



Quelles caractéristiques et fonctions devrait offrir un dossier médical informatisé partagé pour favoriser la prise en charge interdisciplinaire entre kinésithérapeutes et médecins généralistes ?

Une étude quantitative transversale descriptive par questionnaire réalisée auprès des kinésithérapeutes francophones belges

Travail de fin d'étude 2023

Auriane JACQUEMIN

Master de spécialisation en médecine générale à l'UCLouvain

Promoteur : Dr. François Roucoux

I. Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier chaleureusement mon promoteur, le Dr. François Roucoux, qui m'a guidée dans la réalisation de ce travail de fin d'étude (TFE) et m'a aiguillée par ses judicieux conseils dans sa concrétisation.

Merci de tout cœur à mon compagnon, le pharmacien biologiste Jean-Louis Bayart, pour le soutien indéfectible depuis le premier jour, sa patience dans les moments de doutes et son aide précieuse dans l'accomplissement de ce travail.

Je souhaite adresser mes remerciements au Dr. Alain-François Bleecx pour sa première appréciation du projet, pour ses encouragements et pour m'avoir mise en relation avec les équipes de Medispring. Je les remercie à leur tour pour avoir accueilli mon projet avec enthousiasme et pour m'avoir consacré leur temps lors d'entrevues pour m'aider à le façonner. Un merci particulier à vous David Frenay, Dr. Pierre-Michel Marchand et Damien Richard.

J'aimerais adresser ma reconnaissance à mon maître de stage, le Dr. Philippe Van De Merckt, pour sa compréhension et sa patience durant la réalisation de ce travail.

Je souhaite également remercier Mme Thérèse Leroy du CAMG (Centre Académique de Médecine Générale) et M. Damien Wathelet de chez AXXON pour leurs précieux coups de pouce ainsi que pour leurs conseils.

Enfin, j'adresse ma gratitude à mes parents qui ont eu la gentillesse de consacrer du temps à la relecture de ce travail ainsi que pour leur soutien dans ce projet.

Table des matières

I.	Remerciements	2
II.	Glossaire	4
III.	Abstract.....	5
IV.	Introduction.....	6
V.	Méthodologie.....	8
1.	Vue d'ensemble	8
2.	Méthodologie de la recherche bibliographique.....	9
3.	Méthodologie d'élaboration du questionnaire.....	9
VI.	Résultats	13
VII.	Discussion	22
VIII.	Conclusion	29
IX.	Annexes	31
1.	Annexe I : détails de la recherche dans la littérature.....	31
2.	Annexe II : questionnaire réalisé via Google Form.....	34
3.	Annexe III : acceptation du TFE par GEIMG.....	41
X.	Bibliographie	48

II. Glossaire

CAMG = Centre Académique de Médecine Générale

DMI = dossier médical informatisé

EBM = Evidence Based Medicine

GEIMG = Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale

GLEK = Groupe Local d'Echanges en Kinésithérapie

GLEM = Groupe Local d'Evaluation Médicale

INAMI = Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Kiné = kinésithérapeute

MG = médecin généraliste

SCMS = Support en Méthodologie et Calcul Statistique de l'UCLouvain

SD = déviation standard

TFE = travail de fin d'étude

III. Abstract

Introduction : l'interdisciplinarité dans les soins de santé bénéficie aux patients, aux soignants ainsi qu'à la santé publique. Cependant, les soignants rencontrent des freins à cette collaboration. Pour pallier ces difficultés, une piste serait de collaborer via un dossier médical informatisé (DMI) partagé. L'objectif principal de ce TFE a été d'évaluer les fonctionnalités qu'un DMI devrait offrir pour favoriser la collaboration entre kinésithérapeutes et médecins généralistes (MG) de première ligne en Belgique francophone. L'objectif secondaire a été de faire l'état de lieux de l'interdisciplinarité entre ces deux professions.

Méthodologie : une étude quantitative transversale descriptive a été réalisée suite à la diffusion d'un questionnaire en ligne auprès de kinésithérapeutes francophones belges.

Résultats : 71 participants à l'étude ont complété le questionnaire et ont été retenus. La majorité d'entre eux échangeaient une fois par mois avec les MG et ce essentiellement via appels téléphoniques ou emails. 72% utilisaient au moins deux moyens de communications différents. Les kinésithérapeutes s'accordaient à reconnaître une amélioration de la qualité des soins via l'interdisciplinarité et une amélioration des prises en charge en collaborant davantage. Le manque de temps, un manque de canal clair de communication et un manque d'accessibilité, notamment dans les situations d'urgence, constituaient des freins à l'interdisciplinarité. Des fonctionnalités telles que les échanges de notes de consultations, une messagerie asynchrone avec envoi de pièces-jointes ainsi qu'une messagerie urgente, de type appels téléphoniques ou messagerie instantanée via un DMI semblaient nécessaires. Enfin, l'utilisation d'un agenda partagé suscitait un vif intérêt auprès des répondants.

Conclusion : l'utilisation d'un DMI partagé entre kinésithérapeutes et MG en Belgique francophone semble être un outil prometteur pour améliorer l'interdisciplinarité, sous réserve de former les utilisateurs aux différentes fonctions, de garantir la sécurité des données et de satisfaire aux exigences d'interopérabilité.

Mots-clefs : Médecine générale, kinésithérapie, interdisciplinarité, dossier médical informatisé, communication électronique.

Indexation : QS33 ; QT44 ; QS13 ; QS441 ; QS41 ; QR32 ; QR323.

IV. Introduction

Combien de fois dans notre quotidien de médecins généralistes, nous basons-nous sur les constatations de nos collègues de premières lignes ? Qui ne se reconnaît pas dans cette situation si fréquemment vécue où nous sommes appelés par un kinésithérapeute car, ce matin, il a pu constater que le patient n'était pas dans son état habituel ? Ou encore, une infirmière qui nous interpelle suite à la prise de paramètres d'un patient qui est anormale, ou suite à l'observation d'une lésion cutanée nouvelle chez un de nos patients fragiles ? Au-delà de ces appels spontanés, les soins de santé reposent sur une collaboration entre professionnels ayant chacun leurs compétences propres, et apportant singulièrement une pierre à l'édifice que représente la santé, parfois délicate et complexe, de nos patients.

Selon ces considérations, force est de constater que l'interdisciplinarité et la communication entre disciplines médicales jouent un rôle clé dans les soins de santé actuels. Mais au fond, comment pourrait-on définir l'interdisciplinarité ?

La définition d'un tel concept est quelque peu complexe... On entend ce terme à tout bout de champ, on la pratique dans notre quotidien, mais l'interdisciplinarité reste difficile à définir, d'autant plus qu'il existe de nombreuses définitions dans la littérature, et que celles-ci sont souvent adaptées en fonction du domaine abordé(1). Une de ces définitions assez générale pourrait être celle tirée du livre de Dufour B. et Maingain A. sur l'interdisciplinarité : « *l'interdisciplinarité consiste en la mise en relation d'au moins deux disciplines, en vue d'élaborer une représentation originale d'une notion, d'une situation, d'une problématique* »(2). Pour mieux comprendre les enjeux de la collaboration interdisciplinaire spécifique aux soins de santé, reprenons les grands concepts qui sont nécessaires à celle-ci selon Sullivan T.J. et al.(3) : coordination vers un but commun, coopération au sein de l'équipe en comprenant et valorisant la participation de chacun des membres de l'équipe, prise de décision partagée basée sur la négociation et le respect interpersonnel, et enfin le partenariat où chaque membre de l'équipe est équitablement considéré. Enfin, une phrase qui résonne dans mon idéal de collaboration interdisciplinaire serait celle-ci : « *The key concept is that the whole is greater than the sum of its parts* »(1), qu'on pourrait traduire par « *Le concept clé [de la collaboration interdisciplinaire] est que le tout est plus grand que la somme de ses parties* », et ce, dans le but de bénéficier aux patients. Mais pas seulement.

En effet, l'interdisciplinarité en matière de soins de santé est précieuse à bien des niveaux. Elle répond à des questions essentielles en matière de santé publique. Elle permet d'améliorer la qualité des soins, de diminuer le risque d'erreurs médicales, a un impact direct sur la mortalité, facilite la prise de décision, augmente le partage d'informations et de pratiques EBM entre professions, augmente les innovations médicales, diminue la durée d'hospitalisation, augmente la compliance aux traitements médicamenteux et participe à améliorer l'implication des patients dans leurs soins(1, 4).

De plus, la communication interdisciplinaire bénéficie également aux soignants selon la revue de la littérature de 2017 par Sangaleti C. et al.(5) se basant sur l'expérience des professionnels de santé de première ligne. Suite à la collaboration interdisciplinaire, les soignants expriment des sentiments d'intégration, de confiance, de respect mutuel, d'ouverture à la collaboration, d'appartenance et de se donner le temps d'écouter et d'être écoutés.

Malheureusement, de nombreuses barrières à la communication interdisciplinaire s'imposent aux soignants, freinant ces échanges. Ce qui ressort de la littérature(6, 7) est notamment un manque de canal clair d'échange, une hiérarchisation ressentie entre disciplines, le manque de temps ainsi que le manque de rémunération des échanges.

Une des pistes notamment étudiées pour pallier à ces freins à la communication interdisciplinaire est de développer les dossiers médicaux informatisés (DMI) afin que ceux-ci puissent servir de lieu d'échanges(6).

Les DMI servent de support pour la prise de décision médicale, ils permettent d'enregistrer des informations relatives au patient, venant du patient lui-même, du médecin traitant ou de tiers (spécialistes, proches du patient, etc.)(8, 9). Par leur utilisation, ils permettent d'éviter les pertes d'informations, de faciliter l'aspect financier et organisationnel des soignants, faciliter la réalisation de la recherche médicale et diminuer les coûts globaux des soins de santé(9, 10).

Actuellement, il n'existe pas de DMI de première ligne en Belgique permettant de lier une spécialité médicale aux kinésithérapeutes, au contraire de ce que l'on peut observer dans les hôpitaux et institutions de soins. Ayant réalisé 6 mois de mon assistantat de médecine générale en gériatrie au Grand Hôpital de Charleroi, j'ai pu utiliser des DMI permettant de consulter les notes d'évolutions des paramédicaux participants aux soins des patients. C'est donc à mon

retour en médecine générale que je me suis posé la question de l'utilisation d'un tel outil dans notre pratique de première ligne.

Certains retours existent déjà concernant des DMI partagés de première ligne dans d'autres pays, favorisant l'interdisciplinarité et favorisant par eux-mêmes l'envie de communiquer entre soignants de première ligne(11, 12).

