différentes classes d'âge des médecins généralistes, puisque cette profession s'est développée plutôt récemment, et qu'aucune formation n'était délivrée auparavant. Mais on ne retrouve finalement aucune différence significative parmi les trois classes d'âge de médecins interrogés dans notre étude. Deux masseurs-kinésithérapeutes ont quand même noté une différence générationnelle : « *les blocages viennent surtout des médecins les plus âgés, les plus jeunes communiquent plus et ne précisent pas le nombre de séances* » ou encore « *l'ancienne génération de médecins n'a pas le même regard sur la kinésithérapie, la communication est plus facile avec la nouvelle* ».

Cette profession paramédicale est vue par une grande majorité de médecins généralistes comme « un traitement au même titre qu'un médicament », ce qui nous incite à dire qu'ils ont plutôt confiance dans ce type de traitement et ne le considère pas comme un traitement placebo (proposition jamais citée d'ailleurs). Un kinésithérapeute souhaiterait cependant « *plus de crédibilité de la part des médecins généralistes* » et un autre écrit que « *plus d'implication du médecin dans ses prescriptions favoriserait l'adhérence du patient* » et « *qu'aller dans la même optique de traitement aiderait à sa réussite* ».

Pourtant les médecins généralistes ne sont majoritairement « satisfaits que partiellement » de leurs connaissances en matière de Masso-Kinésithérapie. Globalement ils aimeraient connaître davantage les techniques et les outils du masseur-kinésithérapeute, connaître les recommandations existantes selon les pathologies ainsi que la réglementation de la prescription. Le champ de compétence du masseur-kinésithérapeute ainsi que des rappels d'anatomie, de physiologie et de physiopathologie sont aussi cités.

D'après le rapport d'étude du ministère de la santé (33), les médecins interrogés parlaient d'une « très grande ignorance » de la Kinésithérapie mais avaient plutôt « une attitude décomplexée » face à cela en jugeant la Kinésithérapie comme « un champ de pratique experte » mais se disant « peu outillés et dotés de références de pratiques pour prescrire de manière éclairée ».

Nous avons choisi dans notre étude de tester quelques connaissances des médecins généralistes dans le but d'appréhender leurs connaissances dans certains domaines.

Concernant les techniques et outils, nous nous rendons compte que, d'après eux, leurs connaissances sont plutôt mitigées ; les modes d'action des techniques demandées semblent plus connus paradoxalement que les indications, en dehors du crochetage myoaponévrotique plus spécialisé (technique visant à décoller les adhérences des tissus entre eux par l'intermédiaire de crochets permettant des mouvements très ciblés et ce notamment dans les tendinopathies). (35)

Concernant les techniques de kinésithérapie respiratoire que nous avons abordées en première partie, il s'avère que la plupart des médecins généralistes ne connaissent pas les techniques utilisées actuellement et citent le clapping, abandonné depuis une vingtaine d'années, comme référence. Pourtant, comme nous l'avons vu, il existe des recommandations à ce sujet. Il paraît donc difficile de rassurer et d'informer les parents souvent angoissés quant à cette prescription, si on ne sait pas soi-même comment se déroule une séance. (15)

Concernant le système de garde de kinésithérapie respiratoire, là encore très peu de médecins connaissent son existence et son fonctionnement, et beaucoup ont été étonnés par cette question. Certains médecins « s'arrangent » avec les masseurs-kinésithérapeutes de leurs secteurs. Cependant, après que nous ayons fait ce questionnaire, une brochure explicative du fonctionnement des gardes a été envoyée à tous les médecins et masseurs-kinésithérapeutes de Lorraine (septembre 2012) permettant la diffusion de l'information de cette organisation et donnant les coordonnées précises des personnes à joindre.

Concernant la kinésithérapie dans le cadre de la cancérologie mammaire, deux tiers des médecins généralistes sont d'accord pour dire qu'il y a un intérêt à la prescrire systématiquement. Nous rappelons évidemment que le masseur-kinésithérapeute joue un rôle dans la prévention et le traitement du lymphœdème des membres supérieurs, dans le maintien de la mobilité du bras opéré, dans le massage cicatriciel, mais aussi dans la reprise de confiance en soi accompagnant la prise en charge globale des patientes.

Nous nous sommes intéressés à ce thème car il s'intègre plus largement dans la prise en charge d'un patient atteint de cancer et nous pouvons rappeler que l'un des objectifs du plan cancer 2009-2013 est de « garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et

efficace ». Pour que ce parcours de soins soit plus fluide, le médecin traitant doit y jouer un « rôle de pivot et de coordinateur avec les différents acteurs de soins pour assurer pleinement la prise en charge globale de proximité du patient ». (36) Il s'agit donc ici d'un bel exemple de suivi pluridisciplinaire, qui devrait être plus fréquemment prescrit d'après les masseurs-kinésithérapeutes.

Concernant le droit de manipulation des masseurs-kinésithérapeutes, rappelons que ceux-ci ne sont pas autorisés à faire des manipulations (seulement des élongations vertébrales, selon le code de santé publique) ; ils ont besoin d'avoir une formation supplémentaire (essentiellement ostéopathie) pour pouvoir le faire. La plupart des médecins interrogés ont d'ailleurs cette opinion.

3.4.2. Connaissances globales modérées et application partielle des changements de réglementation de 2000

D'après nos résultats, il s'avère que les médecins généralistes connaissent ce changement législatif à 61,6%, chiffre finalement assez bas puisque la loi est parue en 2000. Il est intéressant de noter que les médecins généralistes la connaissant ne l'appliquent que partiellement. Ceci est d'ailleurs reconnu par les masseurs-kinésithérapeutes de notre enquête qui trouvent majoritairement une « réticence modérée » des médecins à ne pas prescrire en quantitatif. Le nombre de séances reste donc très souvent indiqué sur les prescriptions alors qu'il ne devrait plus y figurer, et les objectifs et les techniques restent aussi largement indiqués par les médecins sur leurs ordonnances bien que ce ne soit plus obligatoire.

Comment expliquer ce manque de suivi de la législation par les médecins généralistes ?

Ils évoquent en premier lieu le besoin de refaire le point avec le patient, ce qui peut se justifier selon les pathologies mais qui révèle sans doute un manque de confiance vis-à-vis des masseurs-kinésithérapeutes ou probablement de certains d'entre eux, comme le confirme la proposition « *pour ne pas laisser le masseur-kinésithérapeute réaliser trop de séances* » citée à 15 reprises. D'autres continuent à le faire par habitude de prescription témoignant d'un manque de remise en question de leur propre exercice, d'autres simplement par méconnaissance de cette loi.

Deux autres aspects ont été soulignés dans l'étude du Ministère de la santé (33) ; le premier est que certains se sont construits au fruit de leurs expériences des « tables de conversion liant un nombre de séances à une pathologie » devenant ainsi un « acquis professionnel qui facilite le travail ». L'autre aspect décrit est celui qu'en prescrivant quantitativement pour les pathologies chroniques, le patient et le masseur-kinésithérapeute peuvent y piocher comme dans une réserve sans solliciter le médecin généraliste (le nombre de séances est à ce moment élevé). Nous pouvons remarquer que, pour ce dernier aspect, le patient et le masseur-kinésithérapeute sont encore plus libres si aucune notion de quantité n'apparaît sur l'ordonnance. Ainsi la notion de confiance entre les trois partenaires est primordiale.

Un kinésithérapeute déclare aussi que *« ce ne sont pas les échanges qu'il faut améliorer mais l'accès aux soins, il faudrait laisser gérer le nombre de séances aux kinés et aux patients, qui ne font pas des séances pour faire des séances, notamment dans le cadre de rachialgies chroniques ou aiguës »*. Il souhaiterait une plus grande autonomie.

Une étude très intéressante avait été réalisée par les 3 caisses d'Assurance Maladie en mars 2001 pour analyser l'impact des réformes sur l'activité pratique des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes. Un audit médical avait alors été effectué et avait dénombré que seulement 3% des médecins généralistes laissaient aux masseurs-kinésithérapeutes le caractère quantitatif des séances. Les masseurs-kinésithérapeutes, quant à eux, n'adressaient une fiche synthétique que dans 3,6% des cas prévus par la nomenclature. L'appropriation de cette nouvelle loi n'avait pas été effective au moment de l'étude, il serait intéressant aujourd'hui de refaire cette même étude. (18)

Nous constatons également dans nos résultats que le diagnostic apparaît dans une majorité des cas sur l'ordonnance et qu'il n'y a que très peu de lettres accompagnantes, alors que sur le plan législatif, le diagnostic ne devrait figurer que sur cette lettre accompagnante dans un souci de maintien du secret médical. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la lettre accompagnante est à 99% absente. Cette notion ne semble donc pas du tout intégrée par les médecins généralistes, sans doute par méconnaissance de la loi, mais aussi, par commodité et gain de temps.

D'autre part, il s'avère que la notion de diagnostic est visiblement ambiguë. En effet, il apparaîtrait « toujours » à 50% et « souvent » à 33% pour les médecins généralistes. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, il n'apparaît « toujours » qu'à 3,9%, « souvent » à 56,6% et

« rarement » à 38,8%, ce qui sous-entend un vrai problème de définition ou probablement de degré de précision du diagnostic (ce reproche revenant d'ailleurs souvent dans notre questionnaire notamment par rapport aux spécialistes).

