

TRAVAIL DE FIN D'ETUDE

ANNEE 2020

DEUXIEME ANNEE MASTER COMPLEMENTAIRE DE

MEDECINE GENERALE



**Analyse qualitative de la communication entre
généralistes et kinésithérapeutes en région
beaurinoise en 2020 et améliorations possibles afin
d'optimiser la qualité des soins**

Rédacteur/Investigateur : Dr Florence ROUARD

Promoteur : Dr Pascale NOIRHOMME

Tuteur : Dr Gilles CUVELIER

I. Table des matières

I. TABLE DES MATIERES.....	3
II. REMERCIEMENTS.....	5
III. GLOSSAIRE	6
IV. ABSTRACT	7
V. INTRODUCTION	8
VI. METHODOLOGIE.....	10
1. REVUE DE LA LITTERATURE ET AUTRES SOURCES.....	10
2. METHODE DE TRAVAIL	11
VII. RESULTATS.....	13
1. COMPOSITION DES GROUPES ET DEROULEMENT DES ENTRETIENS.....	13
2. ÉTAT DES LIEUX	13
2.1. Perception de la communication actuelle	15
2.2. Par quels moyens communique-t-on aujourd'hui ?.....	15
2.2.1. La prescription.....	15
2.2.2. Le patient.....	16
2.2.3. Le téléphone.....	16
2.2.4. Les réunions (in)formelles	16
2.2.5. Le rapport sur un bout de papier ou par mail.....	17
2.3. Intérêts de la communication	17
2.3.1. Pour le patient.....	17
2.3.4. Pour les professionnels	18
2.4. Les freins à la communication	21
2.4.1. Génération X.....	21
2.4.2. Des moyens de communication peu efficaces.....	22
2.4.3. Le temps... c'est de l'argent !.....	24
2.4.4. Méconnaissance des besoins de l'autre.....	25
2.5. Ce qui favorise la collaboration.....	26
2.5.1. Une question de proximité	26
2.5.2. Une évolution des mentalités et des pratiques.....	26
2.5.3. (Re)Connaissance des compétences de l'autre.....	27
3. PISTES D'AMELIORATION ?	28
3.1. La communication informatisée.....	28
3.1.1. Une prescription éclairée : « Ni trop ni trop peu »	29
3.1.2. Le rapport du kiné : simple, efficace et intégré.....	30
3.1.3. Craintes de ces outils et difficultés rencontrées.....	31
3.1.4. Ce qui inciteraient les kinés à écrire cet e-rapport	32

3.2. Formations communes.....	32
3.3. Hotline.....	33
VIII. DISCUSSION.....	34
1. RAPPEL DES RESULTATS.....	34
2. FORCE, LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	36
3. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	37
3.1. Le contexte actuel de la collaboration médecin-kiné.....	37
3.1.1. Intérêts de la collaboration	37
3.1.2. Les facteurs influençant la collaboration	39
3.2. Pistes d'amélioration	41
3.2.1. La communication informatisée.....	42
3.2.2. Une formation commune.....	47
3.2.3. La hotline.....	49
3.2.4. Evaluation	50
IX. CONCLUSION	51
X. BIBLIOGRAPHIE	53
XI. ANNEXES	55
ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIEN.....	55
ANNEXE 2 - CONSENTEMENT ECLAIRE.....	56
ANNEXE 3 - COMPOSITION DES GROUPES : DÉTAILS.....	58
ANNEXE 4 - ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	59
ANNEXE 5 – CONCEPT D'E-SANTE EN BELGIQUE	63
ANNEXE 6 – DROITS D'ACCES AU RSW	65
ANNEXE 7A – PRESCRIPTION TYPE	67
ANNEXE 7B – RAPPORT TYPE	68

II. Remerciements

Au terme de ce parcours, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail. Tout d'abord, merci à l'ensemble des médecins et kinésithérapeutes de m'avoir consacré un peu de leur précieux temps pour répondre à mes questions.

Aux Dr Quentin Vanderhofstadt et Philippe Jongen pour leurs éclaircissements quant aux recherches de terrain actuellement menées en Belgique en terme de collaboration interprofessionnelle et d'e-Santé. Par votre aide, j'ai pu contextualiser mon travail avec des données concrètes. Ce fut un réel plaisir d'échanger avec vous.

A mes maîtres de stage, Manuel Motte et Pierre Leclercq, pour leur souplesse horaire m'ayant permis de réaliser les différents entretiens et assumer les diverses contraintes pratiques liées à ce TFE.

A mes amis et à ma famille pour leur soutien indéfectible lors de mes innombrables moments de doute. A mes parents pour leur relecture attentive. A Gilles et Alice, pour leur accueil, leur disponibilité, mais aussi et surtout pour m'avoir guidée et permis de garder le cap lors de mes tergiversations multiples à des moments peu stratégiques. Ce travail n'aurait pas vu le jour sans vous.

A Justin, pour m'avoir écoutée et supportée tout au long de ce fameux périple.

III. Glossaire

CDLH : Cebam Digital Library for Health

CIP : Collaboration interprofessionnelle

Covid19 : Coronavirus Infectious Disease 2019

DMG : Dossier Médical Global

DMI : Dossier Médical Informatisé

GLEM : Groupe local d'évaluation médicale

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

OMS : Organisation mondiale de la santé

Plan IMRaD : Introduction, Méthodes, Résultats et (and) Discussion

RGPD : Règlement général sur la protection des données

RSW : Réseau Santé Wallon

SUMEHR : SUMmarized Electronic Health Record

TFE : Travail de fin d'étude

TIC : Technologies de l'information et de la communication

UCL : Université Catholique de Louvain

IV. Abstract

La collaboration interprofessionnelle fait partie des grands défis que la première ligne aura à relever ces prochaines années. Le généraliste est au cœur du parcours de soins du patient. En tant que coordinateur, il est amené à communiquer de manière efficace avec l'ensemble de ses confrères, dont les kinésithérapeutes. Or, il semble que les échanges soient peu fréquents et parfois inadaptés aux besoins de chacun. Ce travail avait pour but de 1) dresser un état des lieux de la communication médecin-kiné, 2) identifier les facteurs l'influençant et 3) relever des pistes d'amélioration afin d'optimiser la qualité des soins.

Une recherche qualitative a été menée par des entretiens individuels organisés autour d'un guide d'entretien semi-directif. Quinze entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes et kinésithérapeutes de la région semi-rurale de Beauraing dans la province de Namur. Les critères de sélection se sont basés sur le sexe, le type et les années de pratique. Les résultats ont été analysés selon le principe de théorisation ancrée.

L'analyse des résultats a fait état d'une relation interprofessionnelle jugée satisfaisante par les praticiens, bien que la fréquence des interactions était faible. Les facteurs influençant cette communication ont été classés en trois catégories (interpersonnel, organisationnel et systémique) et considérés comme interdépendants. Trois pistes d'amélioration ont été retenues, à savoir le développement d'une communication informatique sécurisée, d'une hotline et le besoin de formations communes. Enfin, un outil de communication a été proposé.

Des études à plus large échelle permettraient de vérifier si ces résultats sont généralisables. En outre, il faudra songer à évaluer l'impact de ces nouvelles mesures via différents indicateurs, comme l'efficacité des traitements de kiné, l'amélioration de la prise en charge de diverses pathologies chroniques, la diminution des coûts. Enfin, le point de vue du patient serait intéressant à considérer.

Mots clés : Collaboration interprofessionnelle, communication, médecine générale, kinésithérapeute, étude qualitative

Indexation : QR31 – Q51 – QS41 – QS441 – QS31 – QD323

V. Introduction

La collaboration interprofessionnelle dans les soins de première ligne est au cœur des préoccupations actuelles (1). Elle s'inscrit dans le contexte d'une population vieillissante, d'une transition épidémiologique des maladies aiguës vers des pathologies chroniques, du besoin de réduire la durée des séjours hospitaliers et d'une pénurie relative de médecins et de professionnels paramédicaux dans le monde entier (2).

La Belgique n'est pas épargnée par cette évolution épidémiologique. Cette prise de conscience a poussé les autorités fédérales et régionales à développer des Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD), la plateforme eHealth... (1)

Le secteur de la rééducation a emboité le pas et reconnu la nécessité de s'intégrer dans un réseau interdisciplinaire (3). Selon la « loi coordonnée » relative à l'exercice des professions de la santé, les prestations ne sont remboursables que si elles sont prescrites par un médecin ou un dentiste (4). Le médecin généraliste, en tant qu'acteur de première ligne, en est le principal rédacteur. Reliés par cette prescription obligatoire, une communication efficace entre ces deux prestataires de soins est donc nécessaire. Une évidence théorique à laquelle se heurtent les réalités de terrain.

Dès mes premiers pas en tant qu'assistante, j'ai été confrontée à certaines difficultés : A quel kiné référer ? Quel traitement prescrire ? Ai-je fait le bon diagnostic ? Comment le kiné a-t-il traité ce sportif qui se présente à ma consultation pour une 3^e récurrence de déchirure musculaire ? Quel est son avis sur l'évolution de cette patiente avec des lombalgies chroniques en incapacité de travail depuis des mois ? Des questionnements qui restent souvent sans réponse. Il ressort de mon expérience et de discussions informelles avec des confrères que les contacts avec les kinésithérapeutes sont peu fréquents. La littérature le confirme : Tout semble se passer dans un contexte de délégation quasi totale du patient (5).

Cette année, j'ai pris la décision de m'installer à l'endroit de mon assistantat et de me joindre à un projet de fondation d'une association médicale. J'ai saisi l'opportunité de ce travail de fin d'étude pour aller à la rencontre de mes futurs confrères et investiguer auprès d'eux l'état actuel de la communication entre kiné et médecin. Comment est jugée la qualité

de cette communication ? Par quels moyens communiquent-ils entre eux ? Rencontrent-ils certaines difficultés ? Des pistes d'amélioration sont-elles soulevées ?

L'objectif principal de cette étude est de dresser un état des lieux de la communication médecin-kiné dans la région de Beauraing et de relever les facteurs l'influençant, via une démarche qualitative par entretiens individuels. Le second objectif est de déterminer d'éventuelles améliorations à apporter à cette communication pour permettre, in fine, une optimisation des soins de santé.

VI. Méthodologie

1. Revue de la littérature et autres sources

Des recherches ont été menées dans des moteurs de recherche spécifiques : la plateforme CDLH (*Cebam Digital Library for Health*), PubMed, ResearchGate et Psycinfo. Le moteur de recherche plus général « Google Scholar » a également été consulté.

Les termes MeSH, déterminés via le MeSH bilingue français-anglais, ont permis d'élaborer mon équation de recherche basée sur 3 concepts. Ils se retrouvent ci-dessous accompagnés de leur Q-code :

- Pour la communication : « *Interprofessional collaboration* OR *communication* » (QS31) , « *cooperative behavior* » (QD323) **AND**
- Pour la médecine générale : « *general practitioner* » (QS41) OR « *primary health care* » (Q51) **AND**
- Pour la kinésithérapie : « *Physiotherapist* » OR « *physical therapist* » (QS441)

Seuls les articles disponibles en français ou anglais ont été retenus. Afin de me faire une idée générale sur la question, j'ai d'abord effectué une recherche sans filtre en termes d'années de parution. Cela m'a permis de me rendre compte que ce sujet précis était très peu traité, relevant principalement de la littérature grise. J'ai sélectionné les articles les plus récents car ils se rapprochaient plus de nos pratiques actuelles. Des sources plus anciennes pertinentes ont tout de même été conservées. Certaines références bibliographiques renseignées dans ces articles ont également été consultées. La recherche a été effectuée entre le 25 octobre 2019 et 1^{er} avril 2020. Elle n'a pas pour prétention d'être une revue systématique de la littérature.

Le Dr Quentin Vanderhofstadt m'a recommandé la lecture du « Livre blanc de la 1^{ère} ligne en Belgique francophone » (1) ainsi que d'autres articles expliquant les modèles théoriques de la collaboration interprofessionnelle. Je me suis également référée à la littérature fournie par la fédération des maisons médicales et sur e-santéwallonie.

Enfin, j'ai consulté le site de l'INAMI via son infobox pour récolter les données concernant les conditions légales de rédaction de prescription et des rapports kiné/médecin.

2. Méthode de travail

Le type d'étude choisi pour ce travail est une recherche qualitative, menée par entretiens individuels organisés autour d'un guide d'entretien semi-directif, auprès d'un échantillon de médecins généralistes et de kinésithérapeutes de la région de Beauraing.

Le choix de la méthodologie de travail a été éclairé par le guide de rédaction du TFE. Le but de ma recherche étant de comprendre un phénomène en profondeur (à savoir appréhender les opinions, les ressentis des différents professionnels), il s'est rapidement orienté vers une méthode qualitative. Une lecture suggérée par ce guide (6) m'a permis d'opter pour des entretiens individuels et un guide d'entretien semi-directif. Le groupe de réflexion ou encore « focus groupe » aurait également pu convenir dans ce cas. La préférence pour l'entretien individuel a été motivée par plusieurs raisons :

- Pour des raisons pratiques d'abord : durant ces périodes fort mouvementées (grippe saisonnière, crise sanitaire due à la pandémie Covid19...) il était compliqué pour l'ensemble des acteurs de mettre ce genre de procédure en place. De plus, je n'ai pas pu identifier dans le secteur choisi de « groupe naturel », c'est à dire des personnes ayant déjà pour habitude de collaborer ensemble. Mon échantillon étant fort diversifié en âges, expériences, caractères... le temps de parole et l'opinion des plus influents auraient pu impacter le contenu des échanges, avec le risque qu'ils soient moins riches, plus superficiels.
- Plus personnelles et subjectives ensuite : je ne me sentais pas capable d'endosser le rôle d'« animateur » et préférais m'entretenir individuellement dans un climat de confiance avec les différents intervenants. Cela m'a permis de rencontrer les prestataires de ma région dans un cadre plus contrôlé.

La conception du guide d'entretien semi-structuré (cfr annexe 1) s'est basé sur l'outil proposé dans le guide de rédaction du TFE (6). Ce dernier a été relu et testé auprès de ma promotrice pour validation. Il a cependant encore été soumis à des modifications au fil des entretiens. Ceci est inhérent au principe de la démarche de théorisation ancrée.

Le recrutement des participants s'est fait par téléphone à partir d'un listing publié sur le site internet de la commune ciblée recensant les professionnels de santé de sa région. Il a visé des kinésithérapeutes et des médecins généralistes libéraux travaillant en pratique solo ou en

maison médicale, en milieu (semi-)rural, dans la région de Beauraing. Cette limitation géographique a déjà été motivée dans l'introduction.

En pratique, les entretiens se sont effectués individuellement à l'endroit choisi par l'interlocuteur. Ils ont été enregistrés dans leur intégralité, après accord, à l'aide d'un dictaphone. Un document de consentement éclairé et garantissant l'anonymat des personnes interrogées a été signé par les deux parties (cfr annexe 2). Les enregistrements ont ensuite été retranscrits sur un logiciel Word par mes soins puis anonymisés : seuls le sexe, le type et la durée de pratique ont été mentionnés. Ils ont été numérotés avec la lettre M pour médecin et K pour kiné suivi d'un chiffre. (cfr annexe 3) Par soucis de concision, seul un entretien est annexé à ce travail (cfr annexe 4). Aucun participant n'a émis le souhait de relire le contenu de son interview. L'outil de communication élaboré à partir des entretiens a été vérifié et retravaillé avec deux kinésithérapeutes et trois médecins volontaires ayant participé à l'étude.

L'analyse des résultats s'est effectuée par raisonnement inductif selon le principe de la théorisation ancrée. Les entretiens ont été lus de nombreuses fois et puis codés de façon à donner un sens aux données brutes ou « verbatims ». Les étiquettes ainsi obtenues ont ensuite été classées en diverses catégories, selon leur similitude. Enfin, des thèmes généraux sont ressortis en rapport avec les objectifs de la recherche. La lecture de l'article de Blais et Martineau et la formation donnée en février 2020 par le Dr Ségolène de Rouffignac m'ont beaucoup aidée durant cette analyse (7).

Conformément aux recommandations du guide de rédaction du TFE, ce travail de recherche n'a pas été soumis à l'approbation préalable d'un comité d'éthique.

