

Mémoire de Maîtrise universitaire en médecine

*Analyse de la prescription de
physiothérapie et des thérapies effectuées
dans la prise en charge des problèmes de
l'appareil locomoteur*

(Analysis of physiotherapy prescription and therapies performed in
medical care of musculoskeletal problems)

Etudiant

Bozovic Dusan

Tuteur

Dr Boris Gojanovic

MER Université de Lausanne, Centre de Médecine du Sport (DAL,
CHUV), et Médecine du Sport, Hôpital de La Tour (Meyrin).

Expert

Prof. Kenny Guex

Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV)

Lausanne, année académique 2018-2019

Table des matières

1. INTRODUCTION	3
2. METHODE	6
2.1 Design de l'étude	6
2.2 Provenance des données	8
3. RESULTATS	8
3.1 Prescriptions de physiothérapie	8
3.1.1 <i>Diagnostic</i>	8
3.1.2 <i>Mesures physiothérapeutiques</i>	10
3.1.3 <i>Prise en charge asséurologique</i>	10
3.2 Questionnaires aux physiothérapeutes	11
3.2.1 <i>Diagnostic</i>	11
3.2.2 <i>Histoire clinique</i>	11
3.2.3 <i>Buts du traitement et mesures physiothérapeutiques</i>	11
3.2.4 <i>Spécialité des médecins prescripteurs</i>	12
3.2.5 <i>Communication</i>	13
4. DISCUSSION	14
4.1 Résultats	14
4.1.1 <i>Diagnostic</i>	14
4.1.2 <i>But du traitements et mesures physiothérapeutiques</i>	14
4.1.3 <i>Spécialité des médecins prescripteurs</i>	15
4.1.4 <i>Communication</i>	16
4.2 Pistes d'améliorations	16
4.2.1 <i>Autres méthodes de communication</i>	16
4.2.2 <i>Lois et assurances</i>	17
4.2.3 <i>Formation et cursus</i>	18
4.3 Limitations	18
5. CONCLUSION	19

1. INTRODUCTION

La communication entre les différents professionnels de la santé est un élément essentiel du système de santé suisse qui se veut efficace et économe. Toutefois, celle-ci est régulièrement sous-estimée alors que plusieurs études^{1,2,3} ont démontré qu'une communication négligée est une des causes principales d'erreurs médicales et que celles-ci ont un impact non négligeable sur les coûts de la santé⁴. Une étude⁵ française a par ailleurs démontré que des échanges réguliers peuvent réduire jusqu'à 40% le risque d'erreurs médicales. Le transfert des informations concernant les patients est donc un facteur primordial d'une médecine performante.

Le système de santé suisse repose sur des équipes incluant plusieurs spécialités hautement qualifiées travaillant en collaboration de manière quotidienne avec des objectifs clairement déterminés. Cette collaboration est définie dans le domaine médical comme un phénomène complexe qui amène deux ou plusieurs professionnels, souvent de disciplines différentes, à travailler ensemble pour atteindre des objectifs communs. Cette collaboration est typiquement essentielle entre un médecin et un physiothérapeute dans la prise en charge de leurs patients communs ainsi que dans leur suivi.

Aujourd'hui, lorsqu'un patient consulte un médecin pour une pathologie de l'appareil locomoteur, ce dernier réalise une anamnèse ainsi qu'un examen physique, parfois des examens complémentaires, puis l'informe du diagnostic en lui précisant certains points et peut lui prescrire des séances de physiothérapie s'il l'estime nécessaire, en préparant un document de prescription. Le patient se présente par la suite chez un physiothérapeute de son choix, recommandé ou non par son médecin, et lui transmet ledit document. Le physiothérapeute doit baser sa prise en charge sur ce document, toutefois et pour diverses raisons, certaines informations viennent régulièrement à manquer⁶, il en arrive donc à questionner le patient sur divers points médicaux afin d'avoir un avis plus complet sur ses besoins. Malheureusement cette anamnèse a des limites, le patient ne pouvant pas toujours retranscrire avec certitude toutes les informations qui lui ont été communiquées par le médecin et le physiothérapeute n'ayant pas été formé spécifiquement à cette tâche. La communication entre les deux professionnels se limite à cette prescription de départ dans la majorité des cas. En milieu ambulatoire, on dénote en effet une absence d'unité de lieu et de contact structuré tels que des colloques, possibles en institution uniquement. Le manque d'outils et de principes de communication suivie rendent l'échange difficile et finalement dessert la qualité du traitement. Les informations transmises aux patients en ressortent potentiellement incohérentes ce qui peut nuire à la relation patient-équipe soignante et conduire à une moins bonne adhérence au traitement, ou efficacité de ce dernier.

Les ordonnances de physiothérapie représentent donc, dans la plupart des cas, le seul moyen de communication entre les médecins et les physiothérapeutes, mais ne bénéficient pas d'un document à utilisation obligatoire à ce jour en Suisse. Effectivement, celles-ci peuvent être prescrites sur plusieurs supports différents, comme une ordonnance ordinaire, un document

créé par le médecin lui-même pour les traitements physiothérapeutiques, ou le document proposé par PhysioSwiss, l'Association suisse de physiothérapie représentant les intérêts de près de 9800 physiothérapeutes. Tous ces modalités de prescriptions différentes entraînent un défaut d'uniformisation de l'information transmise et entraînent potentiellement un manque de transfert de données importantes pour la prise en charge du patient.

Le document PhysioSwiss est la dernière mesure majeure mise en place pour diminuer ces problèmes de communication. Pour les médecins sensibles à cette question, il tend d'ailleurs à devenir la norme. Ce document de prescription (fig.1) se présente sous forme d'un formulaire comportant plusieurs options à cocher concernant les buts du traitement : antalgique, amélioration de la fonction articulaire, amélioration de la fonction musculaire, proprioception, amélioration de la fonction cardio-pulmonaire, amélioration de la fonction circulatoire, autres, but particulier, bandage, instruction, ainsi que d'une case de texte libre intitulée « mesures physiothérapeutiques », laissées au choix du médecin prescripteur afin de préciser la prise en charge. En plus de ces informations, le médecin doit indiquer le diagnostic du patient, préciser la prise en charge asséurologique (maladie, accident, assurance invalidité) et le nombre de séances octroyées avec cette ordonnance. Malgré les avantages évidents de ce formulaire sur une prescription basique, la « traditionnelle » ordonnance médicale, celui-ci n'est pas optimal. D'une part, ces options et cases libres sont utilisées de manières très variables par les prescripteurs avec des diagnostics incomplets et/ou des demandes de traitement imprécises⁶, et d'autre part parce que ce qui est prescrit n'est pas toujours appliqué par le physiothérapeute. Il est en effet possible que celui-ci soit habitué à employer d'autres méthodes de traitement et considérer que celles-ci sont plus adéquates ou alors simplement s'estimer en désaccord avec les recommandations du médecin.

