



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>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉGION GRAND EST

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO- KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**CONNAISSANCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES CONCERNANT LA
MASSO-KINÉSITHÉRAPIE : ÉLABORATION D'UN SUPPORT
D'INFORMATIONS MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUES À DESTINATION DES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Sous la direction de Mme Céline MARCHAL

Mémoire présenté par **Coline JANDIN**,
étudiante en 4^{ème} année de masso-
kinésithérapie, en vue de valider l'UE 28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-kinésithérapeute

Promotion 2017-2021.



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

Je soussigné(e), JANDIN Coline.....

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 11/04/2021.....

Signature

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont, de près ou de loin, contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je tiens en premier lieu à remercier Mme Céline Marchal, ma directrice de mémoire, pour toute son implication concernant ce sujet, pour le temps qu'elle y a consacré et ses nombreux conseils tout au long de ce projet.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ILFMK pour m'avoir fournie tous les outils nécessaires à la réussite de mes études ; notamment Mme Buatois Séverine, ma référente, pour ses nombreux conseils avisés, son aide et son soutien durant toute la réalisation de ce travail et l'ensemble de ma scolarité.

Je souhaite remercier Mme Corinne Friche qui a été présente tout au long de ce projet, pour tout le temps qu'elle y a consacré, pour son incroyable efficacité et toute son implication.

Merci à Mr Prat Thomas pour avoir répondu à mes interrogations concernant la législation et pour avoir relu le support créé.

Merci au Dr Dellandrea Anaïs pour m'avoir aiguillée et donnée son avis aux prémices de ce projet et à son mari Mr Rabbe Maxime.

Merci à l'ensemble des médecins qui ont pris de leur temps pour participer à cette étude, sans qui, elle n'aurait pas abouti.

Merci à tous les camarades de promotions pour ces belles années. Un grand merci à Pauline, mon amie et binôme durant ces quatre ans. Merci à mes amis pour leur soutien et aide autant dans la vie personnelle que dans la réalisation de ce travail ; merci à Marine et Anaïs.

Merci tous mes proches, ma famille, mes parents et mon frère qui m'ont accompagnée, aidée, soutenue et encouragée malgré les difficultés... je vous suis reconnaissante pour tout.

Connaissances des médecins généralistes concernant la masso-kinésithérapie : élaboration d'un support d'informations masso-kinésithérapiques à destination des médecins généralistes

Introduction : Même si la législation évolue vers l'accès direct, la prescription médicale est encore nécessaire au masseur-kinésithérapeute pour exercer à but thérapeutique. La plupart des études dénoncent un manque de formation et de connaissances des médecins généralistes concernant cette profession, alors qu'ils en sont les premiers prescripteurs. En découlent alors des difficultés de prescription aggravées par le manque de communication entre ces deux professionnels. Les médecins généralistes sont intéressés pour approfondir leurs connaissances mais manquent d'outils adaptés. Cette étude a pour objectif de créer un support d'informations qui leur est destiné, afin de parfaire leurs connaissances de la masso-kinésithérapie.

Matériel et méthode : Afin de compléter les données de la littérature, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de quatre médecins généralistes. Le but était de déterminer l'intérêt d'un tel support ainsi que la forme et le contenu qui répondraient au mieux à leurs besoins. Une fois créé, le support a été diffusé auprès de ces mêmes professionnels pour recueillir leurs avis et leur satisfaction.

Résultats : La majorité des médecins généralistes interrogés lors des entretiens trouvaient un intérêt à l'élaboration d'un support d'informations. Afin de répondre à leurs souhaits, un document PDF de 33 pages, consultable au format papier ou numérique, a été créé, contenant des informations telles que la prescription, les indications ou encore les techniques de masso-kinésithérapie. Suite à sa diffusion, trois médecins nous ont fait un retour globalement positif, chacun relevant des points forts ou à améliorer qui leurs étaient personnels.

Discussion : Face à la petite population de cette étude, il a été difficile de concevoir et d'évaluer le support d'informations. Il serait intéressant de le diffuser à un plus large panel et sur une plus longue période afin de l'améliorer. Un format plus facilement actualisable serait également plus adapté pour répondre à l'évolution de la profession et de la législation.

Mots-clés : connaissance, masseur-kinésithérapeute, médecin généraliste, prescription, support

General practitioners' knowledge of physiotherapy: creation of a physiotherapy information medium for the use of general practitioners

Introduction: Even though legislation is moving towards direct access, medical prescription is still required for the physiotherapist to practise for therapeutic purposes. Most studies point a lack of training and knowledge among general practitioners about this profession, even though they are the primary prescribers. This leads to prescription difficulties aggravated by the lack of communication between those two professionals. General practitioners are interested in deepening their understanding but lack appropriate tools. The aim of this study is to create an information medium for them to improve their knowledge of physiotherapy.

Methods: To complete the data in the literature, semi-directs were conducted with four general practitioners. The aim was to determine the value of such a medium and the form and content that would best meet their needs. Once created, the material was distributed to these same professionals to gather their opinions and satisfaction.

Results: Most of the general practitioners interviewed were interested in the development of information medium. In order to meet their expectations a 33 pages PDF document, which can be consulted in paper or in digital format, was created, containing information such as prescriptions, indications or even physiotherapy techniques. Following its diffusion, three general practitioners gave us generally positive feedback, each pointing out positive points or improvement that were personal to them.

Discussion: The small population of this study made it difficult to design and evaluate the information material. It would be interesting to spread it to a larger population and over a longer period in order to improve it. A more easily updatable would also be better to match the evolution of the profession and legislation.

Keywords: knowledge, physiotherapist, general practitioner, prescription, information material

Sommaire

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Histoire de la masso-kinésithérapie : les origines de la profession	3
1.2. Evolution de la profession de masseur-kinésithérapeute à partir de 1946	5
1.3. Connaissances des médecins généralistes concernant la masso-kinésithérapie	8
1.4. Prescription de la masso-kinésithérapie	9
1.5. Les relations et la communication entre médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute	11
1.6. A l'étranger	12
2. MATERIEL ET METHODE	13
2.1. Stratégie de recherche documentaire	13
2.2. Population.....	13
2.3. Enquête qualitative.....	14
2.3.1. Choix de la méthode	14
2.3.2. Choix de la population	14
2.3.3. Démarches administratives réglementaires	15
2.3.4. Recrutement de la population	15
2.3.5. Méthode de réalisation des entretiens	16
2.3.6. Présentation du guide d'entretien	17
2.3.7. Analyse des entretiens	18
2.4. Construction du support d'informations	19
2.5. Retours des médecins généralistes concernant le support élaboré.....	19
3. RESULTATS	21
3.1. Enquête qualitative	21
3.1.1. Généralités	21
3.1.2. Intérêt du support.....	22
3.1.3. Forme du support	23

3.1.4. Contenu du support	23
3.2. Construction du support d'informations masso-kinésithérapiques	27
3.2.1. La forme	27
3.2.2. Le contenu.....	29
3.3. Retours des médecins généralistes concernant le support élaboré	38
4. DISCUSSION	40
4.1. Intérêts et limites.....	41
4.1.1. La littérature.....	41
4.1.2. Enquête qualitative	41
4.1.3. Elaboration du support.....	45
4.1.4. Retours des médecins généralistes concernant le support créé	47
4.1.5. Conclusion.....	47
4.2. Perspectives	48
5. CONCLUSION.....	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
ANNEXES.....	

Liste des abréviations

Voici la liste des abréviations couramment utilisées, classées par ordre alphabétique :

ARS : Agence Régionale de Santé

BDK : Bilan-Diagnostic-Kinésithérapique

CEREES : Comité d'Expertise pour les Recherches, les Etudes et les Evaluations dans le domaine de la Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSP : Code de Santé Publique

DAP : Demande d'Accord Préalable

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FMC : Formation(s) Médicale(s) Continue(s)

FNEK : Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie

HAS : Haute Autorité de Santé

ILFMK : Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie

JFK : Journées Francophones de Kinésithérapies

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

MK : Masseur(s)-Kinésithérapeute(s)

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

URPSMLGE : Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux du Grand-Est

1. INTRODUCTION

De tout temps, médecins et masseur-kinésithérapeutes (MK) ont travaillé en lien étroit. En effet, la masso-kinésithérapie, initialement pratiquée par les médecins, est ensuite passée entre les mains de différentes professions jusqu'à la création du diplôme de MK en 1946 (1). Les médecins ont toujours eu un rôle important dans l'évolution de cette profession, s'opposant souvent à son émancipation. Malgré tout, la profession de MK a progressivement gagné une certaine indépendance vis-à-vis du corps médical jusqu'à aujourd'hui (2).

L'actualité tend progressivement à donner un libre accès à la masso-kinésithérapie. Le 9 septembre 2019, la ministre de la santé, Agnès Buzyn, a annoncé un projet d'accès direct à la masso-kinésithérapie concernant les lombalgies aiguës inférieures à quatre semaines et les traumatismes en torsion de chevilles dans le cadre du pacte de refondation des urgences. Ce plan vise à améliorer l'offre de soins pour mieux répondre aux besoins, ainsi qu'à désengorger les services d'urgence (3,4). Cette démarche a été concrétisée par deux arrêtés le 6 mars 2020 (5,6). Cependant, cet accès direct n'est possible que pour les masseurs-kinésithérapeutes (MK) exerçant dans des structures pluridisciplinaires (maison de santé ou centre de santé) et leur prise en charge est soumise à des critères d'inclusion et d'exclusion précis. Aussi, ces structures doivent se déclarer auprès de l'agence régionale de santé (ARS) pour mettre en œuvre ces protocoles (5,6). On notera toutefois qu'en cas d'urgence et d'absence de médecin, le MK est alors « *habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie* » sans ordonnance (7).

En dehors de ces conditions, la prise en charge kinésithérapique à but thérapeutique nécessite obligatoirement une prescription médicale (7,8).

Depuis l'arrêté du 22 février 2000, celle-ci n'est normalement plus quantitative, ni qualitative. Cela permet au MK d'avoir une plus grande liberté en déterminant lui-même le nombre et la fréquence des séances, ainsi que les actes et techniques qu'il utilise (8,9). Cette évolution a notamment été possible grâce au bilan-diagnostic-kinésithérapique (BDK) qui comprend le bilan du patient, l'établissement du diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins (8–10).

Tous les médecins, spécialisés ou non, sont habilités à prescrire des séances de masso-kinésithérapie. Cependant plus des trois-quarts de ces ordonnances sont faites par les médecins généralistes (MG), ce qui en fait les premiers prescripteurs (11,12).

Or, la formation initiale des MG est très succincte concernant la masso-kinésithérapie qui ne représente que quelques heures parmi l'ensemble de leurs enseignements (11,13,14). De plus, il existe peu d'offres de formations médicales continues (FMC) dédiées à la kinésithérapie, ou alors, elle en est rarement le sujet principal (11,14). Ainsi, la plupart de leurs savoirs en termes de kinésithérapie se fait de manière empirique (11,15,16). Cela peut alors mener à un manque de connaissances de la profession de masseur-kinésithérapeute. En effet, les médecins généralistes interrogés par Bonnal reconnaissent leur ignorance théorique et pratique de cette profession (11). Dans la thèse de Dellandrea datant de 2013, les MG de son étude disent être partiellement satisfaits (49,1%) et non satisfaits (35,7%) de leurs connaissances en kinésithérapie (15).

Nous pouvons alors nous poser la question suivante : comment les médecins généralistes peuvent-ils "bien prescrire" la masso-kinésithérapie s'ils n'en ont pas une connaissance précise ?

Dans le rapport de l'observatoire national de la démographie des professions de santé de 2009 concernant la prescription masso-kinésithérapique par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux, certains MG décrivent effectivement des « *difficultés à prescrire la kinésithérapie de façon éclairée* » (11). Il est vrai qu'un manque de savoirs masso-kinésithérapiques peut conduire à une non-prescription ou une prescription restrictive (quantitative ou qualitative) menant à une limitation, un retard ou une absence de prise en charge masso-kinésithérapique. Les déficiences des patients concernés peuvent alors persister voire s'aggraver, pouvant alors entraîner une chronicisation des symptômes, une diminution de la qualité de vie ou un handicap par exemple (13).

La majorité des médecins généralistes interrogés par Debarge et Dellandrea souhaitent approfondir leurs connaissances sur plusieurs sujets de la masso-kinésithérapie comme la prescription, le BDK ou encore les indications (15,16). Cependant, il existe peu d'outils destinés aux MG leur expliquant de façon synthétique et personnalisée la masso-kinésithérapie.

C'est sur ce constat que nous avons basé notre réflexion : est-il possible améliorer les connaissances masso-kinésithérapiques des médecins généralistes et de quelle façon ?

Pour répondre à cette problématique, nous nous sommes fixés pour objectif principal de concevoir un support d'informations masso-kinésithérapiques destiné aux médecins généralistes. La finalité de ce dernier est de fournir des informations clés de la kinésithérapie afin d'aider les MG à mieux connaître la profession de MK et ainsi avoir plus d'aisance notamment vis-à-vis de leurs prescriptions, lien primordial entre ces deux professionnels.

Pour y parvenir, nous avons plusieurs objectifs secondaires, correspondant aux trois étapes chronologiques de notre étude :

- Evaluer l'intérêt et connaître les besoins des médecins généralistes quant à l'élaboration d'un support d'informations masso-kinésithérapiques.
- Elaborer et proposer un support d'informations masso-kinésithérapiques à destination des médecins généralistes.
- Evaluer le support élaboré auprès des médecins généralistes.

L'interaction entre ces deux professions étant intimement liée à leur histoire, il nous paraît judicieux d'en faire le rappel.

1.1. Histoire de la masso-kinésithérapie : les origines de la profession

Gymnastique médicale et massage étaient déjà préconisés comme méthodes thérapeutiques notamment par les grecs Herodicus et Hippocrate dans l'antiquité grecque (V^{ème} siècle avant JC) mais ces pratiques pourraient remonter à plusieurs milliers d'années (vers 3000 avant JC) en Chine avec des gymnastiques douces comme le Tai Chi (16).

Au Moyen-âge (du Ve au XV^e siècle après JC) apparaît une période de désuétude de ces thérapies, en effet, l'église réprovoque les soins du corps jugés inconvenants et préfère les prières et les incantations. Puis vient la renaissance (à partir du XV^{ème} siècle), durant laquelle la recherche médicale se développe à nouveau (16). Malgré tout, au fil des siècles et quelques soient les époques, ces pratiques ont toujours été populaires car pratiquées par des rebouteux et autres magnétiseurs (1,16).

Ce n'est qu'au début du XIX^{ème} siècle que l'on parle véritablement de discipline thérapeutique concernant le massage, les mobilisations et la gymnastique grâce au suédois Pehr Henrik Ling considéré comme "le père de la masso-kinésithérapie" (16).

En France, c'est vers la fin du XIX^{ème} siècle que les médecins défendent leur intérêt à pratiquer ces techniques qu'ils jugent comme faisant partie de l'exercice médical et tentent d'en obtenir le monopole (16). En 1900, ils créent alors la Société de kinésithérapie puis le syndicat des médecins-masseurs en 1912 (1).

C'est lors de la première guerre mondiale que les techniques manuelles prouvent leur efficacité auprès des soldats. Favorisant la guérison et permettant un retour au front plus rapide, elles permettent au gouvernement de faire des économies (moins de pensions militaires délivrées). Cette rééducation devient même obligatoire, sans quoi la pension d'invalidité du malade se voit supprimée. Des médecins mécanothérapeutes militaires forment des élèves « sur le tas », en seulement trois jours. De nombreuses innovations dans ce domaine font leur apparition à la suite de cette période (1,16).

Pendant l'entre-deux-guerres, plusieurs diplômes en rapport avec ces pratiques voient le jour : infirmier masseur en 1922 et masseur aveugle en 1927 (1).

Durant la deuxième guerre mondiale, sous le gouvernement de Vichy, les diplômes de gymnaste médical (1942) et de masseur médical (1943) sont créés dans le but d'améliorer la santé des membres des familles (1). Les professionnels formés exercent sur ordonnance médicale descriptive, qualitative et quantitative, les médecins conservent ainsi leur "pouvoir médical" (1,16).

De la Loi n° 46-857 du 30 avril 1946 naît alors le diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute, réunissant ainsi les deux professions précédentes. Cela laisse alors un seul interlocuteur aux médecins, leur permettant de mieux contrôler les pratiques puisqu'ils détiennent le pouvoir sur la totalité de la filière (prescription, contrôle des pratiques, formation des écoles) (1,16,17).

Ainsi, les origines de la masso-kinésithérapie pourraient se résumer par cette phrase de Remondière : « *Ainsi, venu d'une pratique populaire, entre les mains de masseurs, passé chez les infirmières, puis chez les infirmiers masseurs, pratiqué par le médecin, le massage (et ses techniques annexes) retourne chez les masseurs médicaux diplômés. Enrichi par l'adjonction de la pratique de la gymnastique médicale, « emprunté » à titre définitif aux professeurs d'éducation physique, il devient alors masso-kinésithérapie* » (1).

1.2. Evolution de la profession de masseur-kinésithérapeute à partir de 1946

Dès 1946, « *les masseurs- kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale* » (17). Cette dernière doit être, à l'époque, descriptive, qualitative et quantitative (2). Cette profession est inscrite au livre III des professions de santé du Code de la santé publique (CSP) qui lui confère un statut d'auxiliaire médical (18). Ce terme soulignant qu'il s'agit d'un technicien secondant un autre professionnel plus qualifié, ici, le prescripteur, le médecin (2).

Tout au long de l'évolution de ce métier, les médecins sont omniprésents par les postes qu'ils occupent (représentants du conseil supérieur de Kinésithérapie, directeurs des écoles de MK où ils enseignent et évaluent les examens, ...). La thèse de Macron démontre qu'à de nombreuses reprises, ils tentent de limiter la progression et l'émancipation du métier de masseur-kinésithérapeute, ne voulant pas déléguer ni céder des missions ou compétences qui leurs sont initialement attribuées (2).

En 1948, la durée des études est alors fixée à deux ans et le décret de compétence est établi. Les enseignements comprennent déjà des cours théoriques et des stages pratiques. Cependant, pendant plus de dix ans, de nombreuses autres professions (masseur médical, gymnaste médical, infirmier masseur, infirmier, ...) peuvent obtenir la reconnaissance du diplôme de MK (processus de validation des acquis par l'expérience) ou des dispenses partielles de scolarité (2).

A ses débuts, les trois domaines principaux de l'activité du masseur-kinésithérapeute sont la traumatologie, la rhumatologie et la neurologie. Il pratique principalement la gymnastique médicale, la rééducation fonctionnelle et détient le monopole du massage (2).

L'arrêté du 12 mai 1960, modifié le 6 janvier 1962, définit les actes médicaux en rapport avec la kinésithérapie répartis en trois catégories : ceux pouvant être pratiqués par les médecins, ceux pouvant être exécutés par des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe d'un médecin et les actes que peuvent réaliser les auxiliaires médicaux seuls mais sur prescription (19). Cet arrêté sera modifié à plusieurs reprises, accordant de plus en plus de liberté au kinésithérapeute vis-à-vis du médecin (19). En 1962 est également signée la première convention entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et les masseurs-kinésithérapeutes permettant d'établir les tarifs de remboursements des actes (20). Cette même année, l'électrothérapie, les mobilisations, la mécanothérapie, les postures viennent s'ajouter aux techniques de bases du MK (2).

Après avoir été longuement réclamée, il faut attendre 1969 pour voir une année s'ajouter aux études des MK, les portant à trois ans et modifiant le programme des études, et des examens. L'accent est davantage mis sur la réflexion du professionnel, on s'éloigne de la simple exécution. Les événements du printemps 1968 ont probablement joué un rôle déterminant (2).

L'arrêté du 26 août 1985 élargit de nouveau le champ de compétence du MK, incluant d'autres domaines à la profession comme, entre autres, la prévention, le dépistage, la formation ou encore l'éducation, laissant ainsi une porte ouverte à la recherche (2,21).

Le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) apparaît dans le décret du 8 octobre 1996. Il est obligatoire et permet au MK de communiquer avec le médecin prescripteur toute information qu'il juge utile. Le kinésithérapeute a alors le libre choix des techniques et des actes qu'il juge les plus appropriés grâce à l'élaboration du diagnostic kinésithérapique et des objectifs de soins. Par la même publication, son champ de compétence se voit de nouveau agrandi (2,10).

Au cours des années, les progrès en médecine et l'évolution des connaissances en physiologie humaine permettent de développer la rééducation à d'autres domaines : cardiovasculaire, respiratoire, mastication et déglutition, périnéo-sphinctérien, amputé, brûlés, cutanée, équilibre, vestibulaire, activité physique adaptée, sport, ... De nouvelles techniques de traitement apparaissent comme la physiothérapie (pressothérapie, ondes mécaniques et

électromagnétiques, ...), la relaxation musculaire, les étirements musculo-tendineux, ... (2,10).

Il faut attendre l'arrêté du 22 février 2000 pour voir supprimer les termes qualitatif et quantitatif de la prescription médicale (9). Puis, le 27 juin, le décret n°2000-577 confirme le libre choix des actes et des techniques du MK grâce à l'officialisation du diagnostic kinésithérapique (2,10).

L'Ordre des masseurs-kinésithérapeute est officiellement créé par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 (22). Véritable reconnaissance pour la profession, son décret d'application ne paraît qu'en 2006. Parmi les nombreuses missions de l'Ordre (défense de l'honneur de la profession, maintien des principes de moralité et de probité, organiser toute œuvre d'entraide de ses membres...), il assure l'indépendance de la profession et participe à son émancipation vis-à-vis du corps médical (2,18,22).

Depuis l'arrêté du 9 janvier 2006, les MK sont autorisés, sauf indication contraire du médecin, à prescrire des dispositifs médicaux (certaines aides techniques, attelles...) (23).

Après de nombreuses années de bataille pour l'obtenir, c'est le 2 septembre 2015 que la formation initiale des MK passe de trois à quatre ans, obligatoirement précédée d'une année universitaire validée, ce qui porte à cinq ans la durée de la formation. Cette réforme participe à développer les compétences des MK pour répondre aux "critères" du Master 2, bien que ce grade ne leur soit pas reconnu à ce jour (2). La profession souhaiterait également être qualifiée de « profession médicale autonome à compétences définies et réglementées », comme le sont les sages-femmes (24).

Enfin, deux arrêtés de 2020 concrétisent l'accès direct de la kinésithérapie en structure pluridisciplinaire concernant deux pathologies comme expliqué précédemment (5,6).

Au fur et à mesure des décennies, la profession de MK a progressivement obtenu une certaine indépendance vis-à-vis des médecins. Cependant, ils restent encore très présents dans les textes avec des mentions telles que « sauf indication contraire du médecin » et leurs prescriptions restent nécessaires à la prise en charge du MK (2).

Nous allons désormais préciser la problématique grâce aux données retrouvées dans la littérature.

1.3. Connaissances des médecins généralistes concernant la masso-kinésithérapie

Selon le rapport d'étude de Bonnal, les médecins généralistes font part d'une certaine ignorance de la masso-kinésithérapie. Ce manque de connaissances est autant théorique que pratique, à cause du manque de formation initiale concernant ce métier et une offre de formation continue pauvre en la matière (11). En effet, durant le cursus menant au diplôme de médecin généraliste, seules quelques heures, dont certaines optionnelles, traitent de la rééducation. A la faculté de médecine de Nancy, d'après Siebret, un module est dédié aux principales techniques de rééducation et réadaptation, ainsi qu'à la prescription de la kinésithérapie et de l'orthophonie (deuxième cycle). Il existe aussi un séminaire optionnel d'une durée de six heures dédié aux prescriptions d'actes paramédicaux, concernant alors l'orthophonie et l'orthoptie en plus de la kinésithérapie (13).

Leurs connaissances de cette profession se font principalement de façon empirique, surtout grâce aux retours que leurs font les patients mais également par leur propre expérience en tant que patient, leur entourage, la documentation, la curiosité, des échanges avec les MK ou encore des stages et des formations (11,15,16).

Dans l'étude de Dellandrea, les MG sont à 49,1% partiellement satisfaits de leurs connaissances et à 35,7% pas du tout satisfaits. De plus, ils sont 46,4% à connaître partiellement le BDK et 47,3% à ne pas le connaître du tout. Lorsqu'elle les interroge sur les techniques qu'ils connaissent en kinésithérapie respiratoire, la réponse la plus donnée est le clapping (15). Or cette technique n'est actuellement plus recommandée, elle est même contre-indiquée dans le cadre des bronchiolites du nourrisson (25). Très peu d'entre eux ont connaissance du système de garde en kinésithérapie respiratoire existant en Lorraine (15). Dans la thèse de Debarge, les MG interrogés se disent non satisfaits de leurs connaissances en masso-kinésithérapie concernant : les échelles d'évaluation (97%), les actes remboursés (75%), les techniques (66%), les règles de prescription (46%), les indications (34%) (16).

Les MG semblent volontaires pour approfondir leurs connaissances. En effet, d'après la thèse de Debarge datant de 2013, les médecins généralistes interrogés souhaitaient en connaître davantage sur l'évaluation de la kinésithérapie (76%), les règles de prescription (58%), les techniques (54%) et les indications (51%). Seuls 3% des MG de l'étude ne souhaitaient pas d'informations à propos de la masso-kinésithérapie (16). Dans la thèse de Dellandrea, ils sont 10 seulement à ne pas vouloir approfondir leurs savoirs en kinésithérapie, les autres souhaitaient en connaître plus dans les domaines suivants : les techniques et outils du MK (n=74), les recommandations existantes (n=68), la réglementation de prescription (n=43), les champs de compétences du MK (n=36), les rappels anatomiques/physiologiques/physiopathologiques (n=28), et le BDK (n=24) (15).

1.4. Prescription de la masso-kinésithérapie

La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes n'a cessé d'augmenter depuis les années quatre-vingts (11,12). C'est une prescription fréquente : d'après Debarge ils sont 56% à en avoir fait entre 1 et 5 la semaine précédente et 43% disent en avoir fait plus de 5 (16). Selon Dellandrea, ils sont 30,3% à en faire plusieurs par jour, 42,9% une par jour et 23,2% 2 à 3 par semaine (15). Bien qu'ils en soient les premiers prescripteurs, la kinésithérapie ne représente que 8,1% de l'ensemble de leurs ordonnances (chiffre de 2007) (11).

Les MG de l'étude de Bonnal disent rencontrer des difficultés à prescrire de la kinésithérapie (11).

Le contenu des ordonnances varie d'un médecin à l'autre : diagnostic, nombre et fréquence des séances, région à traiter, lieu de prise en charge, affection de longue durée ou arrêt de travail, objectifs, techniques, précautions, contre-indications, transport, ... (15,16).

Les indications qualitatives et/ou quantitatives persistent toujours sur les prescriptions de masso-kinésithérapie, plus de vingt ans après avoir été supprimées par le décret du 22 février 2000 (9). En effet, dans la thèse de Dellandrea, 38,4% des MG interrogés ne connaissent pas cette réglementation. Questionnés sur le contenu de leurs ordonnances, ils répondent indiquer le nombre de séances : toujours (28,6%), souvent (19,6%), rarement

(9,8%) et jamais (42%). On peut noter qu'à contrario, 60,5% des kinésithérapeutes disent souvent retrouver cette mention (15). Pour l'étude de Debarge, les MG sont 63% à toujours indiquer le nombre de séances sur leurs prescriptions et 19% d'entre eux mettent toujours le rythme de séance, 30% souvent et 20% de temps en temps (16). Les raisons invoquées par les MG pour justifier ces indications sont les suivantes : non connaissance de la réglementation, habitude professionnelle, éviter les abus avec un allongement du nombre de séances non nécessaire. Cela leur permettrait de faire un point avec le patient au terme des séances prescrites (11,15). D'une manière moins importante, les prescriptions contiennent encore des éléments qualitatifs tels que les techniques à utiliser ou encore les objectifs de traitement (15,16).

Du point de vue des MK, interrogés par Vigreux, la majorité d'entre eux ne souhaitent plus voir ces mentions qualitatives et quantitatives sur les ordonnances (26). En outre, ils trouvent que les antécédents (88,3%), les contre-indications (89,4%), le diagnostic précis (74,5%), les examens complémentaires réalisés (86,2%) ou encore les traitements déjà réalisés (87,2%) ne sont pas assez mentionnés par les MG (26).

Afin de respecter le secret professionnel, une prescription ne devrait pas voir figurer le diagnostic médical. Le prescripteur devrait alors joindre un courrier accompagnateur à l'ordonnance pour faire figurer cet élément (13,27). Malheureusement, ce n'est pas couramment fait (15,16). Selon une étude de 2013, ils sont 66,1% à ne jamais le faire et 22,3% à le faire rarement. Comparativement, 51,9% des MK interrogés reçoivent rarement de courrier accompagnateur et 47,3% jamais (15).

Or, le libellé de l'ordonnance est important puisqu'il a une incidence sur les soins que réalisent le MK ainsi que sur la cotation d'acte qu'il peut attribuer (13,28). La prescription est avant tout l'outil nécessaire à la prise en charge par un MK ; c'est également le principal lien entre les deux professions.

1.5. Les relations et la communication entre médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute

Selon l'étude qualitative de Delauney réalisée en 2010, les relations entre ces deux professionnels de santé sont la plupart du temps qualifiées de « *bonnes* », voire « *conviviales* », « *sympathiques* » ou encore « *professionnelles* ». Elles peuvent dépendre de plusieurs facteurs (habitudes de chacun, âge du médecin, lieu d'exercice) mais le manque de temps reste un frein majeur dans leur communication (29). Les MG qualifient leurs relations avec les MK de : collaboratives (n=77), confraternelles (n=37), amicales (n=35), inexistantes (n=8). Comparativement, on retrouve des réponses similaires chez les MK, mais nous remarquons qu'ils sont plus nombreux à juger leurs relations "hiérarchiques" (n=34) (15).

Malgré ces relations jugées satisfaisantes par les deux professionnels, il existe un réel manque de communication entre eux (11,14,15). Selon Dellandrea, les MG disent contacter les MK : plusieurs fois par semaine (8%), plusieurs fois par mois (27,7%), 1 fois tous les 3 mois (28,6%), 1 à 2 fois par an (25%), jamais (8,9%) (15). On notera que les contacts et les réunions sont plus fréquents dans les structures pluridisciplinaires (15).

En dehors des échanges téléphoniques, e-mails, ou encore par courriers, les médecins communiquent officiellement avec les MK via leurs ordonnances. Du côté des MK, ils devraient communiquer, lorsqu'ils l'estiment nécessaire, une fiche de synthèse de leur BDK, qui peut être initiale, intermédiaire ou finale (30,31). Dans l'étude de Debarge, les MG voient un intérêt à recevoir les informations de ces fiches : oui certainement (54%), oui probablement (27%) et non pas vraiment (13%) (16). C'est le bilan final des MK qui les intéresse le plus (49,1%) (15).

Malheureusement, ces fiches de synthèse sont peu envoyées. Selon Debarge, les MG interrogés disent en recevoir : toujours (3%), souvent (14%), de temps en temps (37%), rarement (34%) et jamais (13%) (16). Les raisons de ce manque d'envois sont diverses : pas de demande des prescripteurs, manque de temps, pas de support adapté ou encore pas d'intérêt (15).

Aux vues des nombreux bénéfices que cela peut apporter aux patients et aux professionnels, Tatin souligne l'importance de développer la communication entre les deux praticiens, notamment avec des fiches de communications telles qu'elle a élaborée dans sa thèse (27).

1.6. A l'étranger

Comme expliqué précédemment, ces constatations sont dépendantes de plusieurs facteurs et donc du pays. Il nous est alors difficile de comparer ces éléments entre les pays. Cependant, une étude réalisée en Espagne par Paz-Lourido et Kuisma révèle également un manque de connaissances de la physiothérapie par les médecins généralistes, ainsi qu'une mauvaise communication et collaboration interprofessionnelle pourtant jugées essentielles. Toujours dans ce pays, la formation est critiquée par les MG de l'étude et semble être une des causes de ces constatations. Le milieu de travail (type et taille de l'infrastructure, pénurie de physiothérapeutes, charge de travail) semble également jouer un rôle dans ces problématiques (32).

