

Année 2023/2024

N°

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par
Nina GUICHARD
Né(e) le 18/07/1995 à BRESSUIRE (79)

**Prise en charge des affections ostéo-articulaires et musculaires : regard
des Médecins généralistes d'Indre-et-Loire sur l'offre de kinésithérapie
locale**

Présentée et soutenue publiquement le 15 **Mai 2024** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Fabrice IVANES, Physiologie, Faculté de Médecine –Tours

Membres du Jury :

Professeur Guillaume BACLE, Chirurgie orthopédique et traumatologique, Faculté de Médecine –Tours
Docteur Hugues AUDOLI, Médecine du Sport – Saint-Cyr-Sur-Loire

Directeur de thèse : *Docteur Prisca MARTIN, Médecine du Sport – Saint-Cyr-Sur-Loire*

RÉSUMÉ

Prise en charge des affections ostéo-articulaires et musculaires : regard des médecins généralistes d'Indre-et-Loire sur l'offre de kinésithérapie locale

Introduction : La prescription de kinésithérapie pour des pathologies ostéoarticulaires ne cesse de croître. Faciliter l'accès aux soins est devenu un enjeu majeur. L'objectif de ce travail est d'explorer le point de vue des médecins généralistes concernant l'accès aux soins de kinésithérapie afin de comprendre la démarche adoptée pour l'orientation vers des soins de kinésithérapie et les stratégies adoptées par les médecins.

Méthode : Cette étude qualitative repose sur des entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes réalisés entre novembre 2023 et janvier 2024. Une analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée. Elle visait une conceptualisation du vécu de 16 médecins recrutés par effet boule de neige.

Résultats : Les principaux obstacles à l'accès aux soins de kinésithérapie relevés par les médecins interrogés incluent la disponibilité limitée des kinésithérapeutes et les longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Les médecins généralistes ont exprimé leur frustration face à ces difficultés, soulignant l'impact négatif sur la qualité des soins et la récupération des patients. Lors des entretiens, ils ont proposé des solutions alternatives telles que la prescription de médicaments et la promotion de l'activité physique. Ils soulignent également l'importance de l'autonomisation des patients.

Conclusion : Les médecins soumettent de nouvelles propositions comme la création d'une plateforme de communication entre kinésithérapeutes et médecins ou encore une révision de la rémunération des kinésithérapeutes. Cette étude met en évidence la nécessité d'une collaboration étroite entre médecins généralistes et kinésithérapeutes pour surmonter les obstacles à l'accès aux soins de kinésithérapie. Elle ouvre d'autres pistes de réflexion comme la promotion de l'activité physique en consultation, qui permettrait de limiter l'apparition de beaucoup de pathologies ostéoarticulaires.

Mots clés : Kinésithérapie ; Pathologies ostéoarticulaires ; Communication interprofessionnelle ; Médecins généralistes

ABSTRACT

Perspectives of General Practitioners in Indre-et-Loire on Local Physiotherapy Services for Managing Osteoarticular and Muscular Disorders

Introduction : The prevalence of physiotherapy prescriptions for osteoarticular conditions is rising, posing a significant challenge to ensuring adequate access to care. This study aims to investigate the perspectives of general practitioners concerning access to physiotherapy services, exploring their referral practices and adaptive strategies

Method : Conducted between November 2023 and January 2024, this qualitative study involved semi-structured interviews with 16 general practitioners in Indre-et-Loire. Employing an inductive analysis inspired by grounded theory, the study aimed to capture the experiences and insights of the participating doctors.

Results : General practitioners identified several obstacles to accessing physiotherapy care, including a shortage of available physiotherapists and prolonged appointment wait times. They expressed frustration over these challenges, highlighting their adverse effects on care quality and patient recovery. Throughout the interviews, GPs proposed alternative approaches such as medication prescriptions and advocating for increased physical activity to address these issues.

Conclusion : Physicians have proposed innovative measures, including establishing a communication platform between physiotherapists and doctors, and reassessing the remuneration structure for physiotherapists. This study underscores the importance of close collaboration between general practitioners and physiotherapists to address the challenges in accessing physiotherapy services. Furthermore, it suggests avenues for further exploration, such as integrating physical activity promotion during consultations, which could help prevent the development of various osteoarticular pathologies.

Keywords : Physiotherapy; Osteoarticular pathologies; Interprofessional communication; General practitioners.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

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 VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

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 Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
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
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
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

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
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
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
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 Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
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
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVAREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
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 Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI Carole.....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

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.

REMERCIEMENTS

A Mesdames et Messieurs les membres du jury

A Monsieur le Professeur Fabrice Ivanès, merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury.

A Monsieur le Professeur Guillaume Baclet, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et pour le temps accordé à juger ce travail.

A Madame le Docteur Prisca Martin, merci de ta confiance et de t'être lancée (une deuxième fois) dans l'aventure avec moi. Merci de ton investissement et de t'être rendue disponible dès que j'en avais besoin.

A Monsieur le Docteur Hugues Audoli, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et pour l'intérêt que tu y as porté.

A tous les médecins généralistes interrogés, merci de m'avoir honoré de votre confiance en acceptant de me recevoir pour ce travail de thèse.

A mes maîtres de stage et aux équipes croisés sur la route des études, de la première heure à maintenant, merci de votre patience, pédagogie et parfois débats, merci d'avoir rendu le soin passionnant.

Aux médecins du sport du Pôle Equasanté, merci de m'avoir enseigné les bases de la médecine du sport et de m'avoir transmis ce qui ne s'apprend pas dans les livres...

A Philippe, merci pour toute votre confiance et votre accompagnement. Merci de m'offrir une si belle installation.

A mes futurs collègues, Prisca, Frédéric, Hugues et Sylvie, merci pour votre accueil, votre aide et votre soutien dans mes premiers pas au cabinet. J'ai hâte de commencer cette nouvelle aventure avec vous.

A ma famille

A mes parents, mes héros invisibles grâce à qui j'ai pu construire mes rêves. Chaque succès, chaque défi surmonté, je vous le dois. Merci de m'avoir soutenue, parfois portée à bout de bras pendant toutes ses années. Merci d'avoir cru en moi quand moi-même je n'y croyais pas. Merci de m'avoir toujours entourée de votre affection et votre amour. Merci de m'avoir transmis la motivation, le goût du sport et du travail et d'avoir fait de moi, celle que je suis aujourd'hui. Je vous aime tant.

A mon frère Victor, toujours présent pour le meilleur et pour le pire, sans qui la vie ne serait pas aussi belle. Merci de m'avoir toujours (sup)portée. Je mesure la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés. A notre fraternité, pour toujours.

A mes grands-parents, qui ne m'ont jamais quittée.

A ma marraine Anne, merci de ta bienveillance et de ton accueil à chacun de mes voyages à Paris.

A Michelle et Marie, merci pour votre accueil si chaleureux dans votre colloc Blesienne. Vous avez rendu ces six mois d'hiver et de confinement plus joyeux.

A Sonia, Yoan et Dimitri, merci de m'avoir adoptée dans votre belle famille.

À mes amis,

A mes amis d'enfance,
Justine, à nos nombreux moments partagés depuis le tout début, littéralement ! A ces belles années passées à grandir ensembles ! Ninon, à ton amitié et ton soutien continu si précieux à mes yeux. Manon P, à nos soirées "pyramide" passées en tête-à-tête, au plaisir de retrouver à chaque fois. Ophélie, notre amitié depuis les salles de gym jusqu'à maintenant, promis je m'occuperais de tes chevilles et de tes genoux en carton ! Manon D, Victor, Anne, Marie, Clothilde, à nos souvenirs passés et surtout ceux à venir.

Aux amies de l'externat,
Paupau, Océ, Ams, Clem, Cams, Pij, Alice, la Team Vagin, merci pour ces six années traversées ensemble. Merci pour les fous rires, pour nos tea-time et pour toutes ces soirées souvent bien arrosées. Merci pour votre bonne humeur et votre grain de folie, sans vous ces études n'auraient pas été les mêmes.

Aux amis Tourangeaux,
Ivan, mon premier co-interne, merci de ta bonne humeur contagieuse. Alexanne, merci pour ta joie de vivre et ta bienveillance, tu es une amie précieuse. Amy, merci pour ton grain de folie que j'apprécie tant. Jean, merci d'être le « joyeux-râleur » que tu es, je t'attends pour le prochain escape game. Aurore, Anthony, Clémence, Simon, John, devenus bien plus que des voisins, merci pour toutes ces soirées et ces débats enflammés.

Aux amis de la médecin du sport,
Romain, Marie et Clara, à notre quatuor du DU de la traumatologie du Sport et à nos RCP de médecine du sport à toute heure. Je suis heureuse d'avoir croisé votre route.
Quentin, retrouvé au DIU d'échographie, grâce à cette passion commune pour le sport qui nous anime.

À Mickael,

Mon amour, toi qui partages ma vie depuis le début de ces longues études et bien plus. Merci pour ton soutien indéfectible. Ton amour me permet d'avancer dans chacun de mes/nos projets. Merci de me soutenir dans tout ce que j'entreprends. L'amour qui nous lie est indescriptible, je réalise la chance que j'ai de t'avoir dans ma vie. A tous nos projets à venir, certains un peu fous, j'ai hâte de les vivre à tes côtés. Je t'aime.

Et à tous ceux que j'ai croisés à un moment ou un autre et qui m'ont apporté beaucoup dans ce long chemin.

LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

BDK : Bilan Diagnostic Kinésithérapique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CCP : Comité de Protection des Personnes

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DCSI : Dépense Courante de Santé International

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

FFMKR : Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs

FSI : Fiches Synthétiques Initiales

FSF : Fiches Synthétiques Finales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecins Généralistes

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	16
1 ÉTAT DES LIEUX	18
1.1 les soins de santé primaires	18
1.1.1 Définition et histoire des soins de santé primaires	18
1.1.2 Consommation de soins et biens médicaux	19
1.1.3 Collaboration interprofessionnelle	21
1.2 Le métier de masseur-kinésithérapeute	23
1.2.1 Histoire de la kinésithérapie	23
1.2.2 Champs des compétences	25
1.2.3 Bilan diagnostic kinésithérapique	26
1.3 La kinésithérapie en médecine générale.	28
1.3.1 Quelques chiffres	28
1.3.2 Formation des MG à la kinésithérapie	29
1.3.3 La prescription de MK	30
1.4 Les affections ostéo-articulaires et musculaires	31
2 MÉTHODE ET POPULATION	33
2.1 Type d'étude	33
2.2 Population étudiée	33
2.3 Procédure de recrutement	34
2.4 Recueil des données	34
2.5 Analyse des données	35
2.6 Aspect éthique et réglementaire	36
3 RÉSULTATS	37
3.1 Description de l'échantillon	37
3.2 Un constat collectif	37
3.3 Tentative d'explication	38
3.4 Prise en charge alternative	40
3.5 Propositions pour l'avenir	41

4 DISCUSSION :	43
4.1 Discussion des résultats	43
4.2 Forces de l'étude	44
4.3 Limites de l'étude	45
5 CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	49
Annexe 1 : Guide d'entretien initial	49
Annexe 2 : Lettre de consentement	50
Annexe 3 : Caractéristiques de la population	51
Annexe 4 : Exemple de verbatim	52

INTRODUCTION

L'histoire de la médecine occidentale est souvent associée à Hippocrate (460-377 av. J.-C.), qui préconisait l'utilisation de l'examen clinique, notamment par la palpation, la percussion et l'analyse des excréments. Cela représentait une avancée majeure, puisqu'il a été le premier à relier les maladies à des causes naturelles plutôt qu'à des explications magiques ou spirituelles. Ainsi, la médecine au sens moderne du terme existe depuis près de 2500 ans. Elle est un art subtil, alliant science et empirisme, preuves médicales et humanisme, généralités et spécificités, ce qui rend sa pratique à la fois complexe et enrichissante.

Ce défi est encore plus grand en médecine générale, où les praticiens jouent un rôle central dans le système de soins de santé, servant de pilier essentiel pour le suivi médical des individus au sein de la communauté. Cependant, la prestation de soins de santé ne se limite pas uniquement à la prescription de médicaments ou au diagnostic des maladies ; elle englobe également la coordination de soins multidisciplinaires visant à améliorer la prise en charge et, in fine, la qualité de vie des patients.

Parmi les professionnels de la santé dont la collaboration avec les médecins généralistes est cruciale, les kinésithérapeutes occupent une place centrale. Ces professionnels de la rééducation et de la réadaptation contribuent de manière significative à la gestion de pathologies variées, allant des troubles musculo-squelettiques aux problèmes respiratoires en passant par les affections neurologiques.

