

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
RÉGION LORRAINE  
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE  
DE NANCY

**ÉTAT DES LIEUX  
DE LA TRANSMISSION DES DONNÉES  
DU PATIENT  
ENTRE MASSEUR-  
KINÉSITHÉRAPEUTES SALARIÉS ET  
MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTES  
LIBÉRAUX**

Mémoire présenté par **Louis ANCEL**  
étudiant en 3<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie  
en vue de l'obtention du Diplôme d'État  
de masseur-kinésithérapeute  
2012-2013.

# SOMMAIRE

## RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION .....	1
2. MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE .....	3
3. MATERIEL ET MÉTHODE.....	4
3.1. Le questionnaire .....	4
3.2. La population .....	5
3.3. L'échantillon .....	5
3.4. La saisie et l'exploitation des données .....	6
4. RÉSULTATS .....	7
4.1. Les caractéristiques de l'échantillon .....	7
4.2. La transmission des M.K salariés aux M.K libéraux .....	8
4.3. Les attentes des M.K libéraux.....	10
4.3.1. La transmission .....	10
4.3.2. Le contenu de la transmission.....	11
4.3.3. Les types de pathologies .....	11
4.3.4. Le bénéfice pour le patient.....	12
4.3.5. Le gain de temps pour le masseur-kinésithérapeute .....	12
4.3.6. La standardisation .....	13
4.3.7. La méthode pour transmettre les informations .....	13
4.4. La transmission des M.K libéraux aux M.K salariés .....	13

4.5. Les remarques .....	15
5. DISCUSSION .....	15
5.1. L'échantillon .....	15
5.2. L'enquête.....	16
5.3. Les résultats.....	17
5.4. Comment transmettre ? .....	21
6. CONCLUSION.....	26

## BIBLIOGRAPHIE

## ANNEXES

## RÉSUMÉ

**Introduction :** la transmission des données du patient dans le cadre de la poursuite des soins est une obligation légale. Sa mise en œuvre est recommandée par la Haute Autorité de Santé et permet d'évaluer la qualité de la prise en charge des patients. Le dossier du patient, qui est lui aussi soumis à réglementation, se place comme l'élément central de la transmission. Seulement cette pratique est-elle développée ? Les Masseur-Kinésithérapeutes (M.K) la trouvent-elle nécessaire et utile ? L'objectif de notre étude est de répondre à ces questions.

**Matériel et méthode :** afin d'atteindre notre objectif, nous réalisons un questionnaire dans le but d'interroger directement les M.K. Nous choisissons pour l'étude une population qui regroupe l'ensemble des M.K libéraux de France métropolitaine. L'échantillon est sélectionné de manière rigoureuse et comporte 346 M.K. La méthode utilisée pour les interroger est le contact par appel téléphonique.

**Résultats :** le taux de réponses est satisfaisant (77,46%) et l'échantillon est représentatif pour les critères d'âge et de sexe. Nous constatons que la transmission des informations de manière régulière est rare. Cependant les M.K souhaitent un développement de cette pratique dans le but d'améliorer la prise en charge des patients. Ils nous renseignent alors sur quelques éléments qui pourraient favoriser l'efficacité et la qualité de la transmission.

**Discussion :** les M.K souhaitent davantage de transmission mais la mise en place de cette pratique est compliquée et plusieurs situations sont à distinguer. Les M.K disposent cependant de tous les outils nécessaires à la qualité et la synthétisation des informations, ainsi que des outils et des projets qui favorisent et simplifient la communication.

**Conclusion :** malgré la constatation de la pauvreté de la transmission actuellement existante, nous pensons que le partage des données du patient entre les M.K est amené à se développer.

**Mots clés :** transmission, communication, dossier patient, fiche, coordination.

## 1. INTRODUCTION

Nous entendons par « transmission des données du patient » un moyen de communication entre masseur-kinésithérapeutes salariés et masseur-kinésithérapeutes (M.K) libéraux. Un moyen ayant pour but de transmettre les informations nécessaires, à la qualité et à la cohérence de la poursuite des soins de rééducation. Ceci dans la situation où le patient est amené à continuer sa prise en charge commencée à l'hôpital ou en centre de rééducation, dans le secteur libéral, ou inversement. Notre étude est donc un état des lieux de cette transmission, mais également de la coordination des pratiques entre les hôpitaux, les centres de rééducation et la ville. La communication est le « *fait de communiquer, de transmettre quelque chose* » [1]. La coordination a pour but, l'« *harmonisation d'activités diverses dans un souci d'efficacité* » [2].

Les informations utiles à transmettre se trouvent alors en toute logique dans le dossier du patient. Sa tenue par le M.K est rendue obligatoire par l'article R4321-91 du Code de la Santé Publique [3] [4]. Indépendant du dossier médical, il contient les informations concernant le patient, dans le cadre de sa rééducation. Il se doit d'être actualisé et peut donc servir à tout moment à la transmission. La Haute Autorité de Santé (HAS) [5] recommande également de tenir un dossier pour chaque patient et de le mettre à jour régulièrement.

La transmission entre les M.K, est elle aussi rendue obligatoire par le Code de la Santé Publique. En effet l'article R4321-91 [3] affirme que le M.K, lors de la prise en charge d'un patient, doit transmettre toutes les informations utiles aux autres intervenants qui participent à la rééducation. L'article R4321-105 [6] précise que lorsque plusieurs M.K participent à la prise en charge d'un patient, ils doivent se tenir informés de l'action de chacun. Enfin, l'article R4321-106 [7] affirme que lors d'une hospitalisation, le M.K chargé de la rééducation doit tenir informé le M.K libéral désigné par le patient. Inversement lorsque l'hospitalisation est programmée, le M.K traitant transmet toutes les informations qu'il juge utiles.

Le rôle du dossier dans la communication entre les M.K est abordé tout au long du document de l'HAS à propos du dossier du patient en masso-kinésithérapie [5]. Dans l'introduction, le dossier se place au centre de la coordination des différents professionnels qui participent à la rééducation du patient. Il doit permettre l'organisation des soins et faciliter la transmission des données. Le dossier du patient est ensuite défini comme un moyen de communication qui rassemble tous les renseignements nécessaires à la qualité du traitement masso-kinésithérapique. Les objectifs de ce dossier sont alors précisés, il est un système d'informations structurées, dans le but d'obtenir une coordination sans faille des professionnels de santé. Il a donc pour mission de développer la communication nécessaire à la meilleure organisation possible de la continuité des soins. De plus le dossier du patient masso-kinésithérapique est une pièce importante du dossier médical dans son intégralité, qui lui aussi est un outil de communication, de coordination et d'informations pour les différents professionnels [8].

Les manuels de certification des établissements de santé successifs établis par l'HAS [9] [10] [11], précisent que les différentes étapes de la prise en charge du patient doivent être actualisées dans le dossier. La gestion de celui-ci est même porteuse d'enjeux d'améliorations importantes. Alors mis à jour régulièrement, le dossier doit favoriser la coordination des soins, il est l'outil principal de partage d'informations et l'élément clé de la qualité de la poursuite de soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle. La continuité et la coordination de la prise en charge des patients sont aussi soumises à évaluation et à amélioration. Lors de la sortie d'un patient, la continuité des soins doit être organisée et planifiée avec le patient et les professionnels qui interviennent en aval. Des modalités de transmission des informations sont alors à prévoir, entre l'établissement et les intervenants extérieurs. L'HAS, toujours dans ces recommandations lors de la sortie d'un patient hospitalisé, fait de la transmission des informations, une condition nécessaire à la bonne continuité des soins et à la qualité de la prise en charge du patient après sa sortie [12].

La transmission des données du patient, dans le cadre de la poursuite des soins est donc une obligation légale. Sa mise en œuvre est recommandée et permet d'évaluer la qualité de la

prise en charge des patients. Le dossier du patient, lui aussi soumis à réglementation, semble être l'outil le plus adapté pour aider à cette transmission. Seulement la transmission est-elle fréquemment mise en place au quotidien ? Comment s'organise-t-elle ? Les M.K la trouvent-elle nécessaire ? L'objectif de notre étude est de répondre à ces différentes questions, en interrogeant les M.K libéraux, qui sont le plus souvent concernés par le besoin d'informations lors de la prise en charge d'un patient ayant débuté sa prise en charge à l'hôpital ou dans un centre de rééducation. Afin d'obtenir des résultats représentatifs, nous utilisons une méthode d'enquête la plus rigoureuse possible.

## **2. MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE**

Pour notre recherche bibliographique, les principales bases de données ont été consultées. Les mots clés utilisés pour la recherche sont : « communication », « coordination », « transmission », « fiche de transmission », « fiche de liaison » et « fiche de synthèse ». Ceux-ci ont été associés entre eux ainsi qu'avec les mots clés « kinésithérapie » et « dossier patient ». Par la suite, ces mêmes bases de données ont été interrogées pour des recherches sur des domaines précis, comme le Dossier Médical Personnel (DMP) ou les réseaux de santé, avec des mots clés correspondants. Pour chaque recherche effectuée, les références sont sélectionnées avec comme critères la date, le titre et la lecture du résumé puis sont classées par thème. Tout au long du travail et suivant ses parties, les thèmes sont utilisés et les références étudiées dans leur intégralité. C'est lors de cette lecture complète que les références sont retenues ou non, les critères de sélection sont principalement leur qualité et leur utilité dans notre travail.

Dans certains cas, nous citons des références à titre d'exemple (notamment dans la partie dédiée à la discussion), ces listes sont non exhaustives et les références citées nous semblent être les plus pertinentes. Parmi toutes les bases de données interrogées, celles qui ont permis de sélectionner des références utilisées dans notre travail sont : la base de données de la Haute Autorité de Santé (HAS), kinédoc, rééDoc, la Base de Données en Santé Publique (BDSP), EM premium, EM consulte et Doc'CISMéF.