Ce travail de recherche a été structuré selon le plan IMRaD afin de faciliter sa lecture.

VII. Résultats

1. Composition des groupes et déroulement des entretiens

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

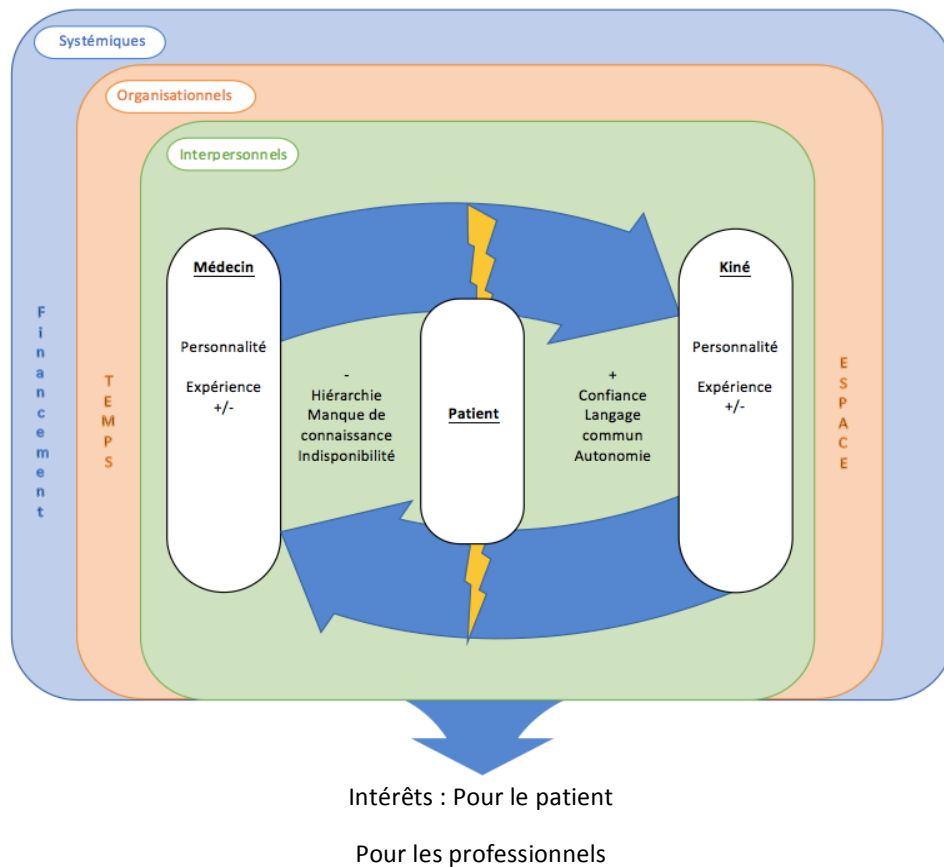
	Sexe		Type de pratique		Expérience (années)		
	M	F	Solo	Mais.médicale	<5	5-20	>20
Médecins	4	3	5	2	2	2	3
Kinésithérapeutes	4	4	6	2	3	3	2
Total	8	7	11	4	5	5	5

Dans le cadre de cette analyse qualitative, 8 kinésithérapeutes et 7 médecins ont été interrogés dans la région de Beauraing, zone semi-rurale dans laquelle j'exerce, entre le 10 janvier et le 25 mars 2020. Aucun refus n'a été émis. Ces quinze entretiens ont été nécessaires afin d'atteindre la saturation des données : une rencontre supplémentaire n'aurait pas apporté de nouvel élément à la recherche. La répartition en termes de sexe et d'expérience est homogène. La disparité liée au type de pratique reflète la réalité de terrain : une majorité exerce en solo dans cette région. Les entretiens se sont principalement déroulés au domicile ou au cabinet du professionnel. Une kinésithérapeute a dû être contactée via l'application ZOOM suite à la crise sanitaire du Covid19. Les conditions ont toutefois été similaires (durée, enregistrement, suivi du guide d'entretien). Enfin, l'interview d'un médecin a été interrompue par un malencontreux déchargement prématuré du dictaphone. La durée des entretiens a varié entre 22 et 60 minutes avec une durée moyenne de 28 minutes.

2. État des lieux

Afin de faciliter la lecture des résultats, j'invite le lecteur à se référer au schéma de dynamique interactionnelle détaillé ci-dessous. Ce dernier a été construit au fil des entretiens afin d'appréhender la complexité des échanges. Les éléments repris dans ce schéma sont surlignés en gras dans les résultats.

Figure 1 : Schéma de dynamique interactionnelle entre généraliste et kinésithérapeute



Les facteurs influençant les échanges entre médecins et kinés identifiés dans les résultats sont interdépendants. Ils sont subdivisés en :

- Systémique : Fait référence au fonctionnement de la société, du système de santé. Les prestataires sont entre autre dépendants d'un financement de l'INAMI.
- Organisationnel : Renvoie au temps et à l'espace/structure de travail dont disposent les praticiens pour collaborer
- Interpersonnel : Inclut les facteurs humains influençant les interactions

Le patient est au centre de la communication. Il est à la fois relais dans la relation et partenaire dans l'information donnée aux prestataires de soins. Le contenu des échanges (flèche bleue) peut être inadapté aux besoins de chacun (éclair), par incompréhension ou par perte d'information quand celle-ci est véhiculée par des intermédiaires par exemple.

Les facteurs (+) favorisent une communication bidirectionnelle. Ces échanges comportent des intérêts pour le patient et les professionnels.

2.1. Perception de la communication actuelle

Pour la plupart des personnes interrogées, la relation interprofessionnelle en milieu rural est bonne, bien que la fréquence des interactions soit faible. Il ressort de certains entretiens qu'une communication unidirectionnelle est communément admise et intégrée dans la pratique sans réelle remise en question.

« Avec les médecins du coin, ça se passe plutôt bien (...) Je n'ai jamais eu de mauvaise relation mais je n'ai jamais eu de relation de suivi, contact régulier avec les médecins. » K4

« La relation est très peu existante. On s'est habitué à travailler comme ça donc on ne fait même plus attention. Le médecin prescrit, nous on fait notre travail (...) Mais entre-temps, sauf cas un peu plus pointu, on n'a pas vraiment de relation. (...) Tous les rapports avec les médecins du coin sont bons. » K5

Ce mode de fonctionnement repose sur une confiance mutuelle et une certaine forme de complémentarité. Certains médecins cependant regrettent de ne pas avoir plus d'échanges.

« Non, je ne reçois aucun rapport. On envoie le patient comme ça et on espère qu'il (le kiné) fera ce qu'il faut. » M2

« Moi je trouve que c'est très bien, voire mieux qu'avant. Avant, le médecin t'indiquait ce que tu devais faire précisément. Maintenant, le médecin met « 9 séances pour telle cause » et c'est toi qui sait. Ils nous font confiance. On sait ce qu'on doit faire, et ce qu'il ne faut pas faire. » K3

« Mais sinon, du retour par le kiné, moi je trouve que ça ne se fait pas assez. » M4

2.2. Par quels moyens communique-t-on aujourd'hui ?

2.2.1. La prescription

A l'unanimité, l'ensemble des praticiens estime que la prescription est le principal canal.

« La plupart du temps, le seul contact que j'ai avec le médecin se fait via la prescription. » K2

« La communication se fait surtout par la prescription. » M3

2.2.2. Le patient

Le patient joue un rôle actif dans la communication. Il est à la fois un relais dans la relation et un partenaire dans l'information. C'est souvent le patient qui sert d'intermédiaire.

« (...) je demande au patient de prendre l'initiative, car c'est plus efficace. » K3

« C'est surtout via le patient que je communique. » K1

« Pour les patients chroniques traités par des kinés des alentours, là on communique plus via les patients. » M6

2.2.3. Le téléphone

Le téléphone est le moyen d'interaction direct privilégié par les kinésithérapeutes. Il leur permet d'avoir une réponse rapide en cas d'urgence, de décortiquer un cas complexe, d'avoir des informations complémentaires quand un cas n'évolue pas dans le bon sens.

« Si c'est vraiment quelque chose d'important, je téléphone. » K2

« De manière générale, c'est toujours par téléphone quand j'ai une question urgente par rapport à la stratégie de traitement que je veux mettre en place. » K7

2.2.4. Les réunions (in)formelles

De nombreux témoignages nous rapportent qu'il existe beaucoup de contacts dits « opportunistes », entre deux portes, dans le couloir de la maison médicale, lors de contacts non programmés.

« (...) la plupart du temps, j'interpelle le médecin dans les couloirs de la maison médicale. » K8

« Il y a aussi de petites réunions plus informelles entre deux portes ne comprenant que les professionnels concernés dans la prise en charge du patient. » M6

« J'en croise bien l'un ou l'autre parfois dans les couloirs en maison de repos. (...) Si je le croise chez un patient, je leur pose les questions, sinon je me contente de la prescription » K1

Les réunions pluridisciplinaires sont également organisées afin d'assurer une bonne communication entre les praticiens. Elles se déroulent surtout en maison médicale ainsi qu'en maison de repos. Là où plusieurs disciplines se côtoient.

« En tant que médecin coordinateur en maison de repos, j'avais des contacts réguliers avec l'ensemble de l'équipe soignante, dont les kinés. (...) Sinon, à la maison médicale, des réunions pluridisciplinaires se déroulent toutes les semaines. Les kinés, par contact oral, relatent les cas les plus compliqués à gérer et n'attendent pas les dernières séances pour les aborder. » M1

2.2.5. Le rapport sur un bout de papier ou par mail

Enfin, dans une minorité des cas, le kiné réfère le patient auprès du médecin muni d'une petite note explicative. Il arrive également que les informations cheminent par voie électronique.

« J'écris un mot sur un petit bout de papier que je remets au patient. » K1

« Maintenant, j'ai le luxe de pouvoir mettre en place des écritures de mails et un échange un peu plus formel pour des compléments pour un bilan, des suggestions pour la prise en charge d'un patient, ce qu'on pourrait mettre en place... » K7

2.3. Intérêts de la communication

2.3.1. Pour le patient

I. Optimisation du traitement

Pour la plupart des participants, la communication interprofessionnelle se fait avant tout pour le bien du patient. En travaillant de manière concertée, les échanges entre prestataires permettent d'accélérer et optimiser sa rééducation et donc sa guérison. Le patient bénéficie d'une vision et d'une prise en charge plus globale de la part des prestataires.

« Lorsque je travaille avec X, un ami kiné, ça apporte un plus pour le patient dans la qualité des soins qu'on lui donne. De son côté, le kiné est plus au courant des antécédents du patient, et nous on est plus au courant de la prise en charge des kinés. On peut du coup plus rapidement faire un examen complémentaire au besoin, faire plus de séances,... On est plus efficaces. » M3

« Si c'est le kiné qui me contacte d'emblée, je ne vais pas demander de revoir spécialement le patient. Parce que j'ai un vrai contact direct avec le kiné. Cela permet de gagner du temps. (...) En réunion d'équipe, on amène pas mal de cas pluridisciplinaires et on élabore ensemble une meilleure stratégie avec le médecin, le kiné et le psy. » M6

II. Gain de compliance

En communiquant via le patient, en le responsabilisant, il devient acteur de son traitement. Cela améliore sa compliance et renforce son autonomie.

« Quand le médecin a déjà préparé le patient en lui disant qu'il aura des exercices à faire à domicile, le patient vient déjà à la 1^{ère} séance avec l'envie de connaître ce qu'il va devoir faire à domicile. Et là je trouve qu'on crée aussi une relation avec le patient, et donc un triangle kiné-médecin-patient qui est super riche et super porteur parce que c'est comme ça qu'on arrive à faire faire des choses. (...) Je trouve que la compliance est nettement meilleure quand ils viennent déjà en étant préparé par le médecin qui leur a dit qu'ils auront aussi des exercices à faire à la maison. (...) Que si c'est juste le kiné qui dit que « je dois faire des exercices », c'est un peu plus pénible. » K8

Une kiné relève que la communication entre les praticiens est bien perçue par les patients qui ressentent cela comme un privilège.

« Si la patiente est d'accord, je lui demande si j'ai le droit de consulter son dossier médical, discuter avec le médecin de son cas. Et d'habitude ils me disent « oh oui, merci beaucoup » car ils prennent ça un peu comme un « privilège ». C'est marrant, en milieu rural, on n'a pas vraiment l'habitude qu'on s'occupe du patient comme ça. Pour eux, c'est toujours bien perçu. » K7

2.3.4. Pour les professionnels

I. Le médecin en tant que coordinateur

La tenue d'un dossier à jour est une notion utile pour les médecins généralistes, cela leur permet d'améliorer la qualité des soins. Dans ce cas-ci, un échange d'information entre kiné et médecin par l'intermédiaire d'un rapport est important. Un retour des kinés plus fréquent permettra au médecin de référer le patient de manière plus efficiente.

« Ce serait bien d'avoir un retour sur leur travail. De voir si ça a aidé le patient ou pas, s'il fallait faire de la kiné dans telle situation ou en fait non. Ça m'améliorerait dans ma prise en charge ultérieure. (...) Notre boulot de généraliste, c'est aussi de centraliser toutes les données du patient, c'est pourquoi on touche un DMG. Une bonne tenue du dossier permet d'améliorer

la qualité des soins. Si nous avons des traces écrites des kinés à placer dans le dossier des patients, notre travail de coordinateur n'en serait que facilité.» M7

« Si j'avais la chance d'avoir plus de comptes rendus des kinés, je suis certain que je pourrais plus facilement orienter mes patients vers tel ou tel kiné. Je connaîtrais beaucoup mieux les kinés du coin et leurs spécialités. Et en plus j'orienterais certainement plus mes patients vers des kinés réalisant de beaux rapports plutôt que vers ceux qui ne me donnent aucun retour. Ce serait une sorte de pub aussi finalement. » M3

II. Le kiné en tant qu'expert

Premièrement, les kinés ont besoin d'échanges pour des raisons administratives. Une prescription leur est nécessaire pour être en ordre et travailler dans la légalité. Cette prescription leur permet, si elle est complète, d'en savoir plus sur le patient (antécédents, traitements médicamenteux...). Deuxièmement, des échanges plus réguliers entre kinés et médecins ramènent le kiné au-devant de la scène. Il est valorisé et peut amener son expertise dans la prise de décision.

« Je les contacte surtout pour avoir les prescriptions, pour avoir des infos si je n'en ai pas assez quand le patient vient et qu'il ne sait pas, ou lorsque je vois que la patiente a une pathologie aigue surajoutée qui nécessite un avis médical comme de la fièvre... » K1

« Je prends plus le temps pour établir une stratégie avec les médecins de la maison médicale. Avant j'étais le « sous-fifre », on me demandait de faire de la kiné, je faisais de la kiné. Maintenant, je peux plus être dans la tête pensante, prise de décision... » K7

« Et parfois certains médecins sont très précis dans les prescriptions et donc ça c'est plus facile pour nous car on sait vers quoi on va en fait. » K2

III. Un double regard

Les échanges d'avis sur le patient apportent des informations complémentaires. On peut dès lors nous conforter dans notre décision, affiner le diagnostic différentiel, partager notre ressenti et nos doutes, réajuster ou modifier la prise en charge si nécessaire, éviter les erreurs en tout genre, gérer les urgences. De multiples exemples concernant l'importance de ce double regard sur le problème du patient ont été exposés par les interviewés.

« Le fait d'avoir un deuxième avis qui me dit qu'on l'a cerné de la même manière et qu'on est dans le bon, ça me conforte dans l'idée d'agir de telle façon. » K7

« Ils ont besoin je pense aussi d'avoir mon avis (...) sur comment moi je ressens le patient. (...) Si on pense tous les deux la même chose, je serai plus rassuré dans ma prise en charge. On travaillerait de concert, à l'unisson, et ça nous permettrait d'avancer plus vite. » M3

« Je me souviens qu'il avait une douleur abdominale. Je pensais que c'était une douleur pariétale musculaire. Le kiné m'a recontacté pour me dire qu'il n'était pas sûr de mon diagnostic. J'ai du coup réinvestigué le cas et finalement c'était une cholécystite. (...) Donc le diagnostic, finalement on n'en est jamais vraiment sûr, c'est vrai qu'on n'a pas la science infuse. » M5

« C'est mieux d'avoir 2 avis favorables. Je me rappelle quand j'étais jeune, j'avais eu un patient qui avait justement eu des vertiges. Je pensais que c'était un VPPB. J'avais appelé la kiné vestibulaire pour avoir son avis. Elle m'avait fait part également de son doute par rapport au diagnostic. Ça m'a permis de modifier ma prise en charge et de l'envoyer aux urgences. Heureusement parce qu'il s'est avéré que c'était un AIT. » M7

Une kinésithérapeute souligne qu'une prescription de qualité la motiverait davantage à s'investir dans la prise en charge du patient.