Les objectifs de ce travail sont 1) d'analyser les prescriptions médicales réalisées sur des ordonnances PhysioSwiss, 2) les comparer aux attentes des physiothérapeutes, 3) explorer les failles actuelles et les méthodes annexes de communication utilisées par les médecins et les physiothérapeutes, et 4) avancer des possibilités d'améliorations potentielles.

Prescription de Physiothérapie

Identité:

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

NPA/Lieu _____

Date de naissance _____

Téléphone privé _____

Employeur _____

NPA/Lieu _____

Téléphone prof. _____

Assureur _____

N° d'ass./acc. _____

Diagnostic:

notification séparée au médecin-conseil selon LaMal

maladie accident invalidité

Traitement physiothérapeutique proposé (à remplir par le médecin):

ordonnance: première deuxième troisième quatrième traitement de longue durée

But du traitement:

Analgésie/anti-inflammatoire

Amélioration de la fonction articulaire

Amélioration de la fonction musculaire

Proprioception/coordination

Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire

Amélioration de la fonction circulatoire

Autres: _____

But particulier

Bandages (Tape)

Instruction

Nombre de traitements: _____

Traitement à domicile 2 traitements par jour Contrôle médical après _____ traitements

Location d'appareils: _____

Mesures physiothérapeutiques:
(à compléter par le médecin s'il le désire)

En accord avec le médecin, le/la physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.

Médecin (Timbre): N° CSCM.: _____

Physiothérapeute (Timbre CSCM):

Date: _____ Signature: _____

Date: _____ Signature: _____

Remarques: _____

Figure 1 : exemple de la modalité d'ordonnance de physiothérapie proposée par PhysioSwiss

2. MÉTHODE

2.1 Design de l'étude

Cette étude se présente sous la forme descriptive et analytique en deux parties. La première consistant à analyser différents points saisis sur les prescriptions de physiothérapies faites par les médecins des patients sélectionnés et la seconde à explorer à l'aide d'un questionnaire l'avis des physiothérapeutes sur ces dernières et leur communication avec les prescripteurs.

Pour une période définie du 1^{er} novembre 2018 au 15 février 2019, les données de 53 patients âgés de 18 ans et plus ont été récoltées. Ceux-ci ont été inclus dans l'étude dès le début de leur traitement, ou jusqu'à 15 jours après que celui-ci ait commencé. Les patients devaient avoir été diagnostiqués d'une pathologie de l'appareil locomoteur contractée lors d'une activité sportive ou non et avoir bénéficié d'une prise en charge physiothérapeutique, soit comme traitement principal, soit comme traitement concomitant à une autre prise en charge médicale, telle qu'un traitement médicamenteux ou chirurgical. Un seuil maximal de 36 séances a été défini afin d'éviter d'intégrer des patients aux pathologies chroniques pour lesquels un suivi et une communication étroite sont, nous l'espérons, *de facto* présents. Aucun seuil minimal n'a été imposé. Nous avons décidé d'inclure uniquement des patients possédant une ordonnance de physiothérapie prescrite sur la modalité proposée par PhysioSwiss, ceci afin d'explorer les qualités et les défauts de cette modalité qui a spécifiquement été mise en place afin d'améliorer la transmissions de données entre les médecins et les physiothérapeutes. Les patients ont été sélectionnés par les physiothérapeutes selon ces critères afin d'obtenir un cadre de recherche restreignant au maximum les différents biais possibles. Finalement, les cabinets de physiothérapie participants à l'étude devaient être installés dans le canton de Vaud et ne pas travailler de manière commune avec des médecins prescripteurs, c'est-à-dire dans les mêmes locaux, ceci afin de représenter au plus près la réalité de la situation régionale actuelle.

Différents éléments des ordonnances ont été analysés. Premièrement, les diagnostics selon :

- la partie du corps concernée par la pathologie, par ex. dos, hanche, genou, coude, etc.
- leur degré de précision :
 - précis, c'est-à-dire qu'il comprend la localisation de la lésion et au minimum sa nature (tendineux, osseux, ligamentaire, etc.), par ex. « instabilité du genou gauche sur laxité ligamentaire du ligament croisé antérieur »
 - générique, par ex. « lombalgies » ou « gonalgies »
 - geste opératoire effectué, tiré du rapport chirurgical, par ex. « arthroscopie antérieure de cheville gauche, plastie du ligament latéral externe, résection du conflit antérieur et Strayer endoscopiques »
 - partie du corps, c'est-à-dire que seule la localisation de la pathologie a été mentionnée sans autres précisions sur la cause de celle-ci ou sur la nature de lésion, par ex. « dos » ou « cheville »
 - aucun diagnostic

Ensuite, dans l'analyse, nous avons séparé les ordonnances en deux catégories selon les diagnostics saisis, celles dans la norme et celles présentant des lacunes. Les ordonnances avec un diagnostic précis, génériques ainsi qu'indiquant le geste opératoire effectué ont été considérées dans la norme. *A contrario*, les ordonnances avec un diagnostic indiquant uniquement une partie du corps ainsi que les ordonnances sans diagnostics ont été considérées comme lacunaires.

Nous avons également observé si des mesures physiothérapeutiques ont été précisées ou non par le médecin prescripteur pour chaque ordonnance. De plus, nous avons comparé le nombre de séances prescrites à celles effectivement réalisées et si le médecin a précisé les conditions de prise en charge asséculoologique du patient (assurance maladie, accident ou invalidité).

Par la suite, pour chaque ordonnance des patients inclus dans l'étude, les physiothérapeutes ont rempli un questionnaire se présentant sous la forme de 17 énoncés (fig.2) pour lesquels ils précisaient leur degré d'accord ou de désaccord selon une échelle de Likert en 5 points (1 : en désaccord, 2 : plutôt en désaccord, 3 : neutre, 4 : plutôt en accord, 5 : en accord).

