

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de
la vie associative – DREES : MA0800578

Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

La prescription de masso- kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux

Rapport d'étude

5 rue Jules Vallès
75011 Paris
Tel : 01.53.01.84.40
Fax : 01.43.48.20.53

www.pleinsens.fr

décembre 2009 ■

Caroline BONNAL
Judith MATHARAN
Julie MICHEAU

SOMMAIRE

Introduction	3
1. Une prescription de plus en plus développée chez les généralistes et en recul chez les rhumatologues.....	5
2. (Mé)connaissance de la masso-kinésithérapie	7
3. La relation prescripteur-kinésithérapeute chez les généralistes.....	11
4. Ce qui distingue les rhumatologues dans la relation prescripteur-kinésithérapeute.....	19
5. Les arbitrages du recours à la masso-kinésithérapie	21
6. Conclusion	25
Annexe : échantillon de médecins	25

Introduction

Un travail d'étude qualitative sur l'exercice de la masso-kinésithérapie réalisé à la demande de l'ONDPS a posé entre autres constats que la relation entre médecin prescripteur et kinésithérapeute était assez généralement distendue, à tout le moins distante. A écouter les kinésithérapeutes, tout semble se passer dans un contexte de délégation quasi totale du patient. Par ailleurs, dans certains cas, les kinésithérapeutes ont fait état de leur relative impuissance à obtenir une amélioration pérenne de l'état de santé de leur patient atteints d'un ensemble de pathologies diverses rassemblées sous le terme de « mal de dos ». Ce vocabulaire profane désignant tout à la fois une imprécision du diagnostic, un ensemble complexe de pathologies multifactorielles, et le plus souvent une forte chronicité.

Ce « flou » ne concerne pas tous les soins kinésithérapeutiques, loin s'en faut. Il y a en particulier dans le champ de la rééducation post-traumatique ou post-chirurgicale des modalités de recours à la kinésithérapie qui paraissent tout à la fois claires dans leur motivation et leurs attendus, en même temps qu'elles sont jugées efficaces.

Par ailleurs, l'analyse des pratiques décrites a fait émerger des typologies de prises en charge très différenciées des patients selon les praticiens. Ces différences permettant d'établir en référence à une norme conventionnelle existante mais peu ou pas contrôlée, un modèle de « bonnes pratiques » distinguant les bons des mauvais kinésithérapeutes.

Dans ce contexte de flou possible dans la décision thérapeutique, conjugué à une part d'aléa dans les modalités de la prise en charge des patients, il était important de comprendre comment les médecins conçoivent et pratiquent le recours à la masso-kinésithérapie. Pour éclairer cette question, une courte investigation a été réalisée sur ce thème auprès de 18 médecins libéraux parisiens : 12 généralistes et 6 rhumatologues. Le choix de ces spécialités a été guidé par le souci de se concentrer sur les pathologies les plus en lien avec le flou évoqué plus avant, excluant les recours les mieux identifiés et cadrés à la masso-kinésithérapie (chirurgie orthopédique, pneumologie...).

L'analyse qui est présentée dans les pages suivantes s'appuie sur le contenu de ces entretiens approfondis et semi-directifs, réalisés aux cabinets des médecins.

Le niveau de « familiarité » des rhumatologues et des généralistes vis-à-vis de la kinésithérapie est très nettement différent. Ainsi, la relation des rhumatologues avec la kinésithérapie se distingue assez nettement de celle des généralistes. Si l'on peut retrouver une certaine distance au praticien auxiliaire chez les rhumatologues, elle s'accompagne d'une capacité de supervision à distance, et d'un souci de la supervision qui ne peut exister chez les généralistes, pour des raisons de compétences techniques mais aussi de capacité pratique à procéder aux mêmes types d'investigation dans des temps de consultation limités.

En raison de ces différences structurelles, vite identifiables lors des entretiens, il nous a paru préférable de produire en premier lieu l'analyse de la relation médecin-kinésithérapeute pour les généralistes seuls, et d'éclairer par différence ce qui caractérise cette relation pour les rhumatologues.

Dans une première partie, il a semblé important de poser un cadre quantitatif à ce qui est observé dans l'étude : sont présentées des données d'évolution des actes de kinésithérapie et de la place qu'ils occupent dans la prescription respective des généralistes et rhumatologues. Elles montrent en particulier que cette prescription se développe fortement chez les généralistes, alors même que l'analyse qualitative des entretiens posera le constat

d'un très faible « équipement » en connaissances et en principes d'action de référence des médecins de premier recours.

Dans une seconde partie, c'est la question de cet « équipement » en connaissance qui est abordée, pour faire le constat d'un relatif dénuement théorique des médecins généralistes. Dans une troisième partie, centrale, c'est la relation entre le généraliste et le kinésithérapeute qui est analysée et qui explique et confirme le sentiment de distance perçu par les kinésithérapeutes, tout en révélant une assez large palette de pratiques de cette relation.

Dans la quatrième partie, nous analysons ce qui distingue le discours des rhumatologues de celui des généralistes sur la question du recours à la masso-kinésithérapie.

Dans une cinquième partie, nous examinons un certain nombre de situations où le recours à la masso-kinésithérapie ne paraît pas s'imposer d'évidence et requiert des arbitrages de la part du médecin. L'analyse de ces situations nous conduit à proposer une interprétation du développement de la kinésithérapie dans ce contexte avéré de méconnaissance de ce qu'elle met en œuvre comme thérapeutique : nous proposons ainsi de considérer une part du recours à la masso-kinésithérapie – la part la plus floue - comme un recours à une prise en charge sans effet secondaire permettant au médecin d'offrir un soin sans risque.

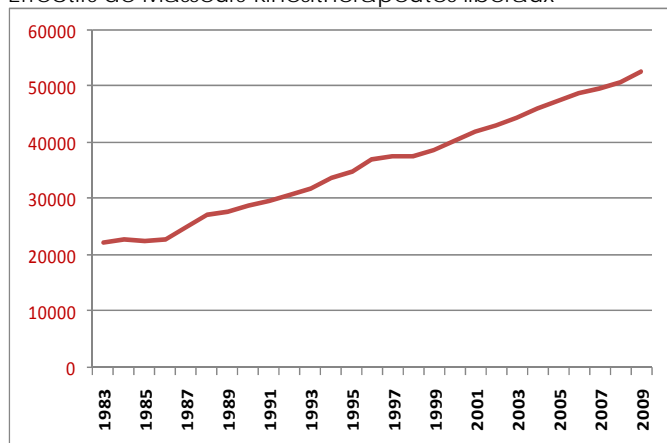
1. Une prescription de plus en plus développée chez les généralistes et en recul chez les rhumatologues

Avant d'analyser ce que les praticiens disent de leur pratique, il nous paraît important de situer quantitativement la fréquence du recours à la masso-kinésithérapie. Nous nous appuyons ici dans ce cadrage statistique sur les données des bases Ecosanté de l'IRDES. Il apparaît que le très fort développement de l'activité de masso-kinésithérapie a principalement été porté par le développement d'une prescription des médecins généralistes. Ce phénomène, peu identifié spontanément par les médecins eux-mêmes reste à expliquer même si un certain nombre d'hypothèses peuvent être avancées liées à la prévalence des pathologies « mécaniques ».

L'activité de masso-kinésithérapie n'a cessé de se développer durant les 30 dernières années. Ce phénomène est à inscrire dans un contexte plus général dans lequel les dépenses de soins ambulatoires concernant les auxiliaires médicaux ont augmenté beaucoup plus vite que les dépenses concernant les médecins¹. La démographie des praticiens (graphique 1), conjuguée à une augmentation de l'activité des praticiens (graphique 2), a conduit à un doublement du nombre d'actes en moins de 20 ans (graphique 2).

Graphique 1

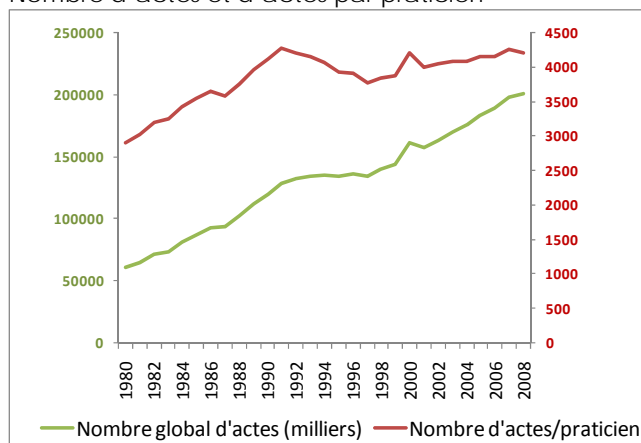
Effectifs de Masseurs-kinésithérapeutes libéraux



Source : IRDES – bases écosanté – effectifs ADELI

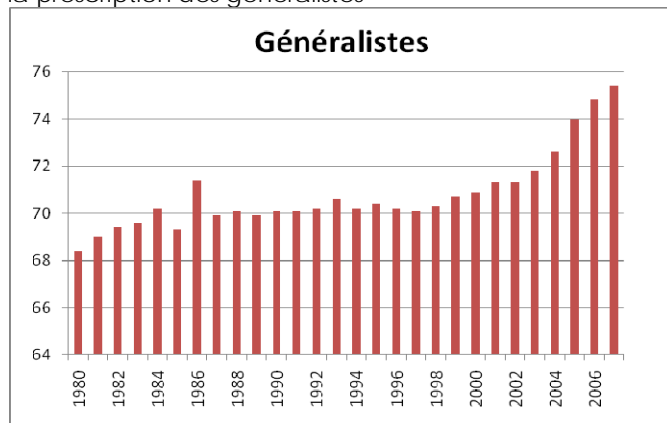
Graphique 2

Nombre d'actes et d'actes par praticien



Graphique 3

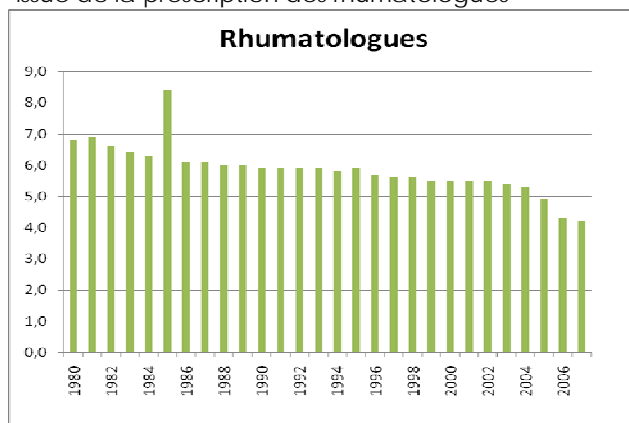
Part de l'activité de masso-kinésithérapie (en %) issue de la prescription des généralistes



Source : IRDES – bases écosanté

Graphique 4

Part de l'activité de masso-kinésithérapie (en %) issue de la prescription des rhumatologues



¹ Les soins ambulatoires réalisés par les auxiliaires représentaient 40% du montant des dépenses de médecins en 1995 et 51% en 2008 (source : drees, comptes de la santé, base 2000)

Cette croissance du nombre d'actes paraît particulièrement liée à une très forte augmentation du recours des généralistes à la masso-kinésithérapie, et plus particulièrement depuis le tournant des années 2000 (graphique 3). Ils représentent aujourd'hui les 3/4 de la prescription de masso-kinésithérapie et la part de la prescription de masso-kinésithérapie dans l'ensemble de leur activité de prescription (examens, médicaments...) est passée de 5,2% à 8,1% entre 1987 et 2007 (graphique 5).