A la question « Existe-il une différence avec les spécialistes ? », 65,1% des masseurs-kinésithérapeutes ont répondu qu'il existait effectivement une différence. Pour les prescriptions des spécialistes, les principaux éléments cités sont : une plus grande précision du diagnostic, des techniques, des objectifs à atteindre ainsi que les délais (pour les chirurgiens), parfois existence de protocoles de rééducation à suivre, davantage de détails concernant le contexte médical global du patient, la transmission des comptes rendus opératoires, médicaux ou radiologiques (très appréciée) ; dans les points négatifs, ils parlent (pour les chirurgiens surtout) de prescriptions impersonnelles ou très standardisées et parfois même imprécises.

Un masseur-kinésithérapeute aborde aussi la question des logiciels médicaux qui plutôt que d'aider le médecin dans sa prescription, ne lui donnerait qu'une « *prescription standardisée sans application au patient* ».

Nous constatons qu'il existe déjà des paramètres facilement améliorables comme de transmettre plus d'informations sur le contexte global du patient et fournir des comptes rendus utiles.

3.4.3. Bilan Diagnostic Kinésithérapique peu connu des médecins généralistes et sa transmission par les masseurs-kinésithérapeutes à développer

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le changement de statut du masseur-kinésithérapeute devenant « décideur responsable » du caractère quantitatif et qualitatif des séances, découle de ce Bilan Diagnostic Kinésithérapique. C'est suite à sa réalisation que le masseur-kinésithérapeute pose son diagnostic, puis le plan de sa prise en charge avec ses objectifs et ses techniques. C'est en quelque sorte la base de son travail.

Malheureusement il s'avère que les médecins généralistes de notre échantillon ne connaissent que très peu le contenu de ce bilan (pas du tout pour 47,3% et partiellement pour 46,4% d'entre eux).

Une des raisons pouvant expliquer cette lacune, en dehors d'un potentiel manque de formation initiale, est celui d'un manque de réception de ce bilan. En effet, d'après nos résultats, les médecins généralistes ne reçoivent que rarement ou jamais ces bilans mais ils

trouveraient très intéressant à 48,2% de les recevoir. En revanche, les médecins interrogés préféreraient recevoir le bilan final pour 49,1%.

Rappelons que le BDK n'est normalement obligatoire qu'à partir de la 10^{ème} séance mais qu'il n'existe pas de fiche de synthèse standardisée et validée pouvant permettre sa diffusion massive ; de plus, et il n'y a pas de contrôle systématique de la sécurité sociale (impossible à réaliser de toute façon). Peut-être que l'existence d'une telle fiche favoriserait sa transmission ?

Les raisons citées par les masseurs-kinésithérapeutes pour ne pas envoyer leurs bilans sont multiples : la première est paradoxalement l'absence de demande des prescripteurs (alors qu'ils seraient plutôt enclins à le recevoir comme nous l'avons vu).

La seconde raison est le côté chronophage de sa conception et son envoi sous cette forme puisque le manque de support adapté est aussi évoqué. Un médecin et un masseur-kinésithérapeute proposent dans les suggestions de développer effectivement le mode électronique de transmission avec une messagerie sécurisée pouvant être accessible entre médecins et paramédicaux. Cela permettrait des échanges facilités, plus rapides, avec moins de manipulations et plus économiques.

3.4.4. Une formation initiale à approfondir et une formation continue à développer de façon pluridisciplinaire

Les médecins généralistes ne sont qu'à 50% « satisfaits partiellement » de leurs connaissances en matière de Masso-kinésithérapie et ne sont « pas satisfaits du tout » de leurs formations à 51,8%, ce qui ne les empêche pas de la prescrire largement.

La source de leurs connaissances la plus fréquemment citée apparaît être surtout l'expérience professionnelle personnelle puis la communication avec les masseurs-kinésithérapeutes.

Les médecins généralistes semblent surtout reprocher un manque de formation pratique, quasi-inexistante, en dehors de la possibilité de faire des stages d'externat ou d'internat selon leur choix et possibilité. Ils seraient plutôt favorables à la possibilité d'effectuer un stage en cabinet libéral.

La moitié de notre panel de médecins généralistes s'est déjà rendue dans un cabinet de Masso-kinésithérapie mais nous ne savons pas dans quel cadre car les masseurs-kinésithérapeutes interrogés semblent n'avoir eu que peu de demandes de leurs parts (peut-être en partie à titre personnel ?).

Concernant la Formation Médicale Continue, ils sont très peu à avoir fait des formations dans ce domaine et ceux qui en ont fait sont essentiellement les médecins se formant à l'ostéopathie et la médecine du sport, modes d'exercices bien particuliers. D'autres domaines sont cités où médecins et masseurs-kinésithérapeutes se sont retrouvés ensemble en formation : des sujets sur les pathologies respiratoires, les pathologies orthopédiques, les lombalgies, l'uro-gynécologie ou encore des réunions de santé publique. Comme nous l'avons vu en première partie, la Masso-kinésithérapie couvre un très large champ de pathologies et la rééducation touche énormément de domaines. L'offre existe mais devrait davantage être mise en valeur par les organismes de formations continues.

L'existence de recommandations est jugée utile par les médecins généralistes comme par les masseurs-kinésithérapeutes, et une majorité trouverait que cela valoriserait la profession. La notion de médecine basée sur les preuves prend ici tout son sens. L'expérience professionnelle est primordiale mais les preuves cliniques sont aussi très importantes pour conforter les choix thérapeutiques comme pour toute autre prescription.

Un masseur-kinésithérapeute évoque la possibilité de mettre en place un « *visiteur en kinésithérapie* » à l'instar des visiteurs médicaux qui informerait les médecins généralistes en Masso-kinésithérapie et effectuerait des rappels en la matière. Evidemment la question des visiteurs médicaux est déjà tellement épineuse (puisque l'influence des laboratoires ne permet pas toujours de se faire une idée très objective des produits présentés) que dans ce domaine, cela risquerait d'être très compliqué.

3.4.5. Développer les soins de kinésithérapie de Prévention, d'Education et les Soins d'entretien dans le cadre des pathologies chroniques

Pour nous aider à évaluer les problèmes rencontrés par les masseurs-kinésithérapeutes face aux prescriptions, nous leur avons demandé de façon libre quels étaient les points négatifs des prescriptions.

Le premier reproche fait est celui d'un manque de prescription dans le cadre de la prévention et de l'éducation thérapeutique, notamment par rapport aux pathologies rachidiennes ainsi que des prises en charge trop tardives et un manque de prescriptions pour le suivi des pathologies chroniques. Le manque de précision du diagnostic, le traitement de la localisation de la douleur sans rechercher la cause et le défaut de connaissance des techniques

du masseur-kinésithérapeute sont aussi cités. Un masseur-kinésithérapeute souligne aussi le manque d'implication du médecin généraliste dans ses prescriptions, ne permettant pas une bonne adhésion du patient au traitement.

Les pathologies souvent oubliées et peu prescrites relevées par le masseur-kinésithérapeute concernent finalement soit des problèmes très spécifiques soit, étonnamment, des pathologies très courantes.

Pour les problèmes spécifiques, la rééducation périnéale est la première citée ; les médecins généralistes ne sont évidemment pas en première ligne dans le post-partum expliquant sans doute le peu de prescription dans ce domaine, mais ils le sont en revanche pour les troubles d'incontinence sphinctérienne. Le drainage lymphatique manuel est très utile que ce soit dans le cadre très spécifique mais fréquent du cancer mammaire avec le lymphœdème chronique des membres supérieurs mais aussi dans la prise en charge des troubles circulatoires des membres inférieurs mais il est peu prescrit selon eux. Les prescriptions en matière de rééducation des cicatrices, du réentrainement à l'effort, de rééducation de la personne âgée dans sa globalité (équilibre, posture, entretien musculaire) et dans le cadre des pathologies neurologiques, semblent aussi faire défaut.

Pour les problèmes courants, les tendinopathies, la rééducation du rachis cervico-dorso-lombaire, la kinésithérapie respiratoire ou encore les entorses sont les plus cités. Comment expliquer cela ? Peut-être la facilité ou le réflexe de prescrire des médicaments en première intention, plutôt que des séances de kinésithérapie, et le caractère plus contraignant pour le patient qui n'a pas toujours le temps de se rendre au cabinet entraînant un défaut de prescription.

3.4.6. Une connaissance partielle du réseau de proximité à élargir par des réunions ou formations

Le réseau informel d'un médecin généraliste est comme nous l'avons vu très important, mais il ne correspond pas forcément au réseau de proximité surtout en milieu urbain où il existe une grande concentration de professionnels.

D'après notre étude, la plupart des médecins généralistes (58%) et des masseurs kinésithérapeutes (71%) reconnaissent qu'ils n'ont rencontré que « certains » collègues de leur secteur d'activité. Les moments de rencontre privilégiés sont les visites à domicile, et la présentation à l'installation. La moitié des médecins généralistes interrogés avoue qu'ils

connaissent des difficultés pour adresser des patients à des masseurs-kinésithérapeutes spécialisés probablement par manque de relations.

L'intérêt de réaliser des réunions formelles en commun, est de permettre de découvrir les professionnels de son réseau de proximité et/ou d'approfondir les relations existantes.

A cette question, les avis sont quand même partagés, 35,7% médecins généralistes répondent qu'ils y assisteront sûrement contre 50,3% des masseurs-kinésithérapeutes, et 54,5% des médecins généralistes y assisteront peut-être contre 45% des masseurs-kinésithérapeutes.

Les raisons n'ont pas été abordées dans cette question, mais nous pouvons imaginer une contrainte de temps en premier lieu. Le type de réunion n'était pas précisé non plus, réunions sur des cas cliniques, formations communes, ou plutôt réunions conviviales ? Le rythme n'était pas précisé non plus ; il aurait d'ailleurs été intéressant de demander leurs attentes.

