

**INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE LIMOGES**

**Travail écrit en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute**

JUIN 2010

**La relation Médecin/Masseur-kinésithérapeute :
La coopération, réalité ou ambition ?
Etat des lieux**

**Nicolas HLUCHNIK
Sous la Direction de :
Roland HUSSLER**

REMERCIEMENTS

A M. Hussler, mon maître de mémoire, cadre de santé et formateur à l'IFMK Croix-Rouge Française de Limoges, pour son écoute, son esprit d'ouverture et sa gentillesse.

A l'ensemble des professionnels qui ont accepté de participer à cette enquête.

A Emeline, masso-kinésithérapeute et amie, pour son dévouement.

A tous les étudiants qui ont participé à la diffusion des questionnaires.

A Sarah, ma compagne, qui m'a soutenu dans la réalisation de ce travail.

A ma famille, pour son aide tout au long de mes études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. REVUE DE LITTERATURE.....	2
1.1 MEDECINS/ MASSEUR-KINESITHERAPEUTES, REGARD CROISE DES METIERS D’HIER A DEMAIN.....	3
1.1.1 DE LA NAISSANCE DE LA MASSO-KINESITHERAPIE A NOS JOURS	3
1.1.1.1 Avant 1946	3
1.1.1.2 De 1946 à nos jours	4
1.1.2 EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES ET MEDECINS EN FRANCE	5
1.1.2.1 Démographie des masseurs-kinésithérapeutes en France en 2008	5
1.1.2.2 Démographie des médecins.....	10
1.2 SYNTHESE.....	13
1.3 LA LOI HOPITAL PATIENT SANTE TERRITOIRE	14
1.3.1 La coopération.....	15
1.3.1.1 Nature	15
1.3.1.2 Intérêt.....	16
2. ETUDE	19
2.1 PROTOCOLE.....	19
2.1.1 Type d'étude.....	20
2.1.2 Définition de la population.....	20
2.1.3 Variables étudiées.....	20
2.1.4 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	21
2.1.5 Déroulement pratique de l'étude	22
2.1.6 Exploitations des données	22
2.2 RESULTATS	22
2.2.1 Nombre de questionnaire total.....	22
2.2.2 Description de la population.....	23
2.2.2.1 Nombre de personnes par lieu d'exercice et par profession.....	24
2.2.2.2 Répartition Homme/Femme par lieu d'activité.....	24
2.2.2.3 Age de la population concernée	24

2.2.3.1 Répartition des modèles d'interaction dans la population totale étudiée	26
2.2.3.2 Répartition des modèles d'interaction selon le lieu d'exercice	26
2.2.3.3 Répartition des modèles d'interaction selon la profession	28
2.2.3.4 Répartition des modèles d'interaction selon le sexe.....	29
2.2.3.5 Répartition des modèles d'interaction selon l'expérience professionnelle...	30
2.2.3.6 Synthèse des résultats aux 7 questions fermées.....	31
2.2.4.1 Résultats	31
2.2.4.2 Synthèse.....	33
3. DISCUSSION.....	36
3.1 RESULTATS.....	36
3.2 LES LIMITES DE L'ETUDE.....	37
3.2.1 Le questionnaire	37
3.2.2 Les biais de l'interrogé	37
3.2.3 La population.....	38
3.2.4 Biais personnel	39
3.3 LES POINTS FORTS DE L'ETUDE	39
3.4 COMMENTAIRES	40
CONCLUSION	42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	44

INTRODUCTION

Le médecin et le masseur-kinésithérapeute sont deux acteurs de soins qui entretiennent des rapports plus ou moins étroits dans le système de santé actuel. Mon parcours de stage m'a permis d'observer les diverses structures dans lesquelles exercent le masseur-kinésithérapeute. Elles sont au nombre de cinq, l'hôpital, la clinique, le libéral, le centre de rééducation et le réseau de santé. A chaque fois, l'approche de cette relation entre le masseur-kinésithérapeute et le médecin m'est apparue un peu différente.

A l'heure actuelle d'importants remaniements bousculent la profession de masseur-kinésithérapeute. En effet l'évolution de la démographie des professionnels de santé envisage une pénurie de médecins dans les années à venir, associée à une augmentation de la demande. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) instaure une mission d'incitation des professionnels de santé à la coopération. Sans vouloir remplacer les médecins dans leur travail, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent voir leur rôle se modifier dans le système de santé. Cette coopération est-elle envisageable en l'état de la relation interprofessionnelle ? Nous nous proposons de réaliser un état des lieux de la relation médecin/masseur-kinésithérapeute à Limoges.

Dans une première partie nous relaterons les enjeux de la relation médecin/masseur-kinésithérapeute en retraçant l'évolution de ces professions à nos jours, dans un système de santé en mouvement.

Puis dans une seconde partie nous exposerons l'étude. Elle se présente sous la forme d'un questionnaire anonyme (en annexe). Cette enquête a été réalisée à Limoges début 2010, elle comprend 89 professionnels médecins et masseurs-kinésithérapeutes. Utilisant les concepts décrits par G. Le Boterf (biographie en annexe) sur l'interaction professionnelle, nous tenterons de décrire cette relation selon trois modèles, la co-activité, la collaboration et la coopération. Nous recueillons aussi par une question ouverte leur ressenti concernant leur relation.

Dans une troisième partie nous discuterons de la validité de la recherche en fonction de ses faiblesses et de ses forces. Nous y développerons les informations obtenues.

Constat et problématique

L'expérience de mes stages m'a permis de dessiner les contours du métier de masseur-kinésithérapeute. Selon le lieu d'exercice, la pratique diffère. Elle ne diffère pas évidemment par les techniques employées, ni par les connaissances, mais plutôt par la place qu'occupe le masseur-kinésithérapeute dans le système de soin. A l'hôpital par exemple, il fait partie d'une équipe pluridisciplinaire alors que parfois en libéral l'exercice individuel le laisse autonome voire seul. Les rapports avec le médecin changent de forme selon qu'il est possible de le rencontrer tous les jours ou bien qu'il lui écrive juste en fin de traitement. Pour bien définir le rôle qui m'incombera en tant que futur professionnel, j'ai cherché à comprendre quelle place occupe le masseur-kinésithérapeute dans le système de soin, et quelle est la relation entretenue avec le médecin. Pour savoir où l'on va encore faut-il savoir où l'on est.

De plus cette jeune profession a engagé récemment une mutation, une quête identitaire. De manière non exhaustive, voici en quelques phrases les modifications notoires. Le métier est dorénavant représenté par un ordre professionnel national, ce qui tend à unifier une profession jadis individuelle. Les termes Bilan Diagnostic Kinésithérapique sont entrés dans un langage commun. Beaucoup de masseurs-kinésithérapeutes veulent rénover leur rôle de soignant en passant d'une posture d'exécutant à celle d'auteur de ses propres pratiques. D'où l'intérêt de certains à améliorer la culture de recherche et de l'écrit, sans renier non plus notre savoir faire pratique. La réingénierie souhaitée du diplôme d'état va dans ce sens. Somme toute, c'est le perfectionnement de nos compétences qui en est l'objectif.

Si le masseur-kinésithérapeute parvient à faire cette évolution de sa profession, alors sa relation avec son binôme institutionnel, qu'est le médecin, sera modifiée elle aussi. Dans un souci de diminution des coûts et d'amélioration de la qualité, la loi HPST met l'accent sur la coopération entre professionnels de santé. A cela s'ajoute des évolutions démographiques importantes dans la population française et dans celle des soignants. Pour prédire le temps de demain, encore faut-il comprendre le temps qu'il fait aujourd'hui. C'est pourquoi, afin d'envisager ces évolutions futures, un état des lieux de la relation médecin/masseur-kinésithérapeute est préalable.

Quelle est la relation médecin/masseur-kinésithérapeute ? Celle-ci renvoie-t-elle à la notion de coopération ?

Peut-elle être influencée par certains facteurs comme le lieu d'activité, la profession, l'âge ou le sexe ?

1. REVUE DE LITTERATURE

1.1 Médecins/ Masseur-kinésithérapeutes, regard croisé des métiers d'hier à demain

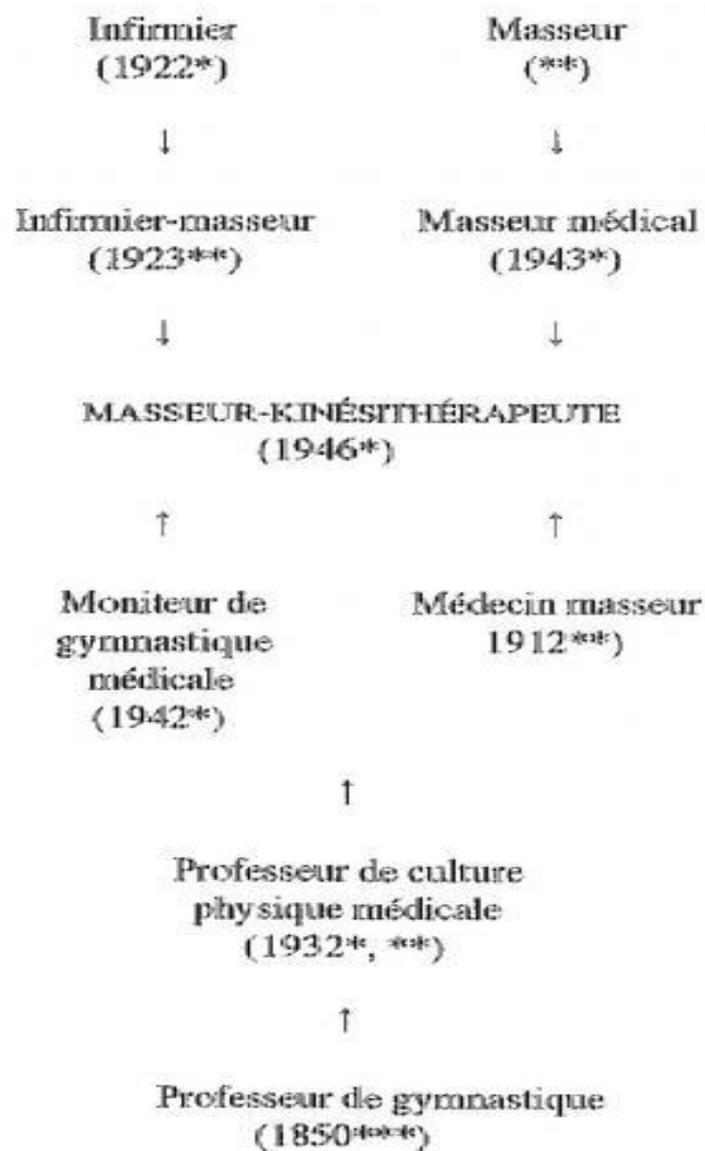
1.1.1 De la naissance de la masso-kinésithérapie à nos jours

1.1.1.1 Avant 1946

La masso-kinésithérapie, telle que nous la concevons aujourd'hui, est le fruit d'un long parcours évolutif.

Tout d'abord nés de pratiques populaires, dont les succès grandissants tentent les médecins, le massage et la mobilisation articulaire deviennent un enjeu important. La technique ensuite pratiquée par les médecins, accède alors au rang de thérapeutique. Mais c'est oublier que ce savoir, après de nombreux enrichissements, va retourner à sa source, celle des professionnels, qui une fois reconnus et acceptés par le pouvoir médical, vont enfin accéder à une reconnaissance officielle de leur pratique.

Une grande partie des pratiques utilisées en masso-kinésithérapie sont d'origine médicale et ont été utilisées, justifiées, transformées, codifiées, c'est-à-dire en réalité médicalisées, à la fois par les médecins, mais aussi par des chirurgiens. Ainsi, remontant jusqu'à la naissance de ce métier, on observe déjà la proximité des relations l'unissant à l'univers médical. L'avantage, lié à cette proximité est que la médecine et la masso-kinésithérapie partagent très tôt un langage commun. « On trouve jusque dans les années 1937-1938, des ouvrages écrits par des médecins, très rarement par des professionnels masseurs médicaux et professeurs de gymnastique ». Il est étonnant de s'apercevoir que c'est encore un siècle plus tard que nous tentons de sortir de cette culture de transmission orale des savoirs. L'évènement majeur, qui bouscule les pratiques de soins, est la première guerre mondiale. Les pratiques manuelles vivent un essor important, toujours sous la tutelle médicale, face à une demande qui s'amplifie chaque jour. Les médecins réclament, dès 1937, très officiellement, la double compétence pour les masseurs. Le diplôme de gymnaste médical est finalement créé le 13 août 1942. (D'après *Les cahiers de recherche historiques*)



* création officielle
 ** compétence
 *** introduction de
 la gymnastique dans
 les écoles primaires

1.1.1.2 De 1946 à nos jours

De la fusion des deux syndicats naît la masso-kinésithérapie en date du 30 avril 1946. Cette nouvelle entité constitue la résultante de l'évolution de plusieurs professions.

Née durant la dernière guerre mondiale, sous le gouvernement de Vichy, deux professions, celle de gymnaste médical puis celle de masseur médical, sont la réponse à une politique gouvernementale centrée sur la famille et les conditions d'amélioration de la santé de chacun de ses membres. La création du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, après cette période, vient concrétiser et éclaircir une situation ambiguë de partage des compétences et des attributions. Ainsi, venu d'une pratique populaire, entre les mains de masseurs, passé chez les infirmières, puis chez les infirmiers masseurs, pratiqué par les médecins, le massage et ses techniques annexes retournent chez les masseurs médicaux diplômés. Enrichi par l'adjonction de la pratique de la gymnastique médicale, emprunté à titre définitif aux professeurs d'éducation physique, il devient alors masso-kinésithérapie.

Nous présentons ci-contre un schéma (fig.1) des professions ayant conduit à son émergence.

Ce processus long et riche de rebondissements montre qu'historiquement la médecine et la masso-kinésithérapie sont intimement liées. Aidée par la médecine dans ses premières expérimentations puis dans sa constitution, ces deux disciplines partagent un passé et un langage commun.

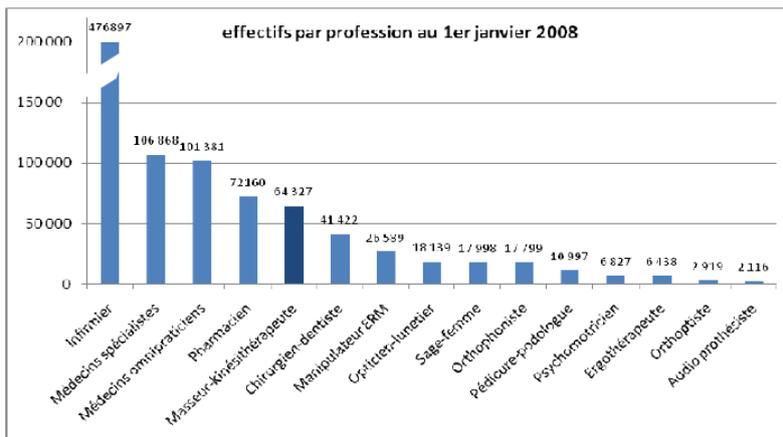
1.1.2 Evolution démographique des masseurs-kinésithérapeutes et médecins en France

1.1.2.1 Démographie des masseurs-kinésithérapeutes en France en 2008

Dans cette partie nous exposerons les données statistiques clefs représentant le métier de masseur-kinésithérapeutes en France actuellement. Ces données sont extraites de «Le métier de masseur-kinésithérapeute »2008-2009, rapport de l'Observatoire National Des Professions de Santé.