« Si le médecin met juste « kiné », c'est comme ça que je le vois, ben le kiné va moins se mettre la pression pour cette prescription-là. Si le médecin inscrit des choses précises, le kiné va plutôt se dire « ah, attention, peut-être qu'on m'attend derrière, c'est intéressant... » je trouve que la motivation est tout à fait différente. (...) c'est gai parce que tu sais que tu travailles pour ton patient et pour le résultat que le médecin attend. C'est très valorisant pour un kiné de se dire que derrière, on va reconnaître du bon travail. » K7

IV. Nouvelles connaissances

Au vu de l'avis de quelques-uns, des échanges plus réguliers permettraient d'acquérir de nouvelles connaissances.

« Si on communiquait plus, je pourrais certainement m'améliorer, savoir comment mieux prescrire certaines choses. Savoir quel traitement va mieux pour telle pathologie. On pourrait apprendre l'un de l'autre parce que lui connaît des trucs que moi je ne connais pas. » M7

2.4. Les freins à la communication

2.4.1. Génération X

I. Un sentiment d'infériorité du kiné

L'image du médecin « toujours pressé » et le sentiment de **hiérarchie** refroidiraient les kinés à contacter le médecin, par peur de déranger.

« Avant je n'aurais jamais osé, je ne me serais pas permise de déranger un médecin pour ce genre de question (pour des compléments pour un bilan, des suggestions pour la prise en charge d'un patient). On met un peu sur un piédestal le médecin généraliste parce qu'on sait qu'ils courent après leur temps. » K7

« Je me dis souvent que j'ai peur de déranger. Parce que quand on vous (les médecins) voit, vous êtes toujours en coup de vent, vous semblez souvent pressés. On sait que vous avez beaucoup de boulot. Quand je sonne, je prends toujours des pincettes, « je m'excuse de vous déranger mais... » » K2

Ce sentiment de hiérarchie est renforcé par des **expériences négatives** vécues et semble plus présent lorsque les prestataires sont plus âgés.

« Je m'étais une fois rendu à une formation commune (...) A la fin, quand les kinés ont pris la parole, certains médecins vieux jeux sont partis, ne jugeant pas cette partie pertinente dans leur pratique, j'imagine... Du coup, est-ce que ce sont les médecins qui ont un sentiment de supériorité qui fait qu'ils (les kinés) n'ont pas envie de communiquer avec nous... » M5

« J'ai déjà eu un contact avec un médecin qui m'avait limite répondu « qu'est-ce que tu viens me déranger, je m'en fous... » puis c'est tout. Je ne sais pas si ça va de mieux en mieux, si les médecins comprennent qu'il y a du pluridisciplinaire, mais en tout cas, moi je trouve que c'est plus facile de collaborer avec les jeunes. » K6

Les kinés ont constaté la confiance des patients envers leur médecin dont la parole faisait force de loi, même lorsqu'elle s'opposait à la leur.

« Et des fois le médecin écrit « ultrasons ». Et le patient qui voit « ultrasons », c'est « ultrasons », point à la ligne. On lui fait par plaisir, alors qu'on sait que les études ne sont pas spécialement pour... » K6

Enfin, un kiné plus âgé mentionne qu'il ne peut rien apporter en retour au médecin, détenteur du savoir.

« (« Quand on envoie un patient chez un spécialiste, on a un rapport du spécialiste... ») Oui mais c'est différent, forcément il faut un rapport, parce que c'est spécifique. S'il y a une tumeur, il faut bien qu'il te le dise quand même ! Nous ce n'est pas la même chose. On est dans l'autre sens, on n'est pas au-dessus, on est en-dessous nous. Toi tu es généraliste : tu es là. Le spécialiste il est là (en montrant au-dessus) et nous on est là (en-dessous). Donc nous on travaille sur base d'une prescription d'un généraliste, qui en général a déjà eu l'avis d'un spécialiste. Donc qu'est-ce que tu veux qu'on dise de plus nous ? » K3

II. Une résistance au changement

Une minorité des intervenants mentionne qu'il est difficile et délicat de modifier la pratique d'autrui après des années de routine.

« (...) faire changer l'avis d'un médecin qui a travaillé toute sa vie comme ça, ce n'est pas évident. (...) Il y a certains médecins plus âgés qui ont du mal à accepter que les kinés fassent un bilan. Moi j'ai déjà eu cette remarque-là « oui, celui-là il travaille bien, mais il n'est pas toujours à sa place dans ses bilans, il fait les diagnostics à notre place ». Ben oui, on nous apprend de plus en plus à faire ça et on nous pousse de plus en plus à le faire. Il faut que les médecins l'acceptent aussi. (...) Et du coup ben à ce genre de médecin, je ne vais pas lui envoyer un rapport très détaillé (rire) » K8

2.4.2 Des moyens de communication peu efficaces

I. Le patient comme intermédiaire, allier ou ennemi ?

Nous l'avons vu, selon les praticiens, le patient sert souvent de relais dans la communication. Les informations véhiculées sont parfois déformées ou incomplètes, rendant le travail des prestataires moins efficace.

« Je sais bien qu'avec certains (patients), l'information ne sera pas transmise correctement au médecin : parce qu'oubli, erreur, incompréhension... (...) Quand je demande un feedback au patient, il me dit souvent « oh ben c'est bien ». Mais non, le médecin n'a pas dit que ça, il y a sûrement d'autres choses qui pour vous n'ont pas sonné mais qui pour moi ça aurait pu donner quelque chose. Et comme je n'ai pas de note du médecin... » K1

II. Le rapport écrit du kiné

Aucun des kinés participant à l'étude n'adressait systématiquement un rapport au médecin. Le principal frein est son aspect **chronophage** et son manque d'intérêt dans la pratique au quotidien. Il a également été évoqué que le médecin n'en faisait jamais la demande, ce qui renforçait la conviction des kinés de ne pas l'envoyer.

« Ce n'est pas spécialement une démarche spontanée de ma part. Des bilans dans le cadre de ma pratique de kiné au cabinet, je n'en fais pas. Parce que je trouve que ça demande beaucoup de temps au kiné, et que ce n'est pas spécialement indispensable à faire. (...) J'ai l'impression que si même par après, je devais rapporter l'évolution du patient à un médecin, je pourrais lui donner les informations du début et de la fin des séances. Quand j'ai terminé mes études, on voulait aller vers ça, mais c'est plutôt pour amener du poids au côté scientifique de la kiné. Mais dans la pratique de kiné de tous les jours ça ne sert à rien de faire ça. » K4

« Je rédige rarement des rapports. Principalement parce que je n'en ai jamais la demande. » K7

III. La communication « directe » ... mais pas tant que ça

Les difficultés à se contacter entre praticiens sont bien présentes. Ils signalent pour la plupart de nombreux obstacles pour se joindre : l'aspect chronophage du téléphone, le fait de ne pas avoir les coordonnées de son collègue sous la main... Ces **indisponibilités** au moment jugé opportun sont une source de frustration.

« Ce n'est vraiment pas facile d'avoir des médecins. Sinon je perds 1h par jour de mon temps au téléphone. (...) De toute façon, quand tu téléphones, tu as la secrétaire ! Il faut que ce soit pendant les heures d'ouverture. (...) Et alors tu perds un temps fou... » K3

« Et puis je n'ai pas non plus leurs coordonnées, en plus la plupart du temps je laisse le soin au patient de choisir son kiné. Donc impossible de savoir où il est allé avant que le patient ne me le dise ou que le kiné me contacte. » M7

IV. Les visites à domicile

Les agendas bien remplis de tous empêchent une coordination des rencontres.

« Pourquoi pas même faire des consultations simultanées ? Je pense par exemple aux visites chroniques (...) Mais ce serait très difficile à mettre en place dans notre système de médecine libérale indépendante où tout le monde a des horaires différents, bien chargés... » M6

V. Les hics de l'informatique

L'outil informatique est un autre canal de communication. Il révèle lui aussi quelques imperfections. Les professionnels déplorent le manque d'un logiciel commun utilisé par kiné et généraliste afin de garantir une communication fluide entre les praticiens. Certaines maisons médicales ont développé un « système D » pour partager des informations. Les données échangées malgré tout sont dès lors souvent incomplètes. Enfin, l'ergonomie des logiciels n'est pas toujours optimale.

« Pour le moment, à la maison médicale, on a chacun un logiciel différent. C'est une prise de tête énorme. Dès qu'on a besoin de données, on doit aller faire du copier-coller... Les médecins nous ont donné leur accord pour consulter les données du patient mais on ne peut pas aller voir les résultats des examens complémentaires, et c'est normal... Donc il faut leur accord au préalable. On doit déranger le médecin pour qu'il nous donne le résultat... » K7

« La prescription de kiné se fait via le logiciel médical. Je me rends compte qu'elle n'est pas toujours hyper complète. (...) je devrais inclure plus souvent des rapports, l'examen clinique... Mais le logiciel ne me permet pas de le faire facilement... Quand j'ai une radio ou une écho, souvent je suis obligée de l'imprimer, de faire plusieurs manipulations dans le logiciel pour pouvoir donner le papier » M7

2.4.3. Le temps... c'est de l'argent !

Le manque d'**incitant financier** de la part de l'INAMI n'encourage pas les praticiens à investir de leur temps dans la communication, comme le soulève un kiné pour la rédaction d'un bilan.

« Ce qu'il y a, c'est que ça prend du temps... Et sur 9 séances, si on prend déjà la 1^{ère} et la dernière séance pour faire des bilans, plus la rédaction du rapport... Soit c'est nous qui le faisons à nos frais de prendre le temps d'écrire. (...) La mutuelle veut bien nous rembourser un rapport/année/patient. (...) Mais c'est beaucoup de boulot après journée... Si seulement on avait un code prévu pour ça. Mais là, ce code, c'est 6€. Ça ne pousse pas les kinés à se bouger

un peu. (...) Par exemple, en logopédie, ils ont un code « bilan » prévu, prescrit par l'ORL (...) elle a +- 5h de boulot en tout, mais qui sont payées 150€. » K6

2.4.4. Méconnaissance des besoins de l'autre

Visiblement, le **manque de connaissance** peut être un frein à la qualité de la communication. Le médecin ne sait pas toujours quoi indiquer sur la prescription : doit-il être plus précis dans son diagnostic ? Est-ce toujours possible ? Faut-il indiquer les méthodes à utiliser de façon précise ou non ? Le fait que les praticiens aient reçu une formation universitaire initiale limitée ne leur permet pas de prescrire de manière éclairée. Les formations complémentaires viennent uniquement de l'initiative du praticien et ne sont pas systématiques.

« Quand je suis sortie de l'unif, on n'avait pas tellement de cours axés sur la kinésithérapie. (...) on ne nous a même pas appris à prescrire de la kiné. » M4

« Je sais que je ne prescris pas nickel. (...) Le diagnostic est souvent le plus gros problème. Il faudrait qu'on se mette tous d'accord sur ce qu'est une tendinopathie d'Achille. » M6

« Comme on n'a pas été vraiment formé... Je coche souvent ce qui est déjà préinscrit dans le logiciel (renforcement musculaire, massage, mobilisation, revalidation...). (...) Le choix des techniques est toujours un peu vague... On se doute qu'en cas de contracture, on va plutôt mettre massage... » M1

Le kinésithérapeute peut rester perplexe face à une prescription médicale semblant négligée.

« J'ai l'impression que parfois, le médecin est un peu coincé (...) du coup il jette un peu la patate chaude en se disant je vais mettre « lombalgie ». (...) Qu'est-ce que tu veux faire avec ça ? (...) Si c'est un kiné qui n'a pas vraiment de spécialité dans les lombalgies, avec une prescription pareille, il ne va pas vraiment savoir quoi faire... ou alors va faire un traitement hyper vague. » K4

2.5. Ce qui favorise la collaboration

2.5.1. Une question de proximité

Il semble que les relations extra/interprofessionnelles préexistantes favorisent les échanges. **Se connaître** permet de s'exprimer plus librement, dans un climat de **confiance**.

« Moi c'est un peu particulier. Quand j'ai commencé, le médecin qui prescrivait pour moi, c'était mon papa. Donc on se voyait, on parlait des patients oralement. (...) J'ai parfois des contacts avec mon frère médecin, parce que je peux le joindre sur son privé, lui. » K3

« Quand je suis venu m'installer dans le coin, j'avais été voir tous les médecins (...) Le fait d'aller les rencontrer, ça fait toute la différence. (...) C'est quand même chouette de mettre un visage sur un médecin. Ça nous donne plus envie d'avoir un contact régulier par après avec lui quand on a noué un lien auparavant. » K4

« Quand j'amène des cas durant les réunions avec les médecins de la maison médicale (...) Je n'ai pas peur d'émettre des hypothèses (...) Je sais qu'ils ne me prendront pas pour une idiote. » K7

La proximité géographique, comme le partage d'un **espace** de travail commun, facilite les contacts entre professionnels. A plus large échelle, le milieu rural est propice au développement de relations.

« Ici, on est dans une petite région rurale, où il y a du copinage. Tel médecin travaille avec tel kiné. » K3

« Quand j'étais indépendante, la relation était absente. Maintenant que je suis en maison médicale, elle est tout à fait suffisante. » M1

2.5.2. Une évolution des mentalités et des pratiques

Plusieurs intervenants remarquent une certaine facilité à communiquer avec la « génération Y », caractérisée selon eux par une plus grande ouverture d'esprit. Elle reconnaît ses limites et n'hésite pas à demander conseil si nécessaire. Elle brise les barrières hiérarchiques.

« C'est vraiment tout nouveau cette manière de travailler. Depuis que l'équipe s'est agrandie, et, il faut bien l'avouer, depuis qu'on a des jeunes médecins. Avec les médecins plus vieux, qui

ont toujours travaillé en solo, on a beaucoup moins de contact. (...) Les jeunes médecins voient la médecine différemment. Ils vont plus vite demander conseil, qu'avant c'était le médecin le référent qui gérait tout de A à Z. » K7

« (...) moi j'ai l'impression que c'est plus facile de travailler avec des jeunes médecins. Il y a certains médecins plus âgés qui ont du mal à accepter que les kinés fassent un bilan. (...) On arrive à créer une meilleure relation avec des gens qui ont déjà confiance en notre travail finalement » K8

« Plus ils sont jeunes, plus c'est facile. Les plus âgés sont plus vite fermés ou pressés. On a l'impression qu'on dérange quoi, quand on appelle... » K6

« Je suis plutôt ouvert d'esprit : je n'hésite pas à appeler, tout comme le kiné n'hésite pas à m'appeler. Ça ne me dérange pas du tout. Je décroche toujours parce que d'une part c'est utile, et d'autre part je trouve que ça doit aller dans les 2 sens ce genre de communication. » M6 – assistant

Pour un kinésithérapeute, nous sommes actuellement dans une période de transition où le fait de travailler en équipe engage inévitablement un besoin de communiquer davantage.

« Il y a une nouvelle génération de kinés qui arrive, comme il y a une nouvelle génération de médecins qui arrive. (...) On sort d'un système pour rentrer dans un autre. (...) Moi, je me mets déjà dans les anciens. J'ai toujours fonctionné tout seul. A quoi ça me sert de faire un rapport ? (...) Mais maintenant, c'est encore autre chose (...) Vous, vous travaillez en équipe, c'est important de communiquer et de transmettre les informations à vos collègues dans l'intérêt du patient. » K3 – solo - > 20 ans

2.5.3. (Re)Connaissance des compétences de l'autre

L'amélioration de la formation des praticiens est un atout dans la collaboration. Le fait de partager des formations ensemble permet d'améliorer les connaissances dans le domaine et de se rendre compte de la réalité du terrain de chacun. De plus, avoir un **langage commun** permet une meilleure collaboration et prise en charge du patient.

