



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

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

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

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122. 4.

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

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

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTERE DE LA SANTE
REGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

**LES TRANSMISSIONS INTERPROFESSIONNELLES DANS LE SUIVI
DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX**

ETAT DES LIEUX AUPRES DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES LIBERAUX DU GRAND-EST

**Sous la direction de
Mme Claudie CHAUVIERE**

Mémoire présenté par **Julien DUCHET**,
étudiant en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de valider l'UE 28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020.



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), **DUCHET Julien**

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à **Nancy**, le **15 Avril 2020**

Signature

REMERCIEMENTS

A travers ces quelques lignes et ces quelques mots, je tenais à remercier les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire, tant par leurs conseils, leur bienveillance ou même leur présence.

Tout d'abord, je remercie chaleureusement Mme Claudie Chauvière, Cadre de Santé Masseur-Kinésithérapeute à Lay-Saint-Christophe, pour son travail de directrice de mémoire. Merci pour votre accompagnement intellectuel, votre présence, vos encouragements, le temps accordé à ce projet et vos précieux conseils, vous qui m'avez permis de commencer et de terminer cette aventure.

Je remercie également Mr Jean-Pierre Cordier, Cadre Formateur à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nancy, en qualité de référent pédagogique, vous qui avez suivi mon parcours et qui m'avez accompagné tout au long de ma scolarité au sein de l'IFMK, merci.

Je remercie mes collègues de promotion, notamment Arthur, Clara, Jordan, Maëlle et Méline, pour tous ces moments passés à vos côtés. Je remercie également les membres du Groupe A et mes collègues de parcours les « Articles 25 ».

Je tenais également à remercier mes amis Jérôme, Margaux, Mélusine et Priscillia pour leur soutien indéfectible tout au long de ma scolarité et même plus encore.

Pour finir, j'adresse mes remerciements à mes parents qui ont été là à toutes les étapes de ma formation, tant dans les moments de joie que dans les moments de doute. Merci pour votre soutien.

A tous ceux qui ont été là, même ceux que je n'ai pas cité au travers de ma plume, merci à vous, c'est grâce à vous que j'en suis arrivé là aujourd'hui, c'est grâce à vous que ce mémoire a vu le jour. Merci.

Les transmissions interprofessionnelles dans le suivi des accidents vasculaires cérébraux : état des lieux auprès des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand-Est

Introduction : L'AVC représente en France la première cause de décès des femmes et la troisième des hommes. Chaque année, 140 000 nouveaux cas nécessitent une hospitalisation et la moitié des patients adultes gardent un handicap. La filière hospitalière est précisément décrite dans la littérature mais la transition avec la kinésithérapie libérale est plus hétérogène. Sachant que le retard ou l'oubli de communication peut nuire à la continuité de la rééducation, il est important de s'interroger sur les transmissions à ce moment du parcours et plus précisément dans le cadre de la consultation post-AVC.

Matériel et méthode : Après des recherches sur les transmissions d'informations concernant le patient AVC, nous avons procédé à l'envoi d'un questionnaire via Google Form® à 2085 masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand-Est via l'URPS et 80 via une série d'appels téléphoniques. Les résultats ont été collectés du 12/12/2019 au 19/02/2020.

Résultats : Au total, 95 réponses ont été analysées, soit 4,4% de répondants. Dans ce panel, 27% reçoivent des transmissions dans le cadre des prises en charge AVC, 53% retransmettent des informations aux autres acteurs de la filière et 2% connaissent l'outil de transmissions dans le cadre de la consultation post-AVC. Sur les 98% « non-connaisseurs », 71% souhaiteraient des informations supplémentaires notamment sur le suivi post-AVC à domicile ainsi que sur le rôle du masseur-kinésithérapeute et des autres intervenants dans ce parcours de santé. En termes d'outil « idéal », les attentes concerneraient un document préétabli, rapide à remplir, contenant des informations administratives, médicales, fonctionnelles et des évaluations.

Discussion : Les échanges entre les professionnels dans la prise en charge des AVC sont inconstants. Les transmissions reçues et émises ont une qualité jugée moyenne, bien que les informations reçues correspondent aux attentes des masseurs-kinésithérapeutes. Il subsiste un manque de connaissances sur la filière post-AVC et sur les rôles des différents intervenants dans ce parcours de santé. L'absence de consensus en matière d'échanges interprofessionnels pour le secteur libéral est un frein à la continuité de toute la filière. La nécessité de coordonner ces différents acteurs est révélée par les résultats de ce travail d'enquête.

Mots clés : AVC, coordination, kinésithérapie, libéral, transmissions.

Interprofessional transmissions in the care of strokes: state of play among self-employed physiotherapists in the French region Grand-Est

Introduction: Stroke is the leading cause of death among women in France and the third one among men. Each year, 140,000 new cases require hospitalization and half of adult patients keep a disability. The hospital sector is well described in literature, but the transition from self-employed physiotherapy is more heterogeneous. Knowing that the delay or oversight of communication can badly affect the continuity of reeducation, it is important to wonder about the transmissions at this time of the health care pathway and more exactly within the framework of the post-stroke consultation.

Materials and methods: After some research into transmission of information dealing with the stroke patient, we sent questionnaires with Google Form® to 2,085 self-employed physiotherapists from the region Grand-Est with URPS and 80 through phone calls. The results were collected from 12/12/2019 to 19/02/2020.

Results: Finally, 95 responses were analyzed, being 4.4% of respondents. In this panel, 27% receive transmissions in a context of stroke care, 53% send them to the other actors of the pathway and 2% know the device of post-stroke consultation. Among the 98% "non-experts" of the latter, 71% wish for further information on post-stroke follow-up at home and on the role of the physiotherapist and other actors of the health care pathway. In terms of an "ideal tool", expectations are on a quick pre-established paper to complete with administrative, medical, functional information and scales of assessments.

Discussion: Exchanges between professionals in the health care pathway of strokes are inconstant. The transmissions received and sent have an average mark, although the information received meet the physiotherapists' expectations. There is still a lack of knowledge on the post-stroke pathway and on the roles of the different actors of that health pathway. The absence of consensus in term of interprofessional exchanges in the self-employed sector is a brake to the continuity of the entire sector. The necessity to coordinate those different actors is revealed by the results of this study.

Key words: stroke, coordination, physiotherapy, self-employed, transmissions.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
1.1. Cadre du sujet et problématique	1
1.2. L'Accident Vasculaire Cérébral	2
1.2.1. Physiopathologie	2
1.2.2. La filière AVC.....	3
1.3. Parcours de soins / Parcours de santé	4
1.4. Qu'en est-il au niveau du Grand-Est ?.....	5
1.5. L'AVC en chiffres	6
1.6. La communication en santé et le masseur-kinésithérapeute.....	8
1.6.1. Aspect législatif.....	8
1.6.2. Au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.....	11
2. MATERIEL ET METHODE	13
2.1. Stratégie de recherche documentaire	13
2.2. Méthode	16
2.2.1. Type d'étude.....	16
2.2.2. Population.....	16
2.2.3. Questionnaire	17
2.2.3.1. Méthodologie de réalisation	17
2.2.3.2. Distribution	18
2.2.3.3. Recueil des données	18
2.2.3.4. Aléas de diffusion et réajustements.....	19
2.2.4. Analyses statistiques des données	20
2.3. Matériel.....	20
2.3.1. Rédaction du questionnaire	20
2.3.2. Les différentes parties du questionnaire.....	22
2.3.2.1. Introduction	22
2.3.2.2. Démographie	23

2.3.2.3. Habitudes d'informations.....	23
2.3.2.4. Transmissions et informations reçues	23
2.3.2.5. Informations envoyées	24
2.3.2.6. Outil standardisé de transmissions	24
2.3.2.7. Vers l'élaboration d'un outil de transmission idéal	25
2.3.2.8. Remarques à propos du questionnaire	25
2.3.3. Référencement des outils et matériels	25
3. RESULTATS.....	25
3.1. Caractéristiques de la population.....	26
3.2. Habitudes d'informations	29
3.3. Transmissions et informations reçues.....	30
3.4. Transmissions envoyées	32
3.5. Outil standardisé de transmissions.....	34
3.6. Vers l'élaboration d'un outil de transmission idéal.....	35
3.7. Remarques à propos du questionnaire	38
4. DISCUSSION	39
4.1. Analyse des résultats.....	39
4.1.1. Nombre de répondants	39
4.1.2. Méthodologie du questionnaire.....	40
4.2. Le choix du questionnaire.....	41
4.3. Discussion autour des résultats	42
5. CONCLUSION	49

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Répartition pour 100 000 habitants des masseurs-kinésithérapeutes et des AVC en France et dans le Grand-Est	8
Figure 2 – Diagramme de flux du questionnaire sur la répartition des personnes touchées par le questionnaire aux répondants (en rouge les individus sortis de l'étude)	26
Figure 3 – Comparaison des répartitions par tranches d'âge entre la population de répondants (n=95) (à gauche) et celle de l'échantillon représentatif (n=385) (à droite).....	27
Figure 4 – Répartition départementale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ayant répondu au questionnaire (n=95)	28
Figure 5 – Répartition de la population de répondants (n=95) en fonction des questions	29
Figure 6 – Répartition des habitudes d'informations des répondants (n=95).....	30
Figure 7 – Format des transmissions reçues par les masseurs-kinésithérapeutes répondants recevoir des informations (n=26).....	30
Figure 8 – Informations réelles reçues par les masseurs kinésithérapeutes (n=26).....	31
Figure 9 – Informations reçues souhaitées par les répondants (n=95) et par les professionnels recevant des informations (n=26)	32
Figure 10 – Format des informations envoyées par les masseurs-kinésithérapeutes (n=50)....	32
Figure 11 - Informations envoyées par les masseurs-kinésithérapeutes (n=50).....	33
Figure 12 – Informations nécessaires aux masseurs-kinésithérapeutes « non-connaisseurs » de l'outil standardisé et demandeurs d'informations (n=66).....	34
Figure 13 – Informations administratives idéales souhaitées par les masseurs-kinésithérapeutes (n=95).....	35
Figure 14 – Informations médicales idéales sollicitées par les masseurs-kinésithérapeutes (n=95).....	36
Figure 15 – Informations à communiquer concernant les échelles que souhaitent utiliser les professionnels dans le cadre de l'AVC (n=95).....	37
Figure 16 – Informations idéales sur l'aspect fonctionnel du patient selon les répondants (n=95)	37
Figure 17 – Informations sur le sens de la transmission idéale (n=95)	38
Figure 18 – Pour les 26 masseurs-kinésithérapeutes qui reçoivent des transmissions : informations souhaitées (en orange) comparées aux informations reçues (en bleu)	44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I – Résultats de la stratégie de recherche documentaire	15
Tableau II – Echantillon représentatif des kinésithérapeutes libéraux par sexe ou par catégorie d'âge par département pour la région Grand-Est	17
Tableau III – Population des MK libéraux répondants au questionnaire par sexe ou par catégorie d'âge par département	27

LISTE DES ABREVIATIONS

La première apparition dans le texte est suivie d'un astérisque (*).

AIT : Accident Ischémique Transitoire
ALD : Affection Longue Durée
ARA : Action Research Arm Test
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BDK : Bilan Diagnostic Kinésithérapique
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
DGOS : Direction Générale de l'Offre des Soins
DMP : Dossier Médical Partagé
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HAS : Haute Autorité de Santé
HeTOP : Health Terminology/Ontology Portal
HTA : Hyper-Tension Artérielle
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IRR : Institut Régional de Réadaptation
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MEDLINE : Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH : Medical Subject Headings
MIF : Mesure d'Indépendance Fonctionnelle
MK : Masseur-Kinésithérapeute
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PASS : Postural Assessment Scale for Stroke
PEDro : Physiotherapy Evidence Database
PRS : Programme Régional de Santé
SAED : Situation, Antécédents, Evaluation et Demandes
SFNV : Société Française Neuro-Vasculaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UE : Unité d'Enseignement
UNV : Unité Neuro-Vasculaire
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques
USINV : Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires

1. INTRODUCTION

1.1. Cadre du sujet et problématique

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC)* représente une des premières causes de décès dans le monde (1). C'est la première cause de décès chez les femmes et la troisième chez les hommes en France (2). C'est une urgence médicale absolue qui nécessite une prise en charge immédiate (3). Il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)* comme résultant de « *l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux. [...] Les conséquences de l'AVC dépendent de la partie du cerveau touchée et de la gravité de l'atteinte* » (4).

En France, cela représente plus de 140 000 cas par an, dont 30 000 d'Accidents Ischémiques Transitoires (AIT)* qui nécessitent une hospitalisation (5). En termes de coûts directs, l'Assurance Maladie évalue à 3,5 milliards d'euros les remboursements inhérents à l'AVC quel que soit le régime de l'assuré (5). Parmi eux, 24% des coûts estimés concernent les prises en charge en soins infirmiers et en masso-kinésithérapie pour des séquelles d'AVC. Quant à la rééducation, elle concerne 37% du coût de l'AVC aigu et 24% du coût de l'AVC avec séquelles (6).

Les enjeux du suivi de cette pathologie sont en lien avec son urgence initiale et ses conséquences sur la vie du patient. Il est maintenant communément admis que les quelques heures qui suivent un AVC sont cruciales (7) et qu'elles vont engendrer de nombreux mois de rééducation ainsi qu'un parcours de soins parfois conséquent (8). Lors de ce parcours, plusieurs professionnels de santé, plusieurs interlocuteurs, plusieurs équipes, plusieurs services interviennent (9). A chaque étape de ce « *parcours patient* », les différents professionnels s'assurent de la qualité, de la continuité et de la sécurité de soins (10,11). Des urgences, qui prennent en charge le patient à son domicile, en passant par l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)*, la réanimation, le service de neurologie ou de médecine polyvalente, puis par le centre de

rééducation spécialisé ou polyvalent, jusqu'au libéral, chaque transfert nécessitera de faire suivre les informations du patient, son suivi, son évolution, ses objectifs (12).

Les transmissions sont un des principaux outils dans le parcours pluriprofessionnel des patients ayant subi un AVC et notamment dans la rééducation. Un recueil de données des transmissions émises et reçues par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux a été réalisé. L'objectif, à plus long terme, est d'optimiser les transmissions standardisées permettant d'améliorer la qualité, la sécurité et la continuité des soins entre les professionnels de santé, et notamment les masseurs-kinésithérapeutes, dans le cadre du parcours de rééducation.

La question de recherche posée est la suivante : **Quelles informations en lien avec l'évaluation du patient AVC sont transmises lors de son passage entre un établissement de rééducation et le milieu libéral ? Les communications interprofessionnelles concernant les patients AVC utilisent-elles un outil standardisé ? Le référentiel de la consultation d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC mis en place en 2015 est-il connu et utilisé ? Les informations transmises sont-elles adaptées ?**

Cet état des lieux a été réalisé sous forme d'une enquête auprès des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand Est et matérialisé par un questionnaire pour répondre aux hypothèses d'un manque de transmissions reçues et émises, d'une méconnaissance de la filière AVC et de l'absence de consensus dans les échanges. Après l'exposition des données de la littérature, la méthodologie de l'enquête sera présentée et ses résultats discutés avant de conclure.

1.2. L'Accident Vasculaire Cérébral

1.2.1. Physiopathologie

Lors de l'utilisation de ce terme générique, la composante ischémique ou hémorragique n'est pas déterminante. En France, l'accident vasculaire est majoritairement ischémique avec 71% des hospitalisations, contre 25% pour l'hémorragie cérébrale (5). La localisation variable

des lésions amène des tableaux cliniques multiples avec différentes répercussions fonctionnelles (13,14).

La diminution, voire l'interruption du flux sanguin cérébral va entraîner une perte plus ou moins réversible des fonctions cérébrales (15). En effet, l'absence d'oxygène et de glucose engendrée par cette baisse de débit n'est pas homogène : c'est le gradient d'hypoperfusion (16). Dans le cadre de l'ischémie, de la périphérie au centre, trois zones peuvent être délimitées à l'imagerie : l'oligémie modérée, la pénombre et la nécrose (16,17). Les dégâts tissulaires les plus importants et irréversibles sont les plus proches de la zone de nécrose, d'où l'importance d'une prise en charge rapide (18,19).

1.2.2. La filière AVC

La campagne gouvernementale « *AVC, agir vite c'est important* » vise à sensibiliser le Grand Public à la prise en charge rapide de l'AVC. Il est d'ailleurs important de reconnaître rapidement les signes, afin de prévenir les secours et permettre l'organisation rapide de la prise en charge du patient. Les trois signes d'alerte importants à retenir sont l'apparition brutale d'une déformation au niveau de la face et en particulier la bouche, un déficit sensitivo-moteur au niveau d'un hémicorps et une aphasie. Il est à noter que l'apparition d'autres signes de manière « *soudaine et brutale* » peuvent aussi être évocateurs d'un AVC tels qu'une ataxie, des céphalées intenses, un déficit visuel, des vertiges, une amnésie, une confusion, une dysphagie ou des vomissements (8,20–22).

La conduite à tenir est déterminée par les symptômes du patient (aphasie, déficit moteur, état de conscience...), ses paramètres physiologiques (hyperthermie, hyper-hypoglycémie, tension artérielle, pression intracrânienne...), sa biologie sanguine (numération de formule, bilan de coagulation...) et ses résultats d'imagerie (13).

Une prise en charge en Unité Neuro-Vasculaire doit être rapide car le délai pour effectuer une thrombolyse (dans le cadre d'un AVC ischémique) est de 4 à 5 heures, avec un maximum de 7h18. En effet, les études montrent que plus le traitement par Alteplase (activateur tissulaire recombinant du plasminogène intra-veineux) ou thrombectomie mécanique par exemple, est

précoce, plus l'impact est positif sur la survie du patient (7,22,23). Ces traitements entraînent une surveillance accrue, car dans le cadre d'un AVC ischémique, une des complications du traitement est la transformation en hémorragie (24).

1.3. Parcours de soins / Parcours de santé

La Haute Autorité de Santé (HAS)* décrit la prise en charge de l'AVC comme une priorité de santé publique (25) et évalue une partie du suivi par les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS)*. En phase aiguë, l'orientation des patients se fait préférentiellement vers les établissements disposant d'une UNV ou d'une unité permettant un parcours de soins télé-AVC. Pour permettre la mise en place d'un tel dispositif, la filière préhospitalière joue un rôle fondamental dans l'orientation des patients (26,27). La phase hospitalière, constituée essentiellement des UNV et des Unités de Soins Intensifs Neurovasculaires (USINV)*, doit permettre, dans les meilleurs délais, des examens cliniques, biologiques et d'imagerie ainsi qu'une intervention thérapeutique sur le patient. En 2016, 60,7% des patients ont été suivis en UNV et 2,3% via le dispositif télé-AVC (28). Lors de la phase hospitalière, une évaluation des besoins de rééducation/réadaptation est réalisée dans les 24 à 48 heures, par un médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation et/ou un professionnel de la rééducation. Cette évaluation initiale permet d'orienter la suite du parcours (25,28,29). En 2016, 80% des dossiers portent une trace de cette évaluation, cette moyenne ayant augmenté de 3 points par rapport aux audits précédents. Il est noté également que 49,1% des patients ont été évalués par un professionnel de la rééducation, 9,6% par un professionnel et un médecin et 1,6% par un médecin uniquement. Un cinquième des dossiers ne comportent aucune évaluation. Dans ceux comportant une évaluation par un professionnel de rééducation, 48% des professionnels impliqués sont des masseurs-kinésithérapeutes. Une évaluation du score d'autonomie est également réalisée à la sortie du patient et est présente dans 44% des dossiers (28).

Une fois cette phase dépassée, le patient sera généralement transféré dans un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)*, qu'il soit polyvalent ou spécialisé en « *gériatrie* » ou en « *affection du système nerveux* ». Selon les données de la HAS, 73% des patients ont été transférés en SSR spécialisés, sur les 32% des patients allant en SSR. Parmi les

transferts vers des SSR spécialisés, 46% d'entre eux concernent une orientation en « *affection du système nerveux* » et 26% en « *gériatrie* » (28).

Le suivi rééducatif s'effectue en général à domicile. Depuis la circulaire de 2015, relative à « *l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC* », les patients bénéficient d'un suivi par un médecin de la filière AVC dans les 6 mois suivant leur sortie d'un service hospitalier de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)* (30). Cette consultation peut être associée à un bilan par les professionnels paramédicaux et médico-sociaux. Pour les patients sortants de SSR, 40% des dossiers comportent une consultation programmée et ce chiffre est plus faible dans les établissements ayant moins de prises en charge d'AVC. La moyenne nationale de cette consultation est de 54% de programmation (28).

Lorsqu'une personne est atteinte de maladie chronique ou d'une Affection Longue Durée (ALD)*, comme un AVC par exemple, elle est amenée à faire régulièrement des examens, des consultations, des suivis via des professionnels libéraux... Dans cette démarche émerge la notion de « *médecine de parcours* ». La qualité des soins reçus se doit d'être la plus englobante possible, tant au niveau médical que social. En effet, la fragilité du patient est non seulement liée à son affection mais également aux retentissements dans sa vie quotidienne, sociale, ou professionnelle et fait intervenir de multiples interlocuteurs et services d'aides. C'est alors qu'il faut revoir la notion de parcours de soins pour la rendre plus globale et moins vue comme une suite d'actes de soins. C'est le paradigme de parcours de « *santé* » qui se veut plus global, avec une meilleure coordination entre tous les acteurs des différents secteurs. C'est dans cette démarche que « *l'assurance maladie se positionne davantage comme l'instrument financier d'une démarche professionnelle, qui vise à la qualité de l'accompagnement soignant de chaque personne tout au long de sa vie* » (31).

1.4. Qu'en est-il au niveau du Grand-Est ?

L'Agence Régionale de Santé (ARS)* du Grand-Est, dans son Projet Régional de Santé (PRS)* 2018-2028, rappelle que les maladies cardio-neuro-vasculaires représentent un nombre important de décès par rapport à la moyenne nationale : 204 décès/100 000 habitants contre

186/100 000 en national (32). De plus, l'AVC constitue la première cause de handicap et la deuxième de démence après Alzheimer (2,5,32).

Au niveau régional, l'ARS vise à une optimisation de l'offre de santé d'urgence, de la filière préhospitalière, en passant par les UNV, le télé-AVC, l'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC)*, l'USINV. Elle vise également à l'amélioration des modalités du suivi à domicile, que ce soit par l'éducation thérapeutique, la consultation post-AVC, la formation des professionnels de santé et de rééducation. Le parcours de santé des patients AVC tend également à prendre le virage de l'ambulatoire, avec notamment la pérennisation et le développement des équipes mobiles de SSR neurologique (33). L'ARS précise également que les patients nécessitent une surveillance régulière et étroite car c'est une population à risque de récurrence, justifiant le développement d'une communication entre les différents professionnels de santé (32).

1.5. L'AVC en chiffres

La prévalence de cette pathologie est de 1,6%, avec une moyenne d'âge de 73 ans et une augmentation du risque et de la prévalence avec l'âge (29). Au-delà de l'incidence de 140 000 nouveaux AVC par an, il est estimé que 800 000 personnes sont concernées par un AVC dont 500 000 qui en gardent des retentissements au quotidien (34). Chaque année, l'AVC cause 40 000 décès avec une mortalité de 28% dans le mois suivant l'affection et de 40 à 50% à 5 ans (29). La Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV)* reprend les chiffres de l'AVC et estime que cette pathologie va engendrer 7,8 millions de morts d'ici à l'horizon 2030 (34). Elle rappelle également les disparités sur le maillage de la prise en charge au niveau régional, notamment au niveau des UNV. Le suivi des facteurs de risques semble être un élément déterminant de cette pathologie : hypertension artérielle (HTA)*, diabète, tabagisme, consommation d'alcool et obésité, entre autres (34–37). Ces facteurs de risques sont cruciaux, surtout pour les jeunes adultes (38). Ce suivi semble important compte tenu du fait que 30 à 40% des patients subissent une récurrence dans les cinq ans (29).

Sur une population générale, les chiffres de l'impact de cette affection montrent qu'une personne sur six aura un AVC dans sa vie et un tiers des patients resteront avec une restriction

de participation. Les chiffres nationaux indiquent que 75% des personnes de moins de 18 ans ayant survécu conservent un handicap physique. Au niveau de la population adulte et tout type confondu, un AVC sur deux laisse un handicap moteur ou une altération du langage et 40% de la population active peut reprendre une activité professionnelle à temps plein (2,5,34). De manière générale, la survie des patients à 90 jours post-événement a considérablement augmenté en France ces dernières années. Cette augmentation intervient en parallèle d'une majoration du nombre d'AVC et d'un vieillissement accru de la population, avec des besoins spécifiques en termes de santé (2,5,6,23,34,35,39).

Au niveau des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes, selon les données de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)*, la France comptait au 1^{er} Janvier 2017, 87 991 professionnels dont 70 738 en libéral, 13 337 en salariat hospitalier et 3 916 en autres salariés (40). La population est mixte avec 50,6% de femmes et 49,4% d'hommes. Cette parité reste identique en exercice libéral et devient largement féminine en salariat qu'il soit hospitalier ou en autres secteurs avec 69% de consœurs. Globalement, la densité de professionnels de santé a augmenté de manière significative et plus rapidement que l'accroissement de la population entre 2000 et 2016. Selon les projections de la DREES, les effectifs devraient augmenter de 57% jusqu'en 2040 avec 133 000 masseurs-kinésithérapeutes. Tout cela interviendrait en parallèle d'une augmentation des besoins dus au vieillissement de la population. Le mode d'exercice libéral continuerait lui aussi de se développer (41).

Au 1^{er} Janvier 2017, la France comptait 66 954 000 habitants (42), ce qui fait un ratio de 131,4 masseurs-kinésithérapeutes (MK)* pour 100 000 habitants, dont 105,7 en libéral. Les nouveaux AVC représentent 140 000 personnes, dont 30 000 AIT, avec 71% d'AVC ischémiques, soit un ratio de 116,6 AVC ischémiques pour 100 000 habitants et 41,1/100 000 hémorragiques. Des chiffres qui augmentent légèrement depuis 2014 (112,8 pour les AVC ischémiques, 39,9 pour les hémorragiques) (5). En conclusion, ces chiffres montrent une bonne couverture des soins de kinésithérapie sur l'ensemble du territoire, sans tenir compte des disparités géographiques, lorsqu'ils sont corrélés aux ratios de l'AVC.