Au 1^{er} janvier 2008 les masseurs-kinésithérapeutes sont un peu plus de 64300 praticiens en exercice. Ils représentent près de 7% des professionnels de santé et plus de 10% des paramédicaux. Ils arrivent loin derrière les infirmiers qui représentent à eux seuls la moitié

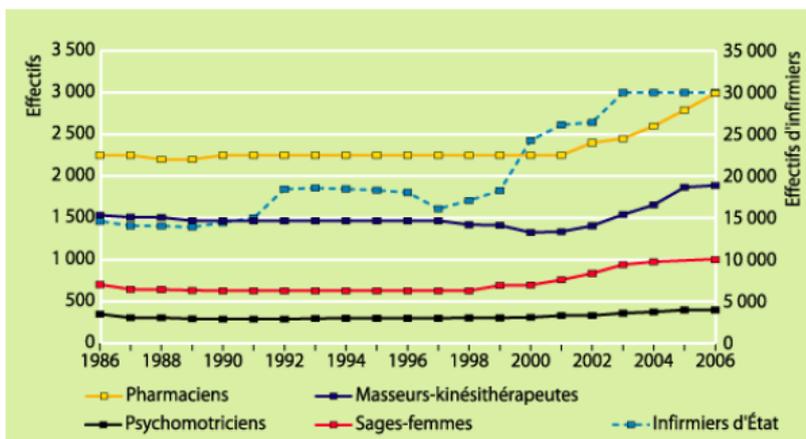
Fig.2



Source : DREES, séries statistiques, données au 1er janvier 2008

Fig.3

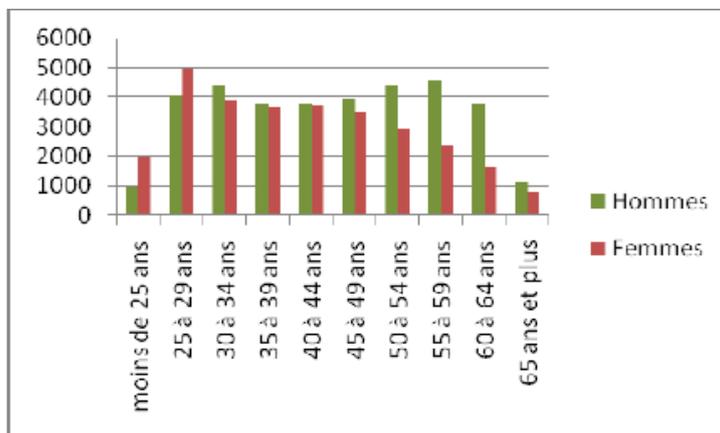
Évolution du numerus clausus de professions de santé :



Source : Eco-Santé France d'après données Adeli de la DREES

Fig.4

Répartition des effectifs par sexe et classe d'âge au 1^{er} janvier 2008, chez les masseurs-kinésithérapeutes



des professionnels de santé et les trois quarts des paramédicaux. Les masseurs-kinésithérapeutes sont la deuxième profession paramédicale en nombre.

Le graphique ci-contre en haut (fig.2) montre les Effectifs par profession au 1^{er} janvier 2008. Ces effectifs s'élèvent chaque année. En effet les quotas d'entrée en formation ont sensiblement augmenté depuis 2000. Entre le 1er janvier 2000 et le 1er janvier 2008, les effectifs ont crû de plus de 23%. Il était de 1929 pour l'année 2007-2008 et est passé à 1999 en 2008-2009.

Le graphique ci-contre en bas (fig.3) montre l'évolution du Numerus clausus des professionnels de santé ses dernières années.

On observe sur ce graphique que l'ensemble des professions de santé connaissent un rythme de croissance important. En 2006, le nombre d'étudiants masseurs-kinésithérapeutes entrant en formation était légèrement inférieur à 2000. A notre regret, ne figure pas sur ce tableau l'évolution des effectifs des médecins, nous apportons un document à ce sujet plus loin.

Ce quota ne reflète pourtant pas la totalité des nouveaux professionnels, car chez les masseurs-kinésithérapeutes, il existe une part variable des effectifs dus au nombre d'étudiants se formant à l'étranger et venant s'installer en France. Ce quota d'étudiants formés à l'étranger, bien souvent en Belgique, ne fait que gonfler le nombre total de masseurs-kinésithérapeutes en France. Cependant depuis 2006 la Belgique a mis en place des quotas d'entrée pour les étudiants étrangers, en particuliers français.

Age et mixité homme/femme

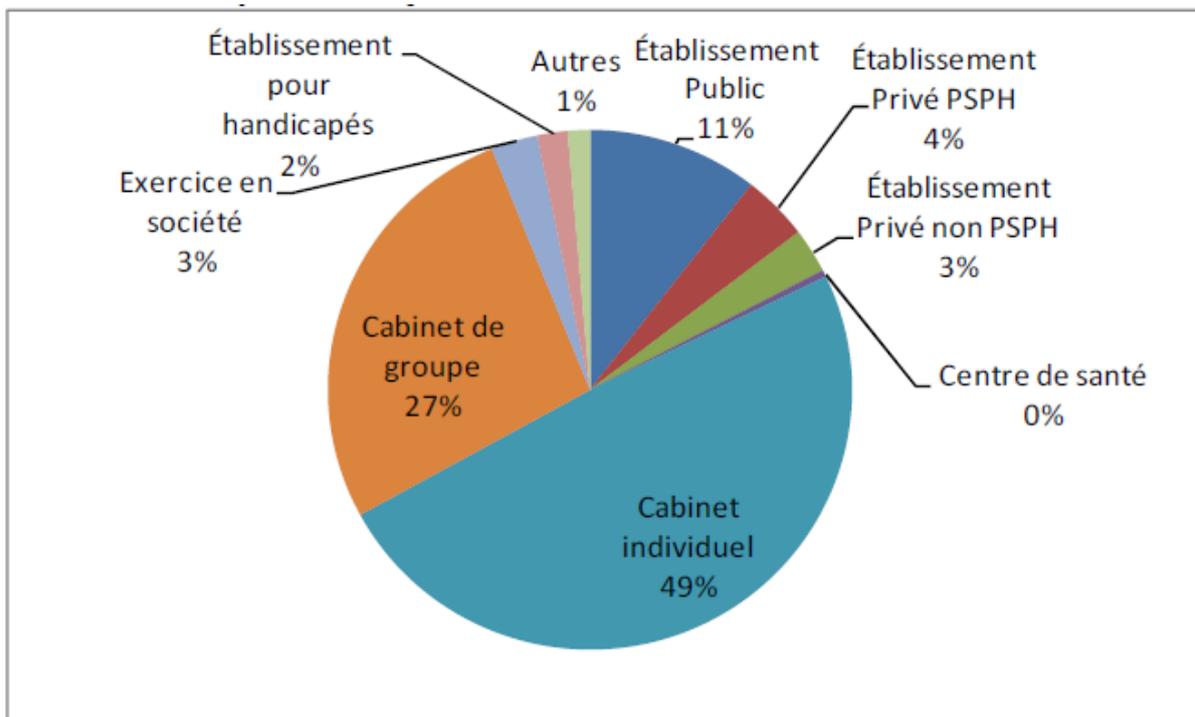
Une autre évolution notable dans la démographie de cette profession est son « rajeunissement et sa féminisation ».

Le graphique ci-contre (fig.4), Effectifs par sexe et classe d'âge- 1^{er} janvier 2008, nous renseigne sur les effectifs par sexe et classe d'âge au 1^{er} janvier 2008.

Il nous montre qu'en 2008, l'âge moyen des masseurs-kinésithérapeutes était de 42.9 ans, soit un tout petit peu plus que la moyenne des professions de santé (41,4 ans) mais beaucoup moins que la moyenne des médecins (48.5 ans). Environ un tiers des praticiens ont moins de 35 ans, un tiers entre 35 et 49 ans, et un tiers 50 ans et plus. Il est à noter que la part de jeunes professionnels ne fait qu'augmenter au dessous de 40 ans. La classe moins de 25 ans est

Fig.5

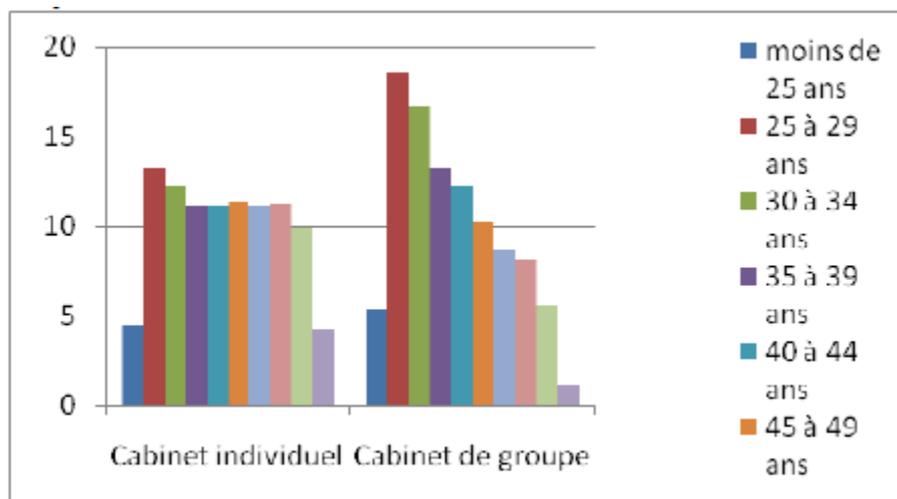
Répartition des masseurs-kinésithérapeutes selon le lieu d'exercice au 1 er janvier 2008



Source : chiffres DREES – graphique Pleins sens

Fig.6

Répartition des masseurs-kinésithérapeutes entre activité individuelle et en groupe



Source : chiffres DREES – graphique Pleins sens

anecdotique car ils ne sont pas tous diplômés à cette âge, la moyenne d'âge d'obtention du diplôme d'état est de 24 ans. Au total 45,8% des masseurs-kinésithérapeutes sont des femmes. La profession se féminise au point que les moins de 30 ans sont très majoritairement des femmes, alors que parmi les plus de 50 ans on ne compte que 36% de femmes.

Lieu d'exercice

Une dominante dans le lieu d'activité de cette profession est son caractère libéral. Le graphique ci contre (fig.5), Répartition des masseurs-kinésithérapeutes selon le lieu d'exercice au 1er janvier 2008, nous expose ce fait. Ce camembert nous apprend que près de 80% des masseurs-kinésithérapeutes exercent en secteur libéral. Ce résultat important n'est pas anodin concernant la place qu'occupe cette profession dans le soin de ville. Un praticien sur deux est en cabinet individuel, un peu plus d'un sur quatre en cabinet de groupe et 3% en société. La pratique en établissement de santé se fait pour moitié au sein d'établissements publics.

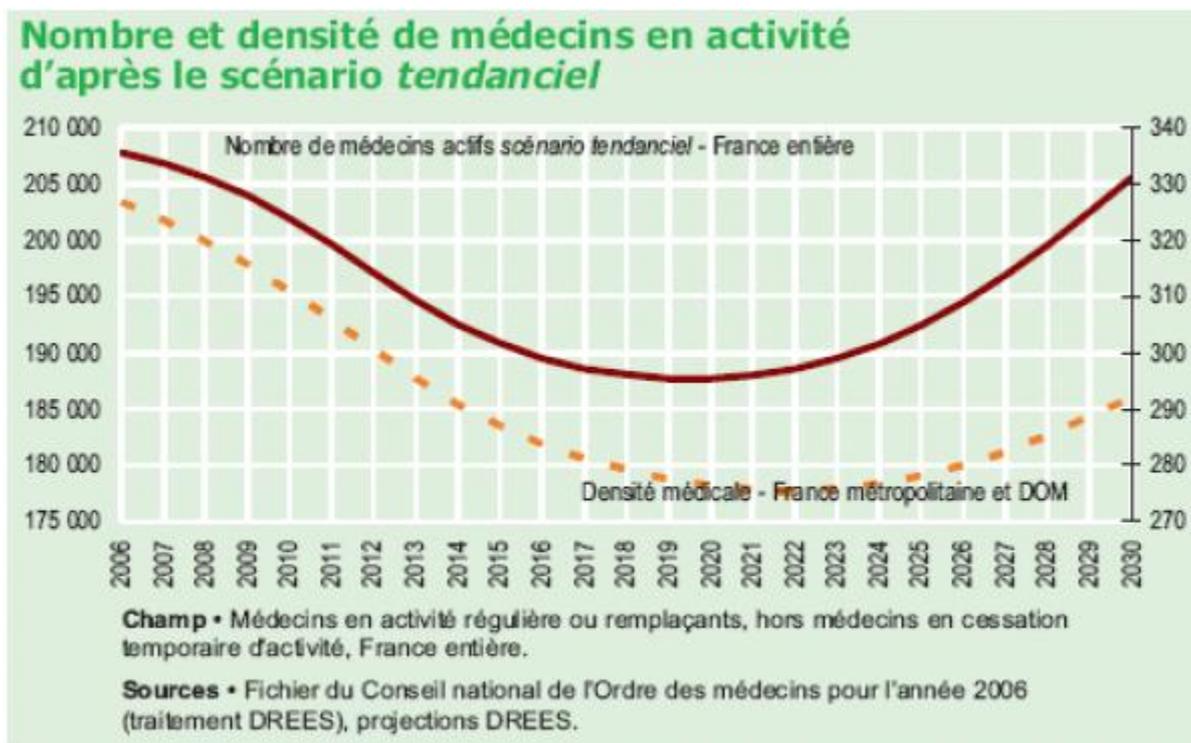
Les jeunes professionnels semblent plus attirés par l'exercice en groupe comme le montre le diagramme ci-contre (fig.6), Répartition des masseurs-kinésithérapeutes entre activité en groupe et individuelle.

Ce document nous montre que l'image du masseur-kinésithérapeute travaillant seul se modifie. Les jeunes professionnels se dirigent vers un exercice où ils ont la possibilité d'échanger entre collègues. Le travail en commun est donc de plus en plus attractif.

N'échappant pas à la règle des professions de santé, la densité de praticiens est très inégale sur le territoire. La densité moyenne en janvier 2008 est de 105 kinésithérapeutes pour 100.000 habitants en France métropolitaine. Pour autant, cette profession de proximité compte un grand nombre de praticiens ruraux. A ce titre près d'un praticien sur cinq (18,2%) est en effet installé dans une commune rurale ou de moins de 5000 habitants, contre 11,2% des infirmiers et 9,3% des médecins. Ce critère de ruralité est pertinent quand on se questionne sur la capacité qu'ont ces professionnels dans le relais de la prise en soin hospitalière.