A l'inverse, les rhumatologues qui représentent en 2007 environ 4% de la prescription de kinésithérapie, semblent réduire leur recours à cette thérapeutique : son poids dans l'ensemble de leur prescription est passé de 28,0% à 21,7% entre 1987 et 2007. Interrogée sur ce phénomène la Société Française de Rhumatologie n'a pas pu fournir d'éclairage sur ces données dans le calendrier de l'étude. Une des praticiens interrogés a signalé l'apparition de nouveaux protocoles médicamenteux ayant conduit au fil des ans à la prise en charge hospitalière d'une part de patientèle.

Nous avons donc rencontré des généralistes pour qui la kinésithérapie tend à occuper une place de plus en plus importante tout en ne représentant que 8% environ de leurs prescriptions, et des rhumatologues pour qui la kinésithérapie représente plus de 20% de leurs prescriptions mais est en net recul au fil des ans (graphique 5). Les généralistes présentent une pratique très courante de prescription, même si comme nous le verrons elle reste peu référencée et peu outillée. A l'inverse, les rhumatologues ont un discours plus expert lié comme nous le verrons à leur communauté de savoir avec les kinésithérapeutes.

Graphique 3
Poids de la masso-kinésithérapie (en %) dans le total de la prescription

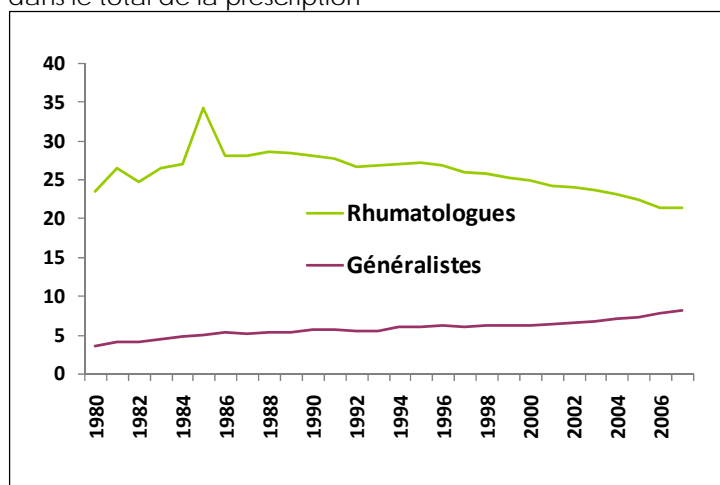


Tableau 1 :
poids de chaque spécialité dans le total prescrit de masso-kinésithérapie

Libéraux Spécialité :	part dans la prescription de MK (en %)	part cumulée (en %)
généralistes	75,4	75,4
MEP	4,5	79,9
chirurgiens orthopédistes	7,5	87,4
rhumatologues	4,2	91,6
RRF	1,4	93,0
chirurgiens	1,4	94,4
gynécologues	1,2	95,6
pédiatres	1,0	96,6
neurologues	0,8	97,4
pneumologues	0,6	98,0
neuro-chirurgiens	0,3	98,3
cardiologues	0,3	98,6

Source : IRDES – écosanté – données 2007

L'assurance maladie informe régulièrement les médecins de la situation de leur niveau de prescription par rapport à la pratique moyenne de référence de leurs confrères. Aucun des praticiens rencontrés ne nous a dit avoir porté une véritable attention à cette information. Elle est connue sur le principe mais ne conduit pas tel ou tel à revoir sa pratique de prescription de kinésithérapie. De façon générale, comme nous allons le voir, ce recours de plus en plus courant à la masso-kinésithérapie n'est pas spontanément identifié par les généralistes et ne s'accompagne pas d'un questionnement très fouillé sur les tenants et les aboutissants de cette pratique.

Sans avoir consolidé de données de références pour objectiver le développement des pathologies requérant de la masso-kinésithérapie, plusieurs facteurs peuvent être énoncés : le fort taux de prévalence des maladies ostéo-articulaires (les plus fréquentes dans la population après celles de la vue et de la dentition, elles concernent selon l'enquête santé de l'INSEE 2002-2003 : 18.7% des hommes et 23.9% des femmes), l'augmentation de cette prévalence avec l'âge, le développement des troubles musculo-squelettiques déclarés, souvent en lien avec l'activité de travail.

Les enquêtes de santé soulignent enfin que les pathologies « mécaniques » comme l'arthrose et les dorsopathies sont liées à la catégorie socio-professionnelle et concernent davantage les ouvriers et employés. Cette donnée fait écho aux entretiens réalisés auprès des généralistes des quartiers les plus populaires qui insistent fortement sur le constat d'une patientèle plus particulièrement atteinte (mobilité, dos, épaules, genoux...) et légitimant un recours soutenu à la kinésithérapie.

2. (Mé)connaissance de la masso-kinésithérapie

Dans l'ensemble, les généralistes n'hésitent pas à faire état de leur très grande ignorance de la masso-kinésithérapie : ignorance théorique liée à leur absence de formation en la matière, ignorance pratique liée à l'éloignement d'un champ de pratique qui leur est finalement étranger comme nous le verrons par la suite. Sans se réjouir de ce constat, ils témoignent dans l'ensemble d'une attitude « décomplexée ». Tout semble se passer comme s'il s'agissait d'un champ d'expertise impartagé délégué à des professionnels de santé réputés compétents.

Toutefois, cette délégation s'accompagne d'une difficulté perçue par certains à prescrire de façon éclairée. L'offre de formation pour guider ce travail semble rare et en tous cas rarement mise en avant par les organismes de formation. Si certains vont investir dans des formations pointues, la majorité paraît construire au fil de l'eau une pratique de prescription très empirique, rarement nourrie par une connaissance détaillée des thérapeutiques réellement mises en œuvre par les kinésithérapeutes.

Il ne s'agit pas ici de juger cette méconnaissance de soins pourtant largement prescrits, mais plutôt de faire état de ce qui la motive. Se dessinent ainsi des représentations et des jugements sur la masso-kinésithérapie construits au fil de la pratique et qui reposent très largement sur le jugement porté par les patients.

La kinésithérapie se présente donc comme un champ de thérapeutique perçu comme un champ de pratique experte, largement méconnu et ignoré par les médecins généralistes. Ils se disent peu outillés et dotés de références de pratiques.

■ une représentation qui se construit empiriquement faute de formation initiale

Les plus anciens ont commencé leur carrière alors que la masso-kinésithérapie était confinée aux lieux et centres de rééducation spécialisés. Leur carrière s'est déroulée en même temps que le développement de l'offre comme de la demande. C'est assez naturellement qu'ils ont élaboré empiriquement leur propre système de connaissance ou de représentation.

Les plus jeunes n'ont reçu, malgré la banalisation de la kinésithérapie, aucune formation initiale en la matière. On mesure là sans doute l'un des effets de l'éloignement des IFMK des lieux de formation médicale. Ce champ de connaissance – la kinésie – ne fait pas partie du cursus de formation de base. Les généralistes reconnaissent qu'en matière d'anatomie, les kinés sont infiniment mieux formés.

Certains ont cependant appris à connaître une partie de la kinésie à travers des stages hospitaliers (pneumologie, rhumatologie) au cours de leurs études. Mais plus généralement, nous avons entendu des récits assez surprenants quant à la façon de se construire une représentation de la kinésithérapie. On trouvera dans l'encadré 2 page 10) quelques illustrations de ce constat général.

Le premier constat est la place du hasard dans le processus de jugement : l'expérience en tant que patient est déterminante si elle a existé, elle permet de décréter l'efficacité de la kinésithérapie, mais aussi plus spécifiquement de juger par exemple les ultrasons ou la méthode mézières particulièrement appropriés. Bien sûr, ce jugement n'est pas simplement une perception et il est appuyé tout autant sur la compréhension que les généralistes ont de ce qui est fait et produit. Pour autant, c'est l'occasion qui leur a été donnée de rencontrer ou non ces thérapeutiques qui leur permettent de se construire un jugement.

Mais à ces aléas personnels près, le processus de « formation du jugement » repose sur les patients. Dans les premiers temps de pratique, les praticiens se souviennent de leur embarras à prescrire. Il n'y a pas d'outillage courant de cette prescription (aide au diagnostic, pratiques de référence). Ils sont plusieurs à témoigner de ce que cela s'apprend lors des premiers remplacements. Cette impréparation à une pratique courante n'est pas spécifique à la kinésithérapie et suggère à de nombreux généralistes le constat plus général d'études qui ne préparent pas aux pathologies les plus banales quand elles ne sont pas vitales ou contagieuses.