Mais dans les remarques libres, des deux côtés, cette suggestion a été faite ; citons certains masseurs-kinésithérapeutes : « *Pourquoi ne pas imposer des réunions aux différents partenaires de santé ?* », « *Mettre en place une rémunération hebdomadaire pour 1 ou 2 heures de réunion* ». La question d'une rémunération est soulevée ici, difficilement applicable dans le contexte économique actuel, mais qui pourrait motiver sans doute certains professionnels puisqu'il s'agirait d'un temps de travail payé.

Un médecin a proposé aussi « *d'inviter des masseurs-kinésithérapeutes dans les groupes de pairs quand cela concerne un sujet concernant la Masso-kinésithérapie* » ce qui serait très intéressant et peut-être plus facile et rapide à mettre en place. Un autre médecin parlait d'augmenter le « *nombre de réunions conviviales* » afin de se connaître davantage et d'échanger plus facilement.

3.4.7. Une relation collaborative jugée satisfaisante mais avec certaines réserves

Les relations sont jugées majoritairement par les deux groupes comme « satisfaisantes », mais pour un tiers environ, elles ne sont ni satisfaisantes ni insatisfaisantes, ce qui témoigne soit de l'absence de relation, soit du peu d'intérêt que cette relation revêt pour eux ou encore d'un manque d'implication de leur part.

A noter que la satisfaction d'une relation n'assure pas forcément qu'il s'agisse d'une relation de qualité avec des échanges constructifs pour les professionnels ou le patient.

En termes de qualificatif, le terme de « collaborative » est le premier qui apparaît suivi par celui de « confraternelle » puis « amicale ». Si on revient à la classification de SARANDON, dans son étude des relations interprofessionnelles dans les réseaux de soins informels, qui plaçait les relations médecins généralistes / masseurs-kinésithérapeutes comme une relation d'instrumentalisation, nos résultats sont donc plutôt meilleurs, même si la définition du mot collaboration peut varier selon les personnes. Nous n'avions pas précisé la définition dans notre enquête. (19)

Le terme « hiérarchique » quant à lui est beaucoup plus employé par les masseurs-kinésithérapeutes que par les médecins généralistes (34 MK pour 1 MG) ; on peut imaginer que le médecin généraliste, puisqu'il est le décideur et prescripteur des soins, peut donner cette image, notamment en continuant à prescrire le nombre de séances et en ne communiquant que peu. Nous pouvons citer ici quelques phrases assez véhémentes de certains masseurs-kinésithérapeutes à l'encontre des médecins généralistes : *« que les médecins généralistes acceptent les remarques des masseurs-kinésithérapeutes », « que les médecins sortent de leurs bulles et redescendent sur terre », « que certains médecins laissent leur sensation de pouvoir hiérarchique de côté », « qu'ils fassent davantage confiance aux kinés et ne pas les considérer comme des sous-fifres auxiliaires juste utiles quand on ne sait pas quoi faire avec le patient ».*

En termes de fréquence, il ressort de notre étude que le rythme de contact cité de façon prépondérante dans les deux sens (MG vers MK et MK vers MG) est celui d'une fois tous les 3 mois puis de plusieurs fois par mois que ce soit pour les médecins ou les masseurs-kinésithérapeutes. L'intérêt n'est sans doute pas la fréquence mais plutôt la qualité des contacts, bien que la fréquence favorise la connaissance et donc l'amélioration des relations et la confiance réciproque.

A la question « pourquoi communiquez-vous peu ? » 24 médecins généralistes ont répondu qu'il n'y avait « pas d'intérêt », ce qui peut surprendre. Comment expliquer cette réponse ? Peut-être parce qu'ils se positionnent justement dans une relation de hiérarchie, ou parce qu'ils considèrent que l'ordonnance est assez précise et le diagnostic certain, ou encore parce

qu'ils attendent peut-être que les masseurs-kinésithérapeutes les appellent en cas de doute ou de problème. Ce n'est en tout cas pas un modèle de travail en réseau ni en collaboration.

Concernant les moyens de communication utilisés, « le téléphone » figure en tête de liste. Viennent ensuite « l'intermédiaire du patient » et « le courrier ». Si on compare avec les biais de communication souhaités, le « téléphone » apparaît aussi comme le premier choix, sans doute pour sa rapidité et son instantanéité. Puis, pour les masseurs-kinésithérapeutes, suivent les « emails », le « dossier informatique » et les « courriers » ; pour les médecins généralistes les « courriers », les « emails » puis « les formations ». Nous notons une attirance prépondérante pour la communication électronique pour les masseurs-kinésithérapeutes par rapport aux médecins généralistes, plus attachés aux méthodes traditionnelles. Nous pouvons imaginer que l'âge entre en compte dans ces choix, la population de masseur-kinésithérapeute étant plus jeune que celle des médecins généralistes.

3.4.8. Le travail en maison de santé, un lieu de travail semblant faciliter les contacts mais à investir davantage

Commençons par la citation d'un médecin généraliste de notre étude qui écrit : *« L'intégration dans un groupe pluridisciplinaire rural au sein d'une maison de santé m'a permis de changer profondément mes pratiques et relations avec les kinés avec des échanges pluriquotidiens ».*

Globalement le travail en maisons de santé semble être, en interrogeant tous nos professionnels confondus, une solution pour améliorer la collaboration entre professionnels de santé.

En interrogeant les professionnels qui y travaillent, ils jugent que la collaboration a été améliorée depuis leur exercice en maisons de santé à 65,2% pour les médecins généralistes et 72,2% pour les masseurs-kinésithérapeutes, et que la communication est aussi améliorée à 69,6% et 83,3% respectivement. Cependant, des réunions formelles sont organisées dans peu de structures et au rythme de 1 fois tous les 15 jours à 1 fois par mois.

Le lieu Maison de santé favoriserait donc les échanges sans obligatoirement l'organisation de réunions formelles. On peut imaginer que les simples rencontres fortuites contribueraient à tisser des liens entre les personnes et encourageraient les échanges non formels.

Mais nous rappelons que notre analyse comparative est malheureusement très difficile à interpréter du fait de son effectif très réduit ne permettant pas vraiment une généralisation de nos résultats.

Sur les paramètres étudiés chez les médecins généralistes, il existerait une différence significative pour la précision du diagnostic qui serait meilleure dans le groupe maisons de santé, sur la fréquence des contacts qui serait aussi plus importante dans le groupe maisons de santé. Chez les masseurs-kinésithérapeutes, là encore la fréquence des contacts serait majorée significativement dans le groupe maisons de santé, et la potentielle participation à des réunions pluridisciplinaires serait aussi plus importante chez ces professionnels témoignant peut-être d'un intérêt majoré dans cette population.

Mais tout ceci reste encore à prouver par d'autres études de plus grande ampleur.

3.5. Au total, propositions pour améliorer ces relations interprofessionnelles

Nous pouvons dégager de notre travail différents objectifs pour pouvoir au mieux prendre en charge nos patients grâce à des relations interprofessionnelles enrichissantes sur tous les plans.

- **Augmenter la fréquence des contacts tant professionnels que conviviaux, ce qui entraînerait une meilleure connaissance de chacun, instaurerait une relation de confiance et faciliterait les échanges**
- **Reconnaître les compétences de chacun et les mutualiser pour avancer dans la discussion, comme par exemple lors de diagnostics difficiles**
- **Bannir la notion de hiérarchie dans les échanges pluridisciplinaires et éviter au possible l'instrumentalisation systématique du masseur-kinésithérapeute par le médecin généraliste**
- **S'approprier la loi de 2000 avec les nouvelles règles de prescription, respectant ainsi les rôles et compétences de chacun**
- **Etablir davantage de prescriptions dans le domaine préventif, éducatif et dans le cadre de soins d'entretien des personnes âgées ou atteintes de pathologies chroniques**
- **Développer l'envoi plus systématique du BDK initial et final avec élaboration d'une fiche de synthèse standardisée accessible et compréhensible par le plus grand nombre**
- **Développer la communication par messagerie sécurisée accessible aux médicaux et paramédicaux facilitant la transmission d'informations**
- **Axer la formation des médecins généralistes sur les compétences, les techniques du masseur-kinésithérapeute et la connaissance du BDK**
- **Intégrer un stage chez un masseur-kinésithérapeute libéral durant l'externat ou l'internat de quelques jours**
- **Rendre plus accessible et mettre en avant les FMC concernant la Masso-kinésithérapie (domaine général ou spécialisé)**
- **Développer les recommandations et études cliniques dans ce domaine**
- **Favoriser les formations communes**
- **Développer le « travail pluridisciplinaire » en maison de santé autre qu'administratif**
- **Instaurer des réunions pluridisciplinaires (intégration de masseurs-kinésithérapeutes dans les groupes de pairs médicaux, au sein du réseau de proximité ou en maisons de santé) ; et proposer éventuellement un mode de rémunération particulier**

CONCLUSION

La relation médecin généraliste / masseur-kinésithérapeute apparaît finalement assez paradoxale. Bien que la puissance statistique de notre étude soit modérée, les résultats apportent un regard très intéressant sur ces relations, en mettant en lumière les attentes des uns et des autres, certains reproches mais aussi certains paradoxes.