Fig 7

Nombre et densité de médecins en activité



1.1.2.2 Démographie des médecins

Selon le même objectif que pour les masseurs-kinésithérapeutes nous donnerons dans cette partie quelques points significatifs de la profession médicale en France.

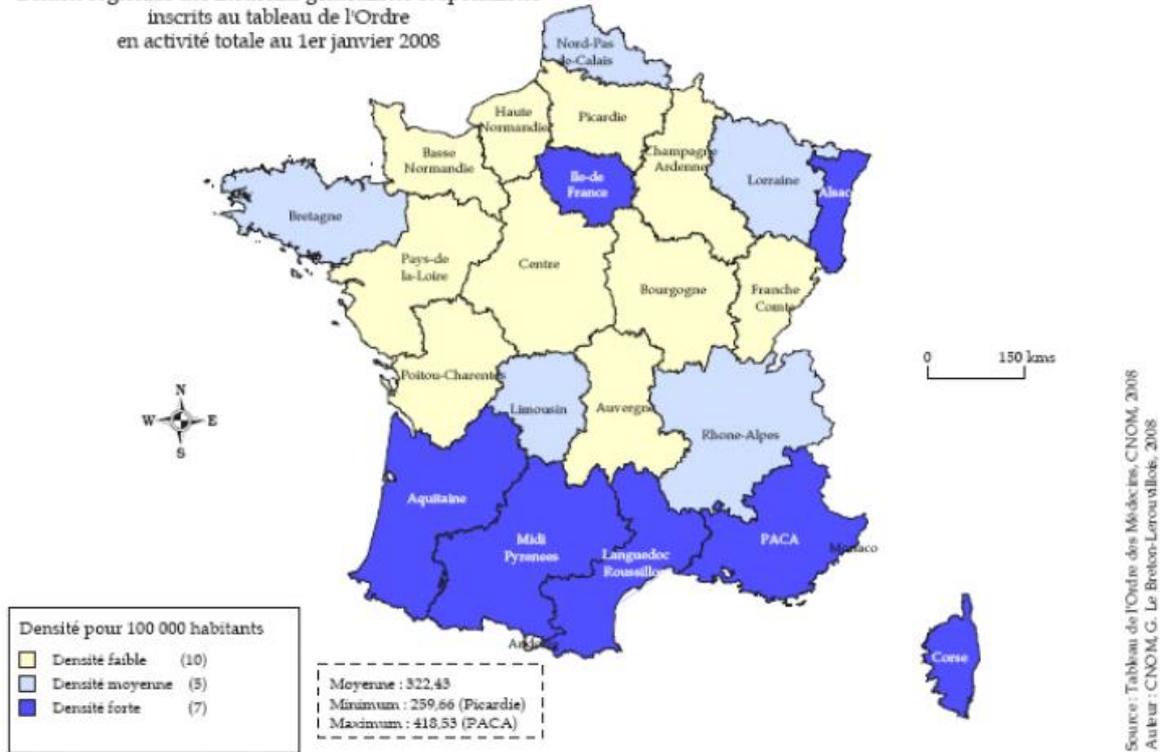
Au 1er janvier 2007, selon les chiffres publiés par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la France comptait 208 191 médecins (101 549 généralistes et 106 642 spécialistes). Ce chiffre élevé constitue un record et s'explique par la formation d'un grand nombre de praticiens dans les années 1960 et 1970.

Cependant, selon les dernières projections de la DREES, le nombre de médecins devrait diminuer de près de 10% dans les dix ans à venir, pour s'établir à 188 000 en 2019. Ces projections montrent que la France sera confrontée à une pénurie de professionnels de santé dans les prochaines années. Ceci est paradoxal puisque le nombre de praticiens en activité n'a jamais été aussi élevé. Ces estimations s'expliquent par les déséquilibres de la pyramide démographique tant de la population en général que des professionnels de santé. En effet, il est prévu une réduction du nombre de médecins en exercice en comparaison à une augmentation de la population à soigner. Cette augmentation de personnes à prendre en charge tient au vieillissement de la population générale associée à l'augmentation de polypathologies. A partir de 2008 et ce jusqu'en 2015, les cessations d'activité de médecins seront supérieures aux installations, amenant ainsi à une baisse du nombre de médecins en activité durant cette période. Le graphique ci-contre (fig.7), Nombre et densité de médecins en activité, illustre ces variations démographiques.

Le nombre de médecins en activité est fixé par le numerus clausus ; c'est un nombre donné chaque année qui fixe le quota d'admission d'étudiants en deuxième année de médecine. C'est notamment la baisse du numerus clausus dans les années 1990 qui explique le faible nombre d'installations des médecins aujourd'hui. Il fut ensuite progressivement augmenté au début des années 2000. Ainsi, il était de 7100 pour 2006-2007 et de 7 300 pour l'année scolaire 2007-2008. En 2011, le numerus clausus devrait se stabiliser à 8 000 médecins formés chaque année. Néanmoins, il ne faut pas oublier qu'il faut au minimum 8 à 10 années pour former un médecin. Aussi le relèvement du numerus clausus ne devrait produire ses effets qu'après 2020. (D'après : ONDPS, « *Le renouvellement des effectifs médicaux* », rapport 2008-2009)

Fig.8

Densité régionale des médecins généralistes et spécialistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité totale au 1er janvier 2008



Source : CNOM 2008⁽²⁾

La densité médicale est le rapport entre le nombre de médecins et le nombre d'habitants sur un territoire donné. En 2006, on dénombrait en France 327 médecins pour 100 000 habitants, contre 266 pour 100 000 habitants en 1985. Selon les projections de la DREES, la densité médicale atteindrait 292 médecins pour 100 000 habitants en 2030.

Cependant, comme le souligne la carte ci-contre (fig.8), il existe une certaine disparité géographique de la densité médicale. Un sondage commandité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2006 montre que « 63% des étudiants et 60% des jeunes médecins n'envisagent pas de s'installer en zone rurale ». Ils soulèvent les « fortes exigences de disponibilité requises » et l'« isolement de ces zones ». (D'après :« *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel* », BVA-sondages, 2007)

1.2 Synthèse

La médecine et la masso-kinésithérapie ont un passé commun. La masso-kinésithérapie a vu le jour en 1946 après divers remaniements institutionnels. De cette date naquit une nouvelle profession empruntant aux champs de la gymnastique thérapeutique et du massage médical. Elle fut tutorée par les médecins qui lui donnèrent son langage et quelques bases scientifiques. La loi de 1946 instaure aussi la prescription médicale comme préalable à sa pratique. Sans définir la place hiérarchique qu'occupent respectivement ces deux professions, la médecine et la masso-kinésithérapie sont un binôme de fait.

La médecine et la masso-kinésithérapie subissent des changements démographiques non négligeables. La formation des médecins est longue d'une dizaine d'années, ainsi même en jouant sur le *numerus clausus* aujourd'hui les effets escomptés ne se seront sentis que dans une décennie. Les projections sont difficilement fiables car le nombre de médecins en exercice doit être corrélé au nombre de patients envisagés à un instant T. Or à l'instant T+10ans, il est peu évident de connaître le nombre de patients à suivre. Quoiqu'il en soit ce nombre est prévu à la hausse, et laisse envisager une pénurie de médecins dans les années à venir, comme elle se fait déjà sentir dans certaines zones géographiques. D'un autre côté la population des masseurs-kinésithérapeutes augmente et rajeunie. Même s'il existe chez eux aussi des disparités de densité géographique, ils conservent une activité rurale plus développée que les médecins et les infirmiers (en pourcentage).

La démographie de ces deux professions évolue selon la pyramide des âges et le nombre de nouveaux diplômés, c'est un fait. Mais regarder cela ne suffit pas à répondre à la

problématique de santé publique. Ces démographies sont à mettre en rapport avec la modification de la demande des patients et du contexte actuel. Quelles sont donc les évolutions contextuelles et actuelles du système de santé ?

1.3 La loi Hôpital Patient Santé Territoire

Les professions médicales et paramédicales évoluent. Elles réalisent ces changements dans un système lui aussi en perpétuel mouvement.

Le 31 Août 2009, le ministre de la santé Mme Roselyne Bachelot a présenté au CHU de Rouen les grandes lignes de la loi de réforme du système de santé français. Cette loi se nomme Hôpital Patient Santé Territoire (HPST). Le texte de loi a été adopté le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat. Il est paru au Journal Officiel le 22 juillet 2009.

Quelles sont les évolutions du système de santé attendues ? Quels sont les liens entre ces évolutions et les professionnels de santé médecins et masseurs-kinésithérapeutes ?

Le système de santé français est parfois considéré comme un des meilleurs au monde (« *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 - Pour un système de santé plus performant* » de l'OMS). Supérieur vis-à-vis de l'universalité de l'accès au soin qu'il offre peut-être, mais sûrement l'un des plus onéreux. Il souffre en effet d'un déficit budgétaire chronique. La France dépense beaucoup plus pour la santé que d'autres pays européens, et pour des résultats équivalents sinon moindre. De cette vision budgétaire ressort des mots tels qu'économie, recette, coût, dépenses qui mélangées à la vision humaine se traduit en efficience. L'efficience se définit par : « la qualité d'un rendement permettant de réaliser un objectif avec le minimum de moyens engagés ». C'est la synthèse entre efficacité du soin et rentabilité financière. Il faut donc que le rapport coût-efficacité soit pris en compte dans la réforme du système de santé.

Il n'est pas de notre volonté d'exposer ici la future loi de réforme du système de santé français en détail. Toutefois, il est intéressant de savoir comment et où se positionner dans ce système pour évoluer avec. Résumé en une phrase, les grandes lignes de la réforme sont une modernisation des établissements de santé, une logique de travail en réseau, une nouvelle gouvernance de l'hôpital, la création de l'Agence Régionale de Santé et un renforcement de la prévention en santé publique.

De cette réforme ressort des champs ouverts à la masso-kinésithérapie. Pour exemple on retrouve les termes de « coopérations entre professionnels de santé », de « permanence des soins », de « soins de premiers recours » et d'« éducation thérapeutique ». (« *Hôpital, patients, santé, territoires* » Une loi à la croisée de nombreuses attentes, Ministère de la Santé et des Sports)

Nous n'explicitons dans notre étude qu'un seul de ces objectifs de la loi de santé, celui de la coopération entre professionnels de santé.

L'hôpital ne peut à lui seul prendre en charge l'ensemble de la population malade et les médecins supportent une charge de travail considérable. Ainsi une répartition des tâches est nécessaire et doit s'appuyer sur l'ensemble des professionnels quel que soit le secteur. C'est de cette idée que jaillit la notion de coopération entre professionnels de santé.

Cette coopération étant l'objet de l'étude, nous nous proposons de la définir plus en détail.

1.3.1 La coopération

1.3.1.1 Nature

D'après le Ministère de la Santé et des Sports, « La coopération entre professionnels de santé est une voie d'amélioration de l'efficacité du système de santé sur un territoire donné. » Elle peut participer à la diminution du coût de la gestion d'une pathologie en y associant une augmentation de la qualité de la prise en charge. L'intérêt d'aller dans cette démarche peut être profitable à chacun. La loi HPST, par ses orientations, incite les professionnels de santé à s'y intéresser.

Selon la définition donnée par le Ministère de la Santé et des Sports, « les coopérations consistent en des transferts d'activités ou d'actes de soins voire en une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients ». De quelle façon les professionnels de santé peuvent-ils y prendre part ? Le ministère nous répond qu'ils peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération si celle-ci est de nature à améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins. Ainsi la porte est libre à la démarche personnelle, à l'« initiative ». Voilà qui, d'une certaine façon, ouvre des portes et décloisonne un système le soin. Il précise que la démarche de coopération concerne tous les professionnels

de santé et quel que soit le secteur et le cadre d'exercice (salarié public ou privé, libéral, établissements de santé, centres de santé, cabinet libéral, maison de santé).

1.3.1.2 Intérêt

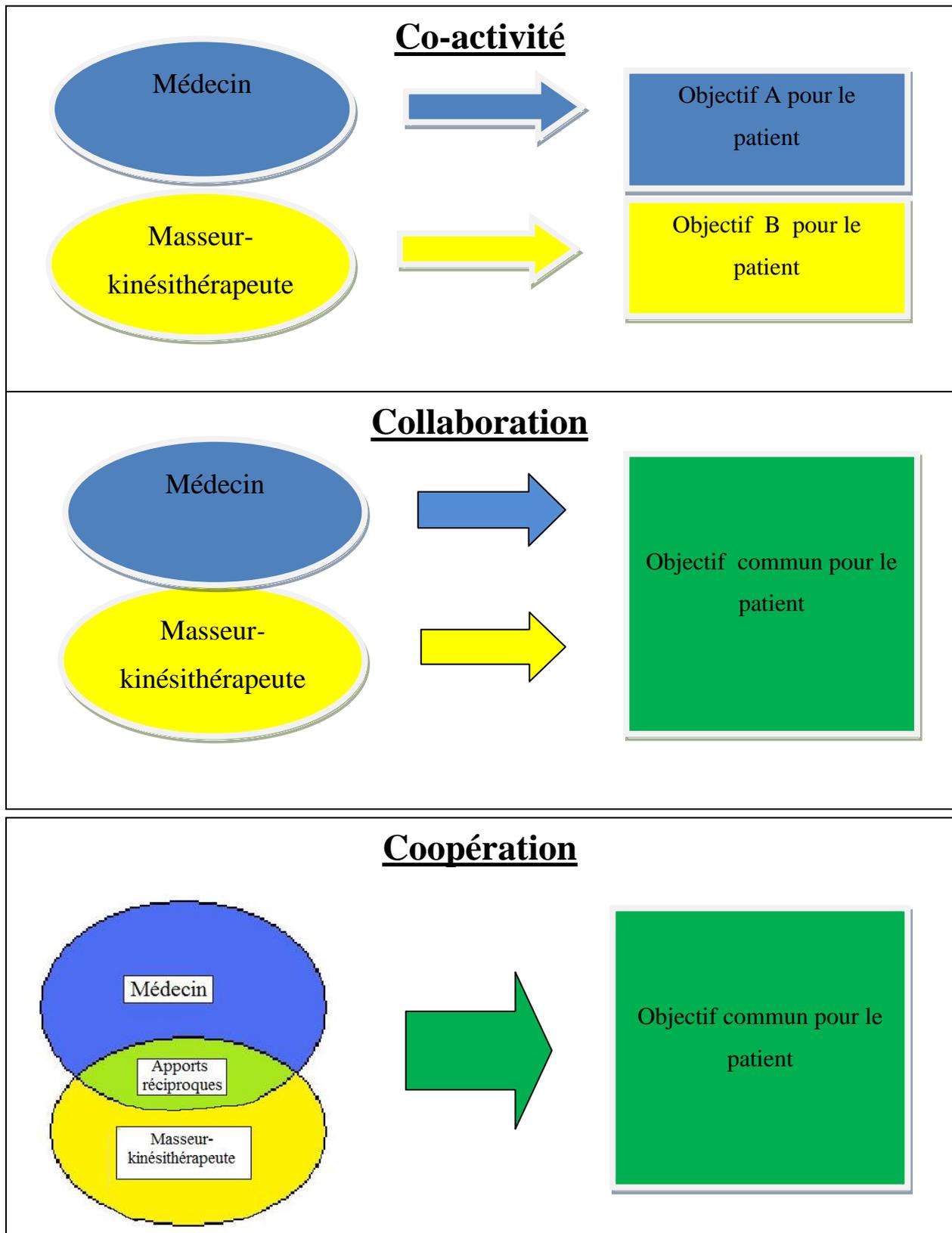
Plusieurs constats mettent en avant l'intérêt de développer les coopérations entre les professionnels de santé pour mieux faire face aux défis que doit relever la politique de santé. On retrouve notamment « l'augmentation des besoins liés au développement des maladies chroniques et des polyopathologies dans un contexte de vieillissement de la population française » (Coopération_entre_professionnels_de_sante_4.pdf, Fiche pédagogiques HPST). Le vieillissement touche aussi la population médicale qui subit une évolution démographique défavorable, d'autant plus que s'y rajoute une répartition territoriale inégale.