Nous utilisons également la recherche manuelle à partir de Google et Google Scholar, ce qui permet d'explorer les sites internet de référence pour des domaines précis comme par exemple le site internet du DMP ou celui de l'ASIP santé. Cette recherche manuelle est complétée par la consultation des bibliothèques de la Faculté de Médecine de Nancy et de l'Institut Régional de Médecine Physique et de Réadaptation. Pour les références concernant des articles de lois, nous consultons le site officiel du gouvernement français, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr), où l'on retrouve les textes législatifs et réglementaires.

Les références utilisées regroupent des articles de revues scientifiques, des articles de lois, des pages internet, des recommandations, des rapports et documents officiels, des travaux d'études et des ouvrages. Aucune référence n'est antérieure à l'année 2000 et 58 % d'entre elles ne précèdent pas 2008.

### **3. MATERIEL ET MÉTHODE**

#### **3.1. Le questionnaire**

La première étape de l'élaboration du questionnaire est d'établir des objectifs clairs, nous pouvons les résumer sous forme d'interrogations :

- quelles sont les caractéristiques de l'échantillon ?
- La transmission des M.K salariés vers les M.K libéraux est-elle développée ?
- Comment la transmission s'organise-elle ?
- La transmission est-elle nécessaire ?
- La transmission existante est-elle suffisante ?
- Comment la transmission devrait-elle s'organiser pour être la plus utile et la plus efficace possible ?
- La transmission des M.K libéraux vers les M.K salariés existe-elle ?

C'est à partir de ces interrogations que la première version du questionnaire prend forme. Nous faisons rapidement le choix de réaliser l'enquête en contactant les M.K libéraux par appels téléphoniques, principalement dans le but d'obtenir un taux de réponses satisfaisant. Cette méthode impose la nécessité de réaliser un questionnaire qui ne soit pas trop long et avec un minimum de questions ouvertes. Le questionnaire est plusieurs fois remanié dans le but de l'améliorer. D'une part grâce, à la concertation avec Madame CHATELET POULAIN, référent de mémoire ; d'autre part grâce à 10 appels tests auprès de M.K libéraux afin de valider la compréhension des questions et de vérifier la durée d'un appel.

Le questionnaire définitif (Annexe I) comporte 20 questions. Il présente deux parties, l'une concernant les informations générales relatives aux sujets contactés et l'autre concernant la transmission. Les questions ouvertes se limitent à des précisions pour certaines questions fermées et à d'éventuelles remarques à la fin du questionnaire.

### **3.2. La population**

Nous choisissons comme population l'ensemble des M.K libéraux en France métropolitaine. D'après le document de travail de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S) sur les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012 [13], les M.K libéraux en France métropolitaine sont au nombre de 57 310.

### **3.3. L'échantillon**

L'échantillon doit d'une part, être le plus représentatif possible de la population, et d'autre part, être composé d'un nombre de M.K libéraux compatible avec le contact par appel téléphonique. Nous utilisons un échantillonnage à deux degrés.

Pour le premier degré nous séparons la population en 96 sous groupes, qui correspondent aux 96 départements de France métropolitaine. À partir de la liste de ces 96 départements, nous en tirons au sort 22. Le premier à être tiré au sort est celui qui se trouve au centre de la liste. À chaque tirage au sort nous supprimons de la liste, les départements qui font partie de la même région que celui sélectionné. L'opération est reconduite à chaque fois avec une liste diminuée. Nous obtenons la sélection d'un département par région : les Bouches-du-Rhône, la Charente-Maritime, la Haute-Corse, la Creuse, le Doubs, l'Eure, le Loiret, le Lot, le Lot-et-Garonne, la Lozère, la Manche, le Maine-et-Loire, la Marne, la Meurthe-et-Moselle, le Morbihan, la Nièvre, le Nord, l'Oise, le Puy-de-Dôme, le Haut-Rhin, le Rhône et Paris.

Pour le deuxième degré nous choisissons de tirer au sort 2% des M.K libéraux de chacun des 22 départements retenus. L'échantillon comporte donc 346 M.K libéraux, ce qui correspond à 0,60% de la population. En fonction des départements et de leur densité professionnelle nous obtenons entre 1 et 66 M.K libéraux à contacter par département (Annexe II). Le tirage au sort est systématique, avec le site [www.pagesjaunes.fr](http://www.pagesjaunes.fr) qui affiche de façon aléatoire les M.K par département. Pour chaque département, un intervalle est laissé entre les M.K tirés au sort. Cet intervalle est approximativement égal, au nombre de M.K de la liste divisé par le nombre de M.K à tirer au sort, ceci afin de parcourir toute la liste. Le premier M.K sélectionné est toujours le premier à apparaître dans la liste.

### **3.4. La saisie et l'exploitation des données**

Nous effectuons les appels téléphoniques sur 2 mois, un appel dure entre 3 et 5 minutes. Les M.K ne répondant pas ou n'étant pas disponibles après 5 appels, chacun passé un jour différent de la semaine (du lundi au vendredi), sont classés comme « non interrogeables ». Les M.K ne souhaitant pas répondre au questionnaire sont classés comme « ne souhaitant pas répondre ». La saisie et l'analyse statistique descriptive des données sont réalisées sous format Excel (Annexe III). Pour comparer des variables qui suivent une loi normale, nous utilisons

un test paramétrique, le Test du Khi-deux. Nous considérons comme significatives les valeurs de  $p \leq 0,05$ .

## 4. RÉSULTATS

### 4.1. Les caractéristiques de l'échantillon

Sur les 346 M.K libéraux de l'échantillon 268 répondent au questionnaire, le taux de réponses est donc de 77,46%. Parmi les non réponses, 60 M.K (17,34%) sont classés comme « non interrogeables » et 18 (5,20%) comme « ne souhaitant pas répondre ».

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 41,37 ans, avec une médiane de 40 ans, un écart type de 12,55 ans, un minima de 22 ans et un maxima de 71 ans. D'après le document de la D.R.E.E.S [13], la moyenne d'âge de la population totale des M.K (libéraux et salariés) est de 42,4 ans et celle dans les secteurs d'activités : cabinet individuel et cabinet de groupe (qui regroupent 95,71% des M.K libéraux ou mixtes) est de 41,3 ans. Les M.K de l'échantillon ont majoritairement obtenu leur diplôme d'état entre 2002 et 2012 (36,19%) et ils exercent majoritairement depuis 0 à 9 ans (36,57%) (Annexe IV).

L'échantillon est composé de 43,66% de femmes et de 56,34% d'hommes. D'après le document de la D.R.E.E.S (1) la population totale des M.K libéraux est composée de 43,5% de femmes et de 56,5% d'hommes. Dans l'échantillon, 24,63% des M.K exercent seuls et 75,37% à plusieurs ; 32,46% travaillent en milieu rural et 67,54% en milieu urbain ; 52,61% des M.K n'ont jamais exercé en tant que salarié et 47,39% l'ont déjà fait. Parmi ceux ayant déjà pratiqué en tant que salarié, 38,58% l'ont fait à l'hôpital, 45,67% en centre de rééducation et 15,75% dans les deux structures.

Le type de pathologies, qui prédomine dans la patientèle des M.K de l'échantillon est le type des pathologies rhumatologiques avec 77,61% (Annexe IV).

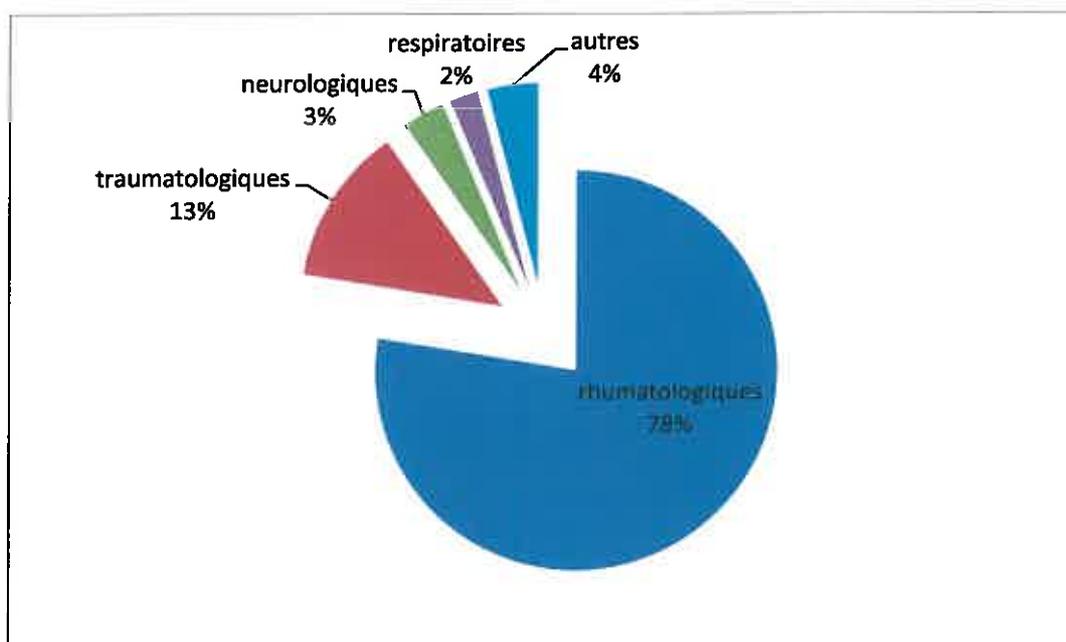


Figure 1 : type de pathologies prédominant dans la patientèle

#### 4.2. La transmission des M.K salariés aux M.K libéraux

Lors de la prise en charge d'un nouveau patient ayant commencé sa rééducation à l'hôpital ou dans un centre de rééducation, 41,79% des M.K libéraux ne reçoivent « **jamais** » d'informations sur la rééducation déjà entreprise en dehors de la prescription médicale, 48,13% en reçoivent « **parfois** », 8,21% « **souvent** » et 1,87% « **toujours** ». Afin de pouvoir utiliser le Test du Khi-deux, seulement réalisable avec des effectifs supérieurs à 5, nous regroupons les réponses « **souvent** » et « **toujours** ». Nous comparons les réponses à cette question en fonction du milieu où se trouve le cabinet, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les réponses des M.K ( $p=0,41$ ), qu'ils travaillent en milieu urbain ou rural (Annexe V).