« Lors d'une journée de cours à Louvain-La-Neuve en commun avec des kinés en dernière année de formation, (...) les kinés nous montraient comment examiner, palper, quelques manœuvres... Ils les testaient sur nous, puis on essayait de les faire sur eux. J'ai trouvé cela

très intéressant, ça m'a aidé dans ma pratique. C'est grâce à cette formation que j'ai appris concrètement à réaliser une prescription de kiné adéquate et me suis rendu compte de la réalité du terrain des kinés. » M2

« En fait, je pense que les vieux kinés travaillent avec les vieux médecins et les jeunes plutôt avec les jeunes parce qu'on a appris les mêmes choses. Et donc la collaboration est beaucoup plus facile quand on a les mêmes bases théoriques finalement. » K8

3. Pistes d'amélioration ?

Après ce bilan de l'état actuel et des intérêts de la collaboration entre généralistes et kinésithérapeutes, présentons maintenant les améliorations possibles proposées par les intervenants.

3.1. La communication informatisée

Certains praticiens sont en demande d'un outil informatisé pour véhiculer de l'information. Une trace écrite est nécessaire pour assurer la continuité des soins. La recherche d'améliorations doit se faire sur la prescription, sur le rapport du kiné et sur le développement de moyens par lesquels faire transiter ces informations. Le développement d'un logiciel commun a été cité, le transfert de données par le RSW également. La traçabilité et la liberté d'accès à l'information à tout moment sont considérés comme des avantages de ces moyens de communication.

« Pour le moment je le dis oralement au médecin, il n'y a pas de preuve écrite du coup. C'est dommage, ça pourrait toujours servir pour la continuité des soins. » K7

« En maison de repos, il y a un cahier de communication où chaque intervenant peut noter quelque chose et a accès à toutes les données du patient. (...) ça serait l'idéal plutôt que de se dire « oh ben je vais rappeler tel médecin », puis s'il est occupé en consultation, tu ne sais pas le joindre au moment même. Puis tu te dis que tu rappelleras plus tard... et finalement tu oublies de rappeler. Qu'avec un cahier de liaison, tu tapes un petit truc si tu as une observation pertinente à faire et tout le monde peut la voir. (...) je trouve que ce qui serait vraiment intéressant mais difficile à mettre en place, ce serait de créer un logiciel commun. (...). C'est un partage des connaissances qui pourrait être intéressant. » K4

« Tout ce qu'on fait en dehors de nos heures, qui nous prend du temps, c'est très souvent bâclé ou remis à plus tard. Ce qui nous manque clairement pour fonctionner, c'est un logiciel commun avec tout le monde en fait. Et quand on a quelque chose de judicieux à mettre, on le met, et tous les thérapeutes y ont facilement accès. Ce serait quelque chose de beaucoup plus fluide. (...) On aurait ça, on ne serait plus obligé de jouer au chat et à la souris. Je ne sais pas si c'est réalisable mais en tout cas ce serait vraiment bien. » K7

« Je pense que si les kinés pouvaient publier des éléments sur le RSW, cela permettrait à ces rapports de parvenir directement dans notre DMI, ce serait hyper pratique. » M3

3.1.1. Une prescription éclairée : « Ni trop ni trop peu »

La prescription est importante. C'est le principal moyen de communication. Elle permet au kiné d'avoir des informations concrètes et scientifiques complémentaires aux données souvent incomplètes fournies par le patient. La prescription pourrait cependant être plus complète et plus pratique en étant informatisée.

« Quand j'écris à la main, je note juste le diagnostic parce que le papier n'est pas vraiment adéquat pour écrire plus. Sinon à l'ordinateur, je note plus d'informations comme l'examen clinique. » M2

Deux types d'informations devraient se trouver sur cette prescription. Tout d'abord celles obligatoires comme le diagnostic précis et le nombre de séances maximales. Ensuite, certaines données sont jugées utiles comme l'examen clinique, les examens complémentaires, les protocoles opératoires, certains médicaments, les antécédents... Toutes informations pertinentes relatives à la pathologie du patient.

« Il y a beaucoup de patients que je vois chez qui j'aimerais connaître les examens qu'ils ont passés. Les patients n'ont pas en tête que ça pourrait nous intéresser. (...) Si ces infos arrivaient avec la prescription, ce serait beaucoup plus facile ! » K4

« Pour soigner correctement le patient, j'ai besoin d'informations orientées pour moi. » K5

« D'un point de vue des antécédents, ce qui m'aide beaucoup, c'est tout ce qui est traumatique. (...) Pour les post-partum : si les autres grossesses se sont bien passées, les antécédents... Quand il y a des douleurs chroniques, c'est important de voir tout ce qu'ils ont

déjà essayé, le parcours de la prise en charge. (...) C'est vrai que si le médecin trouve lui-même un lien avec les douleurs, si c'est mentionné, ça m'aide beaucoup. » K7

Un constat unanime : Il est tout de même nécessaire de laisser le libre choix au kiné des techniques à utiliser.

« Là par contre, ce qui est bien, c'est qu'on nous laisse libre choix. Une fois que j'ai le diagnostic, je fais un petit peu ce que je veux. Les médecins font confiance au kiné. » K3

« Les méthodes utilisées, c'est utile (...) de mettre sur la bonne voie sans pour autant exiger quelque chose » K7

3.1.2. Le rapport du kiné : simple, efficace et intégré

I. Quel contenu ?

Tous les médecins s'accordent pour dire que le rapport doit être clair et concis. Il peut être réalisé en quelques lignes afin de faciliter et assurer sa lecture. En priorité, les médecins souhaitent être rassurés quant au diagnostic. Pour la compliance, c'est plus controversé. Cela peut être utile pour certains d'avoir un feedback objectif, de savoir si le patient suit bien son traitement kiné et déterminer ainsi si la prise en charge est efficace. Des informations sur l'évolution du patient sont également importantes à mentionner.

« Savoir ce que le kiné a fait dans les grandes lignes (3 lignes), la méthode utilisée, la compliance du patient, l'évolution favorable/défavorable, s'il faut encore prescrire davantage de kiné ou s'il faut aiguiller vers un autre diagnostic. » M1

« Pourtant, en cours on apprend à envoyer un rapport. On apprend à faire le plus bref possible : L'objectif est que sur une page, le médecin ou le kiné qui lit le dossier sache reprendre les séances, savoir où on en est, savoir l'évolution, connaître les objectifs que le patient sait faire et ce qu'il doit faire chez lui. » K6

II. Quand et comment ?

Plusieurs médecins manifestent un engouement à recevoir un rapport comme cela se fait avec les spécialistes, à la fin de la prise en charge ou en cas d'évolution défavorable. Ils insistent sur l'importance de son intégration possible au DMI, notamment via la eHealthbox. Une communication écrite permet une relecture aisée au moment jugé opportun.

« Pour que la transmission du rapport du kiné soit efficace, il est nécessaire qu'il arrive automatiquement dans notre logiciel médical via la eHealthbox vers Hector, qui lui-même trie les rapports et les répertorie dans CareConnect. Ça, ça vaudrait la peine d'avoir, comme avec les spécialistes. (...) Le biais écrit permet de ne pas trop déranger, de perdre un peu moins de temps à téléphoner alors qu'on est tous occupés à gauche à droite. Et puis on peut lire ça un peu quand on veut, selon nos disponibilités. » M2

« Je pense que ça (la collaboration) devrait être amélioré. Entre autre par le biais d'un rapport envoyé par mail en fin de prise en charge, ou quand ça évolue moins bien.» K8

« L'idéal ce serait que le rapport du kiné nous soit communiqué via ce RSW. Je ne sais pas si c'est déjà possible mais la technologie le permettrait (...) les kinés devraient avoir accès à l'e-Santé mais je ne sais pas bien où ils en sont dans ce domaine. (...) Le patient fait ce qu'il veut de son dossier. S'il donne un accès au kiné, cela ne peut qu'être bénéfique selon moi. » M3

3.1.3. Craintes de ces outils et difficultés rencontrées

I. Une communication trop chronophage

La question du rapport est controversée. De nombreux kinés ne voient pas l'intérêt d'en réaliser un et sont rebutés par son aspect chronophage.

« (...) 15 minutes pour rédiger, ce n'est pas la mort, mais si on devait le faire pour tous nos patients (...) Sachant que la plupart du temps, le rapport n'est même pas lu, ça me fait quand même râler. » K1

II. La fracture numérique

A l'heure actuelle, tous les kinés ne sont pas informatisés dans la région (cfr annexe 3). Les détenteurs d'un logiciel déplorent un manque d'accès au dossier du patient sur les réseaux sécurisés de santé. Enfin, l'informatique est peu utilisée par la génération X n'étant pas née avec un ordinateur dans les mains.

« J'utilise Corilus, mais je n'ai accès à rien comme donnée patient, je n'ai que ce que je mets dedans (...) je ne sais pas trop si je sais envoyer des informations au médecin via ça... » K3

« Moi, j'ai encore difficile d'accéder à tout ça (l'utilisation du dossier informatique). Je pense que pour les jeunes générations, ils vont le faire plus spontanément parce que ça va rentrer

dans leur pratique dès le début. Nous, ce n'est pas un outil qu'on utilisait avant donc... Il va encore falloir s'adapter... et y penser ! » M1

III. Quid du secret médical et de la qualité de l'information ?

Côté médecin, deux craintes sont soulevées. Premièrement, l'information devra être complète, systématique et rigoureuse afin de faciliter sa lecture. Le secret médical est une autre source de discussion.

« (Par rapport au dossier partagé via eHealth), je ne sais pas ce que le kiné tape dans son dossier. Moi j'ai tendance à bien tenir mon dossier mais ce n'est pas le cas de tous les médecins (...) Et au niveau secret médical... Je n'ai peut-être pas envie que le kiné accède à toutes les données du dossier quoi... Et inversement, peut être que le patient dit des trucs au kiné qu'il n'a pas envie que son médecin sache. C'est deux trucs à tenir en compte. » M6

3.1.4. Ce qui inciteraient les kinés à écrire cet e-rapport

Pour faciliter le développement de ce canal de communication, les kinés proposent une valorisation de ce travail supplémentaire via une prime financière.

« Je n'utilise pas de logiciel pour le moment car je n'ai pas encore assez de travail en tant qu'indépendante pour investir là-dedans. Par contre, si j'avais un petit coup de pouce financier de l'INAMI pour l'écriture de mes rapports, ce serait chouette. » K2

3.2. Formations communes

Des formations communes interprofessionnelles sont souhaitées par une majorité, kinés comme médecins, afin de tisser des liens plus forts. Cela permet de comprendre la réalité du terrain de chacun, de faciliter les contacts ultérieurs et d'acquérir de nouvelles connaissances.

« Il me semble que ce problème ne peut se régler que si on peut se voir de temps en temps. Je pense qu'on devrait instaurer une ou 2 réunions/an. Ça nous permettrait de nous connaître humainement parlant. Et ça, c'est la condition minimale pour pouvoir après s'apprécier les uns les autres et pouvoir travailler en collaboration. Ça, c'est ma philosophie de vie. » M5

« En fait, ce qu'il faudrait (...) c'est de temps en temps, genre 2 fois par an, refaire un petit bilan au médecin de ce que les kinés font. Simplement... » K7

« C'est vrai que ces formations (communes) permettent d'échanger des connaissances que nous on n'a pas. Et vice-versa » M7

Il est intéressant de noter que cette proposition ne fait pas l'unanimité. Un kiné estime que les rôles de chacun sont bien établis. Un échange d'informations n'est pas toujours considéré comme nécessaire.

« (Par rapport au fait de faire des formations communes) Moi je pense que chacun son boulot. Si le médecin a examiné le patient, qu'au niveau médical il n'y a pas de problème, que c'est purement un problème ostéo articulaire, il confie son patient au kiné. Le kiné fait son boulot. Il me semble qu'on est formé, on connaît notre domaine (...) J'estime qu'un médecin qui envoie son patient chez un kiné, il doit lui faire confiance. Tout comme moi je fais confiance au médecin qui m'envoie son patient. » K3 - > 20 ans - Solo

D'autre part, un kiné pense que ces formations communes ne suscitent pas d'intérêts auprès des médecins au vu de son expérience vécue à l'étranger.

« Je ne sais pas si le médecin attend ça (des formations communes). J'ai travaillé une dizaine d'années en Suisse et là on avait beaucoup de congrès (...) Quand c'est le kiné qui faisait un discours, les médecins étaient très peu réceptifs. (...) je ne pense pas que les médecins seraient en attente des infos qui pourraient être données par des kinés. » K5

3.3. Hotline

Une solution a été apportée par deux kinésithérapeutes ; ils souhaiteraient le développement d'une hotline pour joindre les médecins rapidement via un numéro direct.

« Moi je trouve que ce serait utile d'avoir un numéro d'appel direct qui serait limité au personnel soignant. Qu'on utiliserait que quand il y a réellement besoin, en cas d'urgence. Avec mon frère médecin, ça fonctionne super bien. Après 2 sonneries, il répond. Parce qu'il sait très bien que je ne l'appelle pas pour lui parler de la pluie et du beau temps. » K3

« (...) quand c'est urgent, j'aime autant avoir directement le médecin au téléphone. Parce qu'expliquer à la secrétaire, pour qu'elle réexplique au médecin... qui doit réexpliquer à la secrétaire... Des infos se perdent, ... Et puis parfois le secrétariat ne répond pas tout de suite non plus... C'est quand même pas mal d'avoir un numéro direct dans ce cas-là. » K6

VIII. Discussion

1. Rappel des résultats

En région beaurinoise, la relation entre kiné et généraliste est qualifiée de bonne, elle repose sur une confiance mutuelle. Cependant, certains déplorent une fréquence d'échanges encore faible. La communication est essentiellement unidirectionnelle, du médecin vers le kiné.

A l'heure actuelle, la prescription est le principal canal de communication. Celle-ci est indispensable d'un point de vue administratif. Le patient sert également de relais d'informations entre les praticiens mais peut comporter ses limites. A cela s'ajoute bien sûr le canal téléphonique qui leur permet d'avoir une réponse rapide en cas d'urgence ou de décortiquer un cas complexe. Les praticiens sont également amenés à communiquer en face-to-face dans certaines situations : en maison médicale, où des réunions pluridisciplinaires sont souvent organisées, au hasard d'une rencontre dans une maison de repos voire lors de contacts opportunistes chez un patient. Enfin, dans une minorité des cas, le kiné réfère le patient muni d'une petite note explicative. Celle-ci peut aussi circuler occasionnellement par voie électronique.

L'utilité de la collaboration interprofessionnelle est soulignée par tous les participants. Elle permet d'abord une optimisation de la prise en charge du patient, notamment en le replaçant au centre de son traitement. Le patient gagne ainsi en compliance par une meilleure compréhension de sa thérapie. Les professionnels de la santé ont beaucoup à y gagner. Le double regard est une évidence, deux avis valent mieux qu'un ; la prise de décision pluridisciplinaire devient ainsi possible. Les échanges apportent également de nouvelles connaissances à chacun. Le médecin peut de son côté tenir son dossier à jour et améliorer son rôle de coordination du dossier du patient. Le kiné, quant à lui, se voit plus impliqué dans la prise en charge et dès lors valorisé. Tous ces éléments tendent vers une amélioration de la qualité des soins et bénéficient à tous, médecin, kinésithérapeute et surtout patient.

Malheureusement, cette collaboration peut rencontrer certains obstacles. On relève des sentiments d'inégalité professionnelle et de hiérarchie envers les médecins plus âgés, des expériences négatives vécues, le manque de connaissance de la pratique de son collègue,

l'aspect chronophage, peu pratique et non rémunéré des moyens de communication. A l'inverse, des éléments favorisant ont pu être mis en évidence. Se côtoyer régulièrement et se faire confiance jouent un rôle important, tout comme l'évolution des mentalités. Les jeunes générations sont plus enclines à collaborer, à partager. La personnalité joue également un rôle. Ces facteurs humains sont importants, tout comme le fait de partager des formations communes pour tisser des liens nouveaux et comprendre les réalités de chacun.