En effet, si la prescription de la Masso-kinésithérapie semble complètement intégrée dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, il existe un réel manque de formation et de connaissances en la matière. Cependant, ceux-ci reconnaissent leurs lacunes et seraient plutôt enclins à y remédier par l'intermédiaire de formations communes, de stages en cabinets libéraux ou par des réunions pluridisciplinaires. Bien que les contacts ne soient pas très fréquents et les réseaux de proximité partiellement connus, les relations sont jugées plutôt satisfaisantes. Les masseurs-kinésithérapeutes souhaiteraient que les médecins généralistes leurs fassent davantage confiance, et que cette relation devienne encore plus collaborative et moins hiérarchique ou instrumentalisée. Il est également évident que le manque de communication peut entraîner certains paradoxes : par exemple les médecins généralistes trouveraient intéressant de recevoir le Bilan Diagnostic Kinésithérapique très peu envoyé par les masseurs-kinésithérapeutes pensant qu'il ne les intéresse pas. Le facteur temps est évidemment incriminé dans la limitation des échanges, mais des méthodes de communication plus rapides comme la messagerie électronique sécurisée entre médicaux et paramédicaux pourraient être une solution. Il existe donc différentes solutions pour améliorer ces échanges mais cela nécessite un investissement quotidien de chacun.

Le travail en maison de santé offre, quant à lui, l'image d'un lieu idéal de partage et de communication. Mais finalement peu de réunions pluridisciplinaires semblent y être organisées. Ce mode de travail présente beaucoup de potentiel car les relations conviviales étant facilitées, il permet une connaissance et reconnaissance des différents professionnels et entraîne plus d'échanges. Il sera donc très intéressant dans les années à venir d'observer si un travail pluridisciplinaire est réellement mis en place dans ces structures.

Liste des Abréviations :

AFREK : Association Française pour la Recherche et l'Évaluation en Kinésithérapie
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BDK : Bilan Diagnostique Kinésithérapique
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux
CNAMTS : Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DAP : Demande d'Accord Préalable
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DLM : Drainage Lymphatique Manuel
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
ECN : Examen Classant National
FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
HAS : Haute Autorité de Santé
IFE : Institut de Formation en Ergothérapie
IFMK : Instituts de Formations en Masso-Kinésithérapie
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MG : Médecin Généraliste
MK : Masseur-Kinésithérapeute
MSP : Maisons de Santé Pluridisciplinaires
NGAP : Nomenclature Générale des Actes des professionnels de santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé
PDS : Pôles De Santé
SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale
STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
UCL : Centre Universitaire de Médecine Générale
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Code de santé publique
Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute
JORF n°236 du 9 octobre 1996 page 14802
- 2) Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Bourgogne
Devenir Masseur-Kinésithérapeute, la profession et la formation,
Disponible sur <http://www.ordremk24.fr> (consulté le 18/12/2012)
- 3) Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes
Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008
JORF du 5 novembre 2008, texte 34
- 4) AMELI
Récapitulatif des situations de rééducation soumises à référentiel et des seuils correspondants
Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-santé/kinésithérapeutes/exercer-au-quotidien/demande-d'accord-préalable.php> (consulté le 20/12/2012)
- 5) Code de santé publique
Arrêté du 9 janvier 2006 relatif au droit de prescription du masseur-kinésithérapeute
JORF du 13 janvier 2006
- 6) Caisse Nationale de Maladie des Travailleurs Salariés
Fiche de synthèse du Bilan Diagnostic Kinésithérapique
JO n° 140 du 19 juin 2003 page 10323
Disponible sur <http://www.afrek.org> (consulté le 10/01/2013)
- 7) Rapport de la DREES
La Démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales (février 2009),
Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er679.pdf> (consulté le 08/12/2011)
- 8) Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales
JORF n°15 du 18 janvier 2004 page 1394
- 9) Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé,
JORF n°0266 du 17 novembre 2009 page 19838 texte n° 14
- 10) Arrêté du 4 mars 1997 modifié par l'arrêté du 2 mai 2007 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales
JORF du 26 mars 1997, 17 octobre 2000
- 11) Programme d'enseignement de la faculté de médecine Nancy
Disponible sur <http://www.medecine.uhp-nancy.fr> (consulté le 08/12/2011)

- 12) Code de santé publique
Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 06 janvier 1962 relatif aux actes pouvant être pratiqués par les Médecins et les Auxiliaires Médicaux
JO 3 mars 2000 page 3378
- 13) AFREK, Recherche et évaluation en kinésithérapie
Disponible sur : <http://www.afrek.org> (consulté le 10/01/2013)
- 14) Haute Autorité de Santé
Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescriptions, mai 2005
Disponible sur <http://www.has-sante.fr> (consulté le 15 décembre 2012)
- 15) Evenou Didier, PELCA Dominique, FAUSSER Christian, SEBBAN Sydney
Réseau Bronchiolite, Ile-de-France
Prise en charge kinésithérapique de la Bronchiolite - Modalités pratiques actuelles
Médecine, vol 3, numéro 1, 24-6, janvier 2007
- 16) HAS, Conférence de Consensus
Prise en charge de la bronchiolite, 21 septembre 2000,
Disponible sur <http://www.has-sante.fr> (consulté le 15 décembre 2012)
- 17) Bronchiolites : pas de place pour la kinésithérapie respiratoire,
Revue Prescrire 2012 ; 32 (350) : 92
- 18) Caisse Nationale de Maladie des Travailleurs Salariés,
Nouvelles pratiques de la kinésithérapie, bilan 6 mois après la réforme, 2001,
Disponible sur
http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/publications/rapport_kine.doc
(consulté le 10/01/2013)
- 19) SARRADON-ECK, VEGA, FAURE M, HUMBERT-GAUDART, LUSTAMN
Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels
Rapport de recherche LEHA-PAS/ANAES, 2004, 72p.
- 20) CHAUBO Catherine
Historique des réseaux de santé
BM, Mai 2005-N°40
- 21) ANAES
Mission évaluation réseaux de soins/Octobre 2001/page 7
- 22) Ordre des médecins de Lorraine
Réseaux de santé en Lorraine
Disponible sur http://www.ordre-medecins.org/site/fiches_techniques/FicheR_4.pdf,
(consulté le 7/10/2012)
- 23) WOSTYN Annyck
Des soignants s'entendent localement et se forment ensemble
Revue Prescrire 2012 ; 32 (346) : 598-600

- 24) CROIX ROUGE FRANCAISE
Des premiers dispensaires aux soins à domicile
Disponible sur <http://www.croix-rouge.fr/Actualite/150-ans-d-engagement-humanitaire/Des-premiers-dispensaires-aux-soins-a-domicile> (consulté le 11/10/2012)
- 25) LESIOUR A.
Les centres de santé municipaux, passé, présent, perspectives, CNLCS, Intervention à la journée de formation des élus municipaux, 1^{er} février 2003
Disponible sur <http://www.formationcitoyennete.org/IMG/pdf/A.Lesiour.pdf> (consulté le 11/10/2012)
- 26) Code de santé publique
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184
- 27) DGOS, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé
Maisons et Pôles de Santé en fonctionnement au 30/04/2012,
Disponible sur le site : <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html> (consulté le 14/01/2013)
- 28) Cartosanté disponible sur <http://www.ars.lorraine.sante.fr> (consulté le 14/01/2013)
- 29) JUILHARD J-M, CROCHEMORE B, TOUBA A, VALLENCIEN Guy
Le bilan des Maisons et Pôles de santé,
Rapport ministériel à la demande de Me Bachelot, Me Fadela et Mr Hubert, 2009
- 30) STATISS 2011
Démographie médicale libérale en 2011
Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.htm> (consulté le 4/12/2012)
- 31) DELAUNEY Evelyne,
Kinés et médecins généralistes : peut mieux faire ? Une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire
Médecine, juin 2010 -277-281
- 32) Rapport du ministère de la santé, BONNAL C, MATHARAN J, MICHEAU J
Prescription de la Masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues, Décembre 2009
Disponible sur www.pleinsens.fr (consulté le 1/09/2012)
- 33) CEREXHE F, Pr PAULUS D, Pr PESTIAUX D, UCL, SSMG
La pratique de groupe des médecins généralistes francophones
Rapport final du projet 31 octobre 2004
- 34) BOWER-HULME J, WACKERNAGEL BACH B, LEWIS J
Communication Between Physicians and Physical Therapists
Phys. Ther., 1988; 68 : 26-31

35) BOONE Jules

Formation sur le crochetage myo-aponévrotique

Disponible sur <http://www.kineformation.com> (consulté le 15 janvier 2013)

36) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé,

Plan cancer 2009-2013

Disponible sur <http://www.plan-cancer.gouv.fr/le-plan-cancer/5-axes-30-mesures/axe-soins/mesure-18.html> (consulté le 25/01/2013)

ANNEXES

ANNEXE 1 : Modèle de fiche de synthèse proposé par le groupe de travail CNAMTS.