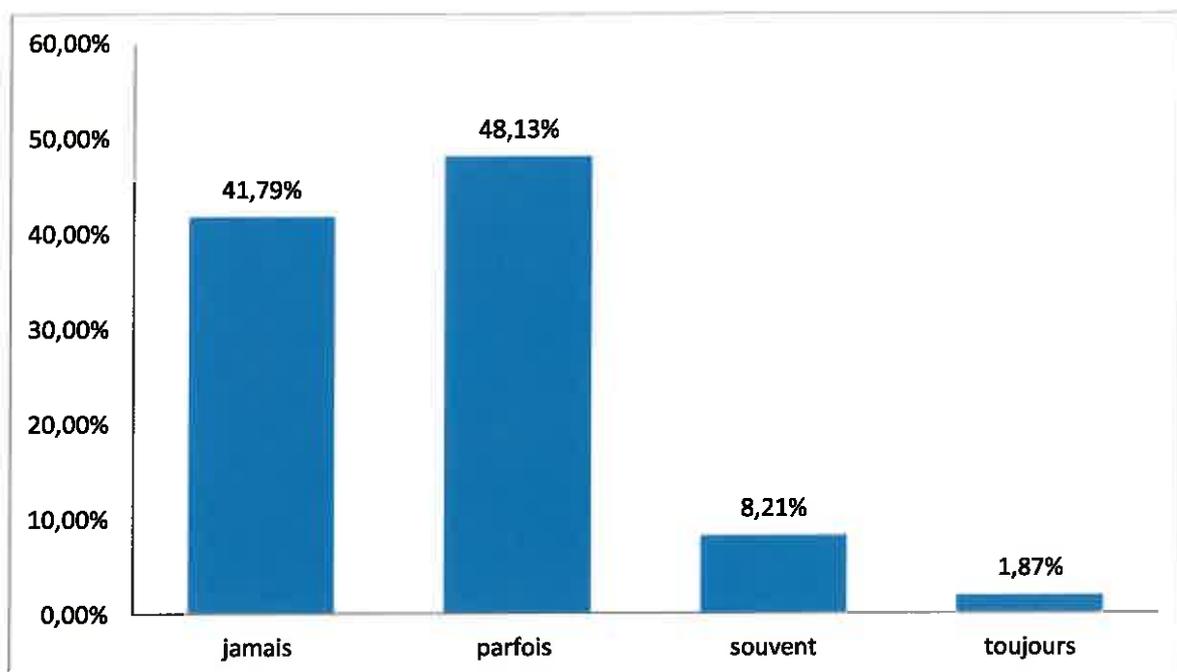


Figure 2 : fréquence de la transmission d'informations

Pour les M.K répondant « **parfois** », « **souvent** » et « **toujours** », nous demandons le ratio en pourcentage, entre les informations provenant des hôpitaux et celles provenant des centres de rééducation. Parmi les informations transmises aux M.K de l'échantillon, il apparaît que 35% proviennent des hôpitaux et 65% des centres de rééducation ; avec un écart type de 27,73% pour les hôpitaux et les centres de rééducation, une médiane de 30% pour les hôpitaux et de 70% pour les centres de rééducation, un minima de 0% et un maxima de 100% pour les deux.

Pour les M.K répondant « **parfois** », « **souvent** » et « **toujours** », nous demandons une approximation du ratio en pourcentage, entre les informations provenant sous format standardisé (par exemple, une fiche de liaison) et celles provenant sous format non standardisé (par exemple, une feuille manuscrite). Parmi les informations transmises aux M.K de l'échantillon, il apparaît que 51,64% sont sous format standardisé et 48,36% sont sous format non standardisé ; avec un écart type de 36,13%, une médiane de 50%, un minima de 0% et un maxima de 100% pour les informations standardisées comme pour celles non standardisées.

### 4.3. Les attentes des M.K libéraux

#### 4.3.1. La transmission

Dans l'échantillon, 85,45% des M.K libéraux pensent nécessaire une généralisation de la transmission, 14,55% ne le pensent pas. Le Test du Khi-deux est utilisé pour comparer les réponses à cette question en fonction de différents paramètres. Il n'y pas de différence statistiquement significative en fonction du milieu où se trouve le cabinet ( $p=0,54$ ), ni en fonction de la pratique seul ou à plusieurs de la profession ( $p=0,87$ ), ni en fonction des années de pratique en libéral ( $p=0,12$ ) et ni en fonction d'une expérience en tant que M.K salarié ou non ( $p=0,70$ ) (Annexe V). Nous comparons également les réponses à cette question en fonction des informations qui proviennent déjà à chaque M.K. Il y a une différence statistiquement significative ( $p=0,005$ ), les M.K qui ne reçoivent « **jamais** » ou qui reçoivent « **parfois** » des informations sont plus majoritaires à penser qu'une généralisation de la transmission est nécessaire par rapport aux M.K qui reçoivent « **souvent** » et « **toujours** » des informations (que nous rassemblons afin d'avoir des effectifs compatibles avec le test) (Annexe V).

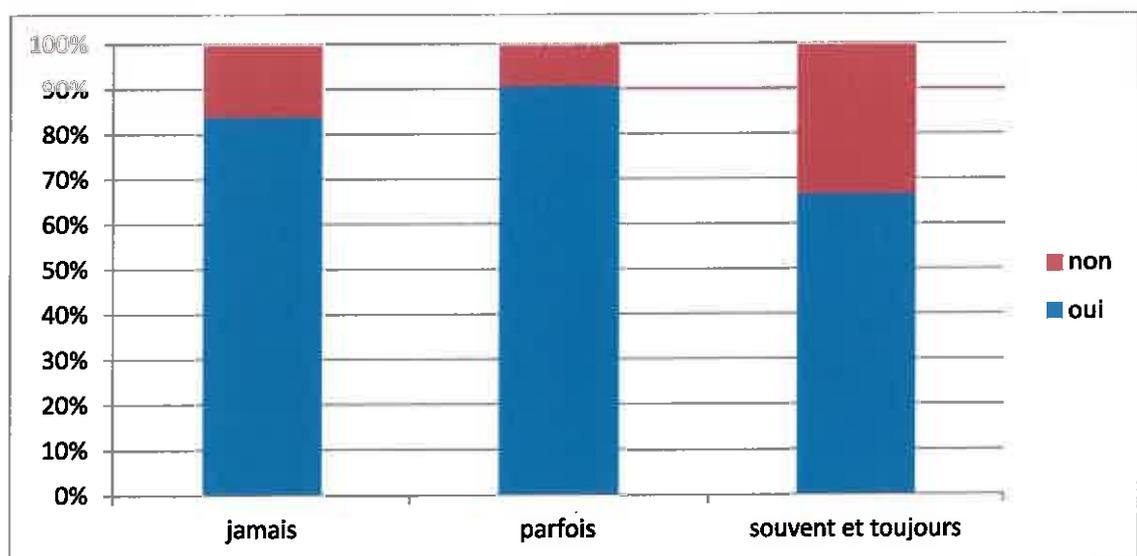


Figure 3 : souhait d'une généralisation de la transmission en fonction des informations reçues

Pour les M.K qui ne « **souhaitent pas** » de généralisation de la transmission, il est demandé de préciser les raisons, nous regroupons ces réponses en grandes catégories (Annexe IV) :

- ✓ l'expérience, les bilans et les informations données par le médecin et le patient sont suffisants (38,46%),
- ✓ la transmission déjà existante est suffisante (25,64%),
- ✓ la transmission est utile uniquement pour des cas exceptionnels (15,39%),
- ✓ la transmission est trop compliquée à mettre en place (7,69%),
- ✓ la transmission est inutile car en libéral ce n'est plus la même approche, ni le même moment de la rééducation (7,69%),
- ✓ la transmission est inutile car aucun patient ne vient des hôpitaux, ni des centres de rééducation (5,13%).

#### **4.3.2. Le contenu de la transmission**

Nous interrogeons les M.K libéraux de l'échantillon sur ce qu'ils pensent le plus utile et le plus prioritaire à transmettre, 18,34% répondent « **les BDK réalisés durant le séjour** », 13,10% répondent « **le protocole de rééducation déjà entrepris** » et 68,56% « **les deux** ».

#### **4.3.3. Les types de pathologies**

Nous demandons aux M.K libéraux de l'échantillon pour quel type de pathologies il serait le plus utile d'avoir davantage de transmission. Deux types de pathologies sont majoritairement cités, 49,78% répondent traumatologiques et 36,68% neurologiques (Annexe IV).