C'est au cours des très nombreux débriefings, avec mes collègues et mes amis notamment, que je me suis rendu compte que la thématique de la kinésithérapie revenait souvent. À l'unanimité, nous nous retrouvons parfois, voire souvent, en difficulté pour permettre aux patients d'accéder aux soins de kinésithérapie. Après de nombreuses discussions et débriefings, en particulier avec mes collègues et mes amis, que la question de la kinésithérapie revenait fréquemment. Il est devenu évident que nous partagions tous une difficulté commune : permettre aux patients d'accéder à des soins kinésithérapiques.

Une étude gouvernementale de 2020 a montré que près de 40% des médecins généralistes rencontraient des difficultés pour orienter leur patient vers des professionnels paramédicaux et c'était en grande majorité (80%) les kinésithérapeutes qui étaient cités (1). Puis, en 2021,

une étude sur l'accès aux soins, présentée par la fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, a mis en évidence de fortes difficultés sur l'ensemble du territoire français(2). Elle rapporte que 68% des MKDE sont dans l'incapacité de proposer une prise en charge, qu'il s'agisse d'une pathologie urgente ou non urgente, et lorsque cela est possible, le délai médian pour obtenir un rendez-vous est de 20 jours pour une pathologie chronique et de 5 jours pour une pathologie urgente.

En Indre-et-Loire, comme dans de nombreuses régions, l'offre de kinésithérapie locale est un élément essentiel de l'écosystème de soins de santé. Cependant, l'accès à ces services peut être difficile pour de nombreux patients, qui doivent parfois faire face à des listes d'attente prolongées ou à des difficultés liées à la mobilité géographique. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle entrave la qualité des soins et peut avoir des conséquences sur la santé des individus.

Les médecins généralistes sont confrontés à un défi complexe : comment coordonner les soins de leurs patients et les orienter efficacement vers des kinésithérapeutes locaux lorsque cela s'avère nécessaire, sachant que l'accessibilité à ces services peut être entravée par divers obstacles ? Il est crucial de comprendre comment les médecins généralistes d'Indre-et-Loire perçoivent et s'adaptent à l'offre de kinésithérapie locale afin d'améliorer la qualité des soins dispensés et de favoriser une meilleure intégration de ces deux professions médicales.

Le présent travail de recherche se propose d'explorer de manière approfondie les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes dans le département d'Indre-et-Loire en ce qui concerne la collaboration avec les kinésithérapeutes locaux. Cette étude qualitative se penchera sur les expériences, les perceptions, les pratiques et les stratégies d'adaptation mises en œuvre par ces médecins. En outre, elle cherchera à mettre en lumière les enjeux spécifiques liés à la coordination des soins entre ces deux professions médicales complémentaires. À travers cette exploration des défis et des opportunités, cette thèse aspire à renforcer la qualité des soins prodigués aux patients et à promouvoir une pratique médicale plus collaborative et efficiente.

1. ÉTAT DES LIEUX

1.1. Les soins de santé primaires

1.1.1. Définition et histoire des soins de santé primaires

L'état actuel de la santé découle d'une longue évolution, guidée par une volonté internationale de fournir des soins de santé à l'ensemble de la population mondiale. En 1978, lors de la conférence d'Alma-Ata, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis en avant plusieurs points cruciaux concernant la santé (3).

Tout d'abord, l'OMS a souligné que la santé, définie comme un état de bien-être complet sur les plans physique, mental et social, est un droit fondamental de tout être humain. Elle ne se limite pas à l'absence de maladie ou d'infirmité, mais englobe un état global de bien-être. Cette vision de la santé a évolué pour inclure l'intégrité physique et psychologique de l'individu. L'OMS a également mis en lumière l'inacceptable disparité en matière de santé entre les pays développés et en développement, ainsi qu'au sein d'un même pays. Ces inégalités ont des causes politiques, sociales et économiques. La promotion et la protection de la santé des populations sont reconnues comme des conditions indispensables pour un progrès économique et social et une meilleure qualité de vie. Pour y parvenir, une refonte du système économique international est nécessaire.

Les gouvernements ont la responsabilité de veiller à la santé de leurs citoyens, et les soins de santé primaires sont présentés comme le moyen d'atteindre une justice sociale d'ici à l'an 2000, offrant à tous les peuples du monde un niveau de santé propice à une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont définis comme essentiels, universellement accessibles, favorisant l'autodétermination et l'auto-responsabilité. Ils constituent le premier point de contact des individus avec le système national de santé. Enfin, l'OMS a souligné que le développement des soins de santé primaires nécessite un réinvestissement des ressources, notamment un réexamen des budgets alloués à l'armée et aux armements, en faveur du développement de la santé. Ces soins visent à maîtriser les principaux problèmes de santé d'une population, avec un souci d'efficacité en termes de coût.

En 1996, l'Institut de médecine américain a redéfini les soins de santé primaires comme des prestations accessibles et intégrées, assurées par des médecins responsables de la grande majorité des besoins individuels en santé, exerçant au sein de la famille et de la communauté. Le médecin de soins primaires est celui qui doit apporter une solution à la majorité des problèmes de santé à la majorité de la population (4).

La France dispose d'un système de santé exceptionnel, où une part significative des dépenses de santé est prise en charge par l'assurance maladie et l'État, permettant à l'ensemble de la population d'accéder à un haut niveau de soins. Toutefois, en raison de facteurs tels que le vieillissement de la population, la chronicisation des maladies et le mode de vie sédentaire, les coûts de la santé sont devenus insoutenables pour l'État. Pour faire face à cette situation, la régulation de la demande est devenue nécessaire (5).

En 2004, la loi sur le parcours coordonné de soins a été votée en France, exigeant qu'un médecin traitant, le plus souvent un médecin généraliste, coordonne les soins pour rationaliser la demande. En 2009, la loi HPST a renforcé la médecine de ville et encouragé la coopération entre médecins et paramédicaux, mettant davantage l'accent sur la prévention et la santé publique (6). En 2018, la loi "Ma santé 2022" (7) a été proposée pour favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé, renforcer la coopération et le changement de paradigme vers une approche collective des soins de santé.

Ce changement de modèle médical nécessite une adaptation de tous les acteurs de la santé et une réforme des formations et compétences (8).

1.1.2. Consommation de soins et biens médicaux

En 2022, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 313,6 milliards d'euros. Elle ralentit fortement (+2,0 % en 2022, après +9,9 % en 2021), du fait du reflux progressif de l'épidémie de Covid-19 au cours de l'année, qui abaissent les dépenses dédiées à la crise sanitaire (9). La CSBM regroupe l'ensemble des dépenses associées à divers domaines de la santé, notamment :

- Les soins hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés.
- Les soins ambulatoires en ville, incluant les consultations chez les médecins, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, les soins dentaires, les laboratoires d'analyses et les cures thermales.
- Les services de transports sanitaires.
- Les médicaments.
- Les biens médicaux, englobant les orthèses, les prothèses, les dispositifs optiques, les produits diététiques, les équipements médicaux et les pansements.

En 2020, la pandémie de COVID-19 a entraîné une baisse significative des dépenses liées aux professions paramédicales autres que les infirmiers et les sages-femmes, avec une chute de 85 % entre janvier et avril 2020. Pour obtenir une vision plus précise et exempte de distorsion due à la crise sanitaire, nous examinerons les chiffres de 2018-2019 (10). En 2018, la CSBM s'élevait à 203 milliards d'euros, marquant un ralentissement net par rapport à la période de 2006 à 2017. Ce ralentissement semble être le résultat de réformes gouvernementales axées sur les Soins de Santé Primaires (SSP). Les soins hospitaliers, qui représentent 46 % de l'ensemble des CSBM, ont connu une croissance réduite, passant de 1,6 % en 2017 à 0,8 % en 2018.

En 2018, les soins de ville sont devenus le principal moteur de la croissance des dépenses de santé, augmentant de 2,9 %, contre 2,6 % en 2017, pour atteindre 55 milliards d'euros. Les soins prodigués par les auxiliaires médicaux (à l'exception des infirmiers) ont également enregistré une croissance notable de 3,3 % en 2018, principalement due à une augmentation des volumes de soins, les tarifs restant inchangés depuis des années. Cette catégorie représente seulement 3,7 % des dépenses totales de CSBM, et la masso-kinésithérapie représente 3 % de ce montant.

Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes (MK) n'a cessé de croître au cours des deux dernières décennies, passant de 40 000 en 2001 à 90 315 inscrits à l'ordre en janvier 2020, dont 85 % exercent en libéral ou en activité mixte (11). La densité moyenne de MK sur le territoire est de 135 MK pour 100 000 habitants. Selon les données de l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES), 76 % des prescriptions de séances de kinésithérapie sont établies par les médecins généralistes, tandis que l'on constate une baisse

des prescriptions par les rhumatologues (12). Cette multiplication des actes de kinésithérapie semble être en grande partie attribuable au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques. En 2018, les actes de rééducation ostéo-articulaire représentaient 68 % de la consommation de soins en kinésithérapie.

1.1.3. Collaboration interprofessionnelle

En juin 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis une lettre d'information définissant la coopération entre professionnels de santé comme "le partage des rôles entre médecins et autres professionnels de santé". La HAS a souligné que cela revêt une importance cruciale dans l'amélioration de la qualité des soins et permet de reconnaître la valeur croissante et la place occupée par certains professionnels de santé. Ces déclarations font suite à une période prolongée de travaux, d'analyses et de recommandations (13).

Les premiers travaux sur la coopération professionnelle en France ont été amorcés en 2003 sous l'impulsion du Professeur Yvon Berland (AP-HM). Ces efforts ont conduit à des expérimentations et des consultations publiques menées par la HAS et l'ONDPS de 2004 à 2008, à l'instigation du Ministre de la Santé de l'époque, Xavier Bertrand. Ces expérimentations ont été menées dans des établissements tels que le CHU de Rouen, la clinique Pasteur à Toulouse et l'hôpital de Metz, dans le but d'évaluer la possibilité de transférer certaines tâches des professionnels médicaux vers des professionnels paramédicaux. Ces évaluations ont porté sur divers aspects, y compris l'acceptation par les professionnels de santé et les patients, la faisabilité et la sécurité de ces transferts.

Ces travaux se sont inspirés de modèles déjà en place au Royaume-Uni, au Canada et aux États-Unis. Ils se sont également intéressés au "Modèle de Melbourne", un système prévoyant un tronc commun d'études pour tous les professionnels de santé pendant trois ans, axé sur des cas cliniques plutôt que sur la théorie. Cette approche vise à garantir une compréhension commune, la reconnaissance de pathologies et l'élaboration de plans de soins, favorisant le partage des connaissances. À l'issue de ces trois années, les étudiants choisissent de suivre un cursus long pour devenir médecins ou un cursus court pour devenir professionnels paramédicaux.

En 2018, l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACIP) a été signé entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) et une vingtaine de syndicats. Cet accord s'applique à diverses professions de santé, notamment les médecins, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les transporteurs sanitaires, les biologistes responsables, les pharmaciens d'officine, les orthophonistes, les orthoptistes et les audioprothésistes (14). Conclu pour une durée de cinq ans, il établit les grandes lignes des prochains accords conventionnels conclus avec chaque profession de santé et encourage les accords interprofessionnels. Il favorise une vision interprofessionnelle des négociations à venir, en conformité avec le plan "Ma Santé 2022". Ce texte fait de la coordination des soins une norme dans l'organisation future des Soins de Santé Primaires (SSP), que ce soit au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles. Il s'appuie sur trois grands principes (21) :

- Promouvoir la coordination et une meilleure organisation entre les professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des patients et faciliter la communication entre la médecine de ville, l'hôpital et les services médico-sociaux. L'objectif est d'éviter des ruptures dans le parcours de soins des patients et de favoriser le maintien à domicile, en s'organisant collectivement pour répondre aux besoins de santé de la population, notamment au sein des CPTS.
- Favoriser l'utilisation d'outils numériques pour faciliter la coordination des soins, notamment la télémédecine, le déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP) et de son évolution, l'Espace Santé, l'utilisation généralisée de messageries sécurisées, et la mise en place d'équipements pour la télémédecine et la prescription électronique.
- Continuer à simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé en offrant un accompagnement personnalisé, avec le soutien de l'assurance maladie, en mettant l'accent sur les échanges autour de cas de patients. Cela inclut également un accompagnement concernant l'utilisation du DMP, des téléservices, des messageries sécurisées et de la télémédecine.

L'objectif central de ce modèle est de fournir des soins efficaces aux patients tout en minimisant l'impact sur les professionnels de santé.