Un autre facteur et non des moindres, tient à l'assainissement des comptes de la sécurité sociale qui cherche à diminuer ses dépenses tout en améliorant la qualité de la prise en charge. Et puis bien sûr, il y a l'aspiration des professionnels à « élever » leur profession et leurs compétences. Sans reparler de la démarche de questionnement identitaire qu'effectue aujourd'hui la masso-kinésithérapie, cette évolution vers une coopération des professionnels de santé est une chance à saisir. C'est lorsque l'intérêt est partagé qu'il est possible de travailler en commun, et donc de coopérer.

1.4 Interaction professionnelle : Co-activité, collaboration et coopération

G. Le Boterf, (« *De la compétence à la navigation professionnelle* », Paris, Les éditions d'organisation, 1997, p.260-263), présente les niveaux d'interactions professionnels de façon ternaire. Schématiquement le premier niveau envisage une séparation des activités, un second fait d'intersections et un troisième dit « combinatoire ». Il décrit ces niveaux d'activité comme suit, en présentant leurs avantages et inconvénients. Nous les avons schématisé ci-après.

Les trois modèles d'interaction professionnelle de Le Boterf dans l'exemple de la relation
médecin/masseur-kinésithérapeute



La co-activité : elle se caractérise par l'absence de but commun, la simple juxtaposition des activités individuelles. Elle ne bénéficie pas d'effets de synergie et comporte des risques d'erreurs dus à la méconnaissance mutuelle. En revanche, elle minimise les risques de propagation d'erreurs dues à des interactions.

La collaboration : la mission est commune mais les activités restent indépendantes. Elle entraîne des risques provenant de la méconnaissance d'objectifs communs à cours terme, mais réduit les risques de propagation d'erreurs par interaction.

La coopération : Une mission commune est définie et le groupe se répartit des activités à réaliser. Les solutions trouvées sont plus réelles grâce aux apports réciproques et il y a possibilité de recouvrement d'erreurs par composition entre les membres du groupe. En revanche, il y a risque de propagation d'erreurs et de freinage de créativité dus à des phénomènes d'influence sociale.

Il dit aussi qu'un certains nombre de conditions doivent être réunies pour que les compétences puissent s'articuler les unes avec les autres et coopérer entre elles.

► *Le partage d'un langage commun à l'équipe ou au réseau. Il peut s'agir d'un langage technologique, économique, organisationnel, transversal aux divers postes ou fonctions. Un même langage sur les processus ou sur les projets est nécessaire pour non seulement échanger mais coopérer.*

► *La mise en place d'une complémentarité entre les compétences. Ce n'est que dans la mesure où chaque individu trouvera des compétences complémentaires aux siennes qu'il pourra les mettre pleinement en œuvre et les intégrer dans des connaissances productives.*

Pour éviter les erreurs de compréhension nous précisons un point particulier de vocabulaire. Le terme de coopération se retrouve dans la loi HPST et dans la théorie de Le Boterf. Il y a une légère nuance entre ces deux appellations. Le Boterf, Docteur en Sciences Humaines, nous parle d'organisation du travail, dans un concept théorique. La loi HPST fait référence précisément à la coopération entre professionnels de santé, donc à la pratique. La coopération au sens de Le Boterf est en quelque sorte un préalable à la coopération entre professionnels de santé.

2. ETUDE

2.1 Protocole

Justification de l'étude

Présentation du problème

La coopération est notion actuelle, remise en avant notamment par les objectifs de la nouvelle loi de réforme du système de santé français. La masso-kinésithérapie est liée depuis sa formation avec le corps médical. La profession aborde aujourd'hui un tournant dans sa pratique et ses mentalités. Afin de réussir sa mutation dans un système lui-même en mouvement, nous pouvons nous questionner sur la relation unissant le médecin et le masseur-kinésithérapeute, pour envisager le métier de demain.

La relation médecin/masseur-kinésithérapeute est-elle dépendante de certains facteurs comme, le lieu d'exercice, la profession, l'expérience, le sexe ?

Nous proposons de réaliser un état des lieux de la relation entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes à Limoges. D'après la théorie de Guy Le Boterf sur les concepts d'inter professionnalité, nous chercherons à déterminer comment est représentée la relation selon les modèles de co-activité, de collaboration et de coopération. Nous tenterons de voir si cette relation est dépendante de certains facteurs comme le lieu d'exercice, la profession, l'âge et le sexe.

Intérêt de l'étude

De cette observation nous espérons définir des facteurs influençant cette relation. Ainsi il pourrait être envisagé de réfléchir à ces facteurs de façon à développer cette relation interprofessionnelle.

Objectif

L'objectif est de faire un état des lieux de la relation entre les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes et de définir des facteurs l'influençant.

Hypothèse

La relation entre les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes est variable selon le lieu d'exercice.

Existe-t-il des facteurs secondaires l'influençant? Nous envisageons l'expérience professionnelle, le sexe et la profession.

2.1.1 Type d'étude

Notre étude répond à la définition d'une étude descriptive transversale. Au sens strict, l'étude transversale examine une coupe transversale de la population, elle ne tient pas compte du temps, et mesure certains facteurs d'une manière ponctuelle. L'étude est réalisée à partir d'un questionnaire d'enquête (en annexe). Il comporte 7 questions fermées à réponses pré formulées et une question ouverte. L'intérêt est tout d'abord d'obtenir des données chiffrées de la population et ensuite de pouvoir trouver des corrélations entre plusieurs facteurs. Les questions fermées nous permettront une analyse chiffrée plus aisée des réponses et la question ouverte laisse plus de liberté d'expression à l'interrogé. Cela permettra éventuellement de révéler un biais de l'étude.

2.1.2 Définition de la population

Afin de déterminer s'il y a une influence du lieu d'exercice professionnel sur les modalités relationnelles entre les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes, nous avons pris en compte les différents secteurs d'exercice de manière exhaustive. L'étude se déroule en Haute-Vienne dans les structures représentatives du cadre d'exercice des professionnels médicaux et paramédicaux. Ces lieux d'exercice sont au nombre de cinq, nous trouvons l'hôpital, la clinique, le centre de rééducation, le réseau de santé et le libéral.

2.1.3 Variables étudiées

Avant les questions, le questionnaire comporte des items correspondant à la profession, au lieu d'exercice, à l'expérience professionnelle et au sexe.

D'après les trois définitions d'interaction dans le milieu professionnel données par Le Boterf (1997, p.263), la co-activité, la collaboration et la coopération ; une matrice théorisée (en annexe) a été construite. Cette matrice se base sur ces concepts et appréhende la relation de travail par différents aspects. Ces critères sont au nombre de sept et ont été choisis de manière à observer cette relation de travail par plusieurs facettes distinctes.

Objectif : permet de questionner le professionnel sur l'objectif de sa mission de travail.

Modèle de fonctionnement : permet de comprendre dans quel système de travail évolue le professionnel en regard de l'autre.

Communication : permet de saisir la nature du dialogue, en qualité et quantité.

Formation : permet de savoir si les professionnels suivent un enseignement en commun, et de quelle nature il est.

Pratique : permet de questionner les professionnels sur le fameux support de travail qu'est la prescription.

Reconnaissance : tente de saisir quelle vision le professionnel a de son échange avec l'autre.

Ressenti : questionne le professionnel sur cette notion de relation médecin/masseur-kinésithérapeute.

Dans le questionnaire, chacune des questions se rapporte à un aspect théorique des interactions professionnelles. A ces questions nous donnons trois réponses qui s'inscrivent chacune dans les trois niveaux d'interaction.

Pour finir, la huitième question est ouverte.

2.1.4 Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

Etre Docteur en médecine prescrivant la masso-kinésithérapie, en activité.

Etre masseur-kinésithérapeute Diplômé d'Etat en activité.

Critères d'exclusion :

Aucun

2.1.5 Déroulement pratique de l'étude

Les questionnaires ont tout d'abord été distribués à un masseur-kinésithérapeute et à un médecin afin de s'assurer de la justesse du support. Des modifications ont ensuite été apportées dans la formulation du sujet.

Les questionnaires ont été distribués via les étudiants présents dans les différents lieux de stage. Concernant le secteur libéral la démarche a été personnelle. Quelque soit la modalité de transmission des questionnaires l'anonymat a été respecté.

Ce sont ces mêmes étudiants qui nous ont ramenés les questionnaires remplis.

Les professionnels ont été nombreux à répondre au sujet et ont respecté un délai assez court pour le faire. Nous les remercions.

2.1.6 Exploitations des données

Les données relevées sont entrées et traitées dans un tableur sur le logiciel Microsoft Excel.

2.2 Résultats

2.2.1 Nombre de questionnaire total

Les questionnaires ont été distribués au nombre de 104 et 96 ont été complétés. Le taux de réponse est de 92%. Cependant 7 questionnaires n'étaient pas utilisables du fait d'un ou plusieurs critères non remplis. Le nombre total de questionnaires rentrant dans l'étude est donc de 89 cas.

Fig.9

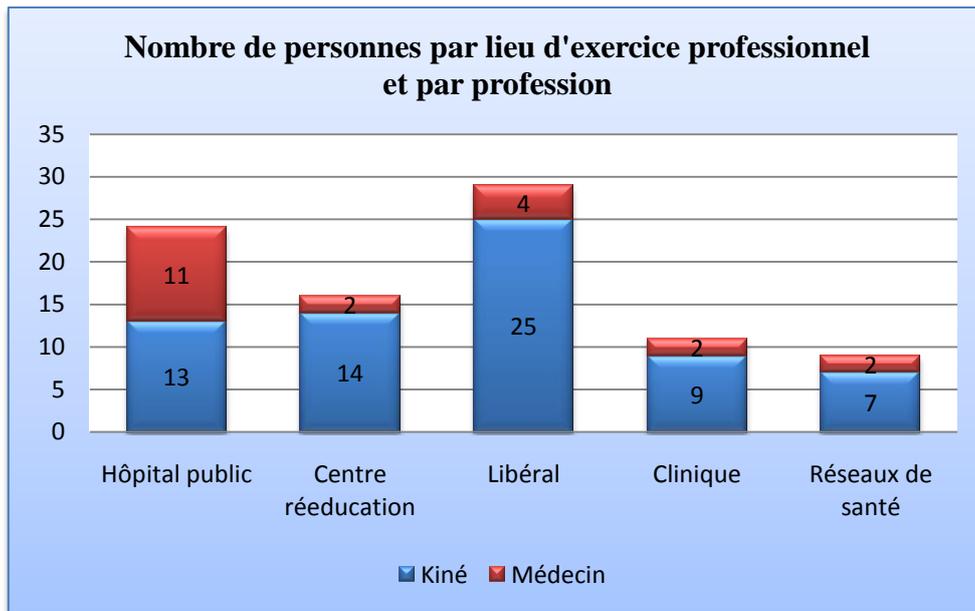


Fig.10

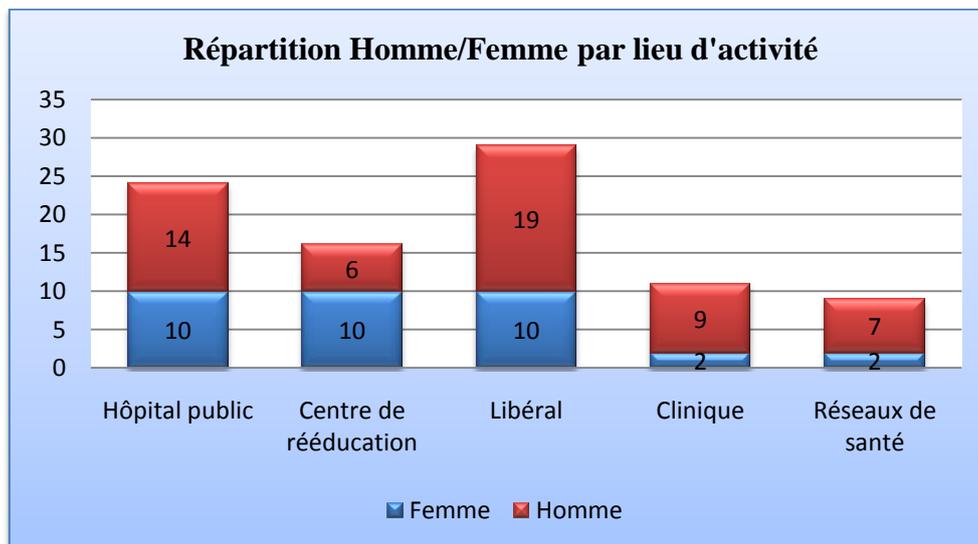


Fig.11



2.2.2 Description de la population

2.2.2.1 Nombre de personnes par lieu d'exercice et par profession

Le graphique ci-contre en haut (fig.9) présente le Nombre de personnes par lieu d'exercice professionnel et par profession.

Au total la population comprend 89 personnes. On compte 21 médecins 68 masseurs-kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire.

Le nombre total de questionnaires rendus est variable selon les lieux d'exercice. Cela est induit par la différence de facilité de distribution entre les structures. A l'hôpital notamment, les étudiants présents en stage sont des intermédiaires de qualité à la distribution. Ensuite intervient le nombre de praticiens disponibles dans tel ou tel secteur, et encore une fois l'hôpital regroupe en un même lieu un pool de professionnels importants. Il a été, par exemple, plus difficile de trouver des professionnels faisant partie de réseau de santé que ceux exerçant en activité libérale.

2.2.2.2 Répartition Homme/Femme par lieu d'activité

Le graphique ci-contre au milieu (fig.10) présente la Répartition Homme/Femme par lieu d'activité.

La distribution des questionnaires a été arbitraire selon le sexe des participants. On compte au total 55 hommes et 24 femmes. Hormis le centre de rééducation qui dénombre au total plus de femmes que d'hommes, 10 pour 6, on remarque que la part de professionnels masculins est plus importante que la part des professionnels féminins. Ils représentent 62% de la population de l'étude.

2.2.2.3 Age de la population concernée

Le graphique de ci-contre en bas (fig.11) présente le Nombre de personnes selon le nombre d'années d'expérience professionnelle.