Le processus d'apprentissage le plus couramment décrit passe par l'analyse au fil de l'eau des retours des patients. C'est aussi par eux, nous le verrons que se construit l'éventuel réseau de praticiens de référence. Ils sont le vecteur du jugement. Toutefois, s'ils permettent de donner au praticien le sentiment qu'il prescrit au fil des ans de façon de plus en plus raisonnée, tout se passe dans une relative ignorance du contenu réel des soins. Ainsi les différentes thérapeutiques sont mal connues et les méthodes spécifiques rencontrées par hasard. Comme nous le verrons dans la partie suivante : les médecins ne connaissent pas les cabinets des masseurs-kinésithérapeutes.

Une généraliste raconte comment elle a construit par hasard un protocole de référence pour elle (exemple 6) où elle prescrit très régulièrement un diagnostic/prothèse par une podologue-posturologue découverte via une patiente pour le traitement des dorsalgies chroniques. Un autre conclut « on n'est pas dans une pratique codifiée, on est dans la bidouille personnelle. »

■ Une offre de formation continue limitée

Nous avons rencontré un généraliste qui a suivi des cours de DU sur les pathologies rachidiennes. Deux autres praticiens ont été impliqués dans des activités hospitalières centrées sur de la rhumatologie ou les pathologies du travail. De ce fait, ils ont approfondi un champ de connaissance en matière de kinésithérapie. Dans les deux cas, ils ont complété ces activités par un investissement en autoformation.

Mais plus généralement, les médecins généralistes rencontrés ont le sentiment que l'offre de formation continue en ces matières n'existe pas. Quand on approfondit la question avec eux, il est fréquent que leur choix de formation continue (hormis les formations diplômantes) relèvent de choix opérés parmi des offres proposées et mises en avant par les organismes de formation. Les priorités de ces organismes seraient autres que celles des pathologies requérant de la kinésithérapie.

L'examen de quelques catalogues de formations que nous avons rapidement opéré, révèle bien l'existence d'une offre mais peu massive. D'abord on notera que les orientations nationales de la FMC, retenues par le CNFMC et qui font l'objet d'une bonification de 20% des crédits auxquels elles ouvrent droit n'ont aucun lien avec la kinésithérapie (pour mémoire, les cinq thèmes prioritaires sont : Rôle et place des praticiens en situation de crise sanitaire, latrogénèse, Prévention vaccinale, Prévention et dépistage des cancers, Prévention et réduction des risques environnementaux, comportementaux et professionnels).

L'importante fragmentation de l'offre de formation rend difficile une vision d'ensemble sur les formations offertes aux généralistes et rhumatologues en ostéopathie et kinésiologie. Pour autant, des formations agréées FMC en kinésiologie et ostéopathie conçues pour ces publics existent. Ces formations portent notamment sur la prescription des actes de kinésithérapie (indications, contre-indications et risques des manipulations) ainsi que sur la place du médecin généraliste dans le diagnostic, le traitement et la prise en charge des pathologies rhumatologiques.

Encadré 1

Stages identifiés dans les catalogues 2009 de FMC accessibles aux médecins généralistes.

Ont été repérés des références de stages peu nombreuses mais existantes dans quelques régions :

1) formations orientées vers la prise en charge des pathologies orthopédiques et rhumatologiques :

- ostéoporose (organismes : A2FM, GEMA, MG FORM PACA, FMC-Action, Unaformec Languedoc Roussillon, AFML, CHEM)

- pathologie traumatologique articulaire et abarticulaire (DMG Créteil, AMVPPU)

- épaule douloureuse (UIGS)

- mal de dos (ADESA)

2) formations sur l'utilité de la prescription d'un acte :

- prescriptions de kinésithérapie chez l'adulte (FMC Action)

3) formations sur l'organisation des soins, l'aspect législatif et réglementaire, le risque professionnel :

- le médecin libéral face aux lombalgies chroniques : Evaluation des Pratiques (GEMA)

■ Le jugement central du patient

Finalement, c'est 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 masso-kinésithérapie. Cependant ce n'est que dans les cas où la méthode doit être interrogée que le médecin cherche à savoir ce qui est effectivement pratiqué. L'interrogatoire de bilan est loin d'être systématique et comme nous le verrons plus loin, au mieux il ne permet que de se faire une vague représentation des soins véritablement effectués.

Si le médecin est en supervision du traitement, c'est une supervision théorique et qui n'est pas prévue pour porter véritablement sur le contenu des actes. De ce fait, rien ne permet naturellement au praticien de se construire une vision précise des actes. Ce n'est que lorsque les soins paraissent conduire à une impasse, que le praticien en vient à questionner le déroulement des séances. Mais il ne dispose pas de vrais outils d'évaluations, autres qu'une norme de représentation qui condamne les soins qui ne sont pas individualisés.

Comme nous le verrons également, la prescription reste très souvent guidée par des effets d'habitudes et cette mise à distance des soins réels ne permet pas véritablement de réévaluer ou de réorienter les pratiques au fil du temps.

■ Un corps de connaissance dont les généralistes ne connaissent pas la nature

Lorsqu'est évoqué avec les médecins généralistes la question de la scientificité de la kinésithérapie, il apparaît qu'ils n'ont aucune représentation de la nature du corps de connaissance mobilisé par les kinésithérapeutes. Le fait que cette thérapeutique soit avant tout empirique et peu fondée scientifiquement n'est pas identifié. L'idée que les protocoles soient sans référence, non plus. Mais interrogés sur cette difficulté de la kinésithérapie à faire la démonstration scientifique de ses méthodes, nombre de médecins interrogés récusent le fondement même de la question, définissant la médecine comme un art et non comme une science et expliquant que leur quotidien est fait de personnes à « soulager » en mettant en œuvre une obligation de moyens et non de résultats.

Encadré 2

Quelques exemples de développement personnalisé des connaissances ou jugements en matière de kinésithérapie chez des généralistes

Exemple 1 :

Durant sa formation initiale, ce généraliste n'a pas effectué de stage lui permettant d'approcher les méthodes et effets de la kinésithérapie. Il estime ne pas avoir été formé à la prescription de ce type d'actes et avoir appris sur le tas entre observations de ce que faisaient ses confrères dans son premier cabinet et lectures ad hoc. Aujourd'hui, s'il juge « *savoir prescrire de la kiné* » et ce pour quoi elle est utile, il admet « *espérer que le kiné connaît son métier et saura préciser le diagnostic* ».

Exemple 2 :

Intéressé par la kinésithérapie comme d'un champ de soin qu'il ne connaissait que très peu, ce médecin généraliste est allé se renseigner auprès de kinésithérapeutes pour apprendre directement d'eux leurs méthodes. Toujours dans une logique d'apprentissage, il dialogue régulièrement avec quelques praticiens pour se tenir au courant des évolutions du métier. Il estime que plus sa commande sera précise comme celle pour un spécialiste (prescription incluant la méthode, les hypothèses de travail, les résultats attendus) plus il bénéficiera d'un bon service rendu.

Exemple 3 :

Ce généraliste estime que sa formation initiale ne l'a pas préparé à prescrire de la kinésithérapie en connaissance de cause. Elle a découvert l'importance et l'efficacité de cette pratique de soin à la suite d'un accident de la route. C'est parce que les soins ont été efficaces pour son cas qu'il s'est mis à « imaginer » ce que cela pourrait apporter à ses patients et qu'il a entamé une discussion avec des praticiens pour en savoir plus.

Exemple 4 :

Cet autre généraliste en fin de carrière, a vu le développement de la kinésithérapie sans véritablement identifier la part d'effet d'offre ou de demande dans sa propre pratique. Il a un discours très affirmé sur l'utilité des ultrasons pour y avoir eu recours lui-même à la suite d'une fracture de l'épaule. Son expérience le rend très positif sur les apports de la kinésithérapie. Toutefois, hors de sa propre

expérience, il ne connaît pas les méthodes mises en œuvre par les praticiens. Il regarde l'ostéopathie avec suspicion.

Exemple 5 :

Ce généraliste a été soigné personnellement avec la méthode Mézières. Il a demandé au praticien qui l'a soigné de lui indiquer qui a proximité de son cabinet pouvait assurer de tels soins. Il adresse ainsi très régulièrement, à toute la part de sa patientèle qui lui paraît adaptée à une telle prise en charge, chez « une méziériste ». Par ailleurs, il se dit insuffisamment outillé pour prescrire de façon éclairée de la kinésithérapie, pour requérir des examens radiologiques pour mieux comprendre certains symptômes. Il excipe son memento de médecin pour montrer que rien est dit dans ce domaine de prescription. Il « prescrit » très volontiers de l'aquagym et tient à la disposition de ses patients les horaires des cours dans la piscine du quartier.

Exemple 6 :

Cette jeune généraliste a une conception ambitieuse de la médecine de ville. Elle participe d'un cabinet de groupe qui développe de nombreuses actions de coordination locale des soins. Elle déplore son manque de formation en matière de kinésithérapie. Cependant, elle dit prescrire en sachant toujours ce qu'elle en attend, même s'il s'agit de « bien être », ou bien de développement de la prise en charge de patients avec risques de décompensations. Elle a par ailleurs via une patiente découvert les bienfaits d'une podologue-posturologue dans la prise en charge de nombreuses dorsalgies. Elle a rencontré cette professionnelle et a jugé très bénéfique la correction de posture qu'elle peut apporter. De ce fait, elle y a très régulièrement recours avant d'entamer de la kinésithérapie et « tous ses collègues y sont passés ».

3. La relation prescripteur-kinésithérapeute chez les généralistes

L'analyse de la relation entre le généraliste et les kinésithérapeutes comprend l'examen du réseau de soin, choisi ou de fait, et des modalités d'échange d'information entre les deux ensembles de professionnels de santé.

■ Le réseau de kinésithérapeutes

Les médecins généralistes entretiennent différents types de rapports avec les masseurs-kinésithérapeutes. Une des premières caractéristiques de ces rapports est l'existence ou non, du point de vue du généraliste, d'un réseau de praticiens kinésithérapeutes vers qui orienter potentiellement les patients.

1) *Construire ou non un réseau*

Avant même d'aborder la question d'adresser ou non des patients, il est possible de distinguer différents types de généralistes selon qu'ils ont identifié ou non des kinésithérapeutes en activité. Plusieurs « méthodes » de constitution d'un réseau se font jour : le premier et semblant le plus important est le bouche à oreille entre patients et médecins. Les patients identifient des kinésithérapeutes, les « essayent » en parlent autour d'eux, affinent leurs jugements et créent ainsi une « réputation ». Le médecin généraliste est spectateur de cette construction voire en devient le relais : ses patients lui font part de leur jugement sur tel ou tel kinésithérapeute et le médecin transmet cette représentation à ses autres patients : « Les patients qui l'ont vu en sont très contents ».