1.2. Le métier de masseur-kinésithérapeute

1.2.1. Histoire de la kinésithérapie

Le métier de masseur-kinésithérapeute, bien que reconnu légalement en 1946 avec l'introduction d'un diplôme d'État, est une profession paramédicale relativement récente. Il a été initialement créé pour la rééducation des blessés de guerre. La société française de rhumatologie le décrit comme un domaine paramédical spécialisé qui permet à des professionnels diplômés d'intervenir dans divers aspects de la rééducation, du renforcement musculaire, de la mobilité et de l'endurance des patients. La kinésithérapie est couramment utilisée après une blessure, une intervention chirurgicale ou tout événement traumatique pour le corps humain, et elle concerne à la fois le système musculo-squelettique et les fonctions corporelles, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie du patient.

Bien que la notion de masseur-kinésithérapeute en tant que profession soit relativement récente, il s'agit en réalité d'une discipline ancienne, dont les origines remontent aux Grecs et aux Romains, comme en témoignent certains écrits mentionnant les effets bénéfiques du soleil et de l'eau sur le corps. Dans la Rome antique, les massages étaient recommandés pour préparer les athlètes aux compétitions sportives. Des exercices et des massages étaient également pratiqués chez les anciens Chinois, Perses et Égyptiens (16). L'histoire de la masseur-kinésithérapie se déroule comme suit :

- Au XIXe siècle, médecins, militaires et gymnastes ont commencé à s'intéresser aux gymnastiques à des fins médicales et hygiéniques.
- En 1847, le terme "kinésithérapie" a été introduit, dérivant du grec "kinesis" signifiant le mouvement et "therapia" signifiant soigner.
- De 1914 à 1918, la création de centres de physiothérapie a favorisé la rééducation des blessés de guerre. Certains blessés inaptes à retourner au front sont devenus infirmiers ou rééducateurs, tandis que les médecins ont suivi une formation à la rééducation en quinze jours.

- En 1924, le premier diplôme d'État pour infirmier masseur aveugle et infirmier masseur a été établi.
- En 1943, une loi a réglementé l'exercice de la profession de masseur médical.
- En 1946, la loi du 30 avril a institué le Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et le Conseil Supérieur de la kinésithérapie, unifiant ainsi les deux spécialités de masseur et de gymnaste.
- En 2005, l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a été établi.

Les études menant à la profession de masseur-kinésithérapeute ont également évolué au fil du temps :

- De 1951 à 1965, la rééducation fonctionnelle s'est développée, marquant l'émergence de la médecine physique.
- En 1953, la première demande d'études en trois ans a été faite.
- En 1976, le diplôme de moniteur-cadre en masso-kinésithérapie a été créé.
- En 1992, l'expérimentation du parcours de formation en commun pour les masseurs-kinésithérapeutes a été initiée.
- En 2015, une formation de cinq ans a été mise en place, comprenant une année universitaire suivie de quatre ans de formation en institut.
- En 2017 : reconnaissance du RNCP (Répertoire National de la Certification Professionnel) niveau I ce qui valide les compétences, aptitudes et connaissances du métier.

Bien que la profession de masseur-kinésithérapeute ait été officiellement établie en 1946, il a fallu attendre jusqu'en 1962 pour qu'une première convention soit conclue avec l'assurance maladie. Cette convention a établi une liste d'actes, fixant les conditions de remboursement des soins. En 1996, une nouvelle législation a renforcé l'autonomie des kinésithérapeutes en introduisant la possibilité d'établir des diagnostics, de choisir librement les actes et techniques à mettre en œuvre, et d'élargir le champ d'intervention à la prévention. En février 2000, des modifications ont été apportées à l'arrêté de 1962, supprimant les exigences quantitatives et qualitatives liées aux prescriptions médicales.

En 2016, une redéfinition de la kinésithérapie a été mise en place. Désormais, la kinésithérapie est définie par son rôle dans la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique, le traitement des troubles du mouvement, de la motricité, des déficiences, ainsi que des altérations des capacités fonctionnelles des individus. De plus, les masseurs-kinésithérapeutes sont reconnus pour leur contribution potentielle à la formation initiale et continue, ainsi qu'à la recherche dans leur domaine. Cette nouvelle définition confirme également que les kinésithérapeutes exercent en toute indépendance et avec une pleine responsabilité, conformément aux principes déontologiques établis. De plus, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent dorénavant contribuer à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche. La réforme a également souligné l'indépendance et la pleine responsabilité du masseur-kinésithérapeute conformément au code de déontologie (17).

1.2.2. Champs des compétences

L'exercice actuel de la profession de masseur-kinésithérapeute est régi par l'article L4321-1 du Code de la santé publique, modifié en janvier 2016. Selon cette réglementation, les masseurs-kinésithérapeutes ont pour mission de promouvoir la santé et la prévention, d'établir des diagnostics kinésithérapiques, de traiter les patients, tout en s'engageant dans des activités de recherche et d'enseignement (17).

Le code de santé publique précise que, lors du traitement, les masseurs-kinésithérapeutes effectuent des actes manuels ou utilisent des instruments dans le but de rééduquer les patients afin de prévenir la perte de leurs capacités fonctionnelles, ou de restaurer ces capacités en cas de déficience due à une lésion acquise ou innée. Pour ce faire, ils peuvent recourir à une variété de moyens, notamment (22) :

- Les massages, définis comme des manœuvres externes réalisées sur les tissus.
- Les postures et les actes de mobilisation articulaire.
- Les étirements musculo-tendineux.
- Le renforcement musculaire et la réadaptation à l'effort.
- La mécanothérapie, qui implique l'utilisation d'appareils.
- La réalisation et l'application de contentions souples.

- La relaxation neuromusculaire.
- L'électrothérapie.
- Diverses techniques de physiothérapie

Il est également important de noter que, dans l'exercice de leur profession, les masseurs-kinésithérapeutes sont les seuls habilités à utiliser leur expertise en matière d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie pour adapter les traitements aux besoins spécifiques des patients, conformément aux principes déontologiques établis. Lorsqu'ils agissent à des fins thérapeutiques, les masseurs-kinésithérapeutes doivent suivre une prescription médicale. De plus, ils peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les produits de santé nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces produits est déterminée par un arrêté conjoint des ministres de la santé et de la sécurité sociale, avec l'avis de l'Académie nationale de médecine.

En 2021, la loi RIST a élargi les compétences des masseurs-kinésithérapeutes. Cette loi autorise les masseurs-kinésithérapeutes à adapter et renouveler des ordonnances datant de moins d'un an. Elle vise également à étendre leurs droits de prescription à des médicaments, qui seront définis par décret. Enfin, la loi RIST vise à donner un accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes sans nécessité de prescription médicale (19).

1.2.3. Bilan diagnostic kinésithérapique

Depuis 1996, le Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK) est une exigence légale qui vise à présenter de manière exhaustive le plan de soins du patient. En pratique, le masseur-kinésithérapeute doit, dans le cadre de la prescription médicale, réaliser un bilan comprenant un diagnostic, des objectifs de traitement, ainsi que le choix des actes et techniques qu'il estime les plus appropriés (20).

Le BDK représente le seul document officiel attestant de la prise en charge effectuée par le masseur-kinésithérapeute et son contenu est spécifié par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Il requiert une évaluation initiale des déficiences et des incapacités

fonctionnelles du patient en début de traitement. Cette évaluation initiale revêt une importance cruciale, car elle permet de suivre l'évolution du patient au fil du traitement.

Le BDK sert à recueillir des informations à la fois qualitatives et quantitatives, ce qui aide le masseur-kinésithérapeute à définir les objectifs de soins et les méthodes thérapeutiques à appliquer. En somme, le BDK matérialise le travail du masseur-kinésithérapeute avec son patient et facilite la communication et la coordination avec le médecin prescripteur.

Conformément à la loi, le masseur-kinésithérapeute doit établir une Fiche Synthétique Initiale (FSI) au début de tout traitement comprenant 10 séances ou plus. Cette FSI doit contenir l'évaluation initiale, le diagnostic kinésithérapique, et le protocole thérapeutique. Elle permet d'ajuster les indications ou de discuter de l'ordonnance avec le médecin prescripteur. De même, à la fin d'un traitement de 10 séances ou plus, le masseur-kinésithérapeute doit envoyer une Fiche Synthétique Finale (FSF) qui documente le déroulement du traitement, les résultats obtenus, et les recommandations à suivre (21).

Le BDK demeure dans le dossier du masseur-kinésithérapeute, tandis que les fiches synthétiques doivent être envoyées au médecin prescripteur, être mises à disposition du patient, et être tenues à la disposition du service médical de l'assurance maladie. Depuis la signature de l'avenant 5 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes en juillet 2018, le BDK est facturable dès la première séance, pour toute prescription de rééducation, quelle que soit la durée ou le nombre de séances prescrites.

Il est important de noter qu'une étude menée en 2015 a révélé que les médecins généralistes avaient souvent une connaissance limitée et utilisaient rarement les Fiches Synthétiques Initiales (FSI) ou Fiches Synthétiques Finales (FSF) en raison d'un manque de réception de ces fiches, d'un manque de formation, d'un manque d'intérêt pour la masso-kinésithérapie, et de la complexité parfois associée à leur format (22).

1.3. La kinésithérapie en médecine générale

1.3.1. Quelques chiffres

D'après les données de l'Atlas de la démographie médicale en France (y compris les DOM-TOM) pour l'année 2022 (23), il y a un total de 322 973 médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Parmi ces médecins, environ 57% sont des médecins généralistes en activité régulière. La majorité des médecins exercent en tant que professionnels libéraux ou dans un modèle d'exercice mixte, plutôt qu'en tant que salariés, cependant la proportion de professionnels en exercice libéral exclusif est passé de 59,4% en 2010 à 43,7% en 2023. En moyenne, l'âge des médecins est de 50,4 ans. 28,5 % d'entre eux ont moins de 40 ans, tandis que 31,1% ont plus de 60 ans.

Le nombre de médecins inscrits a augmenté de 17,5% depuis 2010, principalement en raison de la croissance du nombre de médecins retraités actifs, qui a augmenté de 259%. En revanche, le nombre de médecins en activité régulière a diminué de 1,3% entre 2010 et 2023. L'activité intermittente, principalement liée aux médecins remplaçants, a augmenté de 64,4% depuis 2010.

La spécialité de médecine générale a été créée en 2004 avec la création du Diplôme d'Études Spécialisées (DES). Cependant, la démographie des médecins généralistes montre une croissance annuelle moyenne nulle et une baisse de 9% depuis 2010.

D'après les données des bases Eco Santé de l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES), il y a eu un changement significatif dans la prescription de kinésithérapie depuis les années 2000, avec une nette diminution des prescriptions effectuées par les rhumatologues. Actuellement, 76% des prescriptions de kinésithérapie sont effectuées par les médecins généralistes. Les prescriptions de kinésithérapie représentent environ 8% de l'ensemble des prescriptions effectuées par les médecins généralistes.

Une étude gouvernementale de 2020 a révélé que près de 40% des médecins généralistes rencontraient des difficultés pour diriger leurs patients vers des professionnels paramédicaux, en particulier les kinésithérapeutes, cités dans 80% des cas (1). En 2021, une étude sur l'accès aux soins, présentée par la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs,

a mis en lumière d'importantes difficultés à l'échelle nationale (2). Elle a indiqué que 68% des masseurs-kinésithérapeutes étaient dans l'incapacité de proposer une prise en charge, qu'il s'agisse d'une pathologie urgente ou non urgente. Lorsqu'une prise en charge était possible, le délai médian pour obtenir un rendez-vous était de 20 jours pour une pathologie chronique et de 5 jours pour une pathologie urgente.

1.3.2. Formation des MG à la kinésithérapie

La formation médicale se divise en trois cycles distincts :

- Le premier cycle débute avec le Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS), première année commune aux études de santé. Elle regroupe les étudiants aspirant à devenir médecins, pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes, dentistes, et parfois ergothérapeutes, selon les facultés. Cette phase initiale comporte des cours partagés entre ces six spécialités, ainsi que des Unités d'Enseignements (UE) spécifiques. Les étudiants en médecine poursuivent avec deux années de Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM).
- Le deuxième cycle, également appelé "externat," prépare à l'obtention du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) et comprend trois années partagées entre l'hôpital et l'université. Après ces trois années, les étudiants passent les EDN (épreuves dématérialisées nationales), un concours déterminant leur spécialité médicale et la ville où ils effectueront leur internat.
- Le troisième cycle, ou "internat", s'étend sur quatre ans pour les futurs médecins généralistes. Durant cette période, les internes accomplissent divers stages obligatoires d'une durée de six mois chacun. La première année inclut un stage chez un médecin généraliste et un autre aux urgences. En deuxième année, les stages portent sur la pédiatrie et la gynécologie. La troisième année implique un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) ainsi qu'un stage de médecine adulte. La quatrième année, année de "Docteur junior", actuellement en construction, devrait se présenter sous forme de deux stages en cabinet de médecine libérale.