Lors du développement personnel de mon projet de TFE, j'ai souhaité le présenter aux équipes de Medispring afin qu'une collaboration puisse éventuellement naître et que ce projet de TFE puisse participer à l'élaboration concrète d'un outil interdisciplinaire. Medispring est un DMI belge créé par une coopérative de soignants. Le DMI a été créé, entre d'autres fonctionnalités, pour les médecins généralistes et spécialistes. Une ambition actuelle de Medispring est de créer des extensions pour les paramédicaux. Le projet de mon TFE correspondant à « *l'ADN des projets de Medispring* », pour reprendre les mots de David Frenay, administrateur délégué de Medispring, nous avons décidé de travailler ensemble à l'élaboration de ce travail afin d'obtenir des résultats susceptibles de participer au développement d'un module interdisciplinaire. Cette collaboration m'aura également permis de rencontrer mon promoteur de TFE, le Dr. François Roucoux.

Ce TFE s'inscrit dans une démarche visant à objectiver la réalité actuelle de l'interdisciplinarité entre médecins généralistes et kinésithérapeutes. De plus, il vise à évaluer auprès des kinésithérapeutes l'intérêt d'un DMI partagé dans la prise en charge des patients ainsi que les caractéristiques que devrait avoir un DMI partagé afin d'améliorer les interactions interdisciplinaires entre ces deux professions.

V. Méthodologie

1. Vue d'ensemble

La réalisation de ce travail s'est déroulée en deux parties. Dans un premier temps, une recherche bibliographique a été réalisée afin de cerner l'état de l'interdisciplinarité en première ligne, ainsi que de servir de base théorique à l'élaboration de mon questionnaire.

Dans un second temps, une étude transversale quantitative descriptive a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne envoyé aux kinésithérapeutes francophones belges.

2. Méthodologie de la recherche bibliographique

i. Objectif de la recherche bibliographique

Comme explicité ci-dessus, cette recherche aura eu pour but de servir de base théorique à l'élaboration de mon questionnaire et de cerner l'état de la communication interdisciplinaire des soins de première ligne, ainsi que la place des DMI comme solution actuelle à l'interdisciplinarité entre kinésithérapeutes et médecins généralistes.

ii. Stratégie de la recherche

La recherche bibliographique a été réalisée tout au long de l'élaboration de mon TFE, ayant débuté le 28 février 2022 et poursuivie jusqu'au 14 avril 2023. Elle a été effectuée dans plusieurs moteurs de recherche – Pubmed, Embase, Cochrane, CINAHL et Google Scholar.

Les termes utilisés et dont les MeSH (Medical Subject Headings) ont été soulignés, sont les suivants :

- Communication interdisciplinaire : « Interdisciplinary » ; « Multidisciplinary » ; « transdisciplinary » ; « pluridisciplinary » ; « interprofessionnal » ; « teamwork » ; « Interdisciplinary communication » ; « Health communication » ; « communication » ; « Cooperative Behavior » ;
- En médecine générale et kinésithérapie de première ligne : « Primary health care » ; « general practice » ; « general practitioner » ; « family practice » ; « family medicine » ; « family doctor » ; « physiotherapist » ; « kinesitherapist » ; « Physical therapist » ; « physiotherapy » ; « kinesitherapy » ;
- Via les moyens informatiques et DMI : « Telecommunication » ; « Shared electronic records » ; « Medical record », « Electronic Health Records »

Les questions de recherche adressées sont disponibles en Annexe I. Plusieurs articles pertinents ont été trouvés. Seuls les articles datant de moins de 15 ans ont été sélectionnés. Les critères de langues n'ont retenu que les articles en français et en anglais.

3. Méthodologie d'élaboration du questionnaire

i. Objectifs et généralités de l'étude

Afin de répondre à ma question de recherche, une étude quantitative descriptive a été effectuée à l'aide d'un questionnaire Google Form (disponible en Annexe II), sur base de la recherche dans la littérature préalablement réalisée ainsi que du guide de rédaction du TFE

du SCMS (Plate-forme technologique de Support en Méthodologie et Calcul Statistique de l'UCLouvain).

Ce questionnaire a premièrement pour but de comprendre l'état actuel de la communication entre kinésithérapeutes et médecins généralistes en Belgique afin de confronter la littérature internationale à la situation belge.

Une seconde partie a permis d'évaluer l'intérêt des fonctionnalités du DMI afin d'améliorer l'interdisciplinarité entre nos deux professions.

Une troisième partie s'intéresse à l'intérêt d'un agenda partagé avec une mise en situation concrète.

Ces données collectées sont destinées à élaborer un accès kinésithérapeute au DMI de Medispring, avec une extension interdisciplinaire entre kinésithérapeutes et médecins généralistes.

ii. Précautions éthiques

Ce TFE a été soumis au Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) en date du 24 avril 2022. Les membres du GEIMG ont décidé à l'unanimité, sur base des informations transmises, que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée (document disponible en Annexe III).

Un paragraphe de consentement est présent en début de questionnaire afin de s'assurer de la bonne compréhension de l'accès à leurs données, ainsi que de la bonne compréhension des participants à l'utilisation qui sera faite de leurs données.

L'anonymat fut assuré par l'absence de données tangibles permettant d'identifier les répondants. L'anonymat a été strictement respecté tout au long de l'étude.

iii. Elaboration du questionnaire

Ce questionnaire s'articule comme suit :

- Récolte de données sociodémographiques – questions fermées à choix et réponses multiples ;
- Les habitudes d'échanges avec les médecins généralistes – questions fermées à choix et réponses multiples ;

- État des lieux de la communication entre kinésithérapeutes et médecins généralistes en Belgique et freins à celle-ci, – sur base d'échelles de Likert à 5 items (Totalement en désaccord – Partiellement en désaccord – Ni d'accord, ni pas d'accord – Partiellement en accord – Tout à fait d'accord), la plupart des items sont formulés avec une proposition analogue ou inverse et sont soumises au répondant dans un ordre aléatoire afin d'exclure des réponses de type « speeding », consistant en une participation rapide au questionnaire, avec des réponses hasardeuses et non-interprétables ;
- Fonctionnalités de communication au sein d'un DMI – échelles à 5 items de valeur en fonction de l'intérêt ;
- Mise en situation clinique concrète et évaluation de l'intérêt d'un agenda partagé – échelles de Likert à 5 items et possibilité d'ajouter un commentaire en texte libre ;
- Remarques générales sur le questionnaire en texte libre.

Le choix des échelles de valeur et de Likert a été motivé par l'intérêt d'obtenir un ressenti détaillé sur l'interdisciplinarité en Belgique ainsi que sur l'outil proposé.

iv. Population cible et échantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé de manière non probabiliste et sur base volontaire des sujets.

La population qui intéresse cette étude est une population de kinésithérapeutes francophones de première ligne en Belgique. Les critères d'inclusion sont des kinésithérapeutes diplômés, francophones et pratiquant en Belgique en tout ou en partie en première ligne. Les critères d'exclusion sont les kinésithérapeutes en formation ou ne pratiquant plus, pratiquant uniquement en milieu hospitalier ou dans des institutions de soins. Pour ceux ne pratiquant qu'en partie en milieu hospitalier, il leur fut demandé en début de questionnaire de ne relater que de leur expérience ambulatoire.

Le choix de diffusion du questionnaire exclusivement auprès des kinésithérapeutes s'inscrit dans la volonté d'étendre un outil déjà largement utilisé par les médecins aux kinésithérapeutes et d'en connaître leur intérêt. Il a dès lors été considéré que le DMI est déjà amplement implémenté et adopté par les médecins généralistes et que ceux-ci seraient donc par défaut intéressés d'avoir accès à des outils supplémentaires au sein de leur outil de travail quotidien.

v. Diffusion et récolte des données

Une soumission préalable a été réalisée auprès de Mme Thérèse Leroy, collaboratrice de la cellule scientifique au CAMG (Centre Académique de Médecine Générale), ainsi qu'à un groupe de trois kinésithérapeutes pour valider le fond et la forme de mon questionnaire.

La diffusion du questionnaire a été effectuée via un lien URL envoyé dans un premier temps par mail aux kinésithérapeutes et via un syndicat de kinésithérapeutes en Belgique (AXXON – Association de défense professionnelle de la kinésithérapie). Ensuite, le questionnaire a été diffusé via publication sur des groupes belges de kinésithérapie actifs sur les réseaux sociaux.

La récolte des données s'est faite du 8 février 2023 au 6 mars 2023. Un total de 71 participants fut comptabilisé, dont l'intégralité fut incluse dans l'analyse des données après vérification de la bonne complétion du questionnaire et application des critères d'exclusion. Une obligation de complétion totale des réponses fut exigée pour les questions fermées, avec possibilité d'ajout de commentaires ou suggestions sur base volontaire.

vi. Méthode d'analyse des résultats

Étant donné la cohorte limitée de kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire, il a été décidé de se limiter à une analyse descriptive des résultats, sans analyse statistique. Les représentations graphiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Google Forms et à l'aide des fonctions graphiques du logiciel Excel, Google Sheet et Graphpad Prism 8.0. Les calculs des moyennes, médianes et des déviations standards (SD) ont été obtenus à l'aide de ce dernier logiciel. Concernant l'analyse des échelles de Likert, une représentation graphique visuelle a également été effectuée pour chaque question et suivant le code couleur suivant : totalement en désaccord : rouge ; partiellement en désaccord : orange ; ni d'accord, ni pas d'accord : jaune ; partiellement en accord : vert clair ; totalement d'accord : vert foncé.

VI. Résultats

Voici ci-dessous un tableau reprenant les caractéristiques de l'échantillon de kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire ;

Tableau 1 : représentativité de l'échantillon

Variables	n	%
Age		
Entre 20 et 29 ans	31	44
Entre 30 et 39 ans	20	28
Entre 40 et 49 ans	8	11
Entre 50 et 59 ans	10	14
Entre 60 et 69 ans	2	3
Sexe		
Masculin	39	55
Féminin	32	45
Autre	0	0
Type de pratique (possibilité d'en cocher plusieurs)	n de répondants	% des répondants
Seul	27	38
En association avec d'autres kinésithérapeutes ou paramédicaux	47	66
En association, notamment avec des médecins généralistes	5	7
En maison médicale avec projet social	3	4
Étudiant en kinésithérapie	0	0

L'analyse de la représentativité de l'échantillon sera effectuée dans la discussion. À noter que pour le type de pratique, le pourcentage représente la proportion des participants qui ont notamment une de ces activités, vu la possibilité de cocher de multiples propositions. Une portion non-négligeable des participants (10%) exerce donc en pratique solo ainsi qu'en association.