A cette première méthode s'adjoint instantanément une deuxième méthode empirique : celle de l'observation des résultats sur les patients. Le médecin généraliste apprécie peu à peu les effets de tel ou tel kinésithérapeute sur les pathologies de ses patients. Plus exactement, il constate au gré du temps que cela « fait » plusieurs patients qui sont satisfaits

de tel kinésithérapeute et que le travail de celui-ci a des effets positifs sur leur pathologies. La satisfaction du patient demeure le principal critère et s'il est rempli alors le médecin généraliste apprécie également les effets des actes prescrits.

A ces pratiques qui semblent majoritaires, s'adjoignent des pratiques plus spécifiques : certaines pathologies sont jugées par les généralistes requérir une qualité de soin particulière, plus « spécialisée ». Dans ce cas, les masseurs-kinésithérapeutes en capacité d'effectuer ce soin sont estimés moins nombreux : le médecin peut avoir recours à son réseau professionnel (spécialistes) pour identifier la personne ad hoc selon la même démarche que pour identifier un spécialiste. Certains médecins généralistes peuvent ainsi identifier des kinésithérapeutes à l'occasion de groupes de travail sur des pathologies. Il est intéressant de souligner que médecins généralistes comme rhumatologues indiquent que les masseurs-kinésithérapeutes ne viennent pas « se présenter » et qu'ils n'ont pas nécessairement connaissance de l'installation d'un nouveau praticien à proximité.

L'étude pointe cependant la forte prépondérance de la méthode de « sélection » et recommandation par le patient. C'est le patient qui choisit, en s'appuyant sur les recommandations de ses pairs, son kinésithérapeute et qui le conserve ensuite seulement si celui-ci lui « convient ». Cette méthode semble pouvoir trouver deux explications.

La première est la singularité du rapport entre le patient et le kinésithérapeute : traitement long en plusieurs rendez-vous qui permettent de nouer une relation, spécificité du massage impliquant une proximité physique et une « remise entre les mains », dimension parfois psychologique de ce type de soin. Autant d'éléments qui font du kinésithérapeute un soignant singulier avec lequel il est important voire déterminant de s'entendre. Identifier un bon kinésithérapeute pour le médecin généraliste c'est donc avant tout identifier un kinésithérapeute susceptible de nouer une relation satisfaisante aux yeux du patient avec la perspective de la meilleure réception possible du soin. Les médecins généralistes peuvent ainsi identifier peu à peu différents « profils » de kinésithérapeutes vers qui orienter certains profils de patients.

La seconde explication est pratique. Elle est liée à la nécessité de trouver un kinésithérapeute « à proximité ». Si l'on peut adresser à un gastro-entérologue habitant à l'autre bout de Paris, en revanche, la condition de proximité s'impose pour le kiné. Le médecin se trouve donc à devoir se faire « une idée » d'abord des praticiens environnant qui s'imposent ainsi à lui. De ce point de vue, il ne s'agit pas tant de se faire un réseau que de se faire une idée du réseau existant.

2) Adresser ou non les patients

Ces éléments de contexte posés, il est intéressant de noter que parmi les praticiens généralistes rencontrés plusieurs attitudes ont cours vis-à-vis du fait d'adresser à des kinésithérapeutes. Il n'existe pas de logique de recommandation comme cela peut avoir lieu pour l'orientation vers des spécialistes.

Le type de pathologies à traiter est le premier élément qui influe sur le choix d'adresser ou non des patients. En effet, pour un patient « aigu » suite à un traumatisme ou à une nécessité de rééducation, la kinésithérapie apparaît comme une technique de soin plutôt que comme un « art » thérapeutique. L'idée latente exprimée par les généralistes serait que tout kinésithérapeute étant à même de fournir ce soin il n'est pas nécessaire d'adresser le patient. Dans le cas de pathologies chroniques, la question se pose peut-être plus de « trouver le bon kiné » et les médecins généralistes se trouvent face au choix d'adresser ou non leur patient.

Certains généralistes, considérant la nature spécifique de la relation patient – kinésithérapeute, estiment que c'est au patient que revient le choix du praticien. Ils n'adressent donc pas et lorsque les patients n'ont pas déjà identifié de kinésithérapeute (ce

qui semble arriver assez peu) ils leur conseillent des cabinets de groupe pour leur assurer un rendez-vous rapidement mais sans émettre d'avis sur la qualité des praticiens. Dans la même logique, certains recommandent aux patients de demander conseil au pharmacien pour identifier des praticiens disponibles. Ici, deux paramètres entrent en jeu. Celui de la disponibilité générale des kinésithérapeutes qui peut jouer sur la représentation des généralistes : « il me prend mes patients », il me rend service. Celui de la qualité perçue du travail effectué, qualité estimée au regard de la satisfaction des patients et des résultats constatés.

D'autres généralistes semblent trouver « difficile » d'adresser des patients tout simplement parce que leur connaissance des kinésithérapeutes repose sur ce que leur en ont dit leurs patients et qu'ils n'ont pas de moyens de mesurer si tel ou tel praticien est approprié pour tel patient compte-tenu de sa pathologie et de ce qu'ils savent de sa personnalité. Par ailleurs, le fort turn-over des kinésithérapeutes (du moins sur le terrain de l'enquête c'est à dire Paris) rend complexe le fait d'adresser.

Certains généralistes semblent avoir de réelles réticences à adresser. Cette attitude est perceptible lors des entretiens mais reste difficile à interpréter. On peut à tout le moins noter un certain parallélisme avec d'autres professions paramédicales : certains praticiens font même la comparaison en disant qu'ils n'indiquent pas une infirmière par exemple.

Pour d'autres généralistes il est possible d'adresser des patients à un kinésithérapeute. Ces généralistes sont parfois, mais pas toujours, ceux qui ont une meilleure connaissance des méthodes de kinésithérapie ou bien ceux qui ont eu eux-mêmes à être soignés ainsi.

Les médecins généralistes qui adressent estiment ainsi faciliter la satisfaction de leurs clients et insistent sur le fait qu'ils ne sont jamais directifs : si le patient sait déjà avec qui il souhaite être soigné c'est son choix qui prime. Ces médecins qui adressent s'autorisent en conséquence parfois à réorienter les patients vers un autre kinésithérapeute si le premier n'obtient pas les résultats attendus. Cette réorientation n'a lieu, encore une fois, que si le patient est jugé réceptif à cette idée.

Enfin, il faut souligner que certains généralistes se trouvent faire des prescriptions qui ne sont pas honorées faute de praticien, en particulier au domicile des personnes âgées. La question même d'adresser ne se pose pas.

3) Informer les patients de ce qu'on attend d'un kinésithérapeute

Indépendamment de l'orientation vers un praticien plutôt qu'un autre, les médecins généralistes expliquent parfois à leurs patients ce que « doit » faire le kinésithérapeute, ce qu'ils peuvent en attendre. Ils « influent » ainsi sur l'évaluation que le patient va avoir du kinésithérapeute et estiment la préciser. Ici encore, la position des médecins varie considérablement selon le type de pathologie du patient (aigue ou récurrente). Le critère essentiel et transverse aux pathologies semble cependant être le temps passé en face à face avec le patient : c'est ce qui garantit la pertinence du soin apporté. Le recours aux « machines » n'est pas forcément décrié, il est parfois considéré comme utile dans le cadre des rééducations, si le kinésithérapeute s'en sert bien comme un traitement adjuvant et qu'il continue de passer du temps avec le patient.

4) Connaissance des pratiques tarifaires

Paris est supposé être un territoire où les pratiques tarifaires des masseurs-kinésithérapeutes prennent des formes extrêmement diversifiées et où ils bénéficient d'une certaine libéralité de la part de l'assurance maladie. Que savent les médecins de ces pratiques ? Il semble qu'ils les connaissent dans l'ensemble plus que dans le détail (dépassements, facturation de

deux séances en une pour les séances longues), et en tous cas, reconnaissent aux kinés la légitimité de leur choix.

Les médecins généralistes proposent parfois des séances de soins selon une méthode spécifique (on pense ici par exemple à la méthode Mézières). Ils expliquent qu'ils ont, avant de proposer ce type de soin, identifié si le patient était susceptible d'être intéressé. Le médecin procède à une « estimation » à la fois des possibilités financières du patient et de sa « réceptivité » aux méthodes. Ainsi l'un d'entre eux nous a-t-il déclaré que « *la méthode Mézières, je constate que ça marche mieux avec les femmes* » : celles-ci seraient « plus prêtes » à s'impliquer dans le soin, notamment par des exercices.

■ La prescription

L'étude n'avait pas pour vocation d'analyser ou d'auditer le contenu littéral des ordonnances. La méthode retenue, celle des entretiens semi-directifs longs auprès des praticiens, ne comprenait pas d'observation directe d'ordonnances. En conséquence, l'analyse proposée ici est fondée sur le discours qu'ont les praticiens sur leurs prescriptions et sa mise en perspective.

Premier constat : les médecins généralistes reconnaissent que le type de leurs prescriptions est fonction de la précision du diagnostic auquel ils ont abouti.