Les étudiants en médecine générale et en kinésithérapie se croisent au cours de leur première année d'études, mais leurs disciplines ne se croisent qu'occasionnellement lors des stages en milieu hospitalier. La formation théorique en kinésithérapie et en prescription est limitée pour les futurs médecins généralistes. Elle se résume principalement à un seul item dans le Collège National de Rhumatologie (COFER, item 118, UE5), qui a été largement enrichi dans sa sixième édition (18).

En 2009, sous l'impulsion du Ministère de la Santé et de l'ONDPS, une étude menée par Bonnal et al. a porté sur la prescription de kinésithérapie par les médecins généralistes et les rhumatologues (24). Des entretiens avec des médecins généralistes ont été réalisés, et tous les participants ont exprimé leur méconnaissance du travail des kinésithérapeutes. Ils ont regretté le manque de formation initiale sur l'appareil ostéo-articulaire, les pathologies courantes, et l'absence de formation spécifique sur la kinésithérapie et sa prescription. Ils ont rapporté avoir éprouvé des difficultés à prescrire et ont appris de manière empirique lors de leurs premiers remplacements.

En ce qui concerne la formation médicale continue (FMC), il existe très peu de modules ou d'options concernant la kinésithérapie.

1.3.3. La prescription de MK

Les règles de prescription ont subi des modifications majeures depuis le premier arrêté de 1962, qui était le tout premier accord avec l'assurance maladie définissant les actes éligibles à la pratique par les kinésithérapeutes et donc remboursables. En 1996, les compétences des kinésithérapeutes ont été élargies avec l'introduction d'un bilan diagnostique, la possibilité de choisir librement les techniques et l'accès à la prévention. En 2000, les prescriptions ne devaient plus inclure de notions quantitatives ou qualitatives. Cela signifie que désormais, le kinésithérapeute est responsable de décider du nombre de séances nécessaires et des techniques à mettre en œuvre. Par conséquent, la gestion des activités des kinésithérapeutes ne dépend plus de la responsabilité économique des médecins.

Conformément au Code de Santé Publique, une ordonnance de kinésithérapie ne devrait inclure que les éléments suivants :

- L'identité du prescripteur.
- L'identité du patient.
- La date.
- La mention "indication de kinésithérapie".
- La zone à traiter.
- Le cas échéant, les mentions telles que "urgent," "à domicile," "dimanche et jours fériés compris," "en ALD," ou "AT" peuvent être ajoutées à la prescription.

Une ordonnance ne doit pas comporter le nombre ou la fréquence des séances, ni le diagnostic médical, car cela constituerait une violation du secret médical. En effet, les ordonnances sont traitées par du personnel administratif de l'assurance maladie. Cependant, il est essentiel de communiquer le diagnostic et le contexte médical pour une prise en charge appropriée du patient. Par conséquent, il serait recommandé de rédiger un courrier joint à l'ordonnance, sur lequel peuvent également être précisés les antécédents, les contre-indications, les éventuels examens complémentaires, ainsi que les objectifs de rééducation souhaités (25).

1.3.4. Les affections ostéo-articulaires et musculaires

Selon l'OMS, l'expression « affections ostéo-articulaires et musculaires » recouvre plus de 150 affections de l'appareil locomoteur. Ces affections vont d'atteintes soudaines et de courte durée, comme les fractures, les entorses et les foulures, à des états pathologiques durables provoquant des limitations fonctionnelles et des handicaps permanents. Les affections ostéo-articulaires et musculaires sont généralement caractérisées par des douleurs (souvent persistantes) et des limitations de la mobilité, de la dextérité et du niveau global de fonctionnement.

Les affections ostéo-articulaires et musculaires englobent des pathologies qui touchent :

- Les articulations, comme l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique, la goutte, la spondylarthrite ankylosante ;
- Les os, comme l'ostéoporose, l'ostéopénie et les fractures dues à la fragilité osseuse, les fractures d'origine traumatique ;
- Les muscles, comme la sarcopénie ; les lésions musculaires aiguës ;
- Les tendons ;
- Les ligaments ;
- Différents systèmes ou régions du corps, comme les douleurs régionales ou étendues et les maladies inflammatoires.

En France, l'étude Handicap-Santé 2008-2009 a montré que les pathologies ostéo-articulaires étaient la première cause de handicap perçu chez les sujets de plus de 40 ans et la première cause de limitations d'activité chez les sujets âgés de 40 à 60 ans (26). La prévalence globale des pathologies ostéo-articulaires dans la population française adulte était de 27,7 %. Les deux pathologies ostéo-articulaires présentant les prévalences les plus élevées étaient la lombalgie commune (12,5 %) et l'arthrose périphérique (12,3 %), devant les cervicalgies (6,8 %), les déformations rachidiennes (5,5 %), les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC, 3,5 %) et l'ostéoporose (1,9 %) (27). Ces pathologies pourraient augmenter le risque de maladies chroniques (28) et ils contribuent à la sur-prescription d'opioïdes (29). Le risque de chronicisation de douleurs est important et doit de ce fait être limité par une prise en charge adaptée et rapide.

Les affections ostéo-articulaires et musculaires représentent un enjeu majeur dans leur prise en charge. La prise en charge en kinésithérapie est un élément essentiel dans la première ligne de traitement pour beaucoup de ces pathologies conformément aux nombreuses recommandations de bonnes pratiques. En France, ces pathologies sont d'abord prises en charge par les médecins généralistes ou dans les services d'urgences qui prescriront éventuellement de la kinésithérapie.

2. MÉTHODE ET POPULATION

2.1. Type d'étude

L'objectif de cette étude était d'explorer le point de vue des médecins généralistes concernant l'accès aux soins de kinésithérapie. Ce travail avait pour but de comprendre la démarche adoptée pour l'orientation vers des soins de kinésithérapie et les stratégies adoptées par les médecins. À la suite de ce questionnaire, l'objectif secondaire était d'avoir des pistes de réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour lever les obstacles à l'accès aux soins de kinésithérapie. La méthode de recherche qualitative inspirée de la théorisation ancrée semblait être la plus adaptée pour explorer le ressenti des médecins généralistes : éléments subjectifs tirés du vécu personnel et de l'expérience de chacun. Elle visait une conceptualisation du vécu de médecins généralistes recrutés par effet boule de neige, à partir d'entretiens individuels semi-dirigés.

2.2. Population étudiée

Nous avons constitué un échantillon raisonné afin d'avoir la plus grande diversité possible d'opinions sur la question de recherche. L'échantillon était raisonné selon les critères de variations définis a priori : âge, sexe, durée, type et lieu d'exercice, formation universitaire, complétés ensuite de façon à obtenir une variation maximale. L'objectif était de prélever dans une population ciblée des participants capables de s'exprimer sur leur expérience et leurs émotions en lien avec le phénomène analysé. Les critères d'inclusions étaient d'être médecin généraliste, d'exercer en Indre-et-Loire, français(e), thésé(e) ou non, remplaçant(e) ou installé(e) et de réaliser des ordonnances de kinésithérapie. La taille de l'échantillon a été déterminée par la suffisance des données. L'investigatrice a vérifié que poursuivre le recueil de données n'apportait pas d'informations nouvelles utiles à l'émergence de la théorie. Finalement, 5 entretiens ont été menés regroupant 16 participants (3 entretiens étaient des focus regroupant 4, 6 et 4 médecins généralistes et 2 entretiens ont été conduits de manière individuelle).

2.3. Procédure de recrutement

Les médecins généralistes ont été recrutés par le chercheur parmi ses connaissances et anciens maîtres de stage (MSU) en variant les lieux et les modes d'exercices.

Les médecins ont été contactés par téléphone par l'investigatrice, afin de présenter le projet de thèse et de prendre rendez-vous. Les conditions de l'entretien étaient donc annoncées par avance :

- Des entretiens sous forme de focus groups (sauf indisponibilité)
- Le lieu, situé sur le lieu d'exercice ou de vie des médecins, selon leur souhait, pour ne pas leur imposer de déplacement ;
- Le sujet de la thèse traitant de l'accès aux soins de kinésithérapie
- Les participants étaient prévenus lors du contact téléphonique que l'entretien serait enregistré, afin d'être retranscrit sur informatique de manière anonyme, puis analysé, et enfin détruit après la thèse. Cet élément a été annoncé à nouveau en début d'entretien.

2.4. Recueil des données

Après la lecture de la bibliographie, un guide d'entretien (Annexe 1) a été rédigé, avec le directeur de thèse, pour répondre à la question de recherche. Il a été enrichi au fur et à mesure des entretiens, dans une logique d'analyse inductive. Il a été modifié après le deuxième entretien. En effet, la notion « d'accès aux soins de kinésithérapie », initialement évoquée, était trop abstraite pour les médecins interrogés et les mettait en difficulté pour répondre. Nous avons donc apporté de légères modifications. Le guide d'entretien était constitué d'une question ouverte initiale «brise-glace» pour mettre en confiance les médecins en les interrogeant sur une situation vécue en consultation. Les autres questions s'intéressaient au vécu des médecins autour de l'orientation des patients vers des soins de kinésithérapie et les stratégies mises en œuvre. Une dernière question s'intéressait aux perspectives en lien avec la problématique.

Les entretiens par focus-groups ont été favorisés. Ce mode d'entretien permet de créer une dynamique de groupe et les échanges entre les participants favorisent l'émergence d'idée.

Les entretiens avaient lieu sur le lieu d'exercice ou de vie des médecins, selon leur souhait. Le jour J, l'investigatrice leur a donné des explications sur le contenu, sur le déroulement, et sur la nécessité de l'enregistrement de l'entretien. Des informations ont également été données sur leur possibilité d'exprimer leur refus auprès de l'investigatrice, immédiatement ou à la suite d'un temps de réflexion. Après qu'ils aient accepté, leur consentement libre et éclairé était recueilli (Annexe 2). Les entretiens ont été enregistrés sur smartphone. Des notes de terrain ont été prises pendant les entretiens. Les personnes interrogées ont été prévenues qu'elles pouvaient, à la suite de l'entretien, recontacter l'investigatrice à tout moment. Les entretiens se sont déroulés sur une période de 3 mois (de novembre 2023 à janvier 2024). Les enregistrements ont été détruits par la suite à la demande de la CNIL.

2.5. Analyse des données

Lors des entretiens, un enregistrement audio a été réalisé avec un smartphone. Les entretiens ont été retranscrits intégralement, anonymisés puis stockés sur l'ordinateur de l'investigatrice.

La retranscription a été l'étape initiale de l'analyse des données. Chaque enregistrement audio a été retranscrit intégralement sous forme écrite dactylographiée par l'investigatrice. Les intonations, les rires et les silences ont été notés afin de respecter au mieux l'authenticité des propos. Des notes de terrain ont également été prises après l'entretien, au moment de la retranscription. A noter que les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées aux participants pour commentaire ou correction.

Une fois retranscrit, chaque entretien faisait l'objet d'une analyse inspirée de la théorisation ancrée (30) : méthode d'analyse qualitative inductive visant à générer une théorie au sujet d'un phénomène, à partir de données empiriques recueillies. Le codage et l'analyse qualitative ont été réalisés à l'aide du logiciel Nvivo 1.7.1®. L'analyse a consisté d'abord en la familiarisation et la contextualisation des verbatims. Puis, elle s'est poursuivie par l'étiquetage des données sous forme de propriétés (analyse ouverte). Enfin, l'analyse des

données s'est terminée par l'organisation de ces propriétés en catégories (analyse axiale). Le but était de construire un modèle explicatif à partir de l'ensemble des données recueillies (analyse sélective).

2.6. Aspect éthique et réglementaire

Chaque participant a signé un consentement éclairé. Les enregistrements audios ont été détruits après retranscription et anonymisation. Cette étude explorant le vécu des médecins à partir d'entretiens ne nécessitait pas d'autorisation du Comité de Protection des Personnes. Un enregistrement à la CNIL n'était pas nécessaire devant un protocole anonymisé. Comme précisé ci-dessus, les participants avaient, après information orale et écrite, consenti librement à leur participation. La confidentialité avait également été respectée par anonymisation des données. Tous les noms propres ont été supprimés. Chaque participant était affilié à un chiffre par ordre chronologique de réalisation des entretiens. Ainsi, seule l'investigatrice connaissait le participant associé à chaque numéro.

3. RÉSULTATS

3.1. Description de l'échantillon

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau 1 (Annexe 3). L'échantillon est raisonné afin d'avoir la plus grande diversité possible d'idées autour de la question de recherche.