Ces énoncés concernaient leurs satisfactions vis-à-vis des diagnostics précisés, des buts thérapeutiques proposés ainsi que des mesures physiothérapeutiques prescrites sur les ordonnances. Les physiothérapeutes se devaient également d'indiquer si la spécialité du médecin prescripteur touchait à la médecine interne générale ou à la médecine du sport et s'ils avaient échangé avec celui-ci via des méthodes de communication annexes à la prescription. Pour chaque réponse positive, ils précisaient quel était ce moyen ainsi que s'ils l'avaient fait pour préciser des informations de l'ordonnance et/ou faire parvenir le suivi de la prise en charge au médecin. Finalement, les physiothérapeutes avaient la possibilité de préciser certaines remarques concernant leurs opinions vis-à-vis de la prise en charge et de la communication avec le médecin.

	En désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	En accord
1) Vous êtes satisfait de la précision du diagnostic inscrit sur la prescription de physiothérapie					
2) Un diagnostic plus précis de la part du médecin aurait permis une meilleure prise en charge du patient					
3) Le médecin a, en plus du diagnostic, précisé l'histoire clinique du patient					
4) Si en désaccord ou plutôt en désaccord à l'énoncé précédent : la précision de l'histoire clinique aurait permis, selon vous, une meilleure prise en charge du patient					
5) Les buts du traitement proposés par le médecin vous ont paru en adéquation avec les besoins du patient					
6) Vous avez, durant le traitement du patient, fixé d'autres buts de traitement que ceux proposés par le médecin					
7) Le médecin a complété la case « mesures physiothérapeutiques »					
8) Si en désaccord ou plutôt en désaccord à l'énoncé précédent : vous auriez jugé utile à une meilleure prise en charge que le médecin précise la case mesures physiothérapeutiques					
9) Le médecin prescripteur possède un titre de spécialiste en médecine du sport					
10) Le médecin prescripteur possède un titre de spécialiste en médecine interne générale					
11) Vous ainsi que le médecin prescripteur travaillez dans le même cabinet médicale					
12) Vous avez contacté le médecin afin de faire préciser les buts et/ou les mesures inscrites sur l'ordonnance nécessaires à la prise en charge du patient					
13) Vous avez songé à contacter le médecin pour préciser l'ordonnance et la prise en charge thérapeutique mais ne l'avez finalement pas fait					

car :					
- a) vous n'avez pas eu le temps					
- b) le médecin était inatteignable (pas de réponse)					
- c) le médecin ne pouvait pas vous parler par manque de temps (réponse du secrétariat mais l'appel n'a pas été transmis au médecin)					
- d) le médecin ne voulait pas vous parler					
- e) autre, précisez :					
14) Vous avez transmis le traitement effectué au médecin					
15) Vous avez transmis l'évolution clinique du patient au médecin en cours de traitement					
16) Vous avez communiqué avec le médecin en utilisant un autre moyen en plus de la prescription de physiothérapie proposée par Physio Swiss					
17) Si en accord ou plutôt en accord à l'énoncé précédent : veuillez préciser par quel autre moyen vous avez communiqué avec le médecin					
18) Vous jugez l'utilisation de ce modèle de prescription de physiothérapie suffisant comme moyen de communication entre le médecin et le physiothérapeute					
Remarques :					

Figure 2 : questionnaire rempli par les physiothérapeutes pour chaque ordonnance et prise en charge.

2.2 Provenance des données

Les données analysées proviennent de 53 patients ayant été pris en charge par 9 physiothérapeutes différents travaillant dans 6 cabinets de physiothérapie. Tous ces cabinets sont basés dans le canton de Vaud en Suisse et travaillent de manière indépendante, sans partager leurs locaux directement avec un médecin du sport, un médecin généraliste ou tout autre médecin prescripteur.

3. RÉSULTATS

Les données présentées ci-dessous sont tirées de 53 patients, 17 hommes (32%) et 36 femmes (68%), âgés de 19 à 85 ans avec un âge moyen de 48 ans. Ils proviennent de 9 physiothérapeutes exerçant dans 6 cabinets de physiothérapie du canton de Vaud.

3.1 Prescription de physiothérapie

3.1.1 Diagnostic

Sur les 53 ordonnances analysées, 38 (70%) indiquaient un seul diagnostic, 12 (24%) indiquaient deux diagnostics distincts et 3 (6%) sont parvenues sans diagnostics. Au total sur ces 65 diagnostics, 10 sites différents de lésions étaient recensés, avec majoritairement des pathologies rachidiennes (38% des cas), puis du genou (15%) et de la hanche (10%). Il est également à relever que le côté atteint, en ne prenant pas en compte les problèmes dorsaux et thoraciques considérés comme centraux, n'a pas été indiqué dans 7 (11%) des 65 diagnostics.

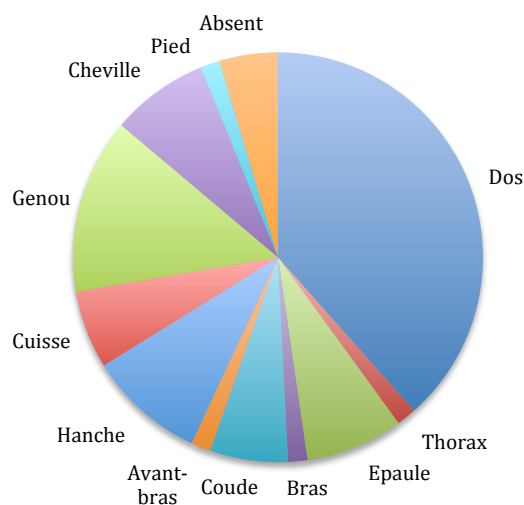


Tableau 1 : localisation des lésions diagnostiquées

Les diagnostics saisis sur les ordonnances ne sont pas tous égaux en termes de précisions et de détails. En effet, en plus de 3 ordonnances revenues vierges, 3 présentaient une partie du corps (genou, épaule, etc.) comme diagnostic, 3 le geste opératoire effectué, 26 un diagnostic générique (lombalgie, tendinite, etc.) et enfin 30 un diagnostic précis du médecin.