Face à ces constatations, nous avons décidé de concevoir un support d'informations. Afin de compléter les données de la littérature, nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes pour connaître leur avis sur ce projet et déterminer plus précisément la forme et le contenu de ce support.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Stratégie de recherche documentaire

Nous avons réalisé notre recherche bibliographique sur différentes bases de données telles que Kinédoc, Google, Google Scholar, EM Consulte, Ulysse ou encore PubMed. Les mots clés (médecin, médecin généraliste, masseur-kinésithérapeute, connaissance, relation, communication, prescription, livret, brochure, guide) et leurs dérivés ont été combinés de différentes manières pour obtenir un maximum de résultats. Ces recherches ont quasi-exclusivement été faites en français. En effet, la problématique étudiée étant en partie liée à l'histoire des professions et de leurs statuts, au système de santé, aux habitudes sociales, ... c'est donc un phénomène pays-dépendant. La bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Nancy nous a également permis de nous documenter.

La recherche documentaire réalisée nous a permis de connaître et préciser la problématique mise en évidence mais n'avait pas pour but de réaliser une revue de la littérature. Ces données nous ont également servi à savoir ce que les médecins souhaitaient connaître de la masso-kinésithérapie. Mais ces études ne les interrogeant pas directement sur la création d'un support d'informations comme nous l'avons envisagé, il nous était nécessaire d'échanger avec des médecins pour préciser leurs attentes vis-à-vis d'un tel outil.

2.2. Population

Pour ce travail, nous avons choisi de cibler les médecins généralistes car ils sont les premiers prescripteurs de kinésithérapie. En effet, la part d'activité des MK sur prescription des MG n'a cessé de croître au fil des années pour atteindre 76,1% en 2010 (11,12). De plus, parmi ses nombreuses compétences, le médecin généraliste a une approche globale de la situation et assure une continuité, une coordination et un suivi du parcours de soin des patients. Il a donc un rôle de pivot en orientant, au besoin, les patients vers des spécialistes, dont le kinésithérapeute fait partie (33,34). Enfin, d'après l'étude qualitative de Bonnal, les médecins généralistes sembleraient moins bien connaître la kinésithérapie par rapport aux rhumatologues, médecins spécialisés (11). Pour ces trois raisons, les médecins généralistes nous paraissent être la population cible la plus pertinente à étudier dans ce travail.

2.3. Enquête qualitative

2.3.1. Choix de la méthode

Une méthode qualitative par entretiens semi-directifs nous a paru la plus appropriée pour répondre à notre problématique car nous cherchions à connaître et comprendre des données, et non les quantifier ou les mesurer (35,36). Le but de cette enquête était de connaître l'intérêt que portent les médecins généralistes à la création d'un support sur la kinésithérapie et de déterminer leurs besoins et attentes. Cette forme d'échange verbal, grâce à son interaction, nous a permis d'approfondir les propos des médecins pour bien saisir leurs demandes. En effet, la plupart des études retrouvées traitent, par méthode qualitative ou quantitative, des connaissances des MG concernant la kinésithérapie et sa pratique (prescription, BDK) et de la relation et la communication entre ces deux professionnels de santé. Mais ces enquêtes n'abordent pas ou très peu l'idée d'un outil supplémentaire, autre que des formations, pour approfondir leurs connaissances en matière de masso-kinésithérapie. Il nous était donc nécessaire de les interroger à ce sujet.

Nous avons décidé d'interroger les MG de façon individuelle, leur permettant de s'exprimer plus librement, sans jugement d'autres personnes. Cela nous a également permis d'élargir notre zone géographique de recrutement, puisqu'en cas d'étude par focus groups il était nécessaire de réunir les professionnels.

Ces entretiens avec la population ciblée ont été préparés en amont avec la construction d'un guide d'entretien (36). Ce dernier nous a permis de structurer la discussion afin de recueillir l'ensemble des données désirées et d'augmenter la reproductibilité d'un entretien à l'autre. L'investigateur devait veiller à rester le plus neutre possible et à ne pas influencer les réponses des interviewés.

2.3.2. Choix de la population

La population cible était donc les médecins généralistes pour les multiples raisons déjà évoquées. C'était notre unique critère d'inclusion. Il n'y avait pas de critère d'exclusion particulier concernant le mode ou le lieu d'exercice, le sexe, l'âge ou encore l'année de diplôme des MG puisque notre problématique peut être rencontrée par l'ensemble de ces

professionnels. En effet, Dellandrea, les ayant interrogés sur l'ensemble du sujet, ne retrouvait pas de différence significative sur ses résultats en fonction de l'âge des MG. Seule une différence était retrouvée selon leur mode d'exercice, ceux exerçant en structure pluridisciplinaire avaient des contacts plus fréquents et une participation à des réunions interprofessionnelles plus importante (15).

Nous avons choisi de nous limiter aux MG de Meurthe et Moselle, soit 635 médecins généralistes environ (chiffre de 2018) (37). Nous avons estimé l'échantillon déjà conséquent, sachant qu'au besoin, nous pourrions l'élargir. Le but était d'atteindre la saturation c'est-à-dire « *le point où, dans une recherche, toute donnée nouvelle n'apporte aucun élément inédit à la compréhension du phénomène de l'étude* » (38). Ainsi, nous cesserions les entretiens lorsqu'il n'y aurait plus de nouvelles idées émergentes.

2.3.3. Démarches administratives réglementaires

Cette étude ne relève pas de la Loi Jardé car nous réalisons une enquête dans le domaine des sciences humaines et sociales auprès de professionnels de santé. Notre recherche ne porte pas directement sur l'être humain, c'est pourquoi il n'est pas nécessaire de réaliser une demande auprès d'un comité de protection des personnes (CPP) (39,40).

De plus, les démarches auprès de la CEREES (comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé) en lien avec la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) ne sont pas nécessaires car notre sujet ne contient pas de données concernant la santé des participants (39).

Nous garantissons néanmoins l'anonymat des données récoltées auprès des professionnels interrogés en attribuant chacun d'eux un numéro de type « MG1 » afin de ne pas voir figurer leurs noms et les informations permettant de les identifier ont été supprimés.

2.3.4. Recrutement de la population

Afin de diminuer les biais de notre étude, nous avons privilégié un mode de recrutement aléatoire. Nous avons décidé de diffuser un mail de recrutement aux médecins généralistes de Meurthe et Moselle en passant par l'Union Régionale des Professionnels de

Santé (URPS) des médecins libéraux du Grand Est (URPSMLGE). Cette solution nous paraissait la plus efficace puisqu'elle permettait de contacter un grand nombre de médecins, de manière rapide, sûre et officielle.

Un appel a été passé au secrétariat de l'URPSMLGE afin de connaître la faisabilité de notre demande et les démarches à suivre. Après leur accord, nous leur avons adressé un mail qui précisait la population cible (médecins généralistes de Meurthe et Moselle) et le message à transmettre. L'objet du mail destiné aux MG (ANNEXE I) était : « Elaboration d'un support d'informations masso-kinésithérapiques ». Après nous être présenté, nous avons expliqué notre projet de support, notre besoin d'échanger avec eux et les modalités de déroulement des entretiens. Enfin, nous avons indiqué nos coordonnées (téléphone et mail) pour que les MG volontaires puissent nous contacter afin de convenir d'un rendez-vous. Afin de capter au mieux l'attention des MG, les mots clés ont été mis en gras.

Nous avons décidé de réaliser les entretiens au fur et à mesure des réponses des MG. Nous n'avons pas défini à l'avance le nombre de personnes à interroger, préférant clôturer les prises de rendez-vous une fois la saturation des réponses atteinte.

2.3.5. Méthode de réalisation des entretiens

Pour la réalisation de nos entretiens, nous avons choisi de convenir de rendez-vous téléphoniques, plus faciles à insérer dans les emplois du temps souvent surchargés des médecins. De cette façon aussi, nous avons supprimé les contraintes géographiques et respecté les restrictions imposées par la Covid-19.

Après autorisation de l'interlocuteur, nous avons enregistré la conversation afin de la retranscrire ultérieurement dans son intégralité et de l'analyser en reprenant précisément les termes des MG. Ainsi, nous n'étions pas obligés de prendre des notes et pouvions rester concentrés dans la discussion. Libérée de cette contrainte, notre concentration était totale.

Au moment de l'entretien, l'investigateur était dans une pièce calme et possédait alors cinq outils : un smartphone pour passer l'appel en mode haut-parleur, permettant à un autre smartphone d'enregistrer la conversation avec l'outil "enregistrement sonore", le guide

d'entretien préalablement préparé, ainsi qu'une feuille et un stylo pour noter quelques informations au besoin.

2.3.6. Présentation du guide d'entretien

Le guide d'entretien est présenté en ANNEXE II.

Le haut-parleur pouvant diminuer la qualité du son, nous nous sommes assurés que les interlocuteurs nous entendaient correctement.

Après avoir remercié les médecins, nous leurs avons assuré l'anonymat de l'étude et leur avons demandé l'autorisation d'enregistrer la conversation.

Après un rappel de notre projet et du but de l'entretien, nous avons demandé aux médecins leurs modes d'exercices (cabinet médical / structure pluridisciplinaire). Le but était de voir si cela avait une influence sur l'intérêt qu'ils portent au projet et sur leurs réponses ultérieures.

Nous leurs avons ensuite demandé s'ils voyaient un intérêt à la construction d'un tel support.

La suite des entretiens s'est faite sous la forme de questions ouvertes afin de laisser le plus de liberté d'expression aux interviewés. En parallèle, nous avons préparé des reformulations s'il était nécessaire de clarifier la question.

Nous avons interrogé les médecins sur la forme de support qu'ils souhaiteraient. Nous avons suggéré, quand ils n'avaient pas d'idée, le format papier ou numérique, puis, avons formulé une liste de propositions plus détaillées dans laquelle ils pouvaient faire leur choix. L'ensemble des formats imaginés était énoncé pour ne pas influencer leur réponse.

La question suivante portait sur le contenu qu'ils souhaiteraient trouver dans ce support pour mieux connaître et prescrire la masso-kinésithérapie. Nous avons dans un premier temps laissé nos interlocuteurs s'exprimer librement, puis, leur avons soumis une liste de propositions établie au vu de la littérature étudiée et de nos propres idées.

Au cours des entretiens, la prise de note nous a permis de retenir certains mots ou idées formulés par les interviewés sur lesquelles nous avons souhaité rebondir ou approfondir.

Nous leur avons demandé finalement leur accord pour participer à la lecture de notre travail une fois finalisé et nous donner leurs avis.

Pour conclure, il leur a été demandé de nous faire part de toutes suggestions ou idées concernant notre projet, que nous n'aurions pas abordées au cours de nos échanges.

2.3.7. Analyse des entretiens

Les entretiens ont été intégralement retranscrits sur document Word[®] grâce aux enregistrements audio. Afin de garantir l'anonymat, les noms des interlocuteurs ont été remplacé par leur numéro de participant (exemple : MG1), de plus, les informations permettant de les identifier (ville d'exercice par exemple) ont été remplacé par des « *** ». Une fois ce travail réalisé, les fichiers audios ont été supprimés de l'ensemble des appareils et les retranscriptions ont été conservées sur un ordinateur portable sécurisé d'un mot de passe.

Nous avons ensuite repéré et classé les idées des médecins grâce à un code couleur appliqué aux mots clés :

- En gras : les différentes étapes du guide d'entretien
- En vert : les informations souhaitées
- En jaune : les informations peu ou partiellement souhaitées ou soulevant des interrogations ou problématiques
- En rouge : les informations non souhaitées
- En bleu : les autres informations

2.4. Construction du support d'informations

Les éléments présents dans le support ont été déterminés selon les données retrouvées dans la bibliographie ainsi que les résultats des entretiens téléphoniques réalisés auprès des MG de notre étude.

Pour son élaboration nous avons utilisé un ordinateur muni du logiciel Word®.

Afin de justifier nos propos tout au long de ce support d'informations, nous avons utilisé des éléments bibliographiques retrouvés sur internet et dans des ouvrages. Dès que cela était possible, nous avons utilisé des textes législatifs régissant la profession et le système de santé français.

Des relectures ont été faites afin de corriger les éléments nécessaires et valider le support avant sa diffusion auprès des MG de notre étude pour recueillir leurs avis. Il a été relu par plusieurs masseurs-kinésithérapeutes dont un faisant parti de l'Ordre des MK et un autre ayant un diplôme universitaire de droit en expertise judiciaire. Leurs connaissances du métier et leurs qualifications respectives ont été utiles pour l'interprétation des textes législatifs et pour éviter toute erreur. Plusieurs personnes extérieures à la profession ont relu également le support afin qu'il soit compréhensible par tous.

2.5. Retours des médecins généralistes concernant le support élaboré

Un mail a été envoyé aux MG de l'étude ayant acceptés, lors des entretiens, de recevoir le support et de nous en faire un retour. Ce mail, que vous trouverez en ANNEXE III, a été envoyé de façon individuelle à chaque destinataire afin de conserver leur anonymat et a pour objet : Retour sur l'élaboration d'un support d'informations masso-kinésithérapiques.

Après avoir rappelé l'objet de notre étude et son but, ce mail expliquait que nous revenions vers eux pour avoir leur avis concernant le guide que nous soumettions à leur lecture. Joint au format PDF, nous les avons informés des deux façons possibles de le consulter : papier (rappel du format d'impression conseillé) ou numérique (système de renvoi mis en place). Nous leur avons demandé de nous faire leur retour par mail. Pour les aider et

les guider, plusieurs questions ouvertes leur ont été proposées pour nous permettre d'évaluer notre travail :

- « *Globalement, êtes-vous satisfait de ce support d'informations ?* »
- *Les notions abordées sont-elles toutes claires et compréhensibles ?*
- *Quelles sont les informations ou les parties qui vous ont le plus servi ou appris de choses et à contrario, le moins ?*
- *Quels sont les points forts et les points faibles de ce travail ?*
- *Y a-t-il des informations manquantes que vous auriez souhaité trouver ? »*

Les mots clés ont été mis en gras dans le mail afin de capter au mieux l'attention des MG.

Le format des questions ouvertes nous semblait le plus adapté car nous cherchions à connaître une information qualitative. Cela leur laissait également une liberté pour s'exprimer ouvertement.

Le livret étant conséquent, nous avons prévu d'attendre deux semaines pour recevoir leurs réponses, au-delà desquelles nous enverrions un nouveau mail de relance.

3. RESULTATS

3.1. Enquête qualitative

3.1.1. Généralités

Le mail pour recruter la population de cette étude a été diffusé par l'URPSMLGE. Il y a visiblement eu une incompréhension dans notre demande puisqu'il était initialement prévu de diffuser le mail aux MG du département de la Meurthe et Moselle, ce qui représente environ 635 MG (chiffre de 2018). Il a finalement été diffusé à tout le Grand-Est, cela représente environ 4 591 MG (chiffre de 2018). (37)

Nous avons été contactés par cinq médecins généralistes volontaires pour participer aux entretiens téléphoniques, l'un d'eux nous a joints par téléphone et les quatre autres par mail. Cependant un MG n'a pas répondu aux mails visant à fixer un rendez-vous, malgré une relance une semaine après son premier contact. Ainsi, quatre MG ont participé à cette étude qualitative. Les entretiens téléphoniques se sont déroulés sur une période de deux semaines et ont duré chacun entre 9 et 24 minutes.

Concernant les caractéristiques des MG participant à l'étude (tab.I), ce sont toutes des femmes, deux d'entre elles exercent en Moselle, une dans l'Aube et une en Meurthe-et-Moselle. Deux MG interrogées exercent en cabinet médical non pluriprofessionnel, une en cabinet pluriprofessionnel sans MK et une en maison de santé pluridisciplinaire avec des MK.

Tableau I : Caractéristiques des médecins généralistes participant aux entretiens

Médecin généraliste	Sexe	Département d'exercice	Mode d'exercice	Durée de l'entretien
MG1	Femme	Aube (10)	Maison de santé pluridisciplinaire avec des MK	16 minutes et 48 secondes
MG2	Femme	Meurthe-et-Moselle (54)	Cabinet médical non pluriprofessionnel	12 minutes et 10 secondes
MG3	Femme	Moselle (57)	Cabinet pluriprofessionnel sans MK	24 minutes et 18 secondes
MG4	Femme	Moselle (57)	Cabinet médical non pluriprofessionnel	9 minutes et 51 secondes

L'ensemble des participants ont accepté l'enregistrement audio des entretiens.

Vous trouverez en ANNEXE IV les retranscriptions des quatre entretiens téléphoniques analysées grâce au code couleur mis en place.

3.1.2. Intérêt du support

A la question « Voyez-vous un intérêt à la création d'un tel support ? », la majorité des MG interrogés répondent positivement.

En effet, le MG1 qualifie cet intérêt de « *très très réel* ». Des réunions pluriprofessionnelles sont faites dans la maison de santé où elle exerce afin de mieux connaître les professions de chacun mais cela n'a jamais abouti à un support, elle trouve donc ce projet « *très intéressant* ».

Le MG2 et le MG3 répondent « *oui* ». Le MG2 trouve qu'elle écrit « *bêtement* » ses prescriptions de masso-kinésithérapie et pense que si elle « *écrivait les choses plus précisément on (MG et MK) pourrait sûrement mieux travailler les uns avec les autres* ». Le MG3 explique qu'ils ont « *les supports de la sécu avec le nombre prédéfini de séances pour telle ou telle maladie [...] Mais en fait dans la vraie vie ça ne se passe pas comme ça.* »

Le MG4, plus hésitante et plus mitigée, utilise le conditionnel avec la réponse « *pourrait avoir un intérêt* ». Elle utilise également le terme « *possiblement* » et « *probablement* ». Elle souligne cependant le fait qu'elle « *n'a pas toujours beaucoup d'informations par rapport aux kinés* », que leur formation est « *très généraliste* » et « *pas très accès sur la communication* ». Elle conclut en disant que « *ça pourrait être utile mais je n'ai pas d'idée ou d'exemple pour l'instant* »

3.1.3. Forme du support

A la question "Sous quelle forme ou format souhaiteriez-vous que ce support soit conçu ?", le MG1 hésite, parle d'abord d'un format « *plus papier* » mais pense à ses confrères qui travaillent de plus en plus avec « *l'ordinateur* » et finit par « *je ne sais pas* ». Face à son hésitation et afin de répondre à sa demande, la proposition d'un document consultable à la fois sous forme numérique et imprimable lui est soumise. Elle y adhère : « *oui ça serait parfait, ça serait très très bien* » et précise souhaiter « *retrouver très rapidement* » les informations qu'elle cherche dans le support, à l'aide de « *mots clés* ». Elle aimerait que ce soit « *pratique* », « *concis* », avec des « *couleurs* » et « *pas [...] quelque chose de confus* ». Le MG2 désire « *quelque chose sur internet* », de « *numérique* ». Le MG3 voudrait des « *fiches mémos* », les deux formes (papier et numérique) lui conviennent. Le MG4 nous parle d'un « *document qu'il pourrait consulter sur l'ordinateur ou à imprimer peu importe* »

Globalement, les médecins interrogés souhaitent que le support soit réalisé sous la forme d'un document, papier ou numérique.

3.1.4. Contenu du support

D'une manière générale, les médecins interrogés nous font naturellement part de problématiques rencontrées et de thèmes qui les intéressent concernant la masso-kinésithérapie. Seul le MG4 ne sait pas trop quelles informations l'aideraient en sa qualité de prescripteur, les différentes propositions de contenu ont été plus nécessaires pour lui donner des idées.

Les quatre personnes interrogées sont unanimes sur certains sujets utiles à aborder dans le support.

Tout d'abord, ils sont tous d'accord pour mettre des informations sur la prescription de masso-kinésithérapie. Le MG1, suite à des réunions pluridisciplinaires, s'est rendu compte qu'avec ses collègues, ils ne « *savaient pas rédiger correctement une prescription kinésithérapique* ». Cette dernière souhaite également savoir ce que les MK veulent avoir sur la prescription. Le MG2 répond « *peut-être oui* » et remarque qu'il y a « *certaines termes précis qui vous (les MK) permettraient de mieux coter vos actes et de mieux vous faire payer* ». Le MG3 dit « *je ne suis pas forcément à jour* » concernant la prescription, souhaiterait connaître les « *erreurs* » à éviter et se demande s'il « *faut préciser les techniques ?* ». Enfin, le MG4 trouve que « *ça pourrait être intéressant* »

Les médecins de l'étude sont unanimes sur le fait de rappeler les indications et les champs disciplinaires de la masso-kinésithérapie dans le support. Le MG1 s'est aperçue qu'elle avait « *des lacunes* » sur ce que les MK pouvaient faire. Le MG2 voudrait savoir « *s'il y a des choses que l'on (les MG) ne prescrit jamais alors que c'est possible* » et inversement « *s'il y a des choses que l'on (les MG) prescrit alors qu'il ne faut pas* ». Le MG3 souhaiterait savoir « *quel type de rééducation, de prise en charge est indiquée* » et s'interroge : « *la rééducation jusqu'où ça va ?* ».

Enfin, concernant le droit de prescription de dispositifs par les MK, aucun des médecins ne l'a demandé par lui-même lors de la question ouverte mais lorsqu'on les a interrogés sur le fait de l'intégrer au support ils ont tous répondu positivement. Le MG1 qualifie cette information de « *super importante* ». Le MG2 répond « *ah ouais !* » d'un ton soutenu. Les deux autres médecins répondent également oui et ajoutent leur ignorance de ce droit de prescription : « *Et ben ça je ne savais même pas que c'était possible ! Ça serait vachement bien ça !* » (MG3) ; « *Oui ben oui parce que je ne sais pas ce que vous avez le droit de prescrire en fait* » (MG4).

Concernant d'autres sujets, les MG interrogés sont plus mitigés ou ne sont pas tous du même avis.

Pour le MG2, le fait de parler des rôles et des compétences du MK a un « *intérêt introductif* ». Le MG4 dit déjà le savoir, c'est plutôt un non pour elle. Le MG3 dit que « *ça serait intéressant* ».

Le MG1 « *connait déjà un peu* » le bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) mais souligne que « *ce n'est pas forcément le cas d'autres praticiens* ». Le MG3 aimerait avoir des informations sur le BDK car elle n'en a « *jamais vu la couleur* », tout comme le MG4 qui « *ne sais pas ce que c'est* » donc « *pourquoi pas* » alors que le MG2 ne le souhaite « *pas forcément* ».

Concernant les bilans et échelles utilisés en masso-kinésithérapie, le MG2 est hésitant sur l'utilité d'en parler dans le support. Elle souligne le fait qu'elle a surtout besoin de connaître la situation du patient « *avant, pendant, après* » la prise en charge du MK. La problématique mise en évidence ici est le manque de retours des MK envers les prescripteurs, chose que nous ne pouvons traiter dans le support puisqu'il est à destination des médecins généralistes et non des MK. Le MG3 « *ne comprend rien* » lorsqu'elle reçoit les bilans d'autres professionnels, et trouve cela « *hyper technique* ». Elle souligne elle aussi l'importance de « *savoir la conclusion* » et trouve « *hyper intéressant* » les échanges téléphoniques avec les MK. Le MG4 trouve que « *ce n'est pas forcément utile* » d'aborder les échelles et les bilans dans le support.

Les MG ne sont pas tous du même avis sur le fait d'aborder les techniques de masso-kinésithérapie dans le support. Le MG3 et le MG4 répondent plutôt de façon positive, ce dernier dit « *par curiosité ça m'intéresse* ». Le MG1 est partagé entre deux idées, elle trouve ça « *intéressant* » et « *bien de connaître les techniques* » mais elle s'interroge sur l'intérêt de les connaître puisqu'il n'est plus nécessaire de les indiquer sur les prescriptions. Le MG2 craint que ça soit « *du chinois* » pour elle, ça ne l'intéresse pas sauf si nous intégrons « *un lien vers une vidéo à la rigueur* ».

Le MG1 pense qu'elle « *n'a pas forcément besoin de savoir* » la cotation des actes en masso-kinésithérapie. De la même manière, le MG4 dit que « *ça ne l'intéresse pas* ». Le MG3 voudrait bien avoir quelques informations dessus mais avoue qu'elle « *a déjà du mal avec ses cotations* » de médecin. Elle souligne quand même ne pas connaître le « *rapport entre la prescription et la cotation* ». Le MG2 pense que ça a un intérêt de les rappeler en « *annexe* » et qu'elle pourrait s'en servir « *pour faire les ordonnances* ».

Enfin, les médecins de l'enquête sont d'accord à l'unanimité sur la difficulté d'aborder le déroulement d'une séance en kinésithérapie. Le MG1 pointe le fait que « *c'est vraiment dépendant des cabinets et des kinés* », tout comme le MG3 qui est du même avis. Le MG4 explique que « *les patients racontent* » et qu'il n'est pas nécessaire de l'aborder dans le support. Le MG2 ne souhaite pas non plus avoir d'informations sur ce sujet car « *il n'y a pas de séance type* » et que cela ne lui « *importe pas* ».

Nous allons désormais aborder les autres demandes dont nous ont fait part les médecins interrogés lors des entretiens téléphoniques.

Le MG1 aimerait savoir « *sur quels thèmes* » ils peuvent « *échanger en réunion pluriprofessionnelle* » et qu'est-ce qu'ils peuvent apporter aux MK en tant que médecin généraliste. Elle souhaiterait aussi connaître la place de la masso-kinésithérapie dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Le MG2 voudrait savoir « *qu'est-ce qu'il est possible de faire (en masso-kinésithérapie), pour quelle pathologie, à quel stade* ». Elle souhaiterait retrouver dans le support un « *numéro de téléphone général pour joindre les kinés de garde le week-end* », des choses « *pratiques* » qui leur « *facilitent la vie* ».

Le MG3 s'interroge sur de nombreux sujets : ce qui est pris en charge ou non par l'assurance maladie, si la fasciathérapie est reconnue, si les MK ont des notions d'ostéopathie ou si les deux professions sont complémentaires, si l'ostéopathie et l'acupuncture ont un intérêt, par quoi peut-on compléter le traitement de rééducation et pour quelle indication, jusqu'où va la rééducation, ... Elle se questionne également sur les « *spécialisations* » en masso-kinésithérapie afin d'orienter au mieux ses patients selon la pathologie.

Le MG4 voudrait avoir « *des situations cliniques avec ce que l'on fait comme thérapie* » et savoir « *ce qui est indiqué de faire ou pas au niveau des soins kiné* ».

Lors des entretiens, les MG interrogés soulèvent d'autres problématiques rencontrées au sujet de la masso-kinésithérapie. Cependant, elles concernent la prise en charge des MK et ne pourront donc pas être traitées avec un support destiné aux MG comme nous le projetons.

Le MG2 dénonce un manque de retour de la part des MK sur leurs prises en charge, ce qui est particulièrement problématique lorsque leur situation clinique « *n'avance pas* » et qu'il faut potentiellement faire autre chose au niveau des traitements. Elle aimerait savoir lorsque ses patients ont besoin de travailler à la maison.

Le MG3 dénonce quant à elle une rééducation trop passive (chaud, massage...), qui dure souvent trop longtemps et qui peut parasiter d'autres rééducations plus actives car les MK n'ont alors plus de disponibilités pour elles. Les soins passifs de confort en kinésithérapie sont, selon elle, trop récurrents. Elle remarque également que les MK n'expliquent pas toujours les mauvaises postures qui entretiennent les douleurs. Elle dénonce globalement un manque de conseils et d'éducation du patient par les MK et parle de kinésithérapie de « *complaisance* », se demandant si « *prescrire la bonne chose* » pourrait éviter ces déviations.

3.2. Construction du support d'informations masso-kinésithérapiques

Vous trouverez le support créé en ANNEXE V.

3.2.1. La forme

Le choix de la forme du support s'est principalement fait grâce aux réponses des MG lors des entretiens téléphoniques. Ainsi, afin de satisfaire le plus grand nombre et répondre aux habitudes de chacun, nous décidons de le réaliser sous la forme d'un document PDF que le MG peut choisir d'imprimer ou de consulter numériquement.

Pour des raisons de praticité, le document est unique, il n'y a qu'une forme, que ce soit pour la version imprimée ou numérique.

Le support est construit à l'aide du logiciel Word® puis converti au format PDF, permettant sa lecture sur l'ensemble des systèmes d'exploitation tout en conservant la mise en page.

Tout au long de sa construction, nous nous sommes efforcés de respecter les règles de base de rédaction.

Nous choisissons le format A4, universel, permettant à ceux qui le souhaitent de l'imprimer facilement.

Les marges sont choisies "étroites" (1,27cm de chaque côté de la page). Cela nous permet d'intégrer facilement les éléments de mises en page (encadrés, figures...), sans gêner la potentielle impression du document. En effet, la majorité des imprimantes ne peuvent imprimer au bord de page.

La police « calibri (corps) » est choisie pour l'ensemble du document car universelle et lisible. La taille de police est de 11 pour la plupart des informations. Quelques fois nous avons dû mettre une taille de 10,5 pour répondre correctement à la mise en page. Les titres ont une taille plus importante (16 pour les titre principaux et 13 pour les titres secondaires) et sont également mis en gras. Afin de faciliter la lecture, l'écriture est en minuscule et nous écrivons les nombres en chiffres et non en lettres.

Les paragraphes sont principalement justifiés, seuls certains titres ou citations sont centrés.

Lorsqu'un texte est repris à l'identique, il est mis entre guillemets et en italique.

Nous avons attribué à chaque partie une couleur afin de rendre le document plus visuel et d'en faciliter l'utilisation. En effet, le lecteur peut facilement retrouver l'information qu'il recherche puisque la partie conserve la même couleur dans le sommaire et sur l'ensemble des figures de la partie en question. Une bande de la couleur correspondante est

mise sur le côté droit au début de chaque grande partie en guise de repère. Ce choix de mise en page répond ainsi à la demande du MG1 lors de notre entretien téléphonique.

Le fond de page est volontairement conservé blanc. Nous avons pensé qu'un fond de couleur pourrait diminuer la lisibilité, ainsi que la qualité à l'impression, en plus d'en augmenter le coût.

Toujours dans l'objectif de retrouver une information rapidement, le document est paginé en bas de page, des abréviations jusqu'aux annexes. La table des matières en début de document indique le numéro de page correspondant à chacune des parties. De plus, des liens hypertextes ont été créés. Ainsi, en format numérique PDF, lorsque le MG clique sur un élément, il y sera automatiquement renvoyé. Cela concerne les titres (principaux et secondaires), les annexes et les liens internet url où l'ordinateur ouvrira automatiquement la page web.

Afin de rendre le document plus visuel, plus structuré et de mettre en avant les informations importantes, nous mettons les mots clés en gras et/ou soulignés. D'autre part, nous utilisons différents encadrés ainsi que la fonction SmartArt® du logiciel Word® pour ajouter différentes figures tout en respectant le code couleur énoncé.

Afin d'illustrer le document et le rendre moins monotone, nous ajoutons des images avec la fonction « Icône » dans Word®. Sur la première page du document, nous utilisons une photo qui a remporté le troisième prix lors du concours de photo lors des Journées Francophones de kinésithérapies (JFK) de 2011 à Marseille (41). Nous avons modifié ses dimensions et sa couleur (noir et blanc) avec l'autorisation de l'auteur (Mme Buatois). Nous intégrons également certains logos et icônes pour illustrer le livret.

Le livret élaboré fait finalement 33 pages dont 22 d'informations.

3.2.2. Le contenu

Nous avons déterminé les éléments à présenter dans le livret d'informations grâce aux entretiens téléphoniques réalisés et aux éléments de la littérature.

Pour chacune des parties du support, nous tenterons d'expliquer de façon claire nos choix.