L'échantillon se composait de 16 MG dont la moyenne d'âge est de 41,1 années. 11 médecins étaient des hommes, 5 étaient des femmes. Sur seize médecins interviewés, neuf exerçaient en milieu urbain et sept en milieu rural. Parmi les participants, douze exerçaient en groupe et quatre n'étaient pas installés et faisaient des remplacements réguliers. La description de l'échantillon est représentée dans l'Annexe 3 (Tableau 1). La durée moyenne des entretiens était de 29 minutes (38 min pour les focus-group, 15 minutes pour les entretiens individuels). La suffisance théorique des données a été atteinte à l'issue du 5^e entretien (3 focus-groups et 2 entretiens individuels).

3.2. Un constat collectif

La difficulté d'accès aux soins de kinésithérapie constitue une préoccupation majeure pour les participants, qui soulignent unanimement les obstacles rencontrés par les patients, notamment en ce qui concerne la disponibilité des kinésithérapeutes et les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, *“En ville, ça va encore... dans la deuxième, troisième couronne, c'est impossible pour eux de faire des séances de kiné”* (P5), *“De toute façon, il y a liste et voilà. Les gens, ils abandonnent.”* (P9). Ces difficultés sont considérées comme étant récurrentes et non exceptionnelles, par l'ensemble des médecins généralistes *“Honnêtement, je dirais le plus fréquent !”* (P8), *“Peut-être pas la majorité, mais c'est fréquent quand même”* (P7).

Plusieurs médecins généralistes ont souligné que ces situations engendrent une mise en difficulté dans leur pratique quotidienne et sont sources de frustration *“C'est le sentiment un peu frustrant où tu as l'impression que ça avance pas, mais pas forcément pour les bonnes raisons”* (P12), *“En tant que médecin, c'est frustrant de voir un patient en difficulté à cause*

de problèmes d'accès aux soins” (P16). En effet, ils perçoivent clairement l'impact négatif de ces obstacles sur la qualité des soins prodigués et sur la récupération rapide des patients “Ça décale tout le protocole et du coup la guérison” (P6).

Dans ce contexte, le rôle des médecins généralistes est décrit par les participants comme étant central dans l'orientation des patients vers les kinésithérapeutes. Certains insistent sur la nécessité de choisir des professionnels qualifiés et adaptés aux besoins spécifiques de chaque patient. Leur recommandation repose souvent sur leur propre expérience ou sur les retours positifs de leurs patients, soulignant ainsi l'importance de la confiance et de la fiabilité dans le choix du praticien *“j'insiste beaucoup sur la qualité du kiné parce qu'il y a quand même un retour des patients”, “quand c'est un jeune (...) je vais avoir tendance à l'orienter vers de kinés que je connais” (P3).*

En ce qui concerne la gestion des urgences et des délais, les médecins adoptent des stratégies variées en fonction de la nature des affections. Ils mettent en avant l'importance de l'anticipation et de la planification des séances de kinésithérapie pour les patients post-opératoires, mais reconnaissent également la nécessité de réagir rapidement dans certains cas d'urgence *“ j'essaie d'éviter les situations d'urgences, (...) par exemple en post-opératoire, c'est prévu ! Donc, on a sensibilisé les gens au fait qu'il fallait appeler avant !” (P1), “ quand je sais qu'il va y avoir un geste, voilà, je leur donne tout de suite l'ordonnance pour anticiper” (P7).*

3.3. Tentative d'explication

La profession de kinésithérapeute a connu des évolutions marquantes, comme le relèvent certains participants. Ils observent notamment un changement dans la pratique des kinésithérapeutes, qui apparaissent être de plus en plus spécialisés *“ils ont tellement des sur spécialisations et ils font tellement tous sauf ce qu'on entend habituellement par de la kiné” (P11)* et qui accordent désormais davantage de temps à chaque patient. *“Ils passent plus de temps avec leur patient qu'à une époque. Avant, on avait des kinés qui faisaient tourner 80 personnes par jour et qui du coup prenaient tout le monde” (P5)* Cependant, cette attention accrue peut également se heurter à des contraintes liées à la surcharge de travail et à une

flexibilité réduite au niveau des horaires. De plus, la féminisation croissante de la profession est mentionnée par un des médecins, suggérant que cela pourrait influencer la disponibilité des kinésithérapeutes, bien que ce point ne soit pas explicitement développé *“Je pense que si tu veux une prise en charge individuelle, il vaut mieux l'adresser à une femme (...) mais du coup, elles prennent moins de patients. Et elles ont des horaires moins flexibles”* (P5).

Les participants soulignent également les défis inhérents à la formation et à la pratique des kinésithérapeutes *“ils apprennent beaucoup par compagnonnage”* (P3), *“ils (les kinésithérapeutes) te disent tous qu'en fin de formation, ils ne savent pas travailler, ils doivent faire d'autres formations, que leur formation de base, en fait, elle est nulle (...) c'est à toi de te démerder”* (P11). Ils pointent du doigt le manque de standardisation dans la formation des professionnels de la kinésithérapie, ainsi que la diversité des approches thérapeutiques utilisées, *“les prises en charge sont pas du tout uniformes sans qu'on soit en capacité de juger ce qui est bien même si on peut avoir notre avis”* (P3). Cette disparité peut entraîner des variations dans la qualité des soins dispensés. De plus, les contraintes de temps et les pressions financières auxquelles sont confrontés les kinésithérapeutes sont évoquées *“je pense que quand t'es kiné il y a un truc un peu incompressible, qui est, il te faut une salle un peu grande avec un peu de matos, ça te coûte du pognon”* (P12), mettant en lumière l'impact potentiel de ces facteurs sur les décisions de prise en charge des patients.

La complexité des interactions entre médecins et kinésithérapeutes est également abordée. Les médecins participants expriment leur frustration face aux difficultés rencontrées pour collaborer avec les kinésithérapeutes *“en fait tu peux même pas dire “là je pense que c'est urgent. Est-ce que vous auriez un créneau rapidement ? ” parce que tu peux pas les avoir”* (P3). Ils décrivent des situations où ces derniers refusent de prendre en charge des patients ou invoquent diverses excuses pour éviter de fournir des soins *“Bon après s'il ne peut pas la prendre, il ne peut pas la prendre, mais au moins, il joue franc-jeu quoi”* (P11). Cette dynamique entrave la capacité des médecins à orienter efficacement les patients vers des soins appropriés en kinésithérapie, ce qui peut compromettre le processus de prise en charge global des patients.

3.4. Prise en charge alternative

Les médecins généralistes, notamment ceux qui n'avaient pas de formation complémentaire en pathologie ostéoarticulaire, concédaient avoir souvent recours à la prescription de médicaments tels que les anti-inflammatoires et les antalgiques afin d'atténuer la douleur et de permettre au patient de maintenir un certain niveau d'activité physique *“Le traitement antalgique ! C'est la première intention. Voir anti-inflammatoire, repos et arrêt de travail si besoin” (P1)*, *“ quand c'est chronique, j'ai tendance à leur dire de bouger et de faire sport, quitte à leur donner un antalgique au début, mais au moins, ils bougent” (P2)*. Cependant, cette approche médicamenteuse est souvent envisagée comme une solution temporaire, en attendant un accès adéquat aux soins de kinésithérapie qui peuvent être plus efficaces sur le long terme dans la gestion de certaines pathologies.

Face aux difficultés d'accès aux soins de kinésithérapie, les médecins généralistes pour la majorité proposaient des alternatives à leurs patients. Outre les médicaments, ils mettent en avant l'importance du repos, des conseils sur l'activité physique adaptée *“les gens qui viennent pour des lombalgies, je ne leur dis pas forcément d'aller chez le kiné, mais je leur dis : allez faire du sport. Je leur dis deux choses : soit vous aimez aller nager : vous allez nager; soit vous aimez et vous pouvez aller à la salle sport et bien, allez à la salle de sport faire du renforcement musculaire” (P1)*. Ils soulignent également le rôle crucial de l'éducation des patients, tant en termes de gestion de leur propre santé que dans leur capacité à rechercher des soins appropriés *“j'insiste pas mal sur l'intérêt de la kiné, je pense que s'ils adhèrent à la prise en charge, ils n'abandonneront pas au premier refus” (P3)*, *“je ne veux pas appeler pour eux, ça fait partie de cette démarche d'autonomisation du patient ou aujourd'hui, il y a un patient acteur de sa santé, (...) donc il est capable d'appeler pour son kiné” (P4)*.

La plupart des médecins généralistes rapportent utiliser divers supports pour fournir des exercices de rééducation à leurs patients. Certains ont recours à des fiches explicatives, tandis que d'autres utilisent des vidéos mises en ligne par des kinésithérapeutes *“je leur donne des fiches d'auto rééducation, avec des schémas” (P6)*, *“(…) un abonnement YouTube. Benjamin B., c'est un kiné qui a fait plein de vidéo YouTube qui sont hyper bien foutues” (P11)*. Quelques-uns vont jusqu'à montrer des exercices lors des consultations. Cependant, cette

dernière approche est souvent limitée par le manque de temps disponible lors des consultations médicales.

Cependant, les médecins reconnaissent les limites de leur propre expertise dans le domaine de la kinésithérapie. Ils admettent ne pas être suffisamment formés pour se substituer aux kinésithérapeutes dans la prise en charge des patients nécessitant des soins spécialisés *“je pense que je ne connais pas bien et que je ne suis pas légitime pour donner des conseils et donner des bons exercices” (P12).*

En cas d'urgence, les médecins font appel à leurs réseaux professionnels pour contacter des kinésithérapeutes dans la région et expliquer la situation du patient. *“Ouais, orienter vers des kinés que je connais... mais ça sera de l'exceptionnel” (P5).* Ils encouragent également les patients à envisager des options géographiques alternatives afin d'accéder plus rapidement aux soins de kinésithérapie nécessaires *“Je leur donne des contacts à Tours. Mais je ne sais pas si les gens y vont parce que faire 50km deux fois par semaine pour le kiné...”(P11).*

Par ailleurs, les médecins mettent en avant l'importance d'autonomiser les patients dans leur processus de rééducation. Ils encouragent les patients à prendre en charge activement leur propre récupération, réduisant ainsi leur dépendance aux kinésithérapeutes et favorisant un rétablissement plus rapide *“on n'a rien sans rien aussi, on doit leur faire comprendre qu'il faut qu'ils se bougent eux-mêmes, dans tous les sens du terme” (P10).*

3.5. Propositions pour l'avenir

Les participants convergent sur la nécessité de simplifier l'accès aux soins de kinésithérapie pour les patients. Pour y parvenir, ils suggèrent diverses solutions, telles que la mise en place d'un accès direct aux kinésithérapeutes, la création de plateformes simplifiant la prise de rendez-vous, ainsi que l'amélioration de la communication entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes *“peut-être aussi une plateforme ou quelque où on puisse joindre les kinés de manière prioritaire” (P4), “On pourrait imaginer utiliser une plateforme un peu comme on le fait pour les avis spés sur Omnidoc” (P15).*

De nombreuses idées ont été soulevées pour améliorer la situation, notamment une révision de la rémunération des kinésithérapeutes afin de les inciter à fournir des prises en charge de meilleure qualité *“Monter la nomenclature ! (...) Le jour où on les payera correctement pour passer une demi-heure sur un rachis lombaire par exemple, bha, ils le feront.”* (P8). Il est également évoqué le besoin d'un meilleur encadrement des prises en charge des patients chroniques *“je pense que les kinés ne sont plus assez surveillés, il y a beaucoup de patient qui traînent depuis des mois dans les cabinets des kinés sans avoir revu et été réévalué par un médecin à un moment”* (P5).

Le débat sur l'accès direct au kinésithérapeute divise les opinions des participants. Certains redoutent le risque d'erreurs médicales *“s'il n'y a pas de diagnostic, tu vas à l'erreur médicale ou thérapeutique en tout cas. Le diagnostic, c'est fondamental”* (P6), tandis que d'autres y voient une opportunité de désengorger le système de santé en offrant un accès plus rapide aux soins.

Par ailleurs, il est essentiel d'encourager l'installation de plus de kinésithérapeutes dans les zones sous-dotées en leur offrant des aides à l'installation et en réévaluant la rémunération des actes, une mesure nécessaire pour pallier le découragement causé par des rétributions jugées insuffisantes *“il faut encourager plus de kinés à s'installer dans les zones où ils sont moins nombreux, donc des aides à l'installation et puis une meilleure rémunération des actes aussi”* (P16).

Enfin, des solutions novatrices comme les séances de kinésithérapie en ligne émergent pour répondre aux besoins des patients, notamment dans les régions éloignées *“je vais un peu loin, mais volontairement, (...) pourquoi pas des séances de kiné en ligne, intégrer aux prises en charge classique voir exclusivement en ligne ?”* (P15).