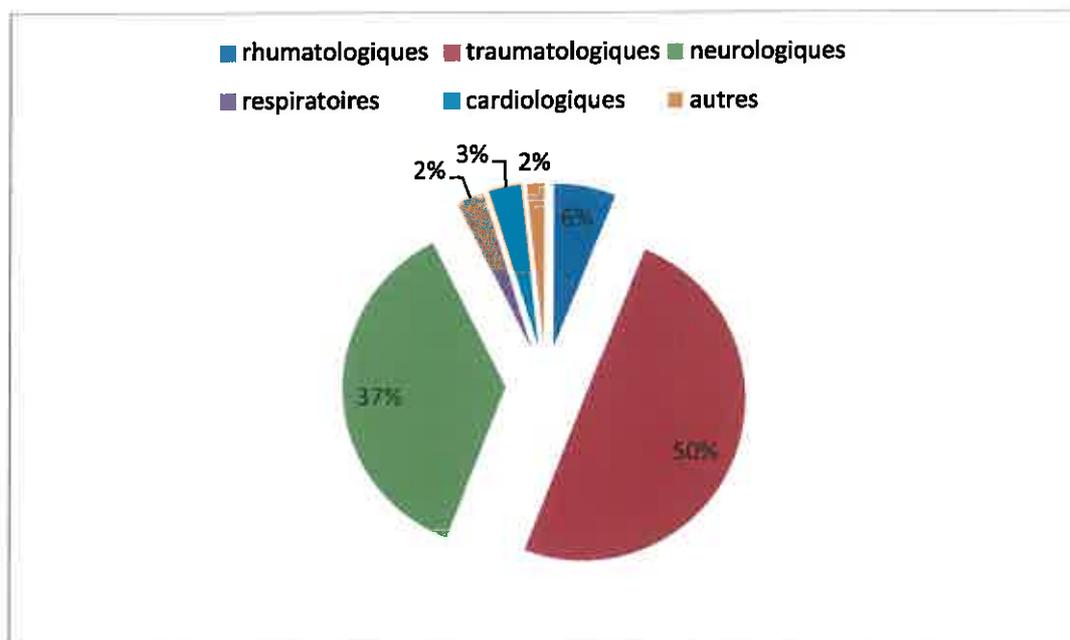


Figure 4 : types de pathologies pour lequel davantage de transmission serait le plus utile

Nous observons que 15,72% des M.K répondent le même type de pathologies qui est prédominant dans leur patientèle et 84,28% répondent un type de pathologies différent. Parmi ceux qui répondent un type différent, deux réponses sont majoritairement choisies, 51,29% répondent traumatologiques et 41,45% neurologiques (Annexe IV).

#### 4.3.4. Le bénéfice pour le patient

Parmi les M.K libéraux de l'échantillon, 94,76% pensent qu'une généralisation de la transmission serait un bénéfice pour la prise en charge des patients et 5,24% pensent que non.

#### 4.3.5. Le gain de temps pour le masseur-kinésithérapeute

Nous constatons que 66,38% des M.K libéraux de l'échantillon pensent qu'une généralisation de la transmission serait un gain de temps dans la pratique de la profession, 33,62% pensent que non.

#### 4.3.6. La standardisation

Il apparait que 69,43% des M.K libéraux de l'échantillon pensent que la transmission doit être standardisée (fiche de transmission avec un format unique par exemple) et 30,57% pensent que non.

#### 4.3.7. La méthode pour transmettre les informations

Parmi les M.K libéraux de l'échantillon ; 51,09% pensent que la méthode la plus efficace pour transmettre les informations est « **en main propre par le patient** », 36,25% « **par mail** », 11,79% « **par courrier** » et 0,87% « **par téléphone** ».

#### 4.4. La transmission des M.K libéraux aux M.K salariés

Lorsqu'un patient pris en charge par les M.K libéraux de l'échantillon, continue sa rééducation à l'hôpital ou dans un centre de rééducation, 32,09% des M.K libéraux ne font « **jamais** » suivre d'informations sur la rééducation déjà entreprise, 30,60% le font « **parfois** », 20,52% le font « **souvent** » et 16,79% le font « **toujours** ». Pour les M.K qui ne font jamais suivre d'informations, il est demandé de préciser les raisons, nous regroupons les réponses en grandes catégories (Annexe IV) :

- ✓ absence de patients qui continuent leur rééducation à l'hôpital ou en centre de rééducation (59,30%),
- ✓ par manque de temps (16,28%),
- ✓ lorsque les patients continuent leur rééducation à l'hôpital ou en centre de rééducation, les M.K ne sont pas prévenus (8,14%),

- ✓ la transmission leur semble inutile car les médecins et les nouveaux intervenants font un bilan et établissent de nouveaux objectifs (6,98%). Nous observons que sur les 6 M.K qui font cette remarque, 5 ne souhaitent pas de généralisation de la transmission car l'expérience, les bilans et les informations donnés par le médecin et le patient sont suffisants.
- ✓ Par manque d'habitude (4,65%),
- ✓ la transmission est inutile car les raisons de la prise en charge ne sont pas les mêmes (4,65%).

Nous comparons les réponses à cette question en fonction des informations que les M.K libéraux de l'échantillon reçoivent lors de la prise en charge d'un patient qui vient d'un hôpital ou d'un centre de rééducation. Afin d'avoir des effectifs compatibles avec le Test du Khi-deux nous rassemblons certaines réponses. Il apparaît une différence statistiquement significative ( $p=0,02$ ) (Annexe V), les M.K qui ne reçoivent « **jamais** » d'informations, ainsi que ceux qui en reçoivent « **parfois** » transmettent moins que les M.K qui en reçoivent « **souvent** » et « **toujours** » (que nous avons rassemblés). Nous comparons également les réponses à cette question en fonction d'une expérience ou non en tant que M.K salariés, cette fois il n'apparaît pas de différence statistiquement significative ( $p=0,51$ ) (Annexe V).

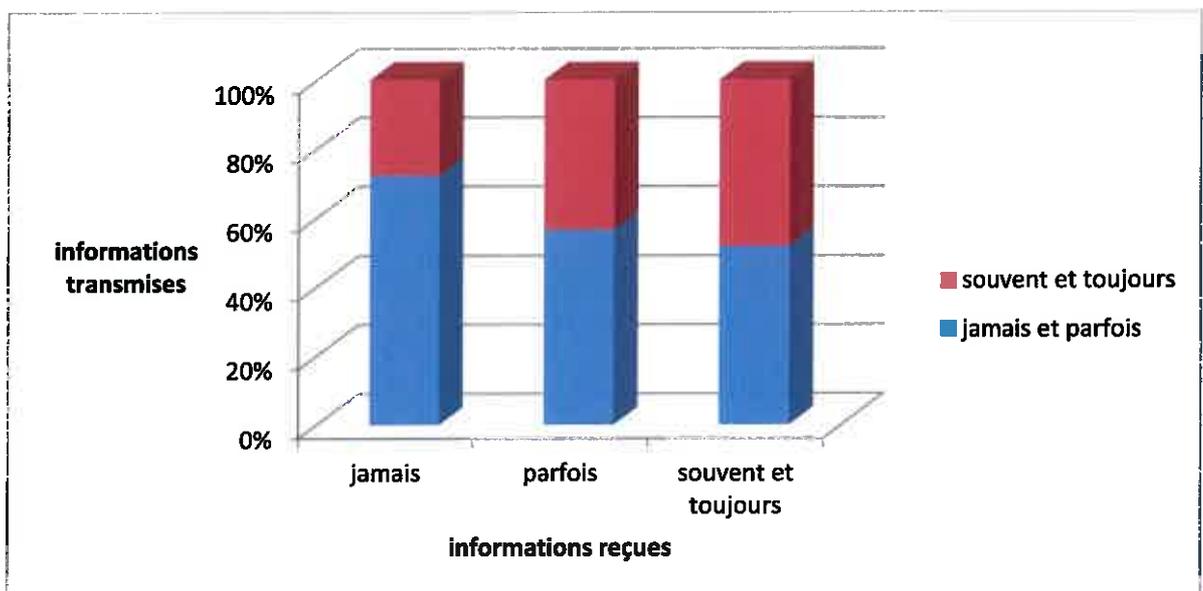


Figure 5 : informations transmises en fonction des informations reçues

#### 4.5. Les remarques

Parmi les M.K libéraux de l'échantillon, 15,67% font des remarques, il y a donc 42 remarques que nous rassemblons en grandes catégories pour plus de clarté (Annexe IV) :

- ✓ il est également nécessaire de développer la transmission du dossier médical : 11 M.K (26,19%),
- ✓ le dossier médical personnalisé (DMP) pourrait être un outil de transmission : 8 M.K (19,05%),
- ✓ il est également nécessaire de développer la transmission entre M.K libéraux : 8 M.K (19,05%),
- ✓ davantage de transmission ne doit pas entraîner une perte de temps : 5 M.K (11,91%),
- ✓ la transmission n'est pas forcément utile pour tous les patients : 3 M.K (7,14%),
- ✓ la transmission ne doit pas être standardisée afin de bien prendre en charge un patient et non une pathologie : 3 M.K (7,14%),
- ✓ une généralisation de la transmission reste très difficile à mettre en place : 2 M.K (4,76%),
- ✓ il serait souhaitable d'être averti lorsqu'un patient pris en charge est hospitalisé : 1 M.K (2,38%),
- ✓ les M.K libéraux sont souvent livrés à eux-mêmes : 1 M.K (2,38%).

## 5. DISCUSSION

### 5.1. L'échantillon

L'échantillonnage a été réalisé le plus rigoureusement possible, il reste cependant expérimental et certains choix sont arbitraires. Dans le premier degré, le tirage au sort des

départements est réalisé à partir de la liste complète de ces départements. La sélection aurait pu être également réalisée par un tirage au sort des départements région après région, nous avons jugé les méthodes équivalentes. Dans le deuxième degré, le choix de 2% des M.K libéraux de chaque département sélectionné est également arbitraire, motivé par le souci de limiter l'importance de l'échantillon et de le rendre exploitable.