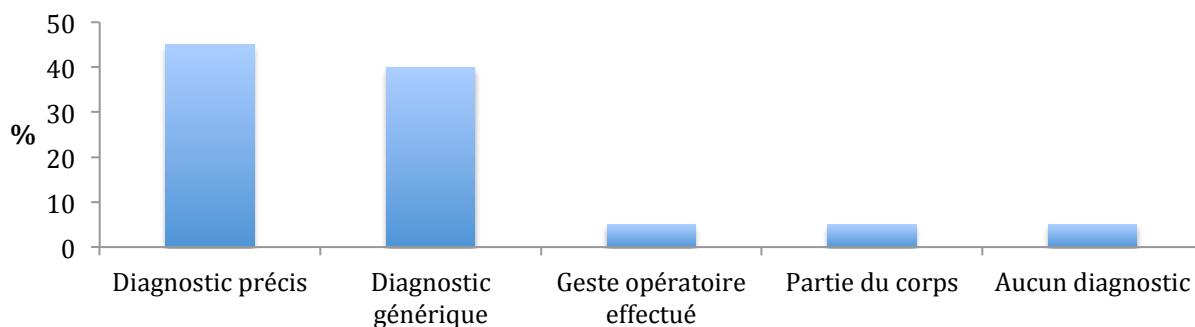


Tableau 2 : répartition des diagnostics saisis sur les ordonnances selon leur précision

Dans le tableau ci-dessous est représenté le type de diagnostic indiqué selon la localisation de la lésion. Nous remarquons une répartition plus prononcée des diagnostics génériques et « partie du corps » pour le dos et le genou, les deux régions les plus fréquemment diagnostiquées d'un problème dans notre étude. Cela peut laisser penser que les pathologies fréquentes sont moins bien décrites sur les prescriptions de physiothérapie.

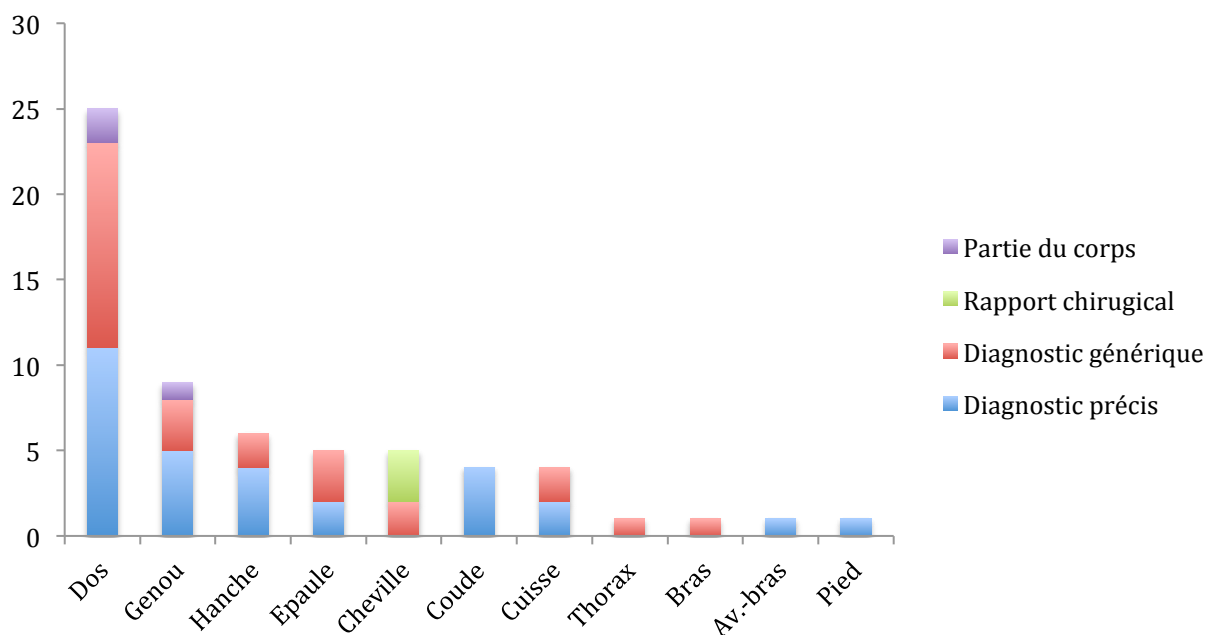


Tableau 3 : type de diagnostic saisis selon la localisation de la pathologie

3.1.2 Mesures physiothérapeutiques

Des mesures physiothérapeutiques, cases de texte libre, ont été précisées dans 31 (58%) des 53 ordonnances. Elles ne l'étaient pas dans la majorité des ordonnances avec un diagnostic lacunaire, c'est-à-dire dans les 3 ordonnances sans diagnostic, les 3 où seule une partie du corps était décrite ainsi que dans 5 des 7 cas où le côté de la pathologie n'était pas indiqué. Cela montre une corrélation entre diagnostic lacunaire et traitement prescrit imprécis. Des mesures physiothérapeutiques étaient indiquées dans 29 (73%) des 40 ordonnances sans lacunes diagnostiques, c'est à dire les ordonnances avec des diagnostics précis, génériques ou tirés d'un rapport chirurgical.

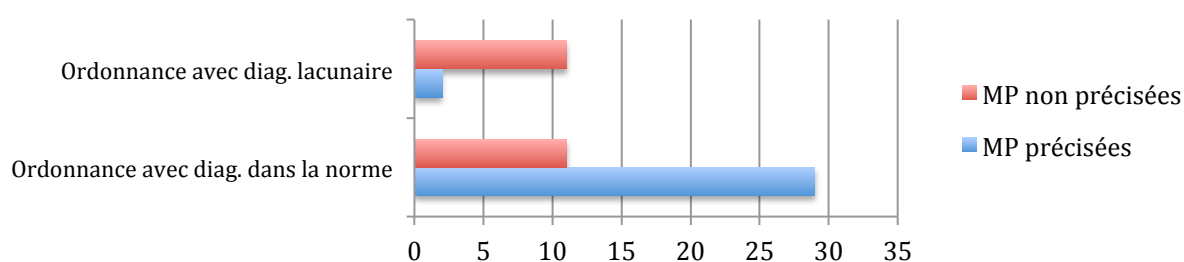


Tableau 4 : mesures physiothérapeutiques précisées ou non selon la qualité des diagnostics saisis

3.1.3 Prise en charge asséculoologique

Les conditions de prise en charge asséculoologique, soit par l'assurance maladie, l'assurance accident ou l'assurance invalidité, ont été précisées dans 48 (91%) des 53 ordonnances physiothérapeutiques. Les pathologies de 35 (66%) patients ont été considérées sous le volet maladie, 13 (25%) sous celui de l'accident et aucune sous invalidité. Les 5 patients restants (9%) n'ont donc pas eu de précision à ce sujet.