Au niveau du Grand Est, la population au 1^{er} Janvier 2017 était de 5 657 093 habitants (43), ce qui fait un ratio de 114,9 masseurs-kinésithérapeutes (MK) pour 100 000 habitants, dont 96,5 en libéral (44). Au niveau de l'AVC dans la région, les données de Lecoffre *et al.* de 2014 donnent une répartition de 111,5 AVC ischémiques pour 100 000 habitants contre 38,7/100 000 pour les hémorragiques (5). Le maillage de professionnels observé est plus faible qu'au niveau national avec une répartition des AVC quasiment identique aux chiffres de la France entière. La répartition des AVC et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans le Grand-Est est, selon ces chiffres, quasiment aussi importante qu'au niveau national, de par la densité des professionnels de santé (Fig. 1).

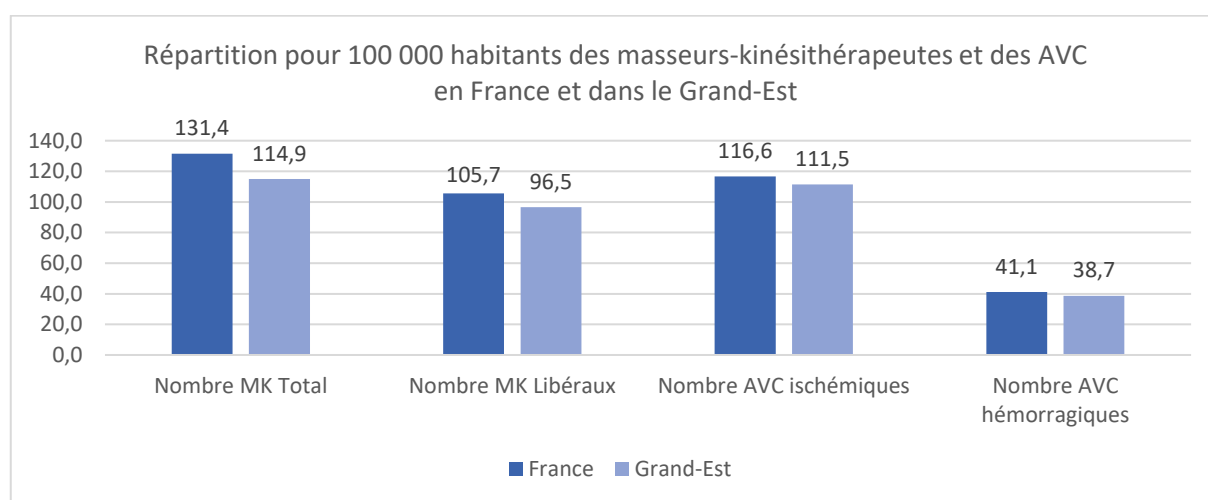


Figure 1 – Répartition pour 100 000 habitants des masseurs-kinésithérapeutes et des AVC en France et dans le Grand-Est

1.6. La communication en santé et le masseur-kinésithérapeute

1.6.1. Aspect législatif

Après avoir abordé le suivi de l'AVC en France, interrogeons-nous maintenant sur les échanges interprofessionnels, et plus particulièrement pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Les transmissions et la communication avec les autres professionnels de santé font partie intégrante des exigences du métier de masseur-kinésithérapeute. Au niveau légal, cette notion est abordée à plusieurs moments, que ce soit lors de la scolarité ou de l'exercice professionnel.

Tout d'abord, dans le décret de compétences du masseur-kinésithérapeute, il est mentionné à l'Article 2, que le professionnel de santé doit s'occuper de façon holistique du patient en prenant en compte toutes ses caractéristiques et qu'il doit communiquer au médecin les informations pour enrichir le diagnostic médical. Il est également mentionné un bilan diagnostic kinésithérapique qui doit être adressé au médecin prescripteur et qui fait part des informations sur l'évolution du patient. De plus, l'Article 10, faisant référence à la situation d'urgence, mentionne un « *compte rendu des actes accomplis* » envoyé en différé au médecin (45). Cela révèle déjà plusieurs flux de communication et différents contextes dans lesquels les transmissions doivent se faire. Un flux d'informations du médecin au masseur-kinésithérapeute est ici mis en évidence et réciproquement et ce, bien que le masseur-kinésithérapeute soit en réalité amené à communiquer avec tous les professionnels de santé dans le cadre de la collaboration pluridisciplinaire.

Ces exigences et valeurs professionnelles sont inculquées dès le début des études. En effet, depuis sa formation initiale jusqu'au terme de sa pratique professionnelle, l'implication du masseur-kinésithérapeute dans la communication est détaillée et explicite.

Selon le décret du 2 Septembre 2015, relatif au « *diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute* », l'étudiant masseur-kinésithérapeute doit acquérir plusieurs fonctions pour devenir professionnel de santé : « *expert en masso-kinésithérapie, praticien, formateur, communicant, éducateur, gestionnaire, responsable au regard de la déontologie* » (46). Cela met en lumière certains autres flux de communication : entre consœurs et confrères, entre praticiens et futurs praticiens et avec les autres professionnels de santé dans le cadre de la pluridisciplinarité. Ces communications sont explicitées par le bilan et le diagnostic masso-kinésithérapique, leurs rôles dans le suivi collectif pluridisciplinaire (dossier individuel, traçabilité, transmissions de données...) et l'organisation et la coordination des soins (gestion du dossier patient, télétransmissions, transmissions orales et écrites, y compris en synthèse) ainsi que le transfert de savoirs que ce soit à des professionnels ou des futurs professionnels. La maquette de formation prévoit aussi la validation de onze compétences : association de savoir, savoir-faire et savoir-être qui tendent à s'acquérir et à s'améliorer tout au long de la vie professionnelle. Bien qu'elles soient toutes liées, la compétence 5 se distingue car elle vise à « *établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en*

masso-kinésithérapie ». Bien sûr, la communication n'est pas reliée qu'à cette seule compétence mais le fait de l'avoir distinguée montre son importance dans la continuité des soins et l'achèvement de la rééducation du patient. Elle passe par un apprentissage de ses normes, la maîtrise rédactionnelle, sa construction comme évoqué dans l'Unité d'Enseignement (UE)* 27 « *Méthodes de travail et méthodes de recherche* » où l'un des éléments de validation est de « *rédiger des communications professionnelles normalisées* » et passe par la « *maitrise des outils de communication écrite et orale* » (46).

Cette maitrise passe aussi par le cadre réglementaire imposé par le Code de la Santé Publique et plus particulièrement l'article L1110-4 qui indique que « *toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins [...] a droit au respect de sa vie privée et [au] secret des informations la concernant* » (47). Il est également précisé dans cet article la possibilité entre les professionnels d'échanger sur un patient commun pour assurer la continuité des soins, sous réserve du consentement libre et éclairé du patient. Le secret professionnel s'applique également après le décès du patient et peut être puni par 15 000€ d'amende et un an d'emprisonnement. Cet article est renforcé par le Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes aux articles R.4321-36, 91, 92, 105 et 108 qui indiquent également le respect du secret professionnel et les modalités de partage des informations entre les professionnels de santé (48).

Toutes ces ressources s'inscrivent dans un but commun : le rétablissement du patient et sa rééducation la plus efficiente possible. C'est donc une démarche qualité continue visant à améliorer continuellement les soins directs et indirects de chaque patient ainsi que la meilleure sécurité possible. Par exemple, la HAS a créé l'outil SAED* : Situation, Antécédents, Evaluation et Demandes pour standardiser et sécuriser les échanges oraux, en structurant le discours de façon à n'oublier aucun élément dans le suivi des patients (49). Cette démarche qualité s'applique à tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice. Dans les structures de soins, l'informatisation du dossier médical permet d'ailleurs d'améliorer la communication écrite entre les différents professionnels (50). En milieu hospitalier, elle est matérialisée, par exemple, par la certification des établissements de santé et les IPAQSS, effectués par la HAS, et prenant en compte notamment la tenue du dossier patient (10,11,51).

Actuellement la certification version V2014 est en cours mais la version V2020 devrait entrer en vigueur d'ici peu (52), dès lors que la crise du coronavirus sera solutionnée (53). Ces données sont, après analyse, publiées sur le site Scope Santé pour permettre une transparence totale (54). Par exemple, pour le Centre Hospitalier Universitaire (CHU)* de Nancy, l'indicateur de « *prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral : évaluation du besoin de rééducation* » est passé de 72% de conformité en 2015 à 89% en 2016 (55,56).

1.6.2. Au sein d'une équipe pluriprofessionnelle

Qu'il travaille en milieu hospitalier, en établissement public ou privé, ou en tant que libéral, le masseur-kinésithérapeute fait partie d'un ensemble de professionnels de santé. Il participe à la rééducation du patient et à l'amélioration de sa santé par son expertise et le choix de ses techniques. Dans la littérature, très peu d'études reflètent les transmissions avec les masseurs-kinésithérapeutes ou avec les professionnels de santé libéraux. La plupart des travaux ont étudié les relations entre les professionnels de santé dans les structures de santé. Souvent réalisés sous forme d'entretiens semi-directifs avec les différents membres d'une équipe ou avec des patients pour analyser leur ressenti, les études reflètent un faible niveau de preuve en raison des nombreux biais possibles (57).

Dans le domaine de la rééducation, en particulier celle de l'AVC qui est au centre de cette étude, la place du masseur-kinésithérapeute est importante par son expertise et son savoir-faire, ses compétences en général (18,19). Le rééducateur intervient dans un contexte de multidisciplinarité, en collaboration et en continuité du travail des autres professionnels de santé. Dans ce travail à finalité identique, celle du retour du patient à un état le plus optimal possible, la communication est une des clés de la réussite, c'est même une nécessité (58), surtout lors des transferts entre les différents services, ou entre le milieu hospitalier et le suivi de l'AVC à domicile (59). Il est important que chaque professionnel communique sur son domaine de compétence, s'interroge sur celui des autres et sache identifier les rôles et la place de chacun des protagonistes dans la prise en soins du patient (60,61). Il est démontré qu'un manque de communication ou une mauvaise identification du rôle des professionnels sont des barrières à un suivi de qualité du patient, y compris dans le parcours de santé long et pluriprofessionnel qu'est la suite d'un AVC (58,60,62). L'importance d'un suivi multidisciplinaire est à souligner,

avec une communication efficace entre les différents acteurs de santé, assurant une coordination et une continuité dans les soins, ainsi que dans l'exercice d'une pratique professionnelle de qualité (29). Ici, la pratique soignante de qualité se rapprochera de « *la situation de vie de la personne soignée [...] pour elle et son entourage* » et résulte de « *la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels* » qui aura identifié les freins et les leviers dans un « *contexte politique, économique et organisationnel* » (63).

La rupture entre le milieu rééducatif hospitalier et le domicile signe le changement de paradigme entre le monde de l'hôpital et du « chez soi », où le patient ayant eu un AVC est remis en situation écologique en étant entouré de ses aidants. La rééducation, qu'elle soit à domicile, en ambulatoire, en hospitalisation de jour ou encore en libéral, doit permettre d'avoir une qualité des soins non compromise par rapport à la rééducation en établissement SSR spécialisé ou polyvalent. Lors d'un AVC léger avec des conséquences fonctionnelles minimales, la rééducation peut se faire à domicile libérant ainsi certains lits du secteur hospitalier. Quand les modalités de retour précoce sont respectées dans le cadre d'un AVC chronique, elles permettent un entretien, voire une évolution (12,29). En effet, l'AVC est une des rares pathologies neurologiques non dégénératives, bien que soumise à d'éventuels nouveaux épisodes. Les programmes, souvent pluridisciplinaires, en ambulatoire, voire même en téléconsultation, ont des résultats probants, sans avoir cependant montré leur supériorité par rapport à un programme classique (64,65). Au niveau des informations, les masseurs-kinésithérapeutes en libéral n'ont pas directement accès au dossier médical (66) et doivent recevoir des informations de la part de la structure ayant suivi le patient en amont (67) et/ou du médecin traitant. Par exemple, au sein de l'Institut Régional de Réadaptation (IRR)* de Nancy, les organismes de certification des établissements de santé notent l'amélioration de l'organisation du dossier patient et de la coordination des soins et notamment en ce qui concerne la lettre de liaison (68). En 2015, Hayward *et al.* ont demandé aux médecins généralistes et aux masseurs-kinésithérapeutes les attentes de chacun en matière de communication (69). Il est important que la communication puisse se faire à tout moment, dans les deux sens et préférentiellement de façon écrite. En effet, les diagnostics médicaux, les renseignements sur les antécédents et l'aspect psycho-social sont des éléments permettant aux professionnels de la rééducation d'orienter leur art et d'avoir un discours cohérent avec celui du médecin et ainsi

éviter les confusions. Le retour des masseurs-kinésithérapeutes aux médecins a tout autant son importance quant à l'évolution ou la détérioration de l'état du patient. Il est à noter que les informations du diagnostic masso-kinésithérapique permettent aux médecins de conforter leurs diagnostics médicaux. Cette étude montre l'importance de la communication dans le milieu libéral, que ce soit en données émises ou reçues. Avec le développement du suivi à domicile des patients, les communications entre les deux milieux doivent être solides pour assurer la transition. En effet, les retards ou les oublis peuvent nuire à la continuité et la qualité des soins menés en libéral (70). Pourtant, Gache *et al.* en 2014 montraient que « *les transmissions sont une des faiblesses du système de prise en charge Français en matière d'AVC* » (71).

Le suivi de l'AVC de la phase hospitalière à la rééducation est complexe par la myriade de séquelles, de tableaux cliniques qu'il occasionne et de ses répercussions sur la vie des patients. Sa prévalence et sa morbi-mortalité classent cette pathologie parmi les plus représentées en France et entraînant des coûts importants. Les professionnels de la rééducation ont un rôle crucial dans ce parcours de santé. Ce n'est qu'en travaillant sur la qualité de la multidisciplinarité que les masseurs-kinésithérapeutes pourront exercer leur art de façon coordonnée en communiquant efficacement les informations utiles au suivi des patients. Une des difficultés de cet échange est de communiquer de manière efficiente en étant complet et concis. Cet état des lieux se propose donc d'étudier les transmissions d'informations des masseurs-kinésithérapeutes du Grand-Est.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Stratégie de recherche documentaire

Pour effectuer les recherches documentaires dans le but de répondre à la problématique, différentes bases de données ont été interrogées. L'objectif étant d'être le plus pertinent possible sur ce sujet où peu d'études ont été menées, les axes de recherches ont été diversifiés. Pour se faire, les recherches documentaires ont nécessité la consultation de bases de données scientifiques, législatives et professionnelles. Voici les bases consultées :

- Scientifique : MEDLINE® (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)* via son interface PubMed, PEDro® (Physiotherapy Evidence Database)* et The Cochrane Library ;
- Législatif : Légifrance, Ministère des Solidarités et de la Santé ;
- Professionnel : Conseils National et Régional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, HAS, OMS, ARS, SFNV, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)* et DREES pour les données épidémiologiques.

Pour effectuer les recherches sur les bases de données scientifiques, il a été nécessaire de construire des équations de recherche interrogeant le domaine de la rééducation, de la communication et/ou du bilan et de l'AVC. Certaines équations contenaient aussi les notions de pluridisciplinarité et de soins à domicile. Les mots clés utilisés ont été transformés en mots de recherche. Pour cela, il a été utile d'utiliser l'outil de recherche du CHU Rouen Normandie qu'est le HeTOP (Health Terminology/Ontology Portal)* (72) pour trouver le MeSH (Medical Subject Headings)* approprié. Les équations de recherche, ainsi que leurs résultats associés à chaque équation et base de données sont présentés dans le Tableau I. Les mots de recherche ont été parfois tronqués pour permettre d'étendre les recherches et également associés avec les opérateurs booléens « AND » et « OR ». En fonction des équations de recherche, des filtres ont été déclinés : une période de recherche de cinq ans (soit de 2014 à 2019, puis 2020), des résultats de tests effectués sur des humains, et pour PEDro un score de notation supérieur ou égal à cinq sur dix, voire pas de limitation de score pour étendre les recherches.

Le choix des articles s'est déroulé par étapes, avec un tri sur les résultats bruts en lisant tous les titres, puis les résumés des articles retenus. Pour finir, la sélection s'est faite avec les articles en texte intégral. Les critères de sélection des articles filtrés étaient les suivants :

- le titre est en rapport avec le sujet ;
- le sujet concerne des humains ;
- le sujet concerne une population adulte ;
- le sujet est en rapport avec l'AVC et/ou la communication entre les professionnels de santé et/ou la rééducation ;
- les doublons ne sont pas retenus ;
- les articles retenus sont écrits en langue française ou en langue anglaise.

Au final, dix articles ont été retenus. Ce sont des recommandations de bonne pratique, des études qualitatives et des revues systématiques de la littérature.

Tableau I – Résultats de la stratégie de recherche documentaire

Bases de données	Equations de recherche	Filtres	Résultats bruts	Titres retenus	Résumés retenus	Articles retenus	Commentaire
Medline	stroke AND "rehabilitation" AND ("communication" OR "transmission") AND ("evaluation" OR "scale" OR "assess*" OR "measure")	5 ans, humains	142	11	6	3	Dont 1 connexe
	professional AND relation* AND quality AND stroke	5 ans, humains	59	8	2	3	Dont 1 connexe
	interdisciplinary AND communication AND physiotherap*	5 ans	79	8	3	2	
	personal autonomy AND home care AND Stroke	Pas de filtre	29	4	1	1	
Pedro	stroke* assess* measure* evaluation*	Dates depuis : 2014 / Score : $\geq 5/10$	27	2	0	0	
	stroke* physical* therap* communication*	2014-2020, pas de score	4	2	2	1	
	rehabilitat* stroke* communicat*	2014-2020, pas de score	10	2	2	0	Doublons du précédent
Cochrane	stroke physio assess	Date : 2014-2020	2	0	0	0	
TOTAL			352	37	16	10	

Cette recherche systématique visait à conforter les données présentes dans les référentiels et recommandations publiés sur les sites professionnels, tels que la Haute Autorité de Santé et l'Organisation Mondiale de la Santé, où les mêmes mots de recherche ont été utilisés mais en français cette fois-ci. Les recommandations de pratique à propos de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge de l'AVC datant de 2006, la période de recherche a été étendue pour permettre d'inclure cette publication de référence.

Toutes ces informations et ressources ont apporté de la matière à notre étude, amené une problématique et des hypothèses pertinentes. Les données collectées ont mené à la rédaction d'un questionnaire qui se veut le plus exhaustif possible, afin d'avoir une discussion par rapport aux résultats obtenus. Les résultats de la recherche bibliographique ont été inclus avec les recherches précédentes qui ont permis de déterminer le thème de ce mémoire.

2.2. Méthode

2.2.1. Type d'étude

L'enquête a été menée comme une étude de prévalence. Elle se veut observationnelle de la fréquence et du contenu des transmissions reçues et émises par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux au moment du questionnaire, pour pouvoir étudier ce phénomène. C'est une étude observationnelle, transversale à visée descriptive.

2.2.2. Population

Pour effectuer cette étude, la population cible déterminée était celle des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand-Est. Les professionnels libéraux inclus ont été ceux exerçant à temps plein et à temps partiel, seul ou en groupe (peu importe la structure), en tant que remplaçant, assistant ou titulaire. Quant aux professionnels exclus, ils étaient salariés à temps plein (qui n'avaient donc pas d'activité libérale), les professionnels retraités, les professionnels exerçant au moment du questionnaire en dehors de la région Grand-Est.

Pour avoir des résultats les plus significatifs possibles, un échantillon représentatif de la population cible décrite ci-dessus a été créé en reprenant les données du Conseil Régional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes du Grand-Est de Mai 2018, où la population totale était de 5 459 individus travaillant en libéral (44). Forts de ces données et en utilisant une formule de calcul d'échantillon représentatif (73), une population représentative de 385 individus (arrondi supérieur) a été obtenue. Quant à la répartition de ces individus, elle a été faite selon les données sur les départements d'exercice, les sexes et les tranches d'âge. Ces données ont été extrapolées pour permettre une catégorisation de chaque individu or celles-ci sont trop discordantes car la répartition homme-femme par tranche d'âge n'est pas équitable (40). Ces limites posées, la population de l'échantillon représentatif a été répartie par département et, soit par sexe, soit par tranche d'âge pour rester le plus précis possible. La répartition de l'échantillon représentatif est présentée en Tableau II. Ces données peuvent servir soit en amont pour définir les envois, soit en aval des résultats pour trouver un groupe de répondants correspondants aux

critères de la population générale et ainsi extrapoler les résultats, les analyser avec les outils statistiques appropriés et leur donner une plus grande portée. C'est cette dernière solution qui a été retenue dans cette étude car elle est plus accessible en termes de moyens.

Tableau II – Echantillon représentatif des kinésithérapeutes libéraux par sexe ou par catégorie d'âge, par département pour la région Grand-Est

	Hommes	Femmes	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	TOTAL
Ardennes	10	8	4	7	4	2	1	0	18
Aube	9	10	4	6	4	3	2	0	19
Marne	16	18	10	10	7	5	2	0	34
Haute Marne	3	4	2	3	1	1	1	0	8
Meurthe & Moselle	26	22	11	17	7	9	4	0	48
Meuse	5	4	2	3	1	2	1	0	9
Moselle	32	30	16	23	9	9	4	1	62
Bas Rhin	53	67	49	39	13	11	6	1	119
Haut Rhin	25	25	18	16	6	6	3	0	49
Vosges	10	10	4	6	4	4	1	0	19
TOTAL	189	198	120	130	56	52	25	2	385

2.2.3. Questionnaire

2.2.3.1. Méthodologie de réalisation

Le choix du questionnaire s'est imposé comme une évidence au fur et à mesure des lectures et du cheminement vers la problématique. Il permet, dans la théorie, de toucher un plus grand nombre d'individus et de standardiser les réponses, par des choix multiples par exemple. Le questionnaire permet de mieux aborder les hypothèses car il privilégie l'aspect quantitatif par rapport aux entretiens qui privilégient l'aspect qualitatif. De plus, avec les moyens de communication actuels, sa diffusion est plus aisée et permet de respecter les modalités de standardisation des informations et d'anonymat des données. L'objectif était alors d'avoir accès à un panel de répondants plus important et donc d'augmenter la puissance de l'état des lieux. Ce format numérique revêt également un aspect écologique, en limitant l'impact d'une impression et d'un envoi papier en grand nombre et représente un gain de temps dans la saisie des données.

2.2.3.2. Distribution

Lors de la diffusion du questionnaire, l'objectif était de toucher le plus grand nombre d'individus cibles, afin de pouvoir y trouver les personnes ressources composant l'échantillon représentatif, tout en contrôlant le nombre de personnes touchées par l'enquête. En effet, si une personne reçoit le questionnaire et qu'elle n'y répond pas, elle donne des éléments statistiques sur le nombre de répondants.

Pour se faire, un intermédiaire a été sollicité : l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)* des masseurs-kinésithérapeutes du Grand-Est. Il était important de n'avoir qu'un seul vecteur dans un premier temps afin de contrôler le nombre de répondants. De plus, les résultats des questionnaires étant entièrement anonymes, il fallait éviter les doublons engendrés par une multiplication du nombre d'interlocuteurs. C'est aussi pour cela que l'usage des réseaux sociaux a été proscrit (nombre de personnes touchées non connu, possibilité de doublons, possibilité de toucher d'autres personnes que la population cible...).

La diffusion du questionnaire par courriel a débuté le 12/12/2019 avec une relance prévue (et effectuée) le 07/01/2020 pour permettre de toucher les professionnels avant, pendant et après une période de vacances scolaires. L'intermédiaire, sollicité pour une deuxième relance, n'a pas été en capacité de la diffuser au vu du nombre de demandes de publication de questionnaires. La base de données de l'URPS comportait 5 142 masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant dans le Grand-Est. Sur cette totalité d'individus, 2 385 courriels ont été envoyés et 300 sont revenus comme étant « non-attribués ». Le questionnaire a touché lors de l'envoi initial et plus tard lors de la relance, 2 085 masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant dans le Grand-Est. La collecte des données s'est arrêtée le 19/02/2020.

2.2.3.3. Recueil des données

Le questionnaire a été créé via l'outil gratuit en ligne Google Form[®], qui permet une facilité dans l'élaboration des questions et dans le recueil des données. Les courriels envoyés aux masseurs-kinésithérapeutes comportaient un message identique ainsi qu'un lien vers le

questionnaire (ANNEXE I), où ils pouvaient répondre anonymement. Les résultats étaient directement envoyés sur la plateforme numérique, sans passer par l'intermédiaire de diffusion.

Cet outil se veut simple pour le répondant. Il se composait de questions à réponses ouvertes courtes et de questions à choix multiples. Le temps de réponse estimé était de 7 à 10 minutes selon les pré-tests. La période de recueil de données a été de deux mois. Il nécessitait pour les répondants une connexion Internet et un navigateur sur ordinateur, tablette ou smartphone. Le questionnaire est disponible au lien suivant : <https://forms.gle/Rud8CcHBNASobQnD7>.

2.2.3.4. Aléas de diffusion et réajustements

En cas de résultats insuffisants (inférieurs à 2%), une stratégie de diffusion par appels téléphoniques et envois de courriels a été prévue. Celle-ci permet de contrôler le nombre d'envois de questionnaires et de personnes touchées. Le premier envoi de courriels a été réalisé le 12/12/2019 et a touché 2 085 professionnels de santé. A la fin de la première semaine 34 résultats ont été récoltés. Ceux-ci ont été enregistrés au début de la diffusion et se sont taris au fur et à mesure du temps. Cela représente 1,6% de taux de réponses. Le but étant de constituer l'échantillon le plus grand possible de répondants, la stratégie supplémentaire a été mise en place. Via le site Internet des Pages Jaunes[®], 3 670 numéros de téléphone de professionnels exerçant en libéral dans le Grand-Est ont été recueillis. L'objectif établi était de 385 répondants, correspondant à l'échantillon représentatif. Une marge de sécurité de 500 personnes a été faite et une personne sur sept a été appelée pour leur proposer de répondre au questionnaire. Le discours était préparé et standardisé : si le masseur-kinésithérapeute acceptait de répondre au questionnaire, il devait transmettre son courriel pour permettre l'envoi du mail type contenant le lien du questionnaire. Ainsi, du 20/12/2019 au 20/01/2020 plus de 350 appels ont été émis sur le territoire de la Champagne-Ardenne (soit les départements des Ardennes, Aube, Marne et Haute Marne). Cette méthodologie a procuré 80 courriels et donc autant d'envois supplémentaires. Cela représente 22,9% de répondants potentiels par rapport aux 350 appelés. Comme cette méthode était chronophage, elle n'a pas pu être continuée pendant la période de stage. Le delta entre les appels émis et le nombre de courriels envoyés correspond à des numéros erronés, non-répondants, non-volontaires, ou à des doublons de cabinet (secrétariat identique).