Nous sommes confortés quant à la qualité de la méthode d'échantillonnage par l'atteinte des deux objectifs principaux que nous nous sommes fixés en ce qui concerne l'échantillon. D'abord celui-ci est compatible avec notre méthode d'enquête, en effet d'une population de 57 310 M.K libéraux, nous obtenons un échantillon au nombre de 346. De plus, celui-ci est représentatif, tout du moins pour les critères d'âge et de sexe. Nous retrouvons des valeurs pour ces deux critères sensiblement égales aux chiffres officiels de la D.R.E.E.S [13]. Enfin la sélection d'un département par région nous permet de couvrir un territoire important.

## 5.2. L'enquête

En ce qui concerne l'élaboration du questionnaire, plusieurs objectifs étaient fixés. Le premier étant une durée d'interrogatoire raisonnable, cet objectif est atteint ; en effet la durée d'un appel n'a jamais excédé 5 minutes. De plus les M.K qui se sont prêtés au jeu des questions n'ont que très rarement manifesté d'impatience. Le biais que constituent des réponses expéditives, et donc sans doute moins représentatives de la réalité, semble être limité. Le deuxième objectif était la clarté des questions. Pour la majorité de celles-ci cet objectif est atteint. Cependant et ce malgré les appels tests réalisés au préalable, deux questions posent des problèmes de compréhension. Il s'agit des questions 10 et 11, où il est demandé aux M.K d'estimer en pourcentage, parmi les informations qui leurs parviennent, la proportion de celles qui viennent d'un hôpital et celles qui viennent d'un centre de rééducation, de même avec les informations standardisées ou non. Après avoir été obligé pour certains cas de reformuler ces questions, nous nous sommes efforcés dans la suite de l'enquête à vérifier pour chaque M.K que les deux questions étaient bien comprises. Enfin l'objectif primordial était la possibilité d'exploiter les résultats. Pour la presque totalité des

questions ceci est possible. Néanmoins, les résultats pour les questions 10 et 11 doivent-être relativisés. En effet, pour ces deux questions, donner sur l'instant une estimation proche de la réalité semble compliqué et trop approximatif. De plus, pour la question 10, nous n'avons pas connaissance de la proportion des patients provenant d'un hôpital et de ceux provenant d'un centre de rééducation. C'est un biais important, car par exemple, la proportion des informations provenant des hôpitaux est en corrélation avec la proportion de patients provenant de ces mêmes hôpitaux.

Nous avons choisi de réaliser l'enquête par l'intermédiaire d'appels téléphoniques, ceci dans le but d'obtenir le maximum de réponses. Notre protocole d'enquête favorise également un taux de réponses satisfaisant ; en effet nous classons les M.K comme « non interrogeables » après cinq appels, tous passés un jour différent de la semaine. Nous avons aussi veillé à ne pas les contacter toujours au même moment de la journée. Avec un taux de 77,46%, l'objectif est donc atteint. Cependant les résultats pour le département de Paris se démarquent, nous obtenons un taux de réponses de seulement 42,42% (Annexe II). Le nombre de M.K « non interrogeables » (26 M.K), s'explique en partie par le fait que les appels ont été passés lors des vacances scolaires. Toutefois d'autres départements ont été interrogés pendant cette période et le taux de réponses n'est pas si diminué. Hormis le manque de temps souvent évoqué, nous n'avons pas d'explications précises en ce qui concerne le nombre important de M.K « ne souhaitant pas répondre » par rapport aux autres départements (12 M.K sur 18 M.K pour l'ensemble des départements).

### **5.3. Les résultats**

Notre enquête interroge les M.K libéraux, par conséquent nous étudions principalement la communication dans le cas où le patient continue sa prise en charge en libéral. La première question sur la transmission est également la question centrale de notre étude : une communication entre M.K salariés et M.K libéraux existe-elle ? La réponse est oui, elle existe, mais dans une proportion minime. En effet, nous pouvons considérer qu'il y a communication lorsque la transmission d'informations est régulière, donc pour les réponses

« souvent » et « toujours » dans notre questionnaire. Nous pouvons alors dire qu'une communication existe, lorsque le patient arrive ou retrouve le cabinet libéral dans seulement 10,08% des cas. Nous ne considérons pas qu'il existe une communication pour les réponses « parfois » ; en effet pour la majorité des M.K qui répondent ceci, ils précisent que la transmission d'informations est alors très rare voir exceptionnelle. Plus frappant encore, il y a absence totale de transmission dans 41,79% des cas. Cette situation est identique si le cabinet se trouve en milieu urbain ou rural. Nous voulions également étudier les réponses à cette question en fonction du type de pathologies prédominant dans la patientèle, malheureusement ceci n'est pas réalisable en raison du nombre important de variables qui entraîne des effectifs trop minimes et incompatibles avec le Test du Khi-deux. Nous observons que certains M.K, outre le manque d'informations sur les éléments de rééducation, déplorent également le manque de transmission des éléments du dossier médical, notamment des examens effectués. D'autres M.K déplorent quant à eux, le manque de communication entre M.K libéraux.

La suite du questionnaire a pour but d'analyser les caractéristiques de la transmission existante en ce qui concerne sa provenance et son support. En raison de biais expliqués précédemment, ces résultats peuvent seulement nous donner une idée de la situation. Il semble que la transmission d'informations est plus fréquente lorsque le patient vient d'un centre de rééducation. Il semble également que dans la moitié des cas un support standardisé est utilisé.

La communication entre M.K salariés et M.K libéraux est donc très limitée. Cette constatation prend alors plus d'importance quand 85,45% des M.K libéraux pensent qu'une généralisation de la transmission est nécessaire. Le manque de communication est objectivé et les M.K ressentent ce manque ; en effet ce sont ceux qui reçoivent le moins d'informations qui sont les plus demandeurs d'une généralisation de cette pratique. Pour ceux qui ne souhaitent pas davantage de transmission, les raisons diffèrent. Nous retrouvons les cas où la transmission est déjà suffisante et efficace. Ceci nous montre qu'il existe des cas où le partage des données fonctionne de manière régulière et où les M.K sont satisfaits (nous notons que dans cette situation, les M.K précisent souvent qu'ils se trouvent en milieu rural et qu'ils communiquent avec des petits établissements aux alentours). Nous retrouvons aussi les cas où

aucun patient n'entre dans le cadre d'un besoin de communication. Certains pensent que la transmission ne doit concerner que des cas particuliers. Les autres la trouvent inutile ou trop compliquée à mettre en place, mais restent très minoritaires.

La plupart des M.K libéraux souhaite plus de communication. Ils nous renseignent alors sur les éléments qui pourraient rendre cette transmission d'informations efficace, pertinente et utile. Pour cette partie du questionnaire, seuls les M.K qui souhaitent davantage de transmission sont interrogés, ce qui nous prive donc de l'avis intéressant des M.K qui ont répondu ne pas souhaiter davantage de transmission, car dans leur cas celle-ci est performante.

Tout d'abord la majorité souhaite que la transmission contienne les éléments du bilan diagnostique kinésithérapique (BDK) et aussi le protocole de rééducation déjà entrepris. Le BDK peut alors renseigner sur l'état et l'évolution du patient, et pourra être confronté à ceux prochainement réalisés par le M.K libéral. L'information sur la rééducation déjà effectuée permet de poursuivre la prise en charge avec la cohérence indispensable pour impliquer le patient dans son parcours de soins. Pour preuve, 94,76% des M.K libéraux pensent que plus de transmission serait bénéfique pour la prise en charge des patients.

Nous constatons que deux types de pathologies (traumatologiques et neurologiques) sont principalement cités comme étant ceux où le besoin de transmission se fait le plus ressentir. Ce résultat et les échanges avec les M.K lors des appels nous font penser que deux situations de communication se dégagent. La première s'inscrit dans une prise en charge temporaire, à la suite d'interventions chirurgicales ou d'accidents traumatiques par exemple. Le but de la transmission est alors de permettre une poursuite des soins cohérente, d'être informé sur l'évolution du patient, sur la rééducation déjà entreprise et les particularités de la prise en charge (type d'intervention ou contre-indications éventuelles). La seconde s'inscrit quant à elle dans une prise en charge au long cours, pour des affections de longue durée, des affections chroniques et des pathologies qui entraînent un état de dépendance définitif. Les séjours à l'hôpital ou en centre de rééducation alternent donc avec la prise en charge en

libéral. Le but de la transmission est dans ce cas de permettre la coordination des soins, afin que tous les intervenants collaborent au projet de vie du patient et permettent une rééducation optimale, logiquement et collectivement élaborée.

Une majorité des M.K interrogés (69,73%) souhaite que le support de la transmission soit standardisé. Cette pratique permet un gain de temps autant dans la rédaction que dans la lecture de la transmission. Elle permet aussi de limiter les incompréhensions dues à des écritures difficilement lisibles. La standardisation ne doit cependant pas faire passer le patient en arrière plan, il s'agit de renseigner sur une pathologie mais aussi sur un patient avec sa situation particulière de rééducation.

Pour ce qui est de la méthode, 51,09% des M.K interrogés répondent que le moyen le plus efficace pour transmettre est de passer par l'intermédiaire du patient. Ce résultat peut paraître paradoxal quand nous connaissons la multiplication des moyens technologiques permettant de communiquer facilement. Cette réponse est souvent justifiée par la simplicité de la méthode, ainsi les informations parviennent directement au M.K sans intervention de celui-ci. Le fait de responsabiliser le patient par rapport à sa rééducation est également évoqué. Nous constatons que tout de même 36,25% des M.K pensent que la méthode la plus efficace est de communiquer via l'outil informatique.

Lorsque nous parlons de généraliser la communication, quelques M.K émettent des réserves, ils évoquent principalement une charge de travail supplémentaire et une perte de temps. Nous notons que la majorité n'est pas de cet avis, en effet 66,38% de l'échantillon pensent qu'une généralisation de la transmission serait au contraire un gain de temps dans la pratique de la profession.