1) *Persistance et variété de la prescription quantitative*

Les médecins généralistes semblent persister dans la dimension quantitative de la prescription de kinésithérapie alors même que cela n'est plus obligatoire. Plusieurs explications à cette pratique :

- Certains praticiens (généralistes comme rhumatologues) ne savent pas que les modalités de prescription ont évolué et continuent selon leur habitude. Pour ceux que nous avons informés en entretien de cette évolution, les réactions ont été variables : d'un intérêt pour ne plus quantifier la prescription et laisser cette estimation aux kinésithérapeutes à une sorte de désarroi manifestant leurs doutes quant au sérieux d'une prescription non quantifiée.
- Pour certains praticiens, la persistance de la quantification est une forme de prudence professionnelle. En effet, et cela semble lié au fait que ces praticiens n'adressent pas à des kinésithérapeutes en particulier, il s'agirait de prévenir une potentielle tendance du kinésithérapeute à allonger le nombre de séances sans réelle nécessité. Ceux-ci peuvent ainsi avoir en tête un « maximum » de séance (même s'il ne leur est pas toujours facile d'en expliciter l'origine ou la construction) et le prescrire quasiment systématiquement.
- Pour d'autres encore, la prescription quantitative est le fruit d'une construction par l'expérience, un acquis professionnel qui facilite le travail. Ainsi, il semble y avoir des « tables de conversion » implicites que les médecins généralistes se sont construits peu à peu et qui lient un nombre de séances à une pathologie. Il s'agit souvent d'un ordre d'idée qui doit permettre au kinésithérapeute de commencer son travail quitte à réévaluer éventuellement à la hausse le nombre de séance en cours de soin. Chez certains praticiens ce « réflexe » ne s'appuie pas totalement sur une estimation de la pathologie mais plutôt sur l'idée que si l'on prescrit de la kinésithérapie c'est pour 10 ou 15 séances. Si, à l'origine, cette table de conversion pouvait être le résultat d'un raisonnement ou d'une observation de ce que font d'autres praticiens, elle devient peu à peu plus une habitude qu'une réelle analyse de la situation.
- Enfin, pour certains médecins généralistes et pour certaines pathologies pensées comme récurrentes (telles les lombalgies ou les cervicalgies) la prescription

quantitative est en fait une sorte de « réserve » conçue pour que le patient et le kinésithérapeute puissent y piocher sans solliciter pour autant le médecin. Il s'agit ici d'un « bon pour » annuel lorsque le cas s'y prête et que la confiance est établie entre le médecin, le patient et le kinésithérapeute. On pense ici par exemple au 30 séances maximum pour un patient sur une année, quantité qui ne nécessite pas d'entente préalable. Dans cette situation, finalement, la prescription n'est plus réellement quantitative. C'est le kinésithérapeute qui choisit de combien de séances il va avoir besoin pour traiter la pathologie et avec quelle récurrence. L'unique ordonnance est là pour simplifier et autonomiser son travail en rappelant les limites du remboursement par la sécurité sociale pour le patient.

Malgré le poids de cette habitude et la faible publicité faite à la réforme de la prescription, certains généralistes ne font plus de prescription quantitative. Parmi les praticiens rencontrés, un le faisait par choix en considérant que les kinésithérapeutes avaient obtenus « de décider » et parce qu'il pensait qu'il devait respecter cet acquis et un autre le faisait parce que cela était possible mais faisait part de la réticence des patients face à cette nouveauté.

2) Contenu qualitatif : conceptions et freins

La prescription peut-être également qualitative. Là encore, les positions varient selon les médecins généralistes. Pour certains généralistes, une prescription qualitative est une prescription constituée uniquement du diagnostic qui représente en fait la commande passée au kinésithérapeute.

Pour d'autres généralistes, une prescription qualitative est constituée du diagnostic, d'un rappel du profil du patient (son « historique » de soin si celui-ci est utile pour le soignant) et des éventuelles contre-indications s'il y a lieu. Pour d'autres généralistes enfin, et cela semblent être les médecins qui travaillent avec des kinésithérapeutes partenaires, la prescription qualitative comporte des hypothèses de travail. Il ne s'agit pas ici d'indiquer au kinésithérapeute selon quelle méthode travailler mais plutôt de lister pour lui, au regard des connaissances plus larges dont on dispose sur le patient, quelles sont les pistes de résolution du problème identifié. Pour ces généralistes, on retrouve l'idée que plus le diagnostic est clair, plus le contexte est posé, plus la « commande » passée est explicite plus le kinésithérapeute pourra travailler efficacement.

Certains médecins généralistes ne mentionnent parfois pas le diagnostic sur la prescription adressée aux kinésithérapeutes car ils estiment que le secret médical n'est pas respecté dans la mesure où la pathologie du patient serait visible pour la Sécurité Sociale. Ils ne font pour autant pas de courriers exprès aux soignants, ce qui pourrait être une façon de « contourner » la difficulté. A l'issue de l'étude, il est difficile voire impossible de comprendre le pourquoi d'une telle position. Quelques hypothèses sont envisageables mais l'étude n'a pas permis de les vérifier : méconnaissance et manque de familiarité globale avec le métier de kinésithérapeutes, manque de temps général ou manque d'attention portée à ce type de traitement...

Sont également écartées des ordonnances les consignes qui marquent la suspicion telle « ne pas manipuler ». Ces consignes sont d'autant plus difficiles à faire figurer sur une ordonnance que les rapports entre les médecins et les kinésithérapeutes sont très peu fournis et ne relèvent que très peu souvent de la collaboration. Le sentiment général semble être que la prescription sera jugée professionnelle et légitime par le kinésithérapeute et qu'il faut respecter sa sphère d'autonomie.

3) Pas d'interrogation sur la pertinence des prescriptions ni sur les attentes des kinésithérapeutes

Les médecins généralistes ne travaillant pas avec de kinésithérapeutes en particulier ne s'interrogent pas sur la pertinence de leur prescription ni sur le fait qu'elle « convienne » ou non au kinésithérapeute. Cette absence d'interrogation est cause ou conséquence de la relative absence d'échange, point sur lequel nous reviendrons. Pour ceux qui travaillent avec un kinésithérapeute en particulier, le médecin estime avoir identifié au gré de la « relation » soit les besoins du kinésithérapeute soit ses « limites » qu'il convient d'accompagner dans la prescription.

Pour les généralistes en particulier, qui semblent parfois plus dans le flou pour procéder à une prescription, il n'y a pas pour autant de constat fait de lacunes. Certains expliquent s'être « formé sur le tas » pour expliquer la variation de leur prescription mais cela ne leur semble pas problématique. La question de la pertinence des prescriptions peut éventuellement être abordée à propos de la question du besoin d'imagerie des kinésithérapeutes pour bien travailler mais pas sur quoi écrire sur l'ordonnance. Certains généralistes hésitent parfois à demander une radio pour que le kinésithérapeute puisse s'appuyer sur ce document en plus de leur diagnostic mais la démarche semble plutôt le fait de médecins soucieux de la qualité de leur prescription et qui ont donc déjà « intégré » a minima la notion de besoin d'informations du kinésithérapeute pour bien conduire le soin. D'autres n'estiment pas nécessaire d'accompagner le diagnostic d'une radio, et ce même si les kinésithérapeutes leur demandent.

■ Le suivi des patients et l'évaluation des soins

Chez les généralistes, l'absence de suivi systématique mentionné par les kinésithérapeutes se confirme. La réception du bilan est très rare et les médecins généralistes, s'ils peuvent le déplorer, ne le réclament pas pour autant (d'autant moins qu'ils ne connaissent pas les kinésithérapeutes que consultent leurs patients). Pour ceux qui ont pu en recevoir parfois, une critique se dégage quant au format peu opérationnel du document : il donne plus une impression de papier administratif que de document ayant pour objectif de faciliter un travail en commun. Indépendamment de la dimension administrative, le langage dans lequel il est rédigé ne facilite pas non plus son appropriation. C'est un langage analytique et très « kiné » qui n'est pas constructif pour le médecin. Ces deux caractéristiques concourent finalement à en faire « un papier de plus » qu'on ne souhaite pas lire.

En dehors du bilan, les relations directes avec les kinésithérapeutes semblent très peu nombreuses voire inexistantes. Lorsqu'il est nécessaire d'étendre le nombre de séances prescrites, ce sont principalement les patients qui retournent consulter leurs généralistes pour l'obtenir. Ces demandes de prolongation ne sont pas toujours motivées, voire peu argumentées. Les médecins l'interprètent soit comme le fait que le kinésithérapeute ne juge pas nécessaire d'argumenter cette demande soit que le patient ne soit pas à même de transmettre véritablement les demandes du kinésithérapeute. Et de façon plus générale, le médecin se trouve dans la difficulté de distinguer ce qui vient du kiné de ce qui vient du patient.

Quelques médecins peuvent déplorer ce manque de relation et invoquent le besoin de collaboration notamment autour de patients aux pathologies lourdes. Ils expriment parfois même le souhait que la Sécurité Sociale organise des séances de rencontre Kinésithérapeutes / Généralistes pour faire progresser les connaissances et les pratiques.

La question du suivi du traitement et de l'action du kinésithérapeute conduit très rapidement à la notion d'évaluation de l'impact de son travail par les prescripteurs. De façon générale, le patient est au centre de cette évaluation. Le médecin s'appuie avant tout sur l'impression du patient, sa représentation de la qualité du travail mené et sur ses constatations des effets produits pour structurer l'évaluation du travail réalisé. Le patient est le « véhicule » des

informations entre les deux membres de la chaîne de soin, sauf dans quelques rares cas de contacts directs.

Les médecins généralistes qui prescrivent de façon très détaillée (par exemple ceux qui partagent leurs hypothèses avec le kinésithérapeute par le biais de l'ordonnance) semblent plus enclins à détailler de même leur évaluation. Ils parlent de « mesures » de l'efficacité même s'ils n'en détaillent pas pour autant les méthodes.

De fait, l'évaluation ne porte pas sur l'efficacité de l'action du kinésithérapeute mais plus sur le « mieux » perçu par le patient, le changement d'état constaté par le patient et le médecin.

■ Les demandes de renouvellement

Si les médecins prescrivent avec une certaine facilité de la masso-kinésithérapie, en revanche, certaines demandes de renouvellement de prescription, ou plus encore de modification de la prescription sont mal vécues. On se souvient du constat posé par des kinésithérapeutes de médecin non coopérant, et refusant des renouvellements.

Alors même que la quantité de séances quand elle est prescrite par un généraliste, ne s'appuie pas sur des références clairement guidées par la connaissance des thérapeutiques, la remise en cause de cette quantité peut parfois poser problème. Cette réticence à renouveler révèle une posture du médecin qui ne souhaite pas être dirigé dans ses actes, ni par ses patients, ni par les kinés, mais elle est aussi l'aboutissement d'un dialogue mal outillé entre le prescripteur et le kiné. Le patient est seul porteur de la demande le plus souvent. Or comme le souligne un généraliste « le patient dit ce qu'il veut ».