Suite à tous les avantages qu'une collaboration efficiente apporte, il y a un net intérêt des praticiens à améliorer les moyens de communication afin d'optimiser la qualité des soins. Pour ce faire, ils proposent trois solutions, à savoir : le développement d'une communication informatisée, de formations communes et d'une hotline. La hotline est simple : un listing des numéros privés des praticiens à utiliser en cas d'urgence. Les formations communes ont pour but de renforcer les liens entre professionnels et d'intégrer de nouvelles connaissances, surtout concernant la réalité du terrain de l'autre. Mais la solution qui fait l'objet de plus de discussions, c'est la communication informatisée. Une trace écrite est nécessaire pour une collaboration plus efficiente. La recherche d'améliorations doit se faire sur la prescription, sur le rapport du kiné et sur le développement de moyens par lesquels faire transiter ces informations. Le développement d'un logiciel commun a été cité, le transfert de données par le RSW également. Du médecin vers le kiné, la prescription se doit d'être plus complète, contenant deux types d'informations ; les indispensables, diagnostic précis et nombre de séances maximales ; les utiles à la prise en charge, examen clinique, éléments anamnestiques, examens complémentaires, antécédents et médication ayant un rapport avec la pathologie. Du kiné vers le médecin, un compte-rendu de l'évolution et de ce qui a été fait avec le patient, des résultats obtenus et l'avis du kiné en quelques lignes devrait être envoyé en retour, et ce plus souvent, voire systématiquement.

Des craintes et obstacles sont soulevés par ces nouveaux outils de communication. Leur aspect chronophage est cité en premier. Ensuite, les soucis d'accès au dossier du patient par les kinés, l'informatisation difficile pour les plus âgés. La notion de secret médical devra également être bien discutée. Un incitant financier favoriserait l'utilisation de l'outil.

2. Force, limites et biais de l'étude

Tout d'abord, je suis assez satisfaite de mon choix d'une méthode qualitative. La rencontre avec les médecins et kinésithérapeutes en personne était bien en adéquation avec l'objectif de l'étude, qui était de comprendre leurs difficultés de communication interprofessionnelle et de récolter auprès d'eux les pistes d'amélioration réalisables dans leur pratique. Peu d'études ont été réalisées à ce sujet, ce qui renforce le caractère novateur de cette recherche. Récolter les opinions des deux parties s'est montré pertinent pour mettre en lumière les différences de point de vue potentiellement responsables d'un manque de communication. Cette hypothèse s'est d'ailleurs vérifiée dans les résultats. Ils seront rappelés et développés dans la discussion. J'ai eu la chance de rencontrer de nombreux intervenants motivés par le sujet. Les entretiens ont donc été très riches. Le côté qualitatif de mon étude a cependant conduit certaines discussions à s'éloigner temporairement de ma question de recherche. Les sujets ainsi abordés, bien qu'intéressants de mon point de vue, ne rentraient pas dans le cadre de ce travail de fin d'étude. Heureusement, mon guide d'entretien m'a permis de rediriger la conversation sans difficulté. Un important travail de sélection a été réalisé afin de dégager les informations pertinentes et ainsi évincer ce biais. J'ai tenté de discuter de tous les sujets abordés, mais ils n'ont dès lors pas pu être exploités tous en profondeur dans ce travail. Ainsi, sans viser l'exhaustivité, je me suis penchée sur les pistes d'amélioration jugées les plus significatives par mes interlocuteurs. Grâce à cette diversité, j'ai pu avoir une bonne vue d'ensemble du contexte actuel dans lequel se développe cette relation interprofessionnelle. Ces nombreuses informations m'ont aidée à dégager plusieurs pistes de recherches futures. Elles seront abordées plus loin dans ce travail.

Le biais suivant à aborder est celui de la sélection. Afin d'étudier l'état actuel de la communication médecins-kinés en région beaurinoise, j'ai contacté les praticiens des environs. J'ai tenté de diversifier au maximum les profils de mes interlocuteurs en termes de type de pratique et d'années d'expérience tout en restant cohérente par rapport aux réalités de terrain de la région. Des tendances ont donc été soulevées et permettent ainsi d'extrapoler les données à la zone concernée : différences générationnelles, type de pratique (solo, maison médicale) ... Limiter géographiquement mon étude à un réseau précis m'a permis de mieux appréhender des facteurs plus subtils influençant la communication comme les relations, affinités... Cependant, les spécificités de la campagne beaurinoise ne permettent

pas d'élargir les conclusions de cette étude à la Belgique entière. Elles pourront néanmoins servir de base pour des recherches ultérieures.

Je n'ai été confrontée à aucun refus. Il est possible que cela provienne d'un biais de désirabilité sociale. En tant que « future collègue » dans cette région semi-rurale, j'avais déjà échangé avec une partie des personnes interrogées. Cette proximité a pu inciter les intervenants à répondre positivement à ma requête afin de me rendre service. Il est également possible qu'ils aient inconsciemment voulu me plaire en embellissant leurs rapports respectifs avec l'autre profession. Dans l'analyse des résultats, j'ai pris le soin de noter les avis contraires de certains confrères par rapport à la majorité des participants.

Un autre biais pourrait être dû au « prestige du diplôme », empêchant potentiellement certains kinés à s'exprimer librement face à un médecin. Une fois consciente de ce biais pouvant avoir un impact sur les réponses récoltées, j'ai tenté de rester la plus neutre possible et de mettre à l'aise un maximum mes interlocuteurs.

Enfin, le dernier biais identifié est lié à l'interrogateur. Les questions prévues dans mon guide d'entretien étaient ouvertes et se voulaient les plus neutres possibles. C'est tout de même targuée de ma volonté d'améliorer la communication que je menais les entretiens. Par professionnalisme, j'ai malgré tout tenté de dissimuler au mieux mes opinions, aussi bien lors des entretiens que lors de l'analyse des résultats. Il est maintenant temps de passer à la discussion et de faire passer ici mes opinions.

3. Interprétation et discussion des résultats

3.1. Le contexte actuel de la collaboration médecin-kiné

3.1.1. Intérêts de la collaboration

La collaboration interprofessionnelle (CIP) dans les soins de santé représente « l'une des pierres angulaires des prochains défis que la première ligne aura à affronter ces prochaines années » (1). Les professionnels de la santé en première ligne sont amenés à travailler de concert dans un intérêt commun : la prise en charge optimale du patient. A l'heure actuelle, il me semble que peu d'études se sont intéressées aux intérêts d'une collaboration spécifique médecin-kiné, d'où ma motivation à explorer ce sujet.

Depuis quelques années, la kinésithérapie est en pleine évolution dans notre société. L'hyperspécialisation de cette profession implique une reconsidération de la place du kiné dans les soins de santé. Dans certains pays européens, l'autorisation de « l'accès direct » à la kinésithérapie est d'application. Elle est en discussion en Belgique (3,8). Leur expertise est précieuse et des informations médicales leur sont nécessaires afin de délivrer des soins de qualité. En tant que médecin généraliste et détenteur du DMG et de l'historique du patient, nous avons un rôle de coordinateur (1). Nous sommes chargés à la fois de partager des informations aux différents prestataires mais également d'en récolter pour compléter le dossier du patient. Ce rôle de coordination est primordial afin d'assurer la continuité des soins.

Il y a donc un intérêt commun qu'une communication s'établisse entre ces deux professionnels de la santé. Leur complémentarité n'en sera que renforcée.

Le premier bénéficiaire de cette collaboration est bien entendu le patient. En travaillant de manière concertée, les prestataires permettent d'accélérer et optimiser sa rééducation et donc sa guérison. Le patient bénéficie d'une vision et d'une prise en charge plus globale de la part des prestataires. En le plaçant au centre de sa prise en charge, le patient devient acteur de son traitement et améliore ainsi sa compliance (9,10).

Les professionnels retirent également des avantages à travailler en équipe. Une communication directe entre soignants permet de diminuer les risques de perte d'informations, inévitable lors de l'intervention d'intermédiaires. Les décisions pluridisciplinaires peuvent être prises à partir du moment où les deux professionnels de la santé se concertent par rapport à l'attitude thérapeutique à adopter. Elle soutient le bien-être et la pédagogie des professionnels (1,3,9). De plus, le fait de devoir donner un retour à ses confrères encourage les professionnels à travailler de manière plus rigoureuse, méticuleuse. Tous ces bienfaits ont été largement abordés dans les témoignages récoltés.

Un intérêt n'ayant pas été mentionné de manière explicite et qui me semble intéressant est la diminution des coûts pour la société occasionnés par une meilleure coordination (9). En effet, une concertation plus efficiente accélère la prise en charge, diminue le nombre de séances utiles à la guérison, le nombre d'examen complémentaires à effectuer...

3.1.2. Les facteurs influençant la collaboration

Toutefois, comme le soulignent la littérature et les nombreux témoignages, un élément émergeant à la CIP est que les interactions sont trop rares (5). Il est intéressant de se pencher sur les raisons de ce phénomène.

Un premier obstacle relevé est celui de la **méconnaissance des besoins de l'autre**. En effet, il existe des attentes différentes entre les praticiens. Celles-ci ne sont pas toujours satisfaites et entraînent paradoxalement un manque de rétroaction (5). Le médecin, de son côté, s'interroge sur la pertinence de sa prescription. Le diagnostic et les méthodes utilisées ne lui sont pas toujours aisées à définir, faute de formation (1,2,5,11). Il souhaiterait plus d'informations en retour afin d'affiner l'aiguillage de son patient ultérieurement et acquérir de nouvelles connaissances sur le champ de pratique du kiné (5,12). De l'autre, un diagnostic « *trop vague* » est ressenti par le kiné comme un désintérêt de la part du médecin qui « *renverrait la patate chaude* ». Cela ne le pousse pas à interagir. Le kiné a besoin d'informations qui ne lui sont pas toujours fournies sur la prescription comme les examens complémentaires, les protocoles... Il juge la plupart du temps inutile de lui stipuler la méthode à utiliser afin de ne pas le brider dans ses compétences (11). Il ne rédige pas de rapport, principalement parce qu'il n'en reçoit pas la demande. Il conclut donc de manière erronée à un manque d'intérêt du médecin.

Les résultats des entretiens mettent en lumière un second obstacle à la collaboration, celui des rapports de pouvoirs entre métiers. La notion de **hiérarchie**, habituellement présente en médecine hospitalière mais parfois aussi en médecine générale, semble être plus prononcée chez les plus âgés des praticiens de l'échantillon interrogé. C'est ce sentiment d'autorité, associé au prestige du diplôme, qui empêche le médecin de se remettre en question et de partager les responsabilités (1,2). Les kinésithérapeutes de la génération X ont été formés avec l'image véhiculée du médecin « détenteur du savoir ». La rédaction d'un rapport a donc selon eux peu d'intérêt. Les expériences négatives vécues par les kinésithérapeutes ainsi que le poids donné par le patient à la parole du médecin renforcent ce sentiment d'inégalité professionnelle (2).

Ensuite, à l'unanimité, c'est le **manque de temps et de disponibilité** qui est le principal obstacle aux interactions. Les réunions pluridisciplinaires au domicile du patient, les contacts

téléphoniques et la rédaction de rapports ont en effet tous un dénominateur commun limitant leur utilisation : leur composante chronophage. Comme le montre la littérature, les aspects relationnels du soin ne sont absolument pas valorisés. En Belgique, les actes recensés dans la nomenclature INAMI sont principalement techniques. Le temps consacré au dialogue et au relationnel n'est pas rémunéré (1). Ceci n'engage pas les professionnels libéraux à communiquer davantage, au détriment du patient.

Enfin, la **résistance au changement** est un point rarement cité mais qui transparaît des résultats. Pour de nombreux professionnels de la santé, l'ère de l'informatisation et de la pluridisciplinarité conduit inévitablement à une redéfinition des modes de fonctionnement actuels. La pression, notamment des plus jeunes, pousse les praticiens à travailler différemment, en concertation, avec l'aide des autres, alors qu'ils avaient l'habitude de travailler de façon plus autonome, en solitaire. Il ne faut pas sous-estimer la menace que cela représente pour leur sentiment d'identité professionnelle. Or, les études en psychologie et en sciences sociales montrent qu'une menace sur l'identité génère de la résistance au changement (2,13). Sans en tenir compte, cela aura un impact négatif sur les changements à venir et sur ceux qui devront les accepter : diminution du sentiment d'appartenance au groupe professionnel et d'efficacité personnelle, anxiété, pensées négatives, avec à la clé une perte de performance.

La place du **patient** dans le processus de soin est controversée. Il est à la fois une aide précieuse de relais dans la relation et une source d'informations. En effet, c'est souvent par le bouche à oreille et le retour des patients que le médecin apprend à connaître les kinésithérapeutes et tisse son réseau. C'est également à travers les effets constatés sur les patients et surtout sur ce que dit le patient des effets de son traitement que les praticiens apprennent à connaître la kinésithérapie (5). Ce constat est largement décrit auprès des personnes interviewées. Moi-même, à la sortie de l'université, je me suis fiée aux expériences du patient pour dresser mon cahier d'adresse et comprendre ce qu'il se passait « de l'autre côté ». Les informations qu'il véhicule ne sont cependant pas toujours complètes et consistantes et peuvent nuire à la compréhension mutuelle des praticiens.

Tous ces obstacles sont à l'origine d'une collaboration encore trop peu fréquente. Pourtant, lorsqu'elle a effectivement lieu, les résultats montrent que la communication est

généralement bonne et les échanges appréciés. Les facteurs favorisant ces interactions sont importants à prendre en compte afin d'améliorer cette collaboration.

Sans nul doute, la **confiance** est un véritable levier à la coopération. C'est le fondement même qui unit les relations médecin-kiné dans ma région. Elle est très largement citée dans la littérature (1,2,5,9,14). Selon les chercheurs de be.Hive, « la confiance se développe lorsque l'on connaît le champ de compétences et les pratiques d'autres professionnels », mais également « au fil des relations interpersonnelles qui s'établissent au cours du temps, le plus souvent sur une base territoriale » (1). En ce qui concerne la relation médecin-kiné, on pourrait caractériser cette confiance « d'aveugle ». Le médecin réfère le patient dans un contexte de délégation quasi totale (5). D'après certains médecins, la confiance semble tout de même renforcée lorsqu'ils connaissent les pratiques de leurs confrères. Le deuxième constat est en adéquation avec les résultats. Le milieu rural, le fait de travailler au sein d'une même structure (2,14), tout comme les relations inter/extra-professionnelles préexistantes sont autant d'exemples relevés dans les entretiens qui favorisent la création de liens (14).

L'évolution des mentalités est également propice à la collaboration. Lors de mes entretiens, j'ai été interpellée par la redondance de cette notion. C'est pourquoi j'ai distingué la génération « X » (née entre 1960 et 1980) de la génération « Y » (née entre 1980 et 2000). Je tiens tout de même à nuancer ces résultats. En effet, bien plus qu'une question de génération, la volonté de collaborer est surtout liée à la **personnalité** de chacun (2,14). Ainsi, un médecin plus âgé (M5) souhaiterait plus de formations communes car « *c'est la condition minimale pour pouvoir après s'apprécier les uns les autres et pouvoir travailler en collaboration. Ça, c'est ma philosophie de vie.* ». Je pense que cette tendance générationnelle peut s'expliquer en partie par une formation initiale aujourd'hui plus large comparée à celle de nos aînés. Nous développerons plus en détail ce point dans les pistes d'amélioration.

3.2. Pistes d'amélioration

Une amélioration de la communication sera rendue possible en renforçant les facteurs facilitant et en diminuant l'impact des obstacles. Des pistes ont été proposées par les participants. La hotline et la communication informatisée pallieraient l'aspect chronophage des moyens de communication actuels. Les formations communes répondraient aux manques

de connaissance de l'autre, diminueraient le sentiment de hiérarchie et renforceraient la confiance entre les prestataires.