4. DISCUSSION

4.1. Discussion des résultats

L'étude qualitative menée à travers des entretiens semi-dirigés a permis aux médecins généralistes de s'exprimer librement et d'échanger sur leurs expériences concernant l'accès aux soins de kinésithérapie. Les participants ont unanimement mis en lumière les obstacles rencontrés par les patients, tels que la disponibilité limitée des kinésithérapeutes et les longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Ces difficultés sont considérées comme récurrentes et fréquentes, ce qui met en péril la qualité des soins et la récupération des patients. Ces données corroborent les conclusions des rapports officiels publiés par la DREES(1) et la FFMKR (2). Les médecins généralistes se trouvent ainsi confrontés à des défis dans leur pratique quotidienne, ressentant une certaine frustration face à ces contraintes.

Le rôle crucial des médecins généralistes dans l'orientation des patients vers les kinésithérapeutes est souligné, avec une insistance sur la nécessité de choisir des professionnels qualifiés. Toutefois, la collaboration entre médecins et kinésithérapeutes est entravée par des interactions complexes, parfois marquées par des refus de prise en charge ou des difficultés de communication.

Face à ces difficultés d'accès, les médecins généralistes proposent des alternatives telles que la prescription de médicaments, le repos et les conseils en matière d'activité physique. Certains utilisent également des supports visuels comme des fiches explicatives ou des vidéos en ligne pour fournir des exercices de rééducation à leurs patients. Cependant, ils reconnaissent leurs limites dans ce domaine et encouragent l'autonomisation des patients dans leur processus de rééducation.

Pour améliorer la situation, de manière concordante avec le projet gouvernementale "Ma santé 2022" (7), les participants s'accordent sur la nécessité de simplifier l'accès aux soins de kinésithérapie, en proposant des solutions telles que l'accès direct aux kinésithérapeutes et l'utilisation de plateformes facilitant la prise de rendez-vous. Ils suggèrent également une révision de la rémunération des kinésithérapeutes pour encourager des prises en charge de meilleure qualité et un meilleur encadrement des patients chroniques. En outre, ils

préconisent le développement de solutions novatrices comme les séances de kinésithérapie en ligne pour répondre aux besoins des patients, notamment dans les zones sous-dotées en professionnels de santé.

4.2. Forces de l'étude

Cette étude, menée à travers des entretiens semi-dirigés en analyse qualitative, a offert aux médecins généralistes une grande liberté d'expression. Cette approche permet d'évaluer les besoins, les attentes, les satisfactions, ainsi que de mieux comprendre les opinions, les motivations et les comportements des participants, tout en favorisant l'émergence de nouvelles idées(30). Dans le cadre de cette étude, les focus groups ont permis de recueillir les opinions des médecins et de proposer des solutions face aux difficultés d'accès aux soins de kinésithérapie. L'avantage principal de cette méthode réside dans la création d'une dynamique de groupe, favorisant les échanges et stimulant la créativité collective.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à atteindre la saturation des données, garantissant ainsi une collecte exhaustive des points de vue des médecins généralistes.

Afin de réduire les biais potentiels lors de la transcription et de l'analyse, les données ont été recueillies et transcrites dans des délais courts.

Les focus groups ont réuni au total 16 médecins généralistes d'Indre-et-Loire, 5 femmes et 11 hommes, ayant des modes d'exercice variés. La population des focus groups n'est pas constituée pour être représentative de la population source et n'a donc pas été sélectionnée en ce sens. Les médecins interrogés présentaient une diversité en termes de genre, d'âge, d'expérience professionnelle et d'orientation de l'activité, ce qui a enrichi la portée et la représentativité de l'étude.

4.3. Limites de l'étude

Dans cette étude, la façon dont les verbatims sont interprétés et codés est intrinsèquement liée à l'investigateur, ce qui peut introduire un biais d'interprétation. Bien que la triangulation aurait pu atténuer ce problème, elle n'a pas été mise en œuvre dans cette recherche. De plus, le codage ne suit pas de trame prédéfinie ni de références spécifiques.

Une des limites du recueil par entretiens semi-dirigés peut résider dans les interactions parfois conflictuelles entre les participants (ce qui n'a pas été observé dans le cadre de cette thèse), ainsi que dans le risque de domination de certains membres du groupe.

Un autre défi de cette étude réside dans le manque d'expérience de l'investigateur en matière d'analyse qualitative, ce qui pourrait avoir influencé la qualité des données recueillies et réalisé un biais d'investigation. Malgré une familiarisation avec la méthode grâce à la lecture de la littérature, l'analyse qualitative requiert une expertise minutieuse et méthodique.

De plus, bien qu'il aurait été souhaitable d'organiser un sixième groupe de discussion pour confirmer la saturation des données, cette étape supplémentaire n'a malheureusement pas pu être mise en place.

5. CONCLUSION

Dans notre société contemporaine où l'accès aux soins de santé est un enjeu majeur, cette étude met en évidence les obstacles persistants auxquels sont confrontés les patients pour bénéficier de séances de kinésithérapie, ainsi que les efforts déployés par les médecins généralistes pour trouver des solutions alternatives. Toutefois, il est devenu impératif de reconnaître que cette problématique dépasse le cadre strict de la médecine générale et nécessite une approche collaborative et interprofessionnelle.

Ouvrir le sujet et le débat aux kinésithérapeutes et à d'autres professionnels de santé est essentiel pour plusieurs raisons. Tout d'abord, cela permettrait une meilleure compréhension des défis rencontrés par chaque profession et favoriserait une approche holistique dans la prise en charge des patients. Ensuite, une collaboration étroite entre médecins généralistes et kinésithérapeutes pourrait permettre d'identifier des solutions innovantes et adaptées aux besoins spécifiques des patients, tout en garantissant une meilleure coordination des soins.

En encourageant le dialogue et la collaboration entre les différentes professions de santé, il serait possible de développer des stratégies concertées pour améliorer l'accès aux soins de kinésithérapie, de revoir les modèles de formation et de pratique professionnelle, ainsi que de promouvoir une culture de travail interdisciplinaire. De plus, cela contribuerait à renforcer la confiance mutuelle entre les professionnels de santé et à favoriser une approche centrée sur le patient, où la prise en compte de ses besoins et de ses préférences guide les décisions thérapeutiques.

En définitive, ouvrir le sujet et le débat au-delà des frontières de la médecine générale offre une opportunité précieuse de promouvoir des soins de santé plus intégrés, efficaces et centrés sur le patient. C'est en travaillant ensemble que nous pourrions surmonter les défis actuels et construire un système de santé plus résilient et plus inclusif pour tous.

BIBLIOGRAPHIE

1. DREES. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Ministère des Solidarités et de la santé ; 2020.
2. Analyse de la répartition des professionnels et de l'adéquation entre l'offre et la demande de soins. 8 juin 2021.
3. Déclaration d'Alma-Ata. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>
4. Société Française de Médecine Générale. Les Soins Primaires. Fiche n°3. Disponible sur : https://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf
5. Mousques J. Soins primaires et performance : de la variabilité des pratiques des médecins généralistes au rôle de l'organisation des soins. 2014.
6. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires - Dossiers législatifs. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000019674897/>
7. Laetitia. B, Pauline. J. Ma santé 2022 : un engagement collectif. 2018. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>
8. Druais PL. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. 2015.
9. DREES. Les dépenses de santé en 2022. 2023.
10. DREES. Les dépenses de santé en 2018. 2019.
11. Guillaume A. Rapport sur la démographie des kinésithérapeutes français. 2020.
12. IRDES. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Prescriptions. 2013. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/Prescriptions.htm>
13. HAS. Lettre HAS n° 12 - Mai Juin 2008. Disponible sur : <https://www.youscribe.com/BookReader/Index/2317972/?documentId=2295397>
14. Ministère des Solidarités et de la Santé. Avis relatif à l'accord-cadre organisant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2. avr 7, 2019. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/textes-reference/accord-cadre-interprofessionnel>
15. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_synthesev6-10p.pdf
16. Collège National de la Kinésithérapie Salariée. Historique - CNKS. 2022.
17. Code de la santé publique - Légifrance. Article L4321-1. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043424034/
18. Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. Principales techniques de rééducation et de réadaptation. 2020.
19. Accès aux soins loi Rist du 19 mai 2023. Disponible sur :

- <http://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023> 20. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. 96-879 oct 8, 1996.
21. Assurance Maladie Région Auvergne Rhone Alpes. Guide pratique de la NGAP en massokinesithérapie.
22. Tambour. M. Connaissance et utilisation des fiches de synthese kinesitherapiques par les medecins generalistes. 2015.
23. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medicale-2023>
24. Bonnal C, Matharan J, Micheau J. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. 2009.
25. ReAGJIR. Comment prescrire la kinésithérapie en Médecine Générale. 2015. Disponible sur : <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2020/04/Comment-prescrire-la-kin%C3%A9sith%C3%A9r%C3%A9-apie-en-MG-2015-REAGJIR.pdf>
26. Palazzo C, Ravaud JF, Trinquart L, Dalichampt M, Ravaud P, Poiraudau S. Respective Contribution of Chronic Conditions to Disability in France : Results from the National Disability-Health Survey. PLOS ONE. 14 sept 2012 ;7(9) : e44994.
27. Palazzo C, Ravaud JF, Papelard A, Ravaud P, Poiraudau S. The Burden of Musculoskeletal Conditions. PLOS ONE. 4 mars 2014 ;9(3) : e90633.
28. Williams A, Kamper SJ, Wiggers JH, O'Brien KM, Lee H, Wolfenden L, et al. Musculoskeletal conditions may increase the risk of chronic disease: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMC Med. 25 sept 2018 ;16(1) :167.
29. Feldman DE, Carlesso LC, Nahin RL. Management of Patients with a Musculoskeletal Pain Condition that is Likely Chronic: Results from a National Cross Sectional Survey. J Pain. 2020;21(7-8) :869-80.
30. Lebeau J. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. GMSanté et CNGE productions. 2021.

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL

I) Introduction de l'étude :

Objectif : Explorer la démarche adoptée par les médecins généralistes concernant l'orientation vers des soins de kinésithérapie pour des affections ostéo-articulaires.

Recueil des données : anonymisation - enregistrement vocal - manuscrit

II) Entretien :

Nous faisons une thèse sur l'accès aux soins de kinésithérapie pour les affections ostéo-articulaires et musculaires. Nous souhaitons que vous partagiez avec nous vos expériences professionnelles. Comme il s'agit d'expérience, il n'y a pas de bonne réponse. Et si vous le souhaitez, il est possible de ne pas répondre à certaines questions. L'entretien sera enregistré, mais anonyme. Avant de commencer, pouvez-vous vous présenter brièvement (sexe, âge, installé/remplaçant, lieu d'exercice, formation sur le sujet).

III) Début de l'enregistrement :

Pas de questions, mais des mots/réflexions/thèmes. Ancrer le thème et faire exprimer le ressenti. Discours naïf, question la plus vague possible. Et relancer (pourquoi ? dites-m'en plus.)

Questions brise-glace :

Merci d'avoir accepté de participer à nos entretiens pour la réalisation de notre thèse dont je vous rappelle l'objectif qui est "Explorer la perception de médecin généraliste concernant l'accès aux soins de kinésithérapie". D'ailleurs, pourriez-vous me raconter la dernière situation où vous avez prescrit des soins de kinésithérapie à un patient pour une pathologie ostéo-articulaire ou musculaire.

Question 1 : Racontez-moi votre ressenti lors de ces situations.

Question 2 : Décrivez-moi comment vous vous y prenez pour orienter un patient vers des soins de kinésithérapie.

Question 3 : Expliquez-moi ce que vous mettez en œuvre ou les choses que vous avez mises en place en cas de difficulté d'accès aux soins de kinésithérapie.

Question 4 : Exprimez-moi comment on pourrait rendre les choses plus simples pour permettre aux patients d'accéder aux soins de kinésithérapie ?