Nous passons ensuite à la partie discutant des habitudes d'échanges des participants avec les médecins généralistes, en commençant par la fréquence de leurs échanges actuels avec ces derniers ;

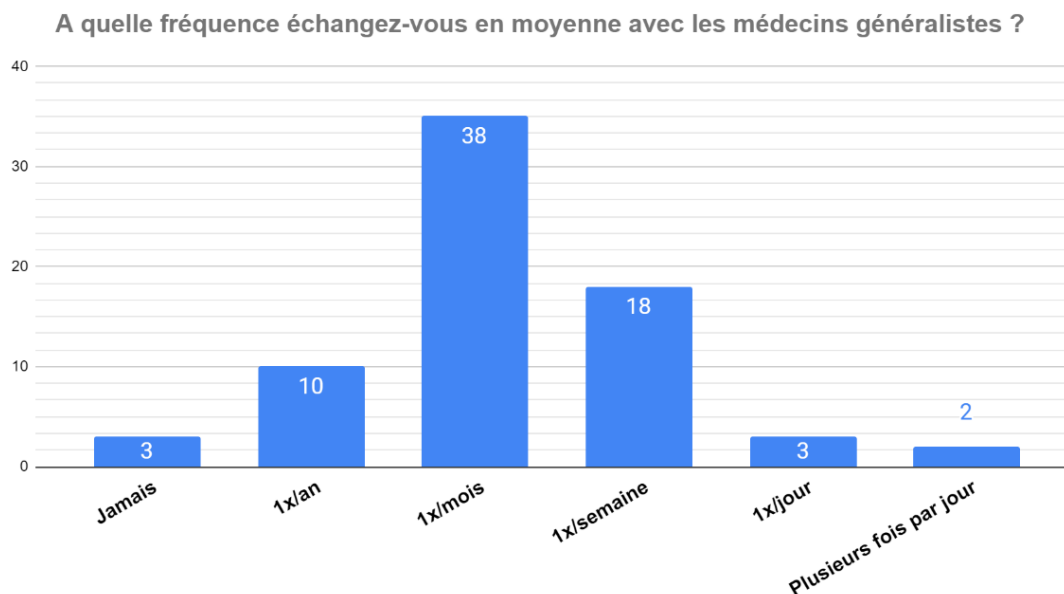


Figure 1 : fréquence d'échange entre kinésithérapeutes et médecins généralistes

Plus de la moitié des kinésithérapeutes (53%) ont en moyenne des contacts une fois par mois avec les médecins traitants de leurs patients. 4% des répondants n'ont aucun échange avec les médecins généralistes, et à l'inverse, 7% des kinésithérapeutes échangent entre une fois par jour et plusieurs fois par jour avec des médecins généralistes. Entre ces deux extrêmes, 14% déclarent échanger en moyenne une fois par an et 25% une fois par semaine. Il est intéressant de souligner que 25% du sous-groupe de plus de 30 ans n'échange qu'à raison d'une fois par an, voire jamais. Au contraire, seuls 10% de la population de moins de 30 ans échangent à cette faible fréquence. De plus, on remarque que cette fréquence d'interaction est observée auprès de 25% des femmes, contre 13% chez les hommes.

Ensuite, leur a été posé la question des modalités de leurs échanges actuels avec les médecins généralistes ;

5. Quelles sont vos modalités d'échanges ? (Cocher plusieurs réponses si cela s'applique)

71 réponses

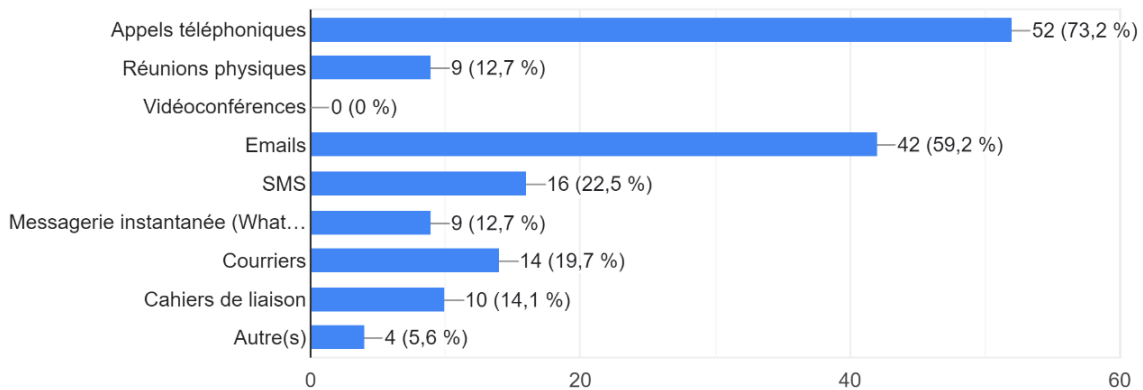


Figure 2 : modalités d'échanges avec les médecins généralistes

73% des répondants communiquent notamment avec des appels téléphoniques. Le second moyen de communication le plus utilisé pour échanger entre médecins généralistes et kinésithérapeutes, sont les emails avec 59% des répondants l'utilisant. Ensuite, les moyens d'échanges utilisés sont les SMS, les courriers papiers et les cahiers de liaison avec respectivement 22%, 20% et 14%. Deux moyens de communication se retrouvent ex-aequo à 13%, ce sont les réunions physiques et les messageries instantanées. 72% des participants utilisent au minimum deux moyens de communication, dont 38% des répondants en utilisent exactement deux et 34% en utilisent trois ou plus dans leur pratique journalière.

D'autres moyens de communication, non-proposés dans les choix multiples, ont été avancés par 4 répondants : utilisation d'un mot manuscrit remis au patient à transmettre à son médecin traitant ($n = 1$), échanges rapides dans le couloir entre deux consultations ($n = 2$), et utilisation de la eHealthBox ($n = 1$).

La prochaine partie de l'étude se penche sur l'état actuel de la communication entre les deux professions, ainsi que les freins rencontrés par les kinésithérapeutes pour communiquer avec les médecins traitants de leurs patients ;

Tableau 2 : état actuel de la communication entre kinésithérapeutes et médecins généralistes

			1	2	3	4	5	Moyenne Médiane	Déviati standard
État actuel de la communication	Répondant <i>(propositions inverses)</i>	1a. J'obtiens facilement des réponses à mes questions non urgentes	4 (6%)	17 (24%)	16 (23%)	24 (34%)	10 (14%)	3,26 3	1,15
		1b. L'absence de réponse suite à une sollicitation non-urgente est fréquente	8 (11%)	19 (27%)	13 (18%)	24 (34%)	7 (10%)	3,04 3	1,21
	Rapidité <i>(propositions inverses)</i>	2a. J'obtiens une réponse à mes questions dans un délai tout à fait acceptable	3 (4%)	12 (17%)	22 (31%)	24 (34%)	10 (14%)	3,36 3	1,05
		2b. Le délai de réponse à mes questions est souvent long	9 (13%)	9 (13%)	21 (30%)	25 (35%)	7 (10%)	3,17 3	1,17
	Amélioration de la prise en charge <i>(propositions inverses)</i>	3a. Ce qui ressort des interactions avec un médecin généraliste me permet de mieux prendre en charge mon patient	3 (4%)	5 (7%)	13 (18%)	30 (42%)	20 (28%)	3,83 4	1,06
		3b. Les informations que je tire des échanges avec les médecins généralistes ont peu d'impact sur la prise en charge de mes patients	13 (18%)	25 (35%)	15 (21%)	13 (18%)	5 (7%)	2,61 2	1,19
	Joignable dans l'urgence <i>(propositions inverses)</i>	4a. Il est facile de pouvoir joindre un médecin généraliste lorsque j'ai un besoin urgent de communiquer	11 (16%)	23 (32%)	11 (16%)	18 (25%)	8 (11%)	2,84 3	1,28
		4b. J'ai du mal à faire parvenir une information urgente au médecin généraliste des patients	8 (11%)	14 (20%)	15 (21%)	29 (41%)	5 (7%)	3,13 3	1,16
	Quantité <i>(proposition unique)</i>	5. Je suis persuadé que plus d'interaction kiné-MG permettrait d'améliorer la prise en charge de mes patients	1 (1%)	2 (3%)	6 (9%)	14 (20%)	48 (68%)	4,49 5	0,88

Tableau 3 : freins aux échanges entre kinésithérapeutes et médecins généralistes

			1	2	3	4	5	Moyenne Médiane	Déviati standard
Freins aux échanges	Canal clair de communication <i>(propositions analogues)</i>	6a. Je ne retrouve pas toujours où est ce qu'une information a été donnée à cause de la pluralité des moyens de communication	9 (13%)	6 (9%)	25 (35%)	20 (28%)	11 (16%)	3,25 3	1,20
		6b. Le manque d'un canal clair de communication est un frein aux échanges avec le médecin généraliste	7 (10%)	2 (3%)	9 (13%)	25 (35%)	28 (39%)	3,92 4	1,24
	Accessibilité <i>(propositions analogues)</i>	7a. J'ai difficile à réussir à entrer directement en contact avec un médecin généraliste	9 (13%)	11 (16%)	11 (16%)	29 (41%)	11 (16%)	3,31 4	1,27
		7b. Le manque d'accessibilité des médecins généraliste me freine dans mes échanges	7 (10%)	10 (14%)	8 (11%)	29 (41%)	17 (24%)	3,55 4	1,27
	Temps <i>(propositions analogues)</i>	8a. Le manque de temps me freine dans les échanges avec les médecins généralistes	5 (7%)	7 (10%)	14 (20%)	24 (34%)	21 (30%)	3,69 4	1,20
		8b. Ce qui m'empêche d'échanger avec les médecins généralistes est le manque de temps	7 (10%)	10 (14%)	8 (11%)	30 (42%)	16 (23%)	3,53 4	1,26
	Hiérarchie <i>(proposition unique)</i>	9. La perception d'une hiérarchie entre disciplines me freine dans la prise de contact avec les médecins	14 (20%)	15 (21%)	19 (27%)	16 (23%)	7 (10%)	2,82 3	1,27
	Rémunération <i>(propositions analogues)</i>	10a. La non-rémunération des discussions interdisciplinaires ne m'incite pas à échanger avec les généralistes	28 (39%)	14 (20%)	12 (17%)	11 (16%)	6 (9%)	2,34 2	1,36
		10b. Je serais plus enclin à engager des échanges si ceux-ci étaient rémunérés	25 (35%)	13 (18%)	11 (16%)	13 (18%)	9 (13%)	2,55 2	1,45
	Absence d'utilité <i>(proposition unique)</i>	11. Je ne trouve pas d'intérêt pour mon patient à la discussion entre kinésithérapeute et médecin généraliste	42 (59%)	17 (24%)	9 (13%)	2 (3%)	1 (1%)	1,63 1	0,91

Voici ci-dessus les résultats de l'échelle de Likert sur l'état actuel des échanges entre kinésithérapeutes et médecins généralistes, ainsi que l'évaluation des freins à la communication entre les deux disciplines. Comme expliqué dans la méthodologie, bien que les répondants aient été confrontés aux items dans un ordre aléatoire, je les ai repris ici par thèmes.

Analysons premièrement l'état actuel de la communication entre kinésithérapeutes et médecins généralistes en Belgique ;

Concernant le répondeur et la rapidité de réponse des médecins généralistes (questions 1a – 1b et 2a – 2b), la population sondée semble avoir un avis non-tranché sur la question, avec une moyenne avoisinant les 3.

Une réponse plus contrastée concerne la possibilité de joindre les médecins généralistes dans l'urgence (questions 4a – 4b), avec 48% des kinésithérapeutes qui y voient une difficulté. À l'inverse, 31-36% n'éprouvent pas de difficulté à contacter les médecins généralistes dans l'urgence, et 16-21% des répondants ne se sont pas prononcés.