3.2.1. La communication informatisée

I. Le concept d'e-Santé en Belgique

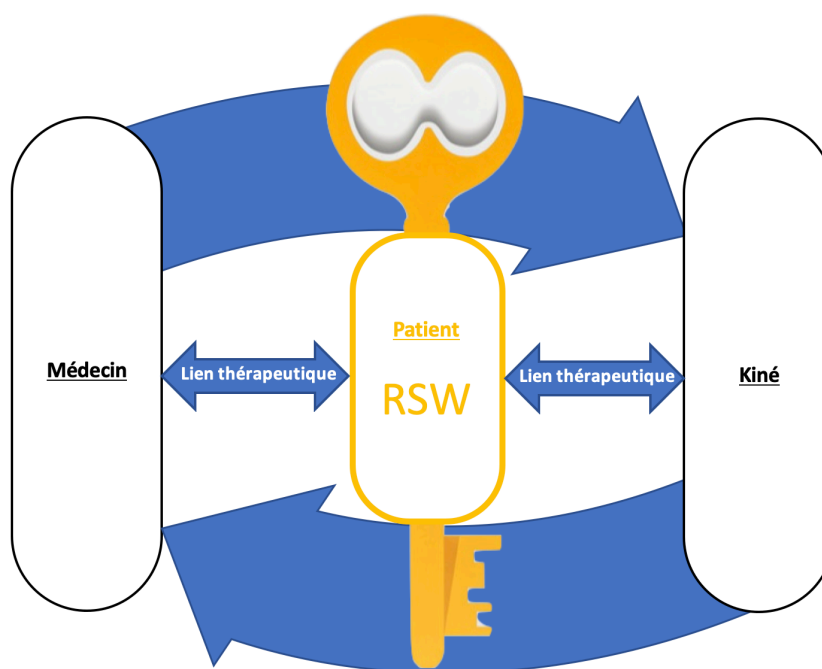
La communication informatisée apparaît comme une solution séduisante pour une majorité des intervenants. L'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) dans le but de favoriser la collaboration dans les soins de santé est une idée largement répandue (2). En Belgique aussi, le concept d'e-Santé se développe et s'impose de plus en plus dans nos pratiques (15). C'est véritablement à l'automne 2012 que s'est dessiné le paysage de l'e- Santé, avec le développement du premier Plan d'action e-Santé 2013-2018. Il avait notamment pour objectif d'implémenter la prescription électronique des médicaments. Cette dernière est maintenant rendue obligatoire depuis janvier 2020. A ce premier projet succède le plan d'action e-Santé 2019-2021. Il prévoit d'élargir ce système aux prescriptions non médicamenteuses, notamment celles destinées aux kinésithérapeutes (15).

Afin de mieux appréhender certains concepts concernant les TIC et les différents termes utilisés, un document est fourni en annexe 5.

II. Le parcours idéal de l'information : le « Win - Win »

Le développement d'une e-prescription élargie aux autres prestataires de soins fait donc partie des préoccupations du plan d'action e-Santé 2019-2021. Ce projet est en cours de construction et peu d'informations concernant son futur processus de fonctionnement sont actuellement disponibles. Cependant, le Dr Philippe Jongen, responsable du projet e-santewallonie et formateur e-Santé, m'a fait part du parcours idéal de l'information. A terme, l'objectif est de l'implémenter dans ce système. Il est schématisé dans la Figure 2. ci-dessous.

Figure 2 : Parcours électronique de l'information entre médecin et kinésithérapeute



Tout d'abord, la prescription informatique générée par le médecin sera envoyée et stockée sur un serveur, un message non adressé, à la manière des prescriptions électroniques médicamenteuses sur Recip-e. Le kinésithérapeute y aura accès via l'ID du patient qui lui aura au préalable donné son consentement éclairé. La eHealthbox pourrait être un canal de transmission. Elle impose cependant une connaissance immédiate de l'identité du prestataire, ce qui n'est pas toujours le cas en consultation. Le choix du patient se fait souvent plus tard. Si le kiné juge ne pas disposer de toutes les informations complémentaires nécessaires, il pourrait accéder à celles-ci via le RSW après avoir établi un lien thérapeutique avec le patient (3,16,17). « Ça, c'est le premier « Win » ».

« La suite logique, c'est qu'il y ait un rapport en retour » (18). En effet, afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire de qualité, la communication devrait idéalement être bidirectionnelle (16). Ce document, figurant sur le RSW, serait accessible à tous les prestataires ayant un lien thérapeutique avec le patient, et au patient lui-même (19). Afin de faciliter sa lecture, ce compte-rendu se voudrait clair, concis et structuré (12).

La combinaison de ces deux éléments formerait un parcours idéal. Serait-il pour autant compatible avec la réalité de terrain ?

III. Les difficultés d'aujourd'hui et les craintes de demain

Bien que cet outil soit attractif à certains égards de par une traçabilité des données, leur consultation à tout moment... Des obstacles et certaines craintes liés à son utilisation ont été soulevés dans l'étude. Ils sont comparés au contexte belge actuel.

Un outil chronophage

La première crainte évoquée principalement par les kinés est son aspect potentiellement chronophage. La charge administrative des praticiens libéraux est déjà conséquente (1). Ils craignent que la tenue du dossier et la rédaction de rapports ne réduise d'une part leur temps de consultation au contact du patient, au détriment de la qualité des soins; et d'autre part celui consacré à leur vie privée, pourtant si précieux.

Fracture numérique comminutive

A cette crainte s'ajoute une fracture numérique à plusieurs niveaux. La première fracture concerne un accès inégal à l'informatique au sens large (14). Les résultats démontrent que certains praticiens, les plus âgés semble-t-il, sont moins à l'aise avec l'utilisation des TIC. De plus, les kinés de la région étudiée ne disposent pas encore tous d'un logiciel. Une résistance au changement, comme cité plus haut, pourrait en être la cause. Une autre raison évoquée est une méconnaissance de l'outil, faute de formation (1).

Un deuxième niveau de fracture provient toujours d'un accès inégal, mais cette fois-ci aux informations sur les hubs. D'après une étude de be.Hive, l'accès aux informations via l'e-Santé semble encore majoritairement réservé aux médecins (1). A la hiérarchie sociale précitée dans ce travail se superpose donc une **hiérarchie** numérique entre les professions de la première ligne (1,16,18). Pourtant, la grande majorité des usagers estiment qu'il serait utile que l'ensemble des professionnels délivrant des soins aient accès à un dossier informatisé partagé afin de mieux collaborer (1,3,16). On sait que ce partage de connaissances est de plus en plus nécessaire pour assurer un travail efficient. Il permet de répondre aux grandes modifications sociodémographiques de ces dernières années : la pénurie des acteurs de première ligne, l'augmentation des patients souffrant de pathologies chroniques... Grâce à cette prise de conscience des autorités, les paramédicaux se voient progressivement accordés certains accès au dossier médical du patient sur le RSW. Les sages-femmes ont par exemple

un accès intégral au dossier du patient (18,19). Les kinés sont également intéressés par cet accès pour des raisons administratives et cliniques (16,18). Ils sont malheureusement les grands oubliés du système suite à « *un bête blocage politique* », comme le mentionne Dr Jongen. Les figures 3 et 4 en annexe illustrent les droits d'accès au RSW des différents acteurs de la première ligne en Wallonie en avril 2020 (19) (cfr annexe 6).

Enfin, c'est la question de l'**interopérabilité** de ces moyens de communication qui pose problème. A l'heure actuelle, les logiciels de santé sont encore fortement segmentés entre les groupes professionnels. Cela les empêche de communiquer entre eux (1). Des logiciels multidisciplinaires sont disponibles (Pricare, Topaz) mais utilisés par une minorité. Un accès commun aux réseaux de santé pourrait pallier cet obstacle.

La qualité des dossiers

Un accès aux données de santé pertinentes du patient est important pour les prestataires. Une continuité des soins de qualité exige également un partage d'informations de qualité. Les risques de sous-encodage, d'un manque de mises à jour des données ou encore d'un encodage non structuré sont évoqués par les praticiens de l'étude et la littérature (17,20).

Le secret médical

Une dernière réflexion est portée sur la protection des données. A l'heure actuelle, plusieurs groupements de praticiens ont développé des « systèmes D » pour transiter l'information électronique sur le patient. Cela peut se produire par mail, Whatsapp, par une consultation directe du kiné dans le DMI du médecin... Autant de « solutions » qui ne respectent pas le secret professionnel, ni le RGPD (1,20).

Un accès sécurisé, via le RSW par exemple, permettrait d'éviter en partie ces écarts. Cependant, de cette solution potentielle découle une autre crainte soulevée par les médecins francophones : celle d'un risque d'accès abusif au dossier médical du patient. Même si selon la loi, tout prestataire AR 78 est tenu au secret médical (19), il ressort qu'il n'est pas forcément nécessaire que le kiné ait accès à toutes les données du patient pour lui assurer des soins de qualité (2,16).

A l'avenir, il sera important de définir les droits d'accès des kinésithérapeutes aux informations jugées pertinentes pour leur travail. Enfin, c'est au patient que revient la décision de partager ses propres données de santé grâce à la notion de lien thérapeutique et de consentement éclairé (16,20).

IV. Incitants potentiels et pistes d'amélioration

L'outil informatique, par sa facilité d'emploi et son aspect sécurisé, séduit déjà les utilisateurs confirmés. Toutefois, les difficultés et craintes émanant de ce moyen de communication sous-entendent que certains points sont encore à améliorer. Ces préoccupations sont à prendre en compte afin de garantir son utilisation par un plus large public.

La première condition nécessaire est qu'il soit tout simplement... connu ! Aujourd'hui encore, tous les intervenants n'ont pas accès à un logiciel informatisé. Le concept d'eHealthbox reste complètement abstrait pour certains. Diffuser son existence est fondamentale, former les praticiens, indispensable. Plusieurs canaux d'informations devraient être exploités afin de toucher le public cible, en privilégiant une publicité active. Citons par exemple l'envoi de mails, des formations par des visiteurs médicaux lors de GLEM ou via des webinaires... Des formations à l'e-Santé existent déjà et intéressent de plus en plus de praticiens, dont les kinés (8,16). Malheureusement, leur publicité n'a visiblement pas touché la région de Beauraing.

Une fois connecté, le clinicien aura besoin d'un outil pratique, facile d'utilisation et intégré. La préoccupation commune et largement partagée par les prestataires est la nécessité d'une communication rapide et efficace. A la lumière des échanges avec les intervenants sur leurs besoins, un outil de communication ergonomique est proposé en annexe (cfr annexe 7a et b). Il est complété avec les données fournies par l'INAMI (4). Afin de faciliter son intégration dans le DMI du patient, le document devra également utiliser un **langage commun**, codé. Les concepteurs des logiciels en ont déjà bien conscience. Une réflexion avec les kinés est en cours à ce sujet, comme l'explique le Dr Jongen : « *Leur but est d'améliorer la qualité du logiciel kiné de manière à ce que le rapport soit bien structuré et puisse produire de l'information codée. Le codage est quelque chose d'important. Il permet de partager des informations dans un même langage et ainsi uniformiser l'information. Cela*

permet in fine une réappropriation ultérieure plus efficiente. Quand on veut récupérer les informations provenant d'un SUMEHR dans notre logiciel, les informations vont directement se mettre au bon endroit : traitement médicamenteux, antécédents... ».

Enfin, un incitant financier pourrait encourager son utilisation. Pour rappel, le manque de financement par l'INAMI a été abordé comme un frein à la rédaction de bilan par les kinés. Ce travail devrait être mieux valorisé (8). En 2018-2019, une Prime de pratique intégrée était octroyée aux médecins généralistes envoyant « au moins 25% de leurs prescriptions de médicaments via Recip-e » (21). Ne pourrait-elle pas s'élargir aux prescriptions non médicamenteuses ainsi qu'aux autres prestataires de soins ?

3.2.2. Une formation commune

Une autre piste d'amélioration émise par une partie des intervenants est le besoin de formation commune, initiale et continue. L'intérêt pour une éducation interprofessionnelle (EIP) n'est pas une préoccupation récente. Préconisée par l'OMS depuis près de 40 ans, elle est aujourd'hui de plus en plus répandue à travers le monde (22). Par un investissement dans cette EIP, l'OMS et les pays participants souhaitent améliorer la collaboration interprofessionnelle et la qualité des soins prodigués au patient. Plusieurs publications relèvent déjà ses impacts positifs à courts termes et confirment ainsi son importance et son intérêt croissant. Elle bénéficie en premier lieu aux prestataires qui reconnaissent une amélioration de leur savoir et de leur savoir-être en termes de collaboration interprofessionnelle. Elle peut également avoir un impact sur le comportement des participants et, in fine, entraîner une plus grande satisfaction du patient (9,22,23). A l'heure actuelle, une grande majorité de ces formations sont enseignées durant le cursus (22). Où se situe la Belgique par rapport à cet engouement partagé par ses confrères européens et d'Amérique du Nord ?

En Belgique francophone, l'équipe Be.Hive a sondé les acteurs de la première ligne sur l'existence ou non d'une formation interprofessionnelle lors de leur cursus. Moins de la moitié des participants seulement ont répondu positivement à cette question. La Wallonie pourrait au premier abord faire figure de mauvais élève. Cependant, en y regardant de plus près, une donnée encourageante ressort de cette étude. Plus de la moitié des répondants sous statut étudiants ont bénéficié de tels enseignements mixtes. Cela démontre une prise de

conscience des autorités quant à l'importance de l'EIP (1). Le train est en marche. Cette tendance s'est confirmée sur le terrain. Les deux assistants médecins interrogés ont acquis leurs connaissances dans le domaine de la kinésithérapie essentiellement lors de leur cursus.

Alors que la formation initiale semble en bonne voie de développement, les médecins beaurinois, tout comme la littérature, constatent une offre de formations continues axées sur la kiné très faible, voire inexistante (5,22). Plusieurs motivations sont mises en avant par les participants intéressés d'inverser cette tendance. Tout d'abord, en concordance avec la littérature, ces formations sont l'occasion d'acquérir de nouvelles connaissances scientifiques et de comprendre la réalité de terrain de l'autre (1,22,23). Comme le souligne une kiné, « *la collaboration est beaucoup plus facile quand on a les mêmes bases théoriques* ». En plus des connaissances « métier », c'est le désir de connaître l'autre « *humainement parlant* » qui motiverait certains à participer à ces réunions. Pour rappel, la **confiance** est un levier important à la collaboration. Elle se forge certes sur base des connaissances du champ de compétences et les pratiques d'autres professionnels, mais également au fil des relations interpersonnelles qui s'établissent au cours du temps, le plus souvent « sur une base territoriale ». Cette notion est importante à prendre en compte. Elle est appuyée par l'expérience d'un kiné qui lors d'un congrès international a ressenti un manque d'intérêt des médecins lorsque les kinésithérapeutes partageaient leurs savoirs. Des formations à grande échelle déshumanisées ne semblent pas adaptées aux attentes et à la réalité du terrain. Ainsi, pour être attractives, les formations devraient se dérouler en petit comité entre professionnels d'un même réseau, lors de regroupements locorégionaux par exemple.

Ces formations comporteraient plusieurs avantages. Pour le médecin, connaître le kiné lui permettrait de ne plus référer son patient en lui faisant une confiance « aveugle », mais éclairée. L'orientation du patient serait dès lors plus efficiente. Pour le kiné, elles seraient l'occasion de briser les ponts hiérarchiques et de revaloriser sa place dans les soins de santé. Grâce à l'acquisition de connaissances partagées, un **langage commun** entre praticiens permettrait d'harmoniser leur travail et faciliter les contacts ultérieurs.

Cependant, nous l'avons vu, cette idée de formation ne fait pas l'unanimité auprès des praticiens libéraux. Le manque d'intérêt vécu ou perçu par les kinés en est la principale raison. Une autre piste potentielle serait le manque de temps à consacrer à ces formations.

Pour être acceptées par un plus grand nombre, un système de financement ou d'accréditation devrait être mis en place (3).

3.2.3. La hotline

Afin d'améliorer les échanges, les praticiens font finalement mention du développement d'une hotline. Ce point aura pour but de marquer l'intérêt de cet outil, d'en positionner les bases, mais il serait nécessaire d'approfondir les recherches dans un travail futur. De nombreuses études montrent l'importance de développer un répertoire professionnel afin d'améliorer la collaboration inter- et intra-professionnelle en général (24).