« Renseignements socio-administratifs

Patient Nom : Prénom : Téléphone : Sexe :

Date naissance/âge : N° Sécurité Sociale :

Prescripteur : Docteur : Adresse/téléphone :

Prescription : Date de la prescription : S'agit-il d'une prescription quantitative ? OUI / NON

Y a-t-il eu des séances de kinésithérapie antérieures pour cette indication ? OUI / NON / Ne sait pas

Indication médicale :

Fiche de synthèse du Bilan Diagnostic Kinésithérapique (JO n° 140 du 19/06/2003 p. 1032)

Intitulé	Bilan Initial Date :	Bilan Intermédiaire/Final Date :
Bilan des déficits structurels : • articulaires • force musculaire • douleurs. Bilan des déficits fonctionnels Autres problèmes généraux identifiés par le MK Objectifs : - à court terme - à moyen terme - à long terme Diagnostic kinésithérapique : Protocole thérapeutique : • Nombre, Rythme des séances : • Lieu des séances : • Travail en groupe : • Techniques : Date de la première séance : Conseils : Propositions consécutives : Commentaires : Date, Nom, Cachet et signature du MK :		

ANNEXE 2 : Programme PACES : US KINESITHERAPIE - ERGOTHERAPIE

Médecine physique et de Réadaptation

1. Définition et finalité
2. Concept et modèles de l'OMS

Masso-kinésithérapie : compétences, outils et techniques

1. Présentation de la profession

- a. Cadre législatif
- b. Cadre opérationnel

2. Les Bilans et Mesures

- a. Le dossier du patient
- b. Bilans analytiques et fonctionnels
 - i. Passif et actif
 - ii. Bilans différentiels
 - iii. les étapes
- c. Les téguments
 - i. Observation
 - ii. Palpation et mobilisation de la peau
 - iii. Qualification et quantification instrumentales de la peau
 1. Propriétés mécaniques
 2. Trophicité et circulation
 3. Sensibilité
 4. Cicatrices
 5. Douleurs
- d. Les articulations
 - i. Bilan analytique articulaire
 - ii. Palpation et mobilisation articulaire
 - iii. Mobilité articulaire
 1. Types de mouvements
 2. Conditions de recherche des mouvements
 3. Types de limitation
 - iv. Quantification et qualification instrumentales
- e. Les muscles
 - i. Bilans analytiques musculo-tendineux
 - ii. Bilans actif analytiques
 1. Généralités
 2. Manuels
 3. Instrumentales
 4. Testing

3. La Marche humaine

4. Ergonomie

- a. manutention des personnes
- b. les conditions de travail

Ergothérapie : compétences, outils et techniques

1. Présentation de la profession.

2. Evaluation

- a. Bilans fonctionnels : mb inférieur et mb supérieur.
- b. Restriction à la participation :
 - i. Bilans des incapacités : · Indice de Barthel, MIF, grille AGGIR, IADL, etc...
 - ii. Bilans des handicaps : · Bilans environnementaux : matériel, social.

3. Traitements de Rééducation en ergothérapie :

- a. L'activité :
 - i. Définition, classification OMS
 - ii. L'analyse ergonomique de l'activité § Composantes physiques et psychosociales § Analyse du jeu
- b. Applications thérapeutiques :
 - i. Prévention des troubles orthopédiques
 - ii. Correction des déformations : orthèses
 - iii. Réduction de troubles spécifiques et récupération des fonctions déficitaires: schéma psychomoteur, hémiparésie, négligence, gnosies, praxies, amnésie, force, dextérité...
 - iv. Éducation prophylactique : rhumatologie, cardiologie...
 - v. Évaluation des capacités résiduelles et entraînement en situation : bilan écologique, activités quotidiennes, gestes professionnels

4 Traitements de Réadaptation en ergothérapie

- i. Aspect législatifs :
 - a. Loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » du 11 février 2005
- ii. Compenser les situations de handicap
 - 1. Actions sur l'individu
 - a. Solutions d'adaptation
 - b. Aides techniques : définition, classification OMS
 - c. Le fauteuil roulant : types, anthropométrie.
 - 2. Actions sur l'environnement
 - a. Contrôle de l'environnement : téléthèse
 - b. Modifications de l'environnement
 - i. Visite à domicile : repérage des obstacles potentiels, prise de mesure, propositions d'aménagement
 - ii. Dossier MDPH

ANNEXE 3 : Lettre accompagnant les questionnaires

Nancy, le 6 juin 2012

Anaïs DELLANDREA
31 rue de Médreville
54000 NANCY
anaisdellandrea@gmail.com

Madame, Monsieur,

Je suis médecin généraliste remplaçant et je me permets de vous contacter dans le cadre de mon travail **de Thèse de Médecine Générale**.

Je m'intéresse aux **relations entre Médecins généralistes et Masseurs-kinésithérapeutes**.

Je réalise une enquête en Lorraine par questionnaires, l'un destiné aux Médecins Généralistes et l'autre aux Masseurs-Kinésithérapeutes, afin de dresser un état des lieux des habitudes de prescription, d'évaluer le type de communication existant entre eux, d'aborder également la formation et les connaissances en Masso-kinésithérapie des Médecins Généralistes ; et cela dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.

Cette thèse est présidée par le Pr PAYSANT, Directeur médical de l'Institut Régional de Médecine Physique et de Réadaptation à Nancy. Le travail est dirigé par le Dr VAUTHIER, Médecin Généraliste à Dommartin-les-Remiremont, avec l'aide du Dr BAUMANN, Médecin Épidémiologiste dans le service d'Épidémiologie du CHU de Brabois.

Il s'agit d'une enquête épidémiologique quantitative à visée descriptive et comparative ; le temps pour remplir le questionnaire est estimé entre **8 et 10 minutes**.

Les réponses seront collectées de façon anonyme.

Je vous serais très reconnaissante de répondre **le plus rapidement possible** (avant le 30 juin), je vous joins une **enveloppe timbrée de retour**.

Si vous le souhaitez les résultats vous seront communiqués. Merci d'indiquer à la fin du questionnaire votre email ou de m'en informer directement par email.

Je vous remercie par avance pour vos réponses qui m'aideront de façon décisive dans mon travail.

Sincères Salutations,

Anaïs DELLANDREA



ANNEXE 4 : Questionnaire médecins généralistes

Merci de cocher votre réponse ou de l'écrire dans l'espace dédié.

Plusieurs réponses sont parfois possibles selon les questions.

Dans un souci de lisibilité, les **Médecins Généralistes** seront désignés par **MG** et les **Masseurs-Kinésithérapeutes** par **MK**.

PARTIE 1 : Profil

- 1) Age (années) : _____
- 2) Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
- 3) Département d'activité : ☐ 54 ☐ 57 ☐ 55 ☐ 88
- 4) Milieu d'exercice : ☐ urbain ☐ rural ☐ semi-rural
- 5) Type de cabinet :
 - ☐ Seul
 - ☐ Groupe **mono disciplinaire (2 ou + MG)**
 - ☐ Groupe **pluri disciplinaire / Maisons de santé**
 - ☐ Avec MK
 - ☐ Sans MK
- 6) Activités particulières :
 - ☐ Ostéopathie
 - ☐ Médecine du sport
 - ☐ Homéopathie

PARTIE 2 : Prescription du MG / Bilan du MK

- 7) A quelle fréquence globalement prescrivez-vous de la Masso-Kinésithérapie ?

☐ Très souvent plusieurs fois par jour ☐ Souvent 1 fois par jour ☐ Occasionnellement 2 à 3 fois par semaine ☐ Rarement < 1 fois par semaine ☐ Jamais

- 8) Pour quel type de pathologies en prescrivez-vous le plus souvent ?

Classer-les approximativement : 1 pour le plus fréquent, puis 2 etc... ; 0 si jamais prescrit

- | | | | |
|---|----------------------|---|----------------------|
| ☐ Rhumatologiques | <input type="text"/> | ☐ Neurologiques | <input type="text"/> |
| ☐ Orthopédiques-Traumatologiques | <input type="text"/> | ☐ Cardiologiques | <input type="text"/> |
| ☐ Respiratoires Adulte | <input type="text"/> | ☐ Lymphatiques | <input type="text"/> |
| ☐ Respiratoires Pédiatrie | <input type="text"/> | ☐ Soins d'entretien (marche, mobilisation) | <input type="text"/> |
| ☐ Urologiques-Gynécologiques | <input type="text"/> | ☐ Autre : | <input type="text"/> |

- 9) Précisez-vous votre diagnostic sur l'ordonnance ?

☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais

- 10) Précisez-vous le nombre de séances à réaliser ?

☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais

▪ **Si oui**, précisez pourquoi :

- | | |
|--|--|
| ☐ Pour refaire le point avec le patient | ☐ Par habitude de prescription |
| ☐ Parce que c'est au prescripteur de le définir | ☐ Pour ne pas laisser les MK réaliser trop de séances |

- 11) Précisez-vous les objectifs à atteindre ?

☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais

- 12) Précisez-vous les techniques à employer ?

☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais

- 13) Accompagnez-vous votre ordonnance d'une lettre explicative ?

☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais

- 14) Connaissez-vous la nouvelle réglementation de 2000 concernant la prescription de la Masso-Kinésithérapie ?

☐ Oui ☐ Non

- **Si oui**, avez-vous modifié vos habitudes de prescriptions ?

☐ Oui totalement ☐ Oui partiellement ☐ Non

15) Recevez-vous des bilans écrits initiaux des MK ?

☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais

16) Recevez-vous des bilans écrits d'évolution (après 10 séances) des MK

☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais

17) Recevez-vous des bilans écrits finaux des MK ?

☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais

18) Trouvez-vous ou trouveriez-vous intéressant dans votre pratique de recevoir ces bilans ?

☐ Oui très intéressant ☐ Oui modérément intéressant ☐ Non sans intérêt

- **Si oui**, quels bilans préféreriez-vous recevoir ?

☐ Bilan initial ☐ Bilan d'évolution ☐ Bilan final

PARTIE 3 : Connaissances et Formation des MG en matière de Masso-Kinésithérapie

19) Pour vous la Masso-Kinésithérapie se définit comme :

- | | |
|---|--|
| ☐ Un traitement au même titre qu'un médicament | ☐ Un traitement d'appoint |
| ☐ Un traitement placebo | ☐ Un traitement empirique |
| ☐ Une thérapie douce | ☐ Autre : |

20) Etes-vous satisfait de vos connaissances de façon globale en matière de Kinésithérapie ?