Ensuite, les kinésithérapeutes s'accordent entre 52-70% pour affirmer que la discussion interdisciplinaire permet d'améliorer la prise en charge des patients (questions 3a – 3b), contre 11-25% qui n'en voient pas d'intérêt pour la prise en charge de leurs patients.

Enfin, 88% des kinésithérapeutes affirment qu'une augmentation de la fréquence des échanges entre les deux professions serait bénéfique pour leurs patients (question 5). Une minorité de 4% vont contre cette affirmation et 9% ont un avis neutre.

Passons maintenant aux résultats des freins que les kinésithérapeutes rencontrent pour communiquer avec les médecins généralistes ;

Le manque d'un canal clair de communication ainsi que le manque d'accessibilité des médecins (questions 6a – 6b et 7a – 7b) présentent un frein aux échanges pour respectivement 44-74% et 57-65% des kinésithérapeutes.

Le ressenti d'une hiérarchie entre les professions (question 9) ne semble pas représenter un obstacle à la communication interdisciplinaire pour les répondants, toutes tranches d'âge confondues. En effet, seulement 33% des interrogés ressentent une forme de hiérarchie entre les deux professions. Cependant, dans la tranche d'âge 20-29 ans, 45% perçoivent une

hiérarchie entre les deux disciplines, et celle-ci les freine dans leurs échanges. A l'inverse, ceci est objectivé auprès de seulement 22% des participants de plus de 30 ans.

Ce qui ressort également de l'étude est le manque d'engagement d'une communication interdisciplinaire à cause du manque de temps (questions 8a – 8b), ceci pour 64-65% des participants. Cependant, la non-rémunération des échanges (questions 10a – 10b) ne semble pas être un élément qui empêche d'engager une conversation, car 54-59% des kinésithérapeutes n'y voient pas une motivation pour échanger. Le manque d'intérêt (question 11) ne semble pas bloquer les kinésithérapeutes à engager une discussion interdisciplinaire, en effet, 83% des répondants semblent soutenir l'intérêt pour leurs patients.

Ensuite, s'est posée la question des fonctionnalités intéressantes à retrouver dans un DMI partagé afin de communiquer entre les professions de kinésithérapeutes et médecins généralistes ;

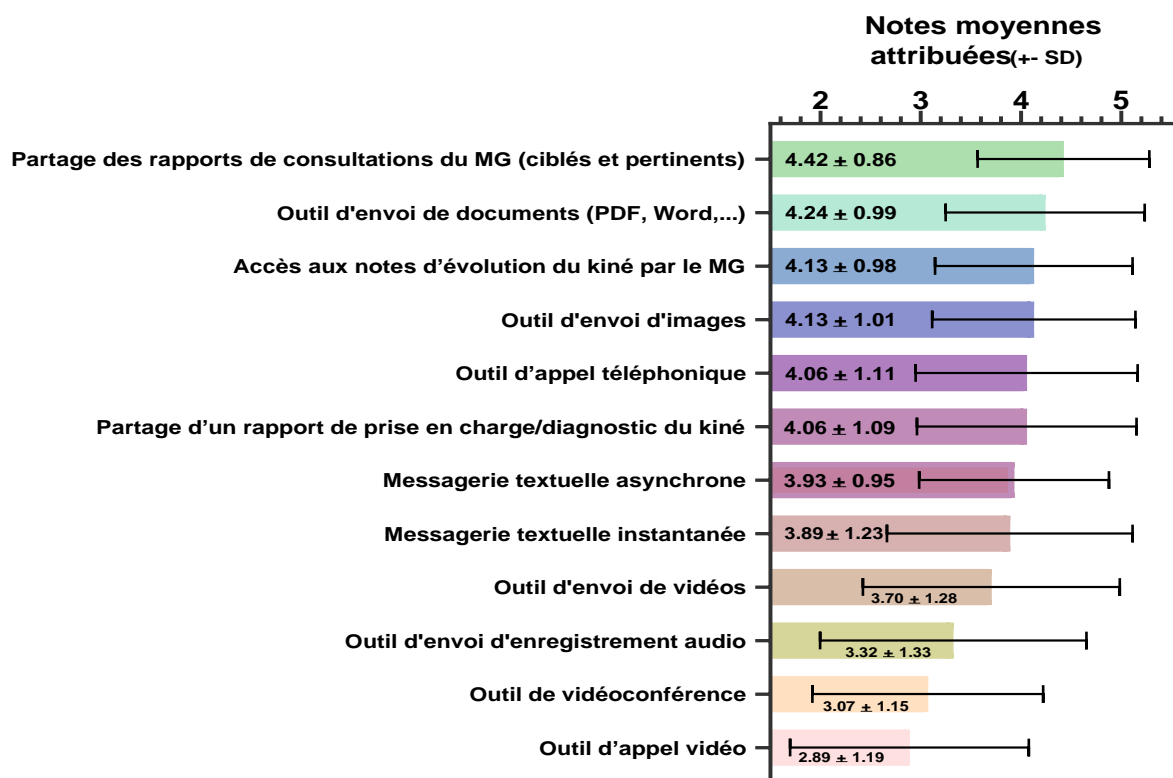


Figure 3 : fonctionnalités du DMI partagé évaluées par les kinésithérapeutes

Ce qui semble intéresser majoritairement les kinésithérapeutes serait d’avoir un accès aux notes de consultations des médecins généralistes pertinentes et ciblées à leur pratique. On retrouve un peu plus bas la réciprocité pour les médecins généralistes, avec l’accès par ceux-ci aux notes d’évolution du patient réalisée au cours des séances de kinésithérapie.

On remarque également qu’envoyer des pièces jointes, telles que des documents textuels, d’imagerie et de rapports de prise en charge ou rapport de diagnostic, semble important pour les kinésithérapeutes. Au contraire, pour les envois de type enregistrement audio et vidéo, ceci semble être moins relevant pour les répondants.

Enfin, les messageries asynchrones (comme les emails) ou messageries instantanées (Messenger, WhatsApp, Siilo, etc) suscitent plus d’intérêt que les outils de discussion par vidéo ou vidéoconférence.

Passons à l’analyse du questionnaire concernant l’agenda partagé entre kinésithérapeutes et médecins généralistes. Ces questions faisaient suite à une mise en situation clinique fictive décrite dans l’Annexe II ;

Tableau 4 : avis sur l'agenda partagé entre kinésithérapeutes et médecins généralistes

		1	2	3	4	5	Moyenne	Déviati on
							Médiane	standard
Pensez-vous qu'un agenda partagé permettrait ...	1a. ... de favoriser l'interdisciplinarité MG-kiné	3 (4%)	4 (6%)	16 (23%)	27 (38%)	21 (30%)	3,83 4	1,06
	1b. ... d'améliorer la communication entre MG-kiné	1 (1%)	6 (9%)	10 (14%)	26 (37%)	28 (39%)	4,04 4	1,01
	2. ... d'améliorer la qualité de prise en charge des patients	1 (1%)	6 (9%)	10 (14%)	27 (38%)	27 (38%)	4,03 4	1,00
	3. ... de diminuer le risque d'erreurs médicales	2 (3%)	5 (7%)	14 (20%)	30 (42%)	20 (28%)	3,86 4	1,00

L'outil que représente l'agenda partagé favoriserait la communication entre kinésithérapeutes et médecins généralistes (questions 1a – 1b) pour 68-76% des kinésithérapeutes, et au contraire, ne permettrait pas d'améliorer l'interdisciplinarité pour 10% des répondants. Le risque d'erreur de prise en charge (question 2) se verrait diminué pour 60% des répondants, contre 10% qui n'y voient pas d'impact sur le risque d'erreur.

Enfin, l'amélioration de la prise en charge avec un tel outil (question 3) serait favorable pour 76% des répondants, contre 10% qui n'y verraient pas d'impact sur la prise en charge de leurs patients.

Ensuite, une question ouverte permet aux répondants d'émettre un avis concernant l'outil de l'agenda partagé ;

Parmi les 31 commentaires rédigés (44% des participants au questionnaire), un questionnement a été émis concernant l'utilisation concrète de cet outil à cause du manque de temps des soignants (n = 14). Des solutions ont également été citées pour favoriser l'utilisation de l'agenda partagé : convivialité du logiciel (n = 3) et rentrer des informations structurées afin de permettre un gain de temps (n = 1).

Les autres remarques émises par rapport à l'agenda partagé sont reprises ci-dessous :

- Définir les objectifs du patient en concertation interdisciplinaire (kinésithérapeute – médecin généraliste) (n = 1) ;
- Souci de la faisabilité d'un tel outil (n = 1) ;
- Risque d'interférence dans les domaines de compétence de chacun (n = 1) ;
- Souhait d'étendre cet agenda partagé aux autres acteurs de première ligne actifs dans la revalidation d'un patient (n = 1) ;
- Risque de perte de liberté décisionnelle (n = 1).

D'autres remarques plus générales ont déjà été proposées à ce stade du questionnaire :

- Problème du manque d'informatisation des kinésithérapeutes (n = 1) ;
- Souhait d'un accès aux antécédents et éléments pertinents du dossier du patient (n = 1) ;
- Interpellation concernant la pluralité des DMI et en conséquent, du risque de ne pas pouvoir échanger par ce moyen si les soignants utilisent deux DMI différents (n = 1) ;

- Questionnement sur le secret médical au sein des DMI et peur que le virtuel ne puisse jamais remplacer un échange interpersonnel réel (n = 1) ;
- Manque de formation des médecins généralistes pour comprendre les compétences de kinésithérapeutes, représentant un frein à la communication (n = 1).

Les autres commentaires énonçant simplement un avis sans information additionnelle sont les suivants : intérêt pour cet outil (n = 6) ainsi que manque d'intérêt de cet outil (n = 1). Commentaire non-pertinent (n = 1).

Enfin, la dernière partie du questionnaire propose un espace de remarques globales par rapport au projet de communication interdisciplinaire via un DMI partagé ;

8 participants ont répondu à cette partie. Voici les nouvelles informations additionnelles pertinentes retrouvées :

- Envie d'un outil permettant aux kinésithérapeutes de mieux communiquer avec les mutuelles (n = 1) ;
- Souhait de rencontres physiques pour que les médecins généralistes et les kinésithérapeutes se rendent compte du travail de chacun, ce via des rencontres interdisciplinaires lors de GLEM/GLEK (n = 1) ;
- Intérêt de communiquer, surtout pour les patients dits « complexes » (n = 1).

VII. Discussion

Ce que ce questionnaire a apporté est un aperçu de l'interdisciplinarité actuelle entre kinésithérapeutes et médecins généralistes en Belgique, les freins à celle-ci, ainsi que les fonctionnalités d'un DMI partagé qui permettraient de favoriser l'interdisciplinarité au sein de celui-ci.

Avant toute chose, je souhaite revenir sur les biais, forces et faiblesses de mon travail de fin d'étude.