Dans ce contexte flou, l'idée que le kinésithérapeute cherche à « faire de l'argent » n'est pas directement exprimée mais elle est latente : « je n'aime pas les méziéristes si ils demandent à ce qu'on mette forcément le rachis sur l'ordonnance », « plus de quinze séances , on se demande ce que ça cache ».

■ Le bon kinésithérapeute

La question du bon kinésithérapeute ne se pose pas pour tous les médecins généralistes avec la même importance. Pour certains d'entre eux, la question a été en quelque sorte déléguée aux patients : ce sont eux qui définissent le bon kinésithérapeute en définissant celui qui leur convient, la concordance des avis sur un praticien apparaît comme objectivant peu à peu sa qualité jusqu'à ne plus être discutée par les médecins généralistes. Pour d'autres, certains critères permettent de distinguer un bon kinésithérapeute, mais il est difficile de dire si ces critères sont des critères subjectifs ou objectifs.

Ainsi, les médecins généralistes insistent sur le fait qu'un « bon » kinésithérapeute passe « suffisamment de temps » seul avec son patient. Ce « suffisamment » varie selon la pathologie du patient. Pour la rééducation, une fois le bilan fait et les exercices identifiés les médecins n'estiment pas inapproprié que le kinésithérapeute laisse le patient seul quelque temps ou qu'il supervise les exercices de plusieurs patients en parallèle comme cela se pratique dans les centres de rééducation. C'est concernant toutes les pathologies chroniques que ce critère est clivant : passer du temps seul avec le patient est la condition sine qua non d'un soin approprié. Ceci ne veut pas dire qu'un kinésithérapeute qui passerait du temps seul avec son patient serait toujours efficace mais il serait « sérieux ».

Concernant le temps passé seul avec le patient, les médecins généralistes sont nombreux à considérer les « dérives » comme compréhensibles dans la mesure où les kinésithérapeutes

sont jugés insuffisamment payés. Même s'ils ne sont pas satisfaits de ces dérives et de la baisse de qualité de relation que cela induit pour les patients, les médecins généralistes en parlent généralement comme d'un fait excusable.

Les médecins généralistes semblent souvent considérer la kinésithérapie comme un « art » pratiqué par des soignants au sens où ils n'en parlent pas comme d'une science aux méthodes et effets évaluables. L'effet thérapeute occupe selon eux une place importante dans le résultat du traitement en raison de la dimension relationnelle et du caractère manuel du soin. Définir le bon kinésithérapeute précisément n'est pas aisé ; la définition fait écho à celle des patients : le bon kinésithérapeute est celui qui convient aux patients.

Un critère spécifique retient cependant l'attention de certains médecins généralistes : il s'agit de la capacité du kinésithérapeute à amener peu à peu les patients à faire les bons mouvements seul. Cet accompagnement vers une autonomisation dans l'exercice est une question de temps passé auprès du patient et de pédagogie. Elle ne s'inscrit pas dans un système coercitif (où, par exemple, la poursuite des soins dépendrait de l'implication du patient) et se heurte donc à des limites, comme celle de la gratuité des soins notamment. Le kinésithérapeute qui convainc et entraîne durablement ses patients dans les exercices et les actions préventives ou de rééducation posturale se distingue donc des autres aux yeux de certains généralistes.

■ Conclusion

Les médecins généralistes semblent ainsi entretenir une relation relativement distante avec les kinésithérapeutes même si, on l'a vu, les attitudes sont variées. Le patient se trouve généralement placé en situation d'intermédiaire et de relais entre les deux professions. Il ne s'agit pas donc ici d'une relation confraternelle comme elle peut exister avec les spécialistes.

Toutefois, cette relation est respectueuse du champ de compétence des kinésithérapeutes et de leur autonomie de travail. Elle semble satisfaire la plupart des médecins généralistes dans le cadre de traitements de pathologies simples mais montrent ses limites lorsqu'une collaboration pourrait permettre de mieux adapter les traitements aux besoins des patients.

Formellement, les choses se passent entre médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute, de façon beaucoup plus lâche que ce que paraît prévoir les modes de pratiques prescrits. Pour s'en convaincre, il suffit de lire le système d'échange « imaginaire » tel que décrit par une recommandation de la HAS.

Encadré 3

Zoom sur une recommandation de la HAS :

Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune – Modalités de prescription – Mai 2005

Ce texte fait état en introduction du fort enjeu lié à cette prise en charge : 6 millions de consultations, 3^{ème} cause d'invalidité en France, plus d'un million de malades traités en 1998 en masso-kinésithérapie pour le rachis lombaire, soit 30% des actes de MK.

La recommandation distingue les lombalgies aiguës pour lesquelles il n'est pas connu d'effet de la MK, par opposition aux lombalgies subaiguës et chroniques ou récidivantes pour lesquelles la prise en charge masso-kinésithérapique est conseillée. Elle doit prendre la forme d'exercices et ne peut se limiter à la prise en charge de la douleur par le massage ou l'électrothérapie ; l'éducation du patient est essentielle.

Le propos ici n'est pas de juger de la pertinence des recommandations. En revanche, le cadre de pratique évoqué par le texte de la recommandation paraît très théorique et très éloigné des conditions réelles de mise en œuvre à la fois du diagnostic et de la prise en

charge masso-kinésithérapeutique. Outre qu'aucun médecin rencontré ne fait référence à l'existence de telles recommandations, elles paraissent en réalité peu « praticables » dans les conditions réelles qui ont aujourd'hui cours : le texte évoque en effet :

- un bilan médical en début de traitement,
- l'utilisation d'échelles,
- l'écriture du bilan kinésithérapique or rares sont les praticiens qui en font ou les formalisent,
- une fiche de synthèse en fin de traitement transmise au médecin
- donnant lieu à un nouveau bilan médical formalisé.

Le dispositif ne devant pas conduire à plus d'un renouvellement.

Comme nous l'avons constaté à travers nos entretiens, la teneur des échanges est toute autre et se limite le plus souvent à une synthèse auto-produite par le patient.

4. Ce qui distingue les rhumatologues dans la relation prescripteur-kinésithérapeute

Les rhumatologues rencontrés n'abordent pas du tout de la même façon la question du recours à la masso-kinésithérapie et le suivi qui doit en être fait. Deux facteurs culturels les placent en effet dans une posture très différente :

- Ils ont une clientèle qui n'est pas locale, et qui peut même être provinciale pour certains médecins parisiens qui paraissent particulièrement réputés ;
- Ils partagent avec les kinésithérapeutes un ensemble de connaissances communes sur le système ostéo-articulaire, que les généralistes reconnaissent mal maîtriser ;
- La kinésithérapie représente plus du cinquième de leur activité de prescription, ce chiffre bien qu'en net déclin est plus de deux fois supérieur à ce qu'il est chez les généralistes.

Si la formation des médecins généralistes paraît ignorer la masso-kinésithérapie, celle des rhumatologues non. D'abord, la connaissance partagée de l'anatomie ostéo-articulaire constitue un champ d'échange naturel entre les deux professions. A ce langage technique commun, s'ajoute la nécessaire collaboration en milieu hospitalier pendant les années de spécialisation. Sans connaître les pratiques de la kinésithérapie de ville et le contenu détaillé des séances ou la configuration matérielle des cabinets fréquentés par leurs patients, les rhumatologues interrogés ont une représentation précise de ce qu'est la masso-kinésithérapie.

Dans leur prescription, les rhumatologues semblent ainsi être plus directifs et précis que les médecins généralistes. Ceci découle également de leur position dans la chaîne de soin : en tant que spécialistes ils interviennent aujourd'hui en deuxième recours et leur diagnostic est plus avancé. Comme le dit une des rhumatologues rencontrés « on ne reconnaît que ce que l'on connaît ».

Les rhumatologues rencontrés ont ainsi une propension globale à plus détailler l'aspect qualitatif de leur prescription pour les mêmes raisons qu'ils continuent de spécifier le nombre de séances : ils ont le sentiment de savoir ce qu'il est possible de faire et de maîtriser leur diagnostic. Ils expliquent le maintien de la prescription quantitative par leur maîtrise de la « table de conversion » et leur connaissance précise de l'anatomie qui leur permet de détailler ce qu'ils attendent du kinésithérapeute et en combien de temps le résultat peut être obtenu. Ils précisent en particulier, non seulement le nombre, mais la fréquence souhaitable des séances.

Le maintien de la quantité de séances semble également guidé par la nécessité de contrôler de façon rapprochée le contenu et les effets des soins. Par construction, le réseau de soignants mobilisé n'est pas directement connu, du moins, pas toujours, mais le rhumatologue se place en responsabilité sur les soins, ce qui n'est pas le cas, en tous cas pas de façon aussi explicite pour les généralistes.

La constitution d'un réseau de masseurs-kinésithérapeutes « référencés » est complexe en raison de la dispersion géographique de la patientèle. Néanmoins, soit le rhumatologue met tout en œuvre pour tenter de référencer un maximum de kinésithérapeutes, soit il ou elle a un discours très précis auprès des patients sur ce qu'il faut privilégier comme type de praticien. Nous avons ainsi rencontré une rhumatologue qui tient à jour sur un carnet « antique » plein de ratures et de remarques, son propre fichier de kinésithérapeutes qu'elle qualifie individuellement en fonction de ce qu'elle sait des soins mis en œuvre, le plus souvent via les patients. Mais cette façon de faire n'est pas générale du tout et c'est par le conseil au patient dans le choix du praticien et le contrôle de ce qui est fait que le rhumatologue a généralement prise sur les soins.

Certains rhumatologues ont toutefois identifié, souvent lorsqu'ils travaillent également dans des hôpitaux, certains kinésithérapeutes comme des « spécialistes » de telle ou telle pathologie et peuvent ainsi se constituer un réseau de partenaires ciblés auxquels adresser les patients dans des cas très précis.

Le suivi de la thérapie est beaucoup plus systématique que chez les médecins généralistes: il existe des protocoles normés de suivi pour certaines pathologies. Ainsi, les rhumatologues peuvent-ils avoir pour habitude de revoir les patients à mi-parcours du nombre de séances prescrites afin de mesurer les progrès et évaluer la pertinence ou non de continuer de la même manière ou bien la nécessité de modifier les méthodes, les rythmes de séances voire de changer de kinésithérapeute. Ils se font raconter le contenu des séances et évaluent la pertinence des méthodes employées.