ANNEXE 2 : LETTRE DE CONSENTEMENT

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

Objectif : “ Explorer ce que pensent les médecins généralistes de l'accès aux soins de kinésithérapie pour les affections ostéo-articulaires et musculaires. ”

Investigateur : Nina GUICHARD

Coordinateur de recherche : Dr Prisca MARTIN

Structure : DUMG de Tours

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. j'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte aucun risque particulier. Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs. J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche. J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté. Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom

Lieu et date

Signature

ANNEXE 3 : DESCRIPTIF DE LA POPULATION

Participants	Age (années)	Sexe	Type d'exercice	Lieu d'exercice	Formation complémentaire (ostéo-articulaire)
P1	28	F	Remplacement	urbain	Ø
P2	29	H	Remplacement	urbain	Ø
P3	29	H	Remplacement	urbain	Ø
P4	30	F	Remplacement	urbain	Ø
P5	58	H	Groupe	urbain	CMS
P6	56	H	Groupe	urbain	CMS
P7	38	F	Groupe	urbain	CMS
P8	68	H	Groupe	rural	CMS
P9	64	H	MSP	rural	Ø
P10	56	H	MSP	rural	Ø
P11	32	H	MSP	rural	DIU MS
P12	35	H	MSP	rural	Ø
P13	31	H	MSP	rural	Ø
P14	38	F	MSP	rural	Ø
P15	32	H	Groupe	urbain	Ø
P16	34	F	Groupe	urbain	CMS

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins ayant participé à l'étude

Légende :

P : participant

F : femme

H : homme

CMS : Capacité de médecine du sport

DIU MS : Diplôme Inter Universitaire de médecine du sport

Ø : pas de formation complémentaire

ANNEXE 4 : EXEMPLE DE VERBATIM

Investigateur (I) : Bonsoir, merci à tous d'avoir attendu si tard pour participer à cet entretien

P10 : On a été forcés (rire)

I : Alors juste pour vous rappeler un petit peu l'objectif de la thèse qui est “ Exploré la perception de médecin généraliste concernant l'accès aux soins de kinésithérapie”. Pour commencer, si vous voulez bien, est-ce que vous pouvez me raconter une situation, soit la dernière, soit une situation un peu marquante où il a eu à prendre en charge un patient qui a eu des difficultés pour trouver des soins de kinésithérapie voir qui n'y est pas parvenu. Avec potentiellement un retard de prise en charge de la pathologie derrière.

P12 : OK. Ben moi le dernier en date c'était. C'est un peu chiant parce que ça mêlait de l'administratif et du médical parce que, un patient obèse qui se fait une entorse du genou en accident du travail. Qui a galéré pour décrocher son rendez-vous de kiné pour commencer à faire les soins. Bah du coup vu qu'il est obèse ça va être beaucoup plus compliqué pour ça aille mieux lui-même. Donc il a toujours mal, donc il est toujours en arrêt parce qu'il a un métier dans lequel il est chauffeur routier. Donc, il a besoin de monter et descendre de son truc. Donc c'est le sentiment un peu frustrant où tu as l'impression que ça avance pas, mais pas forcément pour les bonnes raisons. Et où, je me dis qu'il aurait pu reprendre le travail vachement plus tôt si elle (la kiné) avait pu. Parfois... j'en sais rien. C'est des suppositions, peut-être que, si ça se trouve, ça aurait pas été beaucoup mieux...

P13 : Ouais, c'est ça ... Il aurait pu reprendre plus vite s'il avait pu accéder à de la kiné. Aussi. Mais c'est le côté un peu frustrant où tu as l'impression que dans une situation d'attente ou tu as l'impression que la période de temps d'arrêt de travail que tu as dû prescrire n'a servi à rien parce qu'il ne s'est rien passé ! Parce qu'il n'a pas fait d'autorééducation parce qu'on lui a pas appris et nous et objectivement, ce n'est pas notre métier et on n'a pas le temps de lui apprendre.

P12 : Et en plus, je sais que ça va trainer parce qu'il cumule les facteurs de risques pour que ça traîne... parce que vu qu'il est obèse et qu'il bouge pas beaucoup et tout ça... ben en gros, je le sens pas quoi. Et j'aurais espéré qu'il puisse décrocher de la kiné plus tôt. Peut-être que ça aurait changer les choses mais peut-être pas. J'en sais rien. Situation frustrante et je me dis que j'ai envie de me plaindre de quelque chose.

P11 : T'as raison, c'est le moment ! Moi Tout à l'heure j'ai vu une dame qui avait mal aux coudes des deux côtés depuis un mois. Elle a un canal carpien des deux cotés à l'EMG et elle a aussi une épicondylite des deux côtés vue à l'écho. Et du coup? Donc c'est l'interne qui l'avait vu qui a prescrit la kiné. Et le kiné lui a répondu en gros: “Ah ouais, mais vu qu'il y a peut-être le canal carpien, moi je ne touche pas.”

Donc en gros il a fait ça, je pense parce qu'il avait pas le temps de la voir et que c'était une excuse. Donc j'ai repris ça tout à l'heure, je ne comprenais rien du pourquoi du comment ? Donc ça fait un mois et elle a de plus en plus mal. Je pense qu'entre-temps, elle s'est bien aggravée parce que du coup, elle a

forcé. Je lui ai refait une ordonnance de kiné en précisant que c'est pour les épicondylites et en disant de redemander au kiné. En me disant, qu'il aurait plus cette excuse-là, j'allais dire. Bon après s'il ne peut pas la prendre, il ne peut pas la prendre, mais comme ça il joue franc-jeu quoi. Un peu saoulé...

I : Ok et justement Concernant ces situations, est-ce que vous trouvez qu'elles sont fréquentes voir que c'est la majorité des cas ou qu'elles sont finalement exceptionnelles ?

P14 : Bha c'est les cas pour tout ce qui est ostéomusculaire qui n'est pas traumatique ou qui n'est pas post-op

P1 : Ah même si c'est traumatique ! Ils ne prennent pas ! Ils prennent que le post-op. P14 : Oh quand même, la dernière fois ce n'est pas ce qu'il a dit (un des kinésithérapeutes de la MSP). P11 : Mais en pratique, c'est pas comme ça ! Ils ne prennent que les post-op si le gars ah bien prévenu avant de se faire opérer et tout ça.

P9 : De toute façon, il y a liste et voilà. Les gens, ils abandonnent.

P13 : Moi, typiquement un jeune sportif qui a besoin de kiné. La première question que je lui pose, c'est s'il a un copain kiné à Tours quoi. Et s'il répond oui, bha, je lui dis prenez votre pote kiné parce que ça sera plus simple ! Donc, ils râlent, mais dans le coin c'est impossible. Si tu as pas fait du hand avec le kiné de là ou du rugby avec le kiné de là-bas, t'as pas de kiné !

P14 : Ou que t'y vas deux fois par semaine pour cervicalgie depuis... 10 ans

P11 : La nuit des temps, à peu près... Et qu'il accepte de lâcher une séance sur deux P14 : Et qu'il accepte, oui voilà, de prendre sa place.

I : Ok ça marche. alors justement dans ces situations, décris-moi comment vous vous y prenez pour orienter un patient qui a besoin d'une rééducation rapide, vers des soins de kinésithérapie ?

P10 : Moi, je les laisse se démerder.

P11 : Les lettres d'adressage ça marche pas, j'ai essayé ça ne marche pas.

P12 : Non, je suis d'accord, ça ne marche pas...

P11 : Je leur donne des contacts à Tours. Mais je ne sais pas si les gens y vont parce qu'aller 2 fois par semaine à Tours pour le kiné... c'est pas raisonnable quoi.

I : Donc vous leur donnez l'ordonnance et ce sont eux qui se débrouillent pour trouver ?

P11 : Après sur des trucs simples, je file une banque de vidéos sur YouTube. Pour leur filer des trucs pour qu'ils se débrouillent quoi. Et pour les trucs plus compliqués... j'ai pas de solutions...

I : D'accord alors vous avez déjà un peu anticipé la prochaine question, mais est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous faites dans ces cas-là pour substituer ou dans l'attente des soins de kinésithérapie ?

P13 : Bha ici, on a fait un protocole pluri professionnel au sein de la maison de santé. Qui sur le papier aurait pu marcher. Des trucs, où on identifiait des gens qui allaient vite pouvoir passer en auto-éducation et qui n'avaient pas besoin de beaucoup de séances.

I : Et alors?

P11 : Bha ça n'a pas pris. Pour deux raisons. De mon point de vue, la première c'est que en fait nos kinés, ils ont tellement des sur spécialisations et ils font tellement tous sauf ce qu'on entend habituellement par de la kiné. Que en fait ils n'ont même pas ce petit temps pour voir un peu les gens. Et la deuxième c'est que, pour certains ils sont un peu récalcitrants à faire comme ça... Un truc qu'ils considèrent comme bâclé où vu qu'ils voient les gens que deux trois fois pour leur montrer des exos et basta. Ils veulent faire beaucoup de travail passif, beaucoup de thérapie manuelle avant de lancer l'actif. Ce qui est très bien mais le but, c'était d'un peu aller direct à l'essentiel.

P9 : En se disant, c'est pas parfait, mais c'est mieux que rien

I : le but s'était d'autonomiser les patients dans leur rééducation ?

P11 : Oui, très vite. On avait fait des fiches standards. Par pathologie. Qu'ils adaptaient, qu'ils étaient censés adapter par patient en fonction du premier bilan.

P14 : En fait c'était un bilan et une, deux, trois séances d'autonomisation et après une réeval à 15 jours, ou un mois selon quoi.

P11 : Avec voilà les exercices qui étaient expliqués avec un nombre de répétitions à faire de repos entre chaque séance machin. Ils y ont passé beaucoup de temps. Ils ont bien fait le truc, mais derrière, ils n'ont pas donné suite quoi...

P14 : Du coup moi je le montre aux patients ça (les fiches) , je leur dis vous allez pas pouvoir avoir le kiné tout de suite mais regarder les petits dessins là... vous pouvez faire ces exercices-là. Voilà, je m'entends comme ça.

P10 : Parce que les deux, trois séances d'apprentissage, ils n'ont même pas le temps le faire.

P12 : Mais pourquoi ils n'ont pas le temps au final ? Si c'est censé être plus rapide. Je comprends pas l'équation en fait.

P11 : Parce que leur planning est plein , parce que un tel à des neuros et des respis toute la semaine, une telle à de la réeduc des sphincters toute la semaine, un tel travaille une fois de temps en temps. Enfin, ils n'ont pas de place dans leur planning pour voir un gars qui a une entorse de cheville, c'est pas possible, c'est pas possible.

P10 : Mais c'est comme si nous on bloquait pas de place pour les urgences... P12 : Et comment ils font pour trouver des places pour les post op ?

P14 : Ils demandent aux gens qui vont se faire opérer de prévenir plusieurs semaines à l'avance P10 : Après, ils passent des heures à faire marcher des gens...

P11 : Ils avaient parlé de faire des groupes de lombalgie. Ils en ont fait un peu, mais Ils en prennent 4 (patients) et c'est je sais pas combien de séances donc en fait il n'y a jamais de nouveau (patient) qui rentre quoi.

P12: Mais après je pense qu'ils ont peur aussi. Et ça je peux comprendre. Du vécu des patients. Parce que le nombre de patients que tu vois en consulte qui entre guillemets bavent sur genre " bha, je suis aller chez le kiné, bha super, il m'a fait deux courtes séances et après, il fallait que je me débrouille.

P11 : Ceux qui se plaignent du kiné c'est plus ceux qui justement font 40 séances ou le kiné Il branche

trois électrodes et il se barre voir un autre patient. Donc ici ils font pas ça ouais.

P12 : C'est ça leur appréhension, ils se disent on voudrait pas passer pour ceux qui bâclent les patients parce qu'on sait qu'ils le vivent mal et machin.

P11 : Dans le protocole tel qu'on l'avait écrit, c'était expliqué ça aux patients. Moi j'en ai fait pas mal des ordonnances telles qu'on avait décidé de le faire en expliquant aux gens que voilà, c'est pas parfait, mais il le verrait quatre fois max et que après c'était à eux de faire le boulot. Et de toute façon même si vous voyez le kiné plus ça reste à eux de faire le boulot que s'il y a un muscle qu'il faut étirer, renforcer bah c'est à eux de le faire quoi.

P14 : Mais c'est vrai que je ils sont là à dire, et c'est très bien hein, ils ne prennent pas de patients en même temps tout ça, c'est trop compliqué pour chaque patient machin machin et du coup, je pense que ça ils ont du mal à accepter.

P10 : La rééducation sphinctérienne, ils pourraient le faire avec les deux mains (rire)

P13 : Non et puis les patients neuros qui sont vus deux fois par semaine depuis 15 ans et pour les 10 prochaines années... bha voilà quoi.

I : D'accord. Et finalement, exprimez-moi ce qu'on pourrait faire pour permettre aux patients d'accéder aux soins de kinésithérapie ?

P11 : Que les patients neuro-chroniques passent de vie à trépas (rire). Encore que non , parce qu'il y en a des nouveaux. Enfait nos kinés, très localement hein, Ils sont vraiment occupés à 80% par les mêmes gens tout le temps, tout le temps tout le temps.

P10 : Une des solutions c'est quand même qu'à un moment donné que les kinés puissent avoir des assistants qui soit pas kiné fassent marcher les gens à leur place. Quand il faut juste faire marcher quelqu'un, pas besoin d'être quoi ! Un assistant quoi, le kiné lui dit je te montre que tu fais puis voilà.