La taille de l'échantillon peut engendrer un biais vu le nombre réduit de participants (n = 71) par rapport à la population de kinésithérapeutes pratiquant en Belgique francophone (9961 kinésithérapeutes actifs professionnellement, lors du dernier recensement disponible en 2016)(13). Elle peut donc limiter l'analyse de certains résultats et m'a donc permis de faire

uniquement une analyse de ceux-ci de manière descriptive. Ensuite, le mode de diffusion informatique a probablement exclu une partie de la population étant moins habituée à utiliser internet, les réseaux sociaux ou les personnes limitées dans leur utilisation de l'informatique, étant donné que mon questionnaire était en ligne.

Concernant la représentativité de l'échantillon, je peux ajouter que la participation masculine est majoritaire avec 55% (n = 39) des répondants, contre 45% (n = 32) de participation féminine, ce qui ne correspond pas à la réalité de la population active de kinésithérapeutes en Belgique, avec une répartition de 40% d'hommes et 60% de femmes(13). De plus, la répartition des âges des répondants penche en faveur d'une population jeune, avec 44% de 20-29 ans (n = 31) et 56% de 30 à 69 ans (n = 40), ce qui n'est à nouveau pas représentatif de la réalité du terrain des kinésithérapeutes actifs en Belgique. En effet, la tranche d'âge inférieure à 29 ans représente 22% de la population de kinésithérapeutes active en Belgique(13), soit bien en-deçà de la proportion représentée dans le questionnaire.

Il existe un biais de participation et de non-réponse car les participants répondaient au questionnaire sur base volontaire, ceci impliquant que l'échantillon a été sélectionné de sorte que les kinésithérapeutes davantage intéressés par le sujet seraient plus enclins à répondre à cette enquête. De plus, malgré la relecture préalable par un membre du CAMG et par un groupe de kinésithérapeutes, il est possible que certains items comprennent du jargonage, double-négations ou autres biais de formulation, pouvant rendre la compréhension du questionnaire moins aisée.

En outre, ce travail relate uniquement l'avis des kinésithérapeutes quant à l'amélioration de l'interdisciplinarité entre les deux professions. Interroger les médecins généralistes obligerait en effet à devoir concevoir deux questionnaires différents devant être diffusés à deux groupes distincts, ce qui s'avère complexe en termes de ressources organisationnelles dans le cadre de ce TFE. Toutefois, le médecin généraliste informatisé étant déjà en contact, via son DMI, avec d'autres spécialités de soins de santé (médecins spécialistes et, depuis récemment, infirmières), je pense que les défis à l'interdisciplinarité entre médecins généralistes et kinésithérapeutes se situent davantage du côté de ces derniers, qui ont actuellement peu d'interactions interdisciplinaires via leur DMI (éventuel). Cette étude pourrait toutefois aisément être complétée à terme par une enquête auprès des médecins généralistes.

Enfin, malgré l'envie d'objectivité dans la réalisation de cette étude, l'engouement ressenti face à ce projet aura peut-être influencé la formulation des questions et propositions de réponses.

Une des forces de cette recherche est un respect strict de l'anonymat des participants lors de la récolte des réponses. Ceci aura permis aux participants de répondre de manière transparente à toutes les questions. De plus, elle permettra peut-être à certains kinésithérapeutes moins sensibilisés à la question de l'interdisciplinarité de s'y intéresser.

Cette étude quantitative aura également permis de répondre à la question posée. L'analyse descriptive des résultats aura permis de donner un aperçu de l'avis des kinésithérapeutes sur les caractéristiques d'un DMI favorisant l'interdisciplinarité entre kinésithérapeutes et médecins généralistes, ceci étant l'objectif principal de ce travail. En objectifs secondaires, nous avons également obtenu un aperçu de l'avis de l'échantillon sur la situation actuelle de la communication entre les deux professions et les freins à celle-ci en Belgique. Ce travail pourrait servir de base à l'élaboration d'un DMI partagé entre kinésithérapeutes et médecins généralistes au sein de Medispring.

À présent, revenons sur la discussion des résultats obtenus suite à la diffusion de mon questionnaire.

Dans cette étude, j'ai pu objectiver l'état de la communication actuelle entre kinésithérapeutes et médecins généralistes. Une majorité de kinésithérapeutes échangent à raison de 1x/mois avec les médecins généralistes et ces échanges se font majoritairement par emails ou appels téléphoniques. On peut observer une fréquence d'échange plus faible chez les femmes et les personnes de plus de 30 ans. Dans la littérature, on retrouve d'autres déterminants pouvant favoriser davantage l'interdisciplinarité, notamment la nécessité d'avoir une bonne disponibilité du réseau de référents de santé, la reconnaissance des responsabilités propres à chaque profession, ou encore la formation spécifique à l'interdisciplinarité lors des études de bacheliers et sur le lieu de travail(5).

Dans mon enquête, les principaux freins à l'interdisciplinarité sont le manque d'un canal clair de communication (à rappeler que la multiplicité des moyens d'échanges est vraie pour 72% des répondants), le manque d'accessibilité des médecins généralistes, ainsi que le manque de temps pouvant être consacré aux échanges interdisciplinaires. Contrairement à ce qui est

rapporté dans la littérature, la non-rémunération des échanges ainsi que le sentiment de hiérarchie entre les professions ne semblent pas être un frein à la communication(5, 6, 14). Toutefois, le sentiment de hiérarchie semble être plus prédominant auprès de la population de moins de 30 ans, où 45% des sondés estiment que ce ressenti les freine dans la prise de contact auprès des médecins généralistes.

Près de la moitié des répondants ont des difficultés à joindre les médecins généralistes dans des situations urgentes. Deux des solutions envisageables pour remédier à cette problématique seraient la possibilité de passer des appels téléphoniques ou l'envoi de messages instantanés au travers d'un DMI partagé. Parmi les fonctionnalités du DMI partagé proposées, on remarque toutefois auprès des répondants que l'outil d'appel téléphonique est davantage plébiscité que le système de messagerie textuelle instantanée, alors que, dans la littérature, ce dernier favorise de façon probante la collaboration interdisciplinaire via un DMI partagé(6, 10).

De plus, la majorité des kinésithérapeutes trouvent un intérêt à la communication interdisciplinaire et affirment que davantage d'interactions avec le médecin généraliste bénéficieraient à la qualité de soins de leur patient. Ceci corrobore les données de la littérature, qui démontrent les bienfaits de ces interactions sur la diminution du risque d'erreurs médicales et l'amélioration de la qualité des soins(1, 6, 15).

Enfin, les fonctionnalités nécessaires pour favoriser les bons échanges entre médecins généralistes et kinésithérapeutes selon le panel interrogé seraient l'accessibilité réciproque aux données de consultations pertinentes et ciblées, une possibilité d'envoi de documents, rapports et pièces-jointes de type images, et favoriser les moyens de communication de type téléphonique et messagerie asynchrone. L'outil d'agenda partagé a suscité de l'intérêt pour favoriser la communication interdisciplinaire, diminuer le risque d'erreurs médicales et améliorer la prise en charge des patients. Ceci corrobore également la littérature, à l'exception des appels téléphoniques comme explicité ci-dessus. En plus des fonctionnalités précitées, on peut retrouver dans la littérature que les échanges de graphiques interactifs, les to-do-list partagées ainsi que les échanges et rappels de pratiques EBM participent également à l'interdisciplinarité entre professions médicales et paramédicales(10).

Force est d'ajouter que le patient ne semble pas être le facteur limitant dans les échanges interdisciplinaires entre soignants. En effet, de nombreuses études montrent que les patients y sont favorables(16, 17). Pour les patients présentant certaines informations pouvant mener à des a priori des soignants ou ne souhaitant pas partager des informations de leur dossier médical, une possibilité serait de donner au patient le choix d'accepter de partager de telles informations, celui-ci restant le détenteur de ses informations médicales(12, 16).

À la lumière des résultats de cette étude, l'utilisation d'un DMI partagé pourrait permettre de :

- Fournir un canal clair et unique de communication ;
- Diminuer pour certains le sentiment de hiérarchie en fournissant un moyen de communication horizontal ;
- Rendre accessible les médecins généralistes via des moyens de communication rapides et non-rapides ;
- Favoriser les interactions interdisciplinaires avec tous les bénéfiques qui sont connus pour le patient, les soignants et la santé publique belge ;
- Servir de support au développement d'agendas partagés.

Un des éléments limitatifs dans la bonne collaboration entre kinésithérapeutes et médecins généralistes via un DMI partagé est l'utilisation même de ce DMI(10). Comme soulignés par certains commentaires laissés librement et la littérature scientifique, le risque de limitation d'utilisation d'un DMI partagé et de l'agenda partagé est la facilité d'utilisation, ainsi que l'aspect chronophage d'un tel outil(10). De plus, une sensibilisation des kinésithérapeutes et des médecins sera préalablement nécessaire afin de favoriser l'utilisation de cet outil ; le manque de connaissance et de sensibilisation aux fonctionnalités des DMI étant l'un des principaux freins à l'utilisation de celles-ci chez les kinésithérapeutes belges(18). Une formation à l'utilisation de ces fonctionnalités pourrait être réalisée dans le cadre des études de kinésithérapie et de médecine pour favoriser l'interdisciplinarité via une sensibilisation précoce à celle-ci(5, 6). Un autre moyen déjà utilisé pour augmenter l'utilisation des DMI par les kinésithérapeutes et les médecins consiste en l'obtention d'une prime annuelle octroyée par l'INAMI(19).

Il est important d'également considérer la sécurité des informations médicales dans l'échange de données entre professionnels de la santé. Bien que non-abordé dans mon questionnaire, l'envoi ou l'accès à des données propres du patient par d'autres acteurs des soins de santé nécessite de pouvoir en garantir la sécurité et la confidentialité(20). Face au nombre croissant de cyber-attaques dans le domaine des soins de santé, l'utilisation d'un DMI partagé sécurisé pourrait représenter un moyen de substitution intéressant à certains canaux de communications non-sécurisés actuellement utilisés (mails, messagerie instantanée, ...). Pour atteindre cet objectif, l'utilisation de la technologie « Blockchain » pourrait représenter une réelle opportunité et fait l'objet de nombreuses études dans le domaine du partage de données médicales(21-23). Cette technologie permet le stockage et la transmission de données de manière transparente et sécurisée, sans aucun organe de contrôle central, et tout en gardant l'historique de tous les échanges réalisés. Toutes les informations contenues dans les « blocs » sont également chiffrées, ce qui empêche toute modification des données par les utilisateurs. Il reste encore toutefois aujourd'hui de nombreuses limitations, d'ordres techniques, organisationnelles et légales, à l'utilisation de cette technologie(24).

Par ailleurs, il est important de souligner l'aspect juridique du partage d'informations médicales entre professionnels de santé. Le secret professionnel est régi par l'article 458 du Code pénal : *« Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent euros à cinq cents euros »*(25). Cette énumération de personnes soumises au secret professionnelle est donc non-exhaustive, et s'étend à toute personne confrontée à une information à caractère secret dans le cadre de son travail(26). L'article de loi ne couvre pas la réglementation concernant le partage du secret professionnel. Cependant, les juristes s'accordent à considérer que le partage d'informations médicales dans un but strictement professionnel est toléré(25). Il ne peut cependant se faire uniquement en obtenant l'accord préalable de la personne concernée, ne partager l'information qu'avec d'autres personnes tenues au secret professionnel et ayant la même mission, et ne partager que les informations nécessaires ou utiles(26).