2.2.4. Analyses statistiques des données

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire de Google Form[®] dans un premier temps, qui offre une vue des résultats pour chaque question mais qui ne permet pas leur analyse. Cet outil prévoit l'export des résultats bruts au format Microsoft Excel[®], ce qui permet une analyse plus aisée et évite les erreurs de saisie des résultats de la part de l'analyste.

Les réponses ont été ensuite harmonisées (erreur de format de saisie) et aucun doublon n'a été identifié. Un tri des données et une analyse ont été effectués. Etant donné le grand nombre de questions à choix multiples, les réponses ont été binarisées en les codant sous la forme « 0 » et « 1 ». Lorsqu'une réponse de type « autre » était sélectionnée, les champs lexicaux ont été identifiés pour regrouper les réponses identiques et définir chaque sous-groupe. La dernière question était facultative et impliquait une remarque éventuelle, elle a été traitée à part. Les données calculées sont : minimum, maximum, somme, moyenne, écart-type et effectif. Une analyse à plat des résultats a été faite. En effet, la faiblesse de l'échantillon et donc des sous-groupes, force ici à rester descriptif dans leur analyse.

2.3. Matériel

2.3.1. Rédaction du questionnaire

La rédaction du questionnaire est un point crucial de cet état des lieux, concernant les transmissions en masso-kinésithérapie libérale dans le cadre de l'AVC dans le Grand-Est. Ce matériel orchestre la suite de l'étude et les résultats qui en découlent. Pour se donner des bases sur la rédaction d'un questionnaire de recherche, l'article de T. Perneger sur le mode d'emploi du questionnaire (74) a été lu. Il évoque les « cinq P », soit cinq points importants à suivre lors de la rédaction d'un tel outil.

Tout d'abord, la « *Pertinence* », fait référence à l'objectif de chaque question, à la variable à déterminer. Pour être en accord avec ces principes, une question de recherche pouvant balayer un large éventail de variables a été rédigée pour permettre de répondre au sujet.

Plusieurs thèmes ont été créés dans le questionnaire et les questions ont été écrites de façon à anticiper les réponses en ayant un vocabulaire professionnel et précis. Il y a des questions à réponse ouverte courte, des questions à réponses prédéfinies pouvant être multiples, avec possibilité pour certaines d'étayer la réponse par un item « Autre ». Il paraissait pertinent de mettre toutes les questions en « réponse obligatoire » pour éviter les erreurs de type oubli. Ainsi, plusieurs chemins de réponses ont été créés et filtrés par des questions en « Oui » ou « Non ».

Pour éviter de poser trop de questions et ainsi s'éparpiller, il faut faire preuve de « *Parcimonie* ». Les attentes ont donc été ciblées, permettant de rester centré sur l'essentiel de la question de recherche.

Le « *Plagiat* » est l'utilisation d'outils déjà éprouvés en situation réelle de façon à apporter une valeur supplémentaire aux résultats de par l'expérience de leurs utilisateurs. C'est pour cela que l'outil s'est développé en s'appuyant sur les questionnaires de deux étudiants en masso-kinésithérapie de Nancy : un est axé sur la pratique des transmissions chez les grand-brûlés du membre inférieur en centre (75) et l'autre sur une enquête auprès de masseurs-kinésithérapeutes libéraux sur leur implication dans les prescriptions d'activité physique adaptée (76). Ces questionnaires de L. Piccamiglio et V. Didier ont permis d'avoir une approche de certaines questions par les discussions de celles-ci, en évitant certains écueils.

Le « *Pré-test* » est une étape nécessaire avant la diffusion. Il permet également de vérifier l'acceptabilité du questionnaire. Ici il a été réalisé du 25/11/2019 au 08/12/2019 auprès de quatre masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant dans la région Grand-Est. Leurs résultats ont été évidemment retirés des réponses avant la diffusion. Cette étape a permis de réajuster certaines données, d'avoir un avis objectif sur le questionnaire en situation réelle et vérifier la compréhension de la formulation des questions. Le temps de réponse s'est situé entre sept et dix minutes, il n'y a pas eu de problème particulier lié à une incompréhension. Certains termes ont été précisés (comme passer de « formation » à « formation initiale » ou ajouter la notion de prise en charge « à domicile »). Une remarque a été faite sur la multitude d'items à sélectionner pour l'outil idéal pour un des quatre répondants, en indiquant que lorsque de multiples informations sont présentées, il est possible de tout vouloir cocher dans l'idéal. Cette remarque pourrait traduire un réel besoin d'informations précises lors des transmissions. Ce sera donc un

des points à relever lors de la diffusion du questionnaire. Toutefois le chemin concernant les questions 36 à 39 n'a pas été emprunté.

Pour finir, la « *Performance* », vise à ce que le questionnaire soit le plus fiable, valide et acceptable possible et fait donc appel à la notion de reproductibilité. Perneger suggère de répéter l'action dans le temps. Or une partie du questionnaire interroge sur la connaissance ou non d'un outil et ne mesure pas son apprentissage (respect de l'anonymat et état des lieux à l'instant t). La fiabilité est ici représentée par l'honnêteté des répondants face à chaque question.

2.3.2. Les différentes parties du questionnaire

Cet audit comporte 48 questions dont 47 revêtent un caractère obligatoire. La dernière question est facultative et permet au répondant de s'exprimer à propos du questionnaire. Comme dit précédemment, le but est de rendre toutes les questions obligatoires pour apporter de la pertinence et de la performance au questionnaire. Or toutes les questions ne correspondent pas forcément aux réponses du répondant. C'est pourquoi des questions « filtres » sont placées pour orienter vers une partie ou une autre du questionnaire. Il est donc impossible de répondre à toutes les questions et le questionnaire est personnalisable en fonction du chemin emprunté. Le diagramme du questionnaire et ses différents chemins sont présentés en ANNEXE II.

2.3.2.1. Introduction

L'introduction du questionnaire a servi d'accroche. La première partie est composée de questions visant à attiser la curiosité du professionnel de santé et ainsi permettre d'adhérer au questionnaire. Cela permet également de se démarquer des autres questionnaires étant plus formalisés. La seconde partie de l'introduction est quant à elle plus formelle, pour expliquer le but de l'audit de façon brève. Elle rappelle le temps de réponse estimé, l'anonymat et permet également de retrouver l'origine de la demande.

2.3.2.2. Démographie

Cette première partie, composée des questions 1 à 12, vise à reprendre les données de la population cible pour permettre, une fois les résultats recueillis, de délimiter un échantillon représentatif de la population. Des questions interrogent sur le mode d'exercice et la proximité ou non d'un centre de rééducation qui peuvent jouer un rôle dans la réception/l'envoi de transmissions. Les professionnels sont ensuite interrogés sur leur cursus scolaire et professionnel et le suivi des AVC dans leur quotidien de rééducateurs libéraux.

2.3.2.3. Habitudes d'informations

Les questions 13 à 18 interrogent sur les habitudes d'informations des professionnels de santé dans leur exercice au quotidien. Les réponses sont présentées sous forme d'une échelle de fréquence en 4 choix, décrivant à chaque fois un mot et sa définition entre parenthèses. Ces données servent à connaître les moyens utilisés pour rester à jour et s'informer au quotidien.

2.3.2.4. Transmissions et informations reçues

Les questions 19 et 20 interrogent sur l'origine de la prescription du patient venant pour une rééducation post-AVC et sur la présence de transmissions ou d'informations associées. La question 20 est une question filtre. Les professionnels recevant des informations sont différenciés de ceux n'en recevant pas. Ces derniers accèdent directement à la suite, tandis que les autres accèdent à la section « Oui, je reçois des informations ».

Cette section comporte les questions 21 à 23 et interroge sur le format et le contenu, sous forme de réponses à choix multiples. La dernière question est présentée sous forme d'une échelle graduée de 1 à 10, pour attribuer une note globale (sur le fond et sur la forme) aux informations reçues.

La question 24 est commune à tous les répondants et interroge sur les éléments idéaux à recevoir lors du suivi rééducatif d'un patient en suite d'AVC.

2.3.2.5. Informations envoyées

La question 25 sert de filtre entre les professionnels envoyant ou non des informations. Le but est de balayer les flux d'informations entrants et sortants. Les répondants qui choisissent « Non » passent à la suite du questionnaire et ceux choisissant « Oui » accèdent aux questions 26 à 29.

La partie « Oui, j'envoie des transmissions aux autres professionnels de santé » reprend le même format que les questions sur les flux entrants. Elle interroge sur les émetteurs, le format, les informations reçues sous forme de choix multiples et propose enfin une notation sur le fond et sur la forme, comme expliqué précédemment.

2.3.2.6. Outil standardisé de transmissions

La question 30 est une question filtre permettant de distinguer la population de « connaisseurs » de l'outil standardisé pour le suivi des AVC à domicile mis en place suite à la Circulaire de 2015, de celle qui ne les connaît pas.

Ainsi, ces derniers accèdent aux questions 31 à 33 : « Je n'ai pas connaissance de ce document ». Avant d'entamer la partie question, une courte description de la circulaire et du document standardisé permet aux professionnels de s'informer sur ce dispositif. Les items 31 et 32 questionnent sur les informations précédemment lues et la question 33 joue le rôle de filtre pour connaître les personnes susceptibles de s'interroger sur le sujet du suivi de l'AVC. Les masseurs-kinésithérapeutes répondant « Non » accèdent au tronc commun suivant (questions 40 à 47), et ceux répondant « Oui » sont interrogés sur le fond et la forme des informations attendues.

Les professionnels « connaisseurs » quant à eux sont questionnés sur les modalités de connaissance, sur leur connaissance de la circulaire complète (dissociée du document standard) et sur la pertinence de celui-ci dans leur rééducation.

2.3.2.7. Vers l'élaboration d'un outil de transmission idéal

Que le répondant soit « connaisseur » ou non du document standardisé, il rejoint le tronc commun des questions 40 à 47, interrogeant sur le fond et sur la forme de l'outil idéal. Tous les items peuvent entraîner une réponse multiple à cocher avec pour certains la possibilité de s'exprimer sous forme ouverte courte via « Autre ». Sont demandées les informations administratives, médicales, échelles, fonctionnelles, le support, la longueur et la durée de remplissage. Ces informations font référence aux recommandations de la HAS. La dernière question de cette partie interroge sur le(s) sens de cet outil de communication idéal et optimal. Pour créer un outil valide et utilisable, il doit être éprouvé par plusieurs étapes de validation auprès d'experts et de grille, comme la AGREE II de la HAS par exemple (77).

2.3.2.8. Remarques à propos du questionnaire

Dernière partie de l'état des lieux et unique question facultative, la question 48 permet au répondant de s'exprimer quant au questionnaire, tant sur le fond que sur la forme. Cette tribune libre permet de s'exprimer ouvertement. La validation du questionnaire permet l'envoi des données pour analyse. Le questionnaire complet est présenté en ANNEXE III.

2.3.3. Référencement des outils et matériels

Au total, plusieurs outils informatiques et Internet ont été utilisés pour la rédaction de ce mémoire : Microsoft Word[®] pour la partie rédactionnelle et Zotero[®] pour la partie bibliographique. Pour le questionnaire, l'outil Google Form[®] s'est révélé pratique pour la création et la réception des résultats. Ces derniers ont été analysés avec Microsoft Excel[®].

3. RESULTATS

Pour rappel, le questionnaire a été envoyé par courriel à 2 085 masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand-Est via l'URPS et à 80 masseurs-kinésithérapeutes par courriel après une demande téléphonique. Un total de 2 165 individus a donc été touché. Cela représente 39,7%

de la population totale. Sur les 2 165 envois, 95 réponses ont été obtenues soit un total, par rapport au nombre d'envois, de 4,4% de réponse contre 17,8% attendus (selon l'échantillon représentatif de 385 individus). Cette population a été répartie selon un diagramme de flux (Fig. 2, ANNEXE IV).

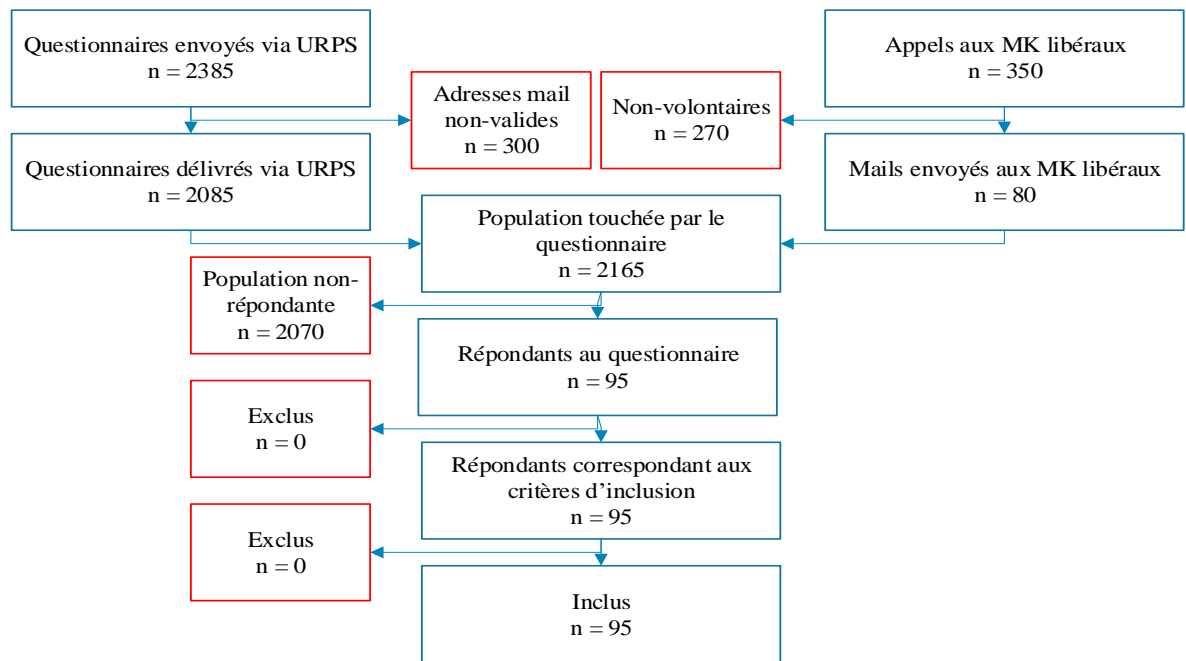


Figure 2 – Diagramme de flux du questionnaire sur la répartition des personnes touchées par le questionnaire aux répondants (en rouge les individus sortis de l'étude)

3.1. Caractéristiques de la population

Cet état des lieux est, en première partie, composé de questions visant à caractériser la population. Les 95 répondants sont âgés de 23 à 66 ans avec un âge moyen de 40,9 ans ($\pm 12,4$). La population féminine est plus jeune : 38,9 ans ($\pm 11,7$) contre 43,6 ans ($\pm 12,8$) pour les hommes. Les répondants ont obtenu leur diplôme avant 2000 pour 38%, entre 2000 et 2009 pour 23% et après 2010 pour 39%. Pour la majorité, les diplômes ont été obtenus en France (France : 81% ; Belgique : 17% ; Allemagne : 2%). Concernant la parité des sexes, le panel des 95 répondants est composé à 57,9% de femmes et 42,1% d'hommes. A titre de comparaison, les statistiques régionales indiquent 50,2% de femmes et 49,8% d'hommes (44). Les 20-39 ans représentent 58% de la population de répondants (n=95) contre 65% pour l'échantillon représentatif (n=385) (Fig. 3). Les libéraux interrogés sont majoritairement titulaires (74%) et

collaborateurs en moindre proportion (14%). Les assistants et les remplaçants représentent respectivement 8% et 4% de la population. Ils exercent pour 50% en cabinet de groupe et 40% en individuel. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)* et les mi-temps salariés comptent respectivement pour 8% et 2% des praticiens libéraux répondants.

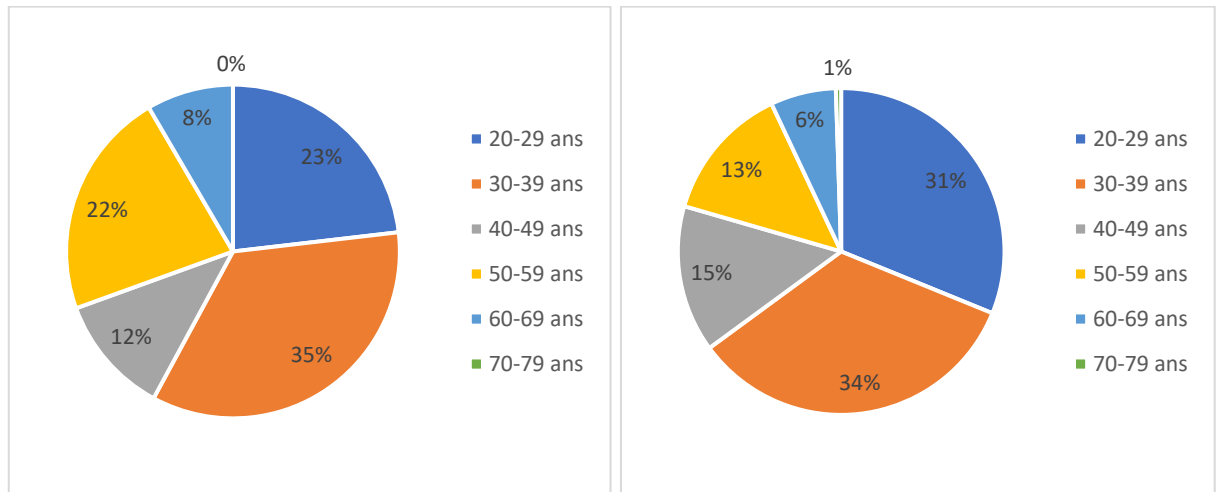


Figure 3 – Comparaison des répartitions par tranches d'âge entre la population de répondants (n=95) (à gauche) et celle de l'échantillon représentatif (n=385) (à droite)

Le panel de répondants n'est pas représentatif par rapport à l'échantillon souhaité (Tab. III). De plus la population de répondants meusiens est la seule à être suffisamment grande, mais elle ne correspond pas aux critères de sexe ni de tranches d'âge.

Tableau III – Population des MK libéraux répondants au questionnaire par sexe ou par catégorie d'âge par département

	Hommes	Femmes	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	TOTAL
Ardennes	1	6	4	0	2	0	1	0	7
Aube	5	7	1	5	2	2	2	0	12
Marne	10	8	5	8	0	4	1	0	18
Haute Marne	2	3	1	2	1	0	1	0	5
Meurthe & Moselle	7	10	2	4	4	6	1	0	17
Meuse	3	6	1	5	0	3	0	0	9
Moselle	10	7	7	7	1	1	1	0	17
Bas Rhin	1	3	0	1	1	1	1	0	4
Haut Rhin	1	1	1	0	0	1	0	0	2
Vosges	0	4	0	1	0	3	0	0	4
TOTAL	40	55	22	33	11	21	8	0	95

Il est ainsi possible de voir la répartition des répondants au sein des différents départements du Grand Est. La Marne (19%), la Meurthe et Moselle (18%), la Moselle (18%) et l'Aube (13%) composent majoritairement la population de masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu (Fig. 4).

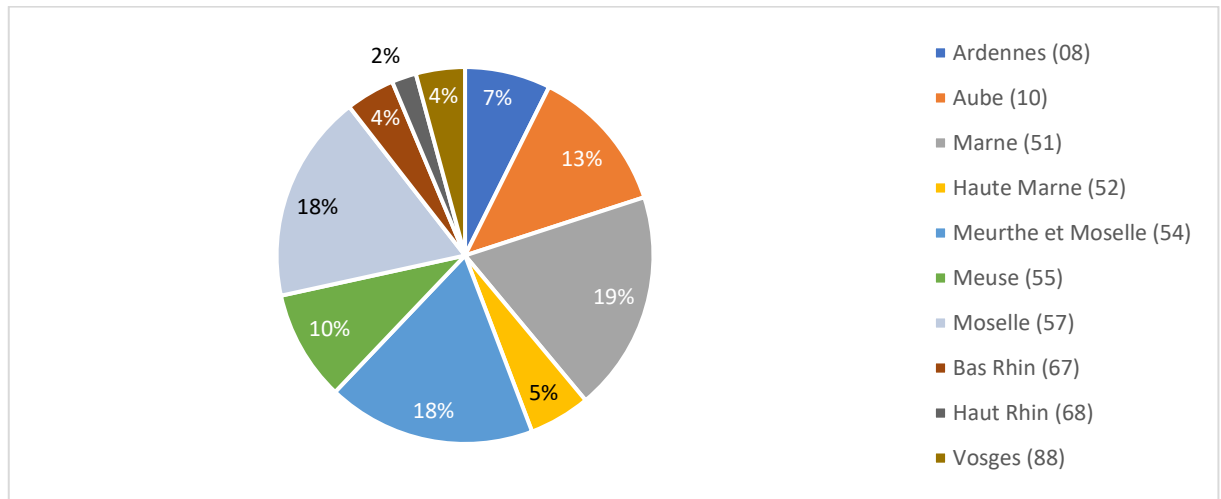


Figure 4 – Répartition départementale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ayant répondu au questionnaire (n=95)

Les questions suivantes évaluent la distance du lieu d'exercice par rapport à un SSR. Une quasi égalité dans les 95 réponses a été observée, avec 31% situés à moins de 5 km d'une SSR, 27% à plus de 30 km et 21% entre 5 et 15 km et 15 et 30 km. Le panel a ensuite été questionné sur les formations reçues sur le thème de l'AVC : 87% des professionnels ont été formés à l'AVC uniquement dans leur formation initiale, 9% en formation initiale complétée en post diplôme. Les 4% restants ont un autre parcours (post diplôme ou cursus d'ergothérapie).

Au niveau du suivi des patients de la filière AVC, 64% des répondants ont eu en rééducation entre moins de 10 et 30 patients, 35% entre 30 et plus de 50 patients, avec une fréquence d'au moins un suivi d'AVC par semaine pour 60%, voire quotidienne pour 18% des 95 kinésithérapeutes. Il est à noter que les proportions d'AVC ischémiques retrouvées par les libéraux sont discordantes par rapport aux chiffres évoqués plus haut, sûrement dû à la faiblesse de notre panel. En effet, 44% des masseurs-kinésithérapeutes affirment avoir moins de 25% d'AVC ischémiques en cabinet. Ces propos sont encore une fois à nuancer, sachant que 24% des répondants ne se sont pas prononcés à ce sujet. Quant aux répondants ayant pris plus de 50

patients en rééducation (n=13), il a été constaté que 54% (n=7) sont situés à moins de 5 km d'un SSR, qu'ils ont pour 77% (n=10) une formation initiale uniquement dans le cadre de l'AVC. De plus, 92% (n=12) ont suivi un AVC de manière quotidienne ou hebdomadaire. La répartition de la population en fonction des réponses est présentée en Figure 5 et a été relayée dans l'ANNEXE IV sous une forme plus complète.

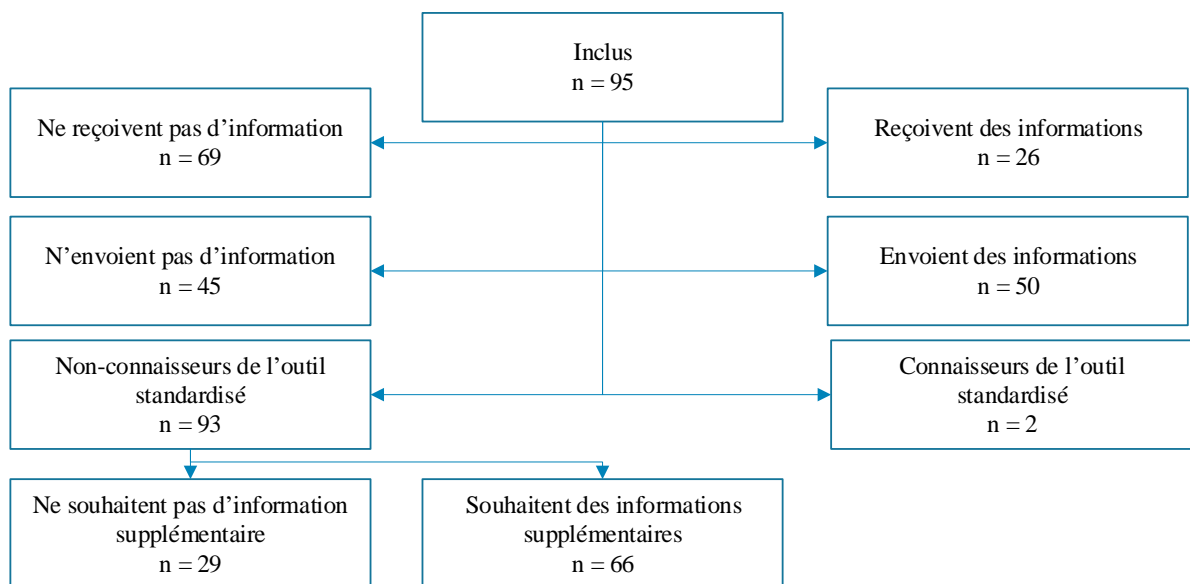


Figure 5 – Répartition de la population de répondants (n=95) en fonction des questions

3.2. Habitudes d'informations

Pour exploiter cette partie, les items des 95 répondants ont été réunis en catégories de fréquence de consultations basses (Jamais/Occasionnellement et Jamais/Parfois) et en fréquences hautes (Annuellement/Fréquemment et Souvent/Fréquemment). Il est à noter que les bulletins d'informations (55%) et les articles scientifiques (48%) sont les supports les plus consultés. Les réseaux sociaux (45%), revues professionnelles (42%) et sites Internet professionnels (40%) arrivent ensuite, tandis que les congrès ne constituent que 29% des moyens d'informations (Fig. 6). Les répondants qui ont plus de 50 suivis AVC (n=13) se forment également plus souvent via les bulletins d'informations (85% de souvent/fréquemment), revues (69%), articles scientifiques (62%) et sites Internet professionnels (62%).