Enfin nous avons également interrogé les M.K sur la communication entre M.K salariés et M.K libéraux dans le cas de figure inverse, quand le patient est amené à poursuivre ou à compléter sa rééducation à l'hôpital ou en centre de rééducation. Là aussi nous considérons qu'il y a communication quand le partage d'informations est une habitude dans la pratique.

Nous constatons alors que la communication est présente dans 37,31% des cas. C'est un résultat plus important que dans la situation inverse, néanmoins la transmission reste limitée. Il est également possible qu'un biais existe, en effet et sans mettre en cause la bonne foi des M.K, il peut-être envisagé que leur jugement soit différent entre ce qu'ils accomplissent eux-mêmes, et ce qu'ils reçoivent en échange. Nous considérons ce biais limité. Pour les M.K qui ne font jamais suivre d'informations, la raison qui est principalement évoquée est que le cas de figure ne se présente jamais. Nous nous interrogeons sur ce résultat aussi largement partagé (59,30%) ; en effet il est étrange que cette situation ne se soit jamais produite, notamment en ce qui concerne la prise en charge de patient avec des affections qui nécessitent plusieurs hospitalisations ou des séjours en centre de rééducation. L'argument du manque de temps est également utilisé, cependant pour que la communication se développe et soit efficace il nous semble nécessaire que la transmission d'informations fonctionne dans les deux sens. La perte de temps alors évoquée peut alors se révéler nécessaire pour améliorer les habitudes de partage des données et en contrepartie recevoir plus régulièrement les informations souhaitées. En effet il apparaît que les M.K qui transmettent le plus d'informations sont ceux qui en reçoivent également le plus. Cela révèle l'importance de la mise en relation des différents intervenants. Une fois la communication initiée, le partage des données devient une habitude.

#### **5.4. Comment transmettre ?**

La transmission des données du patient entre tous les M.K doit pouvoir se développer. Cependant notre étude montre qu'en pratique cette démarche reste compliquée à mettre en place. Les qualités de rapidité, de clarté et de simplicité sont donc indispensables pour une transmission efficace.

Il nous semble que la première étape pour transmettre des informations utiles est l'utilisation d'outils de bilans validés et connus de tous. Les informations doivent également être compréhensibles et les évaluations reproductibles. S'ils le souhaitent, plusieurs aides et renseignements sont à disposition des M.K pour réaliser des bilans avec des outils

d'évaluation de qualité. Nous avons plusieurs exemples avec les recommandations de l'HAS [14] [15] [16] [17] [18] [19]. D'autres avec certains ouvrages que nous trouvons dans la littérature [20] [21], ou avec des sites internet comme celui de l'Association Française pour la Recherche et l'Evaluation en kinésithérapie [22] et celui du Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation [23]. La page internet Kinéscoop propose près de 40 liens vers des sites qui recensent les différents outils de mesure [24]. Les informations trouvées sur internet sont néanmoins très hétérogènes, il appartient aux M.K de juger de la qualité de la ressource utilisée [25].

Ensuite il est évident que toutes les informations se trouvant dans le BDK ne sont pas à utiliser. La transmission est alors un recueil synthétisé des informations utiles pour les intervenants qui poursuivent la prise en charge du patient. Un format standardisé et adapté aux pathologies semble être le plus pertinent. Bien entendu une partie plus rédactionnelle n'est pas à exclure, notamment pour bien prendre en compte les caractéristiques du patient dans son environnement. L'utilisation de fiche de transmission nous semble donc la solution la plus adéquate. Elle peut alors être élaborée par le M.K (il existe des logiciels pour construire une fiche de bilan [26]) ou par l'établissement. Pour exemple, dans notre région le Centre de Réadaptation Fonctionnelle (CRF) Hospitalor de Forbach, après avoir objectivé le manque de transmission avec les M.K libéraux de Moselle, a élaboré en concertation avec eux, une fiche de liaison sur la situation de handicap du patient [27]. Les sites internet précédemment cités proposent aussi des fiches de bilans standardisées. Il est également possible de s'inspirer des fiches de synthèses destinées aux médecins prescripteurs, ceci en adaptant ou en complétant les informations qui sont utiles aux M.K. Depuis une dizaine d'années les revues scientifiques proposent régulièrement des fiches de bilan type pour différentes pathologies ou situations de handicap, là encore nous avons en référence quelques exemples [28] [29] [30] [31] [32] [33].

L'étape suivante est la transmission des informations. Deux choix principaux s'offrent à nous. Le premier est la possibilité de passer par l'intermédiaire du patient, une solution largement plébiscitée par les M.K interrogés. La seconde est l'utilisation des moyens informatiques de partage d'informations, cette solution semble être amenée à se développer à

l'avenir, notamment avec le Dossier Médical Personnel (DMP). C'est également un moyen de partage des données plus écologique et moins encombrant. Le DMP est créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [34]. Il est un outil moderne et performant qui a pour but d'améliorer la coordination, la qualité et la continuité des soins pour tous grâce à la traçabilité de l'information [35]. C'est en quelque sorte un carnet de santé informatisé et sécurisé, accessible sur internet. Il peut être créé pour tout bénéficiaire de l'assurance maladie. Ce projet s'inscrit totalement dans la transmission des données entre M.K salariés et M.K libéraux, il se veut être une réponse efficace, nationale et sécurisée aux projets de liaison ville-hôpital [36]. Le M.K a toute sa place dans l'élaboration de ce dossier, en effet tout professionnel est autorisé à ajouter des documents nécessaires à la coordination des soins dès lors qu'il possède une Carte de Professionnel de Santé (CSP). De plus certains logiciels destinés aux M.K sont compatibles avec le DMP. Initialement prévu pour 2007, le projet fait alors face à un calendrier très rapidement jugé irréaliste [37]. En effet le changement culturel dans la pratique des professions de santé est majeur. De plus les contraintes budgétaires, techniques, économiques et de sécurité des données sont considérables et n'ont pu être réglées dans la précipitation. Cependant les gouvernements successifs n'ont jamais abandonné le projet et la création d'une nouvelle structure en 2009, l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip santé) [38], permet son développement. Ainsi après plusieurs expérimentations, le DMP est désormais accessible par tous depuis son lancement officiel le 5 janvier 2011. Il reste à savoir comment celui-ci va se développer, la création d'un DMP étant soumis à l'approbation des patients. Au dernier recensement datant du 24 mars 2013, 309 797 DMP ont été créés en France et 231 établissements l'utilisent [39]. Nous notons qu'en Lorraine seulement 2490 dossiers ont été créés et 2 établissements l'utilisent (le CHR Metz-Thionville et l'hôpital de Pont-à-Mousson). Cependant cette situation devrait rapidement s'améliorer, en effet le lancement du DMP a été plus tardif en Lorraine que dans certaines régions pilotes, d'autant plus que notre région est active sur le plan de l'«esanté», notamment avec le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Télésanté Lorraine [40]. Il reste à savoir également comment les M.K vont s'approprier ce nouvel outil de communication et s'ils vont l'intégrer dans la pratique de la profession. Le développement du DMP est dépendant de la promotion et de l'information de celui-ci auprès des patients et des professionnels.

Il nous semble nécessaire de souligner l'importance des réseaux de santé pour la transmission des données, spécialement pour la prise en charge des pathologies chroniques. Ils ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires [41]. En effet il est objectivé que l'appartenance à un réseau de soins augmente nettement la communication et la pratique de manière consensuelle [42]. Les réseaux, pour des pathologies chroniques ou non, peuvent alors être un moyen de favoriser le partage des données avec par exemple l'élaboration de fiche de bilan [43], ou la mise en place de moyens d'hébergement des informations [44]. L'état favorise et incite la coordination des pratiques professionnelles par l'intermédiaire des réseaux de santé ; d'une part par la loi qui implique aussi bien les établissements de santé [45], que les professionnels libéraux [46] ; d'autre part par ses instances qui œuvrent au développement de ces pratiques. Par exemple l'HAS propose un outil pour faciliter le parcours de soins des patients avec des pathologies chroniques, le programme personnalisé de soins (PPS) [47]. Le Ministère de la Santé fait des réseaux un élément majeur de l'amélioration de la coordination des soins [48]. Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont-elles les garantes de la transversalité entre tous les acteurs qui participent à la prise en charge des patients au niveau local. Dans notre région, l'ARS de Lorraine établit des objectifs précis pour la coordination des acteurs, professionnels, structures et réseaux tout au long du parcours de soins. Ceci pour des patients où le M.K est directement impliqué, il s'agit en effet de 8 thématiques dont font partie les accidents vasculaires cérébraux, les maladies chroniques ou les personnes en situation de handicap [49]. D'après le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) [50], 716 réseaux de santé ont bénéficié de financement en 2011. La Lorraine fait partie des régions où nous retrouvons le plus de réseaux, ils sont au nombre de 42.

Notons que les autres professions paramédicales s'intéressent également à la problématique de la transmission des données du patient, notamment la profession d'Infirmier. Là aussi la tenue d'un dossier du patient est obligatoire [51] et celui-ci est considéré comme un outil déterminant de la qualité des soins et de la communication des données [52]. Dans la pratique hospitalière, les Infirmiers ont l'habitude d'utiliser un support de communication avec les transmissions ciblées [53]. Ce recueil d'informations peut

également servir à la transmission lors de la sortie du patient, alors sous forme de fiche de liaison où la synthèse des données est appelée « macrocible de sortie » [54]. Cette profession s'intéresse également à la question de la qualité de la transmission ainsi qu'à l'utilisation des dossiers informatiques et l'aide apportée à la communication par les réseaux de santé [55] [56] [57]. De plus, depuis la réforme des études, nous retrouvons dans le référentiel relatif au diplôme d'Etat Infirmier, la compétence « *Organiser et coordonner des interventions soignantes* », qui comprend par exemple les actions de « *Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité* » et d'« *instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes* » [58] [59]. La transmission des informations est une problématique commune aux professions de santé. Une concertation sur les outils, les pratiques et les habitudes de chacun sur ce sujet serait sans doute intéressante. Notons également que l'évocation des autres professions de santé associées à la transmission renvoie à un sujet tout aussi vaste et complexe, celui de la communication entre l'ensemble des professionnels.