Une autre problématique soulevée par un des répondants à l'étude est la pluralité des DMI des kinésithérapeutes et des médecins généralistes. En effet, on peut imaginer que si pour un même patient, le kinésithérapeute et le médecin généraliste utilisent un DMI différent, on perdra toutes les possibilités d'échanges précitées. Cette problématique est déjà une réalité, et ce, par exemple, pour les transferts de dossiers d'un DMI à l'autre. En 2008, le législateur a donc chargé la plateforme gouvernementale eHealth de définir des standards techniques et fonctionnels en matière d'informations de soins de santé auxquels les DMI doivent satisfaire, avec notamment une attention à l'interopérabilité entre supports informatiques(27). Comme précédemment explicité, une prime fédérale est octroyée en vue de favoriser l'utilisation des DMI et ce uniquement pour les DMI qui satisfont à ces standards, afin que les informations en matière de santé puissent être conservées et partagées correctement(28). Concernant les standards notamment utilisés actuellement et définis par la plateforme eHealth, citons(27) :

- Standard de communication ou Kmehr (Kind messages for Electronic Health Records) ;
- Standard pour résumés de santé du patient ou Sumehr (Summerized Electronic Health Records) ;
- Standard de codification (WHO ICD) ;
- Autres standards spécifiques (à la codification des images etc.).

Par extension, on pourrait imaginer qu'avec l'avènement des DMI partagés entre médecins et paramédicaux, la plateforme eHealth étendra ses standards d'interopérabilité entre DMI afin de promouvoir l'échange d'informations interprofessionnelles et ce dans l'intérêt du patient.

J'aimerais finir en discutant de l'outil de l'agenda partagé, dont les modalités et l'histoire clinique ont été imaginées par le Dr. François Roucoux et moi-même. Cet outil est fortement inspiré des itinéraires de soins de santé. Les itinéraires de soins ou *clinical pathways* sont des plans de soins structurés et multidisciplinaires pouvant être utilisés par les services de soins de santé et détaillant les étapes principales de prise en charge des patients avec un problème de santé précis(29). Ils répondent à la complexité que représentent certaines prises en charge, avec la pluralité des intervenants pour une pathologie donnée(30). Ils se basent sur les pratiques EBM et ont pour but de standardiser et d'optimiser les approches de prise en charge et de traitement, et de faciliter la coordination des soins(30). Prenons un exemple concret afin d'illustrer ces propos : un patient est diagnostiqué avec un cancer du poumon. À partir du diagnostic, le patient entre dans un itinéraire de soins, c'est-à-dire que sur base des

pratiques EBM, un schéma standard de prise en charge se dresse : une rencontre du patient avec l'oncologue/pneumologue, une rencontre avec l'infirmier coordinateur de soins, une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) est organisée, en fonction des décisions prises et sur base d'examens préalablement réalisés (Ct-scanner, Pet-Scanner, fibroscopie, anatomopathologie, etc.), le patient poursuit son cheminement en rencontrant le chirurgien et l'anesthésiste si une opération est envisageable, et/ou débute un traitement par radio-et/ou chimiothérapie, rencontre les équipes paramédicales oncologiques avec prise en charge notamment psychologique, etc. On voit donc la complexité de la prise en charge pour une pathologie donnée. En passant par la standardisation et l'optimisation, les itinéraires de soins ont pour but de diminuer le risque de complications dans les prises en charge, diminuer la longueur des prises en charge et des hospitalisations, et enfin de diminuer les coûts de soins de santé(30). Ces itinéraires de soins voient de nombreux intervenants se relayer, ceux-ci étant autant en seconde qu'en première ligne de soins. Un DMI offrant un outil d'agenda partagé pourrait servir de support à l'avènement de ces itinéraires de soins, dont l'utilisation pourrait largement croître dans les prochaines années. Au-delà de favoriser l'interdisciplinarité entre praticiens de première ligne, comme largement discuté dans ce TFE, cet outil pourrait servir de support afin de favoriser la continuité des soins entre acteurs de première et deuxième ligne de soins.

VIII. Conclusion

L'interdisciplinarité est nécessaire dans les soins de santé et bénéficie tant à la santé publique qu'aux patients, ainsi qu'aux soignants. Malgré son rôle central dans la prise en charge de nos patients, il est fréquent de voir des obstacles à l'interdisciplinarité. Une solution explorée dans ce travail est celle de l'utilisation d'un DMI partagé entre kinésithérapeutes et médecins généralistes afin de favoriser l'interdisciplinarité entre ces deux professions. Cette étude quantitative descriptive basée sur le point de vue des kinésithérapeutes francophones belges de première ligne pourra servir de base théorique à l'élaboration d'un DMI partagé par Medispring.

En m'appuyant sur les apports de ce TFE ainsi que sur la littérature, je sou mets les recommandations suivantes concernant les fonctionnalités à adopter en vue de l'élaboration d'un DMI partagé entre kinésithérapeutes et médecins généralistes :

- Proposer un moyen de communication urgent : outil de téléphonie intégrée ou de messagerie instantanée ;
- Proposer un moyen de communication non-urgent : messagerie asynchrone type email avec possibilité d'envoi de pièces-jointes ;
- Échange réciproque des notes de consultations ciblées et pertinentes ;
- Élaboration d'interfaces dynamiques entre kinésithérapeutes et médecins généraliste type agenda partagé, to-do-lists interactives, échanges de pratiques EBM ;
- Nécessité de facilité et rapidité d'utilisation de la plateforme ;
- Organisation d'initiations à ces fonctionnalités pour en favoriser l'utilisation ;
- Promesse de sécurité de l'information ;
- Satisfaire aux exigences de la plateforme gouvernementale eHealth.

Dans l'ère de l'avènement des hospitalisations à domicile et des *clinical pathways*, ce travail n'est que le balbutiement de toutes les potentialités qu'offrent les échanges interdisciplinaires via les DMI. De nombreuses autres professions médicales et fonctionnalités seront à explorer afin que le DMI du futur puisse offrir une interface capable de supporter les besoins en matière de soins de santé de demain.

IX. Annexes

1. Annexe I : détails de la recherche dans la littérature

Recherche dans Pubmed

Première question de recherche : (("Cooperative Behavior"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh] AND (y_10[Filter])) AND (telecommunication[MeSH Terms]). Obtention de 51 résultats.

Deuxième question de recherche : (((behavior, cooperative[MeSH Terms])) AND (primary health care[MeSH Terms]) AND (y_10[Filter])) AND (electronic health record[MeSH Terms]) AND (y_10[Filter])). Obtention de 49 résultats.

Pour les deux recherches, j'ai gardé 3 articles chacune, trouvés pertinents suite à la lecture de l'abstract

Articles retenus pour la première recherche :

- Mercer K, Neiterman E, Guirguis L, Burns C, Grindrod K. "My pharmacist": Creating and maintaining relationship between physicians and pharmacists in primary care settings. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. janv 2020;16(1):102 7.
- La Rocca A, Hoholm T. Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. *BMC Health Serv Res*. déc 2017;17(1):149.
- Sim TF, Hattingh HL, Sunderland B, Czarniak P. Effective communication and collaboration with health professionals: A qualitative study of primary care pharmacists in Western Australia. Schneider CR, éditeur. *PLoS ONE*. 11 juin 2020;15(6):e0234580.

Articles retenus pour la deuxième recherche :

- Denomme LB, Terry AL, Brown JB, Thind A, Stewart M. Primary health care teams' experience of electronic medical record use after adoption. *Fam Med*. oct 2011;43(9):638 42.
- Calman N, Hauser D, Lurio J, Wu WY, Pichardo M. Strengthening Public Health and Primary Care Collaboration Through Electronic Health Records. *Am J Public Health*. nov 2012;102(11):e13 8.

- Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health*. 18 déc 2014;fdu102.

Recherche dans Embase

Question de recherche : « 'primary health care' AND 'medical record' AND 'interdisciplinary communication' ». Obtention de 27 articles. Dont un article retenu :

- Rotenstein L, Tucker S, Kakoza R, Tishler L, Zai A, Wu C. The critical components of an electronic care plan tool for primary care: an exploratory qualitative study. *jhi*. 4 juill 2016;23(2):529.

Recherche dans Google Scholar

Question de recherche : « communication, primary health care, shared electronic records, interdisciplinary, communication, medicine ». Obtention de 116 000 résultats. Dont 6 articles sélectionnés après une première sélection via les titres des 10 premières pages de recherche (la suite devenant non pertinente à ma question de recherche), et une deuxième sélection via lecture des abstracts.

- Al Sayah F, Szafran O, Robertson S, Bell NR, Williams B. Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *J Clin Nurs*. oct 2014;23(19 20):2968 79.
- Evans RS. Electronic Health Records: Then, Now, and in the Future. *Yearb Med Inform*. août 2016;25(S 01):S48 61.
- Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, Greer-Williams N. Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel: Interdisciplinary Communication and Collaboration. *Journal of Nursing Scholarship*. mai 2015;47(3):275 84.
- de Jong CC, Ros WJ, van Leeuwen M, Schrijvers G. How Professionals Share an E-Care Plan for the Elderly in Primary Care: Evaluating the Use of an E-Communication Tool by Different Combinations of Professionals. *J Med Internet Res*. 24 nov 2016;18(11):e304.
- Zwarenstein M, Rice K, Gotlib-Conn L, Kenaszchuk C, Reeves S. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other

professions on general internal medicine wards. BMC Health Serv Res. déc 2013;13(1):494.

- Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. Int J Clin Pract. nov 2015;69(11):1257-67.

Recherche dans CINAHL

Question de recherche : « Interdisciplinary communication AND primary health care ».

Obtention de 6 articles. Dont 1 article sélectionné.

- Dudley N, Ritchie CS, Rehm RS, Chapman SA, Wallhagen MI. Facilitators and Barriers to Interdisciplinary Communication between Providers in Primary Care and Palliative Care. Journal of Palliative Medicine. mars 2019;22(3):243-9.