La première page :

Cette page de garde comporte le titre « le petit guide de la masso-kinésithérapie » et le sous-titre « support d'informations masso-kinésithérapiques à destination des médecins généralistes » permettant de préciser la population ciblée.

Cette même page contient également une photo représentant la masso-kinésithérapie, le nom et le prénom de l'étudiante réalisant ce mémoire de fin d'études, le logo de l'Institut Lorrain de formation en masso-kinésithérapie (ILFMK) situé à Nancy où elle étudie et enfin la date de réalisation du livret (mars 2021). En effet, certaines informations contenues dans le support vont naturellement évoluées dans le temps, il est alors important qu'il soit daté.

Deuxième page :

Cette page comporte une introduction expliquant dans quel cadre a été créé ce document et les remerciements envers les personnes ressources qui ont participé à son élaboration. Nous donnons également des « conseils d'utilisation » afin que la lecture, l'impression et l'utilisation du guide soit la plus optimale possible

Table des matières :

Ce sommaire, reprenant le code couleur mis en place, détaille les titres du plan qui nous a paru le plus logique pour la construction du guide.

Abréviations :

Nous avons répertorié par ordre alphabétique les abréviations utilisées dans le document.

Le masseur-kinésithérapeute :

Nous avons fait le choix de faire une courte partie sur le métier de MK afin de poser les bases du sujet développé. Cela répond à la demande des MG interrogés lors des entretiens, qui y voyaient un certain « *intérêt introductif* ».

Cette première partie comporte l'étymologie de ce métier, la date de création du diplôme, le parcours de formation nécessaire à l'obtention du diplôme d'état, ainsi que le statut et le logo de la profession (42,17,43,18). Nous donnons ensuite une définition de la masso-kinésithérapie grâce à l'article L4321-1 du code de santé publique (CSP) (7).

Nous présentons ensuite les onze compétences de ce professionnel qui paraissent dans l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'état du MK (43).

De cette façon, nous décrivons les différents rôles du masseur-kinésithérapeute.

Le bilan-diagnostic-kinésithérapique :

Nous avons choisi de dédier une partie à ce sujet car, comme nous l'avons relevé dans la thèse de Dellandrea, la majorité des MG interrogés n'étaient pas ou que partiellement satisfaits de leurs connaissances en matière de BDK et souhaitaient les approfondir. (15) 78% des MG de l'étude de Debarge souhaitaient connaître l'évaluation de la masso-kinésithérapie. (16) De plus, l'enquête qualitative Tambour datant de 2015 démontre des connaissances limitées des MG concernant de la fiche de synthèse des MK (34). Lors des entretiens téléphoniques, deux MG de l'enquête ne connaissaient pas le BDK.

Après avoir cité le décret qui le codifie, nous en donnons les principales caractéristiques : obligatoire, initial/intermédiaire/final, individuel et actualisable. Nous expliquons son rôle d'outil concernant la communication, la coordination, l'amélioration des soins et l'évaluation de la pratique du MK (10,30,31,44).

Un premier tableau présente les différents bilans que le MK peut réaliser ainsi que des échelles et des tests utilisés pour mesurer les problématiques du patient (44–48). La liste n'est pas exhaustive, le but étant de démontrer que le MK s'appuie sur des tests reconnus. Nous n'avons pas pour objectif de tous les citer, ni de les expliquer. D'autant plus que les MG interrogés dans l'étude étaient partagés sur le fait d'intégrer ces informations. Nous précisons que le MK ne les réalise pas tous à chaque fois mais choisit ceux qui lui paraissent les plus appropriés.

Ces différentes mesures réalisées vont permettre au MK de déterminer les éléments composant son BDK : déficiences, limitations d'activités, restrictions de participation, objectifs du patient, diagnostic kinésithérapique, objectifs thérapeutiques kinésithérapiques, plan de traitement. Pour chacun d'eux, nous expliquons de quoi il s'agit et donnons des exemples pour illustrer nos propos (10,30,45,49–51).

Nous informons les MG que le BDK est tenu à leur disposition et qu'il est facturable par le MK (30).

La dernière partie est dédiée à la fiche de synthèse du BDK. Outil de communication avec les autres professions dont le prescripteur, il n'existe cependant pas de format imposé (30,49). Nous donnons toutefois un exemple de ce qui peut y figurer ainsi qu'un modèle proposé par la CPAM en Annexe I (44,52). Nous expliquons au lecteur quand et comment le MK doit communiquer sa fiche de synthèse et donnons les diverses raisons pour lesquelles elles sont très peu envoyées (15,27,30,31).

Les indications de la masso-kinésithérapie :

Lors des entretiens téléphoniques, l'ensemble des médecins étaient pour intégrer cette notion au livret, soulevant plusieurs interrogations. Ainsi que nous le démontre les thèses de Dellandrea et Debarge, une partie des MG interrogés souhaitaient avoir des informations sur les indications et les champs disciplinaires de la masso-kinésithérapie (15,16) Ainsi, cette partie à toute sa place dans ce livret.

Nous faisons un bref rappel sur la population pouvant être prise en charge et à quel moment le MK peut intervenir (53–55).

Nous rappelons l'ensemble des domaines d'interventions du MK par champs disciplinaires. Pour chacun d'eux, nous y intégrons une liste non exhaustive de pathologies que le MK peut prendre en charge. Lorsqu'il n'était pas possible de lister des pathologies, nous expliquons les rôles et l'intervention du MK dans le domaine (48,56).

Pour répondre à la demande du MG1 lors des entretiens, nous intégrons ici une partie concernant l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et la place du MK dans ce domaine (57,58).

La prescription de masso-kinésithérapie :

Encore une fois, les MG participant aux entretiens souhaitent tous des informations sur la prescription, comme 58% des MG interrogés par Debarge (16).

Nous introduisons cette partie en rappelant quelques généralités sur la prescription de masso-kinésithérapie.

Concernant le libellé des ordonnances, nous distinguons et détaillons les données obligatoires qui doivent y figurer ainsi que des éléments, normalement non obligatoires, mais qu'il est préférable d'indiquer car régulièrement sources de procédures contentieuses envers les MK (59–61). Nous soulignons que les informations médicales n'ont pas leur place sur la prescription par respect du secret professionnel. Alors indiquées de préférence sur un courrier accompagnateur, nous donnons une liste des éléments que les MK apprécient connaître. Ainsi, le MG peut prescrire « bilan masso-kinésithérapique et séances si nécessaire » pour l'ensemble des prises en charge et donner plus d'informations sur le courrier (13,27,59,62). Le MK réalise son BDK, détermine ses soins et peut alors coter son acte au plus juste.

Nous conseillons aux MG d'éviter d'indiquer des informations quantitatives et/ou qualitatives sur l'ordonnance, celles-ci n'étant plus obligatoires depuis 2000 (9). Le caractère quantitatif s'impose au MK et peut le limiter dans ses soins. Or, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) a déjà prédéfini un nombre de séances pour 14 situations, au-delà duquel une demande d'accord préalable (DAP) doit être faite par le MK (63). Concernant le caractère qualitatif, le MK est libre de ses choix de traitement et il en est responsable (7,10,13,31).

Enfin, nous indiquons le nombre de prescriptions qu'il est préférable de faire en fonction du nombre et de la nature des problématiques du patient, permettant ainsi au MK de les prendre en charge de façon optimale. Un arbre décisionnel vient illustrer nos propos.

Quelques conseils viennent conclure cette partie ainsi qu'un exemple démontrant l'incidence du libellé de la prescription sur la possibilité de soins et la cotation des actes du MK. Concernant cette dernière, afin de ne pas surcharger notre document, nous insérons un lien internet qui renvoie à la NGAP (64). Nous répondons ainsi à la demande des MG de notre enquête qui étaient partagés quant au fait de l'intégrer au support.

Techniques de masso-kinésithérapie :

Selon la littérature, la majorité des MG souhaitaient connaître les techniques et outils du MK (15,16). Dans notre étude, les avis des médecins étaient assez partagés, nous consacrons alors une partie aux techniques du MK mais veillons à rester digests et compréhensibles.

Le panel des techniques en MK étant très large, nous le présentons comme une boîte à outils : une technique peut être utilisée dans des situations différentes et inversement, plusieurs outils peuvent être adaptés à une même problématique. Nous ajoutons que le MK prend en compte le patient dans son intégralité et qu'il a une obligation de moyens mais non de résultats lors de sa prise en charge (31,49,65).

Nous avons tenté de lister les techniques de base du MK, précisant lorsque cela était possible leur définition, leurs déclinaisons, leurs effets et leurs objectifs (48,50,66–73).

Ensuite, nous citons les techniques que le MK peut réaliser sur prescription mais à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment (élongation vertébrale et rééducation cardio-vasculaire) (74).

Nous donnons également d'autres domaines où le MK peut intervenir selon l'article R4321-9 du CSP (ex : prévention des escarres et des thromboses veineuses) ainsi qu'une liste non exhaustive d'autres outils que nous ne développerons pas davantage, certains pouvant nécessiter des formations complémentaires (73).

Nous ne donnons pas de protocoles de prise en charge en kinésithérapie car tout d'abord, le traitement dépend de nombreux facteurs (MK, patient, contexte). De plus, le but du support n'est pas de faire un catalogue de la masso-kinésithérapie et nous ne souhaitons pas qu'il soit trop lourd d'informations.

Cependant, dans la thèse de Dellandrea, 68 médecins souhaitaient approfondir leurs connaissances concernant les recommandations existantes sur la masso-kinésithérapie (15). Aussi, nous joignons le lien du site internet de la haute autorité de santé (HAS) où sont consultables des recommandations de prise en charge, intégrant la kinésithérapie.

Le remboursement :

De nombreux médecins généralistes estiment leurs connaissances insuffisantes concernant les actes remboursés. (16) De plus, le MG3 de notre étude s'interrogeait sur ce qui était pris en charge ou non par l'assurance maladie.

Cette partie explique les conditions nécessaires au remboursement des soins de kinésithérapie par la CPAM sur la base des tarifs conventionnés (28). Nous indiquons quels sont les domaines et techniques non remboursables car ne faisant pas partie de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) (75,76). Enfin, nous expliquons le remboursement dans ces trois situations : dépassement pour exigence du patient, dépassement d'honoraires, MK non conventionné (28,77).

Droit de prescription des masseur-kinésithérapeutes :

D'une façon globale, lors des entretiens, les MG ne connaissaient pas tous le droit de prescription des MK et étaient intéressés par le sujet. Ainsi, nous rappelons les textes juridiques autorisant ce droit et donnons la liste des dispositifs que le MK est habilité à prescrire, sauf indication contraire du médecin (7,23,78,79).

Quelques points d'actualité :

Afin de coller au plus près de l'actualité, nous rappelons les conditions d'accès direct en masso-kinésithérapie et les pathologies concernées suite aux arrêtés du 6 mars 2020 (5,6,3).

Concernant la Covid-19, nous précisons les conditions particulières mises en place pour les masseurs-kinésithérapeutes (80–85).

Les réseaux en masso-kinésithérapie :

Comme l'a constaté dans sa thèse Mme Dellandrea, les MG ne connaissaient que très peu le système de garde de kinésithérapie respiratoire existant en Lorraine (15). Le MG2 souhaitait des éléments « *pratiques* » comme un outil pour trouver les professionnels de garde pour la kinésithérapie respiratoire.

Afin de répondre à ces demandes, nous présentons deux réseaux existant dans le Grand-Est : Kinégarde et Prescri'Mouv. Pour chacun d'eux, nous expliquons leur rôle, leur fonctionnement et fournissons les numéros de téléphones ou sites internet permettant de contacter les professionnels (86,87).

Certains MG rencontrent également des difficultés pour adresser leurs patients à des MK spécialisés dans certaines pathologies (15). Bien qu'il n'existe pas de MK "spécialistes", ils sont nombreux à faire des formations complémentaires dans des domaines spécifiques. Cet élément pouvant être déterminant dans le choix de son thérapeute, nous avons donc présenté une liste non exhaustive d'associations regroupant les MK formés par domaine ou pathologie et mettant à disposition leurs coordonnées.

Conclusion :

Nous concluons ce support d'informations en invitant les professionnels à communiquer avec les MK, ces échanges étant appréciés et riches d'informations, au bénéfice de tous (prescripteur, MK, patient) (15,27).

Annexes :

Nous trouvons ensuite les deux annexes du document :

- Annexe I : Fiche de synthèse du bilan-diagnostic-kinésithérapique proposé par la CPAM (52).
- Annexe II : Situations de rééducation soumises à référentiel. Nombre de séances autorisées par la CPAM avant toute poursuite de soins, obligation de faire une demande d'accord préalable (63).

Références bibliographiques :

Pour finir, les dernières pages du livret sont dédiées à l'ensemble des références bibliographiques permettant de justifier nos propos.

Eléments non intégrés au support :

Lors de l'étude de Dellandrea, 28 MG ont répondu qu'ils aimeraient approfondir leurs connaissances concernant des rappels d'anatomie, de physiologie et de physiopathologie (15). Nous avons jugé que ces éléments s'éloignaient du sujet que nous traitons et qu'il n'était alors pas judicieux de les intégrer au guide.

Les médecins que nous avons interrogés ne souhaitent pas d'informations sur le déroulement d'une séance de masso-kinésithérapie, le sujet s'avérant trop complexe pour être traité de façon générale.

De même, nous n'avons pas abordé les professions de chiropracteur et d'ostéopathe malgré les interrogations d'un médecin de notre étude. Ne connaissant pas ces deux professions, nous ne nous sommes pas permis de dédier une partie à ce sujet. De plus, elles n'ont pas toutes le même statut donc il nous est difficile de les comparer.

3.3. Retours des médecins généralistes concernant le support élaboré

Nous avons reçu les retours de trois médecins sur les quatre ayant intégré notre étude qui avaient tous accepté de participer à cette étape. En effet, même suite au second mail de relance, nous n'avons reçu aucune réponse du MG2. Ils ont tous choisi d'utiliser nos propositions de questions ouvertes pour nous répondre, ils ont également fait quelques remarques supplémentaires. Vous trouverez leurs réponses en ANNEXE VI.

Pour commencer, les trois médecins se disent globalement satisfaits du support créé et trouvent que les notions abordées sont toutes claires et compréhensibles.

Concernant les parties qui leur ont le plus appris de choses, le MG1 répond « *le BDK, la fiche de synthèse, la mission du kiné en ETP, le nombre de prescription avec le logigramme* ». Le MG3 trouve que le livret a « *amélioré et simplifié la prescription* » et qu'il lui a appris à « *laisser plus de choix au MK quant à ses techniques* ». Elle fait remarquer que « *Malheureusement parfois on a des patients qui traîne avec de la kiné dont on comprend mal l'intérêt, du coup il faut quand même mettre les points sur les i* ». Enfin, le MG4 a « *appris que le MK pouvait faire une fiche de synthèse* », que « *les médecins étaient censés faire une lettre d'accompagnement* », et elle précise qu'elle « *note toujours les informations de la lettre sur l'ordonnance* » et qu'elle « *ignorait que le secret médical était opposable sur les ordonnances pour le kiné* ».

Le MG3 et le MG4 n'ont pas spécialement relevé les parties qui leur ont le moins servi. Le MG1, quant à elle, répond « *les techniques* ».

En ce qui concerne les points forts du support, le MG3 le qualifie d' « *assez exhaustif vu son niveau de connaissance en la matière* » et « *plus agréable à lire que les tableaux de la CPAM* ». « *Les conditions de prescription et les conseils en cas de prescriptions multiples* » ont été utiles au MG4.

Concernant ses points faibles, la MG1 le juge « *un peu trop exhaustif par contre pour s'en servir au quotidien* ». Le MG3 ne lui a pas trouvé « *de points faibles évidents* ». Le MG4 répond que « *le listing des indications de la kinésithérapie ne lui est personnellement pas très utile en tant que tel.* »

Le MG1 aurait souhaité trouver dans le guide les « *moyens de communication MK-médecin (courrier, mail, système informatique, réunion ... comment travailler en pluri pro, qu'est-ce que chacun peut apporter à l'autre pour améliorer la prise en charge du patient* » et « *montrer comment les MK et les médecins peuvent travailler en équipe* ». Le MG3 trouve qu'il n'y a pas d'information manquante. Le MG4 aurait « *été intéressée par plus de détails sur les techniques utilisées, dans quel cas etc, mais cela aurait été un manuel de kinésithérapie et non un "petit guide"* ».

En dehors de leurs réponses aux questions ouvertes, les médecins nous ont fait quelques remarques. Le MG1 a jugé que c'était un « *bon travail de présentation du corps de métier* » et qu'il permettait un « *partage de compétences* » à laquelle elle était attachée dans sa maison de santé pluridisciplinaire. Le MG3 s'exclame « *quel boulot !* » mais fait remarquer qu'elle n'a « *pas eu l'occasion d'utiliser le guide plus concrètement mais qu'il est imprimé* ».

4. DISCUSSION

La littérature démontre un manque de connaissances des médecins généralistes concernant la masso-kinésithérapie qui donne lieu à des problématiques de prescriptions et donc de prise en charge des patients. En effet, ils disposent de peu de formations dans le domaine et il n'existe que peu d'outils d'informations.

Suite à ces constatations et dans le but d'y pallier, nous avons comme objectif de concevoir un support d'informations sur la masso-kinésithérapie destiné au MG.

Afin de répondre au plus juste à leurs besoins et compléter les données bibliographiques, il nous était nécessaire d'échanger directement avec cette population. Pour cela, nous avons réalisé des entretiens téléphoniques avec quatre MG du Grand-Est. Cette méthode qualitative nous a permis de déterminer l'intérêt, la forme et le contenu qu'ils désiraient pour ce support. Trois d'entre eux trouvaient un net intérêt à l'élaboration d'un tel outil. En accord avec les études existantes, la majorité des MG nous faisait part d'interrogations et de questionnements vis-à-vis de la kinésithérapie.

Une fois cet état des lieux établi, nous avons conçu un support sous la forme d'un fichier PDF de 33 pages qu'il est possible d'imprimer ou de consulter numériquement. Pour déterminer son contenu, nous avons croisé les données de la littérature et les résultats de nos entretiens.

Enfin, cet outil a été envoyé par mail aux quatre MG de l'étude afin de recueillir leurs avis mais seuls trois ont répondu. Ces retours étaient plutôt positifs, tous étaient satisfaits du support créé. Certaines parties comme le BDK et la prescription ont été jugées plus utiles que d'autres (techniques et indications de la masso-kinésithérapie).

Bien que nous ayons été le plus rigoureux possible dans notre recherche, certains résultats sont discutables.

4.1. Intérêts et limites

4.1.1. La littérature

Pour commencer nous pouvons souligner que la littérature sur laquelle nous sommes basés pour notre projet et la création du support n'est pas très reconnue. En effet, il s'agit essentiellement de thèses de fin d'études et de rapport d'étude, ayant une approche qualitative ou quantitative, qui n'ont donc pas un haut niveau de preuve scientifique. De plus, cette bibliographie est un peu âgée puisque les enquêtes les plus utilisées dans notre travail datent de 2013. Grâce à des enquêtes à plus grande échelle et/ou plus récentes, nous aurions peut-être vu une évolution des problématiques relevées, quoi qu'un phénomène social mette des décennies à changer.

Peut-être aurions-nous trouvé davantage de documentation traitant de ce sujet en modifiant notre méthode de recherche grâce au développement et à l'utilisation d'une équation de recherche.

Avant de débiter notre enquête, nous voulions connaître plus précisément quels étaient les enseignements de kinésithérapie faits aux MG lors de leur formation initiale. En effet, hormis la thèse de Siebret, nous avons trouvé peu d'éléments à ce sujet (13). Nous avons envoyé un mail aux responsables du troisième cycle des MG de la faculté de médecine de Nancy pour leur demander de bien vouloir nous communiquer le programme concernant cette discipline (intitulés et nombre d'heures). Malheureusement ce mail n'a jamais reçu de réponse.

4.1.2. Enquête qualitative

Dans un souci d'efficacité, nous avons décidé de contacter un large panel de MG en diffusant notre message de recrutement par l'URPSMLGE. Nous avons initialement prévu de diffuser ce mail auprès des MG de Meurthe-et-Moselle, ce qui représentait environ 635 personnes (37). Il semble qu'il y ait eu une erreur de la part de l'URPS lors de notre demande puisque tous les MG de la région Grand-Est, soit 4 591 professionnels, l'ont finalement reçu (37). Malheureusement seuls cinq MG nous ont répondu dont quatre ont participé aux entretiens téléphoniques, ce qui représente la plus grosse limite de notre étude.

Cette "erreur" de l'URPS s'est finalement révélée être nécessaire car parmi les MG interviewés, un seul était de Meurthe-et-Moselle et aurait intégré notre recherche.

Nous avons été surpris du faible taux de réponses. Hélas, six relances ont été nécessaires auprès de l'URPS pour diffuser notre message après notre première demande. Un mois s'est alors écoulé et nous n'avions plus le temps d'utiliser une autre méthode pour recruter la population.

Nous avons cependant pensé à d'autres moyens de recrutement mais qui représentaient plus de biais. Nous les aurions alors utilisés en second temps pour élargir notre population si nécessaire. En effet, nous aurions pu contacter des MG que nous connaissons (médecin de famille, connaissances personnelles ou professionnelles) mais nous aurions perdu le caractère neutre de l'étude. Il nous était également possible de diffuser notre message via les réseaux sociaux, en intégrant un groupe de médecins généralistes, cependant cette méthode n'est pas officielle et ne certifie pas les qualifications de ces membres. Enfin, nous pouvions aussi téléphoner à des cabinets médicaux sélectionnés aléatoirement dans l'annuaire. Ce moyen évitait de nombreux biais mais était bien plus chronophage.

Face au faible nombre de réponses, nous pouvons nous interroger sur l'intérêt que portent les médecins généralistes à cette problématique et à notre projet de support d'informations. En effet, quatre participants parmi plus de 4500 personnes qui ont reçu le mail, c'est une part infime.

Plusieurs éléments expliquent, en partie, le faible taux de réponse des médecins. Pour commencer, les professionnels ne consultent pas forcément tous les mails de l'URPS et n'ont alors peut-être pas tous vu notre demande. De plus, en passant par cet intermédiaire, notre message était regroupé avec d'autres informations. Notre demande se situait également à la fin de l'e-mail, précédé par trois autres sollicitations pour répondre à des questionnaires dans le cadre de thèses de fin d'études. Cela a probablement diminué notre visibilité. Ensuite, puisque nous n'étions pas l'expéditeur direct du mail, nous avons intégré nos coordonnées au mail et c'était alors aux médecins de faire la démarche de nous contacter s'ils souhaitaient participer aux entretiens. Il aurait été plus simple pour eux de n'avoir qu'à répondre directement au mail de diffusion. Cela aurait peut-être augmenté le

nombre de réponses. Enfin, la réalisation de ces entretiens demandait du temps, ce qui a pu rebuter certains d'entre eux, au vu de leur emploi du temps naturellement chargé. De plus, nous étions en période de crise sanitaire liée à la Covid-19, proche du deuxième confinement lors de la diffusion du mail par l'URPS et proche du troisième confinement lors de la demande de retour. Cette pandémie, rajoutant du travail et des préoccupations aux médecins, n'a pas joué en notre faveur pour retenir leur attention.

En choisissant de passer par l'URPS pour recruter notre panel d'étude, nous avons malgré nous fait un biais de sélection. En effet, l'URPSMLGE ne concerne que des médecins libéraux, ainsi nous n'avons pas eu le point de vue de professionnels salariés dans notre enquête.

De plus, l'ensemble des médecins participant était volontaire. Cela biaise également nos résultats, notamment lorsque nous les avons interrogés sur l'intérêt qu'ils portaient à l'élaboration du support.

En ce qui concerne l'échantillon ayant participé à l'étude, on peut remarquer qu'il n'est pas représentatif de la population nationale des MG en France car ce panel n'est constitué que de médecins libéraux de sexe féminin. En effet, en 2018, 46,5% des MG en France sont des femmes et 66,4% ont un mode d'exercice libéral ou mixte (88).

Malheureusement, ce taux trop faible de participation aux entretiens ne nous a pas permis d'atteindre une saturation des réponses.

Par exemple, nous avons demandé aux médecins s'ils exerçaient en cabinet médical ou en structure pluridisciplinaire. Le but était de voir si leur mode d'exercice avait une influence sur leurs connaissances et l'intérêt qu'ils portent à la masso-kinésithérapie. Le questionnement était le suivant : les médecins travaillant en collaboration avec d'autres professionnels ont-ils une meilleure connaissance et une demande d'informations moindre que les autres ? Ou inversement, se sentent ils plus concernés par la problématique du fait de leur collaboration pluridisciplinaire ? Les quatre entretiens réalisés ne nous ont pas permis d'exploiter ces données et d'en tirer des conclusions.

En ce qui concerne les entretiens, afin de laisser le plus de liberté d'expression à nos interlocuteurs, nous avons opté pour un entretien semi-directif. Rapidement, nous avons réalisé que cette forme de dialogue, quand elle n'est pas maîtrisée, peut facilement échapper à l'initiateur. Ainsi, lors de la retranscription des enregistrements audio, nous avons constaté que nous ne laissons pas toujours suffisamment de temps à notre interlocuteur pour chercher leurs réponses. En effet, face à leurs hésitations, nous leur faisons trop rapidement des suggestions et avons peut-être ainsi court-circuité d'éventuelles idées qu'ils auraient pu nous donner. Il était également difficile de rester neutre et de ne pas renchérir sur leurs propos tout en s'adaptant à chaque personnalité interviewée. Enfin, il était compliqué de garder le fil conducteur lorsque la personne interrogée s'écartait ou débordait du sujet initial. De ce fait, chacun parlant de sa propre expérience et de ses difficultés au quotidien, nous avons obtenu autant de réponses et suggestions que d'interlocuteurs, autant de données difficiles à exploiter. Souvent, les MG restaient vagues dans leurs réponses, soulevant des questionnements et des problématiques plus que des éléments concrets à intégrer au support. Il a donc été compliqué lors de la construction du support de synthétiser et de répondre aux attentes de chacun. Par conséquent, il aurait été judicieux de tester notre guide d'entretien au préalable auprès d'un MG afin d'en corriger les faiblesses. Ce pré-test aurait permis, par la même occasion, à l'investigateur de s'entraîner à cette forme d'exercice pour mieux la maîtriser.

Nous avons choisi de réaliser nos entretiens par téléphone pour des raisons de praticité. Or, en l'absence de visuel, nous n'avons pas pu exploiter les éléments que peuvent apporter la communication non verbale (36). Un appel en visioconférence aurait pu combler partiellement ce manque mais était plus contraignant pour les deux parties.

Enfin, lors de l'étude il n'y avait qu'un investigateur, c'est la même personne qui a réalisé les entretiens, puis analysé et discuté les résultats. Nous pouvons nous demander si l'intervention d'une tierce personne aurait eu une incidence sur les résultats et leur interprétation.

4.1.3. Elaboration du support

La construction de notre support d'informations repose principalement sur des données bibliographiques et sur l'exploitation de nos entretiens avec les médecins. Comme nous l'avons déjà remarqué, nous nous sommes appuyés essentiellement sur les thèses de Debarge et Dellandrea, ce qui peut sembler réducteur en termes de quantité et de qualité de documentation, d'autant qu'elles ont déjà huit ans (15,16). Cependant, ce sont les seules enquêtes trouvées qui interrogent les MG sur ce qu'ils souhaitent connaître de la masso-kinésithérapie. Quant à nos entretiens, ils n'étaient pas assez nombreux pour atteindre la saturation. De ce fait, nous avons obtenu une trop grande hétérogénéité des réponses concernant le contenu qu'il a été difficile d'exploiter ensuite.

Ainsi, toute la difficulté était de concevoir un outil suffisamment généraliste tout en répondant aux problématiques et attentes de chacun. Il serait possible de discuter l'intégralité du support, que ce soit sa forme ou les informations qu'il contient. Nous avons tenté de justifier le plus précisément possible nos choix dans la partie 3.2. dédiée à l'élaboration du support, nous ne reviendrons pas sur l'ensemble du guide ici.

Concernant la prescription, c'était un parti pris de notre part de conseiller aux MG d'indiquer "bilan et traitement masso-kinésithérapique si nécessaire" sur leurs ordonnances et de préciser les choses sur un courrier accompagnateur. Cette méthode, en plus de s'adapter à chaque situation clinique, nous semble faciliter les choses à la fois pour le prescripteur et pour le MK. Cependant tout le monde n'adhère pas à cette manière de faire. Nous aurions pu également conseiller des libellés "type" par champs disciplinaire mais cette approche ne permet pas de répondre à toutes les situations cliniques.

Avec le recul, nous aurions pu insister sur l'importance de prescrire la masso-kinésithérapie sans délai. En effet, sous prétexte d'une immobilisation, d'une douleur importante, d'un œdème par exemple, il n'est pas rare de voir des patients commencer leur rééducation plus tardivement que nécessaire, au risque de voir des déficiences s'installer.

Concernant les indications de la masso-kinésithérapie, nous avons choisi de classer les pathologies où le MK peut intervenir par champ disciplinaire. Nous aurions pu aborder ce chapitre sous un autre angle et lister les déficiences prises en charge par les MK. Cela aurait permis de réduire la partie et aurait peut-être été plus parlant aux lecteurs.

Notre livret fait 33 pages au total, même s'il n'y a en réalité que 22 pages d'informations, on peut se demander s'il n'est pas trop long pour une utilisation quotidienne. Cependant, nous avons souhaité répondre à toutes les attentes formulées et toutes les informations ont été justifiées pour une bonne compréhension et donc une bonne application. Peut-être pourrions-nous compléter notre travail avec une fiche qui synthétise les points essentiels.

Enfin, la forme du support, telle qu'elle est choisie, ne permet pas de l'actualiser facilement au gré de l'évolution de la profession et de la législation puisqu'il nécessite d'être rediffusé voire réimprimé à chaque changement.

Aux cours de nos recherches, nous avons trouvé peu d'outils comparables à notre guide.

Nous pouvons citer un document en ligne intitulé « *comment prescrire ... la kinésithérapie en médecine générale* », créé par le bureau national de ReAGJIR (regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants) (89). Ce dernier, mis en ligne en juin 2015, est difficilement comparable à notre travail car bien moins exhaustif et ne comprenant que six pages. Ce même organisme propose également un autre document de 132 pages, plus récent (2019) mais payant (15 euros), appelé « *Guide pluriprofessionnel de ReAGJIR !* » (90). Il aborde l'ensemble des professionnels de santé dans un but d'améliorer le travail en collaboration. Nous avons contacté, aux prémices de notre enquête, cette intersyndicale au sujet de ces deux guides afin d'avoir plus d'informations (auteurs, méthode de conception, ...) mais ce mail est resté sans réponse.

Il existe également le « *livret de prescription de masso-kinésithérapie* » édité par la FNEK (Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie) qui est paru début 2021 alors que nous concevions notre document (91). Ces 25 pages, après avoir présenté le métier de MK et la NGAP, sont principalement dédiées à la prescription. Ils ont fait le choix de faire un

rappel des recommandations de la HAS et de conseiller la “bonne prescription” à réaliser selon les champs disciplinaires ou les pathologies en s’appuyant sur des exemples.

Les MG interrogés lors des entretiens nous ont signalés recevoir des documents d’informations de la CPAM mais n’ayant pas eu accès à ces derniers nous ne pouvons pas développer davantage ce point.

4.1.4. Retours des médecins généralistes concernant le support créé

Cette ultime étape de notre enquête comporte les mêmes biais et limites que pour les entretiens téléphoniques puisqu’elle concerne la même population.

Les retours ont été globalement positifs et encourageants même si tous n’ont pas retrouvé à 100% les informations qu’ils attendaient. En effet, nous observons un certain écho entre leurs demandes initiales et leurs mails de retour.