3.2 Questionnaire aux physiothérapeutes

3.2.1 Diagnostic

Les physiothérapeutes se sont déclarés satisfaits ou plutôt satisfaits des diagnostics proposés pour 30 (57%) ordonnances, ont eu un avis neutre à 9 (17%) occasions, et ont été insatisfaits ou plutôt insatisfaits à 14 (26%) reprises. Les ordonnances ayant entraîné une insatisfaction ont été celles sans diagnostic, celles comportant uniquement une partie du corps comme diagnostic, 5 des diagnostics génériques ainsi que 3 des diagnostics précis. Les 3 diagnostics tirés d'un rapport chirurgical ou radiologique ont systématiquement satisfait les physiothérapeutes. Concernant les diagnostics dont le côté de la lésion n'était pas précisé, 5 (71%) d'entre eux n'ont pas satisfait les physiothérapeutes.

	Satisfait	Neutre	Insatisfait
Diagnostic précis	16 (67%)	5 (21%)	3 (12%)
Diagnostic générique	11 (55%)	4 (20%)	5 (25%)
Rapport chirurgical	3 (100%)	0	0
Partie du corps	0	0	3 (100%)
Aucun diagnostic	0	0	3 (100%)

Tableau 5 : satisfaction des physiothérapeutes selon le type de diagnostic

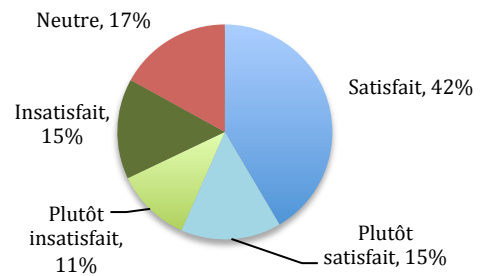


Tableau 6 : satisfaction globale des physiothérapeutes concernant les diagnostics

3.2.2 Histoire clinique

Les physiothérapeutes ont identifié 6 patients pour lesquels l'ordonnance comportait une précision vis-à-vis de son histoire clinique, c'est-à-dire ses antécédents médicaux et/ou le suivi de sa pathologie actuelle. Pour les 47 autres ordonnances sans précision, les physiothérapeutes ont estimé à 25 reprises (53%) que plus d'informations auraient permis une meilleure prise en charge thérapeutique et à 16 (34%) que cela n'aurait pas servi le patient. Ils n'auraient pu se prononcer quant à un bénéfice ou non pour 6 ordonnances (13%).

3.2.3 Buts du traitement et mesures physiothérapeutiques

Les buts du traitement indiqués par les médecins prescripteurs ont globalement satisfait les physiothérapeutes. En effet, pour 33 (62%) des ordonnances, ceux-ci ont déclaré que les buts étaient en adéquation avec les besoins du patient. Seules 7 ordonnances ont mené à un sentiment d'insatisfaction. Toutefois et paradoxalement, les physiothérapeutes ont déclaré avoir fixé d'autres buts thérapeutiques durant la prise en charge de leurs patients à 39 (74%) reprises. De plus, sur les 22 ordonnances sans précision quant aux mesures physiothérapeutiques à mettre en place, les physiothérapeutes ont majoritairement peu regretté l'absence de celles-ci. En effet, les physiothérapeutes ont estimé à 2 (9%) reprises seulement que ces précisions auraient pu bénéficier au patient. Ils ont indiqué à 14 (64%) reprises avoir un avis neutre sans voir de franc bénéfice, et à 6 (27%) reprises que cela n'aurait pas apporté de plus-value.

3.2.4 Spécialité des médecins prescripteurs

Les ordonnances ont été prescrites, comme l'on pouvait s'y attendre, en majorité par des généralistes. En effet, 31 ordonnances provenaient de médecins en possession d'un titre de spécialiste en médecine interne générale, 13 de médecins spécialisés en médecine du sport et 9 de médecins d'autres spécialités. Les médecins généralistes ont majoritairement (43% des cas) indiqué des diagnostics génériques à contrario des médecins du sport et d'autres spécialités qui ont eux respectivement indiqué des diagnostics précis dans 56% et 50% des cas. Il est également à relever que les ordonnances des médecins du sport et celles de médecins d'autres spécialités ont satisfait les physiothérapeutes 77% et 78% du temps tandis que ce taux chute à 42% pour les ordonnances des médecins généralistes.