Le principal intérêt de cette hotline est d'améliorer la prise en charge urgente du patient. Elle serait complémentaire à l'outil informatique, moins adapté à la gestion de ces situations. Au vu des résultats, ce canal doit avant tout servir à obtenir un contact direct et facile entre praticiens. Une ligne directe entre médecins et kinés permet d'éviter les intermédiaires trop souvent rencontrés dans la pratique actuelle. Ceux-ci sont source de perte de temps, de frustration et de risque de perte d'information. Une information de qualité peut ainsi transiter entre les praticiens. De plus, la coordination des soins des patients est une mission majeure du généraliste. Pour remplir ce rôle, il s'appuie actuellement sur un réseau informel de correspondants à l'aide d'un carnet d'adresses personnel. Celui-ci est construit au fil du temps, suivant les motivations et affinités de l'individu, et peut donc se montrer incomplet (5). La conception d'un répertoire professionnel en ligne renforcerait ce rôle de coordination (25).

Pour qu'un tel système puisse se développer, il est important de prendre en considération les attentes et craintes développées envers l'outil. La principale crainte concerne l'accès à ces données par les patients, d'où l'intérêt d'une bonne sécurisation. La mise à disposition de ces coordonnées professionnelles sur ce réseau devrait rester volontaire et basée sur une confiance mutuelle entre médecins et kinés afin d'éviter les dérives et respecter le choix de chacun. Enfin, ce répertoire se devra d'être complet, pratique, consultable de partout, rapide, ergonomique et surtout réservé aux professionnels de la santé uniquement (25). Sa publication pourrait se faire via la plateforme eHealth pour garantir un maximum de sécurité.

3.2.4. Evaluation

Trois solutions ayant pour but d'améliorer la qualité des soins en favorisant la collaboration entre généralistes et kinésithérapeutes ont été discutées. Une fois mises en application, une évaluation de leur efficacité sera nécessaire. Auront-elles un intérêt pour le patient, les professionnels et la société ? En pratique, il faudrait préciser des indicateurs propres à la qualité des soins du patient, comme une diminution du nombre de séances de kiné par patient – les traitements gagnant en efficacité –, ou encore l'amélioration de la prise en charge de diverses pathologies chroniques, la réduction des coûts liés aux soins de kiné et aux examens complémentaires...

Il serait intéressant d'évaluer si ces mesures ont un impact sur la satisfaction des professionnels de la santé, dans la collaboration, et des patients, dans la qualité de la prise en charge, qu'ils pourraient en retirer au quotidien. Ce type de données serait à récolter à l'aide d'enquêtes de satisfaction à réaliser auprès des patients et des praticiens.

Ensuite, des facteurs statistiques pourraient être également analysés pour évaluer la collaboration entre les praticiens. Le nombre de rapports de kiné et de e-prescriptions publiés sur les réseaux de santé pourrait être récolté. Le nombre de formations multidisciplinaires et leur taux de présence devrait faire l'objet d'analyse.

Enfin, afin de vérifier l'impact de telle ou telle mesure, ces données devraient être récoltées régulièrement, tous les ans par exemple.

IX. Conclusion

La collaboration entre médecins généralistes et kinésithérapeutes est importante dans notre système de santé actuel. Elle permet de réduire les risques d'erreur de traitement, d'améliorer les connaissances et la satisfaction des praticiens, d'optimiser la prise en charge du patient et donc réduire les coûts pour la société. Une collaboration efficace exige une bonne communication. Ce travail la qualifie cependant d'unidirectionnelle et parfois peu adaptée aux besoins de chacun.

Le manque de temps, la hiérarchie, la méconnaissance des besoins de l'autre sont les principaux freins à la communication entre praticiens. Cependant, les mentalités évoluent. Le contexte actuel promet de belles avancées en terme de collaboration grâce à la jeune génération et l'évolution des pratiques médicales. Les progrès de l'informatique et la dynamique positive induite par l'e-Santé sont autant de leviers permettant efficacité, rapidité et fluidité dans les échanges entre praticiens.

Des pistes d'amélioration ont été suggérées. Le développement d'une communication informatisée sécurisée et d'une hotline permettrait de pallier l'aspect chronophage des outils actuels et de favoriser les échanges bidirectionnels. Pour un « win-win » garanti, une e-prescription complète et un compte-rendu concis sont primordiaux. Pour éviter de nouvelles pertes de temps, l'information devrait passer par la plateforme eHealth. Pour éviter la fracture numérique comminutive et pour une utilisation parfaite de l'informatique, il faudra tenir compte des difficultés de chacun. Ainsi, il faudra épauler le public peu familier avec les TIC, donner un accès équitable à l'ensemble de la plateforme eHealth et former les praticiens à l'utilisation de ce nouveau canal de communication. Une compensation financière serait une motivation supplémentaire à l'utilisation de l'outil.

Bien que les nouvelles technologies soient prometteuses, ce travail démontre que les contacts humains restent nécessaires. Les formations communes sont l'occasion de renforcer des liens, d'apprendre à (re)connaître l'autre dans le champ de ses compétences et de créer un langage commun. La confiance est un pilier important à la collaboration.

Des études à plus large échelle permettraient de vérifier si ces résultats sont généralisables au niveau national. En outre, il faudra songer à évaluer l'impact de ces

nouvelles mesures via différents indicateurs, comme l'efficacité des traitements de kiné, l'amélioration de la prise en charge de diverses pathologies chroniques, la diminution des coûts. Enfin, le point de vue du patient serait intéressant à considérer.

X. Bibliographie

1. Alvarez Irusta L, Belche J-L, Biston C, et al. Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone. UCL-Université Catholique de Louvain 2020:1-116.
2. Supper I, Catala O, Lustman M, et al. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf)* 2015;37(4):716–727.
3. Conseil Fédéral de la Kinésithérapie. Profil de compétences professionnelles du kinésithérapeute en Belgique en 2020. [Web Page]. 2016. Available from: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/201601-profil-de-competences-professionnelles-du-kinesitherapeute> (consulté le 25/11/2019)
4. INAMI, Institut national d'assurance maladie-invalidité. Infobox INAMI. La réglementation décryptée pour le kinésithérapeute. 3^{ème} édition : J. De Cock. juin 2016:43-58.
5. Bonnal C, Matharan J, Micheau J. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux - Rapport d'étude. Paris: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; 2009:1-27.
6. Roche D. Réaliser une étude de marché avec succès. Paris: Groupe Eyrolles; 2009:31-48.
7. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual* 2006; 26(2):1-18.
8. Mormont M. Kinés francophones : Une représentation partagée. *Santé Conjug.* 2018;82:20-2.
9. Barret J, Curran V, Glynn L, Godwin M. Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2007:1-31.
10. Perreault K, Dionne CE, Rossignol M, et al. Interprofessional practices of physiotherapists working with adults with low back pain in Québec's private sector: results of a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord* 2014;15:160.
11. Hulme JB, Bach BW, Lewis JW. Communication Between Physicians and Physical Therapists. *Phys Ther* 1988;68(1):26-31.
12. Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. *Prim Health Care Res Dev* 2015;16(3):304-8.
13. Eyssen M, Benahmed N, Paulus D. Vers un plan intégré d'Evidence-Based Practice en Belgique, 2^{ème} partie : Implémentation et gestion des performances - Synthèse. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2018:1-35. Report No.: 291Bs.

14. Staffoni L, Schoeb V, Pichonnaz D, et al. Collaboration interprofessionnelle : comment les professionnelles de santé interagissent-ils en situation de pratique collaborative ? *Kinésithérapie Rev* 2017;17(184):18.
15. De Block M, Vandeurzen J, Greoli A, Demotte R, Gosuin D, Vanhengel G, et al. Protocole d'accord - Plan d'action e-Santé 2019-2021. Bruxelles; 2019.
16. e-Santé. Newsletter N°30 [Webpage]. mai 2019. Available from : <https://e-santewallonie.be/wp-content/uploads/2019/06/2019-05-29-Newsletter-n%C2%B030-Les-kin%C3%A9s-demandeurs.pdf> (consulté le 20/02/2020)
17. Chapiro G. Plate-forme eHealth : risques et opportunités. *Santé Conjug* 2016;77:11–6.
18. Jongen P. Interview d'un expert en e-Santé. Beauraing, 15 mars 2020.
19. Réseau Santé Wallon. Règlement relatif à la protection de la vie privée. [Webpage]. 2019. Available from : <https://www.reseausantewallon.be/SiteCollectionDocuments/Documents-officiels-EN/RVP-EN.pdf> (consulté le 20/02/2020)
20. Fauquert B. Informatique, information, communication et coordination. *Santé Conjug* 2019;89:37–40.
21. INAMI, Institut national d'assurance maladie-invalidité. Explications des conditions de la prime de pratique intégrée en médecine générale. [Webpage]. 2020. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/aide/pratique-integree/Pages/explications-prime-pratique-integree.aspx> (consulté le 04/02/2020).
22. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, et al. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Rech Soins Infirm* 2011; 106(3):40-6.
23. Reeves S, Perrier L, Goldman J, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(3):CD002213
24. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, et al. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Pratiques et Organisation des Soins* 2010;4 (41):3c-339.
25. Savignac L, Tran V-T. Le carnet d'adresses du médecin généraliste : difficultés et besoins, vers un outil en ligne partagé ? 2013. Thèse de doctorat.
26. e-Santé - Portail des services de l'e-Santé. Lexique. [Web page]. 2019. Available from: <https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/lexique/lexique> (consulté le 04/02/2019)
27. Plateforme eHealth - Services de base, plaque tournante électronique des soins médicaux | Smals [Web Page]. Available from: <https://www.smals.be/fr/content/plateforme-ehealth-services-de-base-plaque-tournante-electronique-des-soins-medicaux> (consulté le 20/03/2020)

XI. Annexes

Annexe 1 - Guide d'entretien

Thème 1 : Présentation : Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ainsi que votre parcours ?

Thème 2 : État des lieux sur la communication médecin → kiné : Pouvez-vous me parler de votre communication avec les médecins généralistes/kinésithérapeutes ?

Comment qualifieriez-vous votre relation avec les médecins/kinés ?

Quels moyens de communication utilisez-vous ?

Quels sont les motifs de ces échanges ? Vous semblent-ils adaptés ?

Quels sont les obstacles/freins ?

Que vous apporte cette communication ? Bénéfices pour le patient, le kiné, le médecin

Thème 3 : Amélioration(s) possible(s) ?

Auriez-vous des pistes d'amélioration réalisables dans votre pratique ?

Quels seraient les freins pour les prestataires selon vous ?

Annexe 2 - Consentement éclairé

Analyse Qualitative de la communication entre généralistes et kinésithérapeutes de la région de Beauraing et améliorations possibles afin d'optimiser la qualité des soins

Rouard Florence, Assistante en deuxième année de médecine générale

Introduction

Vous êtes invité à participer à une enquête destinée à recueillir des informations concernant la communication interprofessionnelle entre médecin généraliste et kinésithérapeute.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette enquête n'hésitez pas à me poser toutes les questions que vous souhaitez.

Si vous participez à ce projet, vous devez savoir que :

Votre participation est **volontaire** : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec l'enquêteur.

Les données recueillies à cette occasion feront l'objet d'une analyse qualitative et votre **anonymat** est garanti.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez invité à signer un consentement. L'enquêteur signera également ce document et confirmera ainsi qu'il vous a fourni les informations nécessaires sur l'enquête et qu'il s'engage à ne conserver aucune information qui pourrait lui permettre plus tard de faire le lien entre les propos exprimés au cours de l'entretien et une personne donnée.

Vous recevrez l'exemplaire qui vous est destiné.

Merci de votre collaboration

Consentement éclairé

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'enquête.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que les données recueillies seront strictement anonymes et que l'enquêteur se porte garant de cet anonymat.

Date et signature du participant.

Je soussignée, Rouard Florence, assistante en deuxième année, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'enquête et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'enquête et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques relatifs aux droits du médecin et à la protection de sa vie privée.

Date et signature de l'enquêteur

Annexe 3 - Composition des groupes : détails

	Sexe	Type de pratique	Expériences (années)	Logiciel informatique
M1	F	Maison médicale	> 20 ans	V
K1	F	Solo	< 5 ans	V
M2	H	Solo (assistant)	< 5 ans	V
K2	F	Solo	< 5 ans	X
K3	H	Solo	> 20 ans	V
K4	H	Solo	5-20 ans	X
M3	H	Solo	5-20 ans	V
K5	H	Solo	> 20 ans	X
K6	H	Solo	< 5 ans	V
M4	F	Solo	> 20 ans	V
K7	F	Maison médicale	5-20 ans	V
M5	H	Solo	> 20 ans	V
M6	H	Maison médicale (assistant)	< 5 ans	V
M7	F	Solo	5-20 ans	V
K8	F	Maison médicale	5-20 ans	V

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

Annexe 4 - Entretien semi-directif

Entretien M3

Thème 1 : Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ainsi que votre parcours.

J'ai (5-20ans) années de pratique, je travaille en milieu rural en pratique solo. Je n'ai pas de formation particulière à part mon diplôme d'ECG.

Thème 2 : Pourriez-vous me parler de votre communication avec les kinés ?

Je n'ai pas énormément de contacts avec les kinés. J'en ai quelques-uns. Je travaille surtout avec ceux du coin, qui sont proches de chez moi. Je n'envoie jamais un patient à Bruxelles, par exemple... (rire) Mais globalement, ça se passe plutôt bien.

Par quels moyens communiquez-vous entre vous ?

La communication se fait surtout par la prescription. Je fais le papier, j'envoie de temps en temps un protocole d'un examen complémentaire. Mais sinon, c'est tout. C'est une description assez succincte, peut être souvent la même, avec juste le motif. Ça c'est mon principal moyen de communication... Je ne contacte finalement jamais les kinés directement par téléphone ou par mail. De temps en temps, les kinés me contactent par téléphone pour avoir un renouvellement de prescription. C'est surtout comme ça que j'ai des contacts avec eux. Après, j'ai quand même pas mal de kinés qui sont mes patients aussi dans la région. Justement, comme ils habitent dans le coin, je suis souvent leur médecin traitant. Ça m'arrive qu'ils commencent à me parler durant leur consultation de patients avec lesquels ils rencontrent des difficultés, des patients plus compliqués, polypatho, plus lourds. Ils ont besoin je pense aussi d'avoir mon avis sur la question, sur comment moi je ressens le patient. S'il est tout le temps plaintif, que ça ne va jamais... Ben ils sont contents d'entendre que j'ai la même sensation. C'est un peu un partage que l'on a aussi... Mais plutôt quand on a un contact direct quoi, en personne.

Malheureusement, j'ai rarement des contacts directs autrement quoi.. Ca c'est un peu dommage. Ce serait parfois intéressant d'avoir des petites réunions. Ca j'avoue qu'on n'a pas encore organisé dans notre zone mais...

Qu'est ce que cette communication pourrait apporter selon vous ?

Lorsque je travaille avec X, mon ami kiné, ça apporte un plus pour le patient dans la qualité des soins qu'on lui donne. De son côté, le kiné est plus au courant des antécédents du patient, et nous on est plus au courant de la prise en charge des kinés. On peut du coup plus rapidement faire un examen complémentaire au besoin, faire plus de séances, ... On est plus efficaces. Donc voilà, je pense qu'il y a clairement un intérêt et pour les médecins, et pour les kinés d'avoir un avis respectif pour que le patient soit mieux soigné.

J'entends que vous seriez demandeur d'avoir plus de retour du kiné, mais que les contacts directs sont difficiles à mettre en place. Que penseriez-vous d'un rapport écrit ?

Oui ça me semblerait hyper intéressant pour nous. Ça nous permettrait déjà d'un de savoir si ça a été utile pour le patient d'aller chez le kiné, de savoir si ça a fonctionné, s'il n'a plus de problème. De connaître son évolution, s'il a pu récupérer son amplitude de mobilité après une opération par exemple, ... Si le kiné estime que dans le diagnostic, il manque quelque chose, qu'il ne comprend pas pourquoi finalement ça ne s'améliore pas... Le kiné pourrait mettre dans son rapport sa suggestion d'un examen complémentaire, lequel, écho, radio, ... S'il pense plus à quelque chose d'osseux, tendineux, ... Avoir un appui du kiné dans notre prise en charge, ce serait plus confortable aussi. Si on pense tous les deux la même chose, je serai plus rassuré dans ma prise en charge. On travaillerait de concert, à l'unisson, et ça nous permettrait d'avancer plus vite. Je pense que parfois ça traîne un peu dans le traitement des patients parce qu'il n'y a pas assez de communication.

Qu'est-ce que cela pourrait apporter au kiné selon vous ?