Là encore, seuls trois MG nous ont répondu sur les quatre alors qu’ils étaient pourtant volontaires. On peut tenter d’expliquer ce manque de réponse par la longueur du support en lui-même couplé au peu de temps laissé pour en faire la lecture. En effet, ils nous ont fait un retour instantané, peut être que nous ne leur avons pas laissé assez de recul pour juger de son utilité en pratique.

Ces résultats sont donc à prendre avec relativité car ils sont en quantité insuffisante. Les avis restant globaux, ils ne nous ont pas permis d’apprécier et juger plus précisément notre travail afin d’en faire les réajustements nécessaires.

4.1.5. Conclusion

Quelles que soient les limites de notre étude, nous avons toutefois réussi à créer notre support, certes perfectible, mais répondant ainsi à notre question de recherche, notre objectif principal et à la problématique soulevée. Nous sommes relativement frustrés du nombre de réponses des MG au vu de la quantité de travail engagé. Malgré tout, nous sommes satisfaits des entretiens et des échanges réalisés qui nous ont confortés dans le bien fondé de notre démarche.

4.2. Perspectives

Tout au long de cette discussion, nous avons mis en évidence des éléments de notre travail susceptibles d'être corrigés et améliorés afin d'aboutir à un support plus performant et efficace.

Concernant la forme du support, nous avons été assez surpris des réponses des médecins lors des entretiens qui sont restés simples en demandant un document. Grâce aux technologies actuelles, nous pourrions créer un support actualisable. Il suivrait l'évolution de la profession de MK et de la législation et pourrait s'adapter à chaque région (les réseaux en masso-kinésithérapie surtout). En effet, sous la forme d'une application ou d'un site internet, il serait également accessible sur différents supports et plus facile à consulter grâce à un système de navigation adapté. De la sorte, nous pourrions l'enrichir de liens et de vidéos montrant les techniques utilisées par le MK. Bien entendu, un tel projet demande de faire appel à des compétences en la matière et nécessite plus de temps pour le réaliser.

De plus, les médecins de notre étude n'ont eu peu de temps pour prendre connaissance du support. Leurs retours restaient assez globaux et ne nous permettaient pas de savoir précisément comment le corriger et l'améliorer. Il serait intéressant de diffuser le livret conçu à une plus large population de MG puis de leur demander un retour à distance (six mois voire un an) pour obtenir leurs avis après une utilisation plus concrète. Le retour pourrait être apprécié de façon plus précise, peut-être sous la forme d'un questionnaire, associant questions ouvertes et fermées, les interrogeant sur la forme et le contenu de chaque partie du livret.

Enfin, cette même démarche pourrait être réalisée auprès de médecins spécialistes. Il existerait ainsi autant de supports que de spécialités, ce qui permettrait d'être plus pointu en développant davantage le domaine ciblé.

5. CONCLUSION

Au travers de leurs histoires respectives, on constate que les professions de médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute sont étroitement liées. Même si les récentes évolutions de la législation tendent à un libre accès à la kinésithérapie, la prescription médicale en conditionne encore la prise en charge. Cette dernière n'est cependant pas sans poser de difficultés aux deux professionnels de santé. En raison d'une formation initiale succincte sur ce sujet et faute de formations continues, on constate un manque de connaissances des MG concernant la masso-kinésithérapie.

Les entretiens réalisés lors de notre étude confirment les besoins des MG d'en apprendre plus de ce métier, soulevant diverses interrogations et problèmes rencontrés. Le support d'informations élaboré suite à ces échanges répond au mieux à la problématique mise en évidence. Bien qu'il puisse encore être amélioré, il remplit sa fonction principale qui est d'aider le MG à établir une prescription éclairée, permettant ainsi une prise en charge kinésithérapique optimale.

L'outil élaboré, comme l'ensemble de notre démarche, a pour unique but de servir la profession, ainsi il permet d'améliorer les pratiques professionnelles et le travail interdisciplinaire.

Après corrections et améliorations, il serait pertinent de faire valider ce guide auprès des autorités compétentes. Ainsi, en plus d'être un outil de travail proposé aux MG, le support élaboré pourrait également être un outil d'enseignement. Il pourrait servir de support de cours lors des formations initiales ou continues, ou venir en complément. Pour une portée plus ambitieuse, il pourrait également être diffusé à échelle nationale, permettant à l'ensemble des intervenants de mieux travailler, ensemble, vers une meilleure prise en charge.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Remondiere R. L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946). Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques. Archives. 12 avr 1994 [cité 12 mars 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ccrh/2753>
2. Macron A. La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30 avril 1946 : génèse et évolutions d'une profession de santé réglementée. 2015. 701p. Doctorat en droit, spécialité Droit privé : école doctorale de Droit et Science politique et de l'unité de recherche, Université de Montpellier.
3. Ministère des solidarités et de la santé. Pacte de refondation des urgences [Internet]. 2019 [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
4. Avec les premiers protocoles de coopération, l'accès direct au kinésithérapeute bientôt possible [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020 [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/avec-les-premiers-protocoles-de-cooperation-laces-direct-au-kinesitherapeute-bientot-possible/>
5. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». Journal officiel n°0058 du 8 mars 2020, texte n°17 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697989/>
6. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». Journal officiel n°0058 du 8 mars 2020, texte n°13 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697945/>
7. Article L4321-1. Code de la santé publique. Partie législative. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930031
8. Maignien F. Evolution de l'exercice de la masso-kinésithérapie - Evolutions professionnelles et juridiques de l'exercice de la masso-kinésithérapie adaptées aux besoins de la population et aux coopérations entre professionnels de santé. Rapport du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2012 sept.
9. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins. Journal officiel n°53 du 3 mars 2000, texte n°11 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000581393/>

10. MINISTERE 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. Journal officiel n°236 du 9 octobre 1996. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006700318/2000-06-29/>
11. Bonnal C, Matharan J, Micheau J. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux. Rapport d'étude. Déc 2009. Plein Sens. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. DREES – MA0800578;
12. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Données de cadrage : démographie et activité des professionnels de santé. Activité des professions de santé libérales. Les prescriptions. [Internet]. 2013 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/Prescriptions.htm>
13. Siebret P. Etude de dysfonctionnements interprofessionnels entre médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux : pharmacien, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers. 2017. 117 p. Doctorat en médecine : faculté de médecine de Nancy, université de Lorraine.
14. Dubard V. Prescription de soins kinésithérapiques : les généralistes à la pointe. *Kinesither Rev.* 2012;12(128-129):3-4.
15. Dellandrea A. Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes : enquête quantitative auprès de professionnels lorrains. 2013. 152 p. Doctorat en médecine : faculté de médecine de Nancy, université de Lorraine.
16. Debarge A. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion: enquête auprès de 79 médecins généralistes. 2013. 167p. Doctorat en médecine : UFR des sciences médicales, université de Brodeaux 2 - Victor Segalen.
17. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Loi n°46-857 du 30 avril 1946 ation de l'exercice des professions de masseur gymnaste médical, de masseur kinésithérapeute de pédicure. Journal officiel n° 102 du 1er mai 1946, p 3653 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000315340>
18. Articles L4321-1 à L4321-22. Code de la santé publique. Partie législative. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171311?etatTexte=VIGUEUR&etatTexte=VIGUEUR_DIFF#LEGISCTA000006171311
19. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. Arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins. Journal officiel n°0026 du 1er février

1962, p 1111. [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000802880/2020-10-03/>

20. SNMKR. La profession. La convention nationale des MK. [Internet]. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.snmkr.fr/la-convention-nationale>
21. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Journal officiel n°0210 du 30 août 1985, p10032 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=GeVvbENeZg5tSOnOgnx6>
22. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1). Titre VI : dispositions diverses. Article 108. Journal officiel n°185 du 11 août 2004, texte n°4. [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001651155#:~:text=%C2%AB%20Art.,service%20de%20sant%C3%A9%20des%20arm%C3%A9es.
23. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire. Journal officiel n° 0011 du 13 janvier 2006, texte n°33 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000635168>
24. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. Journal officiel n°0074 du 28 mars 2013. [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027231825?init=true&page=1&query=une+profession+m%C3%A9dicale+autonome+%C3%A0+comp%C3%A9tences+d%C3%A9finies+et+r%C3%A9glement%C3%A9es.&searchField=ALL&tab_selection=all
25. Postiaux G. La Cochrane Review : ce qu'elle a dit, n'a pas dit, dira/ne dira pas à propos de la kinésithérapie respiratoire dans (?) la bronchiolite virale aiguë du nourrisson. *Kinesither Rev.* 2013;13(140-141):52-5.
26. Vigreux L. La prescription de la masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de la Somme. Enquête auprès de 94 masseurs-kinésithérapeutes de la Somme. 2016. 49 p. Doctorat en médecine, spécialité médecine générale : faculté de médecine de d'Amiens, université de Picardie Jules Verne.
27. Tatin M. Collaboration entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes : élaboration d'un outil de communication. 2017. 90 p. Doctorat en médecine : Faculté de Médecine Paris Descartes.
28. La commission paritaire régionale des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes. Guide pratique de la NGAP en masso-kinésithérapie [Internet]. 2020 [cité 20 févr 2021]. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/sites/default/files/guide_pratique_de_la_ngap_en_masso-kinesitherapie_assurancemaladieaura-aout_2020_cpam-ain_0.pdf
29. Delauney E. Kinés et médecins généralistes : peut mieux faire ? Une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire. *Medecine.* juin 2010;6(6):277-81.

30. Le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) au service de la pratique du masseur-kinésithérapeute. [Internet]. 2020 [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/bilan-diagnostic-kinesitherapique#:~:text=La%20r%C3%A9alisation%20d'un%20BDK,lui%20paraissent%20les%20plus%20appropri%C3%A9s.>
31. Prat T. Intérêt du diagnostic kinésithérapique relatif à l'autonomie vis à vis de la prescription médicale. 2020. 36 p. Diplôme universitaire : expertise judiciaire, d'assurance et d'évaluation du préjudice corporel. Faculté Libre de Droit : Institut Catholique de Toulouse.
32. Paz-Lourido B, Kuisma RME. General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: A discourse analysis. *Journal of Interprofessional Care*. 2013;27(3):254-60.
33. Articles L4130-1 et L4130-2. Code de la santé publique. Partie Législative. Quatrième partie : professions de santé. Livre Ier : professions médicales. Titre III : profession de médecins. Chapitre préliminaire : Médecin généraliste de premier recours et médecins spécialistes de premier ou deuxième recours. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020885668?etatTexte=VIGUEUR&etatTexte=VIGUEUR_DIFF#LEGISCTA000031928420
34. Tambour Modaine E. Connaissance et utilisation des fiches de synthèse kinésithérapiques par les médecins généralistes. Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes ardennais. 2015. 96 p. Doctorat en médecine : faculté de médecine, université de Reims.
35. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 2001;32(2):117-21.
36. Demoncey A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinesither Rev*. 2016;16(180):32-7.
37. Données statistiques sur la démographie des professionnels de santé (PS) libéraux. Effectifs et densité des professionnels de santé en 2018. [Internet]. 2020 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/effectifs-et-densite.php>
38. Baribeau C, Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*. 2012;38(1):23-45.
39. Recherches impliquant la personne humaine [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/>
40. Recherche médicale : quel est le cadre légal ? [Internet]. 2018 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-quel-est-le-cadre-legal>

41. BUATOIS Séverine. 3e prix du concours photos aux JFK de 2011. [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: https://www.wmaker.net/sfphysio/photos/Concours-photos-JFK2011_ga68518.html
42. Monet J. Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle : une spécialité médicale impossible : Génèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914. 2003. 176p. Doctorat en sociologie : Université de Paris I, Panthéon Sorbonne.
43. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Journal officiel n°0204 du 4 septembre 2015, texte n°17 [Internet]. Disponible sur: <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/BO.pdf>
44. Viel E. Bien rédiger le bilan-diagnostic-kinésithérapique. Issy-Les-Moulineaux Cedex : Masson; 2006. 200 p. ISBN : 2-294-05114-9.
45. Dufour M, Tixa S, Santiago Del Valle A. Démarche clinique et diagnostic en kinésithérapie. Issy-les-Moulineaux cedex: Elsevier Masson; 2018. 367p. ISBN : 978-2-294-76239-0.
46. Béthoux F, Calmels P. Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation. 2ème édition. Paris: Editions Frison-Roche; 2012. 403 p. ISBN : 978-2-87671-550-9.
47. Kenyon K, Kenyon J. Mémo-guide de rééducation : l'essentiel au bout des doigts. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux cedex : Elsevier Masson; 2018. 367 p. ISBN : 978-0-7020-5506-5.
48. Xhardez Y, Wardavoir H. Vade-mecum de kinésithérapie et rééducation fonctionnelle: techniques, pathologie et indications de traitement pour le praticien. 7ème édition. Paris: Maloine; 2015. 1304 p. ISBN : 978-2-224-03373-6.
49. Article R4321-2. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020953322/#:~:text=Dans%20l'exercice%20de%20son,les%20%C3%A2ges%20de%20la%20vie.
50. Dufour M, Gedda M. Dictionnaire de kinésithérapie et réadaptation. Paris : Maloine; 2007. 582 p. ISBN : 978-2-224-02866-4.
51. Ennuyer B. Définir le handicap : une question sociale et politique ? Ethics, Medicine and Public Health. juill 2015;1(3):306-11.
52. Fiche de synthèse du bilan-diagnostic-kinésithérapique [Internet]. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/fiche_type_BDK.pdf

53. Matharan J, Micheau J, Rigal E. Le métier de masseur-kinésithérapeute. Rapport d'étude. Paris: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Pleins sens; 2009 sept.
54. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Le référentiel de la profession [Internet]. 2013 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/ordre/le-referentiel-du-masseur-kinesitherapeute-et-du-masseur-kinesitherapeute-osteopathe/>
55. Article R4321-1. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre 1er : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913983/#:~:text=La%20masso%2Dkin%C3%A9sith%C3%A9rapie%20consiste%20en,r%C3%A9tablir%20ou%20d'y%20suppl%C3%A9er.
56. Article R4321-5. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre 1er : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913987/2010-09-22
57. HAS. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. [Internet]. 2007 [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
58. HAS. Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? [Internet]. 2007 [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
59. URPS médecins libéraux Hauts-de-France, URPS masseurs kinésithérapeutes Hauts-de-France. La prescription en kinésithérapie : afin d'éviter les conflits d'interprétation [Internet]. 2019 [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.urps-mk-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/09/la-prescription-%C3%A9viter-les-conflits-dinterpr%C3%A9tation.pdf>
60. Article R4321-3. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre 1er : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913985
61. Article R161-45. Code de la sécurité sociale. Partie réglementaire. Livre 1 : généralités - dispositions communes à tout ou partie des régimes de base. Titre 6 : dispositions relatives aux prestations et aux soins - contrôle médical - tutelle aux prestations sociales. Chapitre 1er : dispositions relatives aux prestations. Section 4 : systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé. [Internet]. Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041579452/#:~:text=%2Dle%20num%C3%A9ro%20d%20immatriculation%20au,de%20naissance%20de%20ce%20dernier.

62. Khalil C. La prescription en kinésithérapie [Internet]. 2019 [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: <https://kobusapp.com/blog/prescription-kinesitherapie/>
63. Demande d'accord préalable [Internet]. 2020 [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/prescription-prise-charge/accord-prealable/accord-prealable>
64. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNICAM du 11 mars 2005. Version du 15 janvier 2021. [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/717399/document/ngap-assurance-maladie-04022021.pdf>
65. Duval-Arnould D. La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés à la lumière de la loi du 4 mars 2002 [Internet]. [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2002_140/deuxieme_partie_tudes_documents_143/tudes_theme_responsabilite_145/professionnels_sante_6115.html#:~:text=Les%20professionnels%20de%20sant%C3%A9%20sont,r%C3%A9ussite%20ne%20peut%20%C3%AAtre%20assur%C3%A9e.
66. Article R4321-7. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913989/
67. Article R5132-3. Code de santé publique. Partie réglementaire. Cinquième partie : produits de santé. Livre Ier : produits pharmaceutiques. Titre III : autres produits et substances pharmaceutiques réglementés. Chapitre II : substances et préparations vénééneuses. Section 1 : médicaments relevant des listes I et II et médicaments stupéfiants. Sous section I : dispositions communes [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041579588/
68. Dufour M, Colné P, Gouilly P. Massothérapie: effets, techniques et applications. 3ème édition. Paris: Maloine; 2016. 417 p. ISBN : 978-2-224-03468-9.
69. Dufour M, Colné P, Barsi S. Masso-kinésithérapie et thérapie manuelle pratiques : Tome 1 : Bases fondamentales, applications et techniques. Tête et tronc. 3ème édition. Issy-les-Moulineaux cedex: Elsevier Masson; 2020. 547 p. ISBN : 978-2-294-76256-7.
70. Dufour M, Colné P, Barsi S. Masso-kinésithérapie et thérapie manuelle pratiques : Tome 2 : Membres. 3ème édition. Issy-les-Moulineaux cedex: Elsevier Masson; 2020. 642 p. ISBN : 978-2-294-76257-4.
71. Article R4321-4. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de

puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913986

72. Crépon F. Électrothérapie et physiothérapie : applications en rééducation et réadaptation. Applications en rééducation et réadaptation. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. 263 p. ISBN : 978-2-294-70956-2.
73. Article R4321-9. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913991
74. Article R4321-8. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913990
75. Activité non conventionnée. Les fiches pratiques de la FFMKR. 2019.
76. Viel E, Pierron G. Vademecum de la prescription en kinésithérapie. Paris: Masson; 2003. 167 p. ISBN : 978-2-294-00991-4.
77. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 1er décembre 2006 modifiant l'arrêté du 9 mars 1966 fixant les tarifs d'autorité des praticiens et auxiliaires médicaux applicables en l'absence de convention pour les soins dispensés aux assurés sociaux. Journal officiel n°291 du 17 décembre 2006, texte n°42 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000275557>
78. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
79. Substituts nicotiques [Internet]. 2020 [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/delivrance-substituts-nicotiques/substituts-nicotiques>
80. Covid-19 : le point sur les mesures dérogatoires pour les masseurs-kinésithérapeutes [Internet]. 2020 [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/actualites/covid-19-le-point-sur-les-mesures-derogatoires-pour-les-masseurs-kinesitherapeutes#:~:text=Les%20masseurs%2Dkin%C3%A9sith%C3%A9rapeutes%20ont%20la,%25%20par%20l'Assurance%20Maladie.>
81. HAS. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients post-COVID-19 en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et retour à domicile [Internet]. 2020 [cité 10 févr 2021]. Disponible

sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/388_reponse_rapide_covid19__mpr_srr_mel.pdf

82. HAS. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Mesures et précautions essentielles pour le Masseur-Kinésithérapeute auprès des patients à domicile [Internet]. 2020 [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/373_reponse_rapide_covid19_mk_15-04-20_v4_vmssr.pdf
83. HAS. Réponse rapide dans le cadre du COVID-19 Prise en charge précoce de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) en réanimation, en soins continus ou en service de rééducation post-réanimation (SRPR) [Internet]. 2020 [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/rr385_mpr_rea_30042020_mel.pdf
84. HAS. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Parcours de réadaptation du patient COVID+ à la sortie de réanimation et/ou de MCO, en SSR puis à domicile [Internet]. 2020 [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-06/rr_parcours_covid_parcours_de_readaptation_du_patient_covid_-_domicile_mel.pdf
85. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Décret n° 2020-1257 du 14 octobre 2020 déclarant l'état d'urgence sanitaire. Journal officiel n°0251 du 15 octobre 2020, texte n°30 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042424377>
86. KinéGardes respiratoire Grand-Est : Association de gardes respiratoires pédiatriques des Masseurs Kinésithérapeutes du Grand-Est [Internet]. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.urpsmk.fr/introduction.html>
87. Prescri'Mouv : bougez plus pour vivre mieux. [Internet]. [cité 16 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.prescriouv-grandest.fr/>
88. INSEE. Personnels et équipements de santé [Internet]. 2019 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676711?sommaire=3696937>
89. Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR). Comment prescrire la kinésithérapie en médecine générale ? [Internet]. 2015 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/blog/2015/06/14/comment-prescrire-la-kinesitherapie-en-medecine-generale/>
90. Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR). Un tout nouveau guide pour mieux travailler ensemble ! [Internet]. 2019 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/blog/2019/11/15/un-tout-nouveau-guide-pour-mieux-travailler-ensemble/>
91. FNEK (fédération nationale des étudiants en kinésithérapie), ISNAR.IMG (inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale). Livret de prescription de masso-kinésithérapie. [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2021/02/Livret-de-prescription-VF-1.pdf>

ANNEXES

Liste des annexes :

ANNEXE I : Message à diffuser par l'URPSMLGE aux médecins généralistes

ANNEXE II : Guide d'entretien

ANNEXE III : Mail de diffusion du support et de demande de retour envoyé aux MG de l'étude

ANNEXE IV : Retranscriptions des quatre entretiens semi-directifs avec analyse par code couleur, réalisés avec les MG de l'étude

ANNEXE V : Support élaboré

ANNEXE VI : Réponses des médecins généralistes au mail de diffusion et de demande de retour et avis concernant le support élaboré

ANNEXE I : Message à diffuser par l'URPSMLGE aux médecins généralistes

Objet : Elaboration d'un support d'informations masso-kinésithérapiques

Madame, monsieur,

Je suis actuellement étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie à Nancy. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'ai pour projet d'élaborer un **support** contenant des **informations clés de la masso-kinésithérapie** afin d'aider les médecins généralistes dans leur **pratique** quotidienne en qualité de **prescripteur principal**. En plus de la bibliographie, j'aurai également besoin d'échanger avec vous pour connaître vos besoins et y répondre au mieux. Je vous propose que cela se fasse sous forme d'entretiens téléphoniques d'une dizaine de minutes environ.

Si vous êtes intéressé pour m'aider dans ma démarche et mon sujet, je vous laisse mes coordonnées afin que nous convenions d'un rendez-vous à votre convenance :

- c*****@gmail.com
- 06 ** ** ** ** : par sms ou par téléphone (n'hésitez pas à me laisser un message vocal si je ne réponds pas directement, je vous rappellerai sans faute)

Je vous remercie d'avance pour l'intérêt et le temps que vous voudrez bien m'accorder

Respectueusement

JANDIN Coline

ANNEXE II : Guide d'entretien

Etapas	Formulations
Formules de politesse + S'assurer que le MG entende bien	Allo, bonjour ! Est-ce que vous m'entendez bien ?
Remerciements	Je tiens à vous remercier d'avoir accepté cet entretien et pour le temps que vous me consacrez.
Certifier l'anonymat	Tout ce que vous me direz sera utilisé de façon anonyme, aucun nom, ni moyen de vous identifier ne paraîtra dans mon travail.
Demande d'autorisation d'enregistrer la conversation	Est-ce que vous m'autorisez à enregistrer notre conversation ? Cela me permettra d'être pleinement dans la conversation et de ne pas prendre tout en note en même temps.
Rappel du projet	Pour la forme je vais rapidement vous rappeler mon projet. Je suis étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie, mon projet de mémoire de fin d'étude est d'élaborer un support contenant les informations clés de la kinésithérapie pour aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Pour cela, je contacte par téléphone une petite population de médecins généralistes afin d'échanger et connaître ses besoins pour y répondre au mieux.
Mode d'exercice	Exercez-vous au sein d'un cabinet composé exclusivement de médecins ou au sein d'une structure pluridisciplinaire ? Si structure pluridisciplinaire : Y a-t-il des MK au sein de votre cabinet ?
Intérêt de ce projet de support	Voyez-vous un intérêt à la création d'un tel support ? Alternative-reformulation : Aimeriez-vous avoir des informations supplémentaires concernant la masso-kinésithérapie ?
Forme/format du support souhaité	Sous quelle forme ou format souhaiteriez-vous que ce support soit conçu ? Alternative-reformulation : Quel format serait le plus pratique pour vous à utiliser au quotidien, peut-être le plus rapide ou le plus instinctif à consulter pour vous ?
	Si la réponse mérite précision ou si le MG ne sait pas : Préférez-vous un format plutôt papier ou numérique pour un tel support ?
	Si la réponse mérite précision ou si le MG ne sait pas : Je vais vous énumérer des propositions de support potentiel et

	vous me direz s'il y en a un ou plusieurs qui vous conviennent plus que les autres : Papier (brochure/livret/dossier, affiche/poster) VS numérique (livret/brochure, dossier PDF, diaporama, vidéo pédagogique, page internet/blog, QR code, application ordinateur/smartphone)
Contenu du support souhaité	<p><u>1^e étape</u> : questions/réponses ouvertes : Quelles informations, quel contenu voudriez-vous voir figurer sur ce support pour vous aider au mieux en tant que prescripteur ?</p> <p>Reformulations possibles si pas de réponse ou incompréhension : Qu'est-ce qui vous auriez besoins de savoir sur la MK pour vous aider au quotidien, en tant que prescripteur ?</p> <p><u>2e étape</u> : propositions de contenu : Nous avons réfléchi à des idées de contenu à mettre dans le support. Je peux vous les citer et vous me direz pour chacune d'elles si vous voyez ou non un intérêt à la mettre dans le support ? → Indications de la MK, prescription, bilan-diagnostic-kinésithérapique, évaluations/échelles/bilans du MK, champs disciplinaires, rôles/compétences du MK, techniques du MK, déroulement d'une séance "type" de kinésithérapie, cotation des actes/NGAP, droit de prescription du MK</p>
Participation au recueil d'avis post conception du support	<p>J'ai trois grandes parties dans ce mémoire : la recherche bibliographique et les entretiens téléphoniques avec vous, puis la construction du support. Enfin j'aimerais envoyer ce support pour avoir le retour de médecins généralistes afin d'évaluer ce travail et proposer des améliorations. Seriez-vous d'accord pour en faire partie ?</p> <p>Si oui et que je n'ai pas encore l'adresse mail → Puis-je avoir votre adresse mail pour vous contacter lors de cette étape du mémoire ?</p>
Question ouverte finale	<p>Auriez-vous des conseils à me donner ou des suggestions à me faire avant de finir notre entretien ? Un sujet que je n'aurais pas abordé qui vous semble important ?</p> <p>Alternatives-reformulations : Y-a-t 'il d'autres choses qui vous paraissent pertinentes pour le support que je n'ai pas abordé ?</p>
Remerciements et formules de politesses	Je vous remercie encore pour le temps que vous m'avez accordé. Bonne fin de journée. Au revoir

[ANNEXE III : Mail de diffusion du support et de demande de retour envoyé aux MG de l'étude](#)

Objet : Retour sur l'élaboration d'un support d'informations masso-kinésithérapiques

Pièce jointe : le petit guide de la masso-kinésithérapie format PDF

« Docteur,

*Je reviens vers vous concernant mon **mémoire** de fin d'étude et suite à notre **entretien téléphonique** que nous avons réalisé fin octobre. L'objectif était de réaliser un **support d'informations masso-kinésithérapiques** à destination des médecins généralistes, afin de leur apporter des connaissances supplémentaires et les aider en tant que premier prescripteur de kinésithérapie.*

*C'est chose faite, nous avons, à l'aide de personnes ressources, créé ce **livret**, que vous trouverez **ci-joint**.*

*Vous étiez volontaire pour recevoir ce travail et me faire un **retour** le concernant et je vous remercie pour votre implication. Votre avis est important et me permettra d'évaluer la pertinence de ce guide.*

Ne prenez pas peur, le nombre de pages est important mais ce livret est rapidement lu. De plus, il y a de nombreuses pages dédiées à la bibliographie.

Ce support se présente sous la forme d'un document PDF. Je vous laisse le choix de l'imprimer (nous conseillons le format A4 recto-verso et en couleur) ou de le consulter en format numérique selon vos préférences (système de renvoi mis en place).

*Je vous serais reconnaissante que vous le lisiez et me fassiez un **retour à ce mail** afin de me permettre d'évaluer mon travail.*

*Je vous mets ci-dessous quelques **questions ouvertes pour vous guider dans votre retour** :*

- *Globalement, êtes-vous satisfait de ce support d'informations ?*
- *Les notions abordées sont-elles toutes claires et compréhensibles ?*
- *Quelles sont les informations ou les parties qui vous ont le plus servi ou appris de choses et à contrario, le moins ?*
- *Quels sont les points forts et les points faibles de ce travail ?*
- *Y a-t-il des informations manquantes que vous auriez souhaité trouver ?*

Je vous remercie pour le temps que vous voudrez bien me consacrer

Respectueusement

Jandin Coline »

ANNEXE IV : Retranscriptions des quatre entretiens semi-directifs avec analyse par code couleur, réalisés avec les MG de l'étude

Les entretiens ont été analysés avec la mise en place du code couleur suivant :

- En **gras** : les différentes étapes du guide d'entretien
- En **vert** : les informations souhaitées
- En **jaune** : les informations peu ou partiellement souhaitées ou soulevant des interrogations ou problématiques
- En **rouge** : les informations non souhaitées
- En **bleu** : les autres informations

Certaines informations sont remplacées par des « *** » afin de garantir l'anonymat des participants.

Médecin généraliste n°1 – MG1 :

Formules de politesses + s'assurer que le MG entende bien + remerciements

Certifier l'anonymat

Autorisation d'enregistrer la conversation

- Investigateur : Pour la forme je vais rapidement vous **rappeler mon projet**. Je suis étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie, mon projet de mémoire de fin d'étude est d'élaborer un support contenant les informations clés de la kinésithérapie pour aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Pour cela, je contacte par téléphone une petite population de médecins généralistes afin d'échanger et connaître ses besoins pour y répondre au mieux.
Tout d'abord, **exercez-vous** au sein d'un cabinet composé exclusivement de médecins ou au sein d'une structure pluridisciplinaire ?
- MG1 : Je suis en **maison de santé** donc c'est **pluriprofessionnel**.
- Investigateur : Y a-t-il des **masseur-kinésithérapeutes au sein de votre cabinet** ?
- MG1 : **Oui oui, deux**.
- Investigateur : Voyez un **intérêt** à la création d'un tel support ?

- MG1 : Alors oui **très très très réel** puisqu'en fin de compte quand dans le cadre de la maison de santé on fait des **réunions pluri-pro** pour partager les compétences de chacun donc ce sont les kinés qui ont mi ça en place justement pour nous faire découvrir un petit peu leur métier. Et en fin de compte maintenant on le fait avec chaque profession donc on fait des échanges pour que chacun présente sa profession maintenant. Voilà, mais du coup **ça n'a pas abouti sur un support** c'est pour cela que je trouvais ça **très intéressant** ce que pour aviez envie de faire.
- Investigateur : D'accord.
Sous quelle forme ou format vous souhaiteriez que ce support soit conçu ?
- MG1 : C'est une bonne question, je vous remercie de l'avoir posée. Euh, je n'y ai pas pensé avant... euh ... je dirais quand même **peut être plus papier mais...on est de plus en plus à travailler quand même avec l'ordinateur** donc... On a encore des **collègues qui sont encore à l'ancienne avec le papier** et euh sous forme de **fiche ou.... Je ne sais pas. Je n'y ai pas pensé...**
- Investigateur : D'accord, **est ce que sous forme d'un document mais que l'on ait à la fois la forme numérique et à la fois la forme à imprimer ça serait une solution ?**
- MG1 : **Oui ça serait parfait, ça serait très très bien.** Mais par contre il faudrait qu'il y ait **un système de mots clés** que l'on **puisse retrouver très rapidement ce que l'on cherche.** C'est-à-dire qu'on est en consultation on n'a pas forcément le temps de feuilleter le livret si je puis me permettre. Donc il faudrait que l'on puisse le **feuilleter au démarrage pour en prendre conscience mais qu'on puisse après retrouver ce qui nous intéresse au moment de la consultation le plus rapidement possible.**
- Investigateur : Oui d'accord.
Quelles informations, quel contenu voudriez-vous voir figurer sur ce support pour vous aider au mieux en tant que prescripteur ?
- MG1 : Euh, alors on **s'est aperçu que l'on ne savait pas rédiger correctement une prescription kinésithérapique**, on ne sait pas également, enfin c'est-à-dire qu'on a **appris qu'on n'avait pas besoins de mettre de nombre de séances, que c'était déjà en quelque sorte déjà préprogrammé par les caisses en fin de compte.** Alors ça c'est des **petits rappels** aussi. Savoir comment on libelle donc **le libellé des ordonnances, ce que vous souhaitez que nous on mette.** Parce que franchement le médecin généraliste, je trouve, n'est pas du tout, c'est mon point de vu perso, mais je trouve qu'au niveau anatomie ...etc on n'est pas très doué donc on vous demande à vous. Je sais qu'on peut faire des bilans pour que vous puissiez faire un bilan diagnostique kiné. A ce moment-là au lieu plutôt

de mettre un diagnostic, mettre ce que l'on voit pendant notre examen clinique. Ce que vous attendez dans la prescription. Ensuite sur quels thèmes aussi on peut échanger en réunion pluri-pro, qu'est-ce qui vous intéresse-vous de votre côté, qu'est-ce que l'on peut vous apporter à vous en tant que médecin généraliste. Que ce soit vraiment un échange quoi.