Sur ce camembert sont représentés le nombre d'individus selon leur expérience professionnelle en années. Les classes d'âge sont réparties en quatre décades d'années d'exercice. On remarque que, majoritairement, les participants ont moins de 10 ans d'exercice. Ensuite la population se situant entre 11-20 ans et 21-30 ans est similaire en nombre d'individu, soit 21 et 22. Enfin la plus faible partie représentée est celle des 31-40 ans, au nombre de 11.

Fig.12

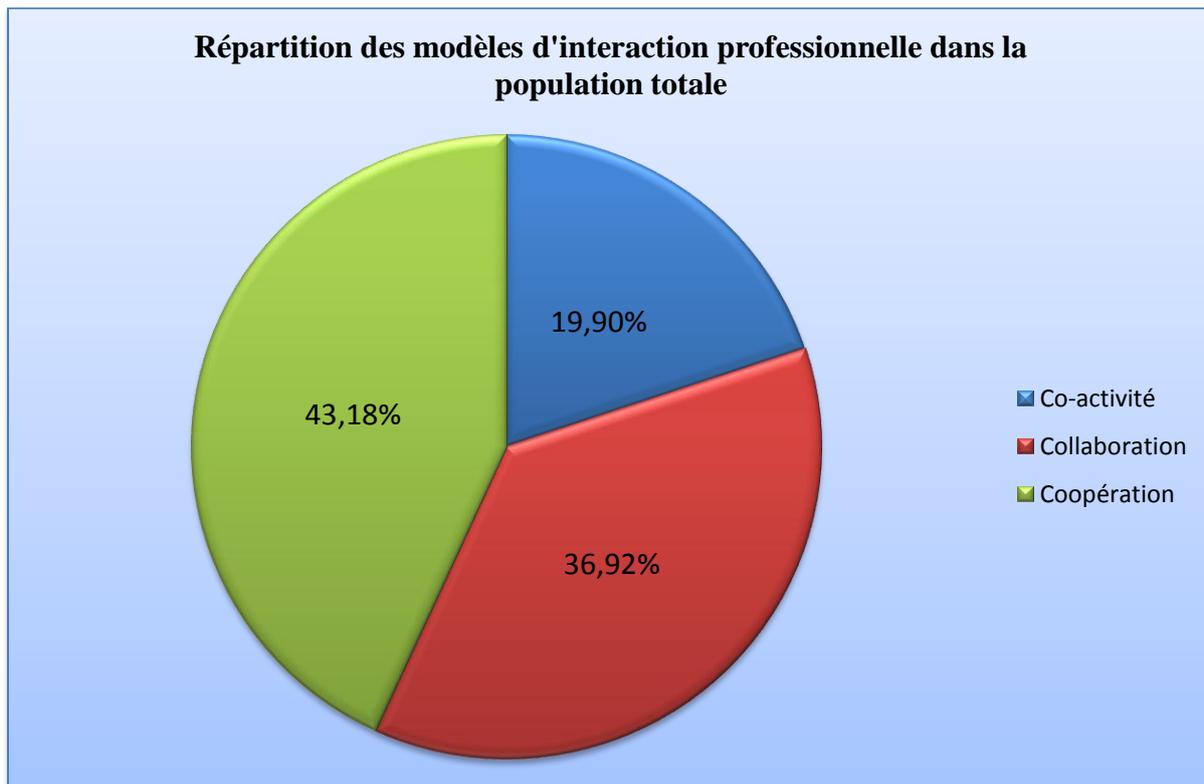
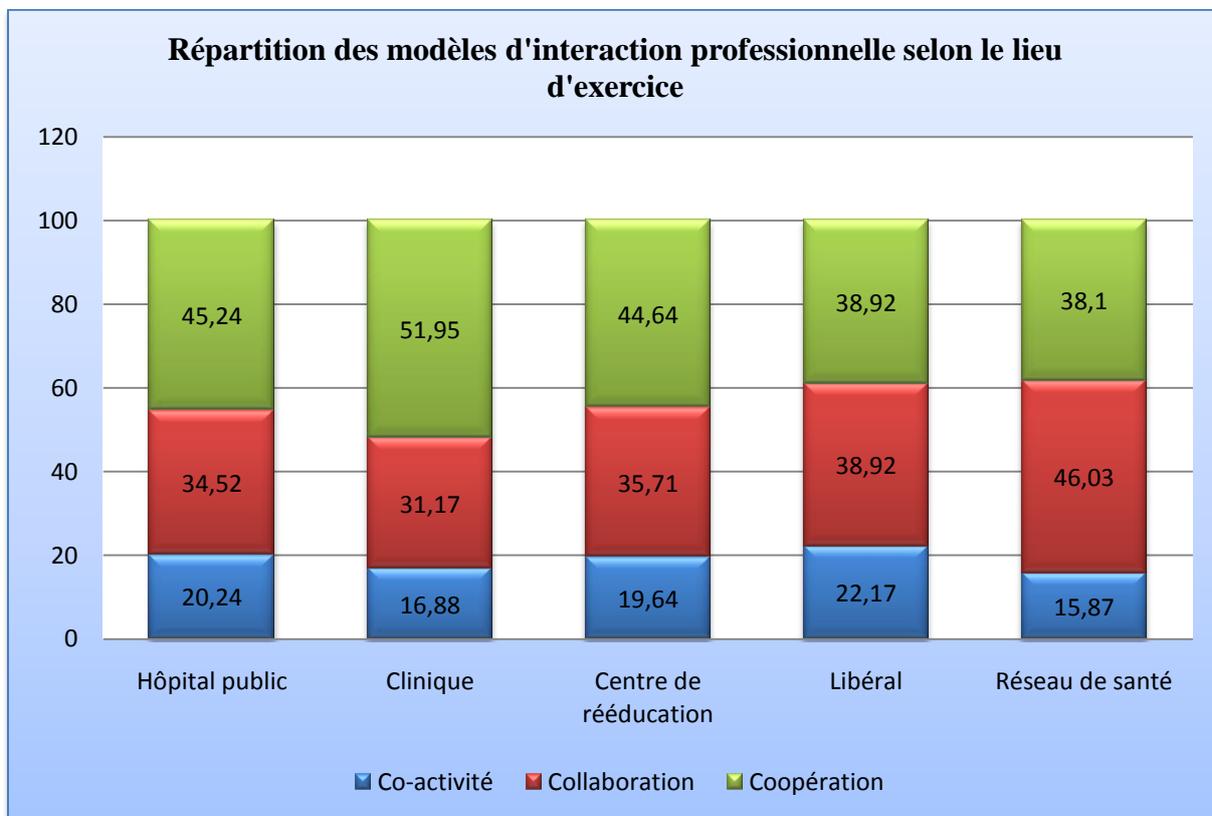


Fig.13



2.2.3 Résultat au questionnaire des sept questions fermées

Comme vu précédemment, les questionnaires comportent sept questions fermées à réponses pré-formulées. Chacune des trois réponses correspond à un des trois concepts d'interaction professionnelle. Ainsi pour chaque questionnaire nous notons le nombre de réponses associées à chaque concept. Le résultat, pour un sujet, se définit par un pourcentage réparti entre les trois modèles. Par exemple un individu X :

Nombre de réponses par concept :

Co-activité : 1 réponse Collaboration : 4 réponses Coopération : 2 réponses

Donné en pourcentage, le résultat au questionnaire pour l'individu X est :

14.29% Co-activité 57.14% Collaboration 28.57% Coopération

Ensuite nous réalisons des moyennes de ces pourcentages afin d'observer des tendances selon les critères étudiés, à savoir le lieu d'exercice, la profession, le sexe et l'âge.

2.2.3.1 Répartition des modèles d'interaction dans la population totale étudiée

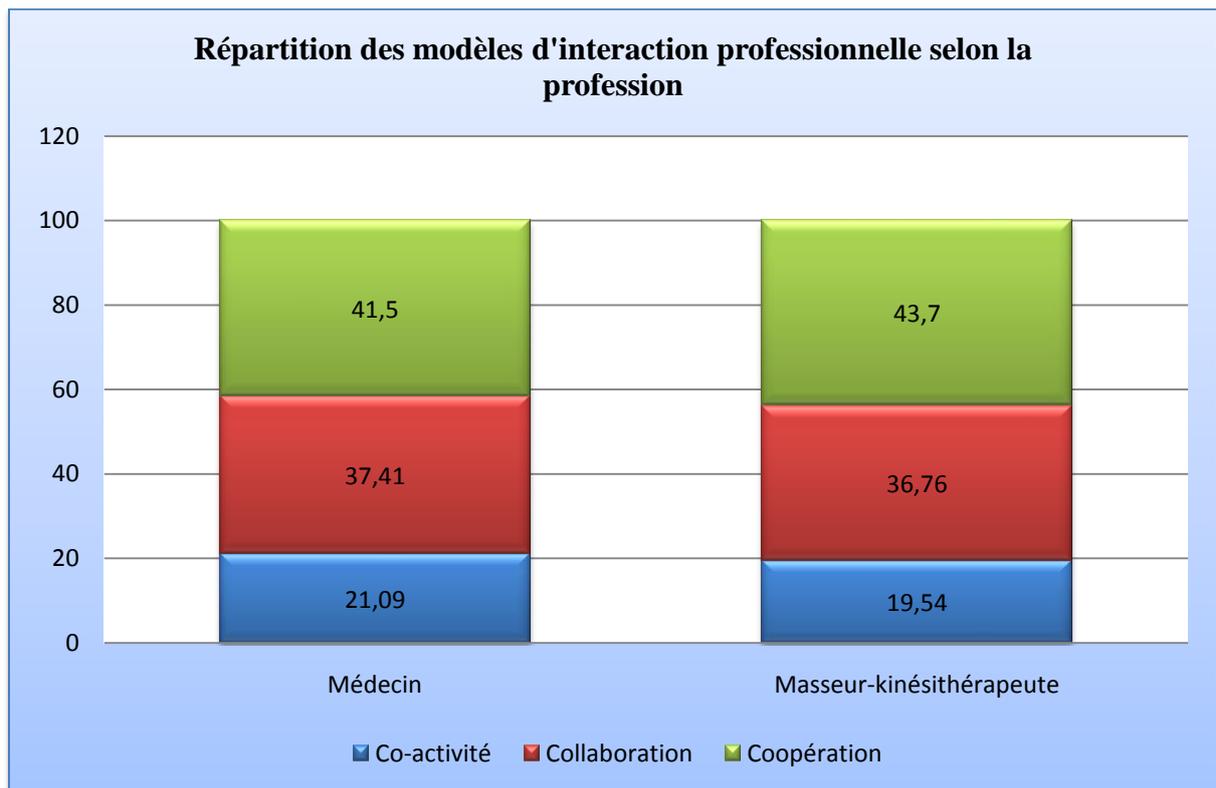
Le graphique ci-contre en haut (fig.12) nous renseigne sur la répartition des trois modèles dans la population générale. On peut observer que 19.90% des réponses données étant en rapport avec le modèle de la co-activité, 36.92% avec le modèle de collaboration et 43.18% avec celui de coopération.

La première constatation est que le modèle de co-activité est très minoritaire. Les deux autres modèles, la collaboration et la coopération, sont équivalents et regroupent à eux deux près de 80% des réponses cochées. Entre ces deux parties majoritaires l'avantage est laissé au modèle de coopération pour 6 points de plus. Ainsi ce modèle arrive en tête, et laisse penser que les professionnels se retrouvent plus dans ce concept relationnel.

2.2.3.2 Répartition des modèles d'interaction selon le lieu d'exercice

Ce graphique ci-contre en bas (fig.13) représente la répartition des modèles d'interaction selon le lieu d'exercice. Il arrive donc en réponse à l'hypothèse principale de recherche qui envisage une variabilité des modèles selon le lieu d'activité.

Fig.14



Ce graphique nous montre des variations minimales entre ces trois modèles selon les cinq structures de soin. Par exemple pour la co-activité, les écarts maximaux se situent entre le libéral, avec 22.17%, et le réseau de santé, 15.87%. Ensuite concernant la collaboration et la coopération on retrouve des valeurs assez proches selon les divers lieux. Néanmoins on note concernant la clinique un plus grand pourcentage de réponses dirigées vers la coopération, 51,95%, au détriment de la collaboration, 31,17%. Pour le réseau de santé c'est l'inverse qui se produit avec une prédominance de la collaboration à 46.03% par rapport à la coopération à 38.1%.

L'objet de cette étude est seulement l'observation de tendance. En effet elle ne dispose pas des bases scientifiques nécessaires à sa significativité ; nous en reparlerons dans la critique de l'étude et de ses biais.

Ainsi nous ne nous attardons pas sur l'explication au point par point de l'ensemble des résultats de ce premier tableau. L'objectif principal de ce graphique est de voir si le lieu d'exercice est un facteur influent la coopération médecin et masseur-kinésithérapeute. A savoir si l'hypothèse principale est confirmée ou infirmée. Il semble, à la vue de ce résultat, que le mode de coopération ; terme coopération pris au sens générique et non pas comme l'un des trois modèles, n'est pas déterminé par le lieu d'activité. Les résultats sont en effet semblables entre les cinq milieux d'activité. L'hypothèse est donc infirmée.

2.2.3.3 Répartition des modèles d'interaction selon la profession

Le graphique ci-contre (fig.14) nous renseigne sur la répartition des réponses données en lien avec la nature de la profession. On s'aperçoit que le partage des modèles est quasiment identique selon les deux professions. Il n'y aurait pas de différence entre la perception des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes quant à leur coopération mutuelle. C'est tout de même intéressant de le savoir car il y aurait pu y avoir une différence de réponses laissant envisager un discours à deux vitesses. L'un pensant différemment de l'autre. Ainsi, on peut envisager la relation médecin masseur-kinésithérapeute comme franche, c'est-à-dire vécu identiquement par chaque partenaire. Ce résultat est en faveur d'une position équitable des parties, qui met en avant la possibilité d'un dialogue de qualité.