☐ Oui entièrement ☐ Oui partiellement ☐ Non pas du tout

21) Tenez-vous majoritairement vos connaissances dans ce domaine de votre :

- | | |
|---|--|
| ☐ Formation initiale | ☐ Formation continue |
| ☐ Expérience professionnelle personnelle | ☐ Communication avec les MK |

22) Comment jugez-vous vos connaissances en matière d'Anatomie ?

☐ Très satisfaisantes ☐ Satisfaisantes ☐ Moyennement satisfaisantes ☐ Insatisfaisantes

23) Connaissiez-vous le contenu du bilan du MK ?

☐ Oui totalement ☐ Oui partiellement ☐ Non

24) Connaissiez-vous les indications et les modes d'action des techniques ci-dessous ?

Indications				Modes d'action	
a) Ultrasons	☐ Oui	☐ Certaines	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
b) Electrothérapie	☐ Oui	☐ Certaines	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
c) Pressothérapie	☐ Oui	☐ Certaines	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
d) Physiothérapie	☐ Oui	☐ Certaines	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
e) Crochetage myo-aponévrotique	☐ Oui	☐ Certaines	☐ Non	☐ Oui	☐ Non

25) Quelle(s) technique(s) utilise le MK lors d'une séance de Kinésithérapie Respiratoire ?

26) Que savez-vous du système de garde de Kinésithérapie Respiratoire ?

- Où :
- Quand :
- Pour qui :
- Où se procurer le nom des MK de garde :

27) Pensez-vous qu'il y a un intérêt à réaliser des séances de kinésithérapie après chirurgie de cancer mammaire même s'il n'y a pas de lymphœdème des membres supérieurs ?

☐ Oui ☐ Non

28) Est-ce que le MK a le droit de réaliser des manipulations ostéo-articulaires?

☐ Oui dans tous les cas ☐ Oui seulement s'il a une formation (type ostéopathie ou autre) ☐ Non

29) Etes-vous satisfait de votre formation dans le domaine de la Masso-kinésithérapie ?

☐ Oui entièrement ☐ Oui partiellement ☐ Non pas du tout

30) Quel(s) reproche(s) pouvez-vous faire à votre formation ?

- | | |
|--|--|
| ☐ Pas assez de cours théoriques | ☐ Pas assez de Formations Médicales continues proposées |
| ☐ Pas assez d'enseignements pratiques | ☐ Aucun |
| ☐ Pas de stage en libéral | |
| ☐ Autre : | |

31) Quelles connaissances supplémentaires aimeriez-vous approfondir ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Aucune | ☐ Réglementation concernant la prescription |
| ☐ Explications du bilan du MK | ☐ Recommandation existantes selon pathologies |
| ☐ Techniques et outils du MK | ☐ Rappels d'anatomie, physiologie/physiopathologie articulaire et musculaire |
| ☐ Champs de compétence du MK | |
| ☐ Autre : | |

32) Avez-vous déjà participé à une formation concernant la Masso-Kinésithérapie ?

☐ Oui ☐ Non

- **Si oui**, précisez dans quels(s) domaine(s) :

33) Avez-vous déjà participé à des formations ou réunions où des MK étaient présents ?

☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Non

- **Si oui**, précisez dans quels(s) domaine(s) :

34) Avez-vous déjà été dans un cabinet de kinésithérapie pour voir comment le MK travaillait ?

35) Trouveriez-vous ☐ Oui ☐ Non intéressant que les Internes de Médecine Générale participent **systématiquement** dans leur cursus à une sensibilisation à la Kinésithérapie en libéral ?

☐ Très intéressant ☐ Intéressant ☐ Peu intéressant ☐ Sans intérêt

36) Pensez-vous que l'existence d'études et de recommandations plus nombreuses serait utile dans votre pratique quotidienne ?

☐ Très utile ☐ Utile ☐ Peu utile ☐ Sans intérêt

37) Pensez-vous que celles-ci pourraient valoriser la profession de MK et d'augmenter sa crédibilité à vos yeux ?

☐ Oui tout à fait ☐ Oui modérément ☐ Non cela ne changerait rien

PARTIE 4 : Communication entre MG et MK

38) Avez-vous déjà **rencontré** les MK de votre secteur d'activité ?

☐ Oui tous ☐ Oui certains ☐ Non aucun

▪ **si oui**, précisez dans quel cadre :

☐ Lors de visites ☐ A l'installation ☐ Lors de formations
☐ Lors de réunions ☐ Autre :

39) Avez-vous des difficultés à trouver et adresser des patients à des MK spécialisés dans certains domaines particuliers (respiratoire, périnéal, vestibulaire, lymphologie...) ?

☐ Oui ☐ Non

40) Êtes-vous globalement satisfait de vos relations avec les MK ?

☐ Très Satisfait ☐ Satisfait ☐ Ni satisfait ni insatisfait ☐ Insatisfait

41) Comment qualifieriez-vous le type de relation que vous entretenez avec eux ?

☐ Amicale ☐ Confraternelle ☐ Collaborative ☐ Hiérarchique
☐ Compétitive ☐ Inexistante ☐ Mauvaise ☐ Autre :

42) Vous arrive-t-il de contacter les MK ?

☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Plusieurs fois par mois ☐ 1 fois tous les 3 mois
☐ 1 à 2 fois par an ☐ Jamais

▪ **Si oui**, pour quel type de renseignement ?

Classer-les si possible : 1 pour le plus fréquent puis 2 etc..., noter 0 si jamais

☐ Demande de renouvellement		☐ Discuter de la pathologie ou du diagnostic	
☐ Discuter de l'évolution des séances		☐ Demander de prendre un patient en urgence	
☐ Demander conseil en Kinésithérapie		☐ Autre :	

▪ **Si rarement ou jamais**, précisez pourquoi ?

☐ Manque de temps ☐ Pas de nécessité ☐ Peur de déranger
☐ Manque de connaissances des MK ☐ Difficultés d'aborder les MK ☐ Autre :

43) Est-ce que les MK prennent contact avec vous ?

☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Plusieurs fois par mois ☐ 1 fois tous les 3 mois
☐ 1 à 2 fois par an ☐ Jamais

▪ **Si oui**, précisez pour quel type de renseignement ?

Classer-les si possible : 1 pour le plus fréquent puis 2 etc..., noter 0 si jamais

☐ Demande de renouvellement		☐ Discuter de la pathologie ou du diagnostic	
☐ Discuter de l'évolution des séances		☐ Discuter de l'intérêt de la rééducation	
☐ Proposer un complément d'examen		☐ Autre :	

44) Par quel biais **avez-vous déjà communiqué** avec eux ?

☐ Patients ☐ Mails ☐ Formations
☐ Comptes-rendus écrits ☐ Réunions formelles ☐ Dossier patient informatisé
☐ Téléphone ☐ Rencontres fortuites ☐ Autre

45) Par quel biais **trouveriez-vous intéressant de communiquer** avec eux ?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Patients | ☐ Mails | ☐ Formations |
| ☐ Comptes-rendus écrits | ☐ Réunions formelles | ☐ Dossier patient informatisé |
| ☐ Téléphone | ☐ Rencontres fortuites | ☐ Autre |

46) Pensez-vous que le travail en maison de santé ou en groupe pluridisciplinaire peut faciliter et améliorer les échanges entre professionnels de santé ?

- ☐ Oui tout à fait ☐ Oui modérément ☐ Non cela ne change rien

47) Si des réunions interdisciplinaires étaient organisées avec des MK de votre secteur d'activité pour discuter de cas cliniques ou de pathologies et leurs prises en charge, y-participeriez-vous ?

- 48) Est-ce que votre collaboration avec un MK a permis d'améliorer la prise en charge de patients ?
- | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| ☐ Oui sûrement | ☐ Oui peut-être | ☐ Non |
| ☐ Oui souvent | ☐ Oui parfois | ☐ Oui rarement |
| ☐ Non | | |

▪ **Si oui**, vous pouvez donner des exemples :

49) Auriez-vous d'autres suggestions ou remarques à faire pour améliorer ces échanges interprofessionnels ?

Pour les MG travaillant en maisons de santé ou groupes pluridisciplinaires avec MK, merci de répondre aux dernières questions suivantes :

50) Trouvez-vous qu'il existe une meilleure collaboration avec les MK depuis que vous travaillez dans une même structure ?

- ☐ Oui tout à fait ☐ Oui modérément ☐ Non cela n'a rien changé

51) Contactez-vous les MK plus souvent qu'auparavant ?

- ☐ Oui ☐ Non

52) Est-ce que des réunions sont organisées avec les MK de la structure pour discuter de problème(s) particulier(s) concernant des patients en commun ?

- ☐ Oui ☐ Non

▪ **Si oui**, à quelle fréquence ?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Plusieurs fois par semaine | ☐ Une fois par semaine | ☐ 2 fois par mois |
| ☐ 1 fois par mois | ☐ 1 fois par trimestre | ☐ < 4 fois par année |

ANNEXE 5 : Questionnaire masseurs-kinésithérapeutes

Merci de cocher votre réponse ou de l'écrire dans l'espace dédié.

Plusieurs réponses sont parfois possibles selon les questions.

Dans un souci de lisibilité, les **Médecins Généralistes** seront désignés par **MG** et les **Masseurs-Kinésithérapeutes** par **MK**.