- Investigateur : D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous viennent en tête ?
- MG1 : Euh, c'est surtout ça, sinon je me permettrai peut-être de vous rappeler ou de vous envoyer un sms si je retrouve quelque chose.
- Investigateur : Oui d'accord. Sinon nous avons réfléchi à des **idées de contenu** à mettre dans le support. Je peux vous les **citer et vous me direz pour chacune d'elles si vous voyez ou non un intérêt à la mettre dans le support ?**
- MG1 : Oui je veux bien
- Investigateur : Parfait. Donc les **indications de la kinésithérapie ? ...**
La **prescription ? ...**
Le **bilan-diagnostic kinésithérapique ? ...**
- MG1 : Alors nous on **travaille depuis déjà un petit moment, grâce à l'échange qu'on a eu.** Donc c'est vrai que **l'on connaît un petit peu.** Mais ce qui n'est pas forcément le cas peut-être d'autres praticiens qui ne sont pas en maison de santé. Je pense que, déjà, quand vous êtes en maison de santé avec les kinésithérapeutes on a déjà une façon de travailler entre professionnels de santé à l'intérieur qui est un peu différent. Donc la **prescription oui bien-sûr** et **le reste je vous laisse juger ce qui est pertinent.**
- Investigateur : D'accord.
Les **évaluations, échelles et bilans en kinésithérapie ?**
- MG1 : ben, ça **ça va avec le bilan...**
- Investigateur : Les **champs disciplinaires** du kinésithérapeute ?
- MG1 : **Oui, ouais,** ça on l'a travaillé justement pendant la réunion. On l'a fait avec tous les professionnels de santé et c'est vrai **on s'aperçoit qu'en fin de compte on a des lacunes sur ce que vous pouvez faire.**
- Investigateur : D'accord. Les **compétences et rôles du kiné ? ...**
Les **techniques de kinésithérapie ? ...**
- MG1 : Alors le problème c'est que j'ai l'impression que sur pour tout ce qui est prescription, plus on vous laisse de liberté mieux c'est, perso. Et que **c'est bien de connaître les techniques mais à quoi ça sert puisqu'on ne va pas le mettre (sur la prescription).** Moi je vous laisse l'entière liberté, je vous fais entièrement confiance par

rapport aux patients que je vous confie, en général. Après, ce n'est pas inintéressant de savoir ce qui existe effectivement. Je pense que dans le livret cela peut être intéressant.

- Investigateur : Le déroulement d'une séance "type" de kinésithérapie ? ...

La cotation des actes avec les AMK et la NGAP ? ...

Le droit de prescription du masseur-kinésithérapeute ?

- MG1 : Alors le droit de prescription ça c'est super important. Après au niveau des cotations on n'a pas forcément besoins de savoir.

Le déroulement de la séance kiné, si je peux me permettre... c'est vraiment dépendant des cabinets et des kinés. Nous on est dans notre maison de santé, dans une ville de 5000 habitants et en fin de compte on travaille avec des professionnels de santé intra et extra murs. Donc on a un cabinet de kinésithérapie dans les murs mais on en a 3 autres en dehors. Et on travaille avec tout le monde, donc quand on fait des réunions, même des extra-muros viennent ... on a partagé tous ensemble, c'est un travail que l'on fait en commun, tous ensemble. Mais ce qui pose problème effectivement, c'est par exemple vous, vous avez sûrement appris comme mon fils c'est à dire c'est des séances en individuel en général 30 minutes etc et nous on a quand même des cabinets où vous avez 3-4 personnes pour un même kiné pendant la demi-heure. Mais on est en manque de kiné, là sur le territoire, donc je ne vais pas dire à mes collègues kinésithérapeutes que là ne va pas, chacun fait comme il veut quoi. Du moment qu'il y a la prise en charge. Vous allez voir ce n'est pas évident que ça sur le terrain. Et pis chacun ces spécialités...on a tout ce qui est kinésithérapie respiratoire...il y en a qui ne sont pas trop pour...etc Au niveau des kinés chacun à ces particularités. Je sais que mon fils est le seul à faire la rééducation vestibulaire euh... donc vous faites ça dans votre formation si j'ai bien compris. Donc il prend en charge que les VPPB uniquement par exemple. Mais tout le monde ne le fait pas, c'est pareil, par exemple la kiné vestibulaire c'est intéressant qu'on puisse savoir que ça existe, qui le fait et comment ça se passe.

- Investigateur : Je vous ai fait toutes les suggestions de contenu auxquelles nous avons pensées. Est-ce que vous avez d'autres idées qui vous viennent ?

- MG1 : mmmh...pour l'instant non... Nous on fait beaucoup d'éducation thérapeutique, pareil c'est particulier aux maisons de santé pluri-pro, et on a une problématique parce qu'on n'arrive pas à savoir dans quel cadre le kinésithérapeute peut être intéressant au niveau de l'ETP. C'est encore un peu compliqué, on a du mal à trouver, les uns et les autres sur ce territoire.

- Investigateur : D'accord donc si je peux résumer ça serait **la place le kinésithérapeute dans l'ETP ?**
- MG1 : **Oui tout à fait. Dans quelle problématique on pourrait travailler ensemble.**
- Investigateur : D'accord.
J'ai **trois grandes parties** dans ce mémoire : la recherche bibliographique et les entretiens téléphoniques avec vous, puis la construction du support. Enfin j'aimerais envoyer ce support pour avoir le **retour** de médecins généralistes afin d'évaluer ce travail et proposer des améliorations. Seriez-vous d'accord pour en faire partie ?
- MG1 : **Oui, tout à fait !** C'est pour ça que je vous appelle de toute façon. C'est vraiment dans les 2 sens, ça vous apporte quelque chose mais moi aussi ça va m'apporter, ça va nous apporter quelque chose.
- Investigateur : Je l'espère... Peut-être par mail si ça vous convient ?
- MG1 : Oui pas de problème.
- Investigateur : Je peux vous le prendre ?
- MG1 : Oui alors c'est *****@gmail.com
- Investigateur : Ok.
- MG1 : Vous êtes la bienvenue dans la maison de santé si vous voulez venir nous rencontrer un jour il n'y a pas de problème ça sera avec plaisir. Si vous voulez rencontrer soit les l'équipe des médecins généralistes donc c'est une équipe qui est en remodelage car on a les plus anciens qui sont partis. Donc nous on est 2 vieux et après voilà c'est une équipe de personne assez jeune.
- Investigateur : Oui...d'accord...parce que vous êtes une équipe de combien en tout ? Ça a l'air d'être assez conséquent...
- MG1 : Là c'est un peu compliqué parce que on était 7 au démarrage donc là on est plus que 3 titulaires actuellement. On a 2 médecins de jointes qui vont s'installer avec nous l'année prochaine. Donc on va dire qu'on est 5. Et pis ensuite on a des jeunes qui viennent nous aider parce que c'est compliqué en ce moment. Mais on va dire qu'on est une équipe de 5 à peu près.
- Investigateur : Pour finir, auriez-vous des **conseils** à me donner ou des **suggestions** à me faire avant de finir notre entretien ? Un **sujet que je n'aurais pas abordé qui vous semble important ?**
- MG1 : Pour... ??
- Investigateur : Pour le support toujours
- MG1 : Euh...

- Investigateur : Y-a-t 'il d'autres choses qui vous paraissent pertinentes pour le support que je n'ai pas abordé ?
- MG1 : Les mots clés, il ne faut pas que ce soit quelque chose de confus, il faut que ce soit très concis, très précis, il faut qu'il y ait de la couleur, on aime bien nous. Il faut que ce soit pratique. Après je peux en parler aussi si vous voulez aux collègues de la maison de santé. Mais je ne sais pas si c'est intéressant pour vous...
- Investigateur : Si elles ont d'autres demandes, peut-être. Après si elles sont dans la même optique que vous, que c'est la mêmes idées...
- MG1 : Je pense qu'on a les mêmes optiques si je peux me permettre, après je peux en parler. Vous avez également une maison de santé de *****..., nous on est à la maison de santé de *****, et vous avez 2 autres MSP à 35-40 km et on travaille à peu près de la même manière donc ça serait intéressant de savoir s'ils ont la même façon de fonctionner que nous quoi. Ah oui mais vous ne pouvez pas les contacter comme ça...
- Investigateur : Non, en fait il faudrait que j'appelle mais c'est vrai que c'est compliqué, vous êtes beaucoup occupé, on a peur de tomber au mauvais moment
- MG1 : Je sais bien, je vais voir si j'ai d'autres collègues...
- Investigateur : Après vous avez reçu le mail de l'urps hier, j'ai eu 4 retours pour l'instant donc c'est déjà bien en si peu de temps. Après je n'ai pas besoins d'en faire beaucoup non plus. Je pense qu'une fois que les informations qui reviennent seront les mêmes je me lancerai.
- MG1 : Ouais pas de soucis mais voilà nous au contraire ça nous intéresse quoi. Mais je pense par contre qu'il soit aussi possible que nos kinés aient envie de savoir ce que vous allez faire et d'avoir aussi le retour de vos collègues sur le terrain, je ne leur en ai pas encore parlé.
- Investigateur : D'accord.
- MG1 : Nous je sais que les kinés avez fait un power point pour nous présenter leur travail. Est-ce que ça vous intéresserait éventuellement que l'on vous le passe pour que vous puissiez voir ce qu'il se fait ailleurs ou pas ?
- Investigateur : A la rigueur oui je veux bien. Oui Oui
- MG1 : Je vais leurs demander. A ce moment-là si vous pouvez m'envoyer un truc sur mon mail, comme ça ça me permettra de vous le renvoyer
- Investigateur : Oui parfait, on peut faire comme ça.
- MG1 : Vous avez combien de temps pour le faire le mémoire ?

- Investigateur : Il faut le rendre début mai. Mais pour faire le support j'aimerais l'avoir fini vers février pour avoir une certaine marge.
- MG1 : Oui donc il faut se dépêcher quoi.
- Investigateur : Oui c'est ça.
- MG1 : Ok donc plus on va vite mieux c'est. Bon courage à vous.
- Investigateur : Je vous **remercie** encore pour le temps que vous m'avez accordé.
- MG1 : Bonne continuation et on se tient au courant.
- Investigateur : Merci, bonne journée, au revoir.
- MG1 : Pas de soucis, merci, au revoir.

Médecin généraliste n°2 – MG2 :

Formules de politesses + s'assurer que le MG entende bien + remerciements

Certifier l'anonymat

Autorisation d'enregistrer la conversation

- Investigateur : Pour la forme je vais rapidement vous **rappeler mon projet**. Je suis étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie, mon projet de mémoire de fin d'étude est d'élaborer un support contenant les informations clés de la kinésithérapie pour aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Pour cela, je contacte par téléphone une petite population de médecins généralistes afin d'échanger et connaître ses besoins pour y répondre au mieux.
Tout d'abord, **exercez-vous** au sein d'un cabinet composé exclusivement de médecins ou au sein d'une structure pluridisciplinaire ?
- MG2 : Dans un cabinet **uniquement médical**.
- Investigateur : D'accord. Voyez un **intérêt** à la création d'un tel support ?
- MG2 : **Oui** moi je vois que **j'écris bêtement « séance de kinésithérapie pour lombalgie point »**. **Je me dis que si j'écrivais les choses plus précisément on pourrait surement mieux travailler les uns avec les autres**.
- Investigateur : D'accord. Et sous **quelle forme ou format** souhaiteriez-vous que ce support soit conçu ?

- MG2 : Euh... quelque chose sur **internet**, sur un truc qu'on peut consulter sur internet. Nous on est toujours sur internet pour les références d'antibiotiques, tout est mis à jour sur internet donc c'est plus facile.
- Investigateur : oui, pour bien qu'on se comprenne, vous voulez de l'internet pur ou du numérique ?
- MG2 : Euh ben quelque chose **sur l'ordinateur, du numérique** oui.
- Investigateur : **Quelles informations, quel contenu** voudriez-vous voir figurer sur ce support pour vous aider au mieux en tant que prescripteur ?
- MG2 : Euh... ben qu'est-ce qu'il est possible de faire, pour quelle pathologie, à quel stade, est ce qu'il y a des choses que l'on ne prescrit jamais alors que c'est possible, s'il y a des choses que l'on prescrit alors qu'il ne faut pas. Moi par exemple dans l'algodystrophie je ne sais jamais **quand il faut prescrire des séances**. Si c'est en phase chaude, en phase froide, **je ne sais jamais**.
- Investigateur : D'accord, donc ça serait alors les **indications de la kiné** ?
- MG2 : **Exactement**. Mais **aussi aux différents stades** par exemple de la lombalgie, des stades d'une fracture où il y a déjà une phase antalgique. Après on a la phase où il y a le renforcement musculaire. Moi **j'aime bien faire la différence dans mes ordonnances pour pas que le kiné fasse que des papouilles à mes patients qui sont fainéants et qui aurait besoin de faire des abdos et du renforcement musculaire. Inversement mes petites mamies toutes fragiles si on veut leur faire du renforcement musculaire tout de suite ça ne va pas aller**.
- Investigateur : D'accord. Est-ce qu'il y a autre chose ?
- MG2 : Nan... moi **je n'ai pas besoin de savoir la fréquence des séances, le nombre de séances, ça ne m'en fiche**. Je pense que **c'est l'expertise du kiné**, ça il sait très bien le faire, moi je ne sais pas. **Je ne le note pas sur mes ordonnances, je fais confiance. Chacun son métier**.
- Investigateur : D'accord.
Nous avons réfléchi à des **idées de contenu** à mettre dans le support. Je peux vous les **citer** et vous me direz pour chacune d'elles si vous voyez ou non un **intérêt** à la mettre dans le support ?
- MG2 : Allez s'y, dites-moi.
- Investigateur : Alors les **indications** vous m'en avez déjà parlé...
La prescription de masso-kinésithérapie ?

- MG2 : Alors pour les infirmières on avait des termes ou si on écrit ça ce n'est pas pris en charge par la sécu. C'est vrai qu'il y a certains termes précis qui vous permettraient de mieux coter vos actes et de mieux vous faire payer qui soit intéressant peut être oui.
 - Investigateur : D'accord. Est-ce que vous souhaiteriez avoir des informations sur le **bilan-diagnostic-kiné, le BDK** ?
 - MG2 : Pas forcément
 - Investigateur : D'accord, les **évaluations, échelles et bilans** en kiné ?
 - MG2 : Euh ouais. Bah après nous ce qui est intéressant c'est de savoir avant, pendant, après... car des fois les patients disent "je vais chez le kiné ça ne sert à rien". Et des fois c'est vrai que ça ne sert à rien, le traitement n'est pas efficace. Mais il faut nous le dire, "ça ne sert à rien, ça n'avance pas, il faut faire autre chose quoi".
 - Investigateur : D'accord mais ça ça va surtout avec les retours les kinés, si vous en avez ou non...
 - MG2 : Exactement.
 - Investigateur : C'est effectivement une problématique, mais par le biais de mon support je ne vais pas trop pouvoir la traiter. Ça serait plutôt du côté des kinés qui faudrait intervenir.
 - MG2 : Exactement.
 - Investigateur : Avoir des informations sur les **champs disciplinaires** ça vous intéresserait ?
 - MG2 : Oui ce sont les indications.
 - Investigateur : Les **compétences et rôles** du kiné ?
 - MG2 : Ça à un intérêt introductif on va dire, une feuille, rapidement
 - Investigateur : D'accord. Les **techniques** du kiné ?
 - MG2 : Euh... en ben est-ce que pour nous ce n'est pas du chinois ?
- Non. Sauf si vous mettez un lien vers une vidéo à la rigueur.** Mais sinon si vous me dites que vous faites un truc de décoaptation de je ne sais pas quoi du bidule...franchement ça me fait de belles jambes
- Par contre moi il y a un truc que j'aimerais bien c'est savoir est ce que mes patients ils ont besoins travailler ou pas à la maison. Parce que c'est des patients qui ne foutent rien à la maison et moi j'aimerais bien qu'on leur donne un truc à faire à la maison. Parce qu'il y en a qui compte sur leurs 2 séances par semaine je sais que ça n'avancera jamais.
- Investigateur : D'accord mais ça comment vous voudriez que j'ai une action sur ça ?
 - MG2 : C'est vrai que ce n'est pas votre sujet à vous je pense.

- Investigateur : Le **problème ici serait plutôt le retour des kinés** ici.
- MG2 : Allez-y, vous étiez dans votre liste.
- Investigateur : J'avais le **déroulement d'une séance "type" en kiné ?**
- MG2 : **Non**. Déjà il n'y a **pas de séance type** et ça ne **nous importe pas**.
- Investigateur : D'accord. La **cotation des actes en kiné avec les lettres clés et la NGAP ?**
- MG2 : Vous pouvez toujours la mettre en **annexe** par nous on va s'en servir **surtout pour faire les ordonnances**. Au lieu de lombalgie on va peut-être se dire qu'on peut préciser les choses. Que nous on sait où en est le patient, ... **ça peut peut-être vous aider si on est précis**. Nous le code on s'en fichera c'est juste l'intitulé en fait.
- Investigateur : D'accord. Et enfin le **droit de prescription du kiné ?**
- MG2 : **AH OUAIS !!!** Et vous savais **qu'il y a des trucs qu'on ne savait pas !** Les podologues, les infirmiers ils ont le droit de faire des trucs on n'est même pas au courant ! Pour les kinés c'est **aussi bien de le savoir**.
- Investigateur : Voilà, ce sont tous les éléments auxquels nous avons pensé. J'ai **trois grandes parties dans ce mémoire** : la recherche bibliographique et les entretiens téléphoniques avec vous, puis la construction du support. Enfin j'aimerais envoyer ce support pour avoir le **retour** de médecins généralistes afin d'évaluer ce travail et proposer des améliorations. Seriez-vous d'accord pour en faire partie ?
- MG2 : **Oui**, très bien !
- Investigateur : Vous m'avez contacté par mail donc je l'ai déjà...
- MG2 : Oui au départ c'était par mail.
- Investigateur : Auriez-vous des **conseils** à me donner ou des **suggestions** à me faire avant de finir notre entretien ? Un sujet que je n'aurais pas abordé qui vous semble important ?
- MG2 : Euh, nan. Mais **n'y passez pas tout votre temps et votre vie**. Ce n'est **pas le plus important**.
- Investigateur : C'est ce que plusieurs personnes me disent, "ce n'est qu'un mémoire"...
- MG2 : Oui c'est pour ça, ce n'est qu'un mémoire. C'est bien de le renvoyer pour avoir un retour mais il faut que vous fassiez les choses rapidement, que vous ayez vite des retours et que vous avanciez vite pour faire autre chose quoi. Après moi mon mémoire et mon sujet de thèse je m'en servirai tout le temps, c'est quelque chose de pratique. Mais sur votre document vous ne pourriez pas nous mettre le **numéro de téléphone général pour joindre les kinés de garde le week-end**. Des **trucs comme ça** vous voyez ?

- Investigateur : Oui ça peut se trouver je n'y avais pas pensé...
- MG2 : Oui parce que le truc de la bronchiolite du samedi à 10 heure du matin c'est quand même la galère quoi. Je ne sais pas si ça existe un numéro régional ou national ou un site internet. Mais nous les généralistes on aime bien les **trucs pratiques, les trucs qui nous facilitent la vie.**
- Investigateur : Je vais me renseigner oui.
Moi j'ai toutes les informations qu'il me faut.
- MG2 : Parfait. Tant mieux.
- Investigateur : Je vous **remercie** encore pour le temps que vous m'avez accordé
- MG2 : De rien. **N'hésitez pas à me renvoyer un mail ou un sms si vous avez une question.**
- Investigateur : Oui, d'accord merci ! De toute façon je vous recontacterai pour vous renvoyer le support pour le petit retour.
- MG2 : Parfait ! Travaillez bien.
- Investigateur : Merci ! Bonne soirée à vous.
- MG2 : Au revoir et bonne soirée.

Médecin généraliste n°3 – MG3 :

Formules de politesses + s'assurer que le MG entende bien + remerciements

Certifier l'anonymat

Autorisation d'enregistrer la conversation

- Investigateur : Pour la forme je vais rapidement vous **rappeler mon projet**. Je suis étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie, mon projet de mémoire de fin d'étude est d'élaborer un support contenant les informations clés de la kinésithérapie pour aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Pour cela, je contacte par téléphone une petite population de médecins généralistes afin d'échanger et connaître ses besoins pour y répondre au mieux.
- MG3 : OK.
- Investigateur : Tout d'abord, **exercez-vous** au sein d'un cabinet composé exclusivement de médecins ou au sein d'une structure pluridisciplinaire ?

- MG3 : On est quatre médecins généralistes, il y a une sage-femme et une psychologue deux jours par semaines quoi, voilà.
- Investigateur : D'accord donc pluridisciplinaire mais pas de **masseur-kinésithérapeute** ?
- MG3 : Non.
- Investigateur : D'accord. Voyez-vous un **intérêt** à la création d'un tel support ?
- MG3 : Oui ! Parce qu'on a les supports de la sécu avec le nombre prédéfini de séances pour telle ou telle maladie, lombalgie, machins comme ça. Mais en fait dans la vraie vie ça ne se passe pas comme ça.
- Investigateur : D'accord. Sous quelle **forme ou format** souhaiteriez-vous que ce support soit conçu ?
- MG3 : Pfff, ...des **fiches mémos**...euh
- Investigateur : Préférez-vous un format plutôt **papier ou numérique** pour un tel support ?
- MG3 : Euh ça après... **peu importe**.
- Investigateur : D'accord. Et quelles **informations**, quel **contenu** voudriez-vous voir figurer sur ce support pour vous aider au mieux en tant que prescripteur ?
- MG3 : Euhh... bah pour telle et telle **indication**, ... **comme la sécu mais avec une précision sur est ce qu'il faut préciser les techniques** et...je ne sais pas moi exercice d'abaissement de la coiffe, les physiothérapies, **ce qui est pris en charge, ce qui n'est pas pris en charge**. Euh... il y a aussi euh. J'ai un copain kiné qui fait de la **fasciathérapie** et je ne sais pas si c'est **reconnu** si c'est **pris en charge**. Les **détournements avec tout ce qui acupuncture et ostéopathie** et parfois, je ne sais pas moi, c'est en plus mais est-ce que ça a un **intérêt**. Je ne sais même pas **si vous les kinés vous apprenez à travailler avec des notions d'ostéopathie ou si c'est complètement différent**. L'ostéo ça donne de bons résultats aussi. Voilà. **Est-ce que c'est complémentaire ?** Est-ce que vous pouvez suggérer **pour telle et telle indication de compléter le traitement de rééducation par telle ou telle prise en charge ? Parfois ça dure vraiment longtemps et on ne voit pas les gens bouger leurs fesses à la maison du coup donc il n'y a pas de progrès, au bout d'un an ça n'a pas changé, même plus**. Enfin voilà je ne sais pas il y en a qui vont faire de la **kiné pour le confort**, se faire masser le dos parce que ça fait du bien, comme au Thermopolis. Voilà ça **ça me soule que ce soit pris en charge par la sécu de genre de choses**. Dans nos secteurs on a plusieurs kinés, à force **je commence à comprendre que telle orientation je peux l'envoyer ce kiné là ou ce kiné-là**. Il y en a ils veulent vraiment la prescription rachis complet pour faire la séance de matelas qui fait des bulles, le matelas

massant et c'est frustrant parce que les gens qui ont un problème de posture permanent. C'est moi toujours qui leur dit tenez-vous droit mais j'ai l'impression que le kiné les fout au chaud sur le matelas. Il y a beaucoup de boulot hein je n'ai pas à dire mais les gens ne sont pas dans une posture « je vais apprendre à me tenir autrement », non le kiné va tout fait. C'est un problème ça.

C'est complètement passif !! Alors je prescris de la kiné, je ne sais pas j'ai l'impression d'en prescrire 10 fois par jour, et du coup ils sont submergés. C'est un cercle vicieux parce que si c'est quelque chose qui traîne et on se retrouve encombré par pleins de choses qui parasitent les vrais kinés de rééducation actifs qui sont plus intéressante en fait.

Après est ce que c'est du coup mal prescrit et du coup ils n'arrivent pas à dire stop ? Euh...

- Investigateur : C'est probablement un entremêlement de beaucoup de choses...
- MG3 : Les gens de toute façon si ça n'était pas remboursé autant ils se diraient peut-être « bah là je vais me bouger les fesses ». J'ai 10 séances pour le dos. Mais du coup il faut que les séances soit faites à la maison on fait ça ça et ça. Mais j'ai aussi des patients qui me disent « vous-pouvez pas me prescrire des séances de sport et tout ? », en vrai ça n'existe pas, la piscine il faut la payer, parce qu'on me l'a aussi demandé. Le kiné en piscine chez nous il y a Claude Bernard qui font la kiné en piscine du coup les gens y vont pour voir leur aquagym remboursée par la sécu. Il y a tout ça.

Quand je vois qu'il y en a qui mettent juste du chaud pis il y en a qui font des massages... J'ai un copain, c'est M**** R****, il fait des cours dans votre école et je vois ce qu'il décrivait, ce qu'il apprenait c'était vachement intéressant mais il est à mort impliqué. Il faisait des micro-vibrations à la main et tout, fin il y va quoi, pour que ça avance ! Mais ce n'est pas pareil partout.

- Investigateur : Du coup vous voudriez savoir qu'est-ce que l'on peut faire dans quel cas à peu près ?
- MG3 : Voilà en gros. A peu près quel type de rééducation, de prise en charge est indiquée. Et si ça dépasse en fait c'est que soit c'est mal fait soit le patient n'est pas compliant ou trop passif et pis pouvoir dire au kiné bah là qu'est-ce qu'on fait quoi ? A un moment donné où est le problème ?

Je vois que quand je ne marque pas, euh kiné de l'épaule pour une tendinopathie supra épineux, si je ne marque pas exercice d'abaissement de la coiffe, rééducation, bah je vois qu'ils se font de la petite chaleur, petit massage décontractant les trapèzes et ils

(les patients) n'apprennent pas à utiliser leur épaule. Souvent les gens dorment comme des patates, le bras complètement levé, qui est en souffrance. Et ce n'est même pas au boulot qu'ils se font mal, c'est qu'à la maison ils entretiennent les mauvaises postures. Et je me rends compte que les kinés ne leurs expliquent pas. Alors la rééducation jusqu'où ça va ? Et moi je ne sais pas, je suis complètement, ce n'est peut-être pas leur rôle je n'en sais rien.

- Investigateur : D'accord. Est-ce qu'il y a autre chose ?

- MG3 : Euh... c'est à peu près tout... Euh je lâche tous mes problèmes hein. (rire)

Par exemple les tens. Nous n'avons pas le droit d'en prescrire alors que c'est vachement bien. Voilà. On ne peut pas en prescrire, ce n'est même pas le médecin rééducation maintenant c'est limite que le médecin de la douleur. Donc j'avoue je passe par le kiné et je marque plus ou moins de faire des tens. Pour les gens après s'achètent la machine. Donc voilà c'est complètement un détournement mais du fait des barèmes sécu et des autorisations de prescription on doit passer par le kiné. Ça je ne sais pas trop. Dans les prises en charges, dans les lombo-sciatiques il y a des kinés qui peuvent le faire spontanément et d'autres il faut que je le marque pour qu'ils tentent l'expérience du tens pour les paresthésies tout ça.

Nan voilà. Bon qu'est-ce qu'il y a d'autre ? Kiné rééducation périnéale ou abdominale post-partum, bon ça j'avoue que l'on ne prescrit pas. C'est souvent des kiné hommes dans notre secteur, et c'est souvent les sages-femmes qui font, mais elles font le périnée mais le reste elles ne font pas. Il y a une ou 2 kinés dans notre secteur qui font tout ce qui est prolapsus et fuites urinaires et donc c'est vachement bien et là je sais où adresser mes patients. C'est pareil il y a des spécialisations. Mais je suis sûre qu'il y a des médecins qui ne savent pas que ça existe. Donc les patients se retrouvent chez le chirurgien. Si le chirurgien est correct il va réadresser à du kiné et peut être même adresser au bon kiné qui fait ça. Mais des fois elles sont opérées pour rien alors que s'il y avait un bon apprentissage de comment est-ce qu'on fait pour faire pipi, bien vider sa vessie, contracter ses abdos on ne passerait pas sur des traitements délabrants. Je vois des prescriptions de médecins ils ne se font pas chier c'est "kiné du dos" et pis ils ne vont pas chercher comment s'est fait. Qu'est-ce qu'on doit attendre de ce genre de traitement ? Il y a des patients qui d'ailleurs ne font pas de kiné parce qu'ils disent "c'est bien sur les moments mais 5 minutes plus tard ça ne marche plus" euh où est le problème ? Si c'est mal prescrit c'est peut-être mal réalisé ou pas comme on devrait l'attendre. Je ne sais pas.

- Investigateur : D'accord. Nous avons réfléchi à des **idées de contenu** à mettre dans le support. Je peux vous les **citer** et vous me direz pour chacune d'elles si vous voyez ou non un **intérêt** à la mettre dans le support ?
- MG3 : Oui oui, allez-y.
- Investigateur : J'avais noté les **indications de la kiné**, vous m'en avez parlé.
- MG3 : **oui !**
- Investigateur : La **prescription** ?
- MG3 : Ce que j'ai retenu mais je ne suis **pas forcément à jour**, c'est qu'on n'est pas censé marquer le nombre de séances. Alors j'ai des vieux médecins qui mettent encore 10 séances, 15 séances. Moi **ça me fait chier de revoir mes patients. Je n'ai pas le temps de les voir pour ajouter 5 séances par ci, 4 séances par là**. Moi je dis c'est à **l'appréciation du kiné**, qui voit **comment ça évolue** avec le patient, c'est logique. Mais après effectivement on reçoit les plaquettes de la sécu qui nous disent 15 séances pour les lombalgies simples, machin. Mais je ne le mets pas moi.
Mais pour les **accidents du travail** parfois ils exigent tel nombre de séance pour tel nombre prise en charge par je ne sais pas quelle mutuelle. Vous voyez il y a des exceptions...
Allez s'y je vous laisse parler.
- Investigateur : Est-ce que vous voudriez avoir les informations sur le **bilan-diagnostic-kiné**, le BDK ?
- MG3 : Aaaah **oui !** Parce que ça je n'en ai **jamais vu la couleur** je pense. Je pense à un patient que j'ai eu, que je vois 2-3 fois par semaine je n'en peux plus. Il y a une maladie de parkinson et puis une hypochondriaque et pontage, enfin il y a tout ce qu'il faut. Il va voir le kiné mais je le vois s'affaïsser littéralement. Je me dis mais ce n'est pas possible qu'est-ce qu'il vous fait ? Oh il me met du chaud machin. Mais je me dis il faut du dynamique, soyez dynamique, tenez-vous droit etc. Alors j'ai essayé de lui faire le prescrit-mouv mais alors ça ça ne marche pas dans le coin, en plus c'est mort avec le confinement laisse tomber. Donc à un moment donné je l'ai adressé aux autres kinés qui sont jeunes par chez nous mais il a été effrayé parce que c'était trop dynamique. Et donc du coup je lui ai dit revoyez votre kiné habituel mais essayez d'un **convenir d'un plan, d'un projet**. Mais ce genre de patient il a besoin d'un **objectif** et ça un **bilan kiné ça serait hyper indiqué** mais je ne peux pas imposer ça au kiné, bah qui est bien plus ancien que moi...etc Donc bilan kiné, voir qu'est-ce que c'est normalement, je sais qu'on en demande et que c'est contraignant niveau paperasse. Mais dès que c'est des **maladies**

chroniques, franchement oui ça serait super intéressant. Je ne reçois **jamais jamais** de bilans kinés.