Enfin, nous pensons utile de rappeler que la transmission des données du patient est soumise à réglementation. Le partage des informations doit donc se faire en respectant les droits des patients. Chaque personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant aux soins, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. De plus le patient doit être informé de la transmission de ses données et peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations le concernant à un ou plusieurs professionnels de santé [60]. Le non respect de ces droits relève de sanctions pénales [61]. La notion de secret partagé est donc très importante et permet le respect du secret professionnel tout en permettant la transmission des informations. En ce qui concerne les données sur support informatique, elles sont réglementées par loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, qui est modifiée par la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 6 août 2004 [62]. Le non respect de cette réglementation est lui aussi soumis à des sanctions pénales [63]. La réglementation est complétée par un décret sur les informations médicales, qui oblige par exemple l'utilisation de

la Carte de Professionnel de Santé (CSP) lors de la transmission de données [64]. La Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés (CNIL) apporte aux professionnels de santé les conseils utiles autant dans l'élaboration d'un dossier informatique que dans sa transmission grâce à son guide [65].

## 6. CONCLUSION

Notre étude met en évidence un manque flagrant de transmission des données du patient entre les M.K. La situation principalement étudiée et objectivée est celle où le patient poursuit sa rééducation avec un M.K libéral, après un séjour en centre de rééducation ou à l'hôpital. Il semble que dans la situation inverse et aussi lorsque le patient change de M.K libéral, le même manque de communication est présent. Il serait cependant intéressant de réaliser d'autres études pour également objectiver ce manque dans ces deux situations.

Une grande majorité des M.K déplore l'insuffisance de la transmission et souhaite un développement de cette pratique au service de la qualité de la prise en charge. L'utilisation de la transmission des données du patient ne s'oppose donc pas à un refus des M.K. Les obstacles sont plus des contraintes de temps et de logistique. De plus la pratique étant peu répandue, il existe une absence de culture de la communication et un manque d'habitude du partage des données. Nous pensons que l'élément clé est la mise en relation des professionnels pour favoriser l'initiation de la pratique et ainsi la rendre habituelle. En effet il apparait qu'il existe des situations où le partage des informations fonctionne parfaitement et notre étude montre que lorsque la transmission est régulière de l'établissement vers le cabinet libéral, elle l'est tout autant dans la situation inverse. La réussite de cette communication est dépendante de la participation de tous aux efforts à réaliser et au partage réciproque des informations.

Cependant nous pensons que cette situation devrait s'améliorer. En effet un exemple comme celui de C.R.F de Forbach montre que des initiatives de mise en relation des professionnels au niveau local existent. De plus les moyens informatiques comme le DMP

répondent totalement aux contraintes de temps et de logistique. Il serait d'ailleurs intéressant de réaliser une étude sur l'information à propos du DMP et de son utilisation par les M.K. Les réseaux de santé qui se développent, favorisent quant à eux la rencontre entre les professionnels et donc la communication.

Nous pensons pouvoir dire que, peu importe le support et le moyen de transmettre, le plus important est que la transmission existe et que la communication soit engagée. Ceci avec des informations devant être les plus appropriées possible. Enfin il nous semble, qu'outre un bénéfice pour les patients et les professionnels, la communication est une composante d'une profession unie et en cohésion. La transmission des données du patient permet également de partager et de diffuser les points de vue et les pratiques de chacun ainsi que les évolutions des moyens et des techniques.

# BIBLIOGRAPHIE

[1]. **LAROUSSE**. - Définition du dictionnaire Français. 2013.

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication>> (page consultée le 13 janvier 2013).

[2]. **LAROUSSE**. - Définition du dictionnaire Français. 2013.

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coordination>> (page consultée le 13 janvier 2013).

[3]. **REPUBLIQUE FRANCAISE**. - Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant sur le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes : article R4321-91 du code de la santé publique. Journal officiel de la République Française n°0258 du 5 novembre 2008.

[4]. **ROCTON R**. - LES BILANS : aspect légal et opposabilité. - Kinésithérapie Scientifique, 2002, 427, p.15-20.

[5]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE**. - Le dossier du patient en masso-kinésithérapie. Service Recommandations et Référence Professionnelles. Mars 2000.

[6]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant sur le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes : article R4321-105 du code de la santé publique. Journal officiel de la République Française n°0258 du 5 novembre 2008.

[7]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant sur le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes : article R4321-106 du code de la santé publique. Journal officiel de la République Française n°0258 du 5 novembre 2008.

[8]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.**- Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, dossier du patient : réglementation et recommandations. Service évaluation des pratiques. Juin 2003.

[9]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Manuel de certification des établissements de santé V2. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. Septembre 2004.

[10]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Manuel de certification des établissements de santé V2007. Direction de l'accréditation. Juin 2007.

[11]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Manuel de certification des établissements de santé V2010 révisé 2011. Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Avril 2011.

[12]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Service évaluation en établissements de santé. Novembre 2001.

[13]. **SICARD D.** - Document de travail: Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Mars 2012.

[14]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Masso-kinésithérapie et traitement orthopédique des déformations congénitales isolées du pied au cours des six premiers mois de la vie. Service des recommandations professionnelles. Janvier 2004.

[15]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après arthroplastie totale du genou. Service des recommandations professionnelles. Janvier 2008.

[16]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou. Service des recommandations professionnelles. Janvier 2008.

[17]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles en masso-kinésithérapie. Évaluation fonctionnelle de l'AVC. Service évaluation des pratiques. Janvier 2006.

[18]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles en masso-kinésithérapie. Rééducation de l'entorse externe de la cheville. Service évaluation des pratiques. Novembre 2004.

[19]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et masso-kinésithérapie. Service des recommandations et références professionnelles. Avril 2001.

[20]. **VIEL E.** - Bien rédiger le bilan-diagnostic kinésithérapique. 1<sup>er</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2006. 200 p. ISBN 978-2-294-05114-2.

[21]. **BETHOUX F., CALMELS P.** - Guide des outils de mesure et d'évaluations en médecine physique et de réadaptation. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Frison-Roche, 2012. 403 p. ISBN 978-2-87671-550-9.

[22]. **AFREK.** - *Examens cliniques.* In Association Française pour la Recherche et l'Evaluation en kinésithérapie. [En ligne]. <[http://www.afrek.org/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=41&Itemid=30](http://www.afrek.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=41&Itemid=30)> (page consultée le 25 janvier 2013).

[23]. **PELISSIER, Jacques. PELLAS, Frédéric. BENAÏM, Charles. FATTAL, Charles.** - *Principales échelles d'évaluation en Médecine Physique et Réadaptation (deuxième édition).* In Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation. [En ligne]. <[http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id\\_rubrique=531](http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=531)> (page consulté le 25 janvier 2013).

[24]. **KINESCOOP.** - *Outils de mesure.* In KineScoop Portail de la Kinésithérapie & de la Physiothérapie. [En ligne]. <[http://www.kinescoop.com/Outils-de-mesure\\_r58.html](http://www.kinescoop.com/Outils-de-mesure_r58.html)> (page consultée le 25 janvier 2013).

[25]. **TRUDELLE P.** - Chronique d'internet. À la recherche des bilans sur internet. Kinésithérapie la revue, 2006, 6, 49, p. 44-46.

[26]. **TRUDELLE P.** - Les logiciels informatiques et le BDK. Kinésithérapie la revue, 2004, 4, 29-30, p. 30-32.

[27]. **RACLE-PINEIRO P.** - Etude de faisabilité et évaluation d'une fiche de liaison sur la situation de handicap du patient entre le CRF « hospitalor » et les Masseur-Kinésithérapeutes libéraux de Moselle. 2007. 23 p. Diplôme d'université « stratégies de compensation du handicap » : Mulhouse.

[28]. **SELLERON B., BOURIC G., GOUILLY P.** - La fiche bilan en kinésithérapie respiratoire de l'adulte. Kinésithérapie la revue, 2010, 10, 99, p. 30-32.

[29]. **CHATELAIN G.** - Fiche de bilan dans le cadre des déformations du rachis de l'enfant. Kinésithérapie les cahiers, 2005, 44-45, p. 68-71.

[30]. **FAUSSER C., SEBBAN S., ÉVENOU D., BRAY J., COUSTURES L., CARMES T., MENIER I.** - Prise en compte des dimensions de la prise en charge kinésithérapique au sein de la nouvelle fiche d'examen du Réseau Bronchiolite Île-de-France. Kinésithérapie scientifique, 2012, 538, p.31-35.

[31]. **THÉVENET P., ROCHE-APAIRE B., BRUN JC.** - Proposition d'une fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapique. Kinésithérapie scientifique, 2002, 427, p 21-23.

[32]. **GOUILLY P.** - Fiche de bilan dans le cadre de l'analyse des capacités motrices de la personne âgée à domicile. Mode d'emploi. *Kinésithérapie la revue*, 2006, 6, 54, p. 25-29.

[33]. **ANDRÉ-VERT J., CORDESSE G., GOUILLY P.** - Fiche de bilan dans le cadre du suivi du patient après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplastie d'épaule. Mode d'emploi. *Kinésithérapie la revue*, 2011, 11, 120, p. 24-27.