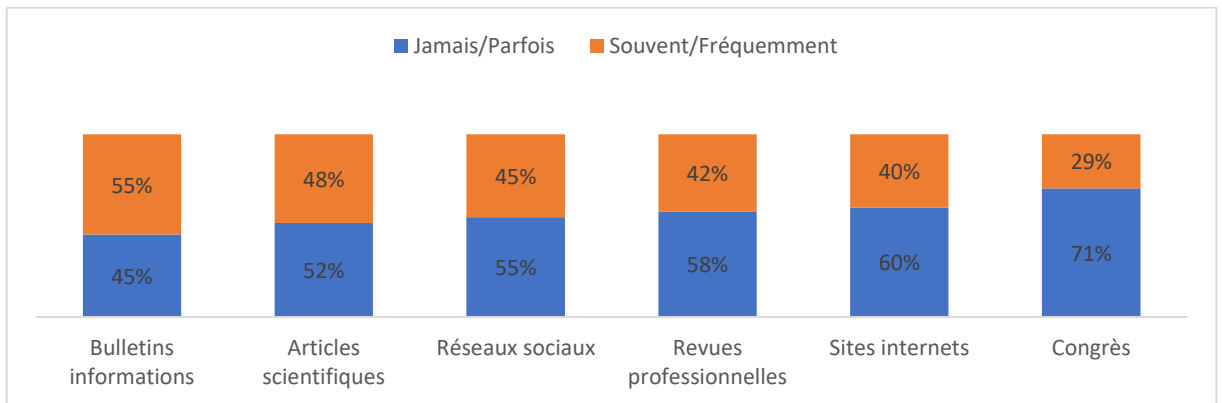


Figure 6 – Répartition des habitudes d'informations des répondants (n=95)

3.3. Transmissions et informations reçues

Dans l'échantillon de 95 masseurs-kinésithérapeutes libéraux, il a été demandé la provenance de la prescription médicale : 52% reçoivent des prescriptions du médecin traitant, 32% non, et 17% ont répondu par une autre provenance. La catégorie « Autre » apporte alors des informations comme le médecin de rééducation ou le spécialiste ou le centre hospitalier. Certains ont répondu « parfois » ou « ça dépend », ce qui ne donne aucune information supplémentaire sur la provenance de la prescription mais cela permet de renseigner sur la qualité de la question en elle-même. La question 24 est une question filtre et 26 répondants ont affirmé recevoir des informations lors d'un suivi rééducatif d'AVC, soit 27% du panel. La plupart des transmissions reçues le sont au format papier sous forme d'un courrier libre ou préétabli (50% chacun), les mails et appels sont moins représentés (8% et moins) (Fig. 7).

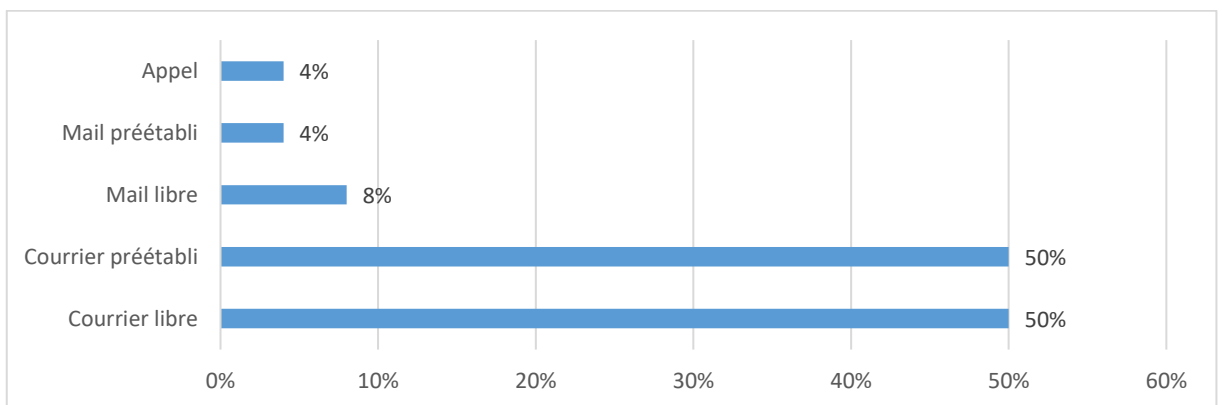


Figure 7 – Format des transmissions reçues par les masseurs-kinésithérapeutes répondants recevoir des informations (n=26)

Ensuite, les 26 répondants recevant des informations ont été invités à désigner lesquelles sont les plus fréquemment présentes dans les échanges. Il est constaté que le bilan fonctionnel est le plus représenté avec 77%, suivi de l'anamnèse (69%), du bilan de marche (62%), des informations administratives (58%), du bilan musculaire (54%), des objectifs et des bilans d'équilibre et de spasticité (46% chacun). Le référentiel de la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS)* servant d'outil standardisé n'a pas été coché (Fig. 8).

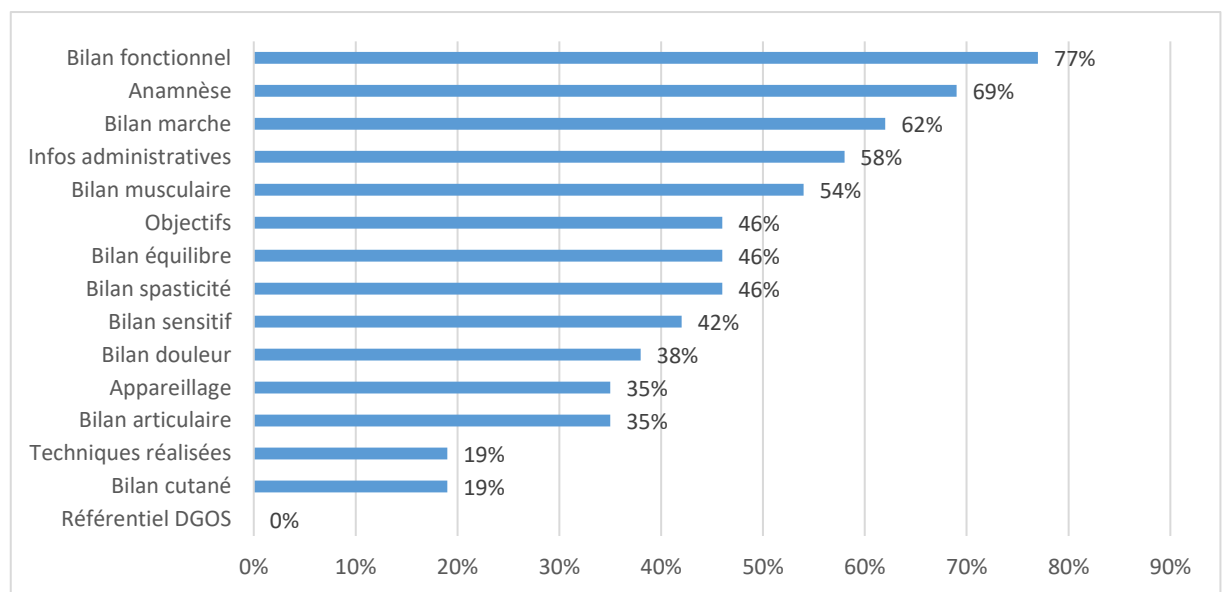


Figure 8 – Informations réelles reçues par les masseurs kinésithérapeutes (n=26)

Les 26 répondants ont attribué la note moyenne de 5,42/10 (\pm 2,16) aux transmissions reçues, avec un minimum de 2/10 et un maximum de 10/10.

Les répondants (n=95) ont ensuite déterminé les transmissions qu'ils souhaiteraient recevoir. Les informations privilégiées sont la synthèse (81%), le bilan d'autonomie (75%), l'anamnèse (73%), le bilan fonctionnel (72%), la spasticité (66%) et les observations cliniques (65%). Les informations administratives sont les moins privilégiées (29%). La fonction « Autre » a permis aux professionnels de s'exprimer sur leurs besoins concernant l'état avant l'AVC et le dossier médical. En isolant les 26 receveurs d'informations, des résultats semblables à l'ensemble du panel (n=95) sont observés, avec une différence plus marquée quant aux observations cliniques et aux informations administratives avec respectivement +16% et +21% pour les receveurs (Fig. 9).

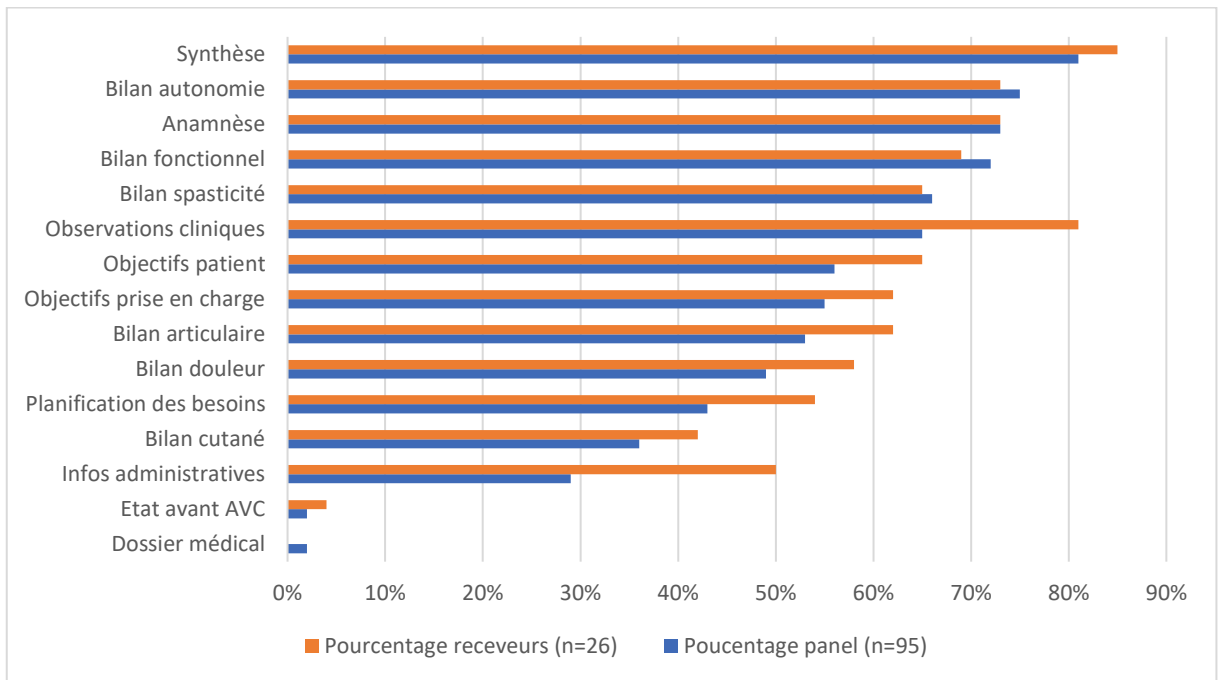


Figure 9 – Informations reçues souhaitées par les répondants (n=95) et par les professionnels recevant des informations (n=26)

3.4. Transmissions envoyées

Dans cette partie, les questions visent à savoir si les 95 professionnels envoient des informations et si oui à qui, avec quels supports et quel contenu. Il est apparu que 53% des professionnels ayant répondu au questionnaire envoient des informations. Le format privilégié par ces 50 répondants pour l'envoi des informations est le papier libre pour 74% et l'appel téléphonique pour 38%. Les autres modes de communication comme le mail libre (24%), les papiers et mails préétablis (respectivement 14% et 12%) sont moins utilisés. Les « Autres » sont la conversation et l'utilisation d'un logiciel de coordination (Fig. 10).

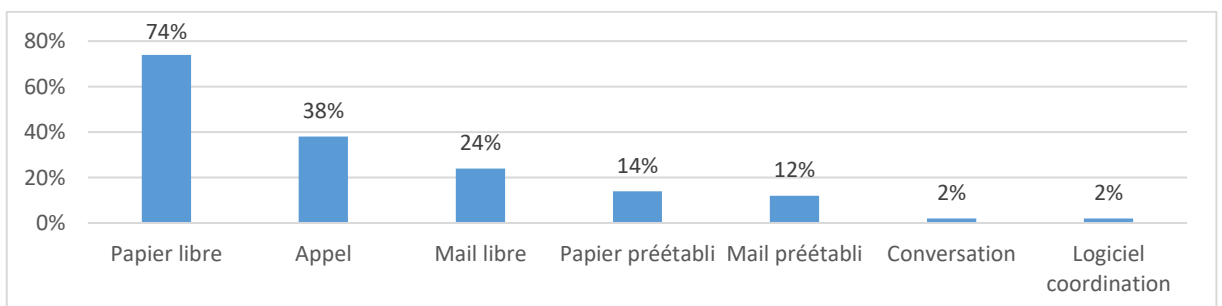


Figure 10 – Format des informations envoyées par les masseurs-kinésithérapeutes (n=50)

Les informations sont transmises par ces 50 émetteurs aux médecins traitants (92%), aux masseurs-kinésithérapeutes (40%), aux autres médecins (spécialistes, chirurgiens, prescripteur : 28%), aux infirmier(e)s libéraux(ales) (16%) et aux autres professionnels de rééducation, comme l'orthophoniste ou l'ergothérapeute (8%).

Les informations envoyées par ces 50 masseurs-kinésithérapeutes sont principalement des éléments de bilan fonctionnel (88%), de marche (82%), de la douleur (78%), musculaire (74%), d'équilibre, articulaire et spasticité (68% chacun). Les informations concernant les objectifs et les techniques réalisées (respectivement 64% et 62%), ainsi que d'autres données, sont présentées sur la Figure 11. Les informations « Autres » révèlent les problèmes dans la prise en charge, le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK)*, le bilan psychologique et l'évolution. L'outil standardisé de transmissions de la consultation post-AVC a été coché par un individu qui dit ne pas connaître le référentiel, supposant donc une erreur du répondant.

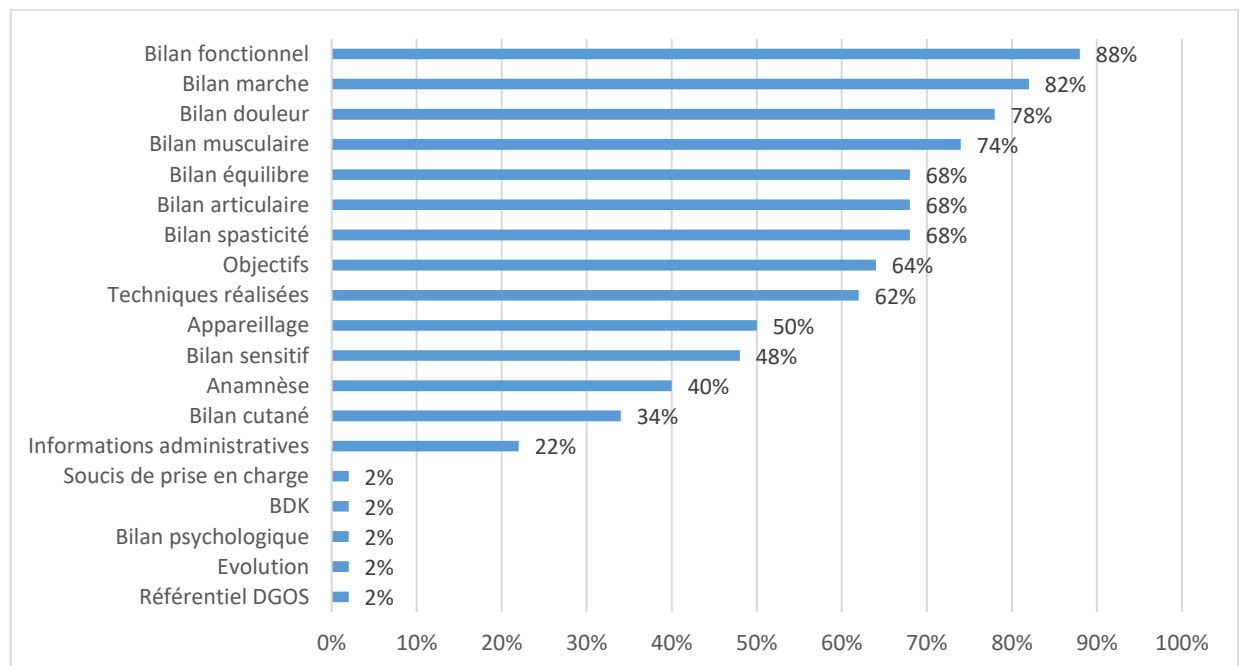


Figure 11 - Informations envoyées par les masseurs-kinésithérapeutes (n=50)

Une auto-évaluation a permis aux 50 masseurs-kinésithérapeutes de noter la qualité (fond et forme) de leurs propres envois. La note de 5,20/10 (\pm 2,21) a été attribuée avec un minimum de 1/10 et un maximum de 10/10. Il y a un faible écart de notation de 0,22 point avec les

transmissions reçues. Parmi ces 50 répondants, 13 (soit 26%) ont plus de 50 prises en charge AVC, et ils cotent ces envois à 6,25/10 ($\pm 2,05$) avec des notes allant de 3 à 10.

3.5. Outil standardisé de transmissions

Dans cette partie, l'objectif est de savoir si les 95 répondants connaissent l'outil standardisé existant pour les transmissions dans le cadre de la consultation post-AVC. Les « non-connaisseurs » représentent 98% des répondants, contre 2% de connaisseurs. Pour les « non-connaisseurs » (n=93), après lecture d'un court résumé et de la feuille de transmissions, 86% considèrent avoir les éléments nécessaires à un suivi du patient, 73% sont prêts à faire des démarches pour se procurer le référentiel et 71% souhaiteraient des informations supplémentaires sur la filière AVC. Cette dernière question sert de filtre et isole donc la population de demandeurs d'informations (n=66). Les informations concernent principalement le suivi des AVC à domicile (79%), le rôle du masseur-kinésithérapeute et des différents intervenants (55% pour chaque), l'offre de rééducation (50%), l'organisation de la filière neuro (47%), les unités de prise en charge en aiguë (38%) et la filière pré hospitalière (17%).

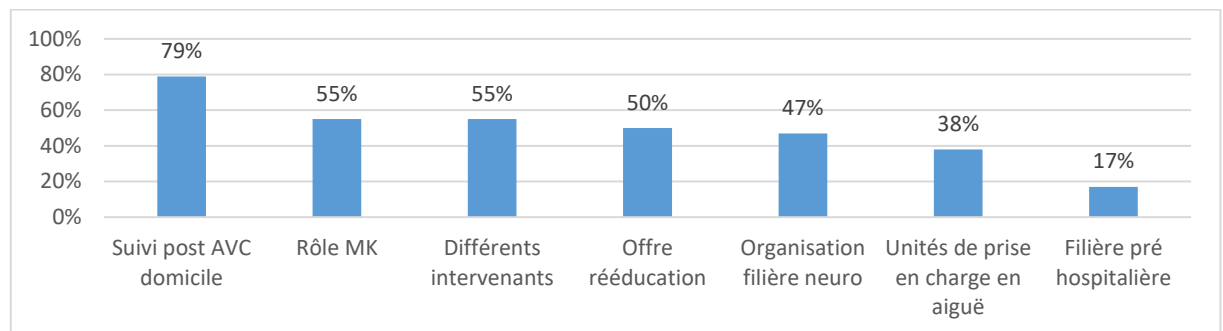


Figure 12 – Informations nécessaires aux masseurs-kinésithérapeutes « non-connaisseurs » de l'outil standardisé et demandeurs d'informations (n=66)

Les moyens plébiscités par les 66 masseurs-kinésithérapeutes demandeurs pour avoir accès à ces informations sont les formations (88%), les courriels (74%), les sites Internet et les documentations papiers (45% chacun), les applications sur smartphone (21%), les réseaux sociaux (20%), les réunions (17%), les entretiens téléphoniques et réseaux associatifs dans une moindre mesure (respectivement 3% et 2%).

Pour la population de connaisseurs (n=2), tous deux connaissent cet outil via des revues professionnelles, et individuellement via la littérature scientifique, la lecture complète de la circulaire, des sites Internet professionnels ou des discussions entre collègues. Ces deux personnes indiquent que l'outil contient des indications pour une rééducation précise et que le format de l'outil est adapté. Ces deux professionnels ont à leur actif plus de 50 suivis d'AVC, avec une fréquence quotidienne et hebdomadaire.

3.6. Vers l'élaboration d'un outil de transmission idéal

Cette section vise à connaître et recenser les informations nécessaires pour créer un document idéal de transmissions, autant sur le fond que sur la forme. Dans un premier temps, les 95 masseurs-kinésithérapeutes ont été questionnés sur les informations administratives à privilégier (Fig. 13). Dans plus de 80% des cas, les informations de « nom / prénom / date de naissance », situation professionnelle et situation familiale ont été cochées (respectivement 89%, 87% et 86%). Les coordonnées du rééducateur précédent (79%) et les loisirs (66%) font aussi partie des réponses les plus données. Les informations « Autres » ont été les coordonnées d'une personne référente, la notion d'une prise en charge en ALD 100%, l'évolution, la date de l'AVC et le projet du patient.

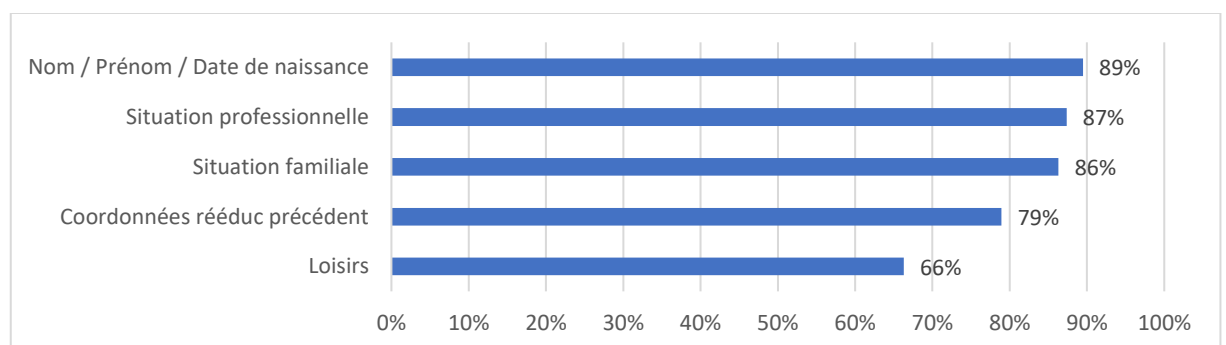


Figure 13 – Informations administratives idéales souhaitées par les masseurs-kinésithérapeutes (n=95)

Viennent ensuite les données médicales idéales, qui sont présentées en Figure 14. Les items proposés ont été plébiscités à minima à 69%. Des données comme la date de l'AVC (97%), les déficits musculaires (97%), les troubles sensitifs (96%), les autres troubles (93%), et les déficits du langage (91%) ont plus de 90%. L'item « Autre » a permis aux répondants de

s'exprimer sur des items non-listés comme l'évolution, l'état psychologique et les motivations, la description du domicile.

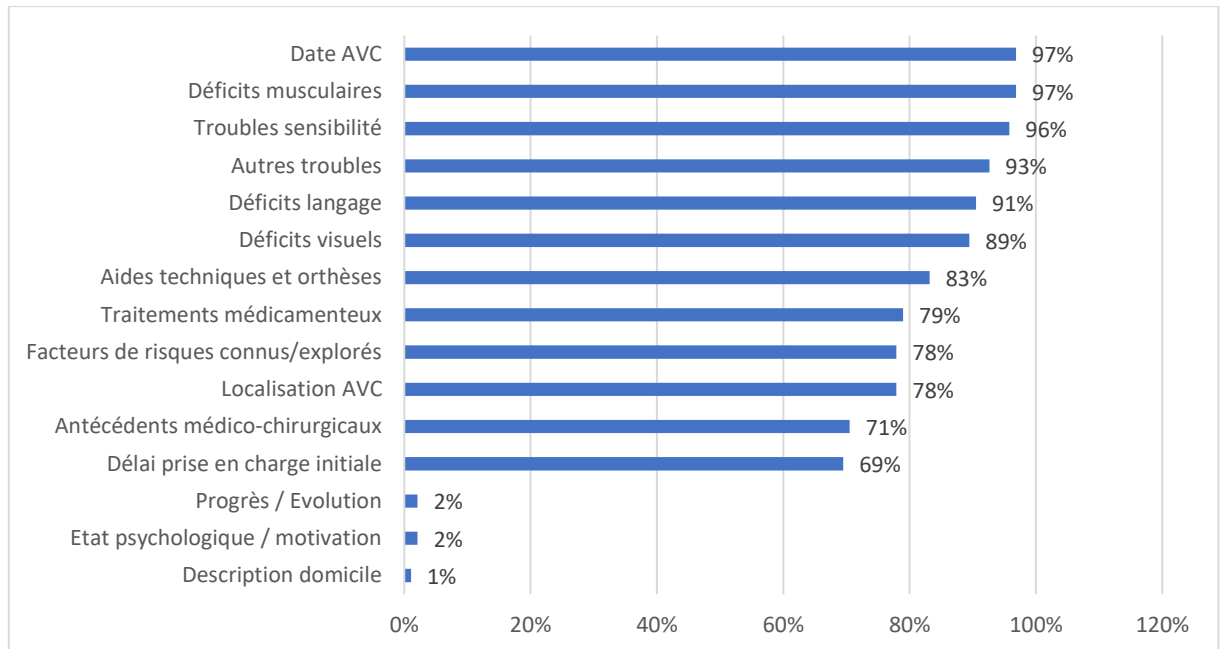


Figure 14 – Informations médicales idéales sollicitées par les masseurs-kinésithérapeutes (n=95)

Concernant les données sur les différentes échelles de bilan de l'AVC, les items de réponses à la question sont basés sur le référentiel de prise en charge de la HAS de 2006 (12). Les échelles les plus sollicitées par les professionnels sont la cotation d'Ashworth modifiée (76%) pour la spasticité, l'épreuve de Tinetti (66%) pour l'équilibre et le risque de chute, la Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (MIF)* pour l'autonomie (62%) et la mesure de la douleur (55%). Les autres échelles comme l'échelle posturale, la commande motrice volontaire de Held et Pierrot-Desseiligny, le Timed Up and Go (transfert et marche) sont sous la barre des 50% (Fig. 15). L'échelle la moins sélectionnée est le ARA* (Action Research Arm test) pour le membre supérieur, avec 18% de demandes. De façon décroissante et plébiscités à hauteur de 35% à 24%, les échelles de Fugl-Meyer (sensibilité et motricité), le Postural Assessment Scale for Stroke (PASS)* pour les changements de position, le test des 10 mètres et des 6 minutes, l'index de Barthel (autonomie) et l'équilibre de Berg représentent une partie moindre des réponses sélectionnées. Dans la catégorie « Autre », les professionnels ont fait savoir qu'ils ne connaissaient pas toutes ces échelles ou qu'ils se lassaient de toutes les cotations par échelle.