- Investigateur : Et du coup dans le bilan vous voudriez connaître tout ce qui est **évaluations, échelles et les bilans spécifiques** ?
- MG3 : **Nan**, c'est comme quand on reçoit des trucs des orthophonistes, **je ne comprends rien**, c'est comme l'ergothérapeute. Après c'est **hyper technique**, nous on a juste besoin de savoir la **conclusion** quoi : ça serait intéressant de travailler ça et ça, par contre ça ça ne sert à rien. J'ai déjà des kinés qui m'ont appelé en me disant "je ne comprends pas on me marque ça mais je ne comprends pas ça ne colle pas (*je suppose dans la prescription*)". J'aime bien quand ils me **téléphonent, c'est hyper intéressant, parfois je me suis planté, ou on n'est pas allé assez loin... Il y a des échanges** mais ce ne sont pas des bilans. Quand je vois les tendinites qui sont massés ou les algodystrophies et pendant 3 ans on fait le truc et qu'on voit que ça n'avance pas... Après à un moment donné quand on **dépasse le nombre de séance il y a un accord préalable à envoyer à la sécu** vous voyez et là peut être que **vous devez envoyer un simili de bilan kiné** pour que la sécu **justifie** la prolongation de la prise en charge.
- Investigateur : Oui avec la demande d'accord préalable on joint un bilan pour justifier.
- MG3 : Oui voilà. Mais en tout cas c'est au moins intéressant pour les prises en charge de **maladies chroniques**.
- Investigateur : Sinon, j'avais les **champs disciplinaires** ?
- MG3 : **Oui !**
- Investigateur : Tout ce qui est **compétences et rôles du kiné** dans le sens prévention par exemple est ce que cela ça vous intéresse ?
- MG3 : **Oui mais ça je le vois rarement**. Prévention de la **posture**, ça devrait être enseigner dès l'école comment se tenir. Mais oui ça ça serait intéressant.
- Investigateur : OK. Les **techniques de kiné** ?
- MG3 : **Euh oui**.
- Investigateur : Le **déroulement d'une séance 'type'**, s'il en existe une ?
- MG3 : Oui s'il en existe une, mais c'est vrai que c'est **kiné et patient dépendant et timing dépendant**. Ça **dépend de tout pleins de choses**. En plus du covid ...euh
On voit bien, ils chauffent pour mettent en condition et op après puis il masse et pis voilà. Après tout ce qui est rééducation plus... c'est très varié en fait donc une séance type... ça ne va pas être facile du tout. En plus souvent les kinés ils sont sur plusieurs patients en même temps. Alors je ne sais pas si c'est censé changé avec le covid...

Ce n'est pas évident. Et la kiné à domicile aussi, c'est un peu cheap, le kiné il vient il n'a pas de matériel, il fait marcher 3 marches à la grand-mère et c'est fini. Si la famille s'y mettait on ne serait pas obligés de faire ça. Je connais une kiné respi qui s'était installée à la Réunion et c'était admirable ce qu'elle faisait. Elle faisait 1 mètre 50 et c'est elle qui s'occupait de toutes les machines, les PEP et tout, elle gérait, d'un haut niveau et après on voit kiné respi en ville bon bah c'est les parents qui prennent le rôle pour ce qui est muco et tout ça. On n'a pas tous la formation dans tous les domaines. Avec un saturomètre... La kiné respi on a eu des problèmes. Notre kiné qui s'occupe de notre patient muco il n'avait pas mis le masque pendant le covid et on a eu très très peur. Mais la séance type c'est très ... **je ne sais pas si c'est faisable.**

- Investigateur : Oui d'accord. L'avant dernière chose c'est la **cotation des actes et la NGAP ?**
- MG3 : **Un petit peu mais j'avoue on a déjà du mal avec nos cotations...** donc avec les cotations des kinés... C'est seulement avec le Luxembourg qu'on nous demande de marquer les cotations, dans ce cas de recopier bêtement le truc. Ce n'est pas les mêmes en plus.
- Investigateur : D'accord, la dernière chose c'est le **droit de prescription des kinés ?**
- MG3 : **Et ben ça je ne savais même pas que c'était possible ! Ça serait vachement bien ça !** Comme les infirmières qui ont de droit de prescrire leurs pansements. Enfin quoi ! Quand on sait ce qu'il faut faire plus loin... c'est intelligent.
- Investigateur : Alors moi c'est toute la liste que j'avais noté. Est-ce que vous avez **d'autres choses** qui vous reviennent en tête ?
- MG3 : Non c'est tout, c'est vrai que c'est **assez vague**. C'est plus faire par appareil locomoteur, euh par champs disciplinaire...
Et après peut être les **"ne pas faire"** ou je ne sais pas s'il y a vraiment des **erreurs qui ont été faites**.
- Investigateur : En fait la manière dont vous écrivez la prescription va agir sur nous ce que l'on peut faire et les cotations des actes....
- MG3 : Ça c'est **très important** ouais. Voilà c'est surtout ça, c'est comme les infirmiers. Maintenant on ne peut plus prescrire de soins infirmiers sans se planter, on oublie toujours un truc. Donc si c'est pareil pour les kinés c'est hyper important. Moi je mets toujours kiné antalgique, euh et rééducation rachis je ne sais pas quoi, rachis bidule, machin. Voilà ça **on ne sait pas la mise en rapport entre la prescription et la cotation. Ça peut permettre de prescrire la bonne chose et que l'on ne s'égare pas vers de la kiné de**

complaisance. Parce que les **techniques je fais confiance au kiné**. Il est important de bien prescrire selon les cotations, c'est comme la podologie, on prescrit tous mal parce qu'au début tous les gens pensent que c'est gratuit quand ils sont diabétiques alors que techniquement il n'y a pas la moitié qui aurait droit...selon la neuropathie avancée ou pas. Donc on doit faire attention parce qu'ils vont se rendre compte qu'ils vont **devoir payer** petit à petit. Si le kiné c'était pareil, vous **seriez peut-être moins envahit par des merdes** et vous pourriez mieux travailler.

- Investigateur : Peut-être...
 - MG3 : Voilà donc plutôt un **lien entre la cotation et la prescription**. Je pense aussi **ce qui fait partie de la prise en charge et ce qui n'en fait pas partie**, on peut faire plutôt ça.
 - Investigateur : D'accord. J'ai **trois grandes parties dans ce mémoire** : la recherche bibliographique et les entretiens téléphoniques avec vous, puis la construction du support. Enfin j'aimerais envoyer ce support pour avoir le **retour** de médecins généralistes afin d'évaluer ce travail et proposer des améliorations. Seriez-vous d'accord pour en faire partie ?
 - MG3 : **Ouais, ouais, ouais**.
 - Investigateur : Super, du coup j'ai déjà votre mail donc c'est bon. Auriez-vous des **conseils** à me donner ou des **suggestions** à me faire avant de finir notre entretien ? Un sujet que je n'aurais pas abordé qui vous semble important ?
 - MG3 : Non.
Et Maxime R**** il est toujours prof ? Puisqu'on ne s'est pas vu depuis un an...
 - Investigateur : Oui oui il nous fait quelques TD.
 - MG3 : D'accord. Sa femme est médecin généraliste aussi.
 - Investigateur : Oui, je l'avais contacté parce qu'elle avait fait une thèse exactement en rapport avec mon sujet et j'ai su après que c'était sa femme. Je ne le savais pas...
 - MG3 : Aah oui, bon c'est bien. C'était pour avoir un médecin en plus mais...
 - Investigateur : Oui vu que je l'ai déjà contacté avant l'enquête donc je ne peux pas l'inclure comme ça...
- Voilà c'est tout bon pour moi, Je vous **remercie** une nouvelle fois pour le temps que vous m'avez accordé.
- MG3 : D'accord, à bientôt. Bon courage.
 - Investigateur : Merci beaucoup, au revoir, bonne journée !
 - MG3 : Au revoir, merci !

Médecin généraliste n°4 – MG4 :

Formules de politesses + s'assurer que le MG entende bien + remerciements

Certifier l'anonymat

Autorisation d'enregistrer la conversation

- Investigateur : Pour la forme je vais rapidement vous **rappeler mon projet**. Je suis étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie, mon projet de mémoire de fin d'étude est d'élaborer un support contenant les informations clés de la kinésithérapie pour aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Pour cela, je contacte par téléphone une petite population de médecins généralistes afin d'échanger et connaître ses besoins pour y répondre au mieux.
Tout d'abord **exercez-vous** au sein d'un cabinet composé exclusivement de médecins ou au sein d'une structure pluridisciplinaire ?
- MG4 : Dans un **cabinet médical, de groupe**.
- Investigateur : D'accord. Voyez-vous un **intérêt** à la création d'un tel support ?
- MG4 : Euh... oouui. Bah **ça pourrait avoir un intérêt après je ne sais pas, probablement oui**. (*hésitation, selon le ton donné*)
- Investigateur : Aimeriez-vous avoir des informations supplémentaires concernant la masso-kinésithérapie ?
- MG4 : Baaahh **possiblement**. Après je trouve **qu'on n'a pas toujours beaucoup d'informations par rapport aux kinés**. Nous dans notre **formation on est très généralistes**, on n'est **pas très accés sur la communication** avec les kinés. Donc... moi **je ne précise pas beaucoup de choses au kiné à part l'indication** des soins. Euh, après **je pense que ça pourrait être utile mais je n'ai pas d'idée ou d'exemple pour l'instant**.
- Investigateur : Sous quelle **forme ou format** souhaiteriez-vous que ce support soit conçu ?
- MG4 : Euh... bah un **document que l'on pourrait consulter sur l'ordinateur ou à imprimer peu importe**.
- Investigateur : Papier ou numérique ça vous est égal ?
- MG4 : Oui, voilà ! Papier ou numérique ouais.
- Investigateur : Quelles **informations, quel contenu** voudriez-vous voir figurer sur ce support pour vous aider au mieux en tant que prescripteur ?
- MG4 : Où est ce que je voudrais la trouver ?

- Investigateur : Nan, nan. Quelles informations vous voudriez avoir dedans ?
- MG4 : Aaaaah ! Euh... (*rire un peu nerveux*), c'est la bonne question. (*rire nerveux*)
Qu'est-ce que je voudrais y trouver ? Euh...
- Investigateur : Qu'est-ce qui vous auriez besoins de savoir sur la MK pour vous aider au quotidien, en tant que prescripteur ?
- MG4 : Ouais, bah peut être, **je ne sais pas**, des **situations cliniques avec ce que vous faites comme thérapie**, ce que vous avec **l'habitude de faire, ce qui est indiqué de faire ou pas au niveau des soins kiné**. Après euh... voilà **je ne sais pas**. Le nombre de séance moi je ne m'en occupe plus, je laisse l'appréciation au kiné. Euh... **Je n'ai pas trop d'autres idées pour l'instant**.
- Investigateur : Nous avons réfléchi à des **idées de contenu** à mettre dans le support. Je peux vous les **citer** et vous me direz pour chacune d'elles si vous voyez ou non un **intérêt** à la mettre dans le support ?
- MG4 : Mmh ouais, dites-moi !
- Investigateur : Les **indications** de la kiné ?
- MG4 : **Oui, ça oui !**
- Investigateur : D'accord. Voudriez-vous des informations sur la **prescription** ?
- MG4 : **Ah bah oui voilà !** Je n'ai **jamais eu de retour** mais peut être qu'ils n'osent pas dire "votre prescription elle n'est pas bien". Je ne sais pas, oui, **ça pourrait être intéressant !**
- Investigateur : Vous n'avez jamais eu de retour de la part des kinés ?
- MG4 : Nan, bah je n'exerce pas depuis longtemps en fait, j'exerce depuis un an mais jusqu'à présent je n'ai pas eu de remarque. Pas de nouvelles, bonne nouvelle j'espère !
- Investigateur : D'accord. Sinon est-ce que vous voudriez avoir des informations sur le **bilan-diagnostic kiné, le BDK** ?
- MG4 : Etant donné que **je ne sais pas ce que c'est, oui pourquoi pas !**
- Investigateur : D'accord. Les **évaluations, échelles et bilans** qu'utilise le masseur-kinésithérapeute ?
- MG4 : Oh non, trop d'infos après ce n'est **pas forcément utile**. On va dire que c'est **moins utile** ça.
- Investigateur : D'accord. Les **champs disciplinaires** ?
- MG4 : Oui, c'est un **peu pareil que les indications**.
- Investigateur : Les **compétences et rôles** du kiné ?
- MG4 : Ouuuiais, bah ça **on sait déjà**. (*rire nerveux*) Donc **plutôt non**.
- Investigateur : D'accord. Les **techniques** du MK ?

- MG4 : Bah oui enfin c'est à **but informatif**, après des fois c'est aussi plus spécialiste, je vois, certaines pathologies je ne sais pas toujours mais les **spécialistes** comme le chirurgien il va plutôt dire cette technique là et éviter celle-ci ou ceux-là. Euh après c'est plus **pour information** pour moi, **par curiosité ça m'intéresse**. Après **je ne sais pas si c'est utile pour tous les médecins généralistes de le savoir à chaque fois**. Il ne faut pas que ça devienne un **manuel de kiné**.
- Investigateur : D'accord, j'avais noté le **déroulement d'une séance "type"** ?
- MG4 : Nan, bah **les patients nous racontent donc ce n'est pas la peine**.
- Investigateur : D'accord. Les **cotations des actes avec la NGAP** ?
- MG4 : Oh non **ça ça ne m'intéresse pas non plus**.
- Investigateur : D'accord. Et la dernière chose, le **droit de prescription des kinés** ?
- MG4 : Euh. **Oui parce que je ne sais pas ce que vous avez le droit de prescrire en fait**.
- Investigateur : D'accord. Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous revient en tête ? Quelque chose que vous auriez besoin de savoir ?
- MG4 : Euh non ça me paraît bien.
- Investigateur : D'accord. J'ai **trois grandes parties** dans ce mémoire : la recherche bibliographique et les entretiens téléphoniques avec vous, puis la construction du support. Enfin j'aimerais envoyer ce support pour avoir le **retour** de médecins généralistes afin d'évaluer ce travail et proposer des améliorations. Seriez-vous d'accord pour en faire partie ?
- MG4 : **Oui**, pas de soucis. Ça marche, bah vous avez mon adresse mail du coup hein.
- Investigateur : Oui parfait. Auriez-vous des **conseils** à me donner ou des **suggestions** à me faire avant de finir notre entretien ? Un sujet que je n'aurais pas abordé qui vous semble important ?
- MG4 : Euh non, là tout de suite ça ne me vient pas.
- Investigateur : très bien, alors moi ça y est, c'est toutes les questions que j'avais à vous poser.
- MG4 : OK, bah très bien, bah bonne chance pour la suite.
- Investigateur : Je vous **remercie** une nouvelle fois pour le temps qui vous m'avez accordé.
- MG4 : Pas de quoi, bonne soirée !
- Investigateur : Bonne soirée, merci à vous, au revoir !
- MG4 : Merci, au revoir !

Le petit guide de la masso-kinésithérapie

Support d'informations masso-kinésithérapiques à destination des
médecins généralistes



JANDIN Coline
Mars 2021



Introduction :

Ce support d'informations a été conçu dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

Le contenu et la forme de ce document ont été déterminés grâce à une recherche bibliographique préalable, puis, suite à des entretiens téléphoniques avec des médecins généralistes. Ainsi nous espérons que ce document répondra au mieux à vos interrogations et à vos attentes concernant la masso-kinésithérapie.

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé à ce support ; tout d'abord, Mme MARCHAL Céline en tant que directrice de mémoire, ainsi que Mme FRICHE Corinne, Mr PRAT Thomas et Mme BUATOIS Séverine pour l'ensemble de leurs avis et conseils. Leurs différentes connaissances dans le domaine de la masso-kinésithérapie et de la législation m'ont été d'une grande aide. Ils m'ont notamment permis de compléter certaines parties dont la documentation est faible ou nécessite une interprétation précise des textes.

Conseils d'utilisation :

Une première lecture est conseillée pour en prendre connaissance dans son intégralité, vous pourrez ensuite le consulter au besoin.

Vous pouvez imprimer ce document. Nous vous conseillons de l'imprimer en couleurs au format A4 recto-verso sera le plus adapté afin que la police soit la plus lisible possible. Les différentes couleurs attribuées à chaque partie et la pagination vous aideront à trouver l'information que vous cherchez.

Sinon vous pouvez très bien garder cette forme numérique. Dans ce cas, vous pouvez cliquer sur la partie qui vous intéresse et vous y serez **automatiquement renvoyé** : cela concerne les titres de la table des matières, les annexes, ainsi que les liens internet présents dans le document.

Ce métier étant en perpétuelle évolution, certaines informations sont susceptibles d'évoluer dans le temps.

Table des matières :

Abréviations	1
1. Le masseur-kinésithérapeute : définition, rôle et compétences	2
2. Le bilan-diagnostic-kinésithérapique (BDK).....	3
2.1. Qu'est-ce que le BDK ?	3
2.2. Fiche de synthèse du BDK	5
3. Les indications de la masso-kinésithérapie	6
3.1. Qui ? Quelle population peut être prise en charge par un MK ?	6
3.2. Quand ? A quel moment le MK prend-il en charge ses patients ?	6
3.3. Quoi ? Quel type de pathologies le MK prend -il en charge ? Par champs disciplinaires.....	6
4. La prescription de masso-kinésithérapie.....	10
4.1. Le libellé des ordonnances pour une prise en charge masso-kinésithérapique.....	11
4.2. Le caractère qualitatif et quantitatif des ordonnances en masso-kinésithérapie	12
4.3. Le nombre de prescriptions	13
4.4. Conseils concernant la prescription	14
5. Techniques masso-kinésithérapiques	14
6. Le remboursement	18
7. Le droit de prescription des masseur-kinésithérapeutes.....	19
8. Quelques points d'actualité.....	20
8.1. L'accès direct en masso-kinésithérapie	20
8.2. Le masseur-kinésithérapeute et la Covid-19.....	20
9. Les réseaux en masso-kinésithérapie.....	21
9.1. Kinégarde	21
1.1. Prescri'Mouv	21
1.2. Un masseur-kinésithérapeute "spécialiste" ?	22
Conclusion.....	22
Annexes.....	23
ANNEXE I : Fiche de synthèse du bilan-diagnostic-kinésithérapique proposé par la CPAM	23
ANNEXE II : Situations de rééducation soumises à référentiel. Nombres de séances autorisées par la CPAM avant toute poursuite de soins, obligation de faire une demande d'accord préalable	24
Références bibliographiques	25

Abréviations

- AFE : accélération du flux expiratoire
- AGGIR : autonomie gérontologique et groupe iso ressources
- ALD : affection de longue durée
- AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- APA : activité physique adaptée
- ARS : agence régionale de santé
- AT : accident de travail
- AVC : accident vasculaire cérébral
- AVQ : activité de la vie quotidienne
- BDK : bilan-diagnostic-kinésithérapique
- BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive
- CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
- CSP : code de santé publique
- DAP : demande d'accord préalable
- DLM : drainage lymphatique manuel
- DN4 : questionnaire/échelle de douleur neuropathique 4
- EDIC : exercices à débit inspiratoire contrôlé
- EDSS : expanded Disability Status Scale
- EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ELTGOL : expiration lente totale glotte ouverte en décubitus latéral
- FACT-F : functional assessment of cancer therapy - fatigue
- HAD : hospital anxiety and depression scale
- HAS : Haute autorité de santé
- MADRS : Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale
- MIF : mesure d'indépendance fonctionnelle
- MK : masseur-kinésithérapeute
- MMSE : mini-mental state examination
- MP : maladie professionnelle
- MTP : massage transversal profond
- NGAP : nomenclature générale des actes professionnels
- NHP : Nottingham Health Profile
- PDQ-39 : Parkinson Disease Quotation - 39
- SDRC : syndrome douloureux régional complexe
- SEP : sclérose en plaque
- SF 36 : Short Form (36)
- TM6 : test de marche de 6 minutes
- WHOQOL-BREF : World Health Organization Quality of Life

1. Le masseur-kinésithérapeute : définition, rôle et compétences



La fiche d'identité du masseur-kinésithérapeute :

Etymologie : vient du grec : « *massein* » = **pétrir** ; « *kinésis* » = **mouvement** et « *therapeuein* » = **soigner**
→ C'est la **thérapie par le mouvement** (1)

Création du diplôme : **30 avril 1946** (Loi n° 46-857) (2)

Diplôme d'état : **1 an d'année préparatoire/de sélection/universitaire + 4 ans d'études en institut de formation** (3)

Statut : **Auxiliaire médical, professionnel de santé** : titre II du livre III du code de santé publique (4)

Définition de la masso-kinésithérapie :

- « La masso-kinésithérapie comporte la **promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement** :
 - o Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;
 - o Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles. »
- Le MK concourt à la **formation initiale et continue**, à la **recherche**
- Pleine **indépendance** et **responsabilité** du MK
- « Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination.
- Seul le MK est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne. »
- Exercice **sur prescription médicale** lorsqu'il agit dans un but thérapeutique.
- « En cas d'**urgence** et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention ». (5)



Compétences du masseur-kinésithérapeute (MK) :

1. « **Analyser et évaluer** sur le plan kinésithérapique une **personne**, sa **situation** et élaborer un **diagnostic kinésithérapique**
2. Concevoir et conduire un **projet thérapeutique** en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation
3. Concevoir et conduire une démarche de **promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage**
4. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une **séance** de masso-kinésithérapie
5. Établir et entretenir une **relation et une communication** dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie
6. Concevoir et mettre en œuvre une prestation de **conseil et d'expertise** dans le champ de la masso-kinésithérapie
7. **Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique** professionnelle
8. **Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques**
9. **Gérer ou organiser une structure** individuelle ou collective en optimisant les ressources
10. **Organiser** les activités et **coopérer** avec les différents acteurs
11. **Informé et former** les professionnels et les personnes en formation » (3)

2. Le bilan-diagnostic-kinésithérapique (BDK)

2.1. Qu'est-ce que le BDK ?

- Décret n°96-879 du 8 octobre 1996, codifié par décret en 2004 à l'article R4321-2 du code de santé publique : « Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. » (6,7)
- Sa réalisation est **obligatoire**. (6)
- Le BDK peut être **initial, intermédiaire(s) et final**. Il est **enrichi** au fil de la prise en charge (choix des actes, nombre et rythme des séances, événements, modification thérapeutique, interruption, résultats obtenus...) et **actualisé** afin de démontrer l'évolution. (8,9)
- **Individuel**, il est propre à chaque patient. (8)
- C'est un outil de **communication et de coordination** + outil d'évaluation de la pratique kinésithérapique + outil d'amélioration de la qualité des soins. (8-10)

Le MK fait un bilan du patient (qualitatif et quantitatif). Lorsque cela est possible, il utilise des tests/échelles pour mesurer et quantifier de façon objective les éléments retrouvés. Selon la pathologie et les structures concernées, il va évaluer, parmi les éléments suivants, ceux qui lui paraissent les plus adaptés :

Bilan	Echelles/tests existants (/\ Non exhaustif)
Interrogatoire-anamnèse-dossier patient	Clinique, contexte socio-professionnel-culturel-économique-environnemental, ...
Contre-indications / drapeaux rouges	Neurologique, vasculaire, cancérologie...
Bilan de la douleur : localisation, type, intensité, rythme...	Echelle numérique, échelle visuelle analogique, DN4, questionnaire douleur de Saint Antoine, échelle des bonhommes, échelle des visages, échelle DOLOPLUS...
Bilan observationnel/visuel : morpho-statique, dynamique, mobilité...	Goniométrie, inclinométrie, mesures centimétriques, les flèches, ...
Bilan palpatoire : examens des tissus & cutané-trophique-vasculaire : couleur, température, adhérences, inflammation, volume, infiltrats, phanères...	Test de vitro-pression, périmétrie, volumétrie, signe du godet, pous, manœuvre d'Adson test de Homans, critères de Budapest (SDRC), ...
Bilan sensitif	Test aux monofilaments de Semmes-Weinstein, test de Weber-Moberg, pic-touche, chaud-froid...
Bilan articulaire	Goniométrie, inclinométrie, ... Rachis : bending test, Test de Schober, Test de Troisier, distance doigt-sol...
Bilan musculaire :	
• Force	• Cotation de Daniels & Worthingham, dynamomètre, test de Sorensen, ...
• Extensibilité	• Test de Duval Beupère, Test de Kendall, goniométrie, centimétrie, ...
• Tonus	• Echelle d'Ashworth modifiée, Echelle de Tardieu, Echelle de Penn, ...
• Tests tendineux	• Test de Neer, test de Jobbe, Palm-up test, signe de Thompson, ...
Bilan ligamentaire	Test du tiroir antérieur/postérieur, test de Lachman, test de contrainte en valgus / varus, ...
Bilan neurologique	Signe de Lasègue, échelle ASIA, signe de Tinel, réflexes, tests neuro-dynamiques, myotomes, dermatomes, signe de Froment, signe de Babinski, ...
Bilan fonctionnel :	
• Transferts	•
• Marche (qualitative et quantitative) →	• Test de marche de 6 minutes (TM6), Test de marche de 10 mètres, ...
• Equilibre →	• Test de Romberg, indice d'équilibre postural assis et debout, get up and go test, chronomètre, épreuve de Tinetti, ...
• Coordination	•
• Préhension →	• Analyse des prises, Jamar, Grip, bilan 400 points, box & block Test, ...
• AVQ (escaliers, ...) →	• Questionnaire EIFEL, MIF, Score fonctionnel de l'épaule de Constant, ... etc
Bilan cardio-respiratoire	Auscultation, saturation, Exploration fonctionnelle respiratoire (volumes et débits respiratoires), ampliation thoracique, fréquence cardiaque et respiratoire, tension artérielle, TM6...

Bilan digestif et uro-génital	Testing prolapsus, Testing musculaire du périnée, incontinence urinaire d'effort, instabilité vésicale, ...
Prise en compte des capacités cognitives et psychologiques	Echelle de Glasgow, mini-mental state examination (MMSE), ... Questionnaire HAD, MADRS, FACT-F, Échelle de fatigue de Pichot, ...
Qualité de vie, autonomie, motivation, activités de la vie quotidienne (AVQ), ... etc (10-14)	Différents questionnaires (SF36, NHP, WHOQOL-BREF, PDQ-39, EDSS, MIF, Dallas, AGGIR...), indice de Barthel, indice de Katz, ...

Le tableau ci-dessus ne peut citer de façon exhaustive l'ensemble des tests et échelles utilisés par les MK car il y en existe beaucoup. De plus, le MK choisit le bilan et les tests qu'il réalise en fonction de l'interrogatoire, du ressenti et des capacités du patient.

Si vous vous interrogez sur leurs réalisations ou sur ce qu'ils évaluent, je vous invite à regarder sur internet. Ces informations sont faciles à trouver car ce sont des bilans reconnus et normés.

Les différents bilans et mesures effectués sur le patient vont permettre au MK de déterminer les éléments suivants :



- Le BDK est **tenu à disposition** du médecin prescripteur et du patient, ces derniers peuvent à tout moment demander à le consulter. (8)
- Le BDK est **facturable** dès la 1^{ère} séance, puis à la 31^e séance puis toutes les 20 séances (AMK 10.7 = 23,01 €) ou, dans le cadre des pathologies neurologiques, à la 61^e séances puis toutes les 50 séances (AMK 10.8 = 23,22€). (8)

2.2. Fiche de synthèse du BDK

Lorsque le MK a besoin de **communiquer** avec d'autres professionnels, notamment les médecins prescripteurs, il peut utiliser une fiche de synthèse. En effet, le MK « *communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution* » (7).

Son but ? **Communiquer** entre professionnels de santé et améliorer la **qualité des soins** (coordination des soins) (8)

Il n'y a pas de format ou de modèle imposé mais voici un exemple de **contenu** de la fiche de synthèse :

Eléments qui peuvent y figurer

- **Identité du patient, prescription médicale**
- **Evaluation initiale** (dont diagnostic kinésithérapique)
- **Plan et objectifs de traitement** : techniques, nombres de séances, fréquence, conseils donnés au patient...
- **Evènements survenus** lors de la prise en charge
- **Evaluation intermédiaire ou finale / résultats obtenus**
- **Proposition du MK** : recommandations du MK concernant la poursuite de la PEC ou non, reprise professionnelle/loisirs, possibles améliorations, indication à la rééducation, proposition d'exams complémentaires ou de mise en place d'une autre thérapeutique...



(10,17)

Vous trouverez en ANNEXE I un modèle de fiche de synthèse proposé par la caisse primaire d'assurance maladie CPAM (voir [ANNEXE I](#)) (17)

Quand le MK **communique-t-il** la fiche de synthèse ?

- Au médecin prescripteur :
 - Lorsqu'il estime **nécessaire** de communiquer une information (exemple : modification de traitement, survenue de complications, autre...) (9)
 - A l'issue de la dernière séance lorsque le nombre total de séances est **égal ou supérieur à 10 séances** (8,9)
- A la CPAM : le MK joint la fiche de synthèse à la demande d'accord préalable (DAP) lorsqu'il demande à réaliser plus de séances que ne le permet le référentiel de la CPAM (14 référentiels). (voir [ANNEXE II](#)) (18)

Comment ? Cette fiche doit être transmise de façon **sécurisée**.

Rq : Le MK doit obtenir le **consentement du patient** pour communiquer toute information le concernant. (19)

!/ Malheureusement, pour diverses raisons, cette fiche est en pratique très peu envoyée par les MK : lourdeur administrative, contrainte de temps, manque de praticité, fiche BDK peu connue des médecins, sentiment qu'elle a peu d'intérêt car peu de demandes et faible retour des médecins (20,21), difficultés de liaisons informatisées et sécurisées entre praticiens.

Toutefois, de façon moins formelle, MK et médecin peuvent échanger par communication téléphonique ou par mail (messagerie sécurisée).

3. Les indications de la masso-kinésithérapie

« La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques. » (22)

3.1. Qui ? Quelle population peut être prise en charge par un MK ?

Le MK peut prendre en charge **toute la population** :

- Du nourrisson à la personne âgée
- Des hommes et des femmes
- De la personne sédentaire au sportif de haut niveau
- De la personne autonome à la personne dépendante et/ou handicapée
- De toute profession, culture, religion...Etc
- En cabinet, en milieu hospitalier, en centre de rééducation, à domicile, en EHPAD etc... (23,24)

3.2. Quand ? A quel moment le MK prend-il en charge ses patients ?

Le MK peut intervenir à **tout moment** : avant, pendant et après la problématique du patient.

Il intervient selon différents objectifs :

- Prévenir
- Eduquer
- Soigner
- Récupérer / Rétablir / Améliorer
- Maintenir / Stabiliser / Ralentir
- Suppléer
- Accompagner
- ... (22)

3.3. Quoi ? Quel type de pathologies le MK prend-il en charge ? Par champs disciplinaires

Traumatologie

•**Pathologies** : Fracture, lésion/arrachement osseux, luxation, entorse, rupture/déchirure/section tendineuse, lésion myo-aponévrotique, syndrome des loges, lésion cartilagineuse ou ostéochondrale, lésion méniscale, syndrome cervical post-traumatique, traumatisme crânien, pseudarthrose, brûlures et plaies, traumatisme musculaire, traumatisme crânien,traumatologie sportive, syndrome cervical post-traumatique...