P9 : C'était supposé être le rôle du sport-santé ?

P10 : Non mais je t'explique, si tu prends tous les prismes , celui du kiné, du patient et celui du médecin, on a besoin que ce soit pris en charge. Le problème c'est que les chroniques ils sont pris en charge par les kinés. Ça leur bouffe tout leur temps pour le truc, sauf que les chroniques font toujours la même chose. Donc on pourrait très bien imaginer que les kinés forment quelqu'un pour faire des trucs, tu vois, sur celui-là tu fais ça puis tu le reprend de temps en temps. Que les kinés de leur côté ils ne perdent pas d'argent, c'est-à-dire qu'ils soient payés pour ça. Qu'il soit bien payé pour faire de l'évaluation et de la vraie kiné du sport. Et voilà, ça y est, j'ai fini ta thèse.

P11 : Mais c'est vrai que il y a de ça aussi, parce que la séance de rééducation de cheville c'est payé à coup de pompe dans le cul et voilà.

P10 : C'est ce que je te dis. Il faut bien payer les bonnes choses et puis arrêter de payer les conneries.

P12 : C'est payé combien?

P11 : Je pourrais te donner les chiffres, mais le vieux que tu fais juste marcher, si la pres(cription) elle est bien faite, c'est-à-dire rééducation de la marche et de l'équilibre, c'est deux fois plus qu'une entorse de cheville.

P14 : T'as l'explication du pourquoi

P12 : Bha, je comprends hein , si c'est du foutage de gueule. En plus il faut qu'il paye du matos, t'as vu la taille de la salle qu'ils doivent avoir ! je pense que quand t'es kiné il y a un truc un peu incompressible, qui est, il te faut une salle un peu grande avec un peu de matos, ça te coûte du pognon. Forcément si on te fait rééduquer des entorses de chevilles pour deux balles, bha t'en fais pas.

P13 : De base, c'est quoi, 16 euros la demi-heure ?

P12 : Bha je suis désolé ça vaut pas le coup, moi je suis kiné, bha, je le fais pas.

P11 : C'est là où à mon sens, ils doivent savoir être pas trop strict sur le "pas deux patient d'un coup" machin machin, tu peux avoir deux sportifs, qui ont un cerveau à peu près coordonné qui font leurs exos.

P10 : Ça n'existe pas !

P11 : Bha justement les sportifs ce sont ceux qui gèrent un peu mieux leur corps dans l'espace que les autres.

P12 : Bha s'ils ont trouvé le moyen de se foutre la gueule en l'air, pas tellement... I : Et l'accès direct à kinésithérapie, vous pouvez m'exprimer ce que vous en pensez ?

P10 : Ah ben, ils ne veulent pas ! Ce n'est pas compliqué, ici, tu leur en parles, ils sont pétés de rire, ils n'ont aucunes places alors... Il n'y en a pas un qui veut. Et ce n'est que les kinés d'ici.

P11 : Je ne sais pas s'il y a un endroit au monde, où c'est plus facile de voir un kiné qu'un médecin ?

P10 : Si si, tu vas sur la côte d'Azur ! Parce que attends à titre personnel, alors si je prends mon prisme de médecin, je n'en ai rien à secouer qui voit en premier une cheville. Tu vois, par contre, ils vont gérer les arrêts de travail, la déclaration d'accident de travail, le machin... et ce n'est pas moi qui gère ça. Ça je veux bien alors, ça pose aucun problème. La lettre pour le chir, le bordel, l'écho... oui oui, si ça m'enlève l'entorse de cheville du couillon de footballeur du dimanche matin.

P11 : Alors c'est plutôt l'après le match

P10 : Oui, je n'en ai rien à foutre... il vient me voir le lundi !

P14 : De toute façon, ils ne sont pas dispos (les kinés)

P10 : Bha non ! Soins non programmés en kiné, t'es pété de rire !

P11 : Cela dit ici, c'est hyper flagrant, mais à Tours beaucoup de cabinets et pour le coup même des cabinets du sport, donc où ils sont censés prendre vite, où ils n'ont pas dispos quand même. Donc c'est "je te prends parce que tu es mon pote et l'autre démerdes toi !"

P13 : Donc il faut avoir un pot kiné quoi...

P11 : Ou un abonnement YouTube. Benjamin Brochet, c'est un kiné qui a fait plein de vidéo YouTube qui sont hyper bien foutues. Ce sont exercices très simples à suivre, il explique pourquoi il faut le faire, comment il faut le faire et pourquoi si tu ne le fais pas ça ira pas mieux.

P14 : Non mais du coup, tu te dis, pour certains patients qui ne sont pas trop cons, qui sont prêts à voilà... c'est une solution.

P11 : C'est loin d'être parfait, mais c'est mieux que rien quand même. Sur des tendinopathie des trucs

machins

I : Et ça vous arrive de montrer des exercices ?

P10 : Oui ! Il m'a montré (P11), le truc avec la bouteille d'eau.

P11 : Le protocole de Stanish, et après, tu peux boire la bouteille d'eau, c'est encore mieux ! P12 : De quoi ?

P10 : Le protocole de Stanish, pour les épicondylites et les trucs comme ça. Je l'ai fait sur moi, ça marche bien !

P14 : Ouais, tu fais comme ça, puis comme ça (montre le geste) ... je leur dis faire un peu tout moi. Ah bha c'est de la kiné, mais à la sauce MG, pas formé !

P12 : Tu fais ça en attendant que ça fasse bien mal, comme ça après, tu l'envoies à l'échographiste pour qu'il l'infiltre !

P10 : C'est vrai que ça soulage plus vite

P11 : Bha ça soulage, mais s'ils ne font rien, ils re-mal après...

P14 : Moi je fais ça maintenant , je montre les petits schémas et puis, je leur dis "allez chercher sur YouTube"

P11 : Je tourne mon ordi je leur montre la vidéo

P10 : Si la dé coaptation pour l'épaule, les conneries comme ça, je leur montre.

P11 : Moi, typiquement pour l'épaule je ne le fais pas. Parce que ça me semble trop compliqué. Je me dis qu'il y a un sur deux qui va faire n'importe quoi

P10 : Non, mais au moins les petits mouvements de pendule avec une bouteille. Voilà. P12 : Et après l'infiltration avec l'échographiste ! Toujours, bha ouais !

P11 : Moi j'ai essayé avec les kinés, de leur dire que peut-être qu'à un moment, il fallait qu'ils se mettent un peu dans le rouge sur leur planning à prendre plus de monde. Tant pis ils bosseraient plus. Et que ça permettrait que typiquement, l'épicondylite, là, il la voit trois fois et puis c'est guérie. Plutôt que de le voir trois mois plus tard quand c'est la cata, ça va traîner pendant 6 mois, pour qu'il soit opéré.

P14 : J'ai l'impression qu'ils ne savent pas faire des trucs courts, mais c'est peut-être parce qu'il les voit toujours tard.

P10 : Ils ne sont pas dans une logique de truc court

P12 : J'ai l'impression que quand ils prennent des patients, tu as signé pour un flot de séances de rééducation... Mais après je ne maîtrise pas bien leur métier quoi ? Thérapie manuelle, je ne sais quoi, concrètement, je ne sais pas ce que c'est... Il fait quoi avec ses petites mimines, il les met où, il en fait quoi ? Le problème pour trouver des solutions alternatives, c'est que moi, je ne me sens pas légitime, c'est pas mon métier, donc j'ai pas forcément d'idées. Et je pense que même si j'en en fait si jamais j'en avais j'aurais peur de proposer de la merde parce que c'est pas mon métier et peut-être de pas forcément rendre service au patient parce que c'est pas... Je pense que je ne connais pas bien et que je ne suis pas légitime pour donner des conseils et donner des bons exercices et que je vais avoir ça se trouve des

idées à la con.

P11 : En même temps quand tu en parles avec des kinés, ils te disent tous que en fin de formation de kiné normal, ils te disent tous qu'ils ne savent pas travailler.

P12 : Ah merde

P11 : Qu'après, ils doivent faire d'autres formations, que leur formation de base, en fait, elle est nulle, on t'apprend plein de trucs, c'est à toi de te démerder, c'est basé sur rien. Tu as plein de façons de faire, tu as trois quatre cinq façons de faire ou à la fin on a l'impression que ça marche à peu près pareil. C'est pas du tout standardiser quoi.

P14 : Après les médecins du sport et les orthos aussi, ils font des ordonnances très détaillées ! Tu ne comprends rien d'ailleurs

P10 : Tu lis l'ordonnance à la fin, t'as mal à la tête

P14 : T'as mal aux muscles surtout !

P11 : Les orthos c'est pire, ils font même des phases et tout.

P14 : Ah ouais, hyper précis !

P10 : Moi, je n'y crois pas du tout ! Quand je me suis pété le bras j'en ai pas fait (de la kinésithérapie)

P11 : Bha regarde le résultat ! T'es même pas foutu de prendre ta monnaie à la boulangerie ! P10 : Ça bloque à cause des vis !

P11 : Bha voilà, il est kiné, pas magicien non plus !

P10 : Il faut se bouger le cul soi-même

P14 : Oui, mais déjà, il faut savoir comment.

P14 : Non mais faire des trucs plus spécifiques c'est quand même plus efficace. J'ai bien vu pour ma lombalgie, j'ai fais les exercices qu'il m'a dit. Parce qu'au début, je faisais des trucs un peu toute seule, mais ce n'était pas suffisant, après, il m'a montré et c'était mieux quand même !

P11 : En tout cas j'ai l'impression de passer ma vie à chercher des trucs de kiné pour pouvoir répondre aux gens. J'ai l'impression que je pourrais être kiné demain. A un moment on a pensé à justement dans ce truc de d'auto-éducation là à faire des vidéos à la place des petits dessins. Le problème étant que personne ne voulait se mettre en six slibard barre pour faire la vidéo.

P14 : Non, mais ils comprennent les petits dessins

P11 : Ouais alors comprennent, mais regarde les faire après... Tu en as vraiment entre la tête et le pied, c'est très loin hein !

P13 : C'est pour ça que les vidéos YouTube, c'est pas mal, ça leur montre plus le mouvement.

P11 : Quand il y a des gens qui le font spontanément et qui disent qu'ils ont regardé Major Mouvement beaucoup. Parce que c'est le premier qui sort dans les algorithmes.

I : Parfait, si vous n'avez plus de remarque, on va s'arrêter là. Je vous remercie d'avoir participé.

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the left.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Nina GUICHARD
61 pages – 1 tableau

RÉSUMÉ

Prise en charge des affections ostéo-articulaires et musculaires : regard des médecins généralistes d'Indre-et-Loire sur l'offre de kinésithérapie locale

Introduction : La prescription de kinésithérapie pour des pathologies ostéoarticulaires ne cesse de croître. Faciliter l'accès aux soins est devenu un enjeu majeur. L'objectif de ce travail est d'explorer le point de vue des médecins généralistes concernant l'accès aux soins de kinésithérapie afin de comprendre la démarche adoptée pour l'orientation vers des soins de kinésithérapie et les stratégies adoptées par les médecins.

Méthode : Cette étude qualitative repose sur des entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes réalisés entre novembre 2023 et janvier 2024. Une analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée. Elle visait une conceptualisation du vécu de 16 médecins recrutés par effet boule de neige.

Résultats : Les principaux obstacles à l'accès aux soins de kinésithérapie relevés par les médecins interrogés incluent la disponibilité limitée des kinésithérapeutes et les longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Les médecins généralistes ont exprimé leur frustration face à ces difficultés, soulignant l'impact négatif sur la qualité des soins et la récupération des patients. Lors des entretiens, ils ont proposé des solutions alternatives telles que la prescription de médicaments et la promotion de l'activité physique. Ils soulignent également l'importance de l'autonomisation des patients. **Conclusion :** Les médecins soumettent de nouvelles propositions comme la création d'une plateforme de communication entre kinésithérapeutes et médecins ou encore une révision de la rémunération des kinésithérapeutes. Cette étude met en évidence la nécessité d'une collaboration étroite entre médecins généralistes et kinésithérapeutes pour surmonter les obstacles à l'accès aux soins de kinésithérapie. Elle ouvre d'autres pistes de réflexion comme la promotion de l'activité physique en consultation, qui permettrait de limiter l'apparition de beaucoup de pathologies ostéoarticulaires.

Mots clés : Kinésithérapie ; Pathologies ostéoarticulaires ; Communication interprofessionnelle ; Médecins généralistes.

Jury :

Président du Jury : Professeur Fabrice IVANES

Membres du Jury : Professeur Guillaume BACLE, Docteur Hugues AUDOLI

Directeur de thèse : Docteur Prisca MARTIN

Date de soutenance : 15 Mai 2024