Médecins généralistes

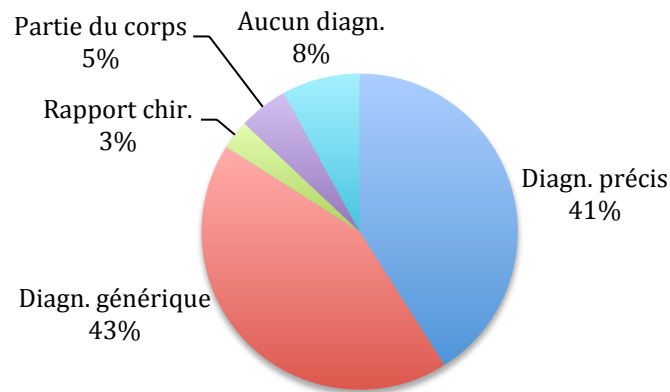


Tableau 7 : type de diagnostic prescrit par les médecins généralistes

Médecins du sport

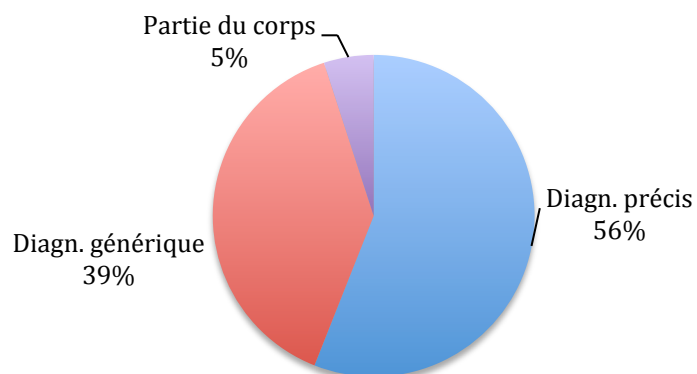


Tableau 8 : type de diagnostic prescrit par les médecins du sport

Médecins d'autres spécialités

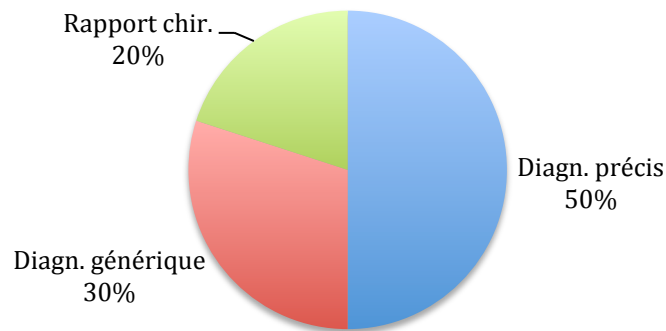


Tableau 9 : type de diagnostic prescrit par les médecins d'autres spécialités

3.2.5 Communication

Lors de ces 53 prises en charge, la communication entre les physiothérapeutes et les médecins s'est essentiellement basée sur l'ordonnance PhysioSwiss, toutefois un moyen auxiliaire a été utilisé à 14 (26%) reprises. Le téléphone ainsi que les e-mails ont été les moyens préférés et employés 6 fois chacun. La communication s'est établie via le patient, qui a transmis les informations d'un professionnel à l'autre, à deux reprises. Ces échanges ont été nécessaires à 8 reprises pour faire préciser l'ordonnance et les besoins du patient, et à 5 reprises pour faire part au médecin prescripteur de l'évolution clinique de celui-ci. Dans un seul cas le physiothérapeute a contacté le médecin pour les 2 raisons mentionnées. Il est à ajouter que les physiothérapeutes ont tenté de contacter les médecins pour 4 patients mais ceux-ci étaient inatteignables. Finalement, aucune communication supplémentaire n'a été tentée ou mise en place pour 35 patients. Les physiothérapeutes auraient souhaité le faire pour 12 d'entre eux mais n'ont pas eu le temps. Pour les 23 autres patients, les physiothérapeutes n'en ont pas ressenti le besoin.

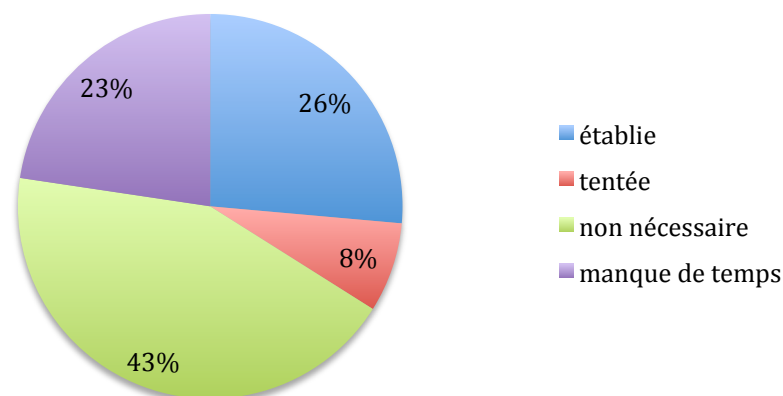


Tableau 10 : représentation des communications auxiliaires effectuées ou non par les physiothérapeutes

4. Discussion

4.1 Résultats

4.1.1 Diagnostics

Cette étude montre, comme l'on pouvait raisonnablement s'y attendre, que des manquements sont retrouvés dans l'utilisation des ordonnances de physiothérapie PhysioSwiss. La prescription de celles-ci par les médecins est parfois lacunaire alors qu'elles restent dans la majorité des cas la seule trace de communication entre les deux professionnels de la santé. Le diagnostic n'est pas toujours médical, parfois générique ou même totalement aspécifique, ce qui à l'avantage de conserver une certaine confidentialité quant à l'état de santé des patients auprès des assurances mais impose aux physiothérapeutes de commencer leur prise en charge sur une base imprécise. Ils se sont déclarés insatisfaits des diagnostics dans un quart des ordonnances, ce qui n'est pas négligeable, et ont estimé pour plus de 40% de celles-ci qu'un diagnostic plus précis aurait permis une meilleure prise en charge. Afin d'améliorer cette dernière, ils estiment également qu'un résumé de l'histoire clinique du patient aurait un impact positif dans la moitié des prises en charge. Les physiothérapeutes nous ont informé être régulièrement amenés à réaliser une anamnèse ainsi que certains examens physiques afin de compléter les informations de l'ordonnance et poser un diagnostic physiothérapeutique.

Si ces chiffres et commentaires peuvent paraître peu réjouissants, il est à noter qu'une étude de 1993⁷ montrait que 22% des ordonnances parvenaient aux physiothérapeutes sans diagnostics et qu'une seconde étude de 2015⁶ montrait que ce taux avait chuté à 10.7%. Ces deux papiers ont pris en compte dans leurs analyses toutes les différentes modalités de prescriptions de physiothérapie, dont la modalité proposée par PhysioSwiss dans l'étude de 2015. Dans notre étude, seul 2% des ordonnances sont revenues sans diagnostic, ce qui montre que les médecins prescripteurs utilisant le modèle PhysioSwiss sont plus enclins à mieux détailler leur prescription de physiothérapie. L'évolution depuis 1992 est réjouissante, prouvant que la situation actuelle tend à s'améliorer, sans toutefois avoir gommé toutes les imperfections. En effet, si les ordonnances sans diagnostic tendent à disparaître, les physiothérapeutes restent toujours insatisfaits du diagnostic dans 26% des cas. Ce chiffre reste trop élevé, montrant que les physiothérapeutes sont forcés à débiter un traitement physiothérapeutique sur des bases inadéquates chez un quart des patients.