Tout ceci est fait dans le respect du travail du kinésithérapeute même si, pour certains, le sentiment est fort qu'ils sont les plus à même de juger de la qualité du travail conduit. L'hypothèse sous-jacente à cette attitude est que, pour les pathologies dont ils ont la charge, les rhumatologues estiment que si le traitement kinésithérapique ne « fait » rien c'est qu'il est mal conduit et qu'il convient de changer de soignant.

On le voit, si la place du jugement du patient reste importante dans l'estimation de la qualité des soins accordés, les rhumatologues procèdent en propre à une évaluation des effets de la kinésithérapie en fonction de sa mise en œuvre. L'absence de bilan écrit est de ce fait rarement vue comme un manque car ces médecins se sentent en responsabilité du bilan et paraissent savoir le constituer par un interrogatoire précis du patient qui leur permet d'évaluer la situation et de comprendre la teneur des séances.

Au total, les relations directes avec les kinésithérapeutes paraissent très rares. De ce fait, alors même que le regard porté sur les soins est beaucoup plus expert et attentif, le kinésithérapeute n'est pas sollicité différemment, et ne rend pas compte autrement de ses actes.

5. Les arbitrages du recours à la masso-kinésithérapie

Si une grande part de la prescription de masso-kinésithérapie des généralistes et des rhumatologues est fondée sur une représentation assez précise d'enjeux de rééducation ou de remobilisation, il y a également une part de prescription qui correspond à des attentes plus floues : soit que la pathologie est insuffisamment identifiée (chez les généralistes), soit que la kinésithérapie est vue avant tout comme une forme de « médecine douce ». Nous allons revenir sur ce thème que nous avançons sans jamais l'avoir entendu chez les praticiens rencontrés.

Dans les quartiers les plus populaires, la fréquence des pathologies douloureuses liées aux conditions physiques du travail oblige le médecin à avoir recours à toute la palette de soins. Loin d'être un luxe, un confort d'une classe économiquement faible qui « profiterait » de la gratuité des soins, la kinésithérapie est vue par le médecin comme une absolue nécessité pour maintenir des personnes en activité : maintenir une épaule, un genou, un bras... En revanche, et dans tous les milieux, les pathologies moins spécifiques du dos sont présentées comme la manifestation de difficultés multifactorielles, sociales, psychiques, physiques. Il nous a ainsi été rappelé le nom de la première vertèbre cervicale : Atlas, du nom du Titan de la mythologie grecque condamné par Zeus à porter la voute céleste sur son dos.

Dans cette partie, nous analysons deux situations d'arbitrage qui conduisent le médecin à prescrire de la masso-kinésithérapie alors même qu'il s'interroge sur le bien fondé de ce recours. La première situation est celle où la participation active du patient serait nécessaire à l'amélioration des symptômes. La seconde situation est celle où interfèrent problèmes psychologiques ou psychiatriques et pathologies douloureuses.

La perception que les médecins ont dans ces deux situations pour une grande part, une certaine tendance à prescrire de la kinésithérapie, nous conduit à une analyse en termes de risques. Nous avançons l'hypothèse que c'est l'absence de risque associé à cette prescription qui permet de l'essayer.

■ De la difficulté de négocier la participation du patient au traitement

Au dire des médecins, un grand nombre de pathologies osteo-articulaires, du rachis en particulier, soulèvent la question de l'auto-entretien des patients. La meilleure prévention contre une part des pathologies douloureuses est l'exercice, une mobilité minimale, de la détente. Mais les médecins constatent leur difficulté à se limiter à ce message « expliquer prend du temps et les gens préfèrent parfois des papouilles ». Les façons de négocier la participation des patients - et donc leur part de responsabilité dans la réussite du traitement - paraissent très variables d'un médecin à l'autre.

Cette négociation peut revenir à arbitrer le choix du recours à la masso-kinésithérapie. Un généraliste nous a montré les horaires des cours d'aquagym à la piscine du quartier. C'est ce qu'il donne à la part de sa patientèle active qui a « mal au dos » chez qui il a d'abord envie de tester une « détermination » à prendre soin d'eux. Mais une autre généraliste, après avoir expliqué combien il était difficile d'éduquer les patients, reconnaît que le plus facile est de prescrire de la kiné. Le temps que requiert la prévention, les explications, et avant cela

l'interrogatoire détaillé sur les modes de vie, les postures, la mobilité...tout ce temps manque souvent au généraliste.

Un certain nombre de médecins insistent sur ce qu'ils attendent du kinésithérapeute : qu'il soigne, soulage mais aussi qu'il apprenne au patient à s'exercer seul. Une généraliste explique qu'elle prescrit davantage de kinésithérapie à des patients qu'elle sent actifs dans leur prise en charge individuelle et qu'elle modère sa prescription pour les patients passifs. Si ce souci de rendre actif le patient est très variablement présent dans le discours des médecins, il est réactivé par les demandes de prescription ou de renouvellement portées par les patients. En réalité, cette demande de renouvellement soulève comme nous l'avons vu, deux problèmes de natures différentes : elle ne respecte pas le rôle de prescripteur du médecin ; elle révèle un échec relatif des séances. D'évidence, la demande produit une crispation pour le premier motif chez de nombreux médecins. Cela n'a rien de spécifique à la kinésithérapie, une demande insistante de médicaments est également mal vécue. Dans le cas de la kinésithérapie, il y a un diagnostic à faire par le médecin et nous avons vu qu'il est mal outillé pour déterminer le vrai motif de la demande. Tous les médecins rencontrés évoquent, parfois avec un vocabulaire imagé, le caractère pénible de certains patients qui demandent de la kiné spontanément. Là encore, la facilité est de céder : « j'arrive à dire non, mais on lâche parfois par lassitude ».

Le discours des médecins généralistes sur la nécessité pour les patients de s'exercer indépendamment du kinésithérapeute paraît plus souvent comme un discours de principe. Chez les généralistes surtout, il est clair que la prescription de kinésithérapie ne s'accompagne pas toujours d'une recommandation à s'exercer sur la base d'un apprentissage fait avec le kiné. Le même praticien qui conseille l'aquagym reconnaît volontiers qu'il omet de préciser cette condition d'auto-entraînement quand il finit par faire une prescription de kinésithérapie. Les rhumatologues en revanche paraissent beaucoup plus attentifs à cette dimension éducative de la masso-kinésithérapie et certains décrivent des traitements qui au fil des séances passent du massage à la gymnastique assistée. Une rhumatologue explique qu'elle conseille même de revenir à échéances régulières mais espacées chez le kinésithérapeute pour contrôler les exercices faits en mode autonome.

■ Soigner le « psychosomatique »

Nous manquons de compétences pour détailler réellement ce qui se traite ici, et le titre même du chapitre révèle une forme de cliché. Néanmoins, et les kinésithérapeutes eux-mêmes avaient soulevé la question, la difficulté paraît réelle pour les médecins à dénouer et à soigner certaines pathologies douloureuses et leurs causes psychiques : soit que la douleur réapparaisse comme manifestation d'une cause cachée, soit que les bénéfices secondaires de la douleur (dont peut faire partie la kinésithérapie) prennent de l'ampleur.

A cet égard, les médecins ne paraissent pas tous enclins, ni armés pour de la psychothérapie de soutien. Au point le plus avancé du spectre, nous avons rencontré une rhumatologue psychanalyste, qui soigne les mêmes patients dans les deux disciplines. Elle réfute l'idée de pathologie psychosomatique, et dit devoir « soigner une pathologie somatique et comprendre les façons de vivre la douleur ». Un généraliste qui a travaillé en psychiatrie pendant ses études dit « j'ai fait beaucoup de psychiatrie, j'arrive assez facilement à saisir l'arrière chose (sic) de la maladie ».

Dans ces pathologies, les rhumatologues sont mieux armés pour identifier la nature précise des pathologies somatiques, mais ils témoignent eux aussi de l'importance de comprendre ce qui fonde la pathologie. Reste que la masso-kinésithérapie vue comme un bon moyen de détendre les patients dans les « over-used syndroms », est clairement présentée par certains comme un moyen de nouer un contact dès lors que les soins sont personnalisés.

Ajoutons enfin que les façons de raisonner le recours à la masso-kinésithérapie pour des pathologies complexes et pas uniquement fonctionnelles sont chez certains médecins multiples. Une généraliste explique qu'elle prescrit de la kiné à des toxicomanes pour tenter de reconstituer un schéma corporel, ou bien à des patients avec risques de décompensations pour multiplier les soignants et mieux prévenir les épisodes de décompensation. Elle prescrit également de la kiné pour des syndromes d'anxiété. Elle constate que dans le cas de demandes de prise en charge d'ALD sur ce type de pathologies, elle n'est autorisée à recourir à de la kinésie que dans un cas sur deux. On voit ici que les références de pratique manquent à tous égards.

■ La masso-kinésithérapie comme prise en charge sans complication mobilisable par tous les médecins

Si tous les médecins confirment la très forte prévalence de cet ensemble de pathologies du « plein le dos », ils n'ont pas la même représentation de leur mission pour les prendre en charge. Pour la plupart la douleur ne se discute pas et il leur appartient de la réduire ou de la faire disparaître, mais tous n'envisagent pas également d'aborder l'ensemble de ce dont elle peut être le symptôme. Sans opposer une médecine des maladies à une médecine de la personne, se dessine des postures plus ou moins avancées dans ces deux directions « polaires ». Ainsi une généraliste acuponcteur met très clairement en avant la prise en charge globale de toute la personne, un autre généraliste souligne lui qu'il ne peut pas s'occuper du bonheur de ses patients, son rôle est de les soigner, une troisième entrevoit toute les dimensions de la pathologie mais estime ne pas avoir les moyens, en particulier en terme de temps passé avec ses patients pour prendre en charge l'ensemble.