Fig.15

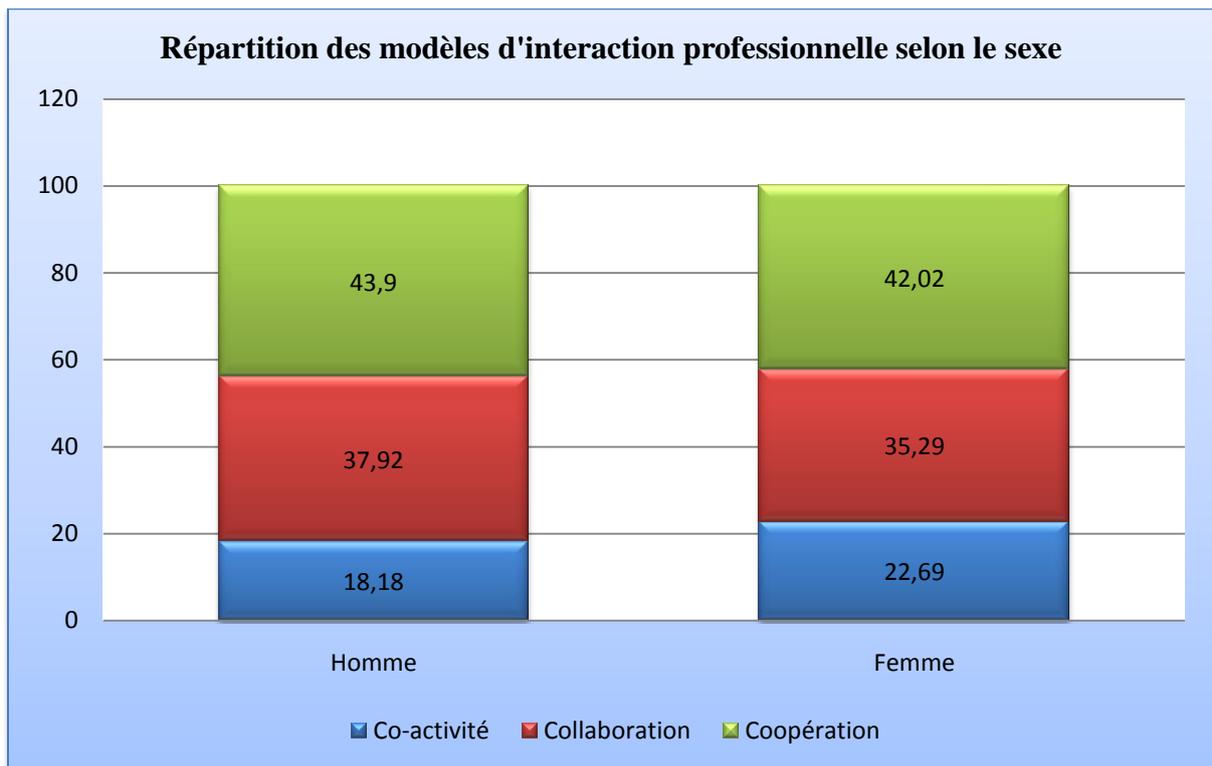
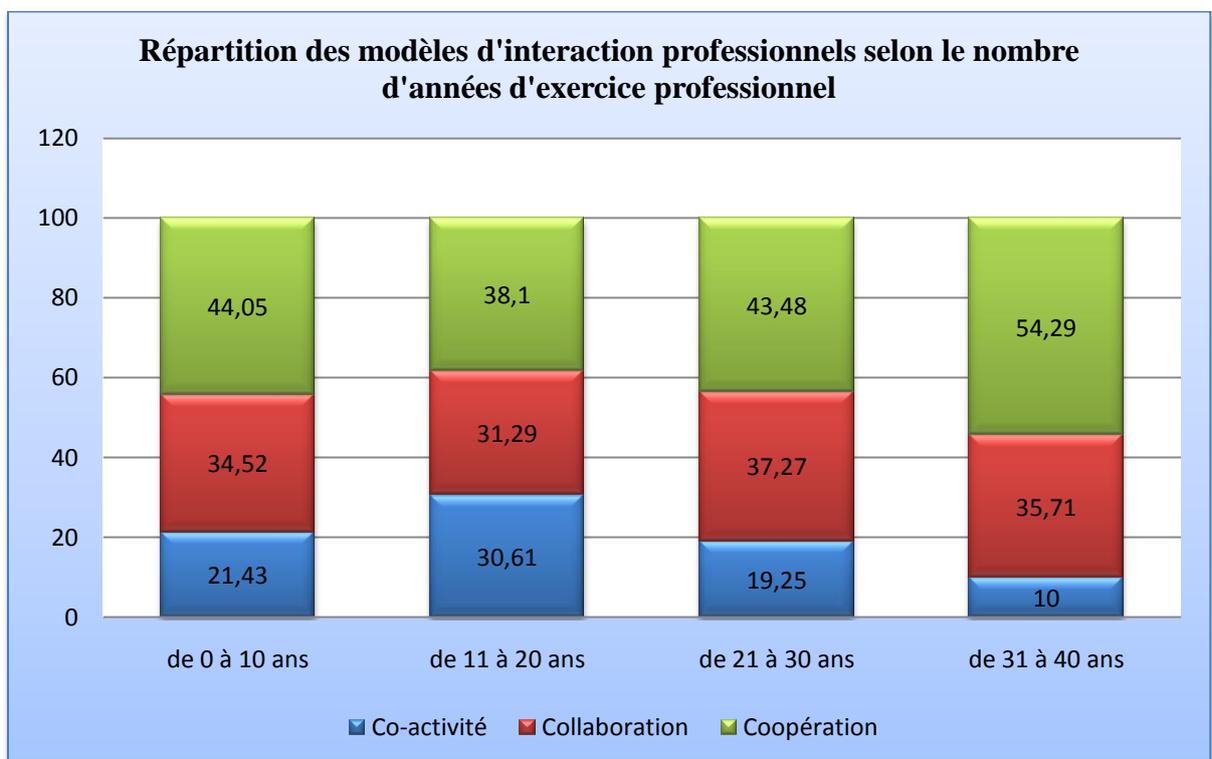


Fig.16



2.2.3.4 Répartition des modèles d'interaction selon le sexe

Le graphique ci-contre en haut (fig.15) intéresse la nature des réponses cochées selon le sexe, qui pourrait être l'un des facteurs influençant la coopération. Il apparaît que la tendance est la même entre les hommes et les femmes. Les écarts entre réponses ne variant tout au plus que de 4%. Le sexe ne serait alors pas un facteur déterminant la nature de la coopération entre professionnels.

2.2.3.5 Répartition des modèles d'interaction selon l'expérience professionnelle

Le graphique ci-contre en bas (fig.16), nous montre la Répartition des modèles d'interaction selon l'expérience professionnelle. Il apparaît une légère modification du pourcentage de réponses relevées entre les quatre classes d'âge définies.

De 0 à 10 ans : on retrouve des résultats assez proches de la moyenne constatées pour l'ensemble de la population. A savoir co-activité 21.43% (+1point par rapport à la moyenne) collaboration 34.52% (+2 points) coopération 44.05% (+1 point). Cela est moyennement pertinent car cette tranche d'âge regroupe 40% de la population et est majoritaire. Il influe alors grandement sur les chiffres mêmes de la moyenne et donc leur différence avec celle-ci est atténuée.

De 11 à 20ans : la tranche de réponse co-activité est beaucoup plus importante avec 30.61% (+10 points de la moyenne). Ceci au détriment de la collaboration et de la coopération qui perdent respectivement 5 et 4 points.

De 21 à 30 ans : ce groupe revient à des résultats proches de la moyenne mais légèrement supérieurs. La co-activité représente 19.25%, la collaboration 37.27% et la coopération 43.48%.

De 31 à 40 ans : Cette dernière tranche d'individu plus expérimentés présente des résultats les plus en faveur des niveaux d'interaction supérieurs. En effet la co-activité est donnée à 10%, la collaboration à 37.71% et la coopération à 54.29%.

Les années d'expérience semble être un facteur rentrant dans l'équation de la relation professionnelle. En effet les plus expérimentés sont plus dans la coopération que les 11-21 ans. Mais il est difficile de dire de quelle manière puisqu'on n'observe pas de tendance généralisée significative au fur et à mesure des années.

2.2.3.6 Synthèse des résultats aux 7 questions fermées

Les résultats apportés par le questionnaire nous montrent que la répartition des réponses cochées dans la population générale est : co-activité 19,90%, collaboration 36,92% et coopération 43,18%.

La co-activité apparaît donc assez minoritairement dans les réponses, tandis que la collaboration et la coopération arrivent en parts égales.

Les facteurs secondaires envisagés pouvant avoir un lien avec la relation interprofessionnelle, comme l'appartenance à une des professions et le sexe ne semblent pas déterminants. Seule l'expérience professionnelle laisse envisager être un facteur influent. En effet les individus ayant entre 31 et 40 ans d'expérience se situent plus dans la coopération que les autres, avec 54,29%.

2.2.4 Que pensez-vous de la relation médecin/kiné ?

2.2.4.1 Résultats

La huitième question était donc une question ouverte formulées ainsi : Que pensez-vous de la relation entre médecin et masseur-kinésithérapeute ?

Le but de cette question est de constater selon les propres mots des interrogés ce qu'ils pensent de cette relation. Elle représente aussi une alternative au questionnaire précédent car elle évite les biais engagés par les questions fermées.

Tous les individus n'ont pas répondu à cette dernière question.

Les réponses données se divisent schématiquement en trois catégories. Une première catégorie dans laquelle la relation médecin kiné est jugée de mauvaise qualité, une seconde dans laquelle elle est dite à améliorer et une dernière dans laquelle elle considérée comme satisfaisante.

De mauvaise qualité : 20 % des réponses

Ceux qui jugent cette relation de mauvaise qualité ne sont pas majoritaires. Que disent-ils ?

En réalité ils sont peu à la décrire réellement comme étant de mauvaise qualité puisqu'en fait ils la décrivent comme « peu développée », « trop rare », « trop souvent inexistante ». La notion de « hiérarchie » est pointée du doigt par certains masseurs-kinésithérapeutes qui induisent ce « clivage » à cause d' « une méconnaissance du métier de kiné ». Le « manque de relation » fait alors travailler « chacun de son côté ». D'autres professionnels se sentant satisfaits de la coopération dans leur structure la déplorent envers celle du milieu libéral, la décrivant comme « absente ou rare », « pas assez développée dans le milieu extra-hospitalier ». Des masseurs-kinésithérapeutes libéraux soulignent de leurs côtés les « difficultés à joindre des praticiens hospitaliers prescripteurs ». Dans ces conditions où la relation et la communication sont peu développées ils disent que c'est « le patient qui fait souvent le relais ». En effet l'échange entre professionnels est beaucoup plus objectif que s'il se fait par l'intermédiaire du patient. Ce dernier aussi sincère peut-il constituer une base fiable au soin ?

Même si des critiques sont perceptibles ils insistent sur le fait qu'elle est « productive quand elle existe », qu' « elle devrait être indispensable », et que « la prise en charge n'en sera que meilleure ».

Aucuns des professionnels ne s'est dit satisfait de sa position lorsque la coopération était inexistante. Ces remarques ne sont pas stériles et signe la volonté des professionnels à la voir s'améliorer.

A améliorer : 40 % des réponses

Les professionnels déclarant que la coopération est à améliorer regroupent un effectif plus important que précédemment, environ 40%. A la différence du premier groupe, pour qui il ressortait une critique péjorative suivie tout de même une envie d'amélioration, ceux-ci soulignent les qualités de cette relation en l'invitant à se développer encore. Ils partent donc d'un constat positif.

Ils la décrivent comme « très productive, quand elle existe », « cordiale mais peu développée », « utile sans être symbiotique ». Elle est dite « essentielle pour une prise en charge globale du patient » mais « devrait être plus fréquente, surtout en libéral ». Certains disent simplement qu' « elle est efficace le cas échéant et doit être améliorée ».

Ils mettent en avant quelques arguments pour expliquer pourquoi elle n'est pas déjà satisfaisante. Le « manque de temps », le « caractère humain déterminant » reviennent à plusieurs reprises.

Pour 40 % de professionnels la relation médecin/kiné est utile dans la prise en charge du patient. Cette coopération a déjà un sens pour eux, elle traduit en partie l'efficacité de leur travail et représente un intérêt commun. Cependant dans leur pratique il existe une marche entre ce qu'il faudrait et ce qu'il se passe. Ils aimeraient donc que cette pratique soit développée et plus systématique. Selon eux, plus de coopération et de communication feraient avancer bien des situations. Il ressort que cette relation manque surtout entre les deux entités de soin hôpital et médecine de ville.

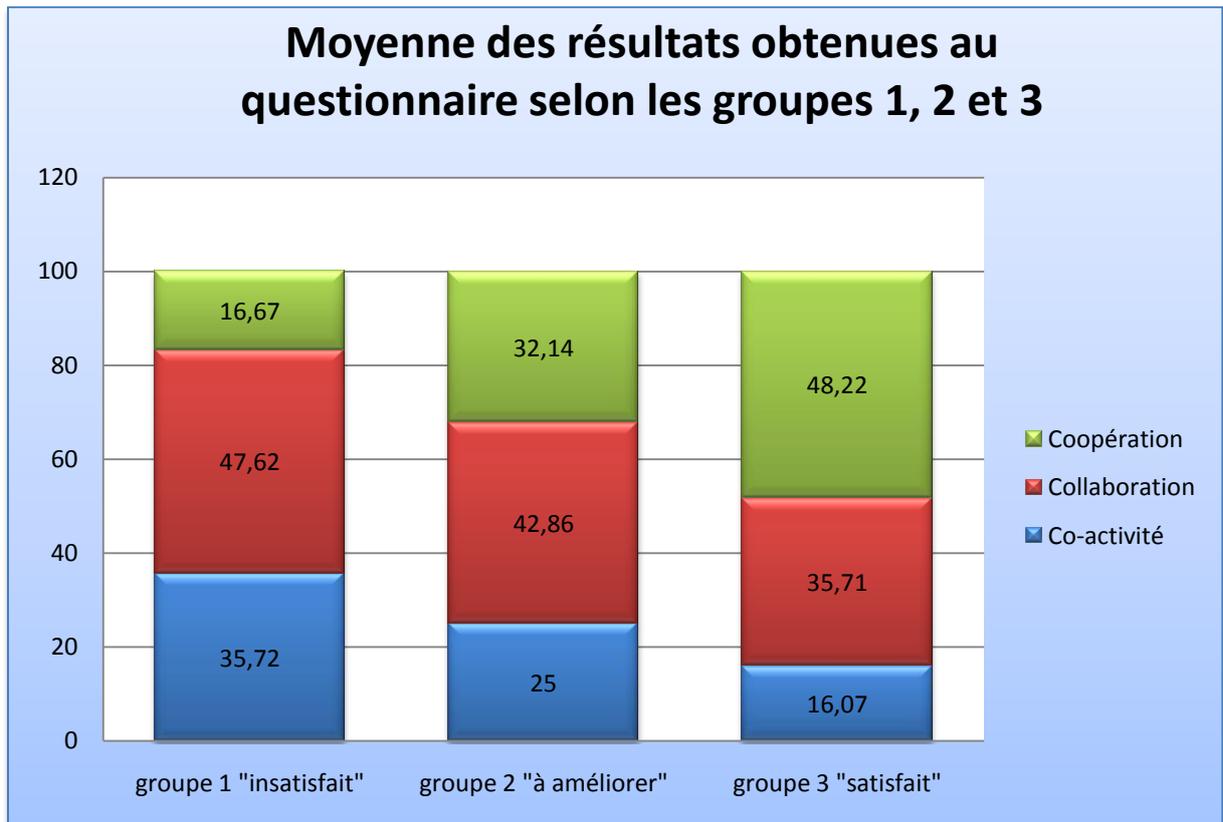
Satisfaisante : 40 % des réponses

Dans ce troisième groupe se retrouvent les individus satisfaits de la relation professionnelle, et pour qui la coopération est déjà efficace. Elle apparaît comme « naturelle », « bonne », et même « très bonne ». Certains la décrivent même comme « obligatoire dans une bonne prise en charge du patient ». En aucun cas elle n'est inutile, « le patient ne peut qu'en profiter ». Un masseur-kinésithérapeute dit aussi qu'« elle est indispensable pour la qualité et la sécurité ». Cette coopération revêt alors être un gage de qualité du soin et d'enrichissement, dont l'intérêt est partagé entre patient, médecin et masseur-kinésithérapeute.