4.1.2 Buts du traitement et mesures physiothérapeutiques

Les buts du traitement choisis par les médecins ont paru, dans deux tiers des cas, en adéquation avec les besoins des patients aux yeux des physiothérapeutes mais paradoxalement ces derniers ont fixé pour la majorité des patients d'autres buts que ceux initialement prescrits. Aussi, les physiothérapeutes ont très peu regretté les ordonnances leurs étant parvenues avec des cases « mesures physiothérapeutiques » vierges ou peu précises. Cela s'explique par le fait qu'ils affectionnent avoir une certaine liberté dans le traitement à mettre en place puisque celui-ci relève de leur spécialité et non de celle du médecin.

Les mesures physiothérapeutiques prescrites sont considérées comme des recommandations et non pas comme des obligations de la part du médecin, laissant la place aux physiothérapeutes

d'adapter leurs traitements aux objectifs du patient grâce à leurs connaissances et différentes expériences. Toutefois, lorsque les médecins prescrivent une mesure particulière à mettre en place, celle-ci est usuellement respectée par les physiothérapeutes. Cela démontre qu'une confiance mutuelle règne entre les deux professionnels de la santé, les prescripteurs laissant régulièrement le choix du traitement, qu'ils ne connaissent pas forcément, aux physiothérapeutes qui sont spécifiquement formés à cette tâche. Ces derniers, de leur côté, ne tiennent que peu rigueur aux médecins quand des informations spécifiques au traitement viennent à manquer et acceptent les recommandations du médecin lorsque celles-ci sont précises et pertinentes.

Un dernier point à relever est que les ordonnances pour lesquelles aucune mesure physiothérapeutique n'ont été précisées sont dans la majorité des cas les mêmes que celles avec un diagnostic lacunaire, laissant penser qu'un prescripteur imprécis sur une donnée le sera probablement aussi sur les autres informations à transmettre.

4.1.3 Spécialités des médecins prescripteurs

Les diagnostics des médecins généralistes, comparativement à celles des médecins du sport et d'autres spécialités, ont été les plus insatisfaisants auprès des physiothérapeutes. Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons. Premièrement, les médecins généralistes ne sont pas spécifiquement formés à diagnostiquer des pathologies de l'appareil locomoteur comme peuvent l'être les médecins du sport. Leurs connaissances suffisent à prendre en charge efficacement une majeure partie de la population tout en présentant des limites lorsque les pathologies complexes et moins fréquentes se présentent.

Deuxièmement, les médecins généralistes voient régulièrement des patients avec des symptomatologies aspécifiques, comme des lombalgies par exemple, pour lesquelles un diagnostic précis n'est pas forcément pertinent à définir si celles-ci répondent aux traitements usuels et ne perdurent pas. A l'opposé, les médecins d'autres spécialités voient régulièrement des patients qui ont déjà consulté un médecin généraliste et peuvent profiter du travail fait en amont par leurs collègues. De plus, un biais de sélection est créé par le tri effectué par les médecins généralistes permettant aux spécialistes de ne voir consulter majoritairement que des patients avec des pathologies sérieuses et handicapantes pour lesquelles le besoin d'un examen complémentaire, par exemple radiologique, est souvent nécessaire. Ces ressources supplémentaires permettent de poser un diagnostic précis plus aisément. Il est à noter que les médecins du sport sont également amenés à travailler de manière plus régulière et rapprochée avec les physiothérapeutes, et cette expérience leur permet de mieux connaître leurs besoins en matière d'informations pour une bonne prise en charge.

Enfin, il se peut que certains médecins généralistes sous-estiment l'importance d'une prescription de physiothérapie complète et d'un diagnostic précis pour les prises en charge des pathologies de l'appareil locomoteur, partant de l'idée que si le patient n'est pas soulagé par un traitement antalgique de base ainsi que quelques séances de physiothérapie, il sera *de facto* ré-adressé à un spécialiste qui approfondira les recherches avec des connaissances et

moyens que le généraliste ne possède pas forcément. Cette assurance peut les influencer à, parfois, rédiger leurs ordonnances avec moins de rigueur.

4.1.4 Communication

L'ordonnance de physiothérapie reste dans la majorité des cas la seule trace de communication entre le médecin prescripteur et le physiothérapeute. Toutefois, pour un quart des patients, d'autres moyens de communication, les emails et des appels téléphoniques, ont été employés afin de garantir une prise en charge efficace. Dans plus de la moitié de ces cas, les médecins ont été contactés afin de faire préciser l'ordonnance et l'histoire clinique du patient, ce qui démontre que certains contacts auraient pu être évités si l'ordonnance avait été, dès le départ, rédigée de manière exhaustive. Toutefois, même si les ordonnances étaient systématiquement détaillées et précises, certaines prises en charge nécessiteront toujours un ou des contacts supplémentaires entre le médecin et le physiothérapeute afin d'accompagner au mieux le patient. Cela démontre l'importance d'améliorer la qualité des données saisies sur les prescriptions de physiothérapie mais également d'adapter et optimiser les méthodes de communication annexes utilisées par les deux professionnels.

4.2 Pistes d'améliorations

4.2.1 Autres méthodes de communication

Le système de transmission de l'information actuel est unidirectionnel, ne permettant qu'au médecin de communiquer avec aisance des informations au physiothérapeute via l'ordonnance de physiothérapie. Cette situation va à l'encontre de la multidisciplinarité représentée par le couple médecin-physiothérapeute et une réforme du système doit être envisagée.

La mise en place d'un lieu de colloque où médecins et physiothérapeutes peuvent se retrouver afin de discuter de leurs patients communs semble difficile à réaliser et être une solution inefficace pour la médecine ambulatoire. Ce type de projet pourrait s'avérer efficace dans des grandes structures, tels que des hôpitaux et des grands cabinets réunissant plusieurs professionnels de la santé, ayant un flux de patients conséquent qui légitimerait la tenue d'un tel colloque. Evidemment, il serait nécessaire que les patients consultent les médecins et physiothérapeutes de cette structure spécifiquement.