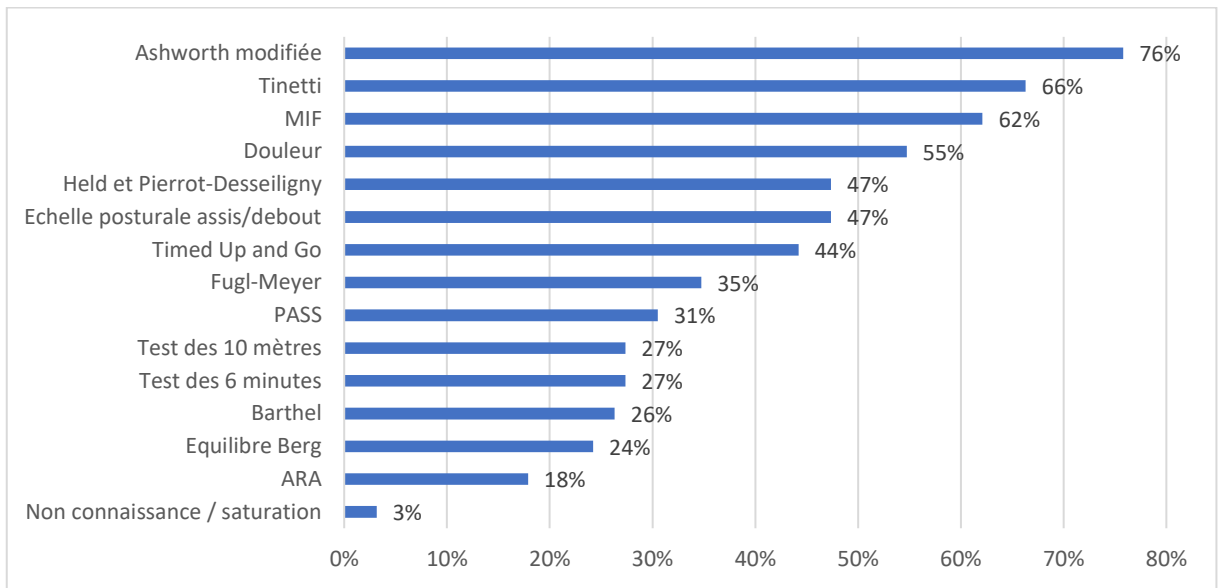


Figure 15 – Informations à communiquer concernant les échelles que souhaitent utiliser les professionnels dans le cadre de l'AVC (n=95)

La suite de cette démarche vers l'élaboration d'un outil idéal est l'aspect fonctionnel du patient. Dans cette catégorie, les items ont été plébiscités de 73 à 93%. Les informations les plus citées sont les transferts et l'équilibre (93% chacun), l'autonomie (89%), les escaliers et la marche en intérieur (respectivement 80% et 79%). Quant à la latéralité, la verticalisation et la marche en extérieur, ces items atteignent de 77% à 73%. La sélection de la solution « Autre » a permis aux masseurs-kinésithérapeutes d'évoquer des besoins par rapport à l'aspect cognitif du patient et aux objectifs principaux de rééducation (Fig. 16).

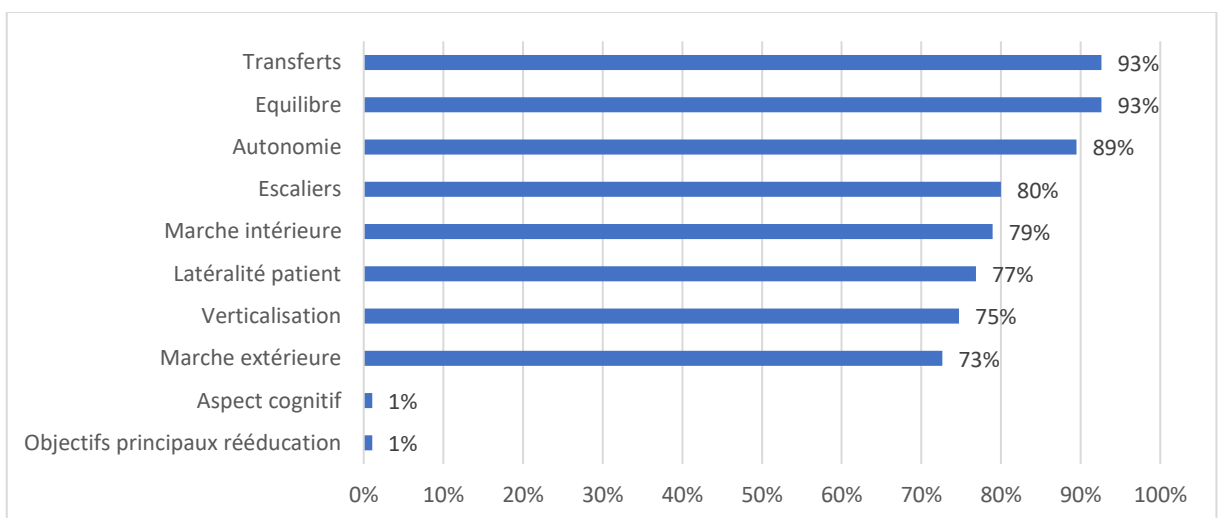


Figure 16 – Informations idéales sur l'aspect fonctionnel du patient selon les répondants (n=95)

L'avant dernière partie de cette section interroge sur la forme que devrait prendre l'outil idéal. L'analyse des résultats montre que le format préétabli papier (62%) ou mail (49%) serait préféré aux autres. Les papiers et courriels libres représentent respectivement 31% et 29% des réponses, suivis de l'appel téléphonique avec 7% de réponses. La longueur du document devrait se situer entre une page recto-verso et une page recto avec respectivement 52% et 43% de réponses. Les formats plus courts ou plus longs ont obtenu moins de 10%. Le temps de remplissage fait l'unanimité avec 71% qui sollicitent la durée la plus courte de moins de 10 minutes. Les durées de 10 à 20 minutes et de 20 à 30 minutes ont été cochées respectivement par 36% et 3% des 95 professionnels. L'item de plus de 30 minutes n'a pas été sélectionné.

La dernière partie des résultats concerne le sens de la transmission idéale. Les réponses les plus cochées confirment l'intérêt des flux allant du SSR et de l'Hôpital vers les masseurs-kinésithérapeutes, avec respectivement 89% et 77% des professionnels souhaitant ce type de communication. Les transmissions des masseurs-kinésithérapeutes vers les médecins et vers leurs consœurs/confrères représentent respectivement 61% et 58% des flux. Le sens médecin traitant vers masseur-kinésithérapeute a été coché par 48% des répondants. L'item « Autre » a permis aux rééducateurs d'explicitier la transmission masseur-kinésithérapeute vers médecin spécialiste et un sens « *peu importe* ». Ces résultats sont mis en évidence sur la Figure 17.

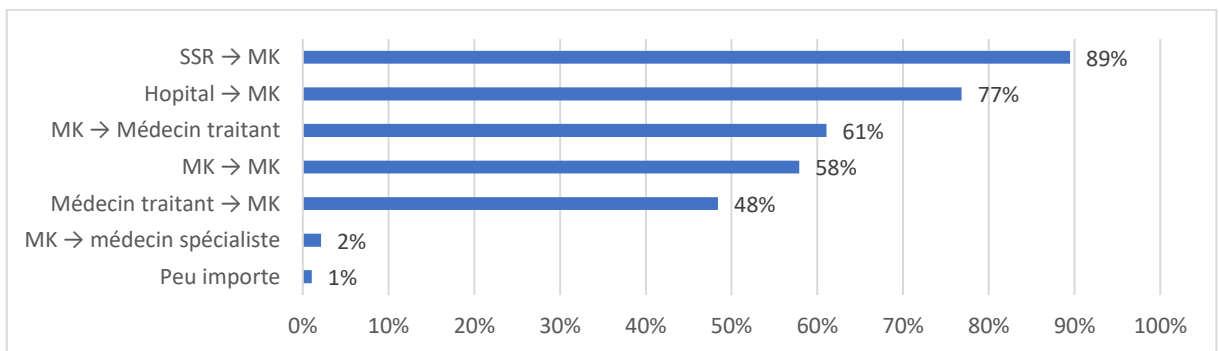


Figure 17 – Informations sur le sens de la transmission idéale (n=95)

3.7. Remarques à propos du questionnaire

Sur les 95 répondants, 10 ont laissé un commentaire, dont 3 « *non* » pour signifier l'absence de réponse. Les autres commentaires concernent :

- le manque d'informations : « *les infos sont un luxe dont nous avons appris à nous passer [...] il reste un gros travail +++* » ; « *les patients manquent parfois d'informations claires sur leur état sur la suite du traitement et l'évolution* » ;
- le suivi des patients : « *importance de l'entourage du patient et son éducation* » ; « *beaucoup de patients AVC que nous ne retrouvons pas en rééducation* » ; des difficultés de coordination dans « *une activité libérale en zone rurale* » ;
- le questionnaire : « *trop long* » ; « *ce genre de choses est réalisable en centre, pas en libéral* ».

4. DISCUSSION

4.1. Analyse des résultats

4.1.1. Nombre de répondants

Le questionnaire a permis de fournir 95 résultats à l'état des lieux sur les transmissions interprofessionnelles. Ce chiffre est en deçà des 385 réponses nécessaires pour constituer un échantillon représentatif de la population des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la région Grand-Est. Ces résultats entraînent une faiblesse statistique et empêchent d'extrapoler ces données mais également d'aller plus loin dans l'analyse statistique. Il a été décidé de rester sur une analyse descriptive à plat pour éviter un biais d'interprétation des résultats. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces résultats. Le fait de passer par un intermédiaire, l'URPS, qui contribue à l'offre de santé au niveau régional en lien avec les ARS, a pu inciter certains receveurs à ignorer le questionnaire. Les résultats du questionnaire montrent également un nombre important de répondants qui déclarent ne pas ou peu s'informer par les bulletins d'informations de l'URPS (45% des 95 répondants), ce qui peut en partie expliquer le nombre de réponses. A l'inverse, le fait d'avoir plusieurs intermédiaires, comme des syndicats et le Conseil de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, aurait pu créer des doublons et donc un risque de biais dans les résultats, obligeant ainsi à ne pas avoir un questionnaire anonyme pour les éliminer. Il était préférable de rester complètement anonyme pour inciter le plus de receveurs à répondre au questionnaire. De plus, il s'avère que le flux des courriels est important et que les

professionnels libéraux sont énormément sollicités pour répondre à des questionnaires, il est donc possible que ce dernier n'ait pas eu l'impact espéré en raison d'un effet de masse. C'est pourquoi la méthodologie supplémentaire décrite plus haut a été ajoutée aux moyens de diffusion, permettant un contact direct avec le répondant et limitant les pertes, entre les envois de questionnaire par courriels et les réponses, bien qu'elle nécessite plus de temps et de moyens.

Dans l'analyse, les données ont été croisées avec prudence et en précisant à chaque fois les proportions de répondants des différents sous-groupes. Il est vrai que davantage de croisements de données auraient pu être faits mais la signification statistique des faibles sous-groupes a contraint à rester dans un esprit de synthèse, pour interpréter les résultats, tout en restant le plus juste possible vis-à-vis de cet état des lieux.

4.1.2. Méthodologie du questionnaire

Dans le questionnaire, les questions ouvertes ont été limitées comparativement aux questions semi-ouvertes ou fermées, amenant ainsi une perte de la qualité de l'information recueillie. Cependant, comme le questionnaire était adressé à un grand nombre de masseurs-kinésithérapeutes, cela a permis de faciliter la lecture des résultats. En effet, les professionnels libéraux ayant souvent peu de temps à accorder, il était important de les inviter le plus possible à répondre au questionnaire. Malgré plusieurs relectures et pré-tests, un biais de formulation a subsisté, comme pour les questions 10 et 11 sur le nombre et la fréquence des séances de rééducation, qui peuvent se révéler maladroitement posées. La qualité de la question 12 sur le suivi des AVC ischémiques, plus particulièrement, manque de fiabilité. La question 19, sur la provenance de la prescription médicale, a amené des réponses du type « *ça dépend* », ce qui aurait valu plus d'explications et donc reflète une maladresse de formulation de l'énoncé. De plus, dans les questions de réception et d'envoi d'informations, les notions de fréquence et de moment où sont transmises ces informations n'ont pas été recueillies. Il aurait été astucieux de demander sur plusieurs transmissions, si l'une d'elle sort du lot et d'expliquer pourquoi. La dernière partie du questionnaire, qui concerne l'élaboration d'un outil idéal, compte beaucoup d'items à cocher, ce qui a pu amener les répondants à vouloir tout cocher ou à l'inverse à les éloigner de la meilleure réponse.

Cette analyse peut indiquer des effets possibles du questionnaire. En effet, un biais de désirabilité sociale peut apparaître si les répondants se montrent sous un aspect positif. Ce biais est lié à l'effet Hawthorne qui met en exergue le fait que le répondant se valorise lorsqu'il est au centre d'une étude. Ce biais de désirabilité sociale est aussi lié au biais d'autocomplaisance : un individu attribue ses réussites à un facteur intrinsèque et ses échecs à un facteur extrinsèque. L'anonymat et le format questionnaire en ligne ont permis de limiter ces biais, comparés à un entretien semi-directif.

La formulation du titre du questionnaire et du mail type envoyé à chaque personne interrogée a pu entraîner un défaut de communication. En effet, l'interrogation était portée sur les transmissions « *inter-établissements* » en questionnant des professionnels libéraux. Ceci a pu prêter à confusion et impacter le nombre de répondants.

4.2. Le choix du questionnaire

Cette enquête avait plusieurs objectifs en lien avec les hypothèses dont celui de faire un état des lieux des transmissions entre le passage d'un établissement de santé au monde libéral dans le cadre de l'AVC. Il était également question de la qualité et la quantité des transmissions reçues et émises, en interrogeant de manière simple la population des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand-Est. C'est pourquoi le choix s'est porté sur un questionnaire plutôt que sur des entretiens semi-directifs. En effet, il était difficile de prédire le taux de réponses de cette étude et la littérature est assez pauvre à ce sujet, surtout dans le milieu des professionnels libéraux. Les entretiens auraient été axés sur l'aspect qualitatif des informations mais leur format n'aurait pas permis d'analyser la quantité des transmissions à plus grande échelle. Pour cela, les questions se sont voulues les plus pertinentes possible. Elles concernent le fond et la forme des transmissions, de manière générale et le plus souvent le format de réponses est à choix multiples, facilitant la réponse des professionnels. Mais alors cette forme de questionnaire peut aussi en être sa limite.

Plusieurs améliorations peuvent être proposées à ce questionnaire. Concernant son mode de diffusion, il ne faudrait privilégier qu'un flux, celui des appels téléphoniques. Concernant la période de sollicitation des professionnels, nombre de masseurs-kinésithérapeutes sont en

vacances, ou ont un planning plus conséquent en raison des jours fériés, c'est pour cela que la période de réponses a été étendue. Cela étant dit, une relance supplémentaire aurait pu être judicieuse sur la période de fin Janvier 2020. Pour ce qui est du questionnaire, certaines questions pourraient être précisées, notamment sur le suivi des AVC ou reformulées, comme celle sur l'origine de la prescription médicale de kinésithérapie. L'intérêt serait alors porté sur la fréquence et la qualité d'une ou plusieurs transmissions sortant du lot. Une autre option serait d'offrir moins de choix multiples en axant sur des réponses ouvertes, bien que cela augmente la difficulté et le temps de traitement des réponses. En contrepartie cela offre une meilleure expression de la qualité attendue par les professionnels. Les résultats de cet état des lieux sont intéressants vis-à-vis des hypothèses et permettent d'envisager d'autres axes de travail, comme par exemple, des entretiens axés sur le versant qualitatif, jusqu'à cibler l'intégration des masseurs-kinésithérapeutes dans la pluridisciplinarité du suivi post-AVC.

4.3. Discussion autour des résultats

Bien qu'il ne soit pas possible d'extrapoler les résultats à la population des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand-Est, un constat peut être émis : il y a dans cette étude, peu de communications dans le cadre de l'AVC avec les autres professionnels de santé, que ce soit des transmissions reçues (27%) ou des transmissions émises (53%). Ce constat rejoint celui de Gâche en 2014 : les transmissions sont un des points faibles du suivi des AVC en France (71). Ces informations vont dans le sens des hypothèses de départ sur un manque d'échanges entre les différents professionnels. Pour continuer ce travail au-delà des hypothèses de départ, il serait possible d'interroger les hôpitaux et les SSR pour connaître leur point de vue sur la qualité et la quantité des transmissions envoyées, mais également demander aux non-envoyeurs les raisons de ce choix. Une partie de ces informations se trouvent dans les IPAQSS. En reprenant les données sur la filière hospitalière française de l'AVC, il est possible de constater que 20% des dossiers ne bénéficient pas de l'évaluation dans les 24 à 48 heures, que la part du masseur-kinésithérapeute dans cette première évaluation est de 44% et que 40% des patients qui sortent de SSR ont un rendez-vous de consultation post-AVC programmé dans les 6 mois (28). Au vu de ces résultats, plusieurs questions se posent. Quelles sont les raisons de cette faiblesse en communication ? Est-ce, comme dans la littérature, un manque de (re)connaissances des compétences des autres professionnels ? Est-ce un facteur économique et/ou temporel ? Est-ce

un manque de consensus dans les échanges interprofessionnels ? La méconnaissance d'outils standardisés ? Ou est-ce un flux qui n'a pas été décrit précédemment dans la revue de littérature et qui serait centré sur le patient ?

Après lecture des résultats, il a été constaté que le format écrit papier, qu'il soit libre ou préétabli, constitue la majorité (50%) des supports rencontrés pour le passage de transmissions vers les masseurs-kinésithérapeutes. Les autres flux, par courriel ou par téléphone, sont moins utilisés. La pluralité de ces transmissions pour un même patient n'a pas été étudiée. Il est en effet possible qu'un professionnel reçoive des informations écrites et orales sur un même suivi. De plus, un autre axe de l'étude serait d'analyser ces supports dans leur singularité. Outre ces flux, il se peut également que l'information passe par le patient lui-même ou ses aidants : il s'agit de l'approche centrée sur le patient. Elle permet, de « *développer et renforcer la capacité de décision et d'action du patient tout au long de son parcours* » (78). L'expertise du masseur-kinésithérapeute s'inscrit ici dans un travail en pluridisciplinarité, où l'éducation thérapeutique renforce la position d'acteur du patient et de ses aidants dans le parcours de santé. En croisant les données reçues (n=26) avec les informations envoyées (n=50) par les professionnels, force est de constater que le papier libre reste la solution la plus utilisée (74%), avec l'appel téléphonique (38%) pour les masseurs-kinésithérapeutes. Tout cela peut orienter la réflexion sur un manque de consensus dans la manière et sur le format pour communiquer avec les autres intervenants. Le professionnel avec lequel les masseurs-kinésithérapeutes ont le plus d'interactions reste le médecin traitant, avec 92% d'envois de transmissions et un peu plus de 50% de prescriptions médicales pour la rééducation des AVC. Les professionnels ont bien compris le rôle de coordinateur du médecin traitant dans le parcours de santé (79). Il est possible que les communications incluent les bilans diagnostic kinésithérapiques transmis aux médecins traitants, comme précisé au titre XIV des « *actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles* » de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)* (80). Ces bilans se doivent d'être « *à la disposition du médecin prescripteur* » (81) et sont cotés AMK 10.8 dans le cadre d'une prise en charge neurologique. Ils doivent être réalisés lors des 10 premières séances, puis à la 60^{ème} séance, puis toutes les 50 séances (80).

Globalement, dans cet état des lieux, les professionnels restent mitigés quant à la qualité globale des transmissions qu'ils reçoivent, mais également qu'ils émettent. Les notes étant

autour de 5/10 pour chacun des deux items. Il est possible de se questionner sur le pourquoi d'une telle notation... Est-ce le fond ou la forme ? Un point de vue exprimé en fin de questionnaire montre que les transmissions manquent aux libéraux.

Les masseurs-kinésithérapeutes recevant des informations (n=26) ont dans l'ensemble des données reçues en cohérence avec ce qu'ils attendent (Fig. 18). D'ailleurs, l'importance est donnée aux informations transmises plus qu'à leur support et leur format. En croisant cette information avec les résultats de l'item « *sens de la transmission idéale* » (n=95), les constatations montrent que les résultats les plus hauts le sont pour des transmissions à recevoir provenant de l'hôpital (77%) ou du SSR (89%) et les informations du médecin traitant représentent 48% des attentes. Les attentes sont globalement en lien avec des informations de synthèse sur l'autonomie du patient, son anamnèse, ses évaluations cliniques et les objectifs le concernant. Ces informations sont, pour la plupart, contenues dans la transmission de synthèse post-AVC présentée dans l'instruction, connue par 2% de nos 95 répondants. Il serait possible de se questionner sur les moyens et méthodes de diffusion de l'information de la filière post-AVC pour aboutir à ce constat 5 ans après l'édition de cette instruction.

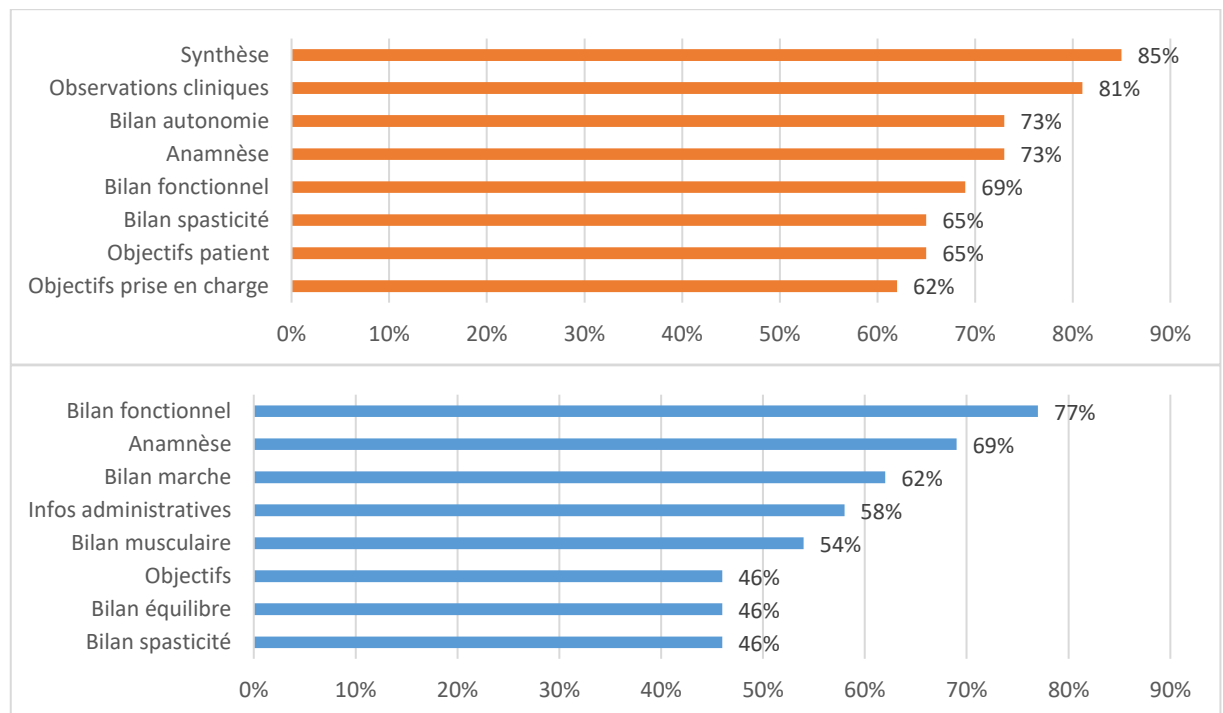


Figure 18 – Pour les 26 masseurs-kinésithérapeutes qui reçoivent des transmissions : informations souhaitées (en orange) comparées aux informations reçues (en bleu)

Le fait que les masseurs-kinésithérapeutes échangent préférentiellement sur papier libre ou par téléphone laisse penser que les professionnels n'ont soit, pas le temps d'élaborer des feuilles de bilan, soit sont en difficulté pour optimiser la communication à l'écrit lors d'un échange entre professionnels. Une autre supposition : le facteur économique peut être un frein si nous regardons les coûts d'équipements numériques, qu'ils soient matériels ou logiciels, pour les outils d'aide au bilan en masso-kinésithérapie. Cela peut également être dû à la multiplicité et la complexité des tableaux cliniques engendrés par les AVC, que les professionnels libéraux suivent à tous les stades de leur évolution. Toutes ces informations montrent que la transmission est chronophage. En effet, lors de la question sur le temps de remplissage de l'outil idéal, 71% des 95 répondants souhaitent un outil simple et complet à remplir en moins de 10 minutes, sur une feuille recto-verso maximum (52%). Un format informatique préconçu pourrait être alors judicieux car imprimable et transférable par mail (49%) ou par courrier (62%). Cela se reflète dans le nombre important d'items cochés dans le questionnaire et montre la difficulté d'être complet et concis tout en respectant le format de transmissions souhaité. La composition de toutes les sous-parties de cet outil idéal serait en accord avec les résultats développés plus haut, bien que la faiblesse de l'échantillon nuance cette esquisse. En plus des données administratives, médicales et fonctionnelles, des échelles référencées par la HAS viendraient compléter les informations transmises et ainsi apporter une précision supplémentaire au bilan masso-kinésithérapique. Cela valoriserait alors les compétences et l'expertise des masseurs-kinésithérapeutes dans le suivi rééducatif du patient. Il est évident que la mise en place d'un tel outil se ferait dans le respect des protocoles actuels, du secret professionnel partagé dans le but d'améliorer la continuité des soins, tout en assurant les normes en matière de qualité et de sécurité des soins.