PARTIE 1 : Profil

- 8) Age (années) : _____
- 9) Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
- 10) Département d'activité : ☐ 54 ☐ 57 ☐ 55 ☐ 88
- 11) Milieu d'exercice : ☐ urbain ☐ rural ☐ semi-rural
- 12) Type de cabinet :
- ☐ Seul
 - ☐ Groupe **mono disciplinaire (2 ou + MK)**
 - ☐ Groupe **pluri disciplinaire / Maisons de santé**
 - ☐ Avec MG
 - ☐ Sans MG
- 13) Spécialisation/Orientation particulière :
- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Ostéopathie | ☐ Kinésithérapie Respiratoire | ☐ Lymphologie |
| ☐ Rééducation Périnéale | ☐ Kinésithérapie du sport | ☐ Autre : |

PARTIE 2 : Prescription du MG / Bilan du MK

- 14) Est-ce que le diagnostic est précisé sur l'ordonnance du MG ?
- ☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais
- 15) Est-ce que le nombre de séances à effectuer y est précisé ?
- ☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais
- 16) Est-ce que les objectifs à atteindre y sont précisés ?
- ☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais
- 17) Est-ce que les techniques à employer y sont précisées ?
- ☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais
- 18) Si oui à l'une des questions 8, 9 ou 10, suivez-vous les préconisations médicales ?
- ☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais
- 19) Recevez-vous des lettres explicatives accompagnant l'ordonnance ?
- ☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais
- 20) Existe-t-il des différences avec les prescriptions d'autres spécialistes notamment les rhumatologues ou chirurgiens ?
- ☐ Oui ☐ Non
- **Si oui**, de quel type :
- 14) Si vous exerciez avant 2000, avez-vous ressenti une évolution des prescriptions depuis la nouvelle réglementation ?
- ☐ Oui totalement ☐ Oui partiellement ☐ Non
- 15) Envoyez-vous des bilans écrits initiaux au MG ?
- ☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais

16) Envoyez-vous des bilans écrits d'évolution (après 10 séances) au MG ?

☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais

17) Envoyez-vous des bilans écrits finaux au MG ?

☐ Oui toujours ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Jamais

18) Si vous le faites rarement ou jamais (question 15, 16 et 17), pourquoi :

- | | |
|--|---|
| ☐ Manque assez de temps | ☐ Pas d'intérêt |
| ☐ Pas de support adapté (mails sécurisés, Carte Vitale) | ☐ Pas d'obligation de la sécurité sociale |
| ☐ Pas de demande des prescripteurs | ☐ Pas de vérification de la sécurité sociale |
| ☐ Autre : | |

PARTIE 3 : Connaissances et Formation des MG en matière de Masso-Kinésithérapie

19) Ressentez-vous un manque global de connaissances de la Masso-Kinésithérapie des MG ?

☐ Oui entièrement ☐ Oui partiellement ☐ Non

20) Quel type de rééducation est souvent peu, mal prescrit ou oublié par les MG ?

21) Ressentez-vous une réticence des MG concernant votre droit à définir le nombre de séance ?

☐ Oui tout à fait ☐ Oui modérément ☐ Non

22) Avez-vous

déjà participé à des formations ou réunions où des MG étaient présents ?

☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Non

▪ **Si oui**, dans quel(s) domaine(s) :

23) Avez-vous eu des demandes de la part des MG de venir à votre cabinet pour approfondir leurs connaissances en matière de kinésithérapie ?

☐ Oui très souvent ☐ Oui souvent ☐ Oui rarement ☐ Non

▪ **Si oui**, les avez-vous accueillis ?

☐ Oui ☐ Non

24) Trouveriez-vous intéressant que les internes de médecine générale participent systématiquement dans leur cursus à une sensibilisation à la kinésithérapie en libéral ?

☐ Très intéressant ☐ Intéressant ☐ Peu intéressant ☐ Sans intérêt

25) Pensez-vous que l'existence d'études et de recommandations plus nombreuses seraient utile pour aider les prescriptions médicales ?

☐ Très utile ☐ Utile ☐ Peu utile ☐ Sans intérêt

26) Pensez-vous que celles-ci puissent valoriser votre profession, et en augmenter sa crédibilité pour le MG ?

☐ Oui tout à fait ☐ Oui modérément ☐ Non cela ne changerait rien

PARTIE 4 : Communication MK – MG

27) Avez-vous déjà **rencontré** les MG de votre secteur d'activité ?

▪ Oui tous ▪ Oui certains ▪ Non aucun

▪ **Si oui**, précisez dans quel cadre :

- ☐ Lors de visites ☐ A l'installation ☐ Lors de formations
☐ Lors de réunions ☐ Autre :

28) Etes-vous globalement satisfait de vos relations avec les MG ?

- ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Ni satisfait ni insatisfait ☐ Insatisfait

29) Comment qualifieriez-vous le type de relation que vous entretenez avec eux ?

- ☐ Amicale ☐ Confraternelle ☐ Collaborative ☐ Hiérarchique
☐ Compétitive ☐ Inexistante ☐ Mauvaise ☐ Autre :

30) Vous arrive-il de contacter les MG ?

- ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Plusieurs fois par mois ☐ Une fois tous les 3 mois
☐ Une à deux fois par an ☐ Jamais

▪ **Si oui**, pour quel type de renseignement ?

Classer-les si possible : 1 pour le plus fréquent puis 2 etc..., noter 0 si jamais

- | | | | |
|--|----------------------|---|----------------------|
| ☐ Demande de renouvellement | <input type="text"/> | ☐ Discuter de la pathologie ou du diagnostic | <input type="text"/> |
| ☐ Discuter de l'évolution des séances | <input type="text"/> | ☐ Discuter de l'intérêt de la rééducation | <input type="text"/> |
| ☐ Proposer un complément d'examen | <input type="text"/> | ☐ Autre : | <input type="text"/> |

▪ **Si non**, précisez pourquoi ?

- ☐ Manque de temps ☐ Pas de nécessité
☐ Manque de connaissances des MG ☐ Difficultés d'aborder le MG
☐ Peur de déranger ☐ Autre :

31) Est-ce que les MG prennent contact avec vous ?

- ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Plusieurs fois par mois ☐ Une fois tous les 3 mois
☐ Une à deux fois par an ☐ Jamais

▪ **Si oui**, surtout pour quel type de renseignement ?

Classer-les si possible : 1 pour le plus fréquent puis 2 etc..., noter 0 si jamais

- | | | | |
|--|----------------------|---|----------------------|
| ☐ Demande de renouvellement | <input type="text"/> | ☐ Discuter de la pathologie ou du diagnostic | <input type="text"/> |
| ☐ Discuter de l'évolution des séances | <input type="text"/> | ☐ Demander de prendre un patient en urgence | <input type="text"/> |
| ☐ Demander conseil en Kinésithérapie | <input type="text"/> | ☐ Autre : | <input type="text"/> |

32) Par quel biais **avez-vous déjà communiqué** avec eux ?

- ☐ Patients ☐ Mails ☐ Formations
☐ Comptes rendus écrits ☐ Réunions formelles ☐ Dossier patient informatisé
☐ Téléphone ☐ Rencontres fortuites ☐ Autre :

33) Par quel biais **trouveriez-vous intéressant de communiquer** avec eux ?

- ☐ Patients ☐ Mails ☐ Formations
☐ Comptes rendus écrits ☐ Réunions formelles ☐ Dossier patient informatisé
☐ Téléphone ☐ Rencontres fortuites ☐ Autre :

34) Pensez-vous que l'exercice en maison de santé ou groupe pluridisciplinaire peut faciliter et améliorer les échanges entre professionnels de santé ?

- ☐ Oui tout à fait ☐ Oui modérément ☐ Non cela ne change rien

35) Si des réunions interdisciplinaires étaient organisées avec des MG de votre secteur d'activité pour discuter de cas cliniques particuliers ou de pathologies et leurs prises en charge y-participeriez-vous ?

- ☐ Oui sûrement ☐ Oui peut-être ☐ Non

36) Auriez-vous d'autres suggestions ou remarques à faire pour améliorer ces échanges interprofessionnels ?

Pour les MK travaillant en maisons de santé ou groupes pluridisciplinaires avec MG, merci de répondre aux dernières questions suivantes :

37) Trouvez-vous qu'il existe une meilleure collaboration avec les MG depuis que vous travaillez dans une même structure ?

☐ Oui tout à fait

☐ Oui modérément

☐ Non

38) Communiquez-vous avec les MG plus souvent qu'auparavant ?

☐ Oui

☐ Non

39) Est-ce que des réunions sont organisées au sein de la structure avec les MG (et les autres professionnels) pour discuter de problème(s) particulier(s) concernant des patients en commun?

▪ **Si oui**, à quelle

☐ Oui

☐ Non

fréquence ?

☐ Plusieurs fois par semaine

☐ 1 fois par semaine

☐ 1 fois tous les 15 jours

☐ 1 fois par mois

☐ 1 fois par trimestre

☐ < 4 fois par année

40) Est-ce que votre collaboration avec un MK a permis d'améliorer la prise en charge de certains patients ?

☐ Oui souvent

☐ Oui parfois

☐ Oui rarement

☐ Non

▪ **Si oui**, vous pouvez donner des exemples :

Je vous remercie beaucoup pour votre aimable participation à ce travail de thèse.