La plupart du temps, je laisse libre choix au patient de son kiné... Ou je le réfère en fonction de ce que j'entends autour de moi. Si j'avais l'occasion d'avoir plus de comptes rendus, je pense que je pourrais plus facilement orienter mes patients vers tel ou tel kiné. Je connaîtrais beaucoup mieux les kinés du coin et leurs spécialités. Parce que oui, la kiné s'hyperspécialise hein... Avec la RPG, la kiné du sport, ... Et puis, c'est peut-être bête mais... j'orienterais certainement plus mes patients vers des kinés réalisant de beaux rapports plutôt que vers ceux qui ne me donnent aucun retour. Ce serait une sorte de pub aussi finalement.

Thème 3 : Comment amélioreriez-vous cette communication ?

Je pense que si les kinés pouvaient publier des éléments sur le RSW, cela permettrait à ces rapports de parvenir directement dans notre DMI, ce serait hyper pratique. Cela nous permettrait d'avoir un meilleur suivi des patients et donc une meilleure prise en charge pour eux. A l'image de ce qui se passe avec le pneumologue, cardiologue... Ce rapport devrait comporter les conclusions du kiné, l'évolution, l'efficacité du traitement ou pas... Cela permet d'améliorer notre prise en charge par la suite via des antidouleurs complémentaires, des examens d'imagerie supplémentaires, des séances de kiné supplémentaires. Cela nous permettrait d'avoir un partage.

Les kinés sont plutôt mis à l'écart. Ils n'ont pas une vue globale du patient, ça leur manque. Ils ont juste les infos qu'on veut bien leur donner. Et malheureusement, on ne sait pas trop leur en donner pour le moment... La prescription de kiné, c'est trop petit, On met juste le diagnostic, 4 croix « revalidation, mobilisation par l'exercice, ... » Fin bref, c'est toujours la même chose et ce n'est peut-être pas toujours assez. De temps en temps, je rajoute le protocole, mais est-ce que c'est suffisant ? ... Et puis on n'a pas nécessairement accès à toutes les informations non plus... Finalement, ce n'est que le patient qui vient apporter ses plaintes. Tandis que si moi j'apportais plus, le kiné gagnerait du temps pour la prise en charge du patient. S'il était plus impliqué et avait accès aux données informatiques, ça lui permettrait de gagner du temps et du coup mieux soigner le patient.

Si le patient autorise le kiné à consulter son dossier médical, le SUMEHR qu'on ferait par exemple, ça nous permettrait d'échanger avec le kiné. On fait quand même cela donc ça ne nous demanderait pas plus de temps. Ce serait bien qu'il ait accès au traitement. Si le patient vient de bouffer des quinolones, ben le kiné a intérêt à le savoir pour ne pas tirer sur ses tendons... C'est aussi une protection pour le patient. Si c'est un patient hyperalgique, très plaintif, où il faut espérer une évolution très lente, ben le kiné sera content de le savoir. Parce que sinon il sera déçu de l'évolution... Enfin il me semble...

Est-ce que vous demandez parfois un rapport au kiné ?

Ben en fait pas vraiment, je ne me suis jamais posé la question... Je pense que ce n'est pas vraiment dans les « mœurs » de la médecine. Si je compare ça à la relation qu'on a avec les spécialistes, je ne leur demande pas non plus un rapport, pourtant j'en reçois. Ou il est publié sur le RSW et cela m'aide dans la prise en charge. C'est implicite cette demande, pas

avec les kinés... En plus, je ne sais pas trop comment le demander ce rapport, ce n'est pas intégré dans mon logiciel. L'idéal ce serait que le rapport du kiné nous soit communiqué via ce RSW, je ne sais pas si c'est déjà possible mais la technologie le permettrait, j'en suis sûr. Pour ce faire les kinés devraient avoir accès à l'e-Santé mais je ne sais pas bien où ils en sont dans ce domaine. Je sais que pas mal d'autres praticiens comme les infirmières ont accès au réseau. Le patient fait ce qu'il veut de son dossier, s'il donne un accès au kiné, cela ne peut qu'être bénéfique selon moi.

Auriez-vous d'autres suggestions d'amélioration ?

Des formations ensemble peut être aussi. Finalement, dans nos études, on a très peu de contacts avec les kinés. Ce serait pas mal à l'heure actuelle d'être plus connectés ensemble, et avoir l'habitude de travailler ensemble. Ce serait bien d'avoir des GLEM pour que l'on comprenne un peu la réalité du terrain des kinés, mais qu'eux aussi comprennent notre réalité du terrain. Ce serait bien. J'aime beaucoup les associations, quand le médecin travaille dans la même structure que les kinés. J'ai des collègues qui travaillent comme ça et qui sont contents car ils peuvent toujours échanger, entre 2 portes... Moi pour le moment, ce n'est pas le cas... Mais ça a une plus-value de travailler avec des gens d'une autre profession.

Annexe 5 – Concept d’e-Santé en Belgique

L’e-Santé, c’est l’application des nouvelles Technologies de l’Information et de la Communication (TIC) aux soins de santé. Ces technologies regroupent l’utilisation d’internet, des logiciels médicaux ou encore des applications, dans le but de maintenir, voire d’améliorer la qualité des soins donnés au patient (26). Ce concept d’e-Santé est relativement récent et s’implante de plus en plus dans nos pratiques quotidiennes et pour de plus en plus de praticiens. Selon le professeur Gunther Eysenbach, « *L’e-Santé est un domaine émergent à l’intersection de l’informatique médicale, de la santé publique et du monde des entreprises. Elle fait référence à des services et informations en matière de santé qui sont fournis ou améliorés grâce à internet et aux technologies apparentées. Au sens large, le terme renvoie non seulement à l’évolution technologique, mais aussi à une mentalité, un mode de pensée, une attitude et un engagement à la réflexion globale en réseau, afin d’améliorer les soins de santé aux niveaux local, régional et mondial en utilisant les technologies de l’information et de la communication (TIC)* » (17,26).

Durant ces vingt dernières années, les autorités de santé belges ont tenté de suivre les progrès de l’informatique et de les utiliser à bon escient. Parmi les projets e-Santé, la plateforme eHealth a été promue. Elle rassemble notamment la eHealthbox, Recip-e et le metaHub eHealth regroupant les données de santé provenant des coffres-forts Intermed, Brusafe et Vitalink. Son but est la circulation optimale et sécurisée des informations de santé concernant les patients. Pourquoi ? Parce que lors d’intervention médicale, il est souvent capital de connaître en détail les antécédents du patient ou son assurabilité. L’accès rapide aux informations de santé se heurte à la protection de la vie privée et au secret médical (27). Comment ? La plateforme eHealth permet de consulter ses données de façon ultra sécurisée et constitue ainsi un chaînon important dans l’échange des données médicales. Dans tous les cas, un dispensateur de soins ne peut accéder à des données médicales que si la loi, le département Santé du Comité sectoriel ou le patient même l’y autorise (27). Les avantages sont multiples : premièrement, anonymisées, ces données médicales sont une source unique pour faire avancer les sciences médicales. Deuxièmement, pour le personnel soignant, la plateforme constitue une excellente base de simplification administrative, leur permettant de dégager du temps à l’administration de soins. Enfin, pour le patient, cela promet davantage de transparence, d’efficacité et d’attention pour la qualité des soins (27). Grâce à la notion de

lien thérapeutique et de consentement éclairé, le patient est maître des différents accès à son dossier présent sur la plateforme. Il peut par exemple autoriser ou non un praticien à consulter ou publier des éléments sur les réseaux de santé.

Depuis 2012, plusieurs plans d'action e-Santé se sont succédés dans le but de suivre l'évolution des technologies et de faire progresser la médecine belge. Le plan d'action e-Santé 2013-2018 avait pour objectif d'implémenter la prescription électronique des médicaments. Cette dernière est maintenant largement répandue et d'ailleurs rendue obligatoire depuis janvier 2020. A ce premier projet succède le plan d'action e-Santé 2019-2021. Il prévoit d'élargir ce système aux prescriptions non médicales, notamment celles destinées aux kinésithérapeutes (15).

Annexe 6 – Droits d'accès au RSW

Figure 3 : Droits d'accès par catégorie de données de santé pour les prestataires de soins

<https://e-santewallonie.be/wp-content/uploads/2020/05/200505-matrice-droits-daccès-RSW.pdf>, consulté le 10/05/2020



Réseau Santé Wallonie – Règlement relatif à la protection de la vie privée

2. Droits d'accès par catégorie de données de santé pour les prestataires de soins

Conformément à la délibération n°12/047 relative au consentement éclairé du patient, au-delà de la notion de relation thérapeutique, un prestataire de soins peut uniquement accéder aux données de santé qui sont pertinentes pour lui dans le cadre de la continuité des soins au patient. On décrit donc dans cette section quels « types » de données sont publiables au travers du Réseau Santé Wallonie et accessibles à quelles catégories de professionnels de la santé. Rappelons qu'il s'agit ici de règles d'accès « par défaut » et qu'il existe en outre des mécanismes de modulation d'accès au niveau de chaque document.

Les droits d'accès étant gérés au niveau des documents, la table ci-après définit les droits d'accès par « type de documents ». Cette table ne concerne que les « données de santé internes (tant centralisées que décentralisées) ». Pour ce qui concerne les « données de santé décentralisées externes », les règles d'accès au niveau documentaire sont du ressort du Système partenaire qui publie ces données. Cette table des accès évoluera en fonction de l'intégration progressive des prestataires de soins au Réseau Santé Wallonie et des projets construits avec les acteurs de terrain.

Type de document	Catégorie de prestataire de soins AR78															
	Médecin	Sage-femme	Pharmacien Biologiste	Pharmacien Hospitalier	Pharmacien	Dentiste	Infirmier Educateur	Infirmier	Kiné	Ergo	Logopède	Dietéticien	Podologue	Technicien de laboratoire	Technicien de radiologie	Autre
Sumehr Schéma de médication	Oui	Oui	Oui	Oui	Partiel	Partiel	Partiel	Partiel	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Note de journal Rapport de dentisterie ou chirurgie maxilo-faciale	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Limité	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Rapport de laboratoire Rapport de radio et imagerie Rapport de diabétiologie, d'endocrinologie ou de médecine interne	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Limité	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Rapport SafeLink - Covid 19 Mesures de « télémonitoring » et trajets de soins	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Limité	Limité	Oui	Oui	Limité*	Limité*	Limité*	Oui	Oui	Limité	Limité	Limité
	Oui	Oui	Oui	Oui	Limité	Limité	Limité*	Limité*	Limité*	Limité*	Limité*	Limité	Limité	Limité	Limité	Limité
Autre (règle générale) Documents de santé à caractère psychiatrique	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné	Conditionné

Dernière mise à jour effectuée le 5 mai 2020

32/41

Figure 4 : Etat des lieux des accès des logiciels de la 1^{ère} ligne – Kiné

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1zw_K9PSjNLbLee3wiJVCDv4NVaiqmhpwLOffFODfZw/edit#gid=306426753, consulté le 10/05/2020

		ETAT DES LIEUX LOGICIELS 1ÈRE LIGNE - KINE				
		Version - avril 2020				
		  CareConnect Physiothérapeute	  Fysionotes	  crosssuite Logiciel de soins	  KINE QUICK	  CGM Oxygen
RSW/RSB						
Le logiciel a développé la connexion au RSW	Non Développement en cours	Non	Non	Non	Non	
Le logiciel gère le consentement du patient au partage de ses données de santé sur le RSW et/ou national (récolte du consentement, suppression du consentement et statut du consentement)	Non Développement en cours	Non	Non	Non	Non	
Le logiciel permet de déclarer ou supprimer un lien thérapeutique sur le RSW et/ou au niveau national	Non Développement en cours	Non	Non	Non	Non	
La lecture de la carte d'identité du patient permet également la création du lien thérapeutique	Non Développement en cours	Non	Non	Non	Non	
Le logiciel permet la consultation du Sumehr au travers du RSW	Non Développement en cours	Non	Non	Non	Non	
Le logiciel permet la consultation du schéma de médication	Non Développement en cours	Non	Non	Non	Non	
Le logiciel permet la consultation du journal sur le RSW/RSB	Non Développement en cours	Non	Non	Non	Non	
Le logiciel permet l'alimentation du journal sur le RSW/RSB	Non Développement en cours	Non	Non	Non	Non	
Le logiciel permet la consultation d'un rapport de contact sur le RSW/RSB	Non Développement en cours	Non	Non	Non	Non	
Le logiciel permet la consultation de documents hospitaliers standards sur le RSW/RSB	Non Développement en cours	Non	Non	Non	Non	
Le logiciel permet la consultation de l'imagerie médicale sur le RSW/RSB	Non Développement en cours	Non	Non	Non	Non	
MyCareNet (agrèments)						
Agrément assurabilité?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Le logiciel permet de vérifier auprès de MyCareNet l'identité du médecin généraliste détenteur d	Oui	Oui	Non	Oui	Non	
e-health						
Logiciel homologué pour la prime 2020 ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Le logiciel permet-il l'intégration et l'utilisation du certificat e-health ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Le logiciel permet-il l'accès à la e-hbox au travers du logiciel ?	Oui Envoi et réception de messages ehealthbox directement depuis le logiciel	Oui	Oui	Oui	Oui	
Recip-e						
Le logiciel permet la récupération de la prescription de soins	Non	Non	Non	Non	Non	
Précisions						
Sur quel type de plateforme fonctionne aujourd'hui votre logiciel (Windows, Mac, IOS, Android)? Des évolutions sont-elles prévues? Si oui, dans quel laps de temps?	windows, mac, bientôt IOS et Android	FysioNotes: L'application et la base de données sont locales sur plateforme Windows - FysioCloud: application locale +	Toutes les plateformes : Windows, Mac, IOS, Android	Windows, Mac IOS, Android	La version locale fonctionne sur Windows et sur Mac. La version cloud fonctionne sur Windows, Mac, IOS et Android (via bureau à distance)	

Annexe 7a – Prescription type

DIAGNOSTIC

Date : / /

- Diagnostic : Type de pathologie : ☐ Courante ☐ Lourde (E/F)
☐ 1^{er} épisode ☐ Récidive
- Date d'apparition des symptômes :
- Examen clinique :
- Antécédents médico/chirurgicaux :

Stratégie de traitement

- Médication : ☐ OUI ☐ NON
Traitement aigu en cours :
Traitement habituel :
☐ Corticoïde ☐ Anticoagulant ☐ Bêta-bloquant ☐ Statine
- Acte technique : ☐ OUI ☐ NON
☐ Infiltration ☐ PRP
☐ Ponction ☐ Tape
☐ Mésothérapie ☐ Autre :
- Imagerie : ☐ OUI ☐ NON ☐ En cours
☐ RX ☐ SCINTI
☐ ECHO ☐ IRM
☐ (arthro)SCAN

- Protocole opératoire : 
- Suggestion de traitement :
- Nombre de séances : - Fréquence
- En complément, demande consultation chez un spécialiste : ☐ OUI ☐ NON
Commentaire :
- Informations complémentaires :
☐ Rapport souhaité

Annexe 7b – Rapport type

DIAGNOSTIC

Date : /.... /.....

- Pathologie :
- Etiologie :
- Informations complémentaires :

TRAITEMENT KINE REALISE

- ☐ Antalgique (manuel (massage, etc.) ou physio (US, électrothérapie, etc.)) :
- ☐ Renforcement musculaire :
- ☐ Relâchement musculaire, étirement :
- ☐ Récupération amplitude :
- ☐ Rééquilibration articulaire, rééducation posturale :
- ☐ Conseils manutention/ergonomie :
- ☐ Technique particulière utilisée (onde de choc, crochets, etc.) :
- ☐ Acte supplémentaire apporté (manipulation ostéo, sophrologie, etc.) :
- ☐ Orthèse (taping, etc.) :

RAPPORT

- Évolution : ☐ favorable ☐ Défavorable
- Guérison : ☐ Complète ☐ Incomplète
- Nombre total de séances réalisées pour cette pathologie :
- Nombre total de séances restantes pour cette même pathologie :
- Suggestion d'évaluation :
 - ☐ Réajuster la stratégie de traitement
Commentaire :
 - ☐ Envisager des examens complémentaires
Commentaire :
 - ☐ Rediriger le patient vers un autre professionnel
Suggestion :