En analysant les résultats de cette partie, un autre constat est émis, en lien avec les hypothèses : les masseurs-kinésithérapeutes sont désireux d'avoir des transmissions lorsqu'ils prennent en rééducation un patient en post-AVC. En effet, la majorité des réponses sur le sens de ces transmissions est du SSR, ou de l'hôpital, vers le masseur-kinésithérapeute. Les IPAQSS montrent cependant qu'une lettre de sortie est envoyée au médecin traitant, en sortie du SSR ou d'hospitalisation. Le médecin occupe une place centrale dans le parcours de santé en ville. Il serait donc intéressant d'observer la communication des informations du médecin traitant au masseur-kinésithérapeute du patient au début du suivi rééducatif. En effet, le médecin joue un

rôle important dans la coordination du parcours de santé du patient mais il peut être pertinent de savoir s'il parvient à envoyer les informations de sortie aux différents intervenants. Les masseurs-kinésithérapeutes évoquent aussi un sens de communication en qualité d'émetteurs, vers principalement le médecin traitant et vers leurs confrères et collègues. Cette multiplicité des flux indique que les répondants savent se placer dans un réel parcours de santé qu'est le parcours post-AVC, en pluridisciplinarité.

Lors de l'analyse des autres données du questionnaire concernant les « non-connaisseurs » du document de consultation post-AVC, 66 aimeraient plus d'informations sur le suivi de ces patients. Il est apparu qu'ils sont majoritairement en quête d'éléments de réponse sur le suivi post-AVC à domicile et ses modalités (79%), sur le rôle du masseur-kinésithérapeute dans ce dispositif (55%), ainsi que celui des différents intervenants (55%). Suite à ces résultats, il serait possible de questionner les professionnels sur leurs connaissances des équipes mobiles en médecine physique et de réadaptation neurologique, lien évident entre le monde institutionnel et le domicile, ainsi que sur le forfait pour la « *prise en charge rapide liée à l'AVC* ». Ce dernier concerne le suivi masso-kinésithérapique des patients sortant d'établissement (MCO ou SSR) dans les 4 jours ouvrés et est facturable 100€ par patient. Il comprend : le suivi à domicile, l'éducation du patient et de ses aidants, le travail en pluridisciplinarité avec transmission du BDK et un « *point étape* » à l'équipe médicale (82–84).

Après ces résultats, il paraît pertinent d'identifier formellement les freins et les leviers de la communication avec les masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans :

- les relations entretenues avec les autres professionnels, qu'ils soient en libéral ou en établissements de soins ;
- la reconnaissance des compétences professionnelles et de l'expertise de ces spécialistes de la rééducation ;
- les facteurs organisationnels, qui ne sont pas évalués telles les structures (IPAQSS, processus de certification) ;
- les modalités d'interactions avec les autres professionnels de santé.

En effet, ces éléments relevés dans la littérature ne sont pas tous identifiables via le questionnaire proposé. Il est possible de présumer, que les masseurs-kinésithérapeutes sont

reconnus pour leurs compétences en matière de rééducation mais que le manque de consensus dans les informations communiquées est un frein à une communication optimale dans un contexte de parcours de santé long et en pluridisciplinarité. Ces manques d'informations pourraient être palliés par des formations désirées par 88% des 66 « non-connaisseurs », ce qui implique une démarche personnelle de chaque professionnel. De plus, la constatation a été faite que les 95 répondants utilisent de multiples sources d'informations pour actualiser leurs connaissances comme, les bulletins d'informations (55%), les articles scientifiques (48%), les réseaux sociaux (45%). Une communication efficace, qui permet d'arriver à une information comprise à grande échelle, est essentielle pour un suivi rééducatif efficient et coordonné du patient en post-AVC, dans une logique de parcours de santé.

Dans ce travail d'enquête, il a été vu que les transmissions sont globalement de qualité moyenne, tout en répondant partiellement aux attentes en termes de données nécessaires à la prise en charge. Les professionnels de la rééducation sont demandeurs d'informations sur le suivi de leurs patients, sur le suivi post-AVC, sur les filières et les différentes modalités du parcours. De plus, les professionnels interrogés ne sont pas connaisseurs du dispositif de la consultation post-AVC mis en place en 2015. Ces défauts de communication peuvent être dû à l'absence de consensus en matière de transmission de l'information, à la pluralité des tableaux cliniques dans le cadre de l'AVC et à un manque d'informations des professionnels de santé sur les différentes filières de soins post-AVC ainsi que sur le rôle de chaque intervenant dans ce parcours. En effet, la communication est essentielle dans cette logique de parcours de santé souhaitée par les politiques de santé publique actuelles. En témoigne le PRS 2018-2028 de l'ARS du Grand-Est qui a pour objectifs l'augmentation de 30% des prises en charge en ambulatoire au sein des SSR, notamment par le développement des équipes mobiles mais aussi l'amélioration des modalités de suivi à domicile et le développement des consultations post-AVC. Dans tous ces domaines, le masseur-kinésithérapeute a un rôle important. C'est un interlocuteur incontournable du suivi rééducatif du patient dans ce parcours de santé post-AVC et pour cela, « *la coordination des acteurs autour du patient est primordiale pour éviter les ruptures de parcours* » (32). L'ARS définit la coordination comme une « *organisation autour d'un projet partagé. [...] Elle repose souvent sur des outils, notamment des fiches liaison papier pour l'échange d'informations* », de plus, elle « *consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs, connaître et comprendre les contraintes de*

chacun et agir en conséquence » (85). C'est dans cette logique que s'est inscrite la réflexion autour de l'outil de transmission idéale afin de reconnaître les compétences et l'expertise en rééducation des masseurs-kinésithérapeutes, tout en s'inscrivant dans la continuité des soins.

Pour illustrer ces propos sur la continuité et la coordination des soins, il est possible de prendre l'exemple de l'actualité. Depuis le 17 Mars 2020 à 12h, la France est entrée en confinement pour contenir la propagation du virus Covid-19 (86), et le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes a appelé les professionnels libéraux à fermer leurs cabinets et à prodiguer uniquement les soins d'urgence en respectant les gestes barrières (87,88). Or, la durée de cette période de confinement étant prolongée (89), le suivi des patients ayant des affections chroniques, comme les AVC, est mis en pause et peut à terme entraîner une perte de chance ou une diminution de l'autonomie. Il est donc demandé, au 23 mars 2020, la mise en place d'un télé-soin pour ces patients afin de permettre l'échange avec eux et la pratique d'une forme de masso-kinésithérapie, adaptée au contexte de l'urgence sanitaire mondiale et répondre à ces notions de continuité et de coordination des soins (90). D'autant plus qu'au niveau national a été constatée une diminution de 50% des prises en charge aux urgences des AVC, ce qui pourrait laisser craindre de lourdes conséquences dans les prochains mois, bien que tout soit en place pour les recevoir dans ce contexte particulier (91,92). L'accès aux télé-soins est possible depuis l'arrêté du 16 Avril 2020 sous conditions (93). Pour assurer la continuité des soins, le masseur-kinésithérapeute doit rédiger en fin de séance un compte rendu, qui sera soit archivé auprès du professionnel, soit dans le Dossier Médical Partagé (DMP)* si le patient l'a activé, soit envoyé au médecin traitant (94). Toutes ces notions sont donc essentielles.

Quel que soit le contexte, il est important d'assurer la continuité et la coordination des soins. En tant qu'acteur dans le suivi pluridisciplinaire des AVC, le masseur-kinésithérapeute a un rôle important dans le maintien de la qualité des soins, notamment rééducatifs. Comme dit précédemment, cela passe par une communication rigoureuse et traduisant les besoins de chaque professionnel par rapport à son rôle et à ses compétences. Cela dans un contexte de continuité, de qualité et de sécurité des soins, pour permettre au patient en post-AVC, une rééducation la plus adaptée possible à sa condition et ses objectifs.

5. CONCLUSION

Cet état des lieux a été réalisé dans le but de connaître les informations transmises lors du suivi masso-kinésithérapique des AVC en libéral dans la région Grand-Est. Le but était de connaître les informations reçues par les professionnels, les données de bilan, les données administratives, les objectifs thérapeutiques, etc. Un autre objectif du questionnaire était de connaître les informations émises par les professionnels et d'évaluer leur connaissance de l'outil standardisé utilisé depuis 2015 dans la consultation pluridisciplinaire post-AVC. Pour parfaire ce questionnaire, l'hypothèse de la création d'un outil idéal a été émise, moyen de connaître les attentes des professionnels tant sur le fond, la forme et le flux de communications.

L'analyse des 95 résultats du questionnaire montre que 27% des masseurs-kinésithérapeutes reçoivent des informations dans le suivi des AVC en libéral et que 53% en envoient. L'interlocuteur principal du masseur-kinésithérapeute étant le médecin traitant, tant en matière de prescription de masso-kinésithérapie dans le suivi des AVC, que dans l'envoi des transmissions. Il est à noter que certains répondants considèrent les informations reçues comme un manque dans la rééducation et qu'elles ne reflètent pas suffisamment le champ de compétence des masseurs-kinésithérapeutes. Ce constat fait écho à celui retrouvé dans la littérature. Dans l'ensemble, les masseurs-kinésithérapeutes répondants sont demandeurs de transmissions sur le suivi du patient et sur son état fonctionnel, à la sortie de l'hôpital ou du centre de rééducation.

Cette étude montre également la méconnaissance de l'outil standardisé de transmission, mis en place en 2015 dans le cadre de la consultation d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC. En effet, 2 % des répondants en ont connaissance 5 ans après sa publication officielle, posant des questions sur les moyens de diffusions mis en place. Pour les non-connaisseurs, environ deux-tiers souhaitent plus d'informations sur le suivi post-AVC à domicile et ses modalités, ainsi que sur le rôle du masseur-kinésithérapeute et des autres intervenants dans cette filière et ce parcours de santé.

Ce manque de communication peut être un frein dans la continuité des soins rééducatifs et donc influencer la qualité et la sécurité de ceux-ci. La réflexion autour de ce sujet a souligné

le rôle important de la coordination dans le suivi pluridisciplinaire qu'est le post-AVC. Celui-ci passe par la mise en place d'une communication entre professionnels en connaissance du rôle, des compétences et de l'expertise de chacun. Mais elle est également liée à des facteurs structurels, organisationnels et temporels qui sont différents dans le monde libéral et dans le monde hospitalier.

Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand-Est ont également été interrogés sur leurs attentes en termes d'idéal de communication dans la rééducation des AVC. Pour eux, il s'agit d'une transmission qu'ils reçoivent des hôpitaux ou des centres (SSR) et qui indique des informations au niveau administratif, médical, fonctionnel avec des échelles en accord avec les recommandations de la HAS, pour permettre d'avoir des données sur l'état du patient en sortie de séjour. Cette communication doit faire maximum un recto-verso au format papier ou électronique, à envoyer par courrier préconçu et doit prendre environ 10 minutes à remplir. Cet outil de transmission peut également servir de support de communication entre le professionnel libéral et le médecin traitant, interlocuteur privilégié du panel et un des acteurs principaux de la coordination des soins dans la filière AVC en libéral.

Ce mémoire a été pour nous l'occasion de nous confronter aux réalités du terrain en matière de communication dans le cadre du suivi rééducatif des AVC et de faire évoluer nos connaissances et nos compétences en matière de recherches documentaires, de recueil et d'analyse de données. Ce travail répond aux hypothèses de départ et fait intervenir de nouvelles interrogations. Il pourrait servir de base à des travaux s'inscrivant dans la continuité de cette réflexion. Par exemple il serait possible de mettre en place des groupes de travail pour recueillir des informations sur l'implication des professionnels dans la filière AVC. Ceux-ci interrogeraient le versant qualitatif des transmissions, ainsi que le ressenti des masseurs-kinésithérapeutes sur les communications entre professionnels. Pour cela, le rapprochement des points de vue entre les milieux institutionnels et libéraux pourrait être riche d'informations. La Communication, au sens large, est la pierre angulaire du suivi des patients dans leur parcours de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Les 10 principales causes de mortalité [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2018 [cité le 28/02/2020]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Lecoffre C, De Peretti C, Gabet A, Grimaud O, Woimant F, Giroud M, et al. Mortalité par accident vasculaire cérébral en France en 2013 et évolutions 2008-2013. Bull Epidémiologique Hebd. 21 févr 2017 [cité le 09/09/2019];(5):95-100. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/pdf/2017_5.pdf
3. INSERM. Accident vasculaire cérébral (AVC) [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2019 [cité le 10/01/2020]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>
4. OMS. Accident vasculaire cérébral [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2019 [cité le 09/09/2019]. Disponible sur : https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/
5. Lecoffre C, De Peretti C, Gabet A, Grimaud O, Woimant F, Giroud M, et al. L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. Bull Epidémiologique Hebd. 21 févr 2017 [cité le 09/09/2019];(5):84-94. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/pdf/2017_5.pdf
6. Tuppin P, Rivière S, Rigault A, Tala S, Drouin J, Pestel L, et al. Prevalence and economic burden of cardiovascular diseases in France in 2013 according to the national health insurance scheme database. Arch Cardiovasc Dis. juin 2016 [cité le 12/02/2020];109(6-7):399-411. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S187521361630047X>
7. Saver JL, Goyal M, van der Lugt A, Menon BK, Majoie CBLM, Dippel DW, et al. Time to Treatment With Endovascular Thrombectomy and Outcomes From Ischemic Stroke: A Meta-analysis. JAMA. 27 sept 2016 [cité le 12/02/2020];316(12):1279. Disponible sur : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.13647>
8. Rodgers H. Stroke. In: Handbook of Clinical Neurology. Elsevier; 2013 [cité le 25/01/2020]. p. 427-33. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780444529015000368>
9. Nestrigue C, Com-Ruelle L, Bricard D. Déterminants des parcours de rééducation des patients victimes d'un Accident vasculaire cérébral (AVC). Rev. épidémiol. santé publique. mars 2019 [cité le 12/02/2020];67:S105. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S039876201930094X>
10. HAS. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS). Haute Autorité de Santé. 2017 [cité le 12/02/2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1500957/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss

11. HAS. Comprendre les indicateurs. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité le 12/02/2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456737/fr/comprendre-les-indicateurs
12. HAS. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles en masso-kinésithérapie. Haute Autorité de Santé. 2006 janv [cité le 12/02/2020] p. 57. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/evaluation_fonctionnelle_de_lavc_referentiel_2006.pdf
13. Bejot Y, Chantegret A, Ben Salem D, Osseby G-V, Giroud M, Freysz M. Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en urgence. EMC - Médecine Urgence. janv 2010 [cité le 16/02/2020];5(1):1-21. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1959518210381475>
14. Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. Stroke. janv 1993 [cité le 16/02/2020];24(1):35-41. Disponible sur : <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.STR.24.1.35>
15. Mir MA, Albaradie RS. Recent advances in stroke therapeutics. NOVA Science. New York: Nova Biomedical; 2014 [cité le 15/02/ 2020]. 25-80 p. (Emergency and intensive care medicine). Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/273061843_Pathophysiology_of_Strokes
16. Moustafa RR, Baron J-C. Pathophysiology of ischaemic stroke: insights from imaging, and implications for therapy and drug discovery: Pathophysiology of ischaemic stroke. Br J Pharmacol. 29 janv 2009 [cité le 15/02/2020];153(S1):S44-54. Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1038/sj.bjp.0707530>
17. Macrae IM, Allan SM. Stroke: The past, present and future. Brain Neurosci Adv. janv 2018 [cité le 16/02/2020];2:239821281881068. Disponible sur : <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2398212818810689>
18. Cameron JI, O'Connell C, Foley N, Salter K, Booth R, Boyle R, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016. Int J Stroke. oct 2016 [cité le 18/03/2020];11(7):807-22. Disponible sur : <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493016660102>
19. Boulanger J, Lindsay M, Gubitz G, Smith E, Stotts G, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. Int J Stroke. déc 2018 [cité le 21/03/2020];13(9):949-84. Disponible sur : <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493018786616>
20. Ministère des Solidarités et de la Santé, DGOS. Les signes de l'AVC [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité le 17/02/2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/les-signes-de-l-avc>

21. Hankey GJ, Blacker DJ. Is it a stroke? *BMJ*. 15 janv 2015 [cité le 19/02/2020];350(jan15 1):h56-h56. Disponible sur : <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.h56>
22. Hankey GJ. Stroke. *The Lancet*. févr 2017 [cité le 19/02/2020];389(10069):641-54. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361630962X>
23. Société Française Neuro-Vasculaire. Journée Mondiale de l'Accident Vasculaire Cérébral 29/10/2019 « L'AVC nous sommes tous concernés ! ». Plus de 15 ans de progrès. 2019.
24. Larrue V, von Kummer R, Müller A, Bluhmki E. Risk Factors for Severe Hemorrhagic Transformation in Ischemic Stroke Patients Treated With Recombinant Tissue Plasminogen Activator: A Secondary Analysis of the European-Australasian Acute Stroke Study (ECASS II). *Stroke*. févr 2001 [cité le 16/02/2020];32(2):438-41. Disponible sur : <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.STR.32.2.438>
25. HAS. Organisation de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par thrombectomie mécanique Haute Autorité de Santé; 2018 juill [cité le 06/01/2020] p. 133. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/rapport_thrombectomie_vd.pdf
26. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. mars 2018 [cité le 11/02/2020];49(3). Disponible sur : <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000158>
27. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. déc 2019 [cité le 11/02/2020];50(12). Disponible sur : <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211>
28. HAS. Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral. Campagne 2017 – Données 2016. Haute Autorité de Santé; 2017 déc [cité le 10/09/2019] p. 82. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_avc_2017.pdf
29. HAS. Accident vasculaire cérébral : Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. Haute Autorité de Santé; 2019 mai [cité le 25/10/2019] p. 80. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/app_260_note_de_problematique_ssr_avc_cd_2019_05_22_vfinale.pdf
30. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des Femmes. Instruction DGOS/R4 n°2015-262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-accident vasculaire cérébral (AVC) et du suivi des AVC. 3 août 2015 p. 1-13. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-09/ste_20150009_0000_0053.pdf

31. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Paris: HCAAM; 2012 mars [cité le 28/02/2020] p. 36. Disponible sur : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2012/AVIS/HCAAM-2012-MARS-AVIS-AVIS_SUR_L-AVENIR_DE_L-ASSURANCE_MALADIE.pdf
32. ARS Grand-Est. Projet Régional de Santé 2018-2028 : Schéma Régional de Santé & Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023. Agence Régionale de Santé Grand-Est; 2018 juin [cité le 25/10/2019] p. 318. (Projet Régional de Santé 2018-2028). Disponible sur : https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/05_20180618_PRS_2018-2028_GE_SRS_2018-2028.pdf
33. Guesdon H, Pelé G, Beis J-M, Paysant J, Gamel S, Le Chapelain L. L'équipe mobile en médecine physique et de réadaptation neurologique. Actual En MPR. mai 2016;(1-2).
34. Société Française Neuro-Vasculaire. Campagne de sensibilisation de la Société Française Neuro-Vasculaire « L'AVC, nous sommes tous concernés ! ». Paris; 2018.
35. Guéniat J, Brenière C, Graber M, Garnier L, Mohr S, Giroud M, et al. Increasing Burden of Stroke: The Dijon Stroke Registry (1987–2012). Neuroepidemiology. 2018 [cité le 08/03/2020];50(1-2):47-56. Disponible sur : <https://www.karger.com/Article/FullText/486397>
36. Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, Parmar P, Krishnamurthi R, Chugh S, et al. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet Neurol. août 2016 [cité le 26/02/2020];15(9):913-24. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1474442216300734>
37. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. janv 2014 [cité le 26/02/2020];383(9913):245-55. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613619534>
38. Krishnamurthi RV, Moran AE, Feigin VL, Barker-Collo S, Norrving B, Mensah GA, et al. Stroke Prevalence, Mortality and Disability-Adjusted Life Years in Adults Aged 20-64 Years in 1990-2013: Data from the Global Burden of Disease 2013 Study. Neuroepidemiology. 2015 [cité le 26/02/2020];45(3):190-202. Disponible sur : <https://www.karger.com/Article/FullText/441098>
39. Béjot Y, Bailly H, Graber M, Garnier L, Laville A, Dubourget L, et al. Impact of the Ageing Population on the Burden of Stroke: The Dijon Stroke Registry. Neuroepidemiology. 2019 [cité le 08/03/2020] ; 52 (1-2) : 78 - 85. Disponible sur : <https://www.karger.com/Article/FullText/492820>

40. DREES. Effectifs des masseurs-kinésithérapeutes par secteur d'activité, mode d'exercice global, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge [Internet]. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. 2017 [cité le 09/03/2020]. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableView/tableView.aspx?ReportId=3773>
41. DREES. D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins. Etudes Résultats [Internet]. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. juill 2018 [cité le 03/03/2020];(1075):6. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1075.pdf>
42. INSEE. Bilan démographique 2017. Insee Prem [Internet]. janv 2018 [cité le 09/03/2020];(1683):4. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173>
43. Ministère de l'Economie et des Finances. Décret n° 2019-1546 du 30 décembre 2019 authentifiant les chiffres des populations de métropole, des départements d'outre-mer de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion, et des collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, et de Saint-Pierre-et- Miquelon. 1 janv 2020 [cité le 09/03/2020]. p. 5. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4265384?sommaire=4265511>
44. CROMK Grand-Est. Données CROMK Grand-Est Mai 2018 [Internet]. Conseil Régional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes du Grand-Est. 2018 mai [cité le 10/10/2019] p. 13. Disponible sur : <http://grandest.ordremk.fr/chiffres-mk-2018/>
45. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. 96-879, TASP9623057D. 8 oct 1996. [cité le 09/03/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000195448>
46. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des Femmes. Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. 2015-1110, AFSH1516234D. 2 sept 2015. [cité le 09/03/2020]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031127740&cat](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031127740&categorieLien=id)
47. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des Femmes. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique 19 janv 2018. [cité le 09/03/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000036515027&dateTexte=&categorieLien=id>
48. Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes. Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Code de Déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, SJSH0807099D. 5 nov 2008 [cité le 09/03/2020] p. 44. Disponible sur : <http://deontologie.ordremk.fr/wp-content/uploads/2016/06/CODE-DE-DEONTOLOGIE-2015.pdf>

49. HAS. SAED : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Haute Autorité de Santé. 2014 [cité le 09/09/2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante
50. Martin G, Khajuria A, Arora S, King D, Ashrafian H, Darzi A. The impact of mobile technology on teamwork and communication in hospitals: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc.* 1 avr 2019 [cité le 25/03/2020];26(4):339-55. Disponible sur : <https://academic.oup.com/jamia/article/26/4/339/5301725>
51. HAS. Guide méthodologique à destination des établissements de santé Certification V2014. Haute Autorité de Santé ; 2018 déc [cité le 29/09/2019] p. 88. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1495044/fr/v2014
52. HAS. Découvrir la V2020. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité le 23/03/2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2969340/fr/decouvrir-la-v2020
53. HAS. Report des actions de mesure de la qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé. Haute Autorité de Santé. 2020 [cité le 23/03/2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165975/fr/report-des-actions-de-mesure-de-la-qualite-et-securite-des-soins-dans-les-etablissements-de-sante
54. HAS. Qui sommes-nous ? [Internet]. Scope Santé. 2013 [cité le 23/03/2020]. Disponible sur : <https://www.scopesante.fr/qui-sommes-nous>
55. CHRU de Nancy. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins : Données 2015. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy ; 2017 janv [cité le 10/09/2019] p. 19. Disponible sur : <http://www.chu-nancy.fr/images/qualite/livret-IPAQSS-2017-web.pdf>
56. CHRU de Nancy. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins : Données 2016. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy ; 2019 [cité le 10/09/2019] p. 4. Disponible sur : <http://www.chu-nancy.fr/images/qualite/Affiche-A3-IPAQSS-par-site-2019-V2.pdf>
57. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev.* 22 juin 2017 [cité le 21/03/2020]; Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
58. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep.* nov 2017 [cité le 22/03/2020];15(11):2723-88. Disponible sur : <http://journals.lww.com/01938924-201711000-00014>
59. Taule T, Strand LI, Skouen JS, Råheim M. Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation. *Scand J Caring Sci.* déc 2015 [cité le 22/03/2020];29(4):651-61. Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12193>

60. Birkeland A, Tuntland H, Førland O, Jakobsen FF, Langeland E. Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study. *J Multidiscip Healthc.* mai 2017 [cité le 22/03/2020]; Volume 10:195-203. Disponible sur : <https://www.dovepress.com/interdisciplinary-collaboration-in-reablement-a-qualitative-study-peer-reviewed-article-JMDH>
61. Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *Rev Interdiscip Manag Homme Entrep.* 2016 [cité le 12/02/2020];20(1):45. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-rimhe-2016-1-page-45.htm>
62. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* juin 2016 [cité le 23/03/2020];47(6). Disponible sur : <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000098>
63. Hesbeen W. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante.* 2. ed. Paris: Masson; 2002. 208 p.
64. Rice D, Janzen S, McIntyre A, Vermeer J, Britt E, Teasell R. Comprehensive Outpatient Rehabilitation Program: Hospital-Based Stroke Outpatient Rehabilitation. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* mai 2016 [cité le 20/03/2020];25(5):1158-64. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1052305716000938>
65. Laver KE, Adey-Wakeling Z, Crotty M, Lannin NA, George S, Sherrington C. Telerehabilitation services for stroke. *Cochrane Stroke Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev.* 31 janv 2020 [cité le 23/03/2020]; Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010255.pub3>
66. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès. SANP0420786A 17 mars 2004. [cité le 23/03/2020]; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000601005>
67. HAS. Guide thématique des experts visiteurs - Dossier du patient. Haute Autorité de Santé; 2014 sept [cité le 10/04/2020] p. 15. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/dossier_patient_-_guide_ev_v2014.pdf
68. HAS. Rapport de certification : Institut Régional de Médecine et de Réadaptation de Nancy. Haute Autorité de Santé; 2018 mars [cité le 01/03/2020] p. 32. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/31949_rac1_vd.pdf
69. Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. *Prim Health Care Res Dev.* mai 2015 [cité le 22/03/2020];16(03):304-8. Disponible sur : http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1463423614000103

70. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*. 28 févr 2007 [cité le 18/03/2020];297(8):831. Disponible sur : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.297.8.831>
71. Gache K, Leleu H, Nitenberg G, Woimant F, Ferrua M, Minvielle E. Main barriers to effective implementation of stroke care pathways in France: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. déc 2014 [cité le 05/11/2019];14(1):95. Disponible sur : <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-95>
72. CHU de Rouen. HeTOP [Internet]. Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen; 2010 [cité le 12/11/2019]. Disponible sur : <https://www.hetop.eu/hetop/fr/?q=&home>
73. SurveyMonkey. Calculer la taille de votre échantillon [Internet]. SurveyMonkey. 1999 [cité le 10/11/2019]. Disponible sur : <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
74. Perneger T. Le questionnaire de recherche : mode d'emploi à usage des débutants. *Rev Mal Respir*. sept 2004 [cité le 03/10/2019];21(4-C2):6S71-4. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/rmr/article/144554>
75. Piccamiglio L. Les transmissions inter-établissements dans la prise en charge de l'adulte grand-brûlé aux membres inférieurs. 2019. 50 p. DE Masseur-Kinésithérapeute : Nancy, IFMK Nancy. Disponible sur : <http://memoires.kine-nancy.eu/piccamiglio2019.pdf>
76. Didier V. Implication des kinésithérapeutes libéraux au sein du dispositif de prescription d'activités physiques adaptées : une enquête dans le Grand-Est. 2019. 49 p. DE Masseur-Kinésithérapeute : Nancy, IFMK Nancy. Disponible sur : <http://memoires.kine-nancy.eu/didier2019.pdf>
77. HAS. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (Grille AGREE II). Haute Autorité de Santé; 2009 mai [cité le 10/11/2019] p. 53. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-03/agree_user_manual_23_item_instrument.pdf
78. HAS. Démarche centrée sur le patient : Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. mai 2015 [cité le 10/04/2020];8. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
79. Assurance Maladie. Dispositif du médecin traitant [Internet]. Ameli.fr. 2019 [cité le 10/04/2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
80. UNCAM. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 Mars 2005. UNCAM; 2020 avr [cité le 10/04/2020] p. 140. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-ngap-et-lpp/nomenclatures-ngap-lpp>

81. Ministère de la Santé et des Sports. Décret n°2009-955 du 29 juillet 2009 - art. 1 / R4321-2. Code de la santé publique août, 2009. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1FA2114432C6F9D73F620D96F63684EE.tplgfr24s_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020953322&dateTexte=20200410&categorieLien=id#LEGIARTI000020953322
82. Commission paritaire régionale des masseurs-kinésithérapeutes d’Auvergne-Rhône-Alpes. Guide pratique de la NGAP en masso-kinésithérapie. Assurance Maladie ; 2020 janv [cité le 10/04/2020] p. 26. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/guide_pratique_de_la_ngap_en_masso_kinesitherapie_assurancemaladieaura-janvier_2020_cpam-ain_0.pdf
83. Assurance Maladie. Prise en charge à domicile [Internet]. Ameli.fr. 2020 [cité le 10/04/2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/prise-charge-domicile>
84. Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes. Les honoraires des kinésithérapeutes [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. [cité le 10/04/2020]. Disponible sur : <http://www.ordremk.fr/je-suis-patient/les-honoraires-des-kinesitherapeutes/>
85. ARS. Lexique des parcours de A à Z. Agence Régionale de Santé; 2016 janv [cité le 10/04/2020] p. 92. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
86. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l’Intérieur. Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19. 2020-260, 16 mars 2020. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041728476&categorieLien=id>
87. Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes. Covid-19 : Fermeture des cabinets [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020 [cité le 10/04/2020]. Disponible sur : <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/covid-19-fermeture-des-cabinets/>
88. Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes. Covid-19 : Les cabinets doivent rester fermés et la prise en charge des patients à domicile renforcée [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020 [cité le 14/04/2020]. Disponible sur : <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/les-cabinets-doivent-rester-fermes-et-la-prise-en-charge-des-patients-a-domicile-renforcee/>
89. Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes. Covid-19 : prolongation de la fermeture des cabinets [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020 [cité le 10/04/2020]. Disponible sur : <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/covid-19-prolongation-de-la-fermeture-des-cabinets/>

90. Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes, Association Française de Lutte Antirhumatismale, Association France AVC, Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique. Courrier de télé-soins de Pascale Mathieu à Monsieur le Ministre des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité le 10/04/2020]. Disponible sur : http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2020/04/courrier-telesoin-france-avc_aflar_sofcot.pdf
91. France Info. Hôpitaux : la baisse des cas d'AVC et d'infarctus inquiète les médecins [Internet]. France Info. 2020 [cité le 10/04/2020]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/hopitaux-la-baisse-des-cas-d-avc-et-dinfarctus-inquiete-les-medecins_3904447.html
92. L'Union. Covid-19 : Il n'y a quasiment plus d'infarctus et d'AVC à l'hôpital de Soissons [Internet]. Journal L'Union. 2020 [cité le 10/04/2020]. Disponible sur : <https://www.lunion.fr/id143368/article/2020-04-03/covid-19-il-ny-quasiment-plus-dinfarctus-et-d-avc-lhopital-de-soissons>
93. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 16 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. SSAZ2009852A. 18 avril 2020. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041807257&categorieLien=id&fbclid=IwAR1FrjVOFGN2GuR3GxdwAyF7A9HaNzYd07VVffwQZofy83UqrHC_EjSWcnE
94. Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes. Les kinésithérapeutes peuvent désormais soigner leurs patients par télé-soin [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020 [cité le 20/04/2020]. Disponible sur : <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/les-kinesitherapeutes-peuvent-desormais-soigner-leurs-patients-par-telesoin/>

ANNEXES

ANNEXE I : Courriel type envoyé aux masseurs-kinésithérapeutes

ANNEXE II : Diagramme du questionnaire

ANNEXE III : Questionnaire

ANNEXE IV : Diagramme de flux des résultats

ANNEXE I : Courriel type envoyé aux masseurs-kinésithérapeutes

*Note aux lecteurs : Il est à noter que la phrase inscrite en couleur **ROUGE** n'a été adressée que dans les mails envoyés suite aux appels téléphoniques. Elle n'apparaît donc pas dans les courriels envoyés via l'URPS.*

Objet : Enquête sur les transmissions inter-établissements chez les patients ayant subi un AVC

Bonjour,

Suite à mon appel, je vous fais parvenir le questionnaire.

Vous êtes kinésithérapeute libéral(e) et suivez des patients avec séquelles d'AVC ? Êtes-vous suffisamment informé(e) sur son parcours ? Êtes-vous satisfait(e) de vos dossiers ? Êtes-vous satisfait(e) des données que vous recevez quand vous accueillez un patient ? Existe-t-il des outils permettant de mieux gérer vos transmissions ?

Nous vous proposons de vous exprimer à ce sujet au travers d'un questionnaire pour évaluer les transmissions. Pourrions-nous réfléchir ensemble sur un outil standardisé ? Pourrions-nous en créer un ? Pourrions-nous changer les choses ?

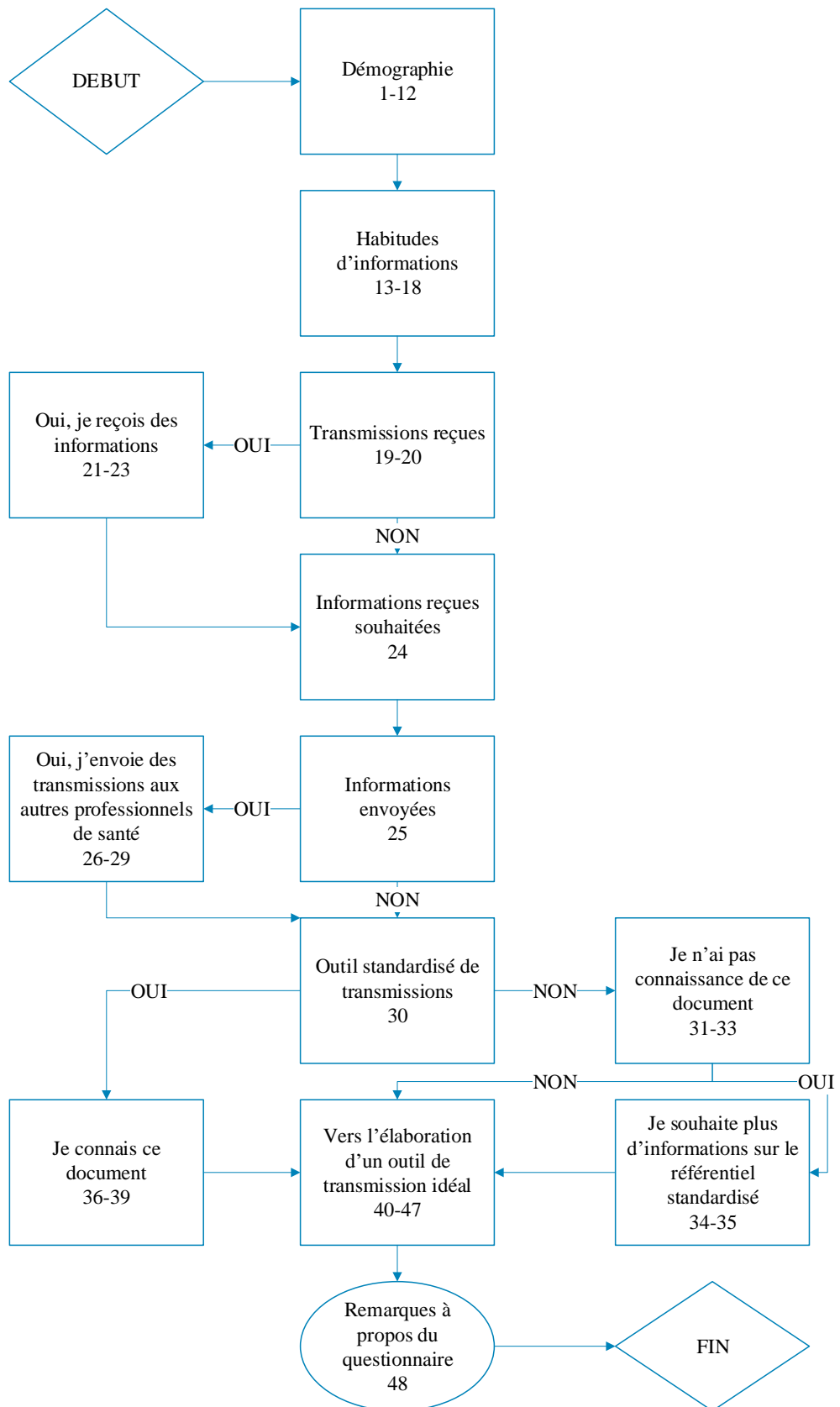
Autant de questions auxquelles vous allez donner réponse, et ce en moins de 10 minutes.

Il vous suffit de suivre ce lien : <https://forms.gle/Rud8CcHBNASobQnD7>

Merci d'accorder quelques instants à ce questionnaire.

DUCHET Julien (étudiant MK 4ème année à l'IFMK de Nancy)
duchet.j@hotmail.fr

ANNEXE II : Diagramme du questionnaire



ANNEXE III : Questionnaire

10/12/2019

Enquête sur les transmissions inter-établissements chez les patients ayant subi un AVC

Enquête sur les transmissions inter-établissements chez les patients ayant subi un AVC

Vous êtes kinésithérapeute libéral(e) et suivez des patients avec séquelles d'AVC ? Êtes-vous suffisamment informé(e) sur son parcours ? Êtes-vous satisfait(e) de vos dossiers ? Êtes-vous satisfait(e) des données que vous recevez quand vous accueillez un patient ? Existe-t-il des outils permettant de mieux gérer vos transmissions ?

Nous vous proposons de vous exprimer à ce sujet au travers d'un questionnaire pour évaluer les transmissions.

Pourrions-nous réfléchir ensemble sur un outil standardisé ? Pourrions-nous en créer un ? Pourrions-nous changer les choses ?

Autant de questions auxquelles vous allez donner réponse.

Dans le cadre du mémoire de fin d'études pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute, nous étudions les transmissions entre établissements de santé et professionnels libéraux masseurs-kinésithérapeutes du Grand-Est.

Merci de nous accorder quelques instants pour répondre à ce questionnaire et de n'y répondre qu'une fois. Le temps de réponse estimé est d'environ 7 à 10 minutes.

Il n'y a aucun pré-requis à ce questionnaire, il se veut anonyme, facile et rapide. Les données démographiques et administratives permettront l'étude statistique par catégories.

Pour toute question, vous pouvez envoyer un e-mail à l'adresse suivante : duchet.j@hotmail.fr

DUCHET Julien, Etudiant en 4ème année à l'IFMK de Nancy.

***Obligatoire**

1. Pour commencer, êtes-vous : *

Une seule réponse possible.

- Une femme
 Un homme

2. Quel âge avez-vous ? *

Merci de saisir votre âge uniquement en chiffre sans indiquer "ans". Exemple : pour 32 ans, inscrire 32.

3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? *

Merci de saisir l'année au format "aaaa".
Exemple : pour 98, saisir 1998.

4. Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme ? **Une seule réponse possible.*

- France
 Belgique
 Espagne
 Allemagne
 Pologne
 Roumanie
 Autre : _____

5. Dans quel département exercez-vous ? **Une seule réponse possible.*

- Ardennes (08)
 Aube (10)
 Marne (51)
 Haute-Marne (52)
 Meurthe-et-Moselle (54)
 Meuse (55)
 Moselle (57)
 Bas-Rhin (67)
 Haut-Rhin (68)
 Vosges (88)

6. A quelle distance le centre de rééducation le plus proche se situe-t-il ? **Une seule réponse possible.*

- Moins de 5 km
 Entre 5 et 15 km
 Entre 15 et 30 km
 Plus de 30 km

7. Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ? **Une seule réponse possible.*

- Cabinet individuel
 Cabinet de groupe
 Maison de Santé Pluri-Professionnelle
 Autre : _____

8. Quel est votre statut professionnel ? **Une seule réponse possible.*

- Titulaire
 Collaborateur (possibilité d'avoir sa propre patientèle)
 Assistant (patientèle identique à celle du titulaire)
 Remplaçant

9. Au cours de votre cursus, y compris lors de la formation initiale : avez-vous suivi une formation sur la prise en charge des patients AVC ? *

Une seule réponse possible.

- Non
- Oui, uniquement lors de ma formation initiale
- Oui, uniquement lors d'une formation continue après l'obtention du diplôme
- Oui, lors de ma formation initiale ET de la formation continue après l'obtention du diplôme
- Autre : _____

10. Combien de patients AVC avez-vous pris en charge depuis le début de votre carrière en libéral ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 10 patients
- Entre 10 et 30 patients
- Entre 30 et 50 patients
- Plus de 50 patients
- Je ne me prononce pas

11. Au sein du cabinet où vous exercez (y compris pour les soins à domicile), à quelle fréquence rencontrez-vous la pathologie de l'AVC ? *

Une seule réponse possible.

- Quotidienne
- Hebdomadaire
- Mensuelle
- Annuelle
- Autre : _____

12. Parmi l'ensemble des patients que vous prenez en charge et ayant une pathologie neurologique, pouvez-vous préciser la proportion de patients ayant subi un AVC ischémique ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 25%
- Entre 25 et 50%
- Entre 50 et 75%
- Au-delà de 75%
- Je ne me prononce pas

Habitudes d'informations

Comment vous informez-vous sur la profession au quotidien ?

Les réponses aux questions suivantes permettront de déterminer quel(s) support(s) d'informations vous semble(nt) le(s) plus adapté(s) dans le cadre de votre exercice.

13. Participez-vous à des congrès professionnels en santé ? **Une seule réponse possible.*

- Jamais
 Occasionnellement (environ 1 tous les 5 ans)
 Annuellement (environ 1 par an)
 Fréquemment (plusieurs par an)

14. Consultez-vous les bulletins d'informations (URPS, Conseil de l'Ordre...) ? **Une seule réponse possible.*

- Jamais
 Parfois (environ 1 fois par an)
 Souvent (environ 1 fois tous les 3 mois)
 Fréquemment (tous les mois)

15. Consultez-vous les sites internet destinés à informer les professionnels de santé (HAS, CNOMK, URPS, CPAM...) ? **Une seule réponse possible.*

- Jamais
 Parfois (environ 1 fois par an)
 Souvent (environ 1 fois tous les 3 mois)
 Fréquemment (au moins 1 fois par mois)

16. Consultez-vous les revues professionnelles (Kinésithérapie la revue, Kiné actualité, Kinésithérapie scientifique...) ? **Une seule réponse possible.*

- Jamais
 Parfois (environ 1 fois par an)
 Souvent (environ 1 fois tous les 3 mois)
 Fréquemment (au moins 1 fois par mois)

17. Consultez-vous des articles scientifiques ? **Une seule réponse possible.*

- Jamais
 Parfois (environ 1 fois par an)
 Souvent (environ 1 tous les 3 mois)
 Fréquemment (au moins 1 par mois)

18. Vous informez-vous de l'actualité professionnelle par l'intermédiaire des réseaux sociaux ? **Une seule réponse possible.*

- Jamais
 Parfois (plusieurs fois par an)
 Souvent (plusieurs fois par mois)
 Fréquemment (plusieurs fois par semaine)

Transmissions reçues

Dans cette partie, nous aimerions savoir si vous recevez des transmissions lorsque vous prenez en charge un(e) patient(e) suite à un AVC.

19. Quand un patient AVC vient vous voir pour une prise en charge post hospitalisation/centre, est-ce via une prescription du médecin traitant ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

20. Lorsque vous recevez un patient AVC sortant d'un hôpital/centre de rééducation, recevez-vous des informations sur sa prise en charge ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 24.*

Oui, je reçois des informations

Dans cette partie, nous voulons connaître le format et la pertinence des informations que vous recevez lors de la prise en charge d'un patient AVC à sa sortie d'un hôpital/centre de rééducation.

21. Sous quelle(s) forme(s) se font ces transmissions ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Courrier papier libre
- Courrier papier préétabli et complété
- Courrier électronique libre (mail)
- Courrier électronique préétabli et complété (support informatisé)
- Appel téléphonique
- Autre : _____

22. Quelle(s) information(s) vous est(sont) communiquée(s) le plus couramment dans ces échanges ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Informations administratives
- Anamnèse
- Bilan de la douleur
- Bilan cutané/trophique
- Bilan de la spasticité
- Bilan articulaire
- Bilan musculaire
- Bilan sensitif
- Bilan fonctionnel
- Bilan équilibre
- Bilan marche
- Appareillage
- Objectifs
- Techniques réalisées
- Référentiel DGOS du contenu de consultation d'évaluation pluri-professionnelle post AVC
- Autre : _____

23. Si vous deviez évaluer la qualité de la transmission (sur le fond et sur la forme), quelle note sur 10 lui attribuez-vous ? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Transmission décevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Transmission parfaite

Informations reçues souhaitées

Un patient sort d'un hôpital ou d'un centre de rééducation suite à un AVC. Il vous présente la transmission idéale...

Selon-vous, que contient-elle ?

24. Quel(s) élément(s) souhaitez-vous recevoir lors de la sortie du patient de l'hôpital/du centre de rééducation ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Informations administratives
- Anamnèse
- Bilan de la douleur
- Bilan cutané/trophique
- Bilan de spasticité
- Bilan articulaire
- Bilan fonctionnel
- Bilan d'autonomie
- Objectifs du patient
- Objectifs de la prise en charge
- Observations cliniques et handicap du patient (de façon globale)
- Planification des besoins (de façon globale)
- Synthèse (contraintes du parcours de soins, objectifs du projet de vie, traitement médical et/ou rééducatif en place et à prévoir)
- Autre : _____

Informations envoyées

Ici, nous vous questionnons sur les transmissions que vous émettez (toujours dans le cadre de la prise en charge d'un patient AVC).

25. Envoyez-vous des transmissions à d'autres professionnels de santé ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 30.*

Oui, j'envoie des transmissions aux autres professionnels de santé

Dans cette partie, nous voulons connaître le format et la pertinence des informations que vous transmettez aux professionnels de santé, lors de la prise en charge d'un patient AVC.

26. Si oui, à quel(s) professionnel(s) de santé envoyez-vous ces transmissions ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Masseur-kinésithérapeute
- Médecin traitant
- Infirmier(e) libéral(e)
- Autre : _____

27. **Sous quelle(s) forme(s) se font ces transmissions ? ****Plusieurs réponses possibles.*

- Courrier papier libre
 Courrier papier préétabli et complété
 Courrier électronique libre (mail)
 Courrier électronique préétabli et complété (support informatisé)
 Appel téléphonique
 Autre : _____

28. **Quelle(s) information(s) communiquez-vous le plus couramment dans ces échanges ? ****Plusieurs réponses possibles.*

- Informations administratives
 Anamnèse
 Bilan de la douleur
 Bilan cutané/trophique
 Bilan de la spasticité
 Bilan articulaire
 Bilan musculaire
 Bilan sensitif
 Bilan fonctionnel
 Bilan équilibre
 Bilan marche
 Appareillage
 Objectifs
 Techniques réalisées
 Référentiel DGOS du contenu de consultation d'évaluation pluri-professionnelle post AVC
 Autre : _____

29. **Si vous deviez évaluer la qualité de la transmission (sur le fond et sur la forme), quelle note sur 10 lui attribuez-vous ? ****Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Transmission décevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Transmission parfaite

Outil standardisé de transmissions

Selon vous, existe-t-il ? Oui ? Non ?

30. **Avant l'envoi de ce questionnaire, avez-vous eu connaissance de l'existence d'un outil standardisé de transmissions dans le cadre des consultations d'évaluation pluri-professionnelle post AVC et du suivi des AVC ? ****Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 36.*
 Non *Passez à la question 31.*

Je n'ai pas connaissance de ce document

L'instruction N° DGOS/R4/2015/262 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri-professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC a été éditée le 3 Août 2015.

Elle s'inscrit dans le prolongement du plan AVC 2010-2014 et vise à structurer les consultations graduées sur le territoire. Elle constitue un cahier des charges définissant la mise en oeuvre et l'organisation des consultations d'évaluation pluri-professionnelle suite à un AVC.

Elle se réfère à la circulaire n°2012-39 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral.

Elle permet une évaluation post-AVC suivie dans les 6 mois suivant l'accident. Cette évaluation a pour but d'évaluer la maladie, le pronostic fonctionnel et cognitif, les troubles de l'humeur, les capacités de réinsertions socio-professionnelles, la qualité de vie, la prévention des facteurs de risque, de renforcer l'éducation thérapeutique, de prendre en charge l'entourage et de fournir des indicateurs de suivi dans un but d'évaluation du dispositif.

En annexe 2, un référentiel standardisé de transmission est proposé, vous le trouverez ci-dessous.

Référentiel standardisé de transmission

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

ANNEXE 2

REFERENTIEL DGOS DU CONTENU DE CONSULTATION D'ÉVALUATION PLURIPROFESSIONNELLE POST-AVC (NEUROVASCULAIRE, MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION, GÉRIATRIE)

I) OBSERVATION CLINIQUE ET HANDICAP DU PATIENT	II) PLANIFICATION DES BESOINS
EVALUATION ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET PRÉVENTION SECONDAIRE (E1) <input type="checkbox"/> PAS DE RISQUE DE RÉCIDIVE <input type="checkbox"/> IMPACTUS OU HÉMORRAGIE AVEC FOR À SURVEILLER <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> OBESITÉ <input type="checkbox"/> TABAC <input type="checkbox"/> DYSLIPÉMIEMIE <input type="checkbox"/> IMPACTUS OU HÉMORRAGIE AVEC ÉTILOGIE IDENTIFIÉE, À SURVEILLER <input type="checkbox"/> CARDIACQUE <input type="checkbox"/> HÉMATOLOGIQUE <input type="checkbox"/> MALADIE GÉNÉTIQUE BREVANTAL ÉTIOLOGIQUE FAIT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON CE QUI A ÉTÉ PRÉVU ULTÉRIEUREMENT A-T-IL ÉTÉ FAIT ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON AFFECTION LONGUE DURÉE (ALD) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	BESIN D'UN BILAN COMPLÉMENTAIRE ORTHOPHONISTE FAIT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON À FAIRE/REFAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON KINÉSITHÉRAPEUTE FAIT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON À FAIRE/REFAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ERGOTHÉRAPEUTE FAIT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON À FAIRE/REFAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON AUTRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON BESIN D'UN AVIS MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE NEUROLOGUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON APM <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON GÉRIATRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON CARDIOLOGUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON AUTRES (ORTHOPÉDISTE, NEUROCHIR, PSYCHIATRE ...) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON BESIN D'UN SOUTIEN PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PROCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
EVALUATION HANDICAP MOTEUR (E2) AGILITÉ PHYSIQUE MANUTENIR <input type="checkbox"/> ABSO <input type="checkbox"/> MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVERE SÉQUÈLES GÉNÉRALES <input type="checkbox"/> ABSO <input type="checkbox"/> MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVERE ANESTHÉSIES <input type="checkbox"/> ABSO <input type="checkbox"/> MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVERE AFFAISE <input type="checkbox"/> ABSO <input type="checkbox"/> MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVERE NÉGLIGENCE VISUOSPATIALE <input type="checkbox"/> ABSO <input type="checkbox"/> MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVERE KUH-QLH <input type="checkbox"/> ABSO <input type="checkbox"/> MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVERE TROUBLES DE LA COÉLIFICATION <input type="checkbox"/> ABSO <input type="checkbox"/> MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVERE DE L'ÉLIMINATION URINAIRE <input type="checkbox"/> ABSO <input type="checkbox"/> MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVERE DE L'ÉLIMINATION FÉCALE <input type="checkbox"/> ABSO <input type="checkbox"/> MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVERE DE LA SEXUALITÉ <input type="checkbox"/> ABSO <input type="checkbox"/> MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVERE	MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE <input type="checkbox"/> A ENVISAGER <input type="checkbox"/> A ENVISAGER DE LEVER <input type="checkbox"/> EXISTANTE À MAINTENIR PROFESSIONNELLE REPRISE À ENVISAGER - DÉMARCHES FAITES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON REPRISE NON ENVISAGÉABLE - DÉMARCHES FAITES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON CONDUITE AUTOMOBILE FORMELLEMENT CONTRÔLÉE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON POSSIBLE SANS PERMIS SPÉCIAL ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON LES DÉMARCHES OBTENUES ÉTÉ FAITES ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (COMMISSION MÉDICALE) EVALUATION ENTOURAGE ENVIRONNEMENTAL (E3) LIEU DE VIE <input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> EHPAD MODE DE VIE SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON EN COUPLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON EN FAMILLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON DIAGNOSTIC AUTONOME DE L'HABITAT FAIT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON À FAIRE/REFAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON MOIS MISES EN ŒUVRE <input type="checkbox"/> DOSSIER BREVETÉ COURS ADAPTÉ <input type="checkbox"/> DOSSIER À METTRE EN DÉLAIÉ À RÉADAPTER <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> PCH <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> ASH / ASPA SOUHAITS ET PROJET DE VIE DE LA PERSONNE <input type="checkbox"/> RETOUR DOMICILE <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> PRÉSENTANT LÉGALE <input type="checkbox"/> CONSENSUS <input type="checkbox"/> DÉSACCORD
EVALUATION NEUROPSYCHOCOGNITIVE (E4) SYNDROME D'EXÉCUTIF <input type="checkbox"/> ABSO <input type="checkbox"/> MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVERE DÉTERIORATION INTELLECTUELLE <input type="checkbox"/> ABSO <input type="checkbox"/> MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVERE	
EXISTENCE POLYPATHOLOGIES ASSOCIÉES (E5) <input type="checkbox"/> DÉPENDANCE D'UN HANDICAP <input type="checkbox"/> POLYHANDICAP <input type="checkbox"/> POLYPATHOLOGIES (SVP PRÉCISER) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (SVP PRÉCISER) EXTREME AUTONOME	
III) SYNTHÈSE	
CONSTRAINTES DU PARCOURS DE SOIN RÉADAPTATION SOINS INFIRMIERS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ORTHOPHONISTE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON KINÉSITHÉRAPEUTE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ERGOTHÉRAPEUTE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON APPAREILLAGE <input type="checkbox"/> PEUT CORRIGER <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SOINS DU TRAITEMENT NOCTURNE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON VENTILATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON CONSTRAINTES ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OBJECTIF GLOBAL DU PROJET DE VIE PERTE D'AUTONOMIE GR <input type="checkbox"/> O1 <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> O3 <input type="checkbox"/> O4 <input type="checkbox"/> O5 <input type="checkbox"/> O6 RÉALISATION EFFECTIVE ACTIVITÉS <input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> PARTIELL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE <input type="checkbox"/> NON ASSOCIATION DE SOUFIEN <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
TRAITEMENT TRAITEMENT MÉDICAL PRÉVENTIF: DE RÉCIDIVE <input type="checkbox"/> A POURSUIVRE <input type="checkbox"/> A MODIFIER DE COMPLÉMENTATION <input type="checkbox"/> A POURSUIVRE <input type="checkbox"/> A MODIFIER PRISE EN CHARGE RÉGULIÈRE <input type="checkbox"/> CONSULTATION DE SPÉCIALITÉ <input type="checkbox"/> ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE	PRÉVOIR <input type="checkbox"/> SEJOUR DE REPT <input type="checkbox"/> MASP AM <input type="checkbox"/> HOSPITALISATION COMPLETE <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> HDJ <input type="checkbox"/> DSHAD <input type="checkbox"/> AUTRE
TRANSMISSION DANS LES 8 JOURS AU MÉDECIN TRAITANT, MÉDECIN D'EHPAD, MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE, ORTHOPHONISTE, ERGOTHÉRAPEUTE, RESEAU DE SOINS.	