2. Annexe II : questionnaire réalisé via Google Form

1. Je suis kinésithérapeute exerçant (cocher plusieurs réponses si cela s'applique) :

- Seul
- En association avec d'autres kinésithérapeutes ou paramédicaux
- En association, notamment avec des médecins généralistes
- En maison médicale avec projet social
- Etudiant en kinésithérapie

2. Mon âge :

- 19 ans et moins
- Entre 20 et 29 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- Entre 60 et 69 ans
- Plus de 70 ans

3. Je suis :

- Une femme
- Un homme
- Autre/je ne préfère pas préciser

4. A quelle fréquence échangez-vous en moyenne avec les médecins généralistes ?

- Plusieurs fois par jour
- 1x/jour
- 1x/semaine
- 1x/mois
- 1x/an
- Jamais

5. Quelles sont vos modalités d'échanges ? (Cocher plusieurs réponses si cela s'applique)

- Appels téléphoniques
- Réunions physiques
- Vidéoconférences
- Emails
- SMS
- Messagerie instantanée (Whatsapp, Siilo, etc)
- Courriers
- Cahiers de liaison
- Autre(s)

5bis. Si vous avez coché la réponse "Autre(s)" à la question précédente, précisez :

6. Veuillez cocher à chaque proposition :

6.1 L'absence de réponse suite à une sollicitation non-urgente est fréquente

- Totallement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.2 Ce qui m'empêche d'échanger avec les médecins généralistes est le manque de temps

- Totallement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.3 Les informations que je tire des échanges avec les médecins généralistes ont peu d'impact sur la prise en charge de mes patients

- Totallement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.4 Je ne retrouve pas toujours où est ce qu'une information a été donnée à cause de la pluralité des moyens de communication

- Totallement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.5 Le délai de réponse à mes questions est souvent long

- Totallement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.6 Le manque d'accessibilité des médecins généraliste me freine dans mes échanges

- Totallement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.7 Ce qui ressort des interactions avec un médecin généraliste me permet de mieux prendre en charge mon patient

- Totallement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.8 Le manque d'un canal clair de communication est un frein aux échanges avec le médecin généraliste

- Totallement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.9 J'obtiens une réponse à mes questions dans un délai tout à fait acceptable

- Totallement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.10 Je ne trouve pas d'intérêt pour mon patient à la discussion entre kinésithérapeute et médecin généraliste

- Totallement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.11 J'ai difficile à réussir à entrer directement en contact avec un médecin généraliste

- Totallement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.12 Je serais plus enclin à engager des échanges si ceux-ci étaient rémunérés

- Totallement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.13 J'obtiens facilement des réponses à mes questions non urgentes

- Totallement en désaccord

- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.14 J'ai du mal à faire parvenir une information urgente au médecin généraliste des patients

- Totalement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.15 La non-rémunération des discussions interdisciplinaires ne m'incite pas à échanger avec les généralistes

- Totalement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.16 Le manque de temps me freine dans les échanges avec les médecins généralistes

- Totalement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.17 Je suis persuadé que plus d'interaction kiné-MG permettrait d'améliorer la prise en charge de mes patients

- Totalement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.18 La perception d'une hiérarchie entre disciplines me freine dans la prise de contact avec les médecins

- Totalement en désaccord
- Partiellement en désaccord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

6.19 Il est facile de pouvoir joindre un médecin généraliste lorsque j'ai un besoin urgent de communiquer

- Totalement en désaccord
- Partiellement en désaccord

- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Partiellement d'accord
- Tout à fait d'accord

7. Notez de 1 à 5 ces différentes fonctionnalités de partage d'informations au sein d'un DMI en fonction de leur potentiel pour faciliter la communication entre kinésithérapeutes et médecins généralistes.

Systeme de cotation : 1 = aucun intérêt, 5 = intérêt maximal

- Systeme de messagerie textuel instantanée (type Siilo, Whatsapp, etc) 1 2 3 4 5
- Systeme de messagerie textuel asynchrone (type Email) 1 2 3 4 5
- Possibilité d'envoyer des images 1 2 3 4 5
- Possibilité d'envoyer des vidéos 1 2 3 4 5
- Possibilité d'envoyer des enregistrements audio 1 2 3 4 5
- Possibilité d'envoyer des documents (type PDF, Word, etc) 1 2 3 4 5
- Outil d'appel téléphonique 1 2 3 4 5
- Outil d'appel vidéo 1 2 3 4 5
- Outil de vidéoconférence (type Teams, Skype, Zoom, etc) pour l'équipe de soin interdisciplinaire 1 2 3 4 5
- Partage des rapports de consultation du MG (consultations ciblées et pertinentes) 1 2 3 4 5
- Accès à vos notes d'évolution par le MG 1 2 3 4 5
- Envoi d'un rapport de fin de prise en charge/bilan diagnostique par le kinésithérapeute 1 2 3 4 5

8. Intérêt d'un agenda partagé :

Mise en situation clinique :

Un patient âgé de 85 ans présentant une chute au domicile avec fracture du col du fémur. Placement d'un clou gamma avec début de revalidation dans le service. Retour au domicile avec nécessité de poursuite de la revalidation ainsi que réalisation d'une évaluation du risque de chute.

Au début du retour au domicile, vous réalisez des scores pour évaluer le risque de chute (Tinetti, TUG, test de 6 minutes, etc) afin d'avoir des données objectives sur l'état initial du patient.

Vous discutez des objectifs du patient en fonction de ses besoins. Ici, le patient vivant seul au domicile, son souhait est de pouvoir marcher avec déambulateur et savoir se tenir de manière statique afin de pouvoir se laver et cuisiner de manière indépendante.

Votre suivi se poursuivra afin de l'accompagner dans la rééducation à la marche, le travail de l'équilibre et dans le renforcement musculaire, en vue de cet objectif.

Vous vous rendez compte que le patient est très douloureux dans la réalisation des exercices, vous souhaitez contacter le médecin traitant (Temps 1).

Après plusieurs semaines de suivi, vous réalisez à nouveau les scores précités afin de réévaluer l'évolution du patient. Vous remarquez que monsieur présente un risque de chute qui reste très important malgré le suivi kinésithérapeutique. Vous remarquez que le patient prend des médicaments favorisant le risque de chute et aimeriez en discuter avec le médecin traitant (Temps 2).

Agenda partagé

Avec le médecin généraliste, vous partagez sur votre DMI respectif un agenda avec des échéances fixées pour accompagner la revalidation en fonction des objectifs du patient.

Dans cet agenda, vous avez des "check-point" qui permettent d'évaluer, de manière structurée (scores, questions clés) ou non structurée, l'évolution du patient, avec un déclenchement d'alerte automatiquement envoyée au médecin généraliste si les objectifs préalablement établis avec le patient ne sont pas atteints.

Des alertes manuelles peuvent être également transmises si un problème est rencontré dans le suivi kiné.

Dans notre exemple, imaginons que les scores initiaux sont remplis et sont stockés dans le dossier, ainsi qu'envoyés directement au MG. Au temps 1, une alerte manuelle est envoyée au médecin généraliste pour faire part d'une antalgie insuffisante, afin que le MG puisse réévaluer le traitement. Au temps 2, les scores de Tinetti, TUG, etc sont à nouveau envoyés au MG afin de lui faire part de l'atteinte partielle des objectifs et transmission de l'inquiétude quant au traitement.

Pensez-vous qu'un agenda partagé permettrait ... :

- de favoriser l'interdisciplinaire MG-kiné
 - Totalement en désaccord
 - Partiellement en désaccord
 - Ni d'accord, ni pas d'accord
 - Partiellement d'accord
 - Tout à fait d'accord

- d'améliorer la communication entre MG-kiné
 - Totalement en désaccord
 - Partiellement en désaccord
 - Ni d'accord, ni pas d'accord
 - Partiellement d'accord
 - Tout à fait d'accord

- d'améliorer la qualité de prise en charge des patients
 - Totalement en désaccord
 - Partiellement en désaccord
 - Ni d'accord, ni pas d'accord
 - Partiellement d'accord
 - Tout à fait d'accord

- de diminuer le risque d'erreurs médicales
 - Totalement en désaccord
 - Partiellement en désaccord
 - Ni d'accord, ni pas d'accord
 - Partiellement d'accord
 - Tout à fait d'accord

PDF du formulaire GEIMG.

Le but de la démarche est de permettre d'identifier s'il est nécessaire ou pas de soumettre, avant la rédaction du TFE, un dossier à un des trois comités d'éthique universitaires :

- le comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire UCLouvain
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire Erasme – ULB

Chercheur

Docteur Jacquemin Auriane.

Email : auriane.jacquemin@student.uclouvain.be

Gsm : 0496487952

Candidat en master de spécialisation en MG à l'UCL.

Tuteur

Docteur à définir Sans objet .

Email : inconnu

Gsm : Sans objet

TFE en Médecine générale

Travail de fin d'étude dans le cadre d'un master de spécialisation en médecine générale.

Quel sera le titre prévu pour votre TFE ?

Pouvons-nous utiliser les nouvelles technologies de communication pour améliorer la prise en charge pluridisciplinaire de première ligne des patients ?

Discipline dont relève l'étude

Médecine générale. Etude universitaire non commerciale.

Objectif du TFE (question de recherche)

Développer un outil informatique de discussion entre les acteurs de première ligne

Année académique de présentation du TFE

2022-2023.

Description du TFE

Etude qualitative sur l'impact dans la pratique des paramédicaux de cet outil informatique

Résumez succinctement votre TFE (maximum 250 signes)

Recherche scientifique, qualitative auprès des intéressés et développement d'un outil informatique d'interaction entre praticiens de première ligne

Quels sont les objectifs de votre recherche (minimum 1500 signes) ?

Développer une plateforme d'échange entre les acteurs de la santé de première ligne, afin d'optimiser les interactions entre ceux-ci.

Souvent informelles et désorganisées, ces interactions se font (si elles se font), hors des maisons médicales ou des collaborations pluridisciplinaires, entre deux consultations, par appels et souvent à

des moments inopportuns.

D'un côté, les paramédicaux pourront avoir accès à certains contenus médicaux pertinents à leur pratique, par exemple :

- Accès pour un kinésithérapeute au compte rendu de la consultation chez l'orthopédiste, la radiographie, ...
- Accès pour un pharmacien aux traitements prescrits par le médecin, antécédents, prises de sang (dernière fonction rénale, hépatique, ...)

D'un autre côté, les médecins généralistes pourront avoir un retour sur le suivi de leurs patients en voyant le contenu des consultations/prises en charges ou un simple commentaire laissé par les paramédicaux.

Questionnement :

Dans un premier temps, mon but serait de m'informer sur l'intérêt et la manière d'échanger des informations médicales entre les professionnels de santé de première ligne, en connaître l'impact sur la qualité des soins.

Ensuite, j'aimerais me concentrer sur 3 classes de professionnels de la santé différents : les kinésithérapeutes, les infirmiers et les pharmaciens. J'aimerais les rencontrer et connaître leur intérêt concernant le développement d'une telle plateforme.

Enfin, je voudrais éventuellement imaginer l'organisation de cette plateforme.

Avez-vous d'autres informations utiles à apporter pour permettre aux membres du GEIMG de comprendre votre travail ?

Une potentielle collaboration avec Medispring est en cours de parlementation

Domaines exclusifs du TFE

S'agit-il UNIQUEMENT de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, SANS CARACTERE DELICAT comme, par exemple, des antécédents de burnout, conflits professionnels graves, assuétudes, ...) ?

Oui

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'une enquête sur l'organisation matérielle de soins (organisation d'un cabinet ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion de flux de patients, comptabilisation de journée d'hospitalisation, coût de soins, ...) ?