•**Pathologies faciales, mastication et déglutition**

Orthopédie

•**Malformations, déformations, défauts d'attitude, mauvaise posture**

•**Quelques exemples** : scapulas ailées, attitude en surélévation de scapula, déformation thoracique, spondylolisthésis, pied plat/creux, pied bot, attitude antalgique, flexum/récurvatum de genou, scoliose, hypercyphose, hyperlordose, inversion des courbures, torticolis, orthodontie (déformation et malposition dentaire et maxillaire, syndrome algo-dysfonctionnels des articulations temporo-mandibulaires)... etc



Neurologie



- Affection du **système nerveux central** : syndromes (pyramidal, extra-pyramidal, cérébelleux, vestibulaire...), blessé médullaire, spina-bifida, sclérose en plaque, maladie de parkinson, sclérose latérale amyotrophique, syringomyélie, hémiplégie, ataxies, traumatismes crâniens, tétanos, ...
- Affections du système nerveux **périphérique** : poliomyélite, neuropathies, polyradiculonévrites, maladie de Charcot-Marie-Tooth, lésion d'un plexus, paralysie périphérique tronculaire, paralysie faciale, neuropathie, chirurgie nerveuse périphérique, pathologie radiculaire (sciaticque, cruralgie, névralgie cervico-brachiale...), syndrome de Guillain Barré...
- Pathologies **neuro-musculaires** : myopathies, dystrophie musculaire progressive, myotonie, myasthénie, crampes, contractures musculaires...
- **Autres** atteintes : spasticité, troubles sensitifs, douleurs du membre fantôme/algohallucinoise, douleur neuropathique, syndromes neurogènes et canalaire (syndrome du défilé thoraco-brachial...), céphalées, douleur, troubles de la sensibilité ...

Rhumatologie

- Pathologies **articulaires** : rhumatismes dégénératifs, arthrose, arthrites, polyarthrite rhumatoïde, arthropathies métaboliques et nerveuses, hydarthrose, arthrodèse, prothèses, chondromalacie, dégénérescence et hernie discale, ...
- Pathologies **juxta-extra articulaires** : périarthrite, épaule douloureuse, tendinopathies, bursites, maladie de Dupuytren, périostite, calcifications ligamentaires et tendineuses, synovite, ténosynovite, fibromyalgie, talalgie, pubalgie,
- Pathologies **osseuses** : ostéoporose, ostéomalacie, maladie osseuse de Paget, ostéonécrose, ostéite,...
- **Syndromes douloureux du rachis et des racines nerveuses** : rachialgie, névralgie d'Arnold, névralgie cervico-brachiale, migraines; sciatalgie, syndrome du piriforme, canal lombaire étroit...
- **Maladie du collagène** : périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie,...

Cardio-vasculaire & troubles trophiques vasculaires et lymphatiques



- **Cardiaque** : coronaropathies (angor, infarctus...), insuffisance cardiaque, pré et post-chirurgie cardiaque / coronaire / valvulaire, ...
- **Vasculaire** : artériopathie dont AOMI, hypertension artérielle, hypotension orthostatique, amputation vasculaire, post-chirurgie, syndrome des jambes lourdes, varices, ulcère veineux, thrombose veineuse, oedème, pathologies lymphatiques, vasculopathie par compression, insuffisance veineuse...
- Pathologies de la **circulation cérébrale** : ischémie cérébrale, AVC, insuffisance vertébro-basilaire, ...

Respiratoire



- **Syndromes** : restrictif, obstructif / encombrement bronchique, mixte
- **Pré et post chirurgie thoracique**
- **Maladie de l'appareil respiratoire** : BPCO, bronchectasie, asthme, mucoviscidose, bronchiolite du nourrisson, emphyseme pulmonaire, atélectasie, sténose ou fibrose pulmonaire, pneumonie, cancer pulmonaire, tuberculose pulmonaire, oedème pulmonaire, pleurésie, paralysies respiratoires, insuffisance respiratoire, rigidité de la paroi thoracique, désadaptation à l'effort, tabagisme...

Dermatologie

- Cicatrices
- Brulures
- Autres : escarres, ulcère de la jambe, mal perforant plantaire...etc

Urologie et gynécologie-obstétrique, proctologie

- Incontinences** : incontinence urinaire d'effort, énurésie, incontinence vraie, vessies neurologiques, "fausses" incontinences (par regorgement, fantôme), incontinence fécale, encoprésie, ...
- Algies pelvi-périnéales**
- Pré et/ou post interventions chirurgicales : adénomectomie de la prostate, prostatectomie, cystoprostatectomie, chirurgie des prolapsus, chirurgie en gynécologie
- Prolapsus urogénitaux**
- Sexologie**
- Accouchement** : préparation, postnatal (rééducation périnéale de prévention OU si complications : diastasis abdominal, césarienne, prolapsus, incontinences, douleurs coccygiennes, ...)

Pédiatrie

- Neuro-pédiatrie** : troubles du développement psycho-moteur, troubles "dys", malformations et lésions du système nerveux central (anomalie du développement cérébral, hydrocéphalie, encéphalopathies), paralysie cérébrale, états cérébraux aigus et coma, affections médullaires et myélopathies, méningites et syndromes méningés, tumeurs cérébrales et médullaires, malformations du crâne,...
- Affections neurologiques périphériques : polyomyélite, amyotrophies spinales, polynévrites et polyradiculonévrites (maladie de Guillain Barré), paralysie obstétrique du plexus brachial,...
- Maladies musculaires : myopathie, ...
- Orthopédie et traumatologie** : pied bot, plagiocéphalie, ...
- Respiratoire** : coqueluche, bronchiolite du nourrisson, ...
- Rhumato-pédiatrie** : polyarthrite rhumatoïde juvénile, rachitisme, arthrogrypose multiple congénitale, maladie de Scheuermann, ...
- Pédopsychiatrie** : troubles affectifs, attentionnels, alimentaires, ...



Gériatrie

- L'ensemble des pathologies présentent dans les autres champs disciplinaires
- Il y a une composante importante de **maintien de l'autonomie/fonctionnel** et de **prévention** (pathologies, chutes, sarcopénie, équilibre...)
- Syndrome post-chute, syndrome de désadaptation psychomotrice, perte d'autonomie...
- Syndrome de confusion, syndromes démentiels, ...



Soins palliatifs

- Soins de la personne en fin de vie, principalement à but d'accompagnement et confort

Oncologie

- Prise en charge des patients en cancérologie lorsqu'il y a des symptômes que le MK peut traiter (douleur, troubles musculaires, orthopédiques, respiratoires, cutanés-trophiques... voir autres champs disciplinaires)

Douleur

- Soulagement de la douleur
- Traitement de la cause de la douleur

Travail

- L'ensemble des **troubles musculo-squelettiques** qui peuvent être les conséquences de l'activité professionnelle
- Le MK peut intervenir en **entreprise** notamment pour l'**ergonomie, la prévention, ...**

Vestibulaire et troubles de l'équilibre

- Syndromes vestibulaires (périphérique et central), vertige positionnel paroxystique bénin, névrite/neurite vestibulaire, maladie de Menière, aréflexie vestibulaire bilatérale, neurinome de l'acoustique, atteintes vestibulaires centrales, déafférentation vestibulaire unilatérale aigue,...
- Autres pathologies de l'équilibre : ataxies, mal des transport / cinétose, agoraphobie, peur du vide / acrophobie, syndrome de l'autoroute, omission vestibulaire (personne âgée)...

Médecine interne

- **Diabète, obésité, cancers dont cancer du sein, ...**
- **Affections de l'appareil digestif** : ptose gastrique, estomac paresseux, constipation, ...

Chirurgie

- **Pré et/ou post-chirurgical**
- Chirurgie traumatique, orthopédique, abdominale, esthétique, cardiaque, pulmonaire...
- **Amputations, etc ...**

Sport

- **Traumatologie sportive, troubles musculo-squelettique...**
- **Pathologies sportives** : périostite, syndrome de l'essui-glace, syndrome fémoro-patellaire, pubalgies, fracture de fatigue/contrainte, syndrome des loges,...
- **Préparation physique, récupération**
- **Activité physique adaptée (APA), ...**



Psychiatrie

- **Prise en charge adaptée des patients souffrant de pathologies psychiatriques** : approche relationnelle-communication, sensibilisation, éducation, corps désinvesti/souffrant/morcelé....
→ **Aspect relationnel psycho-corporel**

Education thérapeutique du patient (ETP)

- Le MK a sa place dans les programmes d'ETP puisqu'il a un rôle de prévention, de dépistage, de conseil, d'expertise, d'éducation thérapeutique et de santé publique (3,5)
- Un MK doit suivre une **formation** dédiée à l'ETP pour y participer
- 4 étapes : diagnostic éducatif, définition du programme, planification et mise en œuvre des séances, évaluation des compétences (25,26)
- Le MK peut intervenir en ETP concernant de **nombreuses pathologies chroniques** : BPCO, mucoviscidose, asthme, douleur chronique (lombalgie et cervicalgie chronique, fibromyalgie...), cardiologie (insuffisance cardiaque,...), neurologie (SEP, maladie de parkinson...), diabète, obésité, ... voir les pathologies citées précédemment dans les indications par champ disciplinaire
- Son rôle concerne **diverses thématiques** : gestuelle (gestes à privilégier et à éviter, exercices en autonomie, ...), étirements, activité physique, posture, mobilisation, conseils concernant le drainage / la kinésithérapie respiratoire en autonomie, etc... voir techniques

(14,25-27)

La prise en charge du MK est très large, en effet elle va de la prévention et de la rééducation pré-opératoire à la réadaptation du patient. La prise en charge masso-kinésithérapique ne s'arrête souvent pas au membre ou l'articulation concerné. Afin de traiter la source du problème et ainsi éviter les récives ou l'aggravation des symptômes, le MK prendra en compte l'ensemble du corps.

Vous l'aurez constaté, les domaines d'intervention du MK sont très vastes. En cas de doute sur l'utilité de prescrire de la kinésithérapie, nous vous invitons à faire la prescription et laisser le MK juger lui-même de l'intérêt de sa prise en charge : "bilan masso-kinésithérapique et rééducation si nécessaire" (28)

4. La prescription de masso-kinésithérapie



Prescripteurs de masso-kinésithérapie : l'ensemble des médecins et les chirurgiens-dentistes (prescription uniquement dans le cadre du dentaire) (29). Les **médecins généralistes sont les premiers prescripteurs : 75%** (30)
Un MK ne peut prescrire lui-même des séances de rééducation.

Prescription = document médical par lequel le professionnel de santé **autorise** la délivrance d'un produit ou la réalisation d'un acte et permet le **remboursement des soins** / paiement des professionnels de santé par la sécurité sociale et/ou l'assurance complémentaire du patient. (31,32)

« Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution. » (33)

La prescription est **nécessaire** à la pratique du MK dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique. (5) Sauf "en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, il est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention." (34)

Officiellement elle n'a **pas de limite de validité**. (29,35) Le patient peut consulter son MK à tout moment, avec ou sans interruption de soins, sans avoir à renouveler son ordonnance sauf si le nombre de séances est précisé. Cependant la majorité des MK demandent un renouvellement de l'ordonnance au bout d'un an, pour se protéger vis-à-vis de la CPAM qui réclame fréquemment des indus.

4.1. Le libellé des ordonnances pour une prise en charge masso-kinésithérapique

Éléments **obligatoires** devant apparaître sur la prescription de kinésithérapie :

- **Identification du prescripteur** (nom, prénom, qualité, titre ou spécialité, n° d'identification (RPPS, Adeli), adresse professionnelle, n° de téléphone, adresse électronique...)
- **Identification du patient** (nom, prénom, éventuellement date de naissance, sexe, taille, poids...)
- Produits/actes prescrits : **rééducation / prise en charge / bilan et traitement / séances de kinésithérapie**. Si vous le désirez, vous pouvez préciser le champs disciplinaire (neurologie, vestibulaire, respiratoire...) mais ce n'est pas nécessaire
- S'il s'agit d'une affection de longue durée (**ALD**), d'une maladie professionnelle (**MP**) ou d'un accident de travail (**AT**)
- **Date et signature** du prescripteur (28,31,36)

Les éléments ci-dessous ne sont **normalement pas obligatoires** mais il est préférable de les mentionner afin de protéger le MK. En effet, lorsqu'ils ne sont pas inscrits sur l'ordonnance, ils sont encore **sources de procédures contentieuses** à l'encontre de MK (la CPAM réclame des indus car ces éléments engendrent des indemnités majorées) :

- Si la prise en charge se fait à **domicile**
- Si la prise en charge doit également être faite le **week-end et jours fériés**
- Si la prise en charge se fait en **piscine ou bassin de rééducation / balnéothérapie** (28)

Par contre, la mention "**si nécessaire**" peut être ajoutée, ce qui laisse ainsi plus de liberté au MK pour adapter ces séances à l'évolution du patient.

Remarque : si le patient a besoin d'un **transport**, cela n'a pas besoin de figurer sur l'ordonnance → un coupon doit être fait au transporteur : formulaire « prescription médicale de transport » ou électroniquement grâce au service de prescription électronique sur amelipro. (37)

La prescription **ne doit pas mentionner d'informations médicales** (respect du secret professionnel). Ces dernières doivent figurer sur un **courrier accompagnateur** de la prescription médicale ; ainsi vous pouvez fournir l'ensemble des informations médicales que vous jugez nécessaires et/ou utiles au MK : diagnostic médical, tableau clinique, antécédents, contexte social ou psychologique particulier, vos recommandations...etc (32,38)



Prescription optimale : « **Bilan masso-kinésithérapique et séances si nécessaire** »
+ **courrier accompagnateur** (28,38)

Votre prescription et votre courrier médical ainsi rédigés, le MK va réaliser son **bilan**, c'est **ce dernier qui détermine la cotation de ses actes**.

Si vous précisez d'avantage votre ordonnance, cela peut entraîner des restrictions dans les soins et aussi en limiter la cotation. (29,39)

Eléments que les MK apprécient connaître : sur le courrier accompagnateur :

- **Diagnostic médical**
- **Antécédents** : en rapport avec la pathologie actuelle ou pouvant avoir une incidence
- **Histoire et évolution de la maladie** : symptômes depuis combien de temps, épisodes antérieurs, ...
- **Isolement nécessaire ?** (Respiratoire, contact...)
- S'il y a une **ALD concomitante** (ex : PEC pour un fracture du pied chez un patient diabétique)
- S'il s'agit d'une prise en charge à **100%**
- **Examens complémentaires** réalisés et leurs résultats (même s'ils sont négatifs)
- **Traitements déjà réalisés et traitement actuel** (anticoagulants, corticothérapie, bêta-bloquant, antalgiques)
- **Objectifs** du traitement
- **Contre-indications, protocole spécifique ou conduite à tenir notamment si chirurgie** (20)
- **Facteurs de comorbidité**

Rq : il est possible de ne prescrire qu'un bilan kinésithérapique isolé : ostéo-articulaire ou musculaire (dont tests). (39)

4.2. Le caractère qualitatif et quantitatif des ordonnances en masso-kinésithérapie

- Depuis un arrêté du 22 février 2000 les caractères qualitatif et quantitatif de la prescription en kinésithérapie **ne sont plus obligatoires**. (40)
- Cela laisse au MK une plus grande liberté, il peut juger par lui-même du nombre de séances nécessaires et ainsi déterminer les actes qui lui paraissent les plus appropriés. (6,38)
- De plus, l'assurance maladie a mis en place un référentiel qui détermine le nombre de séances maximum qu'un MK peut réaliser concernant 14 situations cliniques (voir [ANNEXE II](#)). Si le MK a besoin d'aller au-delà du nombre de séances prévues par la CPAM, il doit faire une demande d'accord préalable (DAP) et utiliser son BDK pour justifier sa demande auprès du médecin conseil de l'assurance maladie du patient et en informer le prescripteur. (18)

A éviter :

Les **prescriptions quantitatives** (nombre de séances et/ou fréquence) : car elle s'imposera au MK, alors ce dernier ne pourra pas aller au-delà et le patient devra repasser chez le médecin prescripteur pour refaire une ordonnance. Les MK doivent, bien entendu, savoir rediriger le patient lorsque leur prise en charge ne donne pas les résultats espérés.

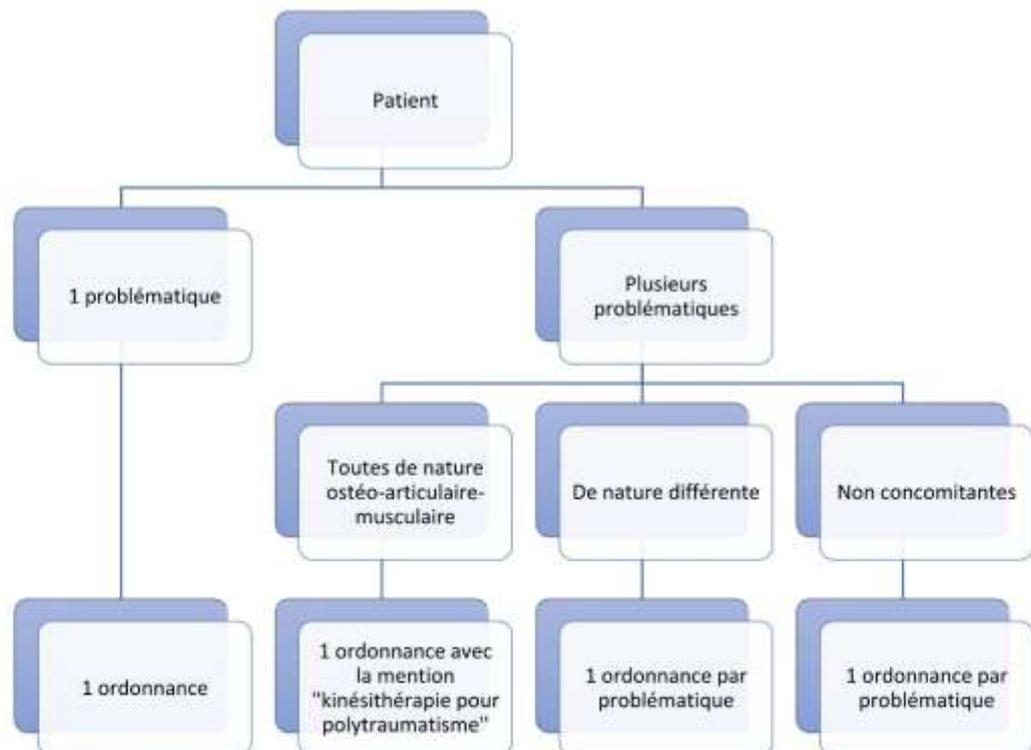
Les **prescriptions qualitatives** (techniques à utiliser...) : dans tous les cas le MK, s'appuyant sur son bilan, reste libre de ses choix de traitement. (9) La prescription qualitative n'est donc pas obligatoire et il est même préférable de ne pas l'indiquer sur l'ordonnance. En effet, lorsqu'il paraît une liste de techniques sur la prescription, il est parfois difficile pour le MK de proposer d'autres thérapeutiques qui lui semblent pertinentes (ex : "massage et physiothérapie pour lombalgie", le MK peut avoir des difficultés à convaincre le patient des bienfaits d'une rééducation active).

Malgré tout, vous êtes libre de préconiser des techniques, un protocole, des objectifs de traitement, ... de préférence sur le courrier accompagnateur. (29,38,39)

En conclusion, le MK détermine, suite à son BDK, le caractère quantitatif et qualitatif de sa prise en charge. (6) Il est libre de ses actes et engage sa responsabilité quant au traitement mis en place. (5,9) Comme dit précédemment, il doit normalement envoyer une fiche de synthèse au prescripteur mais cela n'est malheureusement pas couramment fait en pratique. (20,21)

4.3. Le nombre de prescriptions

- Si le patient a besoin de masso-kinésithérapie pour **1 problématique** → 1 ordonnance "rééducation / séances de kinésithérapie"
- Si le patient a besoin de masso-kinésithérapie pour **plusieurs problématiques** :
 - Si elles sont toutes de nature ostéo-articulaire-musculaire (ex : entorse de cheville et tendinopathie épaule OU rachialgie et gonalgie...etc) → vous pouvez faire 1 ordonnance avec la mention "séance de masso-kinésithérapie pour polytraumatisme" et préciser ce qu'il en est sur le courrier accompagnateur.
 - Si elles sont de natures différentes (ex : rééducation périnéale et tendinopathie épicondyle OU rééducation vestibulaire & rachialgie OU rééducation neurologique et respiratoire...etc) → Il est préférable de faire **des ordonnances distinctes**. Cela permet au MK de consacrer une séance entière à chacune des problématiques et de les coter distinctement. En cas d'ordonnance unique, le MK doit traiter l'ensemble des pathologies dans une même séance, le temps consacré à chacune d'elle sera réduit et il ne pourra coter qu'un seul des actes, conformément à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). (29,39)
 - Si le patient a déjà une ordonnance pour une problématique en juillet et qu'il lui faut une ordonnance pour une autre pathologie en janvier → faites une ordonnance pour cette dernière uniquement (pas besoins de rassembler les deux).



4.4. Conseils concernant la prescription

Moins il y a d'informations sur la prescription, mieux c'est. Cela laisse plus de liberté au MK et optimise sa prise en charge. En effet, le libellé de la prescription a une incidence sur la possibilité d'acte et donc sur la cotation. Régulièrement, le MK ne peut coter de façon exacte les actes qu'il réalise à cause du libellé trop restrictif de l'ordonnance, sous peine de donner lieu à des indus par la CPAM. C'est bien le bilan du MK qui va lui permettre de coter de façon correcte et juste ses actes. (38)

Exemple : "rééducation à la marche" (AMK 6) ne permet normalement au MK de ne faire que de la marche en thérapeutique. Cela exclut le travail d'équilibre, proprioception, escaliers, coordination...etc complémentaires et essentiels à la prise en charge du sujet âgé ou non âgé (ex : prothèse), que le MK va naturellement réaliser mais pas pouvoir coter (AMK 8.3).

Vous trouverez grâce à ce lien, les **cotations** des actes en masso-kinésithérapie (**NGAP**) : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/717399/document/ngap-assurance-maladie-04022021.pdf>
→ Titre XIV - Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles (page 92) (39)

Si vous avez un doute quant au fait de prescrire ou non de la masso-kinésithérapie, nous vous invitons à faire la prescription. Le MK sera à même de déterminer s'il a sa place dans la prise en charge du patient et dans le cas contraire il réorientera le patient.

Vous êtes bien entendu libre de vos prescriptions, les informations précédentes ne sont que des recommandations.

5. Techniques masso-kinésithérapiques



Nous ne pouvons évoquer l'ensemble des techniques utilisées en masso-kinésithérapie.

Elles sont nombreuses et certaines peuvent nécessiter une formation complémentaire pour être maîtrisées. Vous trouverez ci-dessous les techniques de base ainsi qu'une liste non exhaustive d'autres pratiques.

Les techniques utilisées par le MK représentent une grosse **boîte à outils**. Aussi, il est difficile d'associer une pathologie à une unique thérapeutique. Un seul outil peut être utilisé pour des pathologies bien différentes et inversement, pour une même pathologie il y a plusieurs outils à disposition. Le MK mettra en place les techniques qui lui paraissent les plus appropriées en fonction de son bilan, du patient et du contexte. Si les résultats attendus ne sont pas présents, il peut changer et adapter sa thérapeutique.

« Le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous âges de la vie » (7)

Les MK, comme tous les autres professionnels de santé, ont une **obligation de moyens et non de résultats** (9,41)

Dans le cadre thérapeutique et sur prescription du médecin, le MK peut utiliser les techniques suivantes sans la présence du médecin (42) :

Massage et drainage (dont DLM)

- **Définition** du massage = *"toute manoeuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus"* (43)
- Différents **types de massages** : décontracturant, circulatoire, drainage lymphatique manuel (DLM), massage transversal profond (MTP), abdominal, cicatriciel, ... etc
- Différentes **techniques** : Effleurage, pression glissée, pression statique, pétrissage, frictions, hachement, tapotements, vibrations, palper-rouler, ébranlements, MTP, ...etc (13,44)
- **Effets** : échauffer et stimuler les structures ; stimuler ou inhiber le système nerveux ; détendre et relâcher les muscles ; supprimer les adhérences ; assouplir les tissus ; améliorer la circulation ; éliminer les déchets, ...etc (13)
- Il existe de **nombreuses indications**, je ne peux donner que quelques exemples : contracture musculaire, préparation et/ou récupération à l'effort, troubles veineux et lymphatiques, cicatrice, constipation, ... etc (44)

Etirements musculo-tendineux

- Ils peuvent être de **différents types** : statique / dynamique ; actif, passif, balistique, activo-dynamique, ...
- Il peuvent avoir différents **objectifs** : allongement musculaire, décontractant ...
- Ils peuvent être couplés à des techniques de **relaxation neuro-musculaire** dont des levés de tension (contracté-relâché, techniques utilisant l'innervation réciproque ou croisée de Sherrington) (45)

Postures et mobilisations

- Elles peuvent s'adresser à toutes les articulations (42)
- Elles concernent l'articulaire mais également les domaines cutanés et neuro-musculaires
- Elles peuvent être de **différents types** :
 - * Passive, auto-passive, active aidée/dirigée/contrôlée, active, active contre résistance...etc
 - * Globale, analytique, spécifiques (glissements, bâillements, traction/décompression, ...); réalisant des mouvements mineurs ou majeurs
 - * Manuelle ou avec un instrument/appareillage (arthromoteur, poulie thérapie, orthèse de posture...) (13,45,46)
- **Effets et buts** : Sur la douleur, la proprioception, la mobilité, la motilité, le placement articulaire, ...
 - * **Articulaire** : prévention et lutte contre l'enraidissement et les troubles orthopédiques ; récupération d'amplitude
 - * **Tissulaire** : allongement musculaire / cutané ; diminution des contractures ; entretien et récupération de la force musculaire
 - * **Nerveux** : restitution d'images corporelles et motrices ; proprioception ; prévention de la perte du schéma corporel ; entretien de la coordination ; entretien du glissement du nerf (**techniques neuro-dynamiques**)
 - * **Circulatoire** : effet de pompage ; nourrir les tissus ; éviter l'ostéoporose, les œdèmes...
 - * **Psychique** : le mouvement a une incidence positive sur le psychisme du patient (13,45)

Gymnastique médicale, exercices thérapeutiques et fonctionnels

- Gymnastique médicale = « réalisation et surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, correctrice ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques » (47)
- Ces termes regroupent l'ensemble des **exercices physiques** que peut proposer un MK à ses patients
- On peut retrouver des techniques plus spécifiques : gymnastique suédoise, Tai Chi Chuan, gymnastique hypopressive, pilates,...
- Les **buts et les éléments travaillés** sont divers : prise de conscience, travail postural, automatisation, mobilité, assouplissements, prévention de l'amyotrophie, renforcement musculaire, réentraînement à l'effort, travail cardio-vasculaire et respiratoire, étirements, proprioception, équilibre, marche (qualitative et quantitative), transferts, coordination, préhension, ... (13,14,45)

Mécanothérapie

- Ce terme englobe l'ensemble des thérapeutiques nécessitant l'**emploi de procédés mécaniques** tels que : poulithérapie (élingues, poulies, poids...), sangles, tables, coussins, poignées, arthromoteurs, miroir, tapis, bandes élastiques, poids/haltères, balles, ballon de Klein, mousses, plateforme de proprioception, planche de Freeman, TRX, appareils de musculation, vélo, tapis roulant, patin à roulettes, ventouses, crochet, aiguilles (dry needling), ... (42,13)

Appareillage

- Réalisation et/ou application/mise en place de : contentions souples (adhésives ou non), d'appareils temporaires de rééducation, d'appareils de postures (orthèses, attelle...), corset, casque de plagiocéphalie, K-taping, bas et bandages, aides à la marche et à la déambulation, ... etc (42,13,14)

Electro-physiothérapie

- Application de **courants électriques** : courant d'électro-stimulation antalgique et excito-moteur principalement. Le courant continu ou galvanique, la galvanisation, la diélectrolyse médicamenteuse (le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur) sont beaucoup moins utilisés
- Utilisation d'**ondes mécaniques, infrasons, vibrations sonores, ultrasons, ondes de choc**
- Utilisation d'**ondes électromagnétiques, ondes courtes, ondes centrimétriques, infrarouges, ultraviolets, thérapie laser** (42,13,48)

Autres techniques de physiothérapie

- **Thermothérapie et cryothérapie/frigothérapie**, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments
- **Kinébalnéothérapie et hydrothérapie**
- **Pressothérapie**
- **Vacuothérapie / dépressothérapie** (42,13)

Kinésithérapie respiratoire

- Le MK est habilité « à pratiquer les **aspirations rhinopharyngées** et les **aspirations trachéales** chez un malade **trachéotomisé ou intubé** ;
- A administrer en **aérosols**, préalablement à l'application de **techniques de désencombrement** (ELTGOL, AFE, EDIC, drainage autogène, toux réflexe ou provoquée, ...) ou en accompagnement de celle-ci, des **produits non médicamenteux** ou des **produits médicamenteux prescrits par le médecin**
- A mettre en place une **ventilation par masque**
- A **mesurer le débit respiratoire maximum** » (49,13)
- La kinésithérapie respiratoire passe également par des techniques de bases (mobilisations, étirements, ...)
- **Réhabilitation respiratoire et réadaptation à l'effort** (13)

Rééducation périnéo-sphinctérienne, neurologique, vestibulaire/équilibre, mandibulo-faciale, ... etc

- Ces rééducations reprennent les **techniques de base** de la masso-kinésithérapie mais peuvent nécessiter des **techniques ou du matériel supplémentaires pour augmenter le panel d'outils** (sondes vaginales et anales, biofeedback, sonde double ballons, dilateur, EPI-NO, ... pour la rééducation périnéo-sphinctérienne ; fauteuil rotatoire, optocinétisme, réalité virtuelle, rampe de diodes, ... pour la rééducation vestibulaire)

(14,15,42-49)

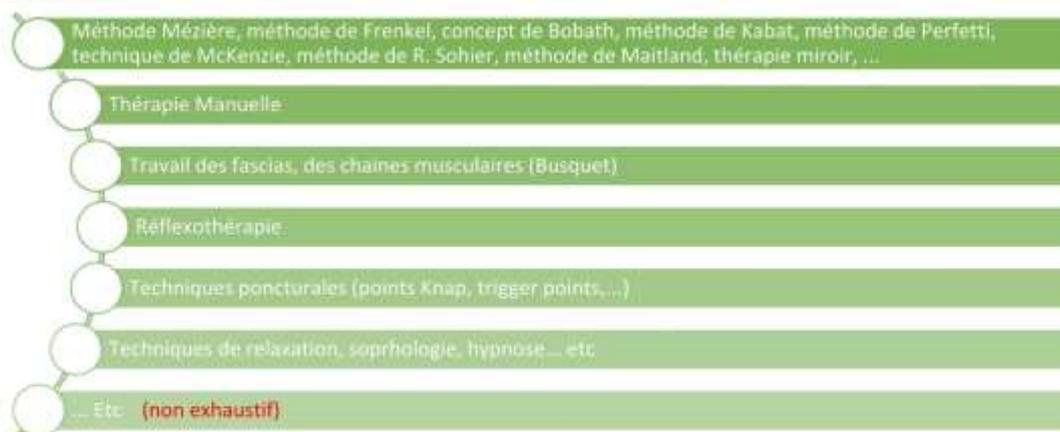
« Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- A pratiquer des **élongations vertébrales** par tractions mécaniques, par mise en œuvre manuelle ou électrique
- A participer à la **rééducation cardio-vasculaire** de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardiovasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin » (50)

« Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- A prendre la **pression artérielle** et les **pulsations** (...)
- A prévenir les **escarres**
- A assurer la **prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses**
- A contribuer à la **lutte contre la douleur** et à participer aux **soins palliatifs**. » (49)

D'autres techniques, que nous ne développerons pas, peuvent nécessiter des formations complémentaires pour être maîtrisées :



(14,45)

Il n'est pas possible de vous présenter des protocoles de prise en charge en kinésithérapie pour une pathologie donnée. Trop de facteurs entrent en compte (patient, moyens à disposition, formations et expérience du MK...) et vont déterminer le choix de la thérapeutique.