Dans la pratique ambulatoire, les patients peuvent choisir librement leurs médecins, selon leur assurance, et leur physiothérapeute. Cette liberté, essentielle pour l'équité des soins, crée un nombre infini de couples médecin-physiothérapeute pour lesquels des mesures plus pragmatiques et simples à mettre en place peuvent permettre d'améliorer la situation actuelle. Une remarque régulièrement retrouvée dans les commentaires des physiothérapeutes est le souhait d'avoir systématiquement indiqué sur l'ordonnance le moyen de communication préféré du médecin et par lequel il est le plus simple de le joindre. Une case à cet effet sur la modalité de prescription PhysioSwiss pourrait être une option fiable et peu coûteuse permettant au médecin d'indiquer son adresse email personnelle ou son numéro de téléphone ainsi que, par exemple, les heures durant lesquelles il est le plus régulièrement disponible. De cette manière les physiothérapeutes n'auraient pas à rechercher les différentes données

permettant de contacter le médecin, et ce dernier aurait un support et un créneau horaire dédié à cette activité. Evidemment, cette solution possède des failles résidant dans la motivation des deux professionnels de la santé à se rendre disponibles pour effectuer cette tâche. L'argument financier avec l'introduction d'une rémunération du temps indirect accordé aux patients en leur absence, comme cela est déjà possible pour les médecins, permettrait aux physiothérapeutes de pouvoir facturer leurs précieuses minutes passées à échanger sur les différents problèmes du patient et à réfléchir sur la meilleure prise en charge possible, serait certainement le plus efficace. Cela permettrait aussi de faire reconnaître ces heures de travail qui sont actuellement invisibles aux yeux des assurances et souvent, aussi, à ceux des patients.

Enfin, à l'ère du numérique, l'utilisation d'une plateforme en ligne de partage d'informations médicales telle que www.mondossiermedical.ch, pour l'instant uniquement disponible dans le canton de Genève, permettrait aux médecins et aux physiothérapeutes d'échanger sur l'évolution des pathologies et sur le traitement de leurs patients communs de manière simple et efficace. Le patient gérant lui-même les accès à ses informations, il pourrait décider de la pertinence de rendre visible le diagnostic du médecin à son physiothérapeute, facilitant ainsi la prise en charge. Cet outil nouveau pourrait être un bon moyen de combler les imprécisions des prescriptions PhysioSwiss puisqu'il offre un accès rapide, direct aux informations du patient sans devoir déranger le praticien. De plus, cela permettrait aux deux professionnels de la santé de communiquer de manière confidentielle et à l'abri du regard des assurances. Ce système offre également l'avantage de laisser une trace écrite et informatique des différentes informations échangées.

4.2.2 Lois et assurances

Selon les conventions de la LaMal (Loi fédérale sur l'Assurance-Maladie) et de l'OPAS (Ordonnance sur les Prestations de l'Assurance des Soins), les assurances maladies doivent rembourser jusqu'à 9 séances de physiothérapies par ordonnance et sont en droit d'exiger un rapport médical pour tout patient ayant bénéficié de plus de 36 séances pour une même pathologie. Au-delà du nombre de séances et de la condition de prise en charge assécurologique ainsi que de l'identité du patient et du médecin, les assurances maladies ne sont, pour le moment, que peu regardées quant aux autres informations saisies sur ordonnances⁸, par exemple le diagnostic ou les buts du traitement. Une seule ordonnance (0,5%) est revenue sans précision sur le nombre de séances prescrites et dans 9% des ordonnances la condition de prise en charge assécurologique n'était pas spécifiée. En comparaison, 6% des ordonnances sont revenues sans diagnostics. Cela démontre le pouvoir des assurances sur la prescription physiothérapeutique, les médecins saisissant les informations réclamées par les assurances, informations peu pertinentes pour le traitement, avec la même application que les diagnostics qui sont eux essentiels à la prise en charge.

Les assurances ont donc un rôle à jouer dans la qualité des prescriptions des médecins. Si celles-ci imposent des contrôles de qualité des ordonnances et commencent à exiger plus de précisions afin d'accepter le remboursement des séances de physiothérapie réalisées, cela pourrait forcer les médecins à être plus complets dans la rédaction de leurs ordonnances et bénéficier à la qualité de leur communication avec les physiothérapeutes. Toutefois, cela doit

être fait dans un objectif d'efficacité des soins et non financier. Finalement, et avant d'en arriver là, l'imposition d'un seul et unique standard de prescription comme première mesure d'amélioration pourrait gommer une majeure partie des imprécisions actuelles.

4.2.3 Formation et cursus

L'école de médecine de l'Université de Lausanne a récemment mis en place un cours pour ses étudiants en première année de Master portant sur l'importance de l'interdisciplinarité et du travail d'équipe dans l'univers médical. Ce cours permet aux différents étudiants, futurs médecins, infirmiers, physiothérapeutes ou encore ergothérapeutes, d'échanger sur leurs aptitudes et rôles dans la prise en charge des patients. Ce cours est un pas en avant pour améliorer la qualité de l'interdisciplinarité qui rythme notre système de santé actuel. Toutefois, des manques sont toujours présents, le cursus des médecins vaudois ne comportant malheureusement pas de cours concernant la prescription de séances de physiothérapie, ses différentes modalités ainsi que sur les informations capitales à transmettre. De plus, les jeunes étudiants médecins ne sont que peu confrontés au travail effectif des physiothérapeutes durant leur cursus, ceci engendrant une méconnaissance globale de la pratique et des techniques de prise en charge physiothérapeutiques. Peu de médecins, à la fin de leur formation et même après, connaissent les méthodes employées par les physiothérapeutes afin de prendre en charge efficacement des pathologies courantes telles qu'une hernie discale ou une rupture des ligaments croisés.

L'apprentissage de ces différents points passe par l'expérience acquise au cours des années d'assistantat. Toutefois, cet apprentissage est inégal selon les choix de carrière de chacun et est biaisé, étant la majorité du temps réalisé en milieu hospitalier. En effet, lorsque deux professionnels travaillent dans la même structure, le contact est privilégié et ils peuvent aisément faire préciser la prise en charge et communiquer sur l'évolution de leurs patients communs. Par la suite, lorsque les médecins s'installent en ambulatoire, ceux-ci gardent leurs habitudes hospitalières alors que le cadre de prise en charge est modifié. Ils ne peuvent plus communiquer de manière aussi directe avec les physiothérapeutes pour préciser certains points, et de leur côté les physiothérapeutes n'ont pas accès aux mêmes données concernant leurs patients que celles accessibles en milieu hospitalier. C'est pourquoi l'école de médecine a un rôle à jouer afin d'améliorer la communication entre les médecins et les physiothérapeutes, en enseignant dès les premières années l'