Malgré ces postures très différentes, à la fois dans la capacité et le souhait d'écouter le patient, mais aussi sans doute dans l'évitement plus ou moins recherché des traitements médicamenteux, le recours à la masso-kinésithérapie semble être une bonne solution pour ces médecines pourtant conçues comme différentes. Elle est un outil pour des médecins qui invoquent leur obligation de moyens. Elle permet la délégation du patient et de sa douleur, vers une prise en charge longue qui pourra laisser la place à l'expression progressive de motifs ou de mots qui n'ont pas le temps d'être exprimés en consultation, voire que le médecin ne souhaite pas nécessairement entendre. Elle est en soi une proposition thérapeutique intéressante. Compte tenu du faible niveau de connaissances médicales sur lesquels s'appuie une part de la prescription, nous suggérons que le recours à la masso-kinésithérapie est ainsi dans certains cas mobilisée comme une prise en charge déléguée. Il s'agit de prendre soin, mais ce soin est délégué. Il s'agit aussi de ne prendre aucun risque secondaire.

Le premier argument en faveur de la masso-kinésithérapie dans les cas où le médecin manque d'arguments positifs est celui de l'absence d'effets iatrogènes. Par opposition aux antalgiques en particulier, la kinésithérapie est sans effets secondaires. Si des rhumatologues avancent que la bonne kinésie a nécessairement des effets positifs, nous avons aussi entendu des généralistes dire que dans certains cas « ça ne peut pas faire de mal ». L'absence de risque, même si elle n'est jamais formulée ainsi – ce qui est dit c'est que c'est préférable aux médicaments -, paraît assez déterminante dans le recours à la kinésithérapie.

Notre analyse révèle une certaine perméabilité des catégories de pratique dès lors que le cadre conventionnel permet de rester dans le champ médical légitime.

A cet égard, la catégorie de pratique que représente l'ostéopathie est intéressante. Tout d'abord, l'âge des praticiens est dans notre échantillon tout à fait déterminant du regard

qu'ils portent sur cette médecine : parmi les plus âgés (plu de 60 ans), les plus prudents disent attendre de voir, les plus virulents parlent de charlatanisme. Mais en dehors des généralistes en toute fin de carrière, l'ostéopathie est plutôt reconnue, voire mieux connue d'un point de vue technique que la kinésithérapie de base, peut être en raison même de sa récente légitimation institutionnelle. Ce qui lui est reproché, et l'on retrouve ici les débats qui opposent la médecine légitime aux prises en charge douces, c'est le risque de dérive.

Deux dérives sont avancées : le risque de concurrence dans le rôle d'expert (le terme de concurrence n'est bien sûr jamais employé en tant que tel) et le risque d'abus d'autorité sur le patient. Dans les limites de notre échantillon, les rhumatologues semblent les plus enclins à vouloir poser des limites strictes à l'exercice de l'ostéopathie, et ils déplorent assez aisément l'absence de contrôle sur ces pratiques. Sans nécessairement critiquer l'ostéopathie dans son principe, et en adressant parfois à un panel de un ou deux praticiens de confiance, ils déplorent le manque « d'humilité de certains praticiens, et donc le manque de sérieux ». Au total, les rhumatologues rencontrés conçoivent l'ostéopathie dans un système qui leur préserve leur rôle de prescripteur. Ils condamnent ainsi les kinés ostéopathes qui font le choix de faire de l'ostéopathie sur la base d'ordonnance de kinésie.

Les généralistes sont beaucoup moins dans une logique de concurrence de l'expertise. Ils sont de doute façon confrontés aux choix des patients qui consultent selon eux de plus en plus d'ostéopathes de façon régulière, sans qu'eux mêmes en soient nécessairement informés en tant que médecins référents. Certains sont d'ailleurs indifférents à la pratique de séances d'ostéopathie dans le cadre d'une prescription de kiné, jugeant par là que le kinésithérapeute fait ce qu'il a de mieux à faire. D'autres sont plus réservés mais se savent impuissants face aux choix des patients chez qui ils voient parfois le besoin de thérapies miracles.

Dans tous les cas, les risques liés aux manipulations sont les plus mis en avant, même si le constat général est que l'ostéopathie se serait « adoucie ». Reste la prétention de l'ostéopathe à tout soigner qui est jugée dangereuse par les médecins. De ce point de vue, l'ostéopathie des os et des articulations est plus facilement admise que l'ostéopathie viscérale ou crânienne. Certains vont jusqu'à parler du « risque du Gourou », en raison de la dimension « psychique » d'une pratique holiste.

Tout semble se passer avec l'ostéopathie comme si la sortie du champ conventionnel, et la relation directe du patient à l'ostéopathe qui tient à l'écart le médecin, produisait un regard beaucoup plus exigeant de ce dernier sur la pratique. C'est particulièrement vrai pour les rhumatologues. Il est frappant d'entendre une praticienne mi-temps hospitalière avancer que « l'Ostéopathie ça marche dans un tiers des cas, ça ne fait rien dans un tiers des cas et ça fait du mal dans le dernier tiers ». Ce n'est pas tant le peu de fiabilité de cette statistique qui est surprenante que le contraste avec les propos tenus par le même médecin sur la kinésithérapie « qui si elle est bien faite apporte forcément un mieux ». Pour décrire somme toute la même réalité : des pratiques très dépendantes du thérapeute, les mots employés pour décrire les deux champs sont très différents dans ce qu'ils entendent véhiculer. Une mise en cause assez générale portée sur l'ostéopathie, et une légitimation de la kinésithérapie, alors même que ce sont les mêmes hommes dans les deux cas. Cette praticienne adresse des patients à un ostéopathe et un seul...

Au total, les médecins rencontrés, quelles que soient leurs références d'action et leur façon de se situer entre médecine scientifique et médecine alternative, si tant est que ces catégories aient du sens, sont tous confrontés à des cas de patients atteints de pathologie osteo-articulaires douloureuses chroniques. La chronicité est en soi une indication de l'échec relatif des thérapeutiques antérieures dont les kinés eux-mêmes témoignent. Mais tous les médecins rencontrés ont assez facilement recours à la kinésithérapie comme un moyen doux et sans risque de continuer de soigner si le patient est réceptif. Ce recours peut selon nous

être assimilé à une thérapie douce qui est admise en raison même de son inscription dans un système de prise en charge ordonné, qui a les apparences d'un système encadré et qui entretient une fiction formelle de supervision sur les soins réalisés.

L'ostéopathie est vue comme une thérapie intéressante par les médecins les plus jeunes, mais elle est vécue comme présentant un problème de coordination des soins. Compte tenu de la réalité de la coordination (faible) avec les kinésithérapeutes, on comprend que cette critique révèle surtout le besoin de maintenir une hiérarchie des rôles dans le système de soin.

6. Conclusion

Le recours à la masso-kinésithérapie se développe chez les généralistes sur les bases d'une expertise quasi inexistante. La délégation du patient au kinésithérapeute pourrait en ce cas être pensée sur le modèle du recours au spécialiste, mais la pratique de la relation avec le kinésithérapeute n'est pas une relation entre pairs. Elle est silencieuse et malgré ce silence, asymétrique. Pour autant, l'attitude générale des généralistes est fondée sur une hypothèse générale de compétence des kinésithérapeutes.

Les médecins généralistes déplorent leur manque de formation et le peu de références disponibles pour mieux réfléchir le recours à la kinésithérapie. Ils ne paraissent pas être conscients de l'augmentation de leur prescription. Nous avançons l'hypothèse que c'est l'absence de risque sanitaire lié à la masso-kinésithérapie et la caution portée implicitement par le système conventionnel qui permet ce paradoxe.

C'est en référence à une conception de la médecine comme discipline qui serait scientifique et appuyée sur des pratiques référencées que nous soulignons la part floue du recours à la masso-kinésithérapie. Il est pourtant manifeste à travers les entretiens que la médecine générale est un ensemble de pratiques qui ne se fondent pas seulement sur la science. Loin d'être une critique, cette insistance sur le flou nous semble être intéressante car ce flou traduit concrètement les nombreuses lignes de tension de la médecine générale actuelle, et il révèle les imprécisions du mandat social qui lui est confié : Quelle prise en charge de la douleur ? Quelle prise en charge des « douleurs existentielles » également ? Quelle prise en charge d'hygiènes de vie pathogènes ?

Enfin, le processus qui a finalement conduit à l'institutionnalisation de l'ostéopathie a produit une médecine concurrente. Elle opère un glissement non contrôlé du paramédical au médical qui semble inciter certains médecins à des discours appelant plutôt à rétablir les hiérarchies et les responsabilités.

ANNEXE : échantillon de médecins

18 praticiens rencontrés à Paris dans différents arrondissements : des entretiens longs (une heure en général) en face à face au cabinet des praticiens à l'exception de deux d'entre eux (un au téléphone et un au café).

Ces entretiens ont été conduits de la fin octobre 2009 à début décembre 2010. La période a rendu la prise de rendez-vous particulièrement difficile compte tenu de l'épidémie de grippe et de la charge de travail naturellement élevée à l'entrée dans l'hiver.

Sexe	Age	Pratique	Recours à un réseau de kinésithérapeutes identifiés
H	35 ans et moins	Généraliste	Oui, mais son kinésithérapeute référent est parti à la retraite
F	35 ans et moins	Généraliste	Oui et Non
H	35 à 44 ans	Rhumatologue	Oui
H	45 à 59 ans	Généraliste	Non
F	45 à 59 ans	Généraliste	Non, car trop de mobilité des kinésithérapeutes dans le quartier
H	45 à 59 ans	Généraliste	Oui
H	45 à 59 ans	Généraliste	Oui
H	45 à 59 ans	Généraliste	Non
F	45 à 59 ans	Généraliste	Oui
F	45 à 59 ans	Généraliste	Non
F	45 à 59 ans	Généraliste acupuncteur	Non, mais peut parfois conseiller
H	45 à 59 ans	Rhumatologue	Oui
F	45 à 59 ans	Rhumatologue	Non, car trop de mobilité des kinésithérapeutes dans le quartier
F	45 à 59 ans	Rhumatologue	Oui et non car traite des patients sur la France entière
H	45 à 59 ans	Rhumatologue	Oui
F	45 à 59 ans	Rhumatologue	Oui, tient un carnet annoté
H	60 ans et plus	Généraliste	Oui
H	60 ans et plus	Généraliste	Non