Cependant, il existe des recommandations faites par la haute autorité de santé (HAS) concernant certaines pathologies qui abordent la place de la masso-kinésithérapie consultables sur <https://www.has-sante.fr/>

6. Le remboursement

Les conditions pour que les **soins** en masso-kinésithérapie soient **remboursés** par la CPAM sur la base des tarifs conventionnés sont les suivantes :

- Les soins sont réalisés par un **MK conventionné et en règle** concernant l'exercice de sa profession
- Le patient a une **prescription médicale** pour ses soins
- Les actes font partie de la **compétence** du MK et sont **inscrits à la NGAP (29)**

Parmi les domaines et/ou les techniques **non remboursables** car ne faisant partie de la NGAP, nous pouvons citer :
/!\ non exhaustif

Domaine	Technique
<ul style="list-style-type: none"> • Esthétique • Bien-être • Détente / relaxation • Prévention (milieu scolaire, entreprise...) • Conseils et éducation à la santé • Coaching et remise en forme • ...etc 	<ul style="list-style-type: none"> • Microkinésithérapie • Ecole du dos en groupe • Atelier "chute" pour personnes âgées • Cours collectifs sur les gestes et postures • Sophrologie, hypnose, méditation, relaxation,... (si pratiqués seuls, en dehors d'associations avec d'autres thérapeutiques) • ...etc

(51,52)

Les actes non remboursables sont à **charge du patient** ou parfois de leur **assurance complémentaire**.

Situations particulières :

- **Dépassement pour exigence (DE) du patient** : un MK conventionné ne peut pratiquer de dépassement d'honoraires que pour exigence particulière du patient (horaire, jour, lieu...). Ces dépassements, fixés avec « tact et mesure », sont non remboursables par la CPAM mais figurent sur la feuille de soins. (29)
- **Dépassement d'honoraires** : officiellement, un MK conventionné ne peut pratiquer de dépassements d'honoraires à l'occasion d'actes remboursables (29)
- **MK non conventionné** : le remboursement est très faible (environ 16% mais peut varier selon les régions, il est fixé par la CPAM). (53)

7. Le droit de prescription des masseur-kinésithérapeutes

C'est la loi du 04 mars **2002**, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, qui permet aux masseurs-kinésithérapeutes de devenir des prescripteurs. Mais son décret d'application ne paraîtra qu'en **2006**, listant ainsi les dispositifs médicaux pouvant être prescrit par un MK. (54)

Ainsi, selon l'article L4321-1 du code de la santé publique, le MK « *peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession.* » (5)

Arrêté du 9 janvier 2006 : « *A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, sauf indication contraire du médecin, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire chez leurs patients les dispositifs médicaux suivants*

Depuis 2006 :

- *Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève-malades*
- *Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier*
- *Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc*
- *Barrières de lits et cerceaux*
- *Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur*
- *Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois*
- *Attelles souples de correction orthopédique de série*
- *Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série*
- *Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série*
- *Sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire*
- *Collecteurs d'urines, étuis péniers, pessaires, urinal*
- *Attelles souples de posture et ou de repos de série*
- *Embouts de cannes*
- *Talonnets avec évidement et amortissantes*
- *Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe*
- *Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie* » (54)

Depuis 2016 :

- *Substituts nicotiniques* (55,56)



8. Quelques points d'actualité

8.1. L'accès direct en masso-kinésithérapie

Dans le cadre du pacte de refondation des urgences, afin d'améliorer l'offre de soins pour répondre au mieux aux besoins et désengorger les services d'urgence (57), deux arrêtés du 6 mars 2020 permettent l'**accès direct** (sans prescription) à la masso-kinésithérapie sous les conditions suivantes :

- Uniquement pour les 2 cas cliniques suivants :
 - o Douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines
 - o Traumatisme en torsion de la cheville
- Uniquement dans une structure pluridisciplinaire (maison ou centre de santé)
- La prise en charge est soumise à des critères d'inclusion et d'exclusion précis
- « Les structures d'emploi ou d'exercice sont tenues de déclarer auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente chaque membre de l'équipe volontaire pour mettre en œuvre le protocole » (58,59)

Rappel : L'accès direct est également possible " en cas d'**urgence** et en l'absence d'un médecin". En effet, " le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention". (5)

8.2. Le masseur-kinésithérapeute et la Covid-19



Face à la crise sanitaire due à la Covid-19 et jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire, des mesures particulières ont vu le jour.

Tout d'abord, il est possible pour les MK de réaliser des **actes à distance** (les cotations d'actes sont les mêmes qu'en présentiel).

Deux situations de prise en charge ont été nouvellement identifiées en matière de rééducation post-Covid :

- Les patients **hospitalisés pour la Covid-19, sortant sous oxygénothérapie** (AMK 20 ou 28 si troubles neurologiques). Cette prise en charge est limitée à 20 séances par patient.
- Les patients **atteints de la Covid-19 non hospitalisés ayant des besoins en oxygène inférieur à 4 L /min.** (AMK 10.6)

Des cotations spécifiques à ces situations ont été créées pour ces actes.

Les MK sont aussi habilités à « réaliser les **prélèvements nasopharyngé, salivaire ou oropharyngé** dans le cadre d'un examen de détection du virus de la Covid-19 ». Cet acte possède également une cotation spécifique associée. (60,61)

Ainsi, le MK a toute sa place dans la prise en charge du patient positif à la Covid-19 ou dans sa rééducation post-Covid : du dépistage, en passant par la réanimation et jusqu'à la réhabilitation et réadaptation du patient. (62-65)

9. Les réseaux en masso-kinésithérapie

9.1. Kinégarde



**Besoin d'une prise en charge kiné-respiratoire pédiatrique (bronchiolite) le week-end ou un jour férié ?
→ Allez sur Kinégarde !**

Tapez "kinégarde" sur le moteur de recherche
OU allez directement sur https://www.urpsmk.fr/kinegarde_accueil.html

Il s'agit de l'association de gardes respiratoires pédiatriques des masseurs kinésithérapeutes du Grand-Est. Elle organise la prise en charge en kinésithérapie respiratoire pédiatrique pendant la période de bronchiolite (de novembre à fin mars). Cela assure la continuité des soins durant les week-ends et les jours fériés grâce à des MK libéraux. Le financement est assuré par l'ARS du Grand-Est.

Ce service existe dans toute la région du **Grand-Est**. Vous trouverez sur le site internet ci-dessus le **planning de garde**, par département puis par secteur géographique précis, le nom du masseur-kinésithérapeute de garde, ainsi que ses **coordonnées** pour le contacter. (66)

Si vous exercez dans une **autre région que le Grand Est**, je vous invite à contacter l'URPS des masseurs-kinésithérapeutes de votre région afin qu'il vous renseigne sur le système de garde existant dans votre région et vous donne ainsi accès aux coordonnées des MK de gardes.

1.1. Prescri'Mouv



La prescription d'**activité physique adaptée (APA)** et le **dispositif Prescri'Mouv** : le médecin prescrit de l'APA sur un formulaire de prescription spécifique et fournit également une attestation de non-contre-indication à la pratique d'un sport. Puis il oriente le patient vers les différents **acteurs (dont les MK) adhérents au dispositif** grâce à ce numéro unique de contact du réseau de professionnels : **03 52 62 64 37**. Le dispositif **Prescri'mouv** existant sur le **Grand-Est** ne concerne pas toute la population : que les adultes atteints de certains types d'ALD (diabète, cancers (sein, colorectal, prostate), AOMI, maladie coronaire stabilisée, BPCO et d'une obésité de classe 1 ou 2). (67)

Vous trouverez via ce lien, une vidéo explicative du dispositif : <https://www.youtube.com/watch?v=3XZedUdxcOI>

1.2. Un masseur-kinésithérapeute "spécialiste" ?

En masso-kinésithérapie, il n'existe pas de spécialités. La formation initiale permet au MK de prendre en charge toutes les pathologies qui font partie de son champ de compétence.

Cependant, il peut développer ses connaissances et ses savoir-faire avec des formations complémentaires. Ces pratiques **spécifiques** (périnéo-sphinctérienne, vestibulaire, pédiatrie...) nécessitent parfois un matériel particulier.

Ses **spécificités** peuvent être déterminantes dans le choix de son masseur-kinésithérapeute. Lorsqu'elles sont reconnues par l'Ordre des MK, elles peuvent être mentionnées sur sa plaque professionnelle ou sur sa page internet. Il existe également des associations qui répertorient les MK selon leurs formations. La plupart d'entre elles ont un site internet et tiennent à disposition un annuaire des MK formés.

Vous trouverez, ci-dessous, une liste non exhaustive d'associations par pathologie ou par champ disciplinaire.

- **Cancer du sein :**
 - **AKTL** : Association française des MK pour la recherche et le traitement des atteintes lympho-veineuses
 - **RKS** : Réseau des kinésithérapeutes du sein
 - **Se reconstruire en douceur**
- **Pelvi-périnéologie :**
 - **SIREPP** : Société internationale de rééducation en pelvi-périnéologie
 - **AFRePP** : Association française de rééducation en pelvi-périnéologie
- **Respiratoire :**
 - **Kinégarde**
 - **ARBAM**
 - **SPLF** : Société de Pneumologie de Langue Française
 - **Groupe alvéole** : groupe de travail de la SPLF pour **exercice et réhabilitation respiratoire**
 - **RIR Lorraine** : Réseau Insuffisance Respiratoire Lorraine
- **Scièreose en plaques :** **LORSEP** : Réseau Lorrain pour la prise en charge de la Scièreose en plaques
- **Vestibulaire :** **SFKV** : Société française de kinésithérapie vestibulaire
- **Pédiatrie :** **AKPV** (Auvergne), **AKPB** (Bretagne), **AKPMIP** (Midi-Pyrénées), **AKPI** (Isère), **AKPTN** (Normandie), ...
etc
- **Oro-maxillo-faciale :**
 - **SIKLOMF** : Société internationale de kinésithérapie **linguale oro-maxillo-faciale**
 - **AROM** : Association française de rééducation **oro-maxillo-faciale**
- ... etc

La liste ci-dessus n'est pas exhaustive, il existe de nombreuses associations, je ne peux pas toutes les citer. Je m'excuse auprès de celles non-évoquées.

Conclusion



Je vous invite vivement à **communiquer** avec les masseurs-kinésithérapeutes de votre secteur afin de favoriser la collaboration interprofessionnelle. Ces échanges sont souvent appréciés, riches d'informations et bénéfiques pour les deux professionnels, ainsi que pour les patients. D'une bonne prescription médicale résulte une bonne prise en charge masso-kinésithérapique. De même, l'envoi des fiches de synthèses par les MK favoriserait une meilleure connaissance des médecins généralistes des pratiques du MK. (20,21)

Annexes

ANNEXE I : Fiche de synthèse du bilan-diagnostic-kinésithérapique proposé par la CPAM (17)

FICHE DE SYNTHÈSE DU BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE

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

ANNEXE II : Situations de rééducation soumises à référentiel. Nombres de séances autorisées par la CPAM avant toute poursuite de soins, obligation de faire une demande d'accord préalable (18)

Rappel des situations de rééducation couvertes par un référentiel de la Haute Autorité de santé		
Situation de rééducation	Nombre de séances avant accord préalable	Demande d'accord préalable
Entorse externe récente de la cheville	1 à 10 séances	À partir de la 11 ^e séance
Arthroplastie de hanche par prothèse totale	1 à 15 séances	À partir de la 16 ^e séance
Arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartmentaire	1 à 25 séances	À partir de la 26 ^e séance
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	1 à 40 séances	À partir de la 41 ^e séance
Libération du nerf médian au canal carpien	-	Dès la 1 ^{re} séance
Méniiscectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	1 à 15 séances	À partir de la 16 ^e séance
Réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	1 à 50 séances*	À partir de la 51 ^e séance
Prise en charge d'une lombalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	À partir de la 16 ^e séance ou à partir de la 31 ^e séance si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
Prise en charge d'une cervicalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	À partir de la 16 ^e séance ou à partir de la 31 ^e séance si 30 séances pour cervicalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
Après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	1 à 25 séances	À partir de la 26 ^e séance
Après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	1 à 30 séances pour une série d'actes	À partir de la 31 ^e séance
Après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	1 à 30 séances	À partir de la 31 ^e séance
Dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	1 à 10 séances	À partir de la 11 ^e séance
Dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	1 à 25 séances	À partir de la 26 ^e séance

Références bibliographiques

L'image utilisée sur la première page de ce document a remporté le 3^{ème} prix lors du concours de photos des JFK de 2011 à Marseille. Ses dimensions et sa couleur ont été modifiées suite à l'autorisation de Mme Buatois que nous remercions. Sa référence bibliographique : Concours photos JFK2011. Buatois 3e prixJFK2011. 2011 (consulté le 08/03/2021). Disponible : https://www.wmaker.net/sfphysio/photos/Concours-photos-JFK2011_ga68518.html

1. Monet J. Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle : une spécialité médicale impossible : Génèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914. 2003. 176p. Doctorat en sociologie : Université de Paris I, Panthéon Sorbonne.
2. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Loi n°46-857 du 30 avril 1946 ation de l'exercice des professions de masseur gymnaste médical, de masseur kinésithérapeute de pédicure. Journal officiel n° 102 du 1er mai 1946, p 3653 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000315340>
3. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Journal officiel n°0204 du 4 septembre 2015, texte n°17 [Internet]. Disponible sur: <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/BO.pdf>
4. Articles L4321-1 à L4321-22. Code de la santé publique. Partie législative. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171311?etatTexte=VIGUEUR&etatTexte=VIGUEUR_DIFF#LEGISCTA000006171311
5. Article L4321-1. Code de la santé publique. Partie législative. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930031
6. MINISTERE 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 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006700318/2000-06-29/>
7. Article R4321-2. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020953322/#:~:text=Dans%20l'exercice%20de%20son,les%20%C3%A2ges%20de%20la%20vie.
8. Le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) au service de la pratique du masseur-kinésithérapeute. [Internet]. 2020 [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/bilan-diagnostic-kinesitherapique#:~:text=La%20r%C3%A9alisation%20d'un%20BDK,lui%20paraissent%20les%20plus%20appr%C3%A9s.>
9. Prat T. Intérêt du diagnostic kinésithérapique relatif à l'autonomie vis à vis de la prescription médicale. 2020. 36 p. Diplôme universitaire : expertise judiciaire, d'assurance et d'évaluation du préjudice corporel. Faculté Libre de Droit : Institut Catholique de Toulouse.

10. Viel E. Bien rédiger le bilan-diagnostic-kinésithérapique. Issy-Les-Moulineaux Cedex : Masson; 2006. 200 p. ISBN : 2-294-05114-9.
11. Dufour M, Tixa S, Santiago Del Valle A. Démarche clinique et diagnostic en kinésithérapie. Issy-les-Moulineaux cedex: Elsevier Masson; 2018. 367p. ISBN : 978-2-294-76239-0.
12. Béthoux F, Calmels P. Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation. 2ème édition. Paris: Editions Frison-Roche; 2012. 403 p. ISBN : 978-2-87671-550-9.
13. Kenyon K, Kenyon J. Mémo-guide de rééducation : l'essentiel au bout des doigts. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux cedex : Elsevier Masson; 2018. 367 p. ISBN : 978-0-7020-5506-5.
14. Xhardez Y, Wardavoir H. Vade-mecum de kinésithérapie et rééducation fonctionnelle: techniques, pathologie et indications de traitement pour le praticien. 7ème édition. Paris: Maloine; 2015. 1304 p. ISBN : 978-2-224-03373-6.
15. Dufour M, Gedda M. Dictionnaire de kinésithérapie et réadaptation. Paris : Maloine; 2007. 582 p. ISBN : 978-2-224-02866-4.
16. Ennuyer B. Définir le handicap : une question sociale et politique ? Ethics, Medicine and Public Health. juill 2015;1(3):306-11.
17. Fiche de synthèse du bilan-diagnostic-kinésithérapique [Internet]. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/fiche_type_BDK.pdf
18. Demande d'accord préalable [Internet]. 2020 [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/prescription-prise-charge/accord-prealable/accord-prealable>
19. Article R4321-91. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. Section 4 : déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019730218
20. Tatin M. Collaboration entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes : élaboration d'un outil de communication. 2017. 90 p. Doctorat en médecine : Faculté de Médecine Paris Descartes.
21. Dellandréa A. Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes : enquête quantitative auprès de professionnels lorrains. 2013. 152 p. Doctorat en médecine : faculté de médecine de Nancy, université de Lorraine.
22. Article R4321-1. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913983/#:text=La%20masso%2Dkin%C3%A9sith%C3%A9rapie%20consiste%20en,r%C3%A9tablir%20ou%20d'y%20suppl%C3%A9r.
23. Matharan J, Micheau J, Rigal E. Le métier de masseur-kinésithérapeute. Rapport d'étude. Paris: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Pleins sens; 2009 sept.
24. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Le référentiel de la profession [Internet]. 2013 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/ordre/le-referentiel-du-masseur-kinesitherapeute-et-du-masseur-kinesitherapeute-osteopathe/>

25. Article R4321-5. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913987/2010-09-22
26. HAS. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. [Internet]. 2007 [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
27. HAS. Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? [Internet]. 2007 [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
28. URPS médecins libéraux Hauts-de-France, URPS masseurs kinésithérapeutes Hauts-de-France. La prescription en kinésithérapie : afin d'éviter les conflits d'interprétation [Internet]. 2019 [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.urps-mk-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/09/la-prescription-%C3%A9viter-les-conflits-dinterpr%C3%A9tation.pdf>
29. La commission paritaire régionale des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes. Guide pratique de la NGAP en masso-kinésithérapie [Internet]. 2020 [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/guide_pratique_de_la_ngap_en_masso-kinesitherapie_assurancemaladieaura-aout_2020_cpam-ain_0.pdf
30. Bonnal C, Matharan J, Micheau J. La prescription de massokinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux. Rapport d'étude. Déc 2009. Plein Sens. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. DREES – MA0800578;
31. Article R5132-3. Code de santé publique. Partie réglementaire. Cinquième partie : produits de santé. Livre Ier : produits pharmaceutiques. Titre III : autres produits et substances pharmaceutiques réglementés. Chapitre II : substances et préparations vénéneuses. Section 1 : médicaments relevant des listes I et II et médicaments stupéfiants. Sous section I : dispositions communes [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041579588/
32. Khalil C. La prescription en kinésithérapie [Internet]. 2019 [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: <https://kobusapp.com/blog/prescription-kinesitherapie/>
33. Article R4127-34. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre Ier : professions médicales. Titre II : organisation des professions médicales. Chapitre VII : déontologie. Section 1 : code de déontologie médicale. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912896/#:~:text=Le%20m%C3%A9decin%20doit%20formuler%20ses,en%20obtenir%20la%20bonne%20ex%C3%A9cution.
34. Article R4321-10. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913992
35. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Ordonnance [Internet]. 2020 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33967>
36. Article R161-45. Code de la sécurité sociale. Partie réglementaire. Livre 1 : généralités - dispositions communes à tout ou partie des régimes de base. Titre 6 : dispositions relatives aux prestations et aux soins -

contrôle médical - tutelle aux prestations sociales. Chapitre 1er : dispositions relatives aux prestations. Section 4 : systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041579452/#:text=%2Dle%20num%C3%A9ro%20d%27immatriculation%20au,de%20naissance%20de%20ce%20dernier.

37. La prescription médicale de transport [Internet]. 2020 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/transporteur-sanitaire/exercice-professionnel/prescription-prise-charge/prescription-medicale-transport>
38. Siebret P. Etude de dysfonctionnements interprofessionnels entre médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux : pharmacien, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers. 2017. 117 p. Doctorat en médecine : faculté de médecine de Nancy, université de Lorraine. 2017.
39. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNICAM du 11 mars 2005. Version du 15 janvier 2021. [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/717399/document/ngap-assurance-maladie-04022021.pdf>
40. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins. Journal officiel n°53 du 3 mars 2000, texte n°11 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000581393/>
41. Duval-Arnould D. La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés à la lumière de la loi du 4 mars 2002 [Internet]. [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2002_140/deuxieme_partie_tudes_documents_143/tudes_theme_responsabilite_145/professionnels_sante_6115.html#:text=Les%20pr ofessionnels%20de%20sant%C3%A9%20ont,r%C3%A9ussite%20ne%20peut%20%C3%AAtre%20assur%C3%A9e.
42. Article R4321-7. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre 1er : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913989/
43. Article R4321-3. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre 1er : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913985
44. Dufour M, Colné P, Gouilly P. Massothérapie: effets, techniques et applications. 3ème édition. Paris: Maloine; 2016. 417 p. ISBN : 978-2-224-03468-9.
45. Dufour M, Colné P, Barsi S. Masso-kinésithérapie et thérapie manuelle pratiques : Tome 1 : Bases fondamentales, applications et techniques. Tête et tronc. 3ème édition. Issy-les-Moulineaux cedex: Elsevier Masson; 2020. 547 p. ISBN : 978-2-294-76256-7.
46. Dufour M, Colné P, Barsi S. Masso-kinésithérapie et thérapie manuelle pratiques : Tome 2 : Membres. 3ème édition. Issy-les-Moulineaux cedex: Elsevier Masson; 2020. 642 p. ISBN : 978-2-294-76257-4.
47. Article R4321-4. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants

dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913986

48. Crépon F. Électrothérapie et physiothérapie : applications en rééducation et réadaptation. Applications en rééducation et réadaptation. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. 263 p. ISBN : 978-2-294-70956-2.
49. Article R4321-9. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913991
50. Article R4321-8. Code de la santé publique. Partie réglementaire. Quatrième partie : professions de santé. Livre III : auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. Titre II : professions de masseur kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Chapitre Ier : masseur-kinésithérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913990
51. Activité non conventionnée. Les fiches pratiques de la FFMKR. 2019.
52. Viel E, Pierron G. Vademecum de la prescription en kinésithérapie. Paris: Masson; 2003. 167 p. ISBN : 978-2-294-00991-4.
53. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 1er décembre 2006 modifiant l'arrêté du 9 mars 1966 fixant les tarifs d'autorité des praticiens et auxiliaires médicaux applicables en l'absence de convention pour les soins dispensés aux assurés sociaux. Journal officiel n°291 du 17 décembre 2006, texte n°42 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000275557>
54. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire. Journal officiel n° 0011 du 13 janvier 2006, texte n°33 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000635168>
55. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
56. Substituts nicotiques [Internet]. 2020 [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/delivrance-substituts-nicotiques/substituts-nicotiques>
57. Ministère des solidarités et de la santé. Pacte de refondation des urgences [Internet]. 2019 [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
58. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». Journal officiel n°0058 du 8 mars 2020, texte n°17 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697989/>
59. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». Journal officiel n°0058 du 8 mars 2020, texte n°13 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697945/>

60. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Décret n° 2020-1257 du 14 octobre 2020 déclarant l'état d'urgence sanitaire. Journal officiel n°0251 du 15 octobre 2020, texte n°30 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042424377>
61. Covid-19 : le point sur les mesures dérogatoires pour les masseurs-kinésithérapeutes [Internet]. 2020 [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinestheserapeute/actualites/covid-19-le-point-sur-les-mesures-derogatoires-pour-les-masseurs-kinestheserapeutes#:~:text=Les%20masseurs%2Dkin%C3%A9sith%C3%A9rapeutes%20ont%20la,%25%20par%20l'Assurance%20Maladie.>
62. HAS. Réponse rapide dans le cadre du COVID-19 Prise en charge précoce de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) en réanimation, en soins continus ou en service de rééducation post-réanimation (SRPR) [Internet]. 2020 [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/rr385_mpr_rea_30042020_mel.pdf
63. HAS. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Mesures et précautions essentielles pour le Masseur-Kinésithérapeute auprès des patients à domicile [Internet]. 2020 [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/373_reponse_rapide_covid19_mk_15-04-20_v4_vmssr.pdf
64. HAS. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Parcours de réadaptation du patient COVID+ à la sortie de réanimation et/ou de MCO, en SSR puis à domicile [Internet]. 2020 [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-06/rr_parours_covid_parours_de_readaptation_du_patient_covid_-_domicile_mel.pdf
65. HAS. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients post-COVID-19 en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et retour à domicile [Internet]. 2020 [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/388_reponse_rapide_covid19__mpr_srr_mel.pdf
66. KinéGardes respiratoire Grand-Est : Association de gardes respiratoires pédiatriques des Masseurs Kinésithérapeutes du Grand-Est [Internet]. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.urpsmk.fr/introduction.html>
67. Prescri'Mouv : bougez plus pour vivre mieux. [Internet]. [cité 16 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.prescri-mouv-grandest.fr/>

ANNEXE VI : Réponses des médecins généralistes au mail de diffusion et de demande de retour et avis concernant le support élaboré

Médecin généraliste n°1 – MG1 :

Bonjour,

Désolée mais j'ai très peu de temps en ce moment, je suis d'ailleurs de garde encore ce jour.

Bon travail de présentation de votre corps de métier. En MSP nous sommes très attachés au partage de compétences et votre travail peut permettre cet échange.

Le livret est un peu trop exhaustif par contre pour s'en servir au quotidien et il aurait été intéressant de montrer comment les kinésithérapeutes et les médecins peuvent travailler en équipe.

1) Globalement satisfaite du support

2) Les notions sont claires et compréhensibles

3) Les parties qui m'ont le plus appris : le BDK, la fiche de synthèse, la mission du kiné en ETP, le nombre de prescription avec le logigramme,

Ce qui me servira le moins : les techniques.

4) Information manquante : moyens de communication MK-médecin (courrier, mail, système informatique, réunion ... comment travailler en pluri pro, qu'est-ce que chacun peut apporter à l'autre pour améliorer la prise en charge du patient

Bonne continuation à vous.

Cordialement

Médecin généraliste n°2 – MG2 : Pas de réponse

Médecin généraliste n°3 – MG3 :

Bonsoir,

Quel boulot ! Merci beaucoup !

J'ai inclus les réponses ci-dessous. Comme ça c'est fait !

- Globalement, êtes-vous satisfait de ce support d'informations ?_ oui
- Les notions abordées sont-elles toutes claires et compréhensibles ? oui

- Quelles sont les informations ou les parties qui vous ont le plus servi ou appris de choses et a contrario, le moins ? Amélioration et simplification de la prescription. Laisser plus de choix au kiné quant à ses techniques. Malheureusement parfois on a des patients qui traîne avec de la kiné dont on comprend mal l'intérêt, du coup il faut qd même mettre les points sur les i
- Je n'ai pas eu l'occasion d'utiliser le guide plus concrètement mais il est imprimé.
- Quels sont les points forts et les points faibles de ce travail ? Pas de points faibles évidents. Assez exhaustif vu mon niveau de connaissance en la matière. Plus agréable à lire que les tableaux de la CPAM.
- Y a-t-il des informations manquantes que vous auriez souhaité trouver ? Non c bien

Bon week-end !

Médecin généraliste n°4 – MG4 :

Bonjour,

Veuillez trouver ci-dessous les réponses en retour au guide :

- Globalement, êtes-vous satisfait de ce support d'informations ? OUI
- Les notions abordées sont-elles toutes claires et compréhensibles ? OUI
- Quelles sont les informations ou les parties qui vous ont le plus servi ou appris de choses et a contrario, le moins ? J'ai appris que le kiné pouvait faire une fiche de synthèse, et que les médecins étaient censés faire une lettre d'accompagnement (je note toujours les informations de la lettre sur mon ordonnance, j'ignorais que le secret médical était opposable sur les ordonnances pour le kiné ...).
- Quels sont les points forts et les points faibles de ce travail ? Les conditions de prescription et les conseils en cas de prescriptions multiples sont utiles. Le listing des indications de la kinésithérapie ne m'est personnellement pas très utile en tant que tel. J'aurais été intéressée par plus de détails sur les techniques utilisées, dans quel cas etc, mais cela aurait été un manuel de kinésithérapie et non un "petit guide", donc ça n'est pas vraiment un point faible...
- Y a-t-il des informations manquantes que vous auriez souhaité trouver ? cf question précédente

Bon courage pour la suite

Connaissances des médecins généralistes concernant la masso-kinésithérapie : élaboration d'un support d'informations masso-kinésithérapiques à destination des médecins généralistes

Introduction : Même si la législation évolue vers l'accès direct, la prescription médicale est encore nécessaire au masseur-kinésithérapeute pour exercer à but thérapeutique. La plupart des études dénoncent un manque de formation et de connaissances des médecins généralistes concernant cette profession, alors qu'ils en sont les premiers prescripteurs. En découlent alors des difficultés de prescription aggravées par le manque de communication entre ces deux professionnels. Les médecins généralistes sont intéressés pour approfondir leurs connaissances mais manquent d'outils adaptés. Cette étude a pour objectif de créer un support d'informations qui leur est destiné, afin de parfaire leurs connaissances de la masso-kinésithérapie.

Matériel et méthode : Afin de compléter les données de la littérature, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de quatre médecins généralistes. Le but était de déterminer l'intérêt d'un tel support ainsi que la forme et le contenu qui répondraient au mieux à leurs besoins. Une fois créé, le support a été diffusé auprès de ces mêmes professionnels pour recueillir leurs avis et leur satisfaction.

Résultats : La majorité des médecins généralistes interrogés lors des entretiens trouvaient un intérêt à l'élaboration d'un support d'informations. Afin de répondre à leurs souhaits, un document PDF de 33 pages, consultable au format papier ou numérique, a été créé, contenant des informations telles que la prescription, les indications ou encore les techniques de masso-kinésithérapie. Suite à sa diffusion, trois médecins nous ont fait un retour globalement positif, chacun relevant des points forts ou à améliorer qui leurs étaient personnels.

Discussion : Face à la petite population de cette étude, il a été difficile de concevoir et d'évaluer le support d'informations. Il serait intéressant de le diffuser à un plus large panel et sur une plus longue période afin de l'améliorer. Un format plus facilement actualisable serait également plus adapté pour répondre à l'évolution de la profession et de la législation.

Mots-clés : connaissance, masseur-kinésithérapeute, médecin généraliste, prescription, support

General practitioners' knowledge of physiotherapy: creation of a physiotherapy information medium for the use of general practitioners

Introduction: Even though legislation is moving towards direct access, medical prescription is still required for the physiotherapist to practise for therapeutic purposes. Most studies point a lack of training and knowledge among general practitioners about this profession, even though they are the primary prescribers. This leads to prescription difficulties aggravated by the lack of communication between those two professionals. General practitioners are interested in deepening their understanding but lack appropriate tools. The aim of this study is to create an information medium for them to improve their knowledge of physiotherapy.

Methods: To complete the data in the literature, semi-directs were conducted with four general practitioners. The aim was to determine the value of such a medium and the form and content that would best meet their needs. Once created, the material was distributed to these same professionals to gather their opinions and satisfaction.

Results: Most of the general practitioners interviewed were interested in the development of information medium. In order to meet their expectations a 33 pages PDF document, which can be consulted in paper or in digital format, was created, containing information such as prescriptions, indications or even physiotherapy techniques. Following its diffusion, three general practitioners gave us generally positive feedback, each pointing out positive points or improvement that were personal to them.

Discussion: The small population of this study made it difficult to design and evaluate the information material. It would be interesting to spread it to a larger population and over a longer period in order to improve it. A more easily updatable would also be better to match the evolution of the profession and legislation.

Keywords: knowledge, physiotherapist, general practitioner, prescription, information material