2.2.4.2 Synthèse

Il apparaît trois catégories de professionnels. Un premier groupe se sent insatisfait, un second envisage des améliorations et un troisième se dit satisfait. Douze personnes ayant pourtant répondu aux sept premières questions ne l'ont pas fait pour cette dernière. Nous avons tout de même regardé la répartition des sondés entre ces trois groupes. Le premier représente environ 20%, le second environ 40% et le troisième environ 40%. La répartition de ces professionnels, selon trois groupes, est semblable à celle donnée pour la répartition entre les trois modèles d'interactions dans la population générale, à savoir environ 20% co-activité, 35% collaboration et 45% coopération. Ceci est juste une observation qui n'est peut être que fortuite. C'est pourquoi nous avons cherché à identifier s'il y avait réellement une corrélation entre les réponses données à la question huit et les résultats obtenus aux sept questions précédentes du questionnaire. Nous avons calculé la moyenne des résultats des interrogés selon le groupe dans lequel ils se positionnaient à la question ouverte.

Fig.17



2.2.1 Répartition des réponses données au questionnaire selon les trois groupes de réponses à la question ouverte

Le graphique ci-contre (fig.17), Moyenne des résultats obtenus selon les groupes 1, 2 et 3, nous montre que plus les professionnels sont satisfaits de la relation médecin/kiné, plus ils se situent dans un niveau supérieur d'interaction. Ce niveau supérieur est la coopération décrite par Le Boterf. L'inverse est aussi vrai, c'est-à-dire que plus les professionnels sont dans la coopération plus ils sont satisfaits. C'est, en effet, dans le groupe 3 que la part de coopération est la plus importante, au détriment en partie de la collaboration, mais surtout de la co-activité. Il semblerait alors que les professionnels plébiscitent la coopération à être le mode de travail idéal.

On aurait pu s'attendre au fait qu'un professionnel se positionnant dans un des concepts de coopération ne donne des réponses qu'envers un seul de ces concepts. Or dans les sept réponses il réalise des écarts par rapport à son concept préférentiel. Certes, la réalité est faite de nuance et un individu peut avoir plusieurs facettes différentes pour décrire son mode particulier de relation professionnelle. C'est ce que les résultats révèlent. Nous n'avons d'ailleurs jamais eu un questionnaire comportant les réponses inhérentes à un seul concept. Le score pour un individu X donné en pourcentage de réponses pour chaque modèle semble donc juste. Même si le score final pour un individu n'est pas exactement fidèle à sa pratique, le sens général et la hiérarchie des idées sont respectés.

3. DISCUSSION

3.1 Résultats

Les résultats de l'étude semblent montrer que la coopération entre les médecins et masseurs-kinésithérapeutes est une notion bien présente dans la relation de travail chez les professionnels interrogés. En effet dans la population totale de l'étude, soit 89 personnes, la répartition des réponses entre les trois modèles est la suivante : Co-activité 19,90%, Collaboration 36,92% Coopération 43,18%. Le niveau d'interaction le plus élevé, la coopération, arrive même en tête des réponses. Nous avons émis comme hypothèse principale que cette coopération variait entre les professionnels selon le lieu dans le lequel ils exercent. Les résultats obtenus dans chacune des cinq structures sont sensiblement équivalents. En effet l'équilibre entre les trois modèles ne varie que peu. Cette hypothèse n'est donc pas vérifiée. Ensuite nous envisageons des facteurs secondaires pouvant influencer sur la relation médecin/masseur-kinésithérapeute, comme la profession, l'expérience et le sexe. Il se trouve qu'il n'y aurait pas de différence franche selon que l'on compare les résultats en fonction de la profession et du sexe. Par contre, l'expérience pourrait être un facteur entrant en ligne de compte. On remarque, à ce sujet, que la tranche des 31-40 ans se situe plus dans la coopération (54.29% des réponses en lien) que celle des 11-20 ans (38.1%). La huitième question permet de définir trois catégories selon l'opinion que portent les professionnels sur la relation médecin/masseur-kinésithérapeute. Ces groupes sont « insatisfait », « doit être améliorée » et « satisfait ». Nous n'avons pas remarqué de différence d'opinion précise entre les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes. Nous avons corrélé l'appartenance à chacun des groupes avec les résultats obtenus au questionnaire. Au fur et à mesure que l'on se dirige vers le groupe « satisfait », la part des niveaux d'interaction supérieurs augmente. Cette tendance traduit donc que plus les professionnels sont satisfaits de leur relation de travail plus ils se situent dans la coopération, ou inversement, plus ils se situent dans la coopération plus ils se disent satisfaits. La coopération entre professionnels de santé serait alors considérée comme un aboutissement, un but dans la relation de travail.

3.2 Les limites de l'étude

3.2.1 Le questionnaire

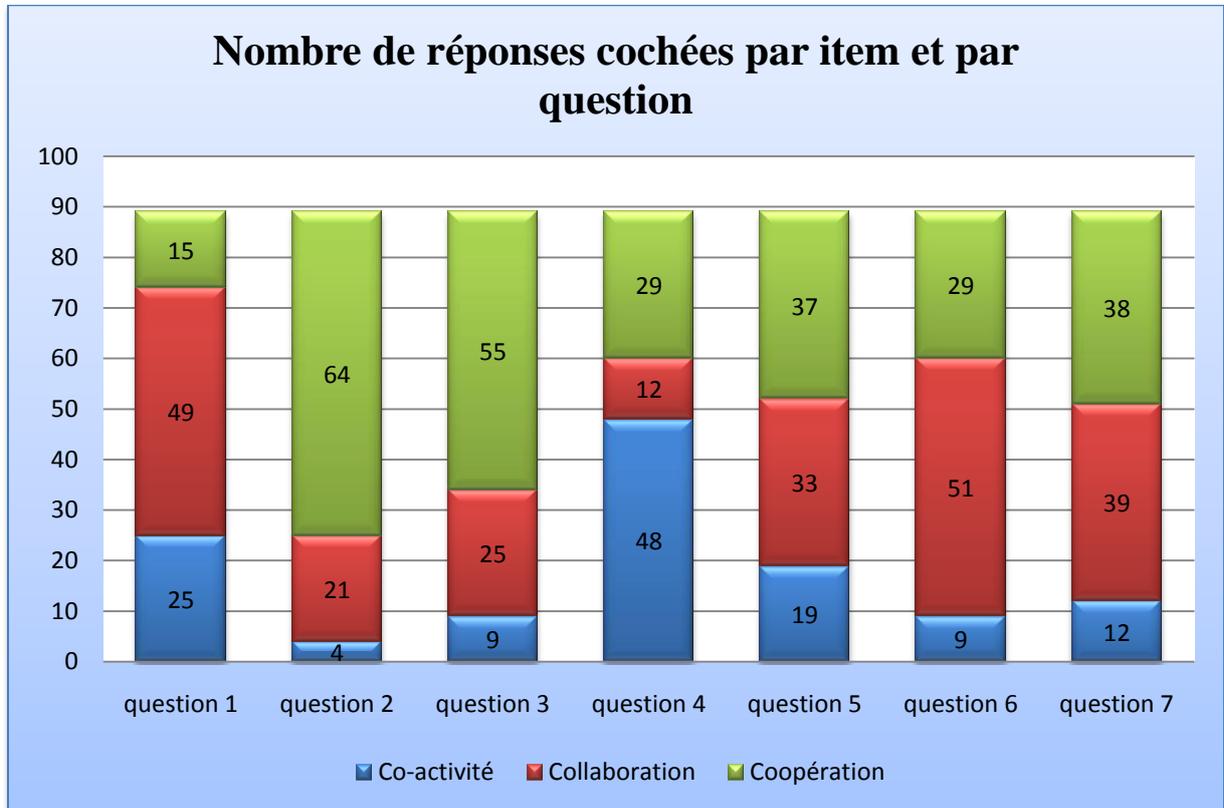
Nous avons essayé de réaliser un questionnaire fidèle aux trois concepts de Le Boterf. Il apparaît difficile de transférer des théories à la pratique du terrain. L'interprétation de la théorie par le chercheur est déjà subjective, ensuite l'interprétation de la question par le professionnel est encore subjective. Enfin il peut exister une marge de différence entre ce que l'individu pense et ce qu'il fait dans la réalité. Dès lors qu'il y a interprétation alors la subjectivité est présente. Lorsqu'elle apparaît à plusieurs niveaux elle s'additionne, voire se multiplie. Ainsi nous minorons la précision de nos graphiques, car nous n'avons pas la prétention d'affirmer que la répartition de tel ou tel modèle est la vérité au centième de pourcentage près. Cette précision est celle d'un calcul mathématique juste, mais dont les données comportent une part subjective conséquente. Le but affirmé de l'étude est donc l'observation de tendance.

Nous avons entendu que le questionnaire était orienté. Nous avons pourtant tenté de rester dans les chemins tracés par Le Boterf pour chacun des concepts. En aucun cas il n'était de notre intérêt de stigmatiser un modèle plutôt qu'un autre. C'est d'ailleurs ce que nous rappelions dans le début du questionnaire par « il n'y a pas de mauvaises réponses ». Mais il est vrai que les questions fermées ont pour principal inconvénient de risquer d'influencer la réponse.

3.2.2 Les biais de l'interrogé

Si réellement les questions sont orientées, le risque induit est que l'interrogé comprenne ce que le chercheur attend comme « bonne » réponse. Cela pourrait avoir pour conséquences de vouloir bien répondre et d'augmenter les réponses vers la coopération. La 3^e réponse à la question n°5 commence d'ailleurs par « dans l'idéal ». Comment ne pas être tenté de cocher « dans l'idéal » même si la pratique diffère. Mais à ce moment là, nos résultats montreraient encore plus vers quelle direction se destine la relation interprofessionnelle, c'est-à-dire vers la coopération.

Fig.18



3.2.3 La population

Certains résultats sont peu révélateurs puisque la population représentée est trop faible. Nous aurions aimé disposer d'effectifs plus importants dans nos données, notamment dans la population médicale. Nous aurions aussi aimé disposer de professionnels libéraux exerçant en milieu rural. En effet les libéraux interrogés étant de Limoges ne représentent pas un échantillon parfait des professions.

Par manque de temps nous n'avons pas apprécié les résultats réponses par réponses en regard des particularités individuelles. Nous aurions pu réaliser des croisements entre variables et réponses. Cela nous aurait peut être permis d'approfondir la connaissance du sujet et de mettre en avant les biais du questionnaire.

Nous émettons ce constat puisque nous avons réalisé un graphique présentant le nombre de réponses cochées par item et par question. Il montre que le nombre de réponses est variable entre les sept questions. Comme le montre le graphique ci-contre (fig.18) Nombre de réponses cochées par item et par question, à la question 2 par exemple, les interrogés répondent majoritairement (64) que dans le schéma de fonctionnement professionnel ils ont « une mission commune », ils sont « complémentaires et partenaires ». Et puis à la question 4, ils sont 48 à déclarer qu'ils n'ont « pas de formations en commun ». C'est aspect là est quelque peu paradoxal. D'un côté on a un sentiment de partenariat qui d'un autre ne se retrouve pas dans les formations professionnelles.

Ceci n'est qu'un exemple des informations exploitables dans cette voie de recherche.

3.2.4 Biais personnel

Faisant écho à la notion soulevée de questionnaire orienté, nous avons réalisé un oubli dans la construction de l'outil d'enquête. Nous devions avant l'envoi, mélanger les réponses de chaque question. En effet pour chacune des sept questions se décline les trois concepts dans l'ordre suivant co-activité, collaboration et coopération. Le mélange aurait peut être pu éviter cette impression d'orientation et apporter un résultat plus juste.

3.3 Les points forts de l'étude

L'étude présente comme point positif de prendre en compte les deux professions. L'expression est ainsi bilatérale, ce qui dans l'observation d'une relation est plus parlant. Cette recherche s'est effectuée dans l'ensemble des formes de lieu d'exercice existant. Elle

apporte comme information que la satisfaction des professionnels médecins et masseurs-kinésithérapeutes vis-à-vis de leur relation va de paire avec le modèle d'interaction professionnel le plus élevé, la coopération. Cette coopération serait le modèle vers lequel ces professionnels de santé souhaitent se diriger.

3.4 Commentaires

L'outil d'enquête présenté dans cette étude comporte des biais importants. Donné à un seul professionnel, les sept questions fermées ne permettraient pas de savoir, de manière satisfaisante, selon quel mode de relation il définit sa pratique. Cependant on observe qu'il existe un lien entre le résultat au questionnaire et le ressenti des professionnels. Alors peut être que les résultats au questionnaire dessinent les contours de la réalité. A ce moment là les données présentées auraient tout de même une certaine justesse. L'argumentaire qui en découle serait donc plausible. Si tel est le cas, la relation médecin/masseur-kinésithérapeute se tournerait majoritairement vers la collaboration et la coopération et ce quelque soit le lieu d'activité.

L'enquête aborde la nature de la relation médecin/masseur-kinésithérapeute. La question ouverte y faisant directement référence dans le questionnaire nous apprend qu'il existe différentes appréciations de cette relation. Même sur un effectif de population modeste, inférieure à cent personnes, nous trouvons de nombreux points de vue. En la matière il n'y a pas un seul discours, les avis allant de relation « inexistante » à « satisfaisante ». Pourquoi existent-ils des différences ? Qu'est-ce qui explique de si grands écarts d'opinions ? Notre étude n'y répond pas significativement. Tout juste avons nous pu nous apercevoir que les multiples ressentis, en réponse à la question huit, n'étaient pas liés à la profession, ni au sexe, ni à l'âge. L'un des professionnels donne peut être une des réponses, il envisage un autre aspect, le facteur humain : « Ce type de partenariat est d'après moi plus dépendant de l'homme que du professionnel ». A ce moment là, il devient plus difficile dans le cas de notre enquête de trouver des réponses, mais ce détail entre sûrement dans l'équation car après tout la relation professionnelle est une relation humaine avant tout.

C'est exemple illustre l'opinion selon laquelle une volonté réelle de travail commun, de partenariat, de complémentarité, est présente sans que toutes les possibilités de mise en œuvre du terrain soient appliquées. Nous pensons que cette relation entre les professionnels médecins et masseurs-kinésithérapeutes est ressentis comme positive. Elle n'est jamais vécue comme un obstacle à la qualité de leur travail et de la prise en charge du patient. Les deux

professions l'envisagent même comme un atout. « Le soin n'en sera que meilleur » illustre bien ce propos relayé par certains qui portent intérêt à la voir améliorée. Même les critiques les plus sèches n'existent que pour regretter son manque de présence et non pas son inefficacité. Le consensus donné est que l'intérêt est partagé entre professionnels et qu'ils sont ouverts à s'y engager.