31. Après cette courte description, pensez-vous faire les démarches pour vous procurer ce référentiel de transmission ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

32. Suite à la lecture de ce référentiel standardisé, pensez-vous avoir les éléments nécessaires à la prise en charge d'un nouveau patient ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

33. Aimerez-vous avoir plus d'informations sur la prise en charge des patients issus de la filière AVC dans votre région ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 34.*
 Non *Passez à la question 40.*

Je souhaite plus d'informations sur le référentiel standardisé

Avant ce questionnaire, vous ne connaissiez pas l'existence du référentiel standardisé mis en place dans le cadre de la prise en charge des AVC.

Vous avez indiqué vouloir plus d'information(s) à ce sujet. Selon vous, quel(s) est(sont) le(s) thème(s) et support(s) qui vous serai(en)t utile(s) ?

34. A propos de quel(s) sujet(s) avez-vous besoin d'informations supplémentaires ? *

Plusieurs réponses possibles.

- L'organisation de la filière neurologique
 Le rôle du masseur-kinésithérapeute dans ce dispositif
 Les différents intervenants du dispositif
 La filière pré-hospitalière de réponse d'urgence
 Les unités de prise en charge en phase aiguë
 L'offre de rééducation
 Le suivi post-AVC à domicile et ses modalités
 Autre : _____

35. Par quel(s) moyen(s) aimeriez-vous avoir des informations supplémentaires ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Documentation papier
 Informations par e-mail
 Informations sur un site internet
 Informations par l'intermédiaire des réseaux sociaux
 Informations par entretien téléphonique
 Application sur smartphone
 Réunions d'information
 Formations
 Autre : _____

Passez à la question 40.

Je connais ce document

Vous avez indiqué connaître le référentiel standardisé de transmissions dans le cadre des prises en charge des AVC.

Nous aimerions en savoir un peu plus à ce propos.

36. Par quel(s) moyen(s) avez-vous eu connaissance de ce référentiel de transmission ? **Plusieurs réponses possibles.*

- Discussion entre collègues
- Congrès
- Bulletins d'informations (URPS, Conseil de l'Ordre...)
- Site internet (HAS, URPS, CNOMK, CPAM...)
- Média traditionnel : télévision, radio, presse
- Littérature scientifique
- Campagne d'information ministérielle
- Réseaux de santé
- Réseaux sociaux
- Revues professionnelles (Kiné Actualité, Kinésithérapie la Revue, Kinésithérapie scientifique...)
- Autre : _____

37. Avez-vous lu l'instruction DGOS/R4 n° 2015-262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post-accident vasculaire cérébral (AVC) et du suivi des AVC ? **Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

38. Selon vous, le format de la feuille de transmission standardisée (ci-dessous) est-il adapté à la prise en charge optimale d'un patient AVC venant vous voir en post hospitalisation/centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ? *

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

ANNEXE 2

RÉFÉRENTIEL DGOS DU CONTENU DE CONSULTATION D'ÉVALUATION PLURIPROFESSIONNELLE POST-AVC (NEUROVASCULAIRE, MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION, GÉRIATRIE)

I) OBSERVATION CLINIQUE ET HANDICAP DU PATIENT	II) PLANIFICATION DES BESOINS
<p>ÉVALUATION ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET PRÉVENTION SECONDAIRE (E1)</p> <p>PAS DE RISQUE DE RÉCIVIE <input type="checkbox"/></p> <p>INFARCTUS OU HÉMORRAGIE AVEC FOR A SURVEILLER <input type="checkbox"/></p> <p>HTA <input type="checkbox"/></p> <p>DIABÈTE <input type="checkbox"/></p> <p>OBÉSITÉ <input type="checkbox"/></p> <p>TABAC <input type="checkbox"/></p> <p>DYSLIPÉMIÉ <input type="checkbox"/></p> <p>INFARCTUS OU HÉMORRAGIE AVEC ÉTIOLOGIE ÉNÉTRÉE, A SURVEILLER <input type="checkbox"/></p> <p>CARDIAQUE <input type="checkbox"/></p> <p>HÉMÉTOLOGIQUE <input type="checkbox"/></p> <p>MALADIE GÉNÉTIQUE <input type="checkbox"/></p> <p>BLAN INITIAL ÉTIOLOGIQUE FAIT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>CE QUI A ÉTÉ PRÉVU LE TOURNEMENT À-T-IL ÉTÉ FAIT ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>AFFECTION LONGUE DURÉE (ALD) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>ÉVALUATION HANDICAP MOTEUR (E2)</p> <p>DÉPENDANCE PHYSIQUE</p> <p>PARALYSES <input type="checkbox"/> ABSO MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVÈRE</p> <p>SPASTICITÉ BÉBANTE <input type="checkbox"/> ABSO MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVÈRE</p> <p>ANESTHÉSIES <input type="checkbox"/> ABSO MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVÈRE</p> <p>APHASIE <input type="checkbox"/> ABSO MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVÈRE</p> <p>NEGLIGENCE VISUOSPATIALE <input type="checkbox"/> ABSO MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVÈRE</p> <p>NMI - OCH <input type="checkbox"/> ABSO MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVÈRE</p> <p>TROUBLES :</p> <p>DE LA DÉPLICTION <input type="checkbox"/> ABSO MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVÈRE</p> <p>DE L'ÉLIMINATION URINAIRE <input type="checkbox"/> ABSO MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVÈRE</p> <p>DE L'ÉLIMINATION FÉCALE <input type="checkbox"/> ABSO MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVÈRE</p> <p>DE LA SEXUALITÉ <input type="checkbox"/> ABSO MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVÈRE</p> <p>DÉLIMITATION D'ACTIVITÉS</p> <p>SE SEUL SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>RISQUE DE CHUTE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>FAIRE SES TRANSFERTS (UNE SURFACE À L'AUTRE) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>MARCHER SEUL, INTÉRIEUR <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>EXTÉRIEUR (TRANSPORTS) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>SE DÉPLACER EN CHATELAIN, ROLLANT, SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>FAIRE SA TOILETTE SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>UTILISER LES WC SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>MANÉGER UN RÉPAS PRÉPARÉ SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>INCONTINENCE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>COMMUNIQUER PAROCHES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>EXTÉRIEUR (APRÈS SECOURS, COURSES, J) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>GÉRER SES COMPTEZ, AFFAIRES PÉRSOINNELLES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>GÉRER SEUL SES TRAITEMENTS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>LE PATIENT BÉNÉFICIE-T-IL D'UNE AIDE HUMAINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>SI OUI LAQUELLE ? _____</p> <p>TEMPS QUOTIDIEN MOYEN (H) _____</p> <p>ÉVALUATION NEUROPSYCHODÉGNITIVE (E3)</p> <p>SYNDROME D'ISOGÉNITÉ <input type="checkbox"/> ABSO MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVÈRE</p> <p>DÉTÉRIORATION INTELLECTUELLE <input type="checkbox"/> ABSO MODÈRE <input type="checkbox"/> SEVÈRE</p> <p>EXISTENCE POLYPATHOLOGIES ASSOCIÉES (E4)</p> <p>DURHANDICAP <input type="checkbox"/> PLURHANDICAP <input type="checkbox"/> DPLYHANDICAP <input type="checkbox"/> DIPLOPATHOLOGIES <input type="checkbox"/></p> <p>(E41 - E44) (E45 - E48) (E49 - E52) (E53 - E56) (E57 - E60) (E61 - E64) (E65 - E68) (E69 - E72) (E73 - E76) (E77 - E80)</p>	<p>BESOIN D'UN PLAK COMPLÉMENTAIRE</p> <p>ORTHOPHONISTE FAIT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON A FAIRE/RÉFAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>KINÉSITHÉRAPEUTE FAIT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON A FAIRE/RÉFAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>ERGOTHÉRAPEUTE FAIT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON A FAIRE/RÉFAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>BESOIN D'UN AVIS MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE</p> <p>NEUROLOGUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>APH <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>GÉNÉTRATE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>CARDIOLOGUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>AUTRES : ORTHOPÉDISTE, NEUROCHIR, PSYCHIATRE ... <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>BESOIN D'UN SOUTIEN PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE</p> <p>PATIENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>PROCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>MESURES DE PROTECTION</p> <p>JURIDIQUE <input type="checkbox"/> A ENVISAGER <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>A ENVISAGER <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>A ENVISAGER DE LEVER <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>EXISTANTE A MAINTENIR <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>PROFESSIONNELLE</p> <p>RÉPRISE A ENVISAGER : DEMARCHES FAITES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>RÉPRISE INEVITABLE : DEMARCHES FAITES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>CONDUITE AUTOMOBILE :</p> <p>FORMELLEMENT CONTRS INDIQUÉ ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>POSSIBLE SANS PERMIS SPÉCIAL ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>LES DEMARCHES ONT-ELLES ÉTÉ FAITES ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>(COMMISSION MÉDICALE) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>ÉVALUATION ENTOURAGE ENVIRONNEMENTAL (E5)</p> <p>LIEU DE VIE <input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/></p> <p>MODE DE VIE <input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>EN COUPLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>EN FAMILLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>DIAGNOSTIC AUTONOME DE L'HABITAT</p> <p>FAIT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON A FAIRE/RÉFAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>AIDES MISES EN ŒUVRE</p> <p>D'ASSISTANCE MÉTHÉEN COURS, ADAPTE <input type="checkbox"/></p> <p>D'ASSISTANCE À METTRE EN ŒUVRE : A RÉADAPTER <input type="checkbox"/></p> <p>APA <input type="checkbox"/> PCH <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> ASI / ASPA</p> <p>SOUHAITS ET PROJET DE VIE DE LA PERSONNE</p> <p>RETOUR DOMICILE <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>RÉPRESENTANT LÉGL <input type="checkbox"/> CONSENSUS <input type="checkbox"/> DISSENSUS <input type="checkbox"/></p> <p>REFERENTS</p> <p>PROXIM. REFERENT (NOM, TEL) : _____</p> <p>MÉDECIN REFERENT (NOM, TEL) : _____</p> <p>MÉDECIN TRAITANT (NOM, TEL) : _____</p>
III) SYNTHÈSE	
<p>CONTRAINTES OU PARCOURS DE SOIN</p> <p>READAPTATION</p> <p>SOINS RÉFERMS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>ORTHOPÉDIE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>KINÉSITHÉRAPE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>ERGOTHÉRAPE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>APPAREILLAGE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>SOINS OU TRAITEMENT NOCTURNE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>VENTILATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>CONTRAINTE ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>TRAITEMENT</p> <p>TRAITEMENT MÉDICAL PRÉVENTIF :</p> <p>DE RÉCIVIE <input type="checkbox"/> A POURSUIVRE <input type="checkbox"/> A MODIFIER <input type="checkbox"/></p> <p>DE COMPLICATION <input type="checkbox"/> A POURSUIVRE <input type="checkbox"/> A MODIFIER <input type="checkbox"/></p> <p>MISE EN CHARGE RÉGULIÈRE <input type="checkbox"/></p> <p>CONSULTATION DE SPÉCIALITÉ <input type="checkbox"/> ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE <input type="checkbox"/></p>	<p>OBJECTIF GLOBAL DU PROJET DE VIE</p> <p>PERTE D'AUTONOMIE <input type="checkbox"/> O1 <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> O3 <input type="checkbox"/> O4 <input type="checkbox"/> O5 <input type="checkbox"/> O6</p> <p>RÉALISATION EFFECTIVE ACTIVITÉS <input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> PARTIELL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE <input type="checkbox"/> NON</p> <p>ASSOCIATION DE SOUTIEN <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>

TRANSMISSION DANS LES 8 JOURS AU MÉDECIN TRAITANT, MÉDECIN D'EHPAD, MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTE, ORTHOPHONISTE, ERGOTHÉRAPEUTE, RÉSEAU DE SOINS.

Une seule réponse possible.

Oui

Non

39. Les indications présentes sur ce référentiel standardisé vous permettent-elles d'orienter votre bilan de façon précise ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Vers l'élaboration d'un outil de transmission idéal

Vous touchez à la fin de ce questionnaire !

Nous voulons faire le point, sur vos besoins sur le terrain et sur les informations pertinentes (et leur support) à recevoir et à transmettre.

Que vous utilisiez ou non le document officiel présenté en amont, que voudriez-vous voir apparaître dans une transmission idéale dans le cadre de la prise en charge d'un patient AVC ?

40. Quelle(s) information(s) administrative(s) doi(ven)t être communiquée(s) lors d'une transmission ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Nom / Prénom / Date de naissance
 Situation familiale
 Situation professionnelle
 Loisirs
 Coordonnées du rééducateur précédent
 Autre : _____

41. Quelle(s) information(s) médicale(s) est(sont) importante(s) à connaître ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Date de l'AVC
 Délai de la prise en charge initiale
 Facteurs de risques connus/explorés
 Antécédents médico-chirurgicaux
 Localisation de l'AVC
 Déficits visuels (HLH, négligence visuo-spatiale...)
 Déficits du langage (aphasie de Wernicke, aphasie de Broca, ...)
 Déficits musculaires (force, spasticité, paralysie...)
 Troubles de la sensibilité (superficielle, profonde...)
 Autres troubles (déglutition, élimination urinaire et fécale, sexualité...)
 Traitements médicamenteux (Anti-agrégants plaquettaires, AVK, toxine botulique...)
 Aides techniques et orthèses
 Autre : _____

42. A propos des échelles utilisées, laquelle (lesquelles) vous paraît-il pertinent de transmettre ? **Plusieurs réponses possibles.*

- Echelle de douleur (EVA : Echelle Visuelle Analogique, ou EN : Echelle Numérique...)
- Echelle de Held et Pierrot-Desseiligny (commande motrice volontaire)
- Echelle d'Ashworth modifiée (spasticité)
- Fugl-Meyer Assessment Sensorimotor Recovery after Stroke (sensibilité superficielle et profonde et motricité)
- PASS : Postural Assessment Scale for Stroke (changements de position)
- EPA/EPD : Echelle Posturale Assis/Debout (équilibre)
- Epreuve de Tinetti (équilibre/risque de chute)
- Echelle d'équilibre de Berg
- 10MTW : test de marche des 10 mètres
- 6MWT : test de marche des 6 minutes
- TUG : Timed Up And Go (transfert et marche)
- ARA : Action Research Arm test (membre supérieur)
- MIF : Mesure d'indépendance Fonctionnelle (autonomie)
- Index de Barthel (autonomie)
- Autre : _____

43. Quelle(s) information(s) est(sont) importante(s) à communiquer au niveau fonctionnel ? **Plusieurs réponses possibles.*

- Latéralité du patient
- Transferts
- Verticalisation
- Equilibre
- Marche en intérieur
- Marche en extérieur
- Escaliers
- Autonomie pour : toilette/habillage/élimination (seul, aide partielle...)
- Autre : _____

44. Quel(s) support(s) devrait avoir la transmission ? **Plusieurs réponses possibles.*

- Courrier papier libre
- Courrier papier pré-établi et à compléter
- Courrier électronique libre (e-mail)
- Courrier électronique pré-établi à compléter (support informatisé)
- Appel téléphonique
- Autre : _____

45. Quel format devrait prendre la transmission ? **Plusieurs réponses possibles.*

- Moins d'une page recto
- Une page recto
- Une page recto-verso
- Plus d'une page recto-verso

46. Quelle durée de remplissage serait la plus appropriée ? **Plusieurs réponses possibles.*

- Moins de 10 minutes
- Entre 10 et 20 minutes
- Entre 20 et 30 minutes
- Plus de 30 minutes

47. Dans quel(s) sens doit se faire la transmission ? *

Exemple : expéditeur - receveur

Plusieurs réponses possibles.

- SSR - Masseur-kinésithérapeute
- Hôpital - Masseur-kinésithérapeute
- Masseur-kinésithérapeute - Masseur-kinésithérapeute
- Médecin traitant - Masseur-kinésithérapeute
- Masseur-kinésithérapeute - Médecin traitant
- Autre : _____

Remarques à propos du questionnaire

Vous êtes arrivé(e) à la fin de ce questionnaire et nous vous remercions pour votre investissement. Si vous avez des remarques, n'hésitez pas à nous en faire part.

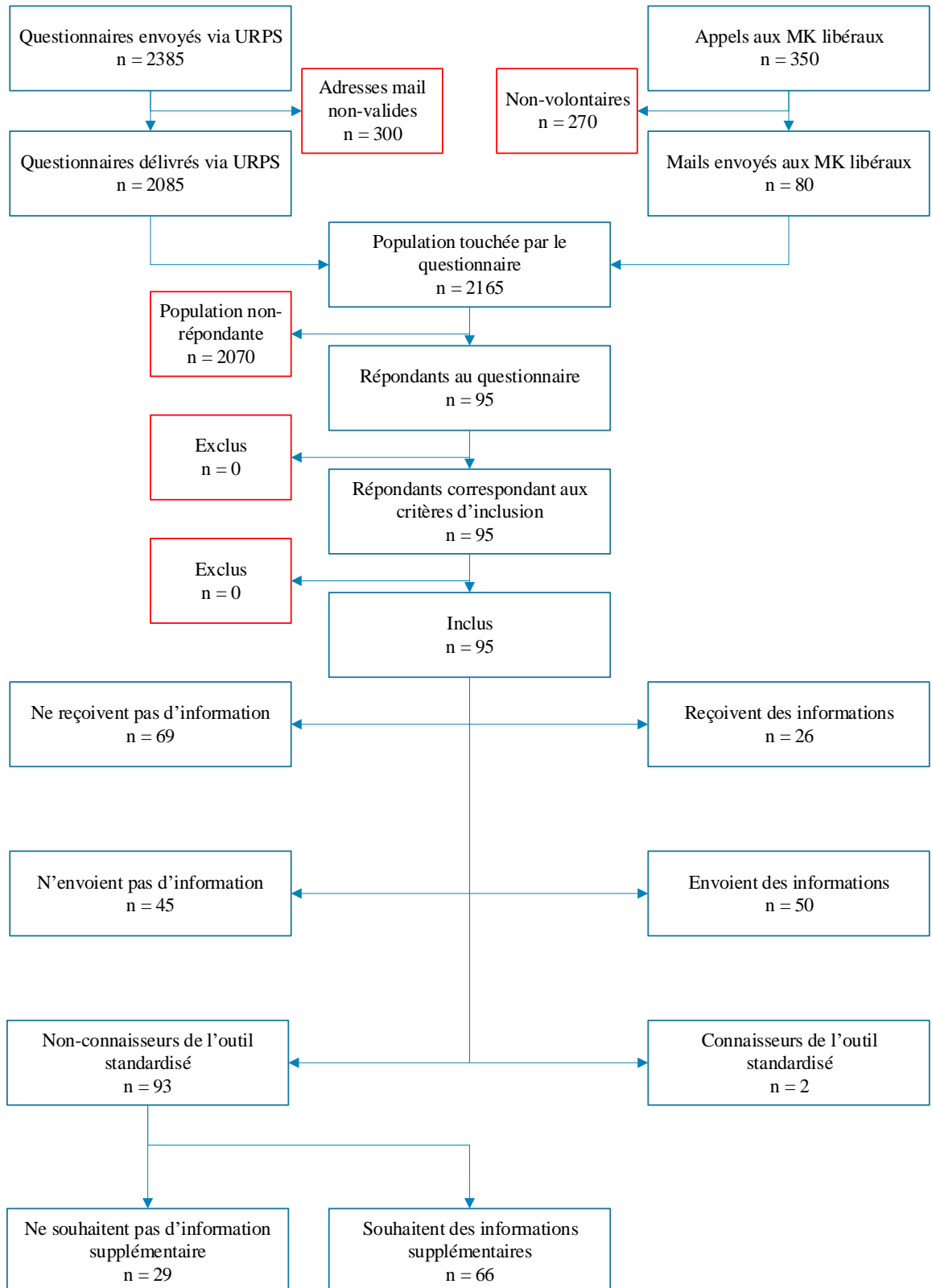
Merci à vous !

48. Avez-vous des observations particulières ?

Réponse facultative

ANNEXE IV : Diagramme de flux des résultats

Légende : les individus sortis de l'étude sont indiqués en rouge.



Les transmissions interprofessionnelles dans le suivi des accidents vasculaires cérébraux : état des lieux auprès des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand-Est

Introduction : L'AVC représente en France la première cause de décès des femmes et la troisième des hommes. Chaque année, 140 000 nouveaux cas nécessitent une hospitalisation et la moitié des patients adultes gardent un handicap. La filière hospitalière est précisément décrite dans la littérature mais la transition avec la kinésithérapie libérale est plus hétérogène. Sachant que le retard ou l'oubli de communication peut nuire à la continuité de la rééducation, il est important de s'interroger sur les transmissions à ce moment du parcours et plus précisément dans le cadre de la consultation post-AVC.

Matériel et méthode : Après des recherches sur les transmissions d'informations concernant le patient AVC, nous avons procédé à l'envoi d'un questionnaire via Google Form® à 2085 masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand-Est via l'URPS et 80 via une série d'appels téléphoniques. Les résultats ont été collectés du 12/12/2019 au 19/02/2020.

Résultats : Au total, 95 réponses ont été analysées, soit 4,4% de répondants. Dans ce panel, 27% reçoivent des transmissions dans le cadre des prises en charge AVC, 53% retransmettent des informations aux autres acteurs de la filière et 2% connaissent l'outil de transmissions dans le cadre de la consultation post-AVC. Sur les 98% « non-connaisseurs », 71% souhaiteraient des informations supplémentaires notamment sur le suivi post-AVC à domicile ainsi que sur le rôle du masseur-kinésithérapeute et des autres intervenants dans ce parcours de santé. En termes d'outil « idéal », les attentes concerneraient un document préétabli, rapide à remplir, contenant des informations administratives, médicales, fonctionnelles et des évaluations.

Discussion : Les échanges entre les professionnels dans la prise en charge des AVC sont inconstants. Les transmissions reçues et émises ont une qualité jugée moyenne, bien que les informations reçues correspondent aux attentes des masseurs-kinésithérapeutes. Il subsiste un manque de connaissances sur la filière post-AVC et sur les rôles des différents intervenants dans ce parcours de santé. L'absence de consensus en matière d'échanges interprofessionnels pour le secteur libéral est un frein à la continuité de toute la filière. La nécessité de coordonner ces différents acteurs est révélée par les résultats de ce travail d'enquête.

Mots clés : AVC, coordination, kinésithérapie, libéral, transmissions.

Interprofessional transmissions in the care of strokes: state of play among self-employed physiotherapists in the French region Grand-Est

Introduction: Stroke is the leading cause of death among women in France and the third one among men. Each year, 140,000 new cases require hospitalization and half of adult patients keep a disability. The hospital sector is well described in literature, but the transition from self-employed physiotherapy is more heterogeneous. Knowing that the delay or oversight of communication can badly affect the continuity of reeducation, it is important to wonder about the transmissions at this time of the health care pathway and more exactly within the framework of the post-stroke consultation.

Materials and methods: After some research into transmission of information dealing with the stroke patient, we sent questionnaires with Google Form® to 2,085 self-employed physiotherapists from the region Grand-Est with URPS and 80 through phone calls. The results were collected from 12/12/2019 to 19/02/2020.

Results: Finally, 95 responses were analyzed, being 4.4% of respondents. In this panel, 27% receive transmissions in a context of stroke care, 53% send them to the other actors of the pathway and 2% know the device of post-stroke consultation. Among the 98% “non-experts” of the latter, 71% wish for further information on post-stroke follow-up at home and on the role of the physiotherapist and other actors of the health care pathway. In terms of an “ideal tool”, expectations are on a quick pre-established paper to complete with administrative, medical, functional information and scales of assessments.

Discussion: Exchanges between professionals in the health care pathway of strokes are inconstant. The transmissions received and sent have an average mark, although the information received meet the physiotherapists' expectations. There is still a lack of knowledge on the post-stroke pathway and on the roles of the different actors of that health pathway. The absence of consensus in term of interprofessional exchanges in the self-employed sector is a brake to the continuity of the entire sector. The necessity to coordinate those different actors is revealed by the results of this study.

Key words: stroke, coordination, physiotherapy, self-employed, transmissions.