[34]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article 3) : article L161-36-1 du code de la sécurité social. *Journal officiel de la République Française n°0190 du 17 août 2004.*

[35]. **AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGÉS DE SANTÉ.** - *Le DMP en quelques mots.* In Dossier médical personnel. [En ligne]. <<http://www.dmp.gouv.fr/professionnel-de-sante/en-savoir-plus-sur-le-dmp/le-dmp-en-quelques-mots>> (page consultée le 10 mars 2013).

[36]. **AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGÉS DE SANTÉ.** - Guide pratique du projet DMP en établissement de santé, 2<sup>e</sup> édition. Mai 2012.

[37]. **MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE.** - Le rapport sur le dossier médical personnel (DMP). Première partie : diagnostic. Novembre 2007.

[38]. **MONTAGNAC Richard., DE BLOCK Michaël., LASNIER Pascale.** - *Le dossier médical personnel (DMP) : un service innovant pour les patients*. 2013. <<http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/778962/resultatrecherche/1>> (page consultée le 24 mars 2013).

[39]. **AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGÉS DE SANTÉ.** - *Nombre d'établissements de santé utilisateurs par région*. In Dossier médical personnel. [En ligne]. <<http://www.dmp.gouv.fr/nb-es-par-region>> (page consultée le 25 mars 2013).

[40]. **DELGOFFE Christian.** - *Présentation de Télésanté Lorraine*. In SOLSTIS la plateforme santé en Lorraine. [En ligne]. <<https://www.sante-lorraine.fr/portail/vous-et-nous/telesante-lorraine/presentation,395,219.html?>> (page consulté le 10 mars 2013).

[41]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation : Article L6321-1 du code de la santé publique. Journal officiel de la République Française n°0206 du 6 septembre 2003.

[42]. **LEJOSNE C.** - Vers le travail en réseau : la communication Ville-Hôpital en kinésithérapie. Étude sur la communication Ville-Hôpital entre les kinésithérapeutes prenant en charge un même patient atteint d'une pathologie chronique. *Kinésithérapie scientifique*, 2003, 433, p. 25-30.

[43]. **TRUDELLE P.** - Les réseaux bronchiolite sont utiles. *Kinésithérapie la revue*, 2006, 6, 50, p. 20-24.

[44]. **ROYANT-PAROLA S., DAGNEAUX S., HARTLEY S., ESCOURROU P.** - Dossier médical sommeil : un outil de partage de données. L'expérience du Réseau Morphée, 2008, 5, 17, p. 34-37.

[45]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : article L6111-1 du code de la santé publique. Journal officiel de la République Française n°0167 du 22 juillet 2009.

[46]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : article L4011-1 du code de la santé publique. Journal officiel de la République Française n°0167 du 22 juillet 2009.

[47]. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** - Programme personnalisé de soins (PPS). Les parcours de soins. Février 2012.

[48]. **MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE.** - Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Direction générale de l'offre de soins. Octobre 2012.

[49]. **AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE LORRAINE.** - Les thématiques transversales. Janvier 2012.

[50]. **FONDS D'INTERVENTION POUR LA QUALITÉ ET LA COORDINATION DES SOINS.** - Rapport d'activité 2011. Septembre 2012.

[51]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Décret n° 2008-877 du 29 août 2008 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers ou infirmières : article : R4311-3 du code de la santé publique. Journal officiel de la République Française n°0204 du 2 septembre 2008.

[52]. **CLAVAGNIER I.** - Le dossier de soins. La revue de l'infirmière, 2008, 57, 138, p 29-32.

[53]. **FLACHAIRE DE ROUSTAN I.** - Les transmissions ciblées, un outil incontournable de la qualité des soins. La revue de l'infirmière, 2008, 57, 146, p. 31-34.

[54]. **MARTIN J. R., AUBENEAU C., GÉNITEAU E.** - Les synthèses de soins. La revue de l'infirmière, 2009, 58, 150, p. 29-31.

[55]. **PALMIER S., RIBAL E.** - Réseaux ville/hôpital, transmettre pour mieux soigner. Soins, 2006, 51, 702, p. 44-46.

[56]. **SAKER L.** - Transmissions hôpital/ville : « quelles sont les informations utiles à une prise en charge optimale à domicile ? ». 2012. 20 p. Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'État Infirmier : Laxou.

[57]. **POUTOUT G.** - État des lieux des réseaux de santé en 2012. La revue de l'infirmière, 2012, 61, 183, p. 14-16.

[58]. **WEBER M. T.** - Organiser et coordonner les interventions soignantes (compétence 9). Soins, 2009, 54, 740 p. 59.

[59]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel de la République n°0181 du 31 juillet 2009.

[60]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : article L1110-4 du code de la santé publique. Journal officiel de la République Française n°0185 du 11 août 2011.

[61]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 portant adaptation de la valeur en euros de certains montants exprimés en francs dans les textes législatifs : article 226-13 du code pénal. Journal officiel de la République Française n°0221 du 22 septembre 2000 en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002.

[62]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés : articles 1 à 72. Journal officiel de la République Française n°0182 du 7 août 2004.

[63]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés : article 226-21 du code pénal. Journal officiel de la République Française n°0182 du 7 août 2004.

[64]. **REPUBLIQUE FRANCAISE.** - Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) : articles : R. 1110-1 à R. 1110-3 du code de la santé publique. Journal officiel de la République Française n°113 du 16 mai 2007.

[65]. **COMMISION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DE LIBERTÉS.** - Guide professionnels de santé. Les guides de la CNIL. Édition 2011.

# ANNEXES

- ✓ **ANNEXE I : le questionnaire**
  
- ✓ **ANNEXE II : les départements et le nombre de M.K à contacter**
  
- ✓ **ANNEXE III : le tableau Excel : codage et saisie des données**
  
- ✓ **ANNEXE IV : les résultats**
  
- ✓ **ANNEXE V : les tests du Khi-deux**

## **ANNEXE I : le questionnaire**

**Préalable type lors d'un appel :** Bonjour Madame/Monsieur, excusez moi de vous déranger. Louis ANCEL, je suis étudiant en troisième année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Nancy. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'état, je réalise un questionnaire téléphonique. Le questionnaire porte sur la transmission entre les masseur-kinésithérapeutes salariés et les masseur-kinésithérapeutes libéraux. Avez-vous un peu de temps pour répondre aux questions, cela prend moins de cinq minutes ?

### **Informations générales**

1. Âge : \_\_\_\_\_

2. Sexe :

- Homme
- Femme

3. Année du diplôme d'état : \_\_\_\_\_

4. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que masseur-kinésithérapeute libéral ? \_\_\_\_\_

5. Exercez-vous seul ?

- Oui
- Non

6. Votre cabinet se trouve :

- En milieu rural
- En milieu urbain

7. Quel type de pathologies est prédominant dans votre clientèle ? (une seule réponse possible)

- Rhumatologiques
- Traumatologiques
- Neurologiques
- Respiratoires
- Cardiologiques
- Autres

Précisez : \_\_\_\_\_

8. Avez-vous déjà exercé en tant que masseur-kinésithérapeute salarié ?

- Oui
- Non

Si oui : à l'hôpital  ou en centre de rééducation  ?

### **La transmission**

9. Lors de la prise en charge d'un nouveau patient, ayant commencé sa rééducation à l'hôpital ou dans un centre de rééducation avez-vous des transmissions d'informations sur celle-ci ? (en dehors de la prescription médicale)

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

*S'ils répondent jamais à cette question, les questions 10 et 11 ne les concernent pas.*

10. Parmi les informations qui vous parviennent, comment estimez-vous en pourcentage, la proportion des informations qui viennent d'un hôpital et la proportion de celles qui viennent d'un centre de rééducation. (pour les réponses parfois, souvent et toujours)

- Hôpital : \_\_\_\_\_ %
- Centre de rééducation : \_\_\_\_\_ %

11. Parmi les informations qui vous parviennent, comment estimez-vous en pourcentage, la proportion des informations qui vous parviennent sous format standardisé (fiche de transmission ou fiche de liaison par exemple) et la proportion de celles qui ne sont pas sous format standardisé (rédigées ou manuscrites par exemple).

- Standardisées : \_\_\_\_\_ %
- Non standardisées : \_\_\_\_\_ %

12. Pensez-vous qu'une généralisation de la transmission entre masseur-kinésithérapeutes salariés et masseur-kinésithérapeutes libéraux serait nécessaire ?

- Oui
- Non Pourquoi ? \_\_\_\_\_

*S'ils répondent non à cette question, les questions 13, 14, 15, 16,17 et 18 ne les concernent pas.*

13. Selon vous, que serait-il le plus prioritaire et le plus utile à transmettre ?

- Les BDK réalisés durant le séjour
- Le protocole de rééducation déjà entrepris
- Les deux

14. Selon vous pour quel type de pathologies serait-il le plus utile d'obtenir davantage d'informations ? (une seule réponse possible)

- Rhumatologiques
- Traumatologiques
- Neurologiques
- Respiratoires
- Cardiologiques
- Autres

Précisez : \_\_\_\_\_

15. Selon vous une transmission généralisée serait-elle bénéfique pour la prise en charge des patients ?

- Oui
- Non

16. Selon vous une transmission généralisée serait-elle un gain de temps dans la pratique de votre profession ?

- Oui
- Non

17. Selon vous cette transmission doit-elle être standardisée ? (fiche de transmission ou fiche de liaison par exemple)

- Oui
- Non

18. Quelle serait alors la méthode la plus efficace pour transmettre les informations ?

- Par mail
- Par courrier
- En mains propres par le patient
- Autres

Précisez : \_\_\_\_\_

19. Inversement lorsqu'un de vos patients continue sa prise en charge à l'hôpital ou dans un centre de rééducation, faites-vous suivre des informations sur la rééducation que vous avez entreprise ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Pourquoi ? \_\_\_\_\_

20. Avez-vous des remarques supplémentaires au sujet de la transmission ?

- Oui
- Non

Lesquelles : \_\_\_\_\_