L'incitation de la loi HPST à propos de la coopération entre professionnels de santé est donc une démarche qui peut très bien répondre à leurs attentes.

CONCLUSION

La loi du 30 Avril 1946 instaure la nouvelle profession de masseur-kinésithérapeute. Elle fut le fruit d'un long parcours partagé avec les médecins qui lui donnèrent son fondement scientifique. Cette loi déclare que sa pratique est prescrite par les médecins. Dès lors ces deux professions sont unies et par voie de fait, une relation est engagée.

La démographie des professionnels de santé est une préoccupation majeure de notre système de santé. L'évolution de la démographie médicale laisse envisager une pénurie de médecins à l'horizon 2020 selon plusieurs estimations. De récentes études montrent même une désaffection des jeunes médecins à s'installer, en milieu rural notamment. La démographie des masseurs-kinésithérapeutes montre une augmentation et un rajeunissement de sa population. D'autre part, ils sont plus nombreux, en pourcentage, à exercer leur activité en milieu rural. L'espérance de vie des français augmente et le système de santé doit faire face à une demande accrue de soin. La loi HPST, dans ses missions, incite à la coopération entre professionnels de santé.

Nous avons réalisés un état des lieux de la relation médecin/masseur-kinésithérapeute à Limoges. Cette enquête est basée sur un questionnaire élaboré grâce aux concepts développés par Guy Le Boterf sur les interactions professionnelles. Nous recueillons 89 questionnaires exploitables. Les pourcentages de réponses données dans la population totale sont répartis comme suit : Co-activité 19.90%, Collaboration 36.92% et Coopération 43.18%. Nous n'observons pas de lien entre les résultats au questionnaire et le lieu d'exercice, la profession et le sexe. Seule, l'expérience professionnelle, évaluée en année d'exercice, semble influencer sur la relation professionnelle. Les 31-40 ans sont à 54.3% de réponses dans la coopération tandis que les 11-20 ans y sont à 38.1%.

L'étude montre ensuite une corrélation entre les résultats et le sentiment des professionnels vis-à-vis de cette relation de travail. Plus ils se disent satisfaits de la relation médecin/masseur-kinésithérapeute, plus ils se situent dans les niveaux supérieurs d'interaction, à fortiori dans la coopération. Ces résultats positifs mettent en avant la volonté des professionnels à travailler en commun pour un intérêt partagé. Cet état des lieux laisse envisager une capacité des professionnels à développer leur relation vers une plus grande ouverture. Cette démarche ouvre véritablement la porte à la coopération incitée par la loi HPST.

Les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes se retrouvent au même point : développer leur relation. Une prochaine étude pourrait être de trouver de quelle manière l'améliorer. Certains envisagent qu'en mettant en commun les professionnels dès leur formation initiale la coopération ultérieure n'en sera que plus aisée. Actuellement est pointé du doigt un système d'étude manquant d'unité et de passerelles. Les cursus des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes sont en effet distincts. La moitié pourtant des masseurs-kinésithérapeutes débutent par la PCEM 1 (premier cycle des études médicales 1^e année), filière qu'ils quittent ensuite pour se diriger vers leur institut de formation. Y a-t-il une différence de relation avec les médecins pour ces masseurs-kinésithérapeutes issus de cette PCEM 1 ? Hormis cette exception dans les études, les masseurs-kinésithérapeutes sont en dehors de l'université, en dehors du cadre Licence-Master-Doctorat, en dehors de la culture de recherche. Aujourd'hui pourtant, les revendications syndicales et étudiantes font entendre leur espérance à en faire partie, statu quo pour le moment. D'un côté le ministère par ses orientations pousse les professionnels à la coopération et d'un autre laisse des formations initiales cloisonnées.

Le système de formation est-il en accord avec l'enjeu de la coopération?

Des initiatives de coopération sont déjà opérationnelles avec l'existence des réseaux de santé. Les réseaux bronchiolite en sont un bon exemple. En Limousin le réseau Kiné Respi Bébé 87 assure depuis plusieurs années la prise en charge extrahospitalière des nourrissons atteints par cette épidémie hivernale. Les masseurs-kinésithérapeutes participent dorénavant à la permanence des soins et constituent un relais fondamental de la structure hospitalière. Ils sont un maillon fort dans le parcours de soin de ces patients. Nous rappelons qu'ils sont en France près de 80% en secteur libéral, ils se positionnent donc comme un allié fort dans l'enjeu de la médecine de ville.

Si la coopération est une voie amenée à se développer, les réseaux de santé sont-ils l'avenir de la médecine de ville ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} Janvier 2008, CNOM (Septembre 2008), <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2008.pdf>

« *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel* », BVA-sondages, 2007

Bulletin d'information en économie de la santé, n°44_Décembre 2001

Coopération_entre_professionnels_de_sante_4.pdf, Fiche pédagogiques HPST, Ministère de la Santé et des Sports

Le Boterf G., « *De la compétence à la navigation professionnelle* », Paris, Les éditions d'organisation, 1997, p.260-263

Les cahiers du centre de recherches historiques, <http://ccrh.revues.org/index2753.html>

Loi_HPST_07-09-09.pdf, « *Hôpital, patients, santé, territoires* » Une loi à la croisée de nombreuses attentes, Ministère de la Santé et des Sports

Rapport de la DREES (Février 2009) « *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales* », <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er679.pdf>

Tome 2 ONDPS, « *Le métier de masseur-kinésithérapeute* », Matharan J, Micheau J, Rigal E, http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_annuel_2008-2009_ONDPS.pdf

Tome 3 ONDPS, « *Le renouvellement des effectifs médicaux* », rapport 2008-2009, http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/BD_T3ONDPS.pdf

Jovic L, Larivière N., « *Nouveaux besoins en santé et évolution des compétences* », Soins_n°735_mai 2009

Annexes

Biographie:

Guy Le Boterf,

Expérience professionnelle

Longue expérience de conseil en ingénierie des ressources humaines, en formation et en management dans de très nombreuses entreprises et organisations. A exercé durant plusieurs années les fonctions de directeur du développement puis de Directeur Général de Quaternaire, Société de conseil en gestion des ressources humaines et des compétences

Formation universitaire

Doctorat d'État en lettres et Sciences humaines

Doctorat en Sociologie

Licence en Sciences Économiques

Licence en psychologie

Diplôme d'études supérieures en philosophie

Qualification

Auditeur agréé de l'Institut International de l'Audit Social

Distinction

Mention spéciale du grand prix du livre de management et stratégie en 1994

Matrice Théorisée

Thème	Critères	Indicateurs	Indices	Auteur
La co-activité (pluridiscipli- narité)	Objectif	Est spécifique à votre profession et à la pathologie.	Quelle est selon vous la finalité du soin ?	Guy Le Boterf
	Modèle de fonctionnement	Vous travaillez en autonomie vis-à-vis du médecin ou du kinésithérapeute.	Quel est votre mode de fonctionnement ?	
	Communication	Il n'y a pas de transmission.	Quelle est la communication entre médecin et kiné ?	
	Formation	Vous n'assistez pas à des formations en commun. (entre médecin et kiné)	Comment sont les formations que vous suivez ?	
	Pratique	La prescription est qualitative et quantitative. Elle est exhaustive. (La pathologie, la rééducation, les exercices, la fréquence de soins, les contre-indications.)	Quelle est la place de la prescription ?	
	Reconnaissance	Vous travaillez seul, les échanges sont limités.	Comment vous voyez vous la relation médecin kiné ?	
	Ressenti	Elle est une notion vague, les deux professions restent différentes.	Que pensez-vous de la relation médecin kiné ?	
	Objectif	Elle est pour partie partagée entre médecin et kiné.	Quelle est la finalité du soin ?	Guy Le Boterf

La collaboration (interdisciplinarité)	Modèle de fonctionnement	Vos activités (entre médecin et kiné) sont indépendantes même si l'objectif est commun.	Quel est votre mode de fonctionnement ?	
	Communication	La communication est occasionnelle. Le médecin dirige la réunion d'équipe.	Quelle est la communication entre médecin et kiné ?	
	Formation	Vous assistez à des formations en commun, celles-ci sont dirigées par un seul corps professionnel. (Médical ou paramédical)	Comment sont les formations que vous suivez ?	
	Pratique	La prescription est qualitative. Elle indique la pathologie et la rééducation demandée, sans détailler le contenu de la prise en soin.	Quelle est la place de la prescription ?	
	Reconnaissance	Vous partagez des points de vue, tout en restant spécialisé à votre domaine.	Comment vous voyez vous la relation médecin kiné ?	
	Ressenti	Elle est actée car la kinésithérapie est prescrite par le médecin.	Que pensez-vous de la relation médecin kiné ?	
	Objectif	Elle est la même et médecin/kiné ont des	Quelle est la finalité du soin ?	Guy Le Boterf

La coopération (transdisciplin arité)	Modèle de fonctionnement	compétences communes. Vous avez une mission commune, vous êtes complémentaires et partenaires.	Quel est votre mode de fonctionnement ?
	Communication	La communication est naturelle et courante via différents supports. La direction d'équipe est partagée.	Quelle est la communication entre médecin et kiné ?
	Formation	Vous assistez à des formations en commun, celles-ci sont dirigées par différents corps professionnels. (Médical, paramédical et autres)	Comment sont les formations que vous suivez ?
	Pratique	Dans l'idéal elle résulterait d'une discussion entre le médecin et le kiné.	Quelle est la place de la prescription ?
	Reconnaissance	Grâce à l'expertise de l'autre vous avez une vision plus globale du patient.	Comment vous voyez vous la relation médecin kiné ?
Ressenti	Elle est évidente et enrichissante.	Que pensez vous de la relation médecin kiné ?	

Questionnaire de l'enquête

Questionnaire sur la coopération Médecin / Masseur-kinésithérapeute

Bonjour.

Je m'appelle Nicolas Hluchnik, je suis étudiant en troisième année de masso-kinésithérapie à l'IFMK Croix Rouge de Limoges. Je réalise un mémoire sur la coopération entre les professionnels médecins et masseur-kinésithérapeutes.

A ce titre, je vous propose de participer à une enquête en répondant à un court questionnaire. Chaque questionnaire est envoyé à un échantillon de professionnels travaillant dans diverses structures de soins. (Clinique, hôpital, centre de rééducation, secteur libéral et réseau de santé.)

Le questionnaire est individuel et sera traité de façon anonyme. Tous les questionnaires seront lus, chaque réponse sera traitée et une analyse effectuée. Les résultats se retrouveront dans mon mémoire de fin d'étude. Celui-ci sera librement accessible au dernier trimestre 2010 sur la base de document en ligne KINEDOC.

Je vous remercie, par avance, de contribuer à cette étude.

Profession :.....

Lieu d'exercice : Clinique Centre de rééducation
 Hôpital Libéral Réseau de santé

Nombre d'années d'exercice professionnel :.....

Homme : Femme :

Comment remplir ce questionnaire :

Il vous suffit de répondre en cochant une seule réponse par question.

Chaque question est importante.

Il n'y a pas de mauvaises réponses.

1. Quelle est selon vous la finalité du soin ?

- Elle est spécifique à votre profession et à la pathologie.
- Elle est pour partie partagée entre médecin et kinésithérapeute.
- Elle est la même, et médecin/kiné ont des compétences communes.

2. Quel est votre schéma de fonctionnement professionnel ?

- Vous travaillez en autonomie vis-à-vis du médecin ou du kinésithérapeute.
- Vos activités (entre médecin et kinésithérapeute) sont indépendantes même si l'objectif est commun.
- Vous avez une mission commune, vous êtes complémentaires et partenaires.

3. Quelle est la communication entre le médecin et le kiné ?

- Il n'y a pas de transmission.
- La communication est occasionnelle ; le médecin dirige la réunion d'équipe.
- La communication est naturelle et courante via différents supports ; la direction d'équipe est partagée. (Entre médical et paramédical)

4. Comment sont les formations professionnelles que vous suivez ?

- Vous n'assistez pas à de formations en commun. (Entre médecin et kinésithérapeute)
-

Vous assistez à des formations en commun, celles-ci sont dirigées par un seul corps professionnel. (Médical ou paramédical)

Vous assistez à des formations en commun, celles-ci sont dirigées par différents corps professionnels. (Médical et paramédical, autres)

5. Quelle est la place de la prescription ?

La prescription est qualitative et quantitative. Elle est exhaustive. (La pathologie, la rééducation, les exercices, la fréquence des soins, les contre-indications.)

La prescription est qualitative. Elle indique la pathologie et la rééducation demandée, sans détailler le contenu de la prise en soin.

Dans l'idéal elle résulterait d'une discussion entre le médecin et le kiné.

6. Comment voyez-vous la relation médecin/kiné ?

Vous travaillez seul, les échanges sont limités.

Vous partagez des points de vue, tout en restant spécialisé à votre domaine.

Grâce à l'expertise de l'autre vous avez une vision plus globale du patient.

7. Que pensez-vous de la relation médecin/kiné ?

Elle est une notion vague, les deux professions restent différentes.

Elle est actée car la kinésithérapie est prescrite par le médecin.

Elle est évidente et enrichissante.

8. Que pensez-vous de la coopération entre médecin et masseur-kinésithérapeute ?

.....

.....

.....

.....

Résumé

La médecine et la masso-kinésithérapie sont historiquement imbriquées l'une à l'autre. L'évolution de la démographie des professionnels de santé est une préoccupation majeure du système de santé français. L'espérance de vie de la population française, s'associant au développement des polyopathologies ne feront que grossir la demande de soin dans les années à venir. La loi Hôpital Patient Santé Territoire, paru au journal officiel le 29 Juillet 2009, met l'accent sur l'efficacité du système de santé. Dans cette logique de diminution des coûts et d'augmentation de la qualité des soins, elle incite à la coopération entre professionnels de santé. S'inspirant des modèles d'interaction professionnelle de Guy Le Boterf, nous nous proposons de faire un état des lieux de la relation entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes à Limoges. Il apparaît que cette relation se tourne principalement vers la collaboration et la coopération, quelque soit les secteurs d'activité. De plus le sentiment de satisfaction des professionnels est corrélé au niveau d'interaction supérieur, à savoir la coopération.

Mots clefs : Relation Médecin/Kiné, Coopération, Collaboration, Démographie

Summary

Medicine and physiotherapy are historically connected each other. The evolution of the demography of the professionals of health is a major preoccupation of the French health system. The life expectation of the French population, joining to the development of polyopathologies will only be the demand of care enlarging in the years to come. The law Patient Health Territory Hospital, appeared to the gazette on July 29th, 2009, emphasizes the efficiency of the health system. In this logic of decrease of the costs and the increase of the quality of care, it incites to the cooperation between professionals of health. Being inspired by models of professional interaction of Guy Le Boterf, we suggest making an investigation about the relation between doctors and physiotherapists in Limoges. It seems that this relation turns mainly to the collaboration and the cooperation, about is the business sectors. Of more the feeling of satisfaction of the professionals is correlated at the higher level of interaction, namely the cooperation.

Keywords: Relation Doctor/Physiotherapist, Cooperation, Collaboration, Demography