Si vous souhaitez les résultats, merci d'indiquer votre email :

(Vous pouvez aussi m'adresser directement un email pour m'en informer

ANNEXE 6 : Retranscriptions des remarques des médecins généralistes

- Courrier du masseur-kinésithérapeute exposant le bilan initial, le bilan final et l'évolution des séances, la progression, le type d'exercices réalisés
- Envoi du BDK plus systématique
- Inviter les masseurs-kinésithérapeutes dans les groupes de pairs abordant des dossiers les concernant
- L'intégration dans un groupe pluridisciplinaire rural au sein d'une maison de santé m'a permis de changer profondément mes pratiques et relations avec les kinés avec des échanges pluriquotidiens
- Plus de réunions conviviales
- Améliorer la communication par le biais de l'envoi des bilans initiaux et finaux quasi-jamais envoyés
- Connaître le niveau de qualification du masseur-kinésithérapeute
- Limitation des patients « branchés » en même temps
- Augmenter le nombre d'heure dans ma journée
- Communication permettant de mieux connaître le profil psychologique du patient
- Améliorer la prise en charge de patient grabataire ou atteint de pathologie chronique en unissant les compétences de chacun
- Il faut développer la messagerie type Apicrypt accessible aux masseurs-kinésithérapeutes
- Comprendre les protocoles des masseurs-kinésithérapeutes permettant une meilleure prise en charge
- Etablir une hiérarchie des traitements (exemple : dans une dysfonction posturale)
- Les échanges se heurtent au manque de temps et au mode de rémunération du monde libéral
- Réajustement des prescriptions et des techniques par une meilleure communication
- Que les masseurs-kinésithérapeutes viennent se présenter à l'installation
- Pas de sentiment de hiérarchie à entretenir et ne pas considérer tout médecin comme incompetent en kinésithérapie
- Organiser des « week-ends » porte-ouvertes permettant aux kinés de montrer leurs locaux, leurs techniques et des exemples de traitements
- Nécessité de la même vision de la communication par les deux côtés
- Que le masseur-kinésithérapeute n'hésite pas à réadresser le patient au médecin généraliste quand il juge que des examens complémentaires sont nécessaires
- Disposer de plus de temps l'un pour l'autre
- Plus d'échange par courriers (ou carnet tenu à domicile) pour les patients chroniques pour juger de l'évolution

ANNEXE 7 : Retranscriptions des remarques des masseurs-kinésithérapeutes

- Favoriser l'installation pluridisciplinaire
- Organiser des « Visiteurs médicaux » au sujet de la Kinésithérapie
- Que le Mail des Médecins figure sur l'ordonnance
- Le kiné n'a pas toujours bonne réputation alors qu'elle est très bénéfique quand on prend le temps avec son patient
- Favoriser la continuité des soins et les échanges techniques
- Favoriser la complémentarité
- Lors d'un échec de traitement, échanger sur les causes de l'échec et des nouvelles possibilités
- Eviter les conflits d'intérêt entre médecin-ostéopathe et masso-kinésithérapeute
- La communication dépend beaucoup de la personnalité des concernés, le moyen de communication est secondaire pour moi, le manque de temps est un gros souci
- Que chacun prenne le temps de rencontrer l'autre dans le cadre de son activité (que le médecin joue le rôle du patient) : venir au cabinet, exercices école du dos (prévention), exercices d'équilibre
- Plus de crédibilité de la part des médecins généralistes
- Aller dans la même optique de traitement aide à sa réussite
- Que les médecins n'aient pas peur de demander des précisions sur le diagnostic s'ils doutent
- Les échanges sont nettement meilleurs avec les spécialistes (Gynécologues, Rhumatologues et Orthopédistes)
- Le fait d'envoyer des bilans ou de téléphoner améliore d'emblée les relations puis les échanges d'informations sans la promiscuité des Maisons de santé ou le caractère contraignant des réunions formelles
- Que les médecins généralistes acceptent les remarques des masseurs-kinésithérapeutes
- Meilleure formation des médecins aux soins de kinésithérapie
- Que les médecins arrêtent de se servir des prescriptions standardisées des logiciels pour vraiment adapter les prescriptions au patient
- Mettre en place une rémunération hebdomadaire pour 1 ou 2 heures de réunion
- Le téléphone peut suffire si les échanges sont nécessaires
- Le médecin généraliste ne doit pas hésiter à contacter le masseur-kinésithérapeute quand il est dans l'ignorance ou l'incertitude et ne pas envoyer le patient pour s'en débarrasser
- « Les partenariats » seraient intéressants (pratiqués mais contraires au libre choix du patient) permettant une connaissance mutuelle de la méthode de travail et techniques de chacun, apportant une confiance et meilleure reconnaissance de chacun
- Que les médecins fassent un travail corporel sur eux-mêmes pour prendre conscience de leur appareil ostéo-musculaire
- Que certains médecins laissent leur sensation de pouvoir hiérarchique de côté
- Les blocages viennent surtout des médecins les plus âgés, les plus jeunes communiquent plus et ne précisent pas le nombre de séance
- Favoriser la communication par mails et non par Apycript

- Les médecins généralistes doivent améliorer leurs connaissances techniques des professions paramédicales
- Les relations avec les médecins généralistes sont ce que l'on veut qu'elles soient et dépendent du caractère de chacun, des compétences de chacun ; il faut savoir reconnaître ses forces et ses limites et toujours penser au bien-être du patient, qu'il aille mieux avec ou sans nous
- Pourquoi ne pas imposer des réunions aux différents partenaires de santé
- Que les médecins sortent de « leur bulle » et descendent sur terre
- Meilleure formation des médecins généralistes, sur techniques, sur la Médecine physique en générale sur l'intérêt thérapeutique réel tant médical que psychologique
- Faire davantage confiance aux kinés et ne pas les considérer comme des « sous-fifres auxiliaires » juste utiles quand on ne sait pas quoi faire avec le patient
- Soulager les kinés des tâches administratives pour libérer du temps pour les relations interprofessionnelles
- Que les médecins admettent leurs incompétences et acceptent d'être formés
- Organiser des réunions d'informations avec thèmes précis pour repréciser le rôle du masseur-kinésithérapeute, ses techniques, les indications, permettant les échanges entre professionnels (exemple formation bronchiolite) entraînant des prescriptions plus éclairées
- Echanger avec le médecin généraliste de l'évolution des séances et du ressenti psychologique concernant le patient
- La communication est liée à la reconnaissance et celle-ci à la qualité des soins prodigués d'où la nécessité de formations... tout se tient
- Métier dévalorisé actuellement, ce serait appréciable qu'il retrouve ses lettres de noblesse
- Rendre obligatoire aux médecins de préciser le diagnostic et les examens complémentaires, et aux kinésithérapeutes de faire un bilan initial et final
- Favoriser les échanges sur l'état psychologique du patient
- Privilégier le travail en équipe pour l'efficacité du traitement et de son encadrement
- Ce ne sont pas les échanges qu'il faut améliorer mais l'accès aux soins, il faudrait laisser gérer le nombre de séances aux kinés et aux patients (qui ne font pas des séances pour faire des séances), notamment dans le cadre de rachialgies chroniques ou aiguës
- L'ancienne génération de médecins n'a pas le même regard sur la Kinésithérapie, la communication est plus facile avec la nouvelle

VU

NANCY, le **18 mars 2013**

Le Président de Thèse

NANCY, le **20 mars 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Mme la Pr K. ANGIOI

Professeur J. PAYSANT

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6090

NANCY, le 25/03/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Le médecin généraliste est au cœur du parcours de soins du patient. Les relations interprofessionnelles sont donc primordiales pour assurer leur prise en charge et leur suivi. La politique de santé actuelle, au travers des lois HPST et Fourcade, encourage le travail en réseaux de santé (formels ou non) et soutient la création des maisons de santé.

Pour étudier comment le médecin généraliste communique avec les autres professionnels de santé, nous nous sommes intéressés à sa relation avec les masseurs-kinésithérapeutes sous la forme d'une enquête épidémiologique quantitative à visée descriptive et comparative, réalisée auprès de médecins généralistes et de masseurs-kinésithérapeutes lorrains. La profession de masseur-kinésithérapeute s'est en effet beaucoup développée ces dernières années et, suite aux changements législatifs de 2000, le masseur-kinésithérapeute est devenu responsable du caractère quantitatif et qualitatif des séances. Le médecin généraliste manque apparemment de connaissances dans cette discipline et il semble peu communiquer avec le masseur-kinésithérapeute.

Nos résultats montrent que cette relation est plutôt vécue de manière satisfaisante mais qu'elle présente certains paradoxes. Le médecin généraliste prescrit quotidiennement de la Masso-kinésithérapie sans connaître réellement le travail du masseur-kinésithérapeute (son bilan diagnostic kinésithérapique, ses techniques, son champ de compétences) ; les masseurs-kinésithérapeutes souhaiteraient une valorisation de leur travail grâce à des études cliniques et des recommandations, et une relation plus collaborative que hiérarchique ; ils insistent aussi sur le fait d'établir des prescriptions avec des diagnostics plus précis et de ne plus y faire apparaître le nombre de séances. Certaines propositions comme la réalisation de formations communes, l'organisation de réunions pluridisciplinaires, l'instauration d'un stage pour les médecins généralistes en cabinet libéral de masso-kinésithérapie, ou encore le développement d'une messagerie électronique sécurisée entre médicaux et paramédicaux, ont été accueillies très favorablement.

Concernant le travail en maison de santé, la collaboration et la communication y semblent favorisées. La fréquence des contacts y est augmentée mais peu de réunions formelles pluridisciplinaires y sont organisées. Le lieu faciliterait donc déjà les contacts non formels et permettrait une meilleure connaissance des uns et des autres entraînant plus d'échanges. Cependant, d'autres études seront nécessaires pour voir si cet idéal de travail en maison de santé confirme toutes les attentes.

TITRE EN ANGLAIS :

STUDY OF RELATIONS BETWEEN GENERAL PRACTITIONERS AND PHYSIOTHERAPISTS:
Quantitative Survey of Lorraine Professionals

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2013

MOTS CLEFS :

Médecine Générale, Masso-Kinésithérapie, Relations interprofessionnelles, Réseaux de santé, Maison de Santé Pluridisciplinaire

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Université de Lorraine
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