Oui

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, enquête sur les réseaux sociaux, ...), par exemple, sur les habitudes sportives, alimentaires, etc., sans caractère intrusif ?

Non

S'agit-il UNIQUEMENT d'une revue bibliographique ?

Non

Description de la méthodologie utilisée pour le TFE

Quelle méthodologie sera utilisée pour le TFE ?

Dans le cas d'une recherche littérature,

- **Quels mots clés seront utilisés ?**
Sans objet
- **Dans quels types de littérature ?**
Sans objet
- **Quels critères d'inclusion/d'exclusion ?**
Sans objet
- **Quelle période (x dernières années) ?**
Sans objet
- **Full-text/abstract, ... ?**
Sans objet
- **Autres précisions ?**
Sans objet

Dans le cas d'une recherche qualitative,

- **Quel public cible ?**
Paramédicaux : kinésithérapeutes, infirmiers et pharmaciens
- **Quels outils seront utilisés (enquête, focus group, interviews, entretiens semi-dirigés) ?**
Interviews
- **Quel type d'analyse sera mise en œuvre (théorisation ancrée, analyse thématique, ...) ?**
Analyse thématique
- **Quels moyens d'enregistrement et d'anonymisation seront utilisés ?**
Enregistrement vocal des interviews avec retranscription sans citation de nom ou de lieu de travail

Dans le cas d'une recherche quantitative,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Quelle est la méthode de recrutement ?**
Sans objet
- **Quel est le type d'échantillonnage ?**
Sans objet
- **Quelles sont les procédures d'analyse ?**
Sans objet
- **Quelle est la procédure d'anonymisation ?**

Sans objet

S'il s'agit d'un travail assurance qualité,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Décrivez le type de travail assurance qualité**
Sans objet

S'il s'agit d'une recherche-action,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Décrivez le type de recherche-action**
Sans objet

S'il s'agit d'une autre méthodologie,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Décrivez cette autre méthodologie**
Sans objet

S'agit-il d'une recherche clinique interventionnelle (PICO) ?

Non

- **Quelle est la population cible ?**
Sans objet
- **Quels sont les critères d'inclusion/exclusion ?**
Sans objet
- **Quelle est l'intervention ?**
Sans objet
- **Quel est le comparateur ?**
Sans objet
- **Autres précisions ?**
Sans objet

Étude sur un médicament

L'étude porte-t-elle sur l'expérimentation d'un médicament ou encore des changements de doses, des changements d'heure de prise, une dé-prescription, ... ?

Non

Si OUI, compte tenu des données disponibles actuellement, estimez-vous que l'expérimentation est de nature à entraîner un risque ?

Sans objet

Si OUI, décrivez le risque de l'expérimentation :

Sans objet

Si NON, justifiez en quoi l'expérimentation n'entraîne pas de risque :

Sans objet

Étude sur un dispositif médical

L'étude porte-t-elle sur un dispositif médical ?

Non

Si OUI, expliquez comment le dispositif est utilisé dans l'indication du fabricant ?

Sans objet

Recherche auprès de personnes

Allez-vous mener une étude auprès de personnes ?

Non

Si OUI, quel en est le (les) public(s) cible(s) ?

Sans objet

Si OUI, quelle(s) type(s) de méthodologie allez-vous utiliser pour cette recherche auprès de personnes ?

Sans objet

Si OUI, avez-vous prévu un document de consentement éclairé pour les personnes participantes ?

Sans objet

Si OUI, la confidentialité et l'anonymisation des données de l'étude seront-elles mentionnées et assurées ?

Sans objet

Si OUI, décrivez comment vous allez garantir la protection de la vie privée des participants à l'étude ? Précisez les mesures prises.

Sans objet

Si OUI, quelle sera la date de début de l'étude prévue auprès des personnes ?

Sans objet

Si OUI, quelle sera la date de fin de l'étude prévue auprès des personnes ?

Sans objet

Questions spécifiques

L'étude est-elle destinée à être publiée dans une revue (hors www.mgtfe.be) ?

Non

L'étude est-elle interventionnelle chez des patients ? Allez-vous tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur ?

Non

L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc....) ?

Non

L'étude comporte-t-elle des interviews d'enfants mineurs d'âge ?

Non

SI OUI, avez-vous prévu un document de consentement éclairé pour les parents ou les tuteurs des mineurs concernés ?

Sans objet

Y-a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ?

Non

Y-a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, ...) ?

Non

Responsabilités et engagements

Je confirme que les informations fournies dans ce document sont correctes.

Je pense que cette étude pourra être menée dans le respect du protocole et des principes de la "Déclaration d'Helsinki", des "Bonnes Pratiques Cliniques" et de la législation belge relative à la protection de la vie privée des patients et des participants et aux expérimentations sur embryon/sur la personne humaine/sur le matériel corps humain.

Je m'engage à exercer mes responsabilités de chercheur principal pour cette étude. **L'investigateur porte toute la responsabilité administrative et pratique de l'organisation locale d'un projet de recherche clinique. Cette responsabilité est à la fois médicale (paramédicale) et légale. Elle s'exerce vis-à-vis du tuteur, de l'institution, du participant et du Comité d'Ethique.**

J'ai pris les mesures requises pour assurer la protection des participants que je recruterai pour cette étude. Ceci signifie notamment :

- qu'aucune donnée d'identification ne sera accessible à des tiers.
- qu'aucune association de données pouvant permettre la ré-identification des participants ne sera accessible à des tiers.
- que les fichiers informatiques, les documents papiers, les documents audio, les documents vidéo contenant les données récoltées seront protégés des utilisations abusives.

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 27/04/2022

ULiège (Montrieux Christian) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (Lamy Dominique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Vanderhofstadt Quentin) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les avis correspondent à 3 « A », le GEIMG décide que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

« Nous vous invitons à joindre cette décision du GEIMG en annexe de votre TFE. Vous pourrez ainsi attester de votre démarche éthique auprès du jury interuniversitaire »

X. Bibliographie

1. Morley L, Cashell A. Collaboration in health care. *Journal of medical imaging and radiation sciences*. 2017;48(2):207-16.
2. Barbara Dufour GF, Alain Maingain. *Approches didactiques de l'interdisciplinarité: De Boeck*; 2013.
3. Kuehn A, Sullivan T. *Collaboration: a health care imperative*. 1998.
4. Bosch B, Mansell H. Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports. *Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada*. 2015;148(4):176-9.
5. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIEvidence Synthesis*. 2017;15(11):2723-88.
6. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of public health*. 2015;37(4):716-27.
7. Zwarenstein M, Rice K, Gotlib-Conn L, Kenaszchuk C, Reeves S. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC health services research*. 2013;13(1):1-9.
8. Lexique e-santé: e-santé; 2016 [Available from: https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/file/view/479d01e7a17d7556ad63d348d087f085?file_name=2016_02_23_lexique.pdf]. Consulté le 25/03/23.
9. Menachemi N, Collum TH. Benefits and drawbacks of electronic health record systems. *Risk management and healthcare policy*. 2011:47-55.
10. Watterson JL, Rodriguez HP, Aguilera A, Shortell SM. Ease of use of electronic health records and relational coordination among primary care team members. *Health care management review*. 2020;45(3):267-75.
11. Alanazi B, Butler-Henderson K, Alanazi MR. The role of electronic health records in improving communication between health professionals in primary healthcare centres in Riyadh: Perception of health professionals. *Studies in health technology and informatics*. 2019;264:499-503.
12. Lehnbohm EC, McLachlan AJ, Brien J-aE. A qualitative study of Swedes' opinions about shared electronic health records. *MEDINFO 2013: IOS Press*; 2013. p. 3-7.
13. PlanCad Kinésithérapeutes 2004-2016 CPdpdsds, Service Professions des soins de, santé et pratique professionnelle DSds, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement,, 2019 j.
14. Wranik WD, Haydt SM, Katz A, Levy AR, Korchagina M, Edwards JM, et al. Funding and remuneration of interdisciplinary primary care teams in Canada: a conceptual framework and application. *BMC health services research*. 2017;17:1-12.
15. Varpio L, Hall P, Lingard L, Schryer CF. Interprofessional communication and medical error: a reframing of research questions and approaches. *Academic Medicine*. 2008;83(10):S76-S81.
16. Powell J, Fitton R, Fitton C. Sharing electronic health records: the patient view. *Informatics in primary care*. 2006;14(1).
17. Wolff JL, Darer JD, Berger A, Clarke D, Green JA, Stametz RA, et al. Inviting patients and care partners to read doctors' notes: OpenNotes and shared access to electronic medical records. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2017;24(e1):e166-e72.
18. Subts R. *THE USE OF ELECTRONIC HEALTH RECORDS IN BELGIAN PHYSIOTHERAPY*: Ghent University; 2017.
19. Notre intervention dans le coût de votre logiciel de gestion de dossiers: INAMI; 2023 [Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/kinesitherapeutes/Pages/intervention-cout-logiciel.aspx>]. Consulté le 25/03/23.

20. Christiansen EK, Skipenes E, Hausken MF, Skeie S, Østbye T, Iversen MM. Shared electronic health record systems: key legal and security challenges. *Journal of diabetes science and technology*. 2017;11(6):1234-9.
21. Kassab M, DeFranco J, Malas T, Neto VVG, Destefanis G, editors. Blockchain: A panacea for electronic health records? 2019 IEEE/ACM 1st International Workshop on Software Engineering for Healthcare (SEH); 2019: IEEE.
22. Shi S, He D, Li L, Kumar N, Khan MK, Choo K-KR. Applications of blockchain in ensuring the security and privacy of electronic health record systems: A survey. *Computers & security*. 2020;97:101966.
23. Mayer AH, da Costa CA, Righi RdR. Electronic health records in a Blockchain: A systematic review. *Health informatics journal*. 2020;26(2):1273-88.
24. Attaran M. Blockchain technology in healthcare: Challenges and opportunities. *International Journal of Healthcare Management*. 2022;15(1):70-83.
25. STAROUKINE DM. Le secret professionnel médical: Ordre des Médecins, Bruxelles et Brabant Wallon; 2008 [Available from: <https://www.ombbw.be/fr/l-ordre/online-library/item/152-le-secret-professionnel-medical>]. Consulté le 11/04/23.
26. Secret professionnel et secret professionnel partagé: Wikiwiph; 2015 [Available from: <https://wikiwiph.aviq.be/Pages/Secret-professionnel-et-secret-professionnel-partag%C3%A9.aspx>]. Consulté le 11/04/23.
27. Gov e. Standards [Available from: <https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr/standards>]. Consulté le 11/04/23.
28. Robben F. L'échange d'informations électroniques dans les soins de santé en Belgique 2016 [Available from: <https://www.frankrobben.be/fr/lechange-dinformatons-electroniques-dans-les-soins-de-sante-en-belgique/>]. Consulté le 11/04/23.
29. Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane database of systematic reviews*. 2010(3).
30. Neame MT, Chacko J, Surace AE, Sinha IP, Hawcutt DB. A systematic review of the effects of implementing clinical pathways supported by health information technologies. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2019;26(4):356-63.