



} Faculté de médecine

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Nicolas OUSTRIC

Né le 07/05/1991 à Chartres (28)

Aide à la prescription de masso-kinésithérapie par des médecins généralistes pour les patients souffrant de troubles musculo-squelettiques. Recherche action menée entre octobre 2018 et avril 2019 en Eure et Loir, Loir et Cher et Sarthe.

Présentée et soutenue publiquement le **14/11/2019** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Jean Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Bernard FOUQUET, Médecine Physique et Rééducative, Faculté de Médecine – Tours

Professeur François MAILLOT, Médecine Interne et Formation Médicale Continue, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Ramond-Roquin (Faculté de Médecine d'Angers)

REMERCIEMENTS

Monsieur le Docteur Yannick Legeay : Hasard d'une rencontre au congrès du CNGE !
Merci beaucoup pour avoir permis cette réunion dans ta MSP !

Madame le Docteur Virginie Lang : Pour m'avoir mis en relation avec son groupe de pairs
qui m'a beaucoup apporté au cours de la thèse. Et évidemment pour y avoir contribué.

Madame le Docteur Aline Ramond Roquin : Pour avoir accepté un interne étranger à la
faculté d'Angers et l'avoir suivi assidument durant 2 ans.

Monsieur le Professeur JP Lebeau : Merci de présider ce jury et de m'avoir permis de
passer mon DES et ma thèse rapidement !

Messieurs les Professeurs Bernard FOUQUET et François MAILLOT : Vous me faites
l'honneur de siéger parmi les membres du jury. Recevez ici tous mes remerciements et
l'expression de mon profond respect.

Mesdames les Docteurs Billard, Calu, Lasnier, Cussenot, Chartier, Maudet, Thomas
Messieurs les Docteurs Vaccaro, Millet, Cecchetti, Chastan : Pour leur participation active
à ce travail de thèse.

A tous les kinésithérapeutes et médecins généralistes de la MSP de Saint Georges sur
Cher pour leur disponibilité et leur avis pertinent.

A mes parents et à ma sœur Pauline pour leur soutien sans faille.

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSEESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|---------------------------------------|---|
| ANDRES Christian | Biochimie et biologie moléculaire |
| ANGOULVANT Denis..... | Cardiologie |
| AUPART Michel | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BABUTY Dominique | Cardiologie |
| BAKHOS David | Oto-rhino-laryngologie |
| BALLON Nicolas | Psychiatrie ; addictologie |
| BARILLOT Isabelle | Cancérologie ; radiothérapie |
| BARON Christophe | Immunologie |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora | Pharmacologie clinique |
| BERNARD Anne | Cardiologie |
| BERNARD Louis | Maladies infectieuses et maladies tropicales |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle | Biologie cellulaire |
| BLASCO Hélène | Biochimie et biologie moléculaire |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique | Physiologie |
| BRILHAULT Jean | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNEREAU Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| BRUYERE Franck | Urologie |
| BUCHLER Matthias | Néphrologie |
| CALAIS Gilles | Cancérologie, radiothérapie |
| CAMUS Vincent | Psychiatrie d'adultes |
| COLOMBAT Philippe | Hématologie, transfusion |
| CORCIA Philippe | Neurologie |
| COTTIER Jean-Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DE TOFFOL Bertrand | Neurologie |
| DEQUIN Pierre-François | Thérapeutique |
| DESOUBEAUX Guillaume | Parasitologie et mycologie |
| DESTRIEUX Christophe | Anatomie |
| DIOT Patrice | Pneumologie |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & cytologie pathologiques |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition |
| DUMONT Pascal | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| EL HAGE Wissam | Psychiatrie adultes |
| EHRMANN Stephan | Réanimation |
| FAUCHIER Laurent | Cardiologie |
| FAVARD Luc | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| FOUGERE Bertrand | Gériatrie |
| FOUQUET Bernard | Médecine physique et de réadaptation |
| FRANCOIS Patrick | Neurochirurgie |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle | Anatomie & cytologie pathologiques |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| GOUPILLE Philippe | Rhumatologie |
| GRUEL Yves | Hématologie, transfusion |
| GUERIF Fabrice | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| GUYETANT Serge | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GYAN Emmanuel | Hématologie, transfusion |
| HAILLOT Olivier | Urologie |
| HALIMI Jean-Michel | Thérapeutique |
| HANKARD Régis..... | Pédiatrie |
| HERAULT Olivier | Hématologie, transfusion |
| HERBRETEAU Denis | Radiologie et imagerie médicale |
| HOURIOUX Christophe | Biologie cellulaire |
| LABARTHE François | Pédiatrie |

| | |
|---------------------------------|---|
| LAFFON Marc | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert | Chirurgie infantile |
| LARIBI Saïd | Médecine d'urgence |
| LARTIGUE Marie-Frédérique | Bactériologie-virologie |
| LAURE Boris | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECOMTE Thierry | Gastroentérologie, hépatologie |
| LESCANNE Emmanuel | Oto-rhino-laryngologie |
| LINASSIER Claude | Cancérologie, radiothérapie |
| MACHET Laurent | Dermato-vénéréologie |
| MAILLOT François | Médecine interne |
| MARCHAND-ADAM Sylvain | Pneumologie |
| MARRET Henri | Gynécologie-obstétrique |
| MARUANI Annabel | Dermatologie-vénéréologie |
| MEREGHETTI Laurent | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MITANCHEZ Delphine..... | Pédiatrie |
| MORINIERE Sylvain | Oto-rhino-laryngologie |
| MOUSSATA Driffa | Gastro-entérologie |
| MULLEMAN Denis | Rhumatologie |
| ODENT Thierry | Chirurgie infantile |
| OUAISSI Mehdi | Chirurgie digestive |
| OULDAMER Lobna | Gynécologie-obstétrique |
| PAINTAUD Gilles | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric | Biophysique et médecine nucléaire |
| PERROTIN Dominique | Réanimation médicale, médecine d'urgence |
| PERROTIN Franck | Gynécologie-obstétrique |
| PISELLA Pierre-Jean | Ophtalmologie |
| PLANTIER Laurent | Physiologie |
| REMERAND Francis | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| ROINGEARD Philippe | Biologie cellulaire |
| ROSSET Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| RUSCH Emmanuel | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SAINT-MARTIN Pauline | Médecine légale et droit de la santé |
| SALAME Ephrem | Chirurgie digestive |
| SAMIMI Mahtab | Dermatologie-vénéréologie |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria | Biophysique et médecine nucléaire |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre | Pédiatrie |
| TOUTAIN Annick | Génétique |
| VAILLANT Loïc | Dermato-vénéréologie |
| VELUT Stéphane | Anatomie |
| VOURC'H Patrick | Biochimie et biologie moléculaire |
| WATIER Hervé | Immunologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|------------------------------------|---|
| BARBIER Louise..... | Chirurgie digestive |
| BERHOUE Julien | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNAULT Paul | Psychiatrie d'adultes, addictologie |
| CAILLE Agnès | Biostat., informatique médical et technologies de communication |
| CLEMENTY Nicolas | Cardiologie |
| DENIS Frédéric | Odontologie |
| DOMELIER Anne-Sophie | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| DUFOUR Diane | Biophysique et médecine nucléaire |
| ELKRIEF Laure | Hépatologie – gastroentérologie |
| FAVRAIS Géraldine | Pédiatrie |
| FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GATAULT Philippe | Néphrologie |
| GOUILLEUX Valérie..... | Immunologie |
| GUILLON Antoine | Réanimation |
| GUILLON-GRAMMATICO Leslie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| HOARAU Cyrille | Immunologie |
| IVANES Fabrice | Physiologie |
| LE GUELLEC Chantal | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LEFORT Bruno | Pédiatrie |
| LEMAIGNEN Adrien | Maladies infectieuses |
| MACHET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MOREL Baptiste | Radiologie pédiatrique |
| PIVER Éric | Biochimie et biologie moléculaire |
| REROLLE Camille | Médecine légale |
| ROUMY Jérôme | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAUTENET Bénédicte | Thérapeutique |
| TERNANT David | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure | Génétique |
| ZEMMOURA Ilyess | Neurochirurgie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|--------------------------------|---|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia | Neurosciences |
| BOREL Stéphanie | Orthophonie |
| MONJAUZE Cécile | Sciences du langage – orthophonie |
| NICOGLOU Antonine | Philosophie – histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald..... | Biologie cellulaire |
| RENOUX-JACQUET Cécile | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

| | |
|-----------------------|-------------------|
| RUIZ Christophe | Médecine Générale |
| SAMKO Boris | Médecine Générale |

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

| | |
|----------------------|---|
| BOUAKAZ Ayache | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| CHALON Sylvie | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| COURTY Yves | Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100 |
| DE ROCQUIGNY Hugues | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259 |
| ESCOFFRE Jean-Michel | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| GILOT Philippe | Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282 |

| | |
|-------------------------|---|
| GOUILLEUX Fabrice | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001 |
| GOMOT Marie | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| HEUZE-VOURCH Nathalie | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| KORKMAZ Brice | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| LAUMONNIER Frédéric | Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253 |
| MAZURIER Frédéric | Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001 |
| MEUNIER Jean-Christophe | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259 |
| PAGET Christophe | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| RAOUL William | Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001 |
| SI TAHAR Mustapha | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| WARDAK Claire | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie :

| | |
|------------------------|-----------------------|
| DELORE Claire | Orthophoniste |
| GOUIN Jean-Marie | Praticien Hospitalier |

Pour l'Ecole d'Orthoptie MAJZOUN Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

RESUME

Introduction : Les troubles musculo-squelettiques (TMS) ont d'importantes conséquences fonctionnelles et économiques. Ils sont le plus souvent pris en charge par des médecins généralistes (MG) et des masseurs kinésithérapeutes (MK). Pourtant ces 2 professions communiquent peu. Un précédent travail de thèse avait interrogé 155 MK, et un outil constitué d'une ordonnance et courrier type à visée du MG était proposé.

Méthodes et Résultats : Une recherche action a eu lieu en 3 phases d'octobre 2018 à avril 2019. Phase 1 : 7 MG chartrains ont adapté l'outil à leur vision de prescripteur lors d'une réunion. Le courrier était reformulé de manière à provoquer une réponse du MK. Phase 2 : 10 MG volontaires d'Eure et Loir, du Loir et Cher et de la Sarthe ont utilisé l'outil de prescription entre janvier et avril 2019. Ils étaient interrogés en entretiens individuels présents ou téléphoniques à 3 mois. L'outil était utilisé pour 46 patients. 2 réponses de MK étaient reçues. Phase 3 : 5 MG et 6 MK n'ayant pas participé aux 2 premières phases étaient réunis en avril 2019 dans une maison de santé du Loir et Cher. Les MK appréciaient l'ordonnance type mais n'étaient pas volontaires pour répondre via un courrier type. Les réunions interprofessionnelles leur paraissaient le meilleur moyen de discuter des cas plus complexes. Le Dossier Médical Partagé, le Bilan Diagnostic kinésithérapique et les messageries sécurisées étaient cités comme moyens d'échange d'informations avec des limites liées à leur caractère chronophage.

Conclusion : Un outil de prescription ne paraît pas être une solution pour améliorer la communication MG/MK. Les réunions et des formations interprofessionnelles semblent avoir davantage d'impact sur la collaboration MG/MK. Il serait intéressant d'évaluer l'impact des réunions pluri professionnelles et des formations conjointes entre MG et MK sur l'évolution des patients souffrants de TMS.

Mots clés : Médecin généraliste, Masseur kinésithérapeute, communication, interprofessionnalité

ABSTRACT

Background: Musculoskeletal disorders (MD) have a significant health impact. They are usually managed by general practitioners (GP) and physiotherapists (PH). However, both professions do not often communicate. A previous thesis questioned 155 PH and proposed a prescription tool made of a standard medical prescription and a standard letter for the GP.

Methods and Results: An action research took place in 3 steps from October 2018 to April 2019. Step 1: 7 GP have adjusted the tool to their prescriber's vision. The letter has been reformulated to induce a PH answer. Step 2: 10 volunteer GP used the prescription tool. They were interviewed after 3 months. The tool has been used for 46 patients. 2 PH answers were received. Step 3: 5 GP and 6 PH who did not participate in the previous steps met in a medical office in Loir et Cher. PH liked the standard prescription but were not volunteer to answer by a standard letter. In their opinion, interprofessional meetings were the best way to talk about complex cases. Electronic Medical Record, Physiotherapist's Diagnostic Analysis and secure messaging were cited as other ways to share with limits due to loss of time.

Conclusion: A prescription tool doesn't seem to be a solution to improve GP/PH communication. Interprofessional meetings and interprofessional formations seem to better facilitate GP/PH collaboration. It would be interesting to evaluate the impact of meetings and joint formations between GP and PH on patients affected by MD.

Key Words: General Practitioner, Physiotherapist, communication, interprofessionalism

TABLE DES MATIERES

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUCTION : | 11 |
| 1.1 | Médecins généralistes et masseurs kinésithérapeutes : prise en charge des troubles ostéo articulaires | 11 |
| 1.2 | Solutions envisagées pour améliorer la communication | 12 |
| 2 | METHODES ET RESULTATS: | 17 |
| 2.1 | Phase 1 : Evaluation de l'acceptabilité et adaptation de l'outil | 17 |
| 2.1.1 | Méthode | 17 |
| 2.1.2 | Résultats | 18 |
| 2.2 | Phase 2 : Utilisation de l'outil modifié à la phase 1 par les MG | 28 |
| 2.2.1 | Méthode | 28 |
| 2.2.2 | Résultats | 29 |
| 2.3 | Phase 3 : Entretien interprofessionnel MG / MK | 32 |
| 2.3.1 | Méthode | 32 |
| 2.3.2 | Résultats | 32 |
| 2.4 | Interrogation de l'échantillon de MG de la phase 2 sur les autres outils de communication | 35 |
| 3 | DISCUSSION : | 35 |
| 3.1 | Acceptabilité de l'outil par les MG | 35 |
| 3.2 | La réponse des MK | 36 |
| 3.3 | Forces et faiblesse de la recherche | 37 |
| 3.3.1 | Points forts | 37 |
| 3.3.2 | Points faibles | 37 |
| 3.4 | Pistes d'amélioration de la communication MG/MK | 38 |
| 4 | CONCLUSION | 40 |
| 5 | BIBLIOGRAPHIE | 41 |

TABLE DES ICONOGRAPHIES

| | |
|---|----|
| Encadré 1 : Ordonnance type de masso-kinésithérapie issue de la thèse de G. Truong | 14 |
| Encadré 2 : courrier type destiné au MK issu de la thèse de G. Truong..... | 15 |
| Encadré 3 : ordonnance type de masso-kinésithérapie issue de la thèse de G. Truong | 21 |
| Encadré 4 : Ordonnance de masso-kinésithérapie après modifications | 23 |
| Encadré 5 : Courrier issu de la thèse de G. Truong..... | 24 |
| Encadré 6 : Courrier modifié selon les propositions des médecins..... | 27 |
| Encadré 7 : Guide d'entretien individuel auprès des MG | 29 |
| | |
| Tableau 1 : Caractéristiques des MG participants à la réunion de phase 1 | 18 |
| Tableau 2 : Caractéristiques des MG volontaires en phase 2..... | 29 |
| Tableau 3 : Utilisation des outils par les MG de phase 2 volontaires | 30 |
| Tableau 4 : Caractéristiques des participants à la réunion de phase 3 | 33 |
| | |
| Annexe 1 : Guide d'entretien pour la réunion de MG de la phase 1 | 45 |
| Annexe 2 : Conseils d'utilisation des outils proposés aux médecins « testeurs » et tableau de suivi des prescriptions | 46 |
| Annexe 3 : Modèle de Bilan diagnostic Kinésithérapique..... | 47 |

Table des abréviations :

MG : Médecin Généraliste
MK : Masseur Kinésithérapeute
TMS : Troubles Musculo-Squelettiques
BDK : Bilans Diagnostics Kinésithérapiques

1 Introduction :

1.1 Médecins généralistes et masseurs kinésithérapeutes : prise en charge des troubles ostéo articulaires :

Les troubles ostéoarticulaires constituent un motif de consultation fréquent en médecine générale. Ainsi 12,6% des résultats de consultation en médecine générale concernent l'appareil musculo squelettique (1) et 7% des consultations des 18-65 ans auprès du médecin généraliste (MG) concernent une plainte lombalgique(2). Les troubles musculo-squelettiques (TMS) associés aux fractures représentaient en 2013 20,8% des incapacités dans le monde (3). L'impact économique des troubles péri articulaires en maladie professionnelle (tableau 57) représentait en 2016 793 M€ (millions d'euros) auxquels s'ajoutaient les affections chroniques du rachis (tableaux 97 et 98) avec 147 M€(4).

On constate une demande croissante de soins masso-kinésithérapeutiques, avec un nombre d'actes totaux en France métropolitaine qui passe de 61 millions en 1980(5), à plus de 264 millions en 2016(6). Les médecins généralistes (MG) et les kinésithérapeutes (MK) sont les premiers consultés pour la prise en charge des lombalgies(7). La majorité des prescriptions de masso-kinésithérapie est rédigée par les MG (5) (8).

Il est cependant reconnu un manque de communication entre les MG et les MK(9–11). Un travail de thèse de 2012 réalisé auprès de 112 MG rapportait ainsi que « le mode de communication avec MK » le plus fréquemment rapporté était l'évaluation du traitement de kinésithérapie à travers le patient(12).

Les MK souhaitent davantage d'informations lors de l'adressage d'un patient (10). Les MK britanniques (13) attendent notamment des médecins la transmission des principaux antécédents, signes drapeaux jaunes, les mesures fonctionnelles. En France une majorité d'entre eux regrette l'absence de mention du diagnostic précis, des traitements entrepris et des résultats des examens complémentaires(8). Ils attendent aussi des retours notamment en cas de difficultés(11).

Une étude britannique (13) précise que les MG attendent un diagnostic fonctionnel, un résumé des séances ainsi que le pronostic à long terme.

Les bilans-diagnostic Kinésithérapique (BDK) ne sont que peu envoyés aux MG : on sait notamment par une enquête réalisée en Loire Atlantique que seulement 22% des MK interrogés réalisaient un bilan initial (14) alors que l'intérêt d'en recevoir était exprimé par les MG(9). Les MK sont pourtant tenus par l'assurance maladie d'adresser un bilan intermédiaire à partir de 10 séances, ou lorsqu'un renouvellement est jugé nécessaire (15).

Les MG ont des connaissances très limitées dans les techniques de rééducation (16,17). Les MG et les KT ont en effet des formations séparées avec un manque de connaissance sur leurs compétences réciproques (9,11)

Pour des raisons de secret médical (vis-à-vis du service administratif), le médecin n'est pas censé donner d'informations médicales sur le patient sur l'ordonnance. Une solution serait de joindre un courrier à l'ordonnance pour y ajouter ces informations.

Les MK justifient, dans différents travaux de thèse, le peu d'utilisation du BDK par la lourdeur administrative, le temps nécessaire pour le remplir, le manque d'intérêt supposé de la part des MG (9,16,18). Ils mettent également en avant son manque de lisibilité (19,20)

Le manque de temps, de motivation, le sentiment de hiérarchie entre les deux professions sont autant de freins à une meilleure communication(21).

1.2 Solutions envisagées pour améliorer la communication :

Une thèse de 2018 (14) interrogeait des MK par questionnaire sur les moyens d'améliorer la communication et dégageait plusieurs pistes. La principale était l'utilisation d'une plateforme d'échange sur internet, d'un dossier partagé ou logiciel sécurisé commun. La communication par email était en seconde position avec des limites : seulement 56% des MK interrogés avaient une boîte mail professionnelle parmi lesquels 31% ne s'en servaient jamais.

L'organisation de rencontres et de formations communes a été citée par 1/6 des MK répondants. Quelques répondants attendaient plus de considération et de retours de médecins.

Une enquête menée auprès de 155 kinésithérapeutes dans le cadre d'une thèse a permis de lister ce que ces derniers attendaient d'une prescription de rééducation. Une aide à la prescription a été créée en utilisant ces données.(22) Cette aide à la prescription consiste en un couple d'ordonnance et de courrier d'accompagnement pré-rempli. Ils sont présentés ci-dessous :

Encadré 1: Ordonnance type de masso-kinésithérapie issue de la thèse de G.Truong

| <u>Ordonnance de rééducation kinésithérapeutique de l'appareil locomoteur</u> | | |
|---|---|---|
| (Nombre et fréquence des séances à déterminer par le kinésithérapeute) | | |
| <u>Nom et prénom du patient :</u> <u>Né(e) le :</u> | <u>Lieu de la séance :</u> <input type="checkbox"/> au cabinet <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> autre lieu : <u>Balnéothérapie :</u> <input type="checkbox"/> en bassin <input type="checkbox"/> en piscine | <u>Contexte du soin :</u> <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> AT (+date) : <input type="checkbox"/> MP (+date) : <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Week-ends et jours fériés |
| <input type="checkbox"/> <u>Bilan Diagnostique Kinésithérapique (recommandé si première séance)</u> | | |
| <input type="checkbox"/> <u>Rééducation d'une affection orthopédique et rhumatologique :</u> <input type="checkbox"/> rééducation d'un membre ou du rachis : <input type="checkbox"/> rééducation de plusieurs membres : | | |
| <input type="checkbox"/> <u>Rééducation d'une affection neuro-musculaire :</u> <input type="checkbox"/> rééducation d'un membre ou de la face : <input type="checkbox"/> rééducation de plusieurs membres : <input type="checkbox"/> contexte pathologique particulier : <input type="checkbox"/> hémiplégie <input type="checkbox"/> para/tétraplégie <input type="checkbox"/> myopathie | | |
| <input type="checkbox"/> <u>Rééducation des membres inférieurs avec travail de l'équilibre, posture et coordination</u> | | |
| <input type="checkbox"/> <u>Rééducation d'une affection vasculaire :</u> <input type="checkbox"/> siège de l'affection : <input type="checkbox"/> drainage lymphatique d'un membre, du cou et de la face : <input type="checkbox"/> drainage lymphatique de plusieurs membres : <input type="checkbox"/> pose de bandage multicouche : <input type="checkbox"/> sur un membre : <input type="checkbox"/> sur plusieurs membres : | | |
| <input type="checkbox"/> <u>Rééducation d'une affection maxillo-faciale ou ORL</u> | | |
| <input type="checkbox"/> <u>Rééducation de la paroi abdominale</u> | | |
| <input type="checkbox"/> <u>Rééducation d'une affection périnéo-sphinctérienne</u> | | |
| <input type="checkbox"/> <u>Rééducation d'une affection secondaire à une brûlure :</u> <input type="checkbox"/> rééducation d'un membre : <input type="checkbox"/> rééducation de plusieurs membres : | | |
| Date : | | |
| Identification et signature du médecin prescripteur : | | |

Figure 28 : Ordonnance de rééducation kinésithérapeutique de l'appareil locomoteur

Encadré 2 : courrier type destiné au MK issu de la thèse de G. Truong

Courrier à l'attention du Masseuse-kinésithérapeute

Médecin prescripteur :

Date :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

☐ le patient est informé et d'accord de la communication par e-mail, d'informations le concernant

Cher(e) Collègue,

Merci de bien prendre en charge Me/M.
pour bilan diagnostique / rééducation de l'appareil locomoteur.

Bilan diagnostique et rééducation :

- Région anatomique à traiter :

.....
.....

- Diagnostic ou orientation diagnostique :

- Objectifs attendus de la rééducation :

.....
.....
.....
.....

- Antécédents de rééducation ou de traitement antérieur (en rapport avec la pathologie à traiter) :

.....
.....
.....

- Signes cliniques (en rapport avec la pathologie à traiter) :

.....
.....
.....
.....

- Contre-indications de technique, d'appui ou de charge :

.....
.....

- Résultats des examens complémentaires (en rapport avec la pathologie à traiter) :

☐ je demande au patient d'apporter les comptes rendus (et les clichés si imagerie)
☐ résultats :

.....
.....
.....

- Histoire de la maladie ou circonstances de l'affection :

.....
.....
.....
.....

Terrain du patient (si nouveau patient) :

- **Antécédents médicaux et chirurgicaux** :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ **Présence de matériel** (ex: pace-maker, broche ou prothèse) :

.....
.....
.....

☐ **affection neurosensorielle** (visuelle, auditive, etc..) :

- **Autonomie du patient** :

- ☐ autonome dans les actes de la vie quotidienne
☐ dépendance partielle(a besoin d'aide de tiers)
☐ dépendance totale
☐ risque de chute

- **les traitements médicamenteux** (surtout antalgiques et à effets indésirables notables comme anticoagulants, neuroleptiques, etc...) :

- ☐ je demande au patient d'apporter son ordonnance de médicaments
☐ médicaments :

.....
.....
.....
.....

Annotations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Suivi médical :

- ☐ prochaine consultation médicale (date) :
☐ pas de consultation prévue pour l'instant

Identification et signature du médecin prescripteur :

Figure 29 : Courrier à l'attention du Masseuse-kinésithérapeute

Cet outil n'a pas été confronté à la perspective des prescripteurs MG. Il serait donc intéressant d'étudier son acceptabilité ainsi que les éventuelles améliorations à y apporter, et de le tester, avant de pouvoir éventuellement envisager son utilisation à plus grande échelle et d'en tester l'impact.

Les objectifs de cette recherche-action étaient:

- 1) d'évaluer l'acceptabilité de l'outil auprès des MG et d'y apporter d'éventuelles modifications.
- 2) après une phase de test de l'outil : recueillir la satisfaction des testeurs et identifier d'éventuels freins persistants à son utilisation.

2 Méthodes et résultats :

Il s'agissait d'une étude pilote de type Recherche action, basée sur des méthodes mixtes avec une composante qualitative majoritaire, menée d'octobre 2018 à mai 2019 auprès d'un échantillon de convenance de MG d'Eure et Loir et du Loir et Cher, de la Sarthe et de leurs patients. Cette étude reposait sur une phase initiale composée de 2 temps, suivie d'une phase complémentaire (temps 3) du fait des résultats issus de la phase initiale.

Du fait du schéma d'étude de type « recherche-action » et de l'influence des résultats de chaque étape sur la mise en œuvre de l'étape suivante, les méthodes et résultats de chaque temps seront présentés successivement, un temps après l'autre.

L'ensemble des professionnels participant à cette étude pilote a participé de manière volontaire et bénévole au projet, et a donné son accord préalable après avoir reçu une information détaillée sur le projet. Concernant les patients, cette étude ne nécessitait pas de démarche réglementaire spécifique en lien avec la loi Jardé, puisqu'elle n'a pas pour objet « le développement des connaissances sur le fonctionnement de l'organisme humain ». (ref *Rat C, Tudrej B, Kinouani S, Guineberteau C, Bertrand P, Renard V, Saint-Lary O, Comité d'Ethique du CNGE. exercer 2017;135:327-34. Rubrique: Hors-Série N° 135 - Pages 327 à 334*). Aucune déclaration à la CNIL ne s'est avérée nécessaire puisque le recueil de données ne permettait à aucun moment l'identification des patients ou professionnels concernés.

2.1 Phase 1 : Evaluation de l'acceptabilité et adaptation de l'outil.

2.1.1 Méthode

A partir du modèle d'ordonnance et de courrier proposés par la thèse de G.truong (22). Le temps 1 visait à évaluer l'acceptabilité de l'outil auprès des MG et d'y apporter d'éventuelles modifications en fonction des remarques des prescripteurs.

L'évaluation était réalisée au cours d'une réunion à laquelle participaient des MG issus d'un groupe de pairs du bassin Chartrain. Ces médecins avaient été rencontrés par l'étudiant en thèse durant une de leur réunion où ils s'étaient portés volontaires. Ce recrutement permettait d'avoir un échantillon de médecins habitués à se voir, donc pouvant travailler ensemble dans une ambiance conviviale.

La réunion était animée par l'étudiant en cours de thèse grâce à un guide d'entretien préalablement établi (cf Annexe 1). La séance était enregistrée avec analyse de l'intégralité des

remarques et propositions. Elle débutait par des questions visant à évaluer les pratiques de prescription en kinésithérapie des participants. Puis les médecins étaient séparés en 2 groupes (un de 3 et un de 4 MG) dans 2 pièces adjacentes, ayant pour missions de commenter les outils et de suggérer des modifications de fond ainsi que de forme. Puis chaque sous groupe restituait ses remarques et corrections.

2.1.2 Résultats

Le 10 octobre 2018, 7 médecins généralistes (4 hommes de 33 à 53 ans et 3 femmes de 37 à 54 ans) issus d'un groupe de pair, volontaires, étaient réunis dans un cabinet de médecin généraliste à Chartres. 3 exerçaient dans ce cabinet, 3 sur l'agglomération chartraine et 1 dans une commune rurale. Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques des MG participants à la réunion de phase 1

| Age | Genre | Lieu d'exercice |
|------------|--------------|----------------------------|
| 53 | Masculin | Urbain, lieu de la réunion |
| 52 | Masculin | Urbain, lieu de la réunion |
| 37 | Féminin | Urbain, lieu de la réunion |
| 33 | Masculin | Urbain |
| 49 | Masculin | Urbain |
| 54 | Féminin | Rural |
| 39 | Féminin | Rural et urbain, EHPAD |

a) Pratiques de prescription en kinésithérapie

○ Rédaction de l'ordonnance

Les médecins écrivaient leur diagnostic sur l'ordonnance. 2 participants déclaraient rédiger différemment selon leur niveau de connaissance de la zone atteinte et de la pathologie. Pour les lombalgies ils mentionnaient notamment : renforcement musculaire, gainage, étirement. Plusieurs faisaient part de leur inquiétude d'une prise en charge inadaptée, notamment « par électrodes ». Un médecin expliquait à ses patients, quand c'était chronique : « je veux qu'il vous fasse de la rééducation, si il vous met des électrodes revenez me voir et on changera de kiné ». Le même notait parfois des éléments de contexte type « perte d'autonomie », et parfois le nombre de séances quand il voulait en faire beaucoup par exemple 25 séances de gainage mais un autre rétorquait que cela dépendait de la grille sécurité sociale. Une participante avait déjà été formée sur la prescription de MK en séminaire elle ne mentionnait plus de technique mais simplement la zone à rééduquer et un motif.

○ Sentiment de compétence

A la question « vous sentez-vous compétent pour prescrire de la kinésithérapie ? » reformulée en « vous sentez vous assez bien formés ? A l'aise ? » les MG étaient gênés par le doute sur les techniques qui seront utilisées qui dépendaient des M.K., sur l'efficacité à en attendre. Plusieurs participants n'étaient pas sûrs d'utiliser les mentions permettant la prise en charge la mieux adaptée. Un médecin qui travaillait avec des M.K. mentionnait le problème de la cotation pour les actes de M.K. avec notamment pour les personnes âgées « maintien de l'autonomie » qui rémunère très mal contrairement à « rééducation des 2 membres inférieurs » Un médecin était gêné par le doute diagnostic mais utilisait aussi la prescription de M.K à visée antalgique afin de limiter la prescription de médicaments.

○ Aide à la prescription

Un médecin répondait qu'il aimerait un arbre décisionnel avec la meilleure prescription selon la pathologie, plusieurs participants étaient d'accord. Une participante aimerait « une fiche recette », « antibioclac » était cité comme exemple. La plupart des médecins avaient des outils dans leur logiciel. Un participant trouvait que ça allait plus vite d'écrire directement. Une participante trouvait les propositions de son logiciel mal faites, non basées sur le diagnostic, et avait un doute sur la pertinence des techniques proposées. Une autre regrettait l'absence de retour des M.K. ce qui empêche la communication dans l'autre sens.

Selon les participants, pour que l'aide à la prescription soit utilisable, elle devait être simple, rapide et intégrée au logiciel. Cette aide permettrait d'être plus clair, plus rigoureux et potentiellement de guider le MK vers la bonne technique de rééducation.

○ Courrier

Concernant le courrier seul un médecin en faisait. Une participante en parlait de vive voix avec les M.K. de son cabinet (en milieu semi rural). Un autre recevait les bilans en main propre et communiquait par mails (pour poursuivre ou arrêter les séances) ou alors via les fiches de suivi d'EH PAD (annotations par le M.K.) mais elle avait un interlocuteur de longue date. Pour la plupart, les patients servaient de relai entre leur M.K. et leur médecin.

b) Commentaires sur l'outil et suggestions de modification

○ Points positifs de l'outil

Les médecins étaient satisfaits de l'ordonnance, notamment la trouvaient concise, avec les cases qui permettaient un gain de temps. Le contexte était apprécié, ainsi que le classement des pathologies par ordre de fréquence (et non ordre alphabétique). Ce qui plaisait dans le courrier était l'idée du courrier « il a le mérite d'exister », le « cher collègue », le fait de créer du lien, une continuité des soins, la mention des neuroleptiques et anticoagulants éventuels.

- **Freins anticipés**

Les freins à l'utilisation du courrier étaient le manque de temps, la non intégration au logiciel (sur le plan pratique et pour la traçabilité), le doute sur les bénéfices attendus. Pour ne pas l'oublier, les médecins proposaient que le courrier soit articulé à l'ordonnance. En cas de problème de diagnostic délicat à écrire, de douleur difficile à prendre en charge, de fibromyalgie un courrier semblait délicat à transmettre « quand on botte en touche ». Une participante proposait d'ajouter une case: « test de thérapie non médicamenteuse ».

- c) Suggestions de modification de l'ordonnance**

Suite au travail en sous groupe les médecins ont proposé des modifications de l'ordonnance et du courrier.

Encadré 3 : ordonnance type de masso-kinésithérapie issue de la thèse de G. Truong

Ordonnance de rééducation kinésithérapeutique de l'appareil locomoteur

(Nombre et fréquence des séances à déterminer par le kinésithérapeute)

| | | |
|--|--|---|
| <p><u>Nom et prénom du patient</u> :</p> <p>.....</p> <p><u>Né(e) le</u> :</p> | <p><u>Lieu de la séance</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> au cabinet</p> <p><input type="checkbox"/> à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> autre lieu :</p> <p><u>Balnéothérapie</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> en bassin</p> <p><input type="checkbox"/> en piscine</p> | <p><u>Contexte du soin</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> ALD</p> <p><input type="checkbox"/> AT (+date) :</p> <p><input type="checkbox"/> MP (+date) :</p> <p><input type="checkbox"/> Soins palliatifs</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse</p> <p><input type="checkbox"/> Week-ends et jours fériés</p> |
|--|--|---|

☐ Bilan Diagnostique Kinésithérapique (recommandé si première séance)

☐ Rééducation d'une affection orthopédique et rhumatologique :

☐ rééducation d'un membre ou du rachis :

☐ rééducation de plusieurs membres :

☐ Rééducation d'une affection neuro-musculaire :

☐ rééducation d'un membre ou de la face :

☐ rééducation de plusieurs membres :

☐ contexte pathologique particulier :

☐ hémiplegie

☐ para/tétraplegie

☐ myopathie

☐ Rééducation des membres inférieurs avec travail de l'équilibre, posture et coordination

☐ Rééducation d'une affection vasculaire :

☐ siège de l'affection :

☐ drainage lymphatique d'un membre, du cou et de la face :

☐ drainage lymphatique de plusieurs membres :

☐ pose de bandage multicouche :

☐ sur un membre :

☐ sur plusieurs membres :

☐ Rééducation d'une affection maxillo-faciale ou ORL

☐ Rééducation de la paroi abdominale

☐ Rééducation d'une affection périnéo-sphinctérienne

☐ Rééducation d'une affection secondaire à une brûlure :

☐ rééducation d'un membre :

☐ rééducation de plusieurs membres :

Date :

Identification et signature du médecin prescripteur :

Figure 28 : Ordonnance de rééducation kinésithérapeutique de l'appareil locomoteur

L'ergonomie globale de l'ordonnance était appréciée, notamment les cases à cocher. La présence du contexte (ALD, AT...) et le bilan diagnostic plaisaient aux MG. Ils demandaient d'ajouter articulation à côté de « membre » qui était mal compris. Ils cherchaient à simplifier l'ordonnance en diminuant le nombre d'items. La thèse portant sur les médecins généralistes, il était retiré la rééducation d'une affection vasculaire, maxillo-faciale ou ORL, et secondaire à une brûlure, car les MG présents les prescrivaient peu. Il était ajouté une case « autre » en fin d'ordonnance pour ces situations moins fréquentes.

Les MG se demandaient l'intérêt des cases : hémiplegie, tétraplegie, myopathie et de « week-end et jours fériés » : l'étudiant expliquait que cela correspondait à la nomenclature générale des actes professionnels qui permet aux MK de coter leurs actes et que cela était demandé par les MK. Une participante demandait de simplifier : « rééducation d'une affection périnéo sphinctérienne » par « rééducation périnéo sphinctérienne ».

Encadré 4 : Ordonnance de masso-kinésithérapie après modifications

Ordonnance de rééducation kinésithérapeutique de l'appareil locomoteur

(Nombre et fréquences des séances à fixer par le kinésithérapeute)

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| Nom et prénom du Patient : | Lieu de la Séance : <input type="checkbox"/> Cabinet <input type="checkbox"/> A domicile <input type="checkbox"/> Autre lieu : | Contexte du soin : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> AT + date : <input type="checkbox"/> MP + date : <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Week-en et jours fériés |
| Né(e) le : | Balnéothérapie : <input type="checkbox"/> en piscine <input type="checkbox"/> en bassin | |

☐ Bilan Diagnostique Kinésithérapique (recommandé si première séance)

☐ Rééducation d'une affection orthopédique et rhumatologique :

- ☐ Rééducation d'un membre/articulation ou du rachis :
- ☐ Rééducation de plusieurs membres :

☐ Rééducation d'une affection neuro-musculaire :

- ☐ Rééducation d'un membre ou de la face :
- ☐ Rééducation de plusieurs membres :
- ☐ Contexte pathologique particulier :
 - ☐ Hémiplégie
 - ☐ para/tétraplégie
 - ☐ myopathie

☐ Rééducation des membres inférieurs avec travail de l'équilibre, posture et coordination

☐ Rééducation de la paroi abdominale

☐ Rééducation périnéo-sphinctérienne

☐ Autre :

Date :

Identification et Signature du médecin prescripteur :

d) Suggestions de modifications du courrier

Encadré 5 : Courrier issu de la thèse de G.Truong

Courrier à l'attention du Masseuse-kinésithérapeute

Médecin prescripteur :

Date :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

☐ le patient est informé et d'accord de la communication par e-mail, d'informations le concernant

Cher(e) Collègue,

Merci de bien prendre en charge Me/M.
pour bilan diagnostique / rééducation de l'appareil locomoteur.

Bilan diagnostique et rééducation :

- Région anatomique à traiter :

.....
.....

- Diagnostic ou orientation diagnostique :.....

- Objectifs attendus de la rééducation :

.....
.....
.....

- Antécédents de rééducation ou de traitement antérieur (en rapport avec la pathologie à traiter) :

.....
.....
.....

- Signes cliniques (en rapport avec la pathologie à traiter) :

.....
.....
.....
.....

- Contre-indications de technique, d'appui ou de charge :

.....
.....

- Résultats des examens complémentaires (en rapport avec la pathologie à traiter) :

☐ je demande au patient d'apporter les comptes rendus (et les clichés si imagerie)

☐ résultats :

.....
.....
.....

- Histoire de la maladie ou circonstances de l'affection :

.....
.....
.....
.....

Terrain du patient (si nouveau patient) :

- Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ Présence de matériel (ex: pace-maker, broche ou prothèse) :

.....
.....
.....
.....

☐ affection neurosensorielle (visuelle, auditive, etc..) :

- Autonomie du patient :

- ☐ autonome dans les actes de la vie quotidienne
☐ dépendance partielle(a besoin d'aide de tiers)
☐ dépendance totale
☐ risque de chute

- les traitements médicamenteux (surtout antalgiques et à effets indésirables notables comme anticoagulants, neuroleptiques, etc...) :

- ☐ je demande au patient d'apporter son ordonnance de médicaments
☐ médicaments :

.....
.....
.....
.....

Annotations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Suivi médical :

- ☐ prochaine consultation médicale (date) :
☐ pas de consultation prévue pour l'instant

Identification et signature du médecin prescripteur :

Figure 29 : Courrier à l'attention du Masseuse-kinésithérapeute

L'objectif de la modification du courrier pour ces MG était de le faire tenir sur une page et de le réorganiser de façon à le rendre plus ressemblant à un courrier médical que les médecins avaient l'habitude de remplir.

Les MG ne voyaient pas l'intérêt de la case sur la transmission des informations étant donné que le courrier était remis au patient, d'où le retrait de cette case.

Les participants avaient placé en premier le motif avec diagnostic qu'ils résumaient en « prise en charge de... » en fin de première phrase à la manière d'un courrier pour un confrère.

Puis ils créaient une zone « antécédents », regroupant tous les antécédents utiles : en effet, selon les participants, tous les antécédents n'étaient pas à noter. Ils créaient une case rééducation antérieure au sein des antécédents permettant de retirer la zone correspondante, et plaçaient ensuite les traitements. Un médecin demandait de ne pas écrire les médicaments mais leur classe thérapeutique et de ne pas transmettre l'ordonnance qui ne concernait pas le M.K., il souhaitait maintenir le secret médical. L'histoire de la maladie avec les signes cliniques et les résultats des examens ont été positionnés en dessous. Les MG ne voyaient pas l'intérêt de l'item région à traiter, jugé redondant, ni d'affection neurosensorielle, ni de laisser une zone dédiée à l'autonomie.

Il était demandé de transformer « annotations » par « autres » jugé plus compréhensible.

Les participants souhaitaient une phrase finale, visant à ouvrir le dialogue avec le M.K. sans pour autant les pousser à appeler mais plutôt à envoyer un mail. Il était choisi : « Dans l'attente de votre retour initial sur le patient, je serai heureux d'échanger avec vous via cette adresse mail... ».

Enfin la zone « suivi médical » leur paraissait peu pertinente (les patients sachant si ils revoient leur médecin et souvent revenant le voir après les séances si besoin).

Encadré 6 : Courrier modifié selon les propositions des médecins

| <u>Courrier à l'attention du Masseur Kinésithérapeute</u> | |
|--|----------------------------|
| <u>Médecin prescripteur :</u> | <u>Date :</u> |
| Nom et prénom : | |
| Adresse : | |
| Téléphone : | |
| Email : _____ | |
| Cher (e) Collègue, | |
| Merci de prendre en charge Me/M..... , | |
| pour bilan diagnostique / rééducation de l'appareil locomoteur, prise en charge de | |
| Avec pour objectifs : | |
| | |
| | |
| <u>Antécédents :</u> | |
| - <u>Antécédents médicaux et chirurgicaux à retenir:</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| <input type="checkbox"/> <u>Rééducation antérieure</u> (en rapport avec la pathologie à traiter) : | |
| | |
| <input type="checkbox"/> <u>Présence de Matériel</u> (ex : pace maker, broche ou prothèse) : | |
| | |
| - <u>Traitements médicamenteux : classes thérapeutiques</u> (surtout antalgiques et à effets indésirables notoires comme antihypertenseurs anticoagulants, neuroleptiques etc...) | |
| | |
| | |
| | |
| <u>Histoire de la maladie, signes cliniques, résultats des examens complémentaires :</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| <u>Contre indications de techniques, d'appui ou de charge :</u> | |
| | |
| | |
| <u>Autres :</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Dans l'attente de votre retour initial sur le patient, je serai heureux d'échanger avec vous via cette adresse mail : | |
| <u>Identification et signature du médecin prescripteur :</u> | |

2.2 Phase 2 : Utilisation de l'outil modifié à la phase 1 par les MG.

2.2.1 Méthode

Pour avoir une idée de l'acceptabilité par des MG extérieurs au projet, une pré-enquête a été menée par email auprès de 4 anciens MSU (Maitres de stages des Universités) de l'étudiant. L'ordonnance et le courrier modifiés leur étaient transmis par e mails avec les questions suivantes : « pensez-vous l'utiliser ? Si non pourquoi ? ». 4 réponses étaient reçues dont une complètement positive (utilisation possible sans réserve), 2 mitigées sur le travail demandé par le courrier (notamment 1 sur l'intégration au logiciel), 1 qui retenait le courrier pour les cas plus complexes. La proposition de retenir l'outil pour les cas plus complexes a été retenue pour la suite du travail.

Les outils étaient ensuite envoyés par email à 21 médecins généralistes du réseau de travail de l'étudiant comprenant les 7 MG de la réunion initiale, en leur demandant de les essayer.

Les médecins volontaires étaient ensuite contactés individuellement par téléphone pour leur préciser les objectifs : utiliser les deux outils ordonnance et courrier, dans le cadre de la prise en charge de 10 patients au moins avant mars 2019. Les patients concernés devaient répondre aux caractéristiques suivantes.

- besoin de rééducation pour des troubles musculo-squelettiques
- patients à risque de chronicisation et/ou avec des comorbidités ou des traitements dont le M.K devrait avoir connaissance (neuroleptiques, anticoagulants...)

Un tableau était fourni pour permettre aux médecins de tracer leur utilisation des outils proposés (Annexe 2).

Une date était fixée avec chaque médecin à partir de début mars afin de recueillir leur expérience d'utilisation de l'outil.

Pour 3 participants du même cabinet (MG1, 2 et 3) l'adaptation au logiciel était supervisée par l'étudiant. Pour 3 autres utilisant le même logiciel que celui de l'étudiant, une version adaptée avec courrier déjà pré rempli était proposée (MG4, 5, 7).

L'objectif était ensuite d'évaluer leur expérimentation au cours d'un entretien individuel. Le guide d'entretien comprenait 9 questions. Les MG étaient interrogés individuellement, en présentiel pour la plupart, hormis MG8, MG9 et MG10 par téléphone. Les entretiens étaient enregistrés et l'ensemble des propos étaient fidèlement résumés ou retranscrits.

Encadré 7 : Guide d'entretien individuel auprès des MG

EVALUATION de l'outil de prescription de MK par les MG : guide pour entretien individuel (10 à 20 minutes).

- Avez-vous l'habitude de travailler avec un MK référent ?
- Avez-vous utilisé les outils ?
- Si oui : A quelle fréquence avez-vous utilisé ces outils ? Pour quel type de patient avez-vous utilisé les outils ? Qu'est ce qui vous a plu et gêné dans leur utilisation ?
- Avez-vous reçu une réponse du MK ? Si oui laquelle ?
- Vos patients étaient-ils satisfaits ?
- Allez-vous continuer à utiliser les outils ? Pourquoi ?
- Avez-vous des remarques ou suggestion ?

2.2.2 Résultats

Parmi les 21 sollicités, 10 médecins se sont portés volontaires (tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques des MG volontaires en phase 2

| Médecin | Age | Genre | Exercice |
|---------|-----|-------|---------------------------|
| MG1 | 53 | M | Urbain |
| MG2 | 52 | M | Urbain |
| MG3 | 37 | F | Urbain |
| MG4 | 56 | F | Semi rural |
| MG5 | 51 | F | Rural |
| MG6 | 49 | M | Urbain |
| MG7 | 29 | F | Rural |
| MG8 | 40 | F | Semi rural (Loir et Cher) |
| MG9 | 29 | F | Urbain (Sarthe) |
| MG10 | 34 | M | Urbain |

10 médecins généralistes étaient volontaires pour essayer les outils puis être interrogés. 5 faisaient partie du groupe de travail initial : MG1, MG2, MG3, MG6 et MG10 et MG10. Ils étaient installés en Eure et Loir sauf MG8 (Loir et Cher) et MG9 (Sarthe). Il a été nécessaire de prolonger la période de test jusqu'à mi avril pour permettre à certains médecins d'utiliser les outils et notamment de se rapprocher de 5 prescriptions (MG5 à 10). Les principaux résultats sont présentés dans le tableau 3 :

Tableau 3 : Utilisation des outils par les MG de phase 2 volontaires

| Médecin | MK référents | Nb de prescriptions | Fréquence de prescription | Réponse de MK |
|---------|-----------------|------------------------|---------------------------------|------------------|
| MG1 | Non | 8 | 1/semaine | 0 |
| MG2 | Parfois | 3 | 1/semaine, irrégulier oublis | 0 |
| MG3 | Oui | 5 | 1/15 jours oublis | 0 |
| MG4 | Oui | 2 (ordo seule) | - | 0 |
| MG5 | Oui | 7 | 1 à 2 /sem | 1 |
| MG6 | Non | 0 | 0 | 0 |
| MG7 | Oui | 5 | 1 / 2 semaines irrégulier | 0 |
| MG8 | Oui | 5 | 1 /2 semaines | 0 |
| MG9 | Non | 3 | 1/2 semaines | 1 |
| MG10 | Oui | 10 | 1 à 2/ jour | 0 |

a) Orientation des patients vers un kinésithérapeute référent

7 MG orientaient les patients vers un ou plusieurs MK « référents » auxquels ils étaient habitués. 4 exerçaient en milieu rural ou semi rural et les 3 MG urbains connaissaient un MK en particulier via leur réseau non professionnel.

b) Utilisation des outils (tableau 2)

Seul MG6 n'a pas utilisé les outils pour des raisons de format numérique. MG4 n'utilisait que l'ordonnance et seulement à 2 reprises pour les mêmes raisons pratiques (non intégrée au logiciel). La moitié des participants l'a utilisé au moins 5 fois. 4 MG utilisaient l'outil 2 fois par mois (MG3, 7, 8 et 9). Certains MG interrogés rapportaient une fréquence d'utilisation irrégulière notamment du fait d'oublis (MG2, MG3, 7). 48 ordonnances ont été rédigées et 46 courriers.

c) Type de patients

MG 1 et 10 ont recruté largement auprès d'un échantillon varié. MG2, 3, 4, 5, 8, 9 ont recruté des patients soit pour leur terrain (métastases osseuses, prothèses, médicaments) soit pour le caractère chronique, récidivant de la pathologie. Il est à noter la fréquence des pathologies professionnelles (4 courriers) dont certaines entraînent des conflits avec l'employeur (2 courriers).

d) Avantages perçus

- 5/10 MG étaient satisfaits de devoir **mieux préciser leur demande** : « on réfléchit vraiment à ce qu'on attend des séances, on justifie sa demande ».
- Pour 5 MG cela permettait de mieux **définir le terrain du patient** : « lister les antécédents », « ajouter les comorbidités ou les médicaments ».
- 4/10 appréciaient les choix multiples et le **caractère exhaustif** : « toutes les possibilités sont mises » « la trame du courrier permet de ne rien oublier ».
- Selon 3 MG le courrier permettait de **créer le dialogue** avec le MK : « expliquer pour qu'il puisse faire un retour », « ça paraît plus humain comme façon de faire, plus aimable ».
- 2 MG aimaient la mention de **bilan diagnostic** : « le bilan diagnostic est une bonne idée ».
- 2 MG appréciaient l'utilisabilité : « l'ordonnance était simple », « c'était pratique et efficace ».
- 1 MG plébiscitait l'utilisation des termes correspondants à la cotation des MK.

e) Inconvénients/frein à l'utilisation

- Caractère **chronophage** : la majorité des répondants (7/10) mentionnait le manque de temps comme frein principal : « c'est le seul point négatif la question de temps ».
- Format, **complexité de remplissage et adaptation au logiciel** : 3/10 MG étaient gênés pour remplir les documents types : « j'ai pas bien compris la façon de remplir l'ordonnance », « les obstacles étaient le format, difficulté de remplissage sur Word [...] il faudrait du PDF ».
- Sentiment de **manque de compétence** : 1MG était gênée par certains items : « Les contre indications de technique ou de charge je ne vois pas quoi en faire, je ne suis pas sûre de ma compétence pour cette question ». 3 MG se plaignaient de leur manque de formation sur la prescription de kinésithérapie : « on manque de formation sur comment rédiger une ordonnance de MK », « je n'ai pas l'impression de connaître leur métier ». 1 MG remettait en question la pertinence de la prescription de kinésithérapie par le MG : « Je ne pense pas que la prescription de la part du MG soit utile au MK ».
- Redondance entre ordonnance et courrier : selon 1 MG : « le courrier c'est non, trop redondant ».

f) Réponses de MK

Sur les 46 courriers envoyés, 2 ont reçu une réponse. La première (MG5) était un email sur la boîte professionnelle du médecin non sécurisée avec le bilan diagnostic et un texte expliquant qu'il avait été utile d'avoir insisté sur le travail chez une patiente fibromyalgique. Cela a permis au MK de réaliser une rééducation dynamique et d'éviter trop de massages. La seconde était un appel téléphonique du MK à MG9 pour lui expliquer le diagnostic, la prise en charge et l'évolution. MG9 était perturbée par l'appel survenu durant une consultation et ne permettant pas de véritable échange.

g) Satisfaction des patients

Les patients étaient le plus souvent neutres et peu réagissaient à la délivrance d'un courrier en plus de l'ordonnance.

h) Suggestions pour une utilisation ultérieure éventuelle

5/10 MG se déclaraient volontaires pour utiliser l'outil complet, si intégré au logiciel pour 4 d'entre eux (1 les imprimait et remplissait à la main), 4 le réservaient pour certaines indications : «de façon ciblée pour les prises en charge complexes », « pour certains patients avec indications précises ». 1 demandait un pré remplissage du courrier. 2 MG se disaient prêts à utiliser simplement l'ordonnance. 2 MG proposaient de simplifier en un seul document : « il faudrait pouvoir mettre toutes les informations sur le même document soit l'ordonnance ». 1 MG propose d'ajouter la notion d'anticoagulant et de diabète, de séquelles d'AVC sur l'ordonnance. 1 MG demandait un format PDF. 1 MG ne souhaitant pas utiliser l'outil et envisageait une extraction simplifiée des informations du logiciel à destination des MK : « avoir une synthèse médicale que l'on peut sortir facilement du logiciel ».

2.3 Phase 3 : Entretien interprofessionnel MG / MK.

Les résultats des phases 1 et 2 montraient un faible taux de réponse de la part des MK. Une réunion interprofessionnelle permettant de demander leur avis aux MK sur la communication MG/MK et sur cet outil a paru intéressante.

2.3.1 Méthode

L'étudiant a contacté par email les MG et MK exerçant dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) à St Georges sur Cher (Loir et Cher). Ils n'avaient pas participé aux phases précédentes. Une réunion a pu être proposée sur un créneau déjà prévu pour les réunions hebdomadaires à savoir entre 13h et 15h. Il s'agissait d'une réunion avec libre prise de parole, animée par un Maître de stage Universitaire coordinateur de la MSP et l'étudiant en thèse. L'objectif était de discuter des moyens d'améliorer la communication entre MG et MK et de restituer les opinions des MK concernant l'outil de communication modifié en phase 1. La réunion était enregistrée et la teneur des discussions le plus fidèlement retranscrite, ce format libre paraissait suffisant pour restituer une tendance d'opinion d'un groupe tout en permettant à chacun de développer ses arguments. Etant donné l'horaire les participants n'étaient pas tous présents du début à la fin d'où la difficulté de recueil de certaines données individuelles.

2.3.2 Résultats

Le 2 avril 2019 dans la salle de réunion de la MSP de St Georges sur Cher, étaient présents 6 MK et 5 MG. Tous exerçaient en libéral dans la MSP à l'exception d'une MK venue de Montrichard.

Tableau 4 : Caractéristiques des participants à la réunion de phase 3

| Profession | Type d'exercice | Age | Genre |
|------------|----------------------|-----|-------|
| MK | Libéral + SSR | 46 | M |
| MK | Libéral | 41 | M |
| MK | Libéral | 40 | F |
| MK | Libéral | 46 | F |
| MK | Libéral | | F |
| MK | Libéral | | F |
| MG 1 | Libéral, EHPAD | 65 | M |
| MG 2 | Libéral, SSR | 48 | M |
| MG 3 | Libéral | | M |
| MG 4 | Libéral, remplaçant | 29 | M |
| MG 5 | Libéral, remplaçante | 31 | F |

La participation orale des MG a été limitée : 2 MG ont participé activement et 1 seul (le coordinateur de la MSP) est resté jusqu'en fin de réunion.

La réunion débutait par une conversation sur les attentes des MK et des MG (précisions diagnostiques, bilan...) et les freins à la communication avec des retours concordants avec les études précédentes.

Les participants étaient invités à proposer des solutions pour mieux communiquer :

a) Les moyens de communication :

○ **Partage de données numériques**

2 MK évoquaient le Dossier Médical Partagé (DMP) dans l'objectif de partager les données médicales. Un MK proposait que tout le monde puisse alimenter le DMP, il existe un volet médical de synthèse. Tous les éléments du DMP sont accessibles aux MK mais ils l'ignoraient. 2 MK soulignaient l'intérêt d'être formés pour ces outils. 1 MK se disait prête à transmettre son BDK mais uniquement via MS Santé. Cela permettrait notamment d'échanger sur les patients chroniques nécessitant un arrêt des séances.

○ **Réunion pluri professionnelle**

MG2 expliquait que les réunions pluri professionnelles permettaient de discuter des dossiers qui prenaient du temps et que les soignants n'avaient pas le temps de préparer en faisant un courrier, pendant les consultations.

Depuis 2019 à St Georges /Cher des réunions de concertation pluri-professionnelles étaient mises en place et permettaient de discuter des cas plus complexes. Les réunions étaient mensuelles entre tous les professionnels du secteur. Cela aidait à mieux comprendre les problématiques de chaque profession. Selon les MK se réunir prenait moins de temps que rédiger un mail ou un compte rendu à chaque fois, le dialogue permettrait de se rendre compte notamment de l'urgence d'une situation. Une MK s'interrogeait sur la façon de travailler en ville.

b) Retour sur les outils :

Les MK trouvaient l'ordonnance adaptée et complète avec une limite sur les week-ends et jours fériés à mettre si nécessaire. Ils souhaitaient ajouter rééducation respiratoire. Une MK demandait une ligne séparée avec rééducation d'une affection rhumatologique et inflammatoire, de distinguer pathologie neurologique centrale de périphérique et ajouter SEP et Parkinson (mais en termes physiopathologiques pour la cotation et le secret médical). Le secret médical complexifie donc la rédaction. MG1 ouvrait un débat sur les questions éthiques du secret médical partagé.

MG1 et 2 trouvaient l'ordonnance simple à utiliser.

MG2 exprimait clairement son refus de rédiger le courrier type car étant chronophage.

On présentait ensuite un outil de communication issu d'une thèse de 2017(18) avec 2 pages (1 pour le MG et une réponse de MK). Peu de réactions de la part des MK qui semblaient peu enthousiastes. Pour les MK, le BDK (cf annexe 3) était bien plus complet que l'outil-réponse proposé qui « croisait » avec leur BDK.

Il existait un paradoxe entre le manque de temps disponible pour les MK et leur volonté de donner les bonnes informations. Selon les MK présents il était très difficile de donner un pronostic sur l'évolution du patient.

Finalement les MK ne se déclaraient pas volontaires pour répondre aux MG via ce type d'outil.

c) Discussions autour du Bilan-Diagnostic Kinésithérapique (BDK) :

Un MK mentionnait le BDK dont le rôle serait de donner les réponses aux MG avec les objectifs et les moyens. Les MK insistaient sur la nécessité d'obtenir le dossier médical pour avoir des informations en amont et remplir plus facilement le BDK.

Selon des MK, le BDK devrait être fait à la première séance mais parfois il y avait besoin de plusieurs séances, les tests étaient longs, il fallait prendre des mesures, dans tous les cas l'examen était complet. Les MK se plaignaient de la lourdeur ressentie quant à la cotation et à la rédaction des BDK et à leur renouvellement qui étaient très peu réalisés (les participants étaient surpris de la statistique – qui leur paraissait élevée - de 22% des MK de Loire Atlantique réalisant des BDK initiaux, cf thèse de D. Sadani (14)).

Il y avait un échange entre un MG demandant des informations succinctes donc de faire plus souvent des bilans moins complets et un MK répondant que son BDK était « dans sa tête » mais qu'il était obligé de tout faire, tout mesurer pour répondre même succinctement.

Les MK souhaiteraient pouvoir coter un BDK en temps que tel, avec moins de contraintes administratives, un BDK simplifié permettant d'analyser l'état actuel du patient en 1 séance.

Le meilleur moyen selon les MK pour ensuite envoyer ce BDK serait par messagerie sécurisée MS Santé.

2.4 Interrogation de l'échantillon de MG de la phase 2 sur les autres outils de communication.

Suite à cette réunion les 7 MG n'ayant pas été interviewés ont été interrogés sur le Dossier Médical Partagé et les réunions pluri professionnelles :

○ Utilisation du Dossier Médical Partagé (DMP)

2/7 MG utilisaient le DMP de façon occasionnelle et 1 MG venait juste de le découvrir après la mise à jour logicielle. Parmi les 4 autres, un déclarait pouvoir l'utiliser dans les mois suivants du fait de son ajout au logiciel, 1 MG y avait accès et pensait débuter son utilisation dans un délai non défini, un autre attendait des précisions d'ordre médico-légal avant de l'utiliser, 1 MG s'inquiétait des dérives sur l'utilisation des données. 2 MG trouvaient l'outil peu fonctionnel « cela rajoute des clics », « j'aimerais y placer le résumé des antécédents ».

○ Réunions interprofessionnelles

3/7 MG participaient à des réunions interprofessionnelles : 1 au sein d'une MSP, 2 au sein d'une même équipe de soin primaire et de leur CPTS. Les 3 exerçaient en milieu rural ou semi rural. Les 4 autres pensaient intéressant de rencontrer les autres professionnels de santé mais sans projet de réunion envisagé.

3 DISCUSSION :

3.1 Acceptabilité de l'outil par les MG :

Malgré leur implication dans la réévaluation de l'outil, les MG du groupe de travail initial ne l'utilisaient pas fréquemment: MG6 n'a pas du tout utilisé les outils et seulement la moitié des 4 autres l'ont utilisé plus de 5 fois. Seule 1 MG extérieure au groupe de travail initial se déclarait prête à utiliser l'outil tel que proposé.

Les avantages perçus étaient de mieux préciser leur demande et définir le terrain du patient. Le caractère exhaustif de l'ordonnance était apprécié.

Les principaux freins étaient la sensation de perte de temps : on retrouve cette problématique dans les autres travaux. Il était reproché également la complexité de remplissage de la version informatique et l'adaptation au logiciel métier. L'adaptation à l'outil informatique était un axe important : en effet 5/10 MG se déclaraient prêts à utiliser une version intégrée au logiciel. A la fin de son travail, G.Truong (22) envisageait en effet qu'une version numérique personnalisée au médecin (numéro RPPS etc...) et adaptée au patient serait plus utilisable.

Le sentiment de manque de compétence dans la prescription de MK était mentionné. Les médecins interrogés par R.Soudry et M.Tatin (12,18) souhaitaient également progresser dans ce domaine.

Il est possible d'anticiper un faible taux d'adhésion à cet outil tel que proposé dans une population de médecins plus large.

L'utilisation de 2 documents pour la prescription de masso-kinésithérapie ne semble pas acceptable par les MG. Plusieurs réflexions peuvent être ouvertes :

- **Ordonnance seule**

Il serait envisageable d'ajouter le diagnostic suspecté et les éléments médicaux utiles sur l'ordonnance. Dans de précédents travaux (18,22) il était invoqué la limitation liée au secret médical. Cependant la réglementation n'interdit pas la mention d'éléments médicaux sur l'ordonnance. L'article L1110-4 du Code de Santé publique alinéa 2 indique : « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social »(23).

Le diagnostic est d'ailleurs mentionné sur les ordonnances d'imagerie. En Belgique le diagnostic est intégré à l'ordonnance de masso-kinésithérapie (24). Un médecin du sport et de Médecine Physique de Réadaptation du CHU de Reims, Dr Vesselle, enseignait d'ailleurs la possibilité de mentionner diagnostic et antécédents sur la prescription (25). En pratique les médecins écrivent déjà le diagnostic sur l'ordonnance (12). 2 MG de la phase 2 et 1 MG de la phase 3 proposaient de compléter l'ordonnance avec les éléments les plus importants du courrier.

- **Courrier seul**

L'autre possibilité serait de réévaluer le mode d'accès au MK. En Grande Bretagne, en Irlande, aux Pays Bas, aux USA et au Canada l'accès est libre (26). Ainsi le médecin ne serait plus obligatoirement prescripteur mais pourrait orienter le patient vers le MK avec un courrier sur le modèle d'un courrier à un confrère qui serait à intégrer au logiciel métier.

3.2 La réponse des MK :

Le courrier était prévu pour ouvrir un dialogue en proposant un retour par email au MK. Cependant seules 2 réponses ont été obtenues sur 46 courriers : un email avec le BDK a été envoyé et un appel téléphonique reçu. MG9 qui recevait l'appel a été perturbé durant sa consultation. On retrouvait dans la thèse d'Eugénie Schuck (21) que les appels téléphoniques perturbaient certains MG.

Les MK interrogés appréciaient l'ordonnance type, ils proposaient cependant des ajouts. Ils n'envisageaient pas de répondre à un courrier de MG pour des raisons de manque de disponibilité.

Au vu du faible taux de réponse et de la réaction des MK en réunion, il semble peu probable que ce type d'outil provoquera une interaction entre MG et MK.

On retrouve dans la thèse de Le Metayer(27) ce paradoxe entre une volonté d'améliorer la communication et un manque de désir de s'investir davantage dans les solutions de communication par manque de temps ou de moyens.

Ces résultats s'opposent à ce que laissait présager la thèse de Marion Tatin (18) qui avait produit avec l'aide de 5 MK et 4 MG un courrier type d'une page pour le MG et d'une page réponse pour le MK. Les MG et MK participants trouvaient l'outil simple à utiliser. Cependant il n'avait pas été utilisé en pratique et les participants étaient des volontaires à l'origine du document ce qui implique un biais de motivation.

3.3 Forces et faiblesse de la recherche :

3.3.1 Points forts

Ce travail de recherche action est original. 2 thèses précédentes proposaient un outil de communication à visée des MK (18,22) sans évaluer leur utilisation en pratique. Ce travail permet donc d'apporter un prolongement utile à ces thèses.

La sélection d'un outil proposé lors d'une thèse précédente menée auprès d'un large échantillon de 155 MK par G.Truong permettait d'avoir l'outil le plus proche des attentes éventuelles des MK.

La sollicitation de MG issus d'un groupe de pairs a permis de former un groupe de travail de MG habitués à échanger et travailler dans une ambiance conviviale. Le mode de travail en 2 petits groupes de MG, puis mise en commun, permettait de modifier l'outil en peu de temps tout en limitant l'effet leader.

Le recrutement des MG dans le réseau de connaissance de l'étudiant a évité les perdus de vue. Les caractéristiques des MG étaient assez bien réparties en termes d'âge, de genre et de type d'exercice.

Le nombre d'outils utilisés auprès des patients était assez élevé : 46 couples ordonnances-courriers.

La réunion en MSP avec MG et MK était originale, car pluri professionnelle. Elle permettait un dialogue entre MG et MK, ainsi que l'ouverture d'une réflexion sur les autres moyens de partager des informations.

3.3.2 Points faibles

L'échantillon de MG testeurs était assez faible : 10. Il existait un biais de sélection lié au volontariat.

La moitié des MG participants était aidée par l'étudiant pour l'intégration au logiciel, ce qui facilitait l'utilisation de l'outil, tous les MG n'avaient donc pas les mêmes conditions d'utilisation informatique. On constate d'ailleurs que les 5 MG ayant reçu une aide informatique ont utilisé 28 fois l'outil contre 18 pour les 5 MG non aidés.

La faible durée de la mise à l'épreuve (2 à 3 mois) limitait potentiellement le nombre d'outils utilisés.

Lors de la réunion en MSP, sur 6 MK, 2 prenaient majoritairement la parole. Sur 5 MG seuls 2 participaient activement à la réunion. Cela implique un effet leader mais également un biais de volontariat.

3.4 Pistes d'amélioration de la communication MG/MK :

On retrouvait les mêmes propositions faites par les MK que dans le travail de D.Sadani (14) :

- Plateforme d'échanges/dossier partagé : les MK interrogés considéraient les plateformes d'échanges et/ou un dossier partagé comme un moyen privilégié de communication. Cependant, au cours de notre entretien, peu de MK envisageaient d'y apporter des informations (1 MK en parlait clairement). Le dossier médical partagé était également cité par les MK dans d'autres travaux (22)
- Messagerie sécurisée : MS Santé était cité. Cependant les MK reconnaissaient ne pas avoir pris en main les outils numériques.
- Rencontres et formations interprofessionnelles : elles sont encore rares mais mises en avant par les MK (11,14) et les MG (27)
- Le BDK : Les MK se plaignaient du caractère contraignant des BDK, ce que l'on retrouvait dans la thèse de D.Sadani (14). Cependant les MK n'étaient pas tous informés que le BDK peut être coté quel que soit le nombre de séances réalisées. Le BDK initial peut être facturé dès la première séance pour un nombre de séances potentiel entre 10 et 20 et ce même si toutes les séances ne sont pas réalisées, il est cumulable avec la facturation des séances. La facturation d'un BDK classique a été revalorisée en 2017 à 23€(28). Dans la thèse de R.Soudry (12) une majorité des 54 MG répondants trouvait ce bilan au moins « assez utile » sur le plan informatif mais le considérait en revanche peu concis et synthétique.

a) Dossier Médical Partagé

Le DMP est déployé depuis novembre 2016. En France, la majorité des médecins est favorable au DMP d'après une enquête de l'ASIP santé de 2013(84%)(18), une enquête d'opinion IPSOS en 2012 (77%) (19), et selon une thèse de 2016 (83%) (20) et de 2018 (29).

L'utilisation reste cependant limitée : seuls 6,7% des MG participants à une thèse de 2018 réalisée en Ile de France (30) utilisaient le DMP.

La majorité des MG pensent que l'utilisation du DMP entraîne une perte de temps (74% dans l'enquête ASIP santé, 92,6% d'après Resmond G. dans sa thèse de 2015 (22), 71% d'après Le Beux G. dans sa thèse de 2006 (23)).

Les MG expriment une crainte quant au risque de double saisie (88,3% et 66% des répondants des thèses de Resmond G. et Le Beux respectivement).

Dans une thèse de 2018 (29), 205 médecins bretons étaient interrogés. 54% ne pensaient pas avoir les compétences en informatique pour utiliser le DMP. 7% étaient

formés au sujet du DMP. Les facteurs associés à une meilleure utilisation du DMP étaient notamment la capacité à informer le patient et la maîtrise de l'outil informatique. On notait que seuls 36,6 % des répondants déclaraient être capables d'informer leur patient.

La mise en danger du secret médical était une préoccupation pour 56% des médecins de l'enquête Opinionway, pour 74% des médecins dans la thèse de Le Beux G. et pour 31% dans la thèse d'Enouf.S.

Enfin une méta-analyse américaine d'octobre 2017 (24) retrouvait comme obstacle à l'utilisation d'un système national de partage d'information de santé : les difficultés techniques, les craintes quant à la sécurité des données, le manque de compétence informatique et le manque de temps.

Les axes d'améliorations de l'utilisation du DMP pourraient être :

- La formation des professionnels de santé au DMP et à l'information du patient
- L'intégration au logiciel métier avec la possibilité d'une saisie unique des données
- La garantie de la sécurité des données

b) Réunions de concertation pluri professionnelles et formations communes

La concertation pluri professionnelle a montré ses bénéfices en temps qu'outil d'évaluation et de prise en charge globale notamment dans la réinsertion professionnelle de lombalgiques chroniques dans un département spécialisé (31). Il y a aujourd'hui une corrélation démontrée entre la qualité de la collaboration dans les milieux cliniques et la qualité des soins aux patients : (32); Mazocco et al., 2009; Gittel et al., 2000; Wiegmann et al., 2007; Saltvedt et al., 2002(33); Borill et West, 2000(34). D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la collaboration interprofessionnelle en santé est définie comme une action menée par au moins deux acteurs de santé dans un but commun afin de coordonner leurs actions auprès du malade ou de sa famille(35). Les réunions pluri professionnelles entrent donc dans cette définition.

Les MSP (Maisons de Santé Pluri professionnelles) sont un moyen de développer les réunions pluri professionnelles notamment entre MG et MK (les $\frac{3}{4}$ des MSP comprennent au moins un MK). En 2018 93% des MSP (près de 600 structures) réalisaient au moins 6 réunions pluri professionnelles par an (36). La thèse de A.Dellandrea mettait en évidence une amélioration de la collaboration interprofessionnelle pour une majorité des MG et des MK dans ces MSP (9). Un projet d'éducation thérapeutique conjoint entre MG et MK pour les lombalgiques chroniques est notamment en cours dans une MSP de Touraine.

Une étude espagnole souligne l'importance de la formation dans le déficit de connaissance réciproque des rôles du MG et du MK et donc du manque de communication. (17)

Les MG français reconnaissent une formation initiale insuffisante (9) et sont intéressés par des formations complémentaires sur la prescription de masso-kinésithérapie notamment via des réunions interprofessionnelles. (12)

Des études montrent que l'éducation interprofessionnelle, à savoir des séquences de formation dans lesquelles « des membres de deux ou plusieurs professions sont réunis pour apprendre avec les autres, grâce aux autres et à propos des autres » (Traduction libre, CAIPE : Centre for the Advancement of Interprofessional Education and compliance, 2016), a un impact positif sur la collaboration interprofessionnelle. (37,38)

4 Conclusion

Un outil d'aide à la prescription ne sera à priori pas la solution pour améliorer la communication entre MG et MK. Ces professionnels se connaissent mal, et c'est en se rencontrant qu'ils pourront échanger de leurs difficultés respectives et notamment des dossiers plus complexes. Des formations communes entre étudiants en kinésithérapie et en médecine permettraient d'initier précocement les futurs professionnels à la collaboration interprofessionnelle. C'était déjà la conclusion de la thèse d'Eugénie Schuck. (21)

Afin de faciliter le partage d'information entre MG et MK, des formations sur le DMP, ainsi qu'une simplification de son usage seraient potentiellement bénéfiques. Les messageries sécurisées sont pertinentes mais leur utilisation risque de rester limitée au vu du manque de temps évoqué. L'intérêt du BDK est remis en question du fait de son faible taux d'utilisation par les MK, il pourrait être plus succinct afin d'être réalisable par les MK et de répondre aux questions que se posent les MG.

Les modalités de prescription de kinésithérapie pourraient être interrogées : est-il préférable de rédiger une ordonnance comportant les informations médicales ou de ne plus prescrire et adresser directement avec un courrier ?

Suite à ce travail, il serait intéressant d'évaluer l'impact des réunions pluri professionnelles et de formations conjointes entre MG et MK sur l'évolution des patients souffrants de troubles musculo squelettiques.

5 **Bibliographie:**

1. **Letrilliart L, Supper I.** ECOGEN : Etude des éléments de la consultation en médecine Générale. Exercer. 2014;25:148-57.
2. **Pernollet E, Ramond-Roquin A, Fouquet N, Räber C, Huez JF, Bouton C.** La lombalgie chez les adultes consultant en médecine générale : fréquence, caractéristiques sociodémographiques et résultats de consultation associés. Exercer 2014;114:170-2.
3. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;386(9995):743-800.
4. **Jeante M.** Rapport de gestion annuel de l'Assurance Maladie. Risques professionnels. 2016.
5. **IRDES.** Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Prescription. 2013. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/Prescriptions.htm>
6. **Assurance maladie** offre de soins. 2016. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/activite-et-prescriptions/activite-des-medecins.php>
7. **Plénet A, Gourmelen J, Chastang J-F, Ozguler A, Lanoë J-L, Leclerc A.** Seeking care for lower back pain in the French population aged from 30 to 69: The results of the 2002–2003 Décennale Santé survey. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2010;53(4):224-38.
8. **Vigreux L.** La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de la Somme : enquête auprès de 94 masseurs-kinésithérapeutes de la Somme. Thèse de médecine. Université de Picardie Jules Vernes; 2016.
9. **Dellandrea A.** Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains. Thèse de médecine. Université de Lorraine; 2013.
10. **Dumont T.** Étude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne: analyse des modalités de communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé lors de l'adressage d'un patient. Thèse de médecine. Université Paris Diderot - Paris 7; 2016.
11. **Delaunay E.** La communication interprofessionnelle entre les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes évaluation des perceptions des kinésithérapeutes libéraux par la méthode du focus group. Thèse de médecine. Université de Nantes; 2009.
12. **Soudry R.** Prescription de kinésithérapie en médecine générale. Thèse de médecine. Université Aix-Marseille; 2012.

13. **Hayward C, Willcock S.** General practitioner and physiotherapist communication: How to improve this vital interaction. Primary Health Care Research & Development Cambridge University Press. 2014;16(3):304-8.
14. **Sadani D.** Lombalgie commune : prise en charge ambulatoire par le kinésithérapeute : enquête de pratique auprès de 98 kinésithérapeutes de Loire-Atlantique. Thèse de médecine. Université de Nantes; 2018.
15. **Bergeau A, Marechal T, Van Roekeghem F.** Avis relatif à l'avenant n°1 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes. Avec le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Journal Officiel de la République Française. 2008.
16. **Bonnal C, Matharan J, Micheau J.** La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux. 2009. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso-kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf
17. **Paz-Lourido B, Kuisma Rme.** General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: a discourse analysis. Journal of Interprofessional Care. 2013;27(3):254-60.
18. **Tatin M.** Collaboration entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes: élaboration d'un outil de communication. Thèse de médecine. Université Paris Descartes; 2017.
19. **Colle MF.** Prescription de Masso-kinésithérape en Médecine générale: impact des modifications réglementaires – étude descriptive dans le Territoire de Belfort. Thèse de médecine. Université de Besançon; 2015.
20. **Piquet L.** Comment les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes se représentent-ils le médecin généraliste ? Etude qualitative par focus groupe. Thèse de médecine. Université Rennes I; 2010.
21. **Schuck E.** La communication interprofessionnelle entre les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes. Thèse de médecine. Université de Strasbourg; 2017.
22. **Truong G.** Quelle prescription optimale de rééducation de l'appareil locomoteur par les médecins généralistes ? Enquête auprès de 155 masso-kinésithérapeutes franciliens. Thèse de médecine. Université Paris 13; 2017.
23. **Code de la santé publique - Article L1110-4**
24. **Collège des médecins-directeurs avec la collaboration du Conseil technique de la kinésithérapie.** Formulaire médecins kinésithérapeutes pathologie lourde. 2014. Disponible sur: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulaire_medecins_kinesitherapeutes_pathologie_lourde.pdf

25. **Vesselle B.** La prescription de Masso-kinésithérapie. Formation médicale continue, capacité de médecine du sport présenté au CHU de Reims. 2006. Disponible sur: https://www.univ-reims.fr/minisite_103/formation-medecine-continue/documents-pedagogiques/capacite-medecine-et-biologie-du-sport/gallery_files/site/1/90/1129/1384/13621/13640.pdf
26. **Remondière R, Durafourg M-P.** L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France. *Sante Publique*. 2014;26(5):669-77.
27. **Le Métayer C.** Étude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne: analyse du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers sur leur communication avec le médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient. Thèse de médecine. Université Paris Diderot - Paris 7; 2016.
28. **Commission paritaire régionale des masseurs kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes.** Guide pratique de la NGAP en masso-kinesitherapie. 2019. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/guide_pratique_de_la_ngap_en_masso-kinesitherapie_5_web-2019_cpam-ain.pdf
29. **El Matouat A, Richard C.** Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne. Thèse de médecine. Université de Rennes; 2018.
30. **Coscodan I, Macieira L.** Étude des déterminants de la connaissance et de l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes d'Île-de-France. Thèse de médecine. Université Paris XI; 2018.
31. **Gueran M, Lussiez V.** Intérêt de la concertation pluridisciplinaire entre un département d'évaluation de la douleur et les médecins du travail dans la prise en charge des salariés atteints de douleurs chroniques. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2012;73(1):20-7.
32. **Manser T.** Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009;53(2):143-51.
33. **Saltvedt I, Mo E-SO, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O.** Reduced Mortality in Treating Acutely Sick, Frail Older Patients in a Geriatric Evaluation and Management Unit. A Prospective Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(5):792-8.
34. **Borrill C, A. West M.** Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care Management*. 2000;6(8):364-71.
35. **Organisation Mondiale de la santé.** Apprendre ensemble pour oeuvrer ensemble au service de la santé : rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé, la formation en équipe. Genève; 1988.
36. **Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé.** Commission paritaire nationale des structures pluri professionnelles. 2018. Disponible sur: <https://www.ffmps.fr/wp-content/uploads/2018/11/diaporama-cpn-du-13-06-2018.pdf>

37. **Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, et al.** Error Reduction and Performance Improvement in the Emergency Department through Formal Teamwork Training: Evaluation Results of the MedTeams Project. *Health Services Research*. 2002;37(6):1553-81.
38. **Reeves, Scott.** A BEME systematic review of the effects of interprofessional education. *Medical Teacher*. 2016;38(7):1-13.

Annexe 1 : Guide d'entretien pour la réunion de MG de la phase 1

Réunion plénière :

- Comment prescrivez-vous de la rééducation des TMS ?
- Vous sentez-vous compétent pour prescrire de la kinésithérapie ?
- Qu'attendez-vous d'une aide à la prescription de kiné de rééducation des TMS ?

Organisation en 2 sous groupes : 1H

- Qu'est-ce qui vous plait dans cet outil ?
- Qu'est-ce qui vous empêcherait de l'utiliser ?
- Que pensez-vous de la classification proposée concernant les cases ?
- Avez-vous des commentaires sur la formulation des items ?
- Avez-vous d'autres propositions ?

Restitution avec si possible version modifiée/suggestion 30'

Annexe 2 : Conseils d'utilisation des outils proposés aux médecins « testeurs » et tableau de suivi des prescriptions

THESE PRESCRIPTION de KINE des troubles musculo squelettiques (ordonnance + courrier)

Consignes :

- N'utiliser que pour les patients à risque de chronicité ou ayant des comorbidités nécessitant une transmission au kiné (Parkinson, SEP, Neuroleptiques, anticoagulants...)
- Pour environ **10 patients**
- Indiquer nom du patient + date, +/- pathologie
- RdV fin mars début avril pour le débriefing : Rdv le / /2019

| | NOM | DATE | PATHOLOGIE |
|----|-----|------|------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |

Annexe 3 : Modèle de Bilan diagnostic Kinésithérapique proposé par l'assurance maladie

FICHE DE SYNTHÈSE DU BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE

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

Consultable sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/fiche_type_BDK.pdf

Vu, le directeur de thèse
A Angers le 1/10/2019

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' followed by a horizontal line and a small flourish.

Vu, le doyen

De la faculté de médecine de Tours

Tours, le

RESUME

Introduction : Les troubles musculo-squelettiques (TMS) ont d'importantes conséquences fonctionnelles et économiques. Ils sont le plus souvent pris en charge par des médecins généralistes (MG) et des masseurs kinésithérapeutes (MK). Pourtant ces 2 professions communiquent peu. Un précédent travail de thèse avait interrogé 155 MK, et un outil constitué d'une ordonnance et courrier type à visée du MG était proposé.

Méthodes et Résultats : Une recherche action a eu lieu en 3 phases d'octobre 2018 à avril 2019. Phase 1 : 7 MG chartrains ont adapté l'outil à leur vision de prescripteur lors d'une réunion. Le courrier était reformulé de manière à provoquer une réponse du MK. Phase 2 : 10 MG volontaires d'Eure et Loir, du Loir et Cher et de la Sarthe ont utilisé l'outil de prescription entre janvier et avril 2019. Ils étaient interrogés en entretiens individuels présents ou téléphoniques à 3 mois. L'outil était utilisé pour 46 patients. 2 réponses de MK étaient reçues. Phase 3 : 5 MG et 6 MK n'ayant pas participé aux 2 premières phases étaient réunis en avril 2019 dans une maison de santé du Loir et Cher. Les MK appréciaient l'ordonnance type mais n'étaient pas volontaires pour répondre via un courrier type. Les réunions interprofessionnelles leur paraissaient le meilleur moyen de discuter des cas plus complexes. Le Dossier Médical Partagé, le Bilan Diagnostic kinésithérapique et les messageries sécurisées étaient cités comme moyens d'échange d'informations avec des limites liées à leur caractère chronophage.

Conclusion : Un outil de prescription ne paraît pas être une solution pour améliorer la communication MG/MK. Les réunions et des formations interprofessionnelles semblent avoir davantage d'impact sur la collaboration MG/MK. Il serait intéressant d'évaluer l'impact des réunions pluri professionnelles et des formations conjointes entre MG et MK sur l'évolution des patients souffrants de TMS.

OUSTRIC Nicolas

51 pages – 4 tableaux – 7 encadrés – 3 annexes

Résumé : Introduction : Les troubles musculo-squelettiques (TMS) ont d'importantes conséquences fonctionnelles et économiques. Ils sont le plus souvent pris en charge par des médecins généralistes (MG) et des masseurs kinésithérapeutes (MK). Pourtant ces 2 professions communiquent peu. Un précédent travail de thèse avait interrogé 155 MK, et un outil constitué d'une ordonnance et courrier types à visée du MG était proposé. Méthodes et Résultats : Une recherche action a eu lieu en 3 phases d'octobre 2018 à avril 2019. Phase 1 : 7 MG chartrains ont adapté l'outil à leur vision de prescripteur lors d'une réunion. Le courrier était reformulé de manière à provoquer une réponse du MK. Phase 2 : 10 MG volontaires d'Eure et Loir, du Loir et Cher et de la Sarthe ont utilisé l'outil de prescription entre janvier et avril 2019. Ils étaient interrogés en entretiens individuels présents ou téléphoniques à 3 mois. L'outil était utilisé pour 46 patients. 2 réponses de MK étaient reçues. Phase 3 : 5 MG et 6 MK n'ayant pas participé aux 2 premières phases étaient réunis en avril 2019 dans une maison de santé du Loir et Cher. Les MK appréciaient l'ordonnance type mais n'étaient pas volontaires pour répondre via un courrier type. Les réunions interprofessionnelles leur paraissaient le meilleur moyen de discuter des cas plus complexes. Le Dossier Médical Partagé, le Bilan Diagnostic kinésithérapique et les messageries sécurisées étaient cités comme moyens d'échange d'informations avec des limites liées à leur caractère chronophage. Conclusion : Un outil de prescription ne paraît pas être une solution pour améliorer la communication MG/MK. Les réunions et des formations interprofessionnelles semblent avoir davantage d'impact sur la collaboration MG/MK. Il serait intéressant d'évaluer l'impact des réunions pluri professionnelles et des formations conjointes entre MG et MK sur l'évolution des patients souffrants de TMS.

Mots clés : Médecin Généraliste –Masseur Kinésithérapeute – Communication – Inter professionnalité

Jury :

Président du Jury : Professeur Jean Pierre LEBEAU
Directeur de thèse : Docteur Aline RAMOND ROQUIN
 Membres du Jury : Professeur Jean Pierre Lebeau
 Professeur Bernard FOUQUET
 Professeur François MAILLOT

Date de soutenance : 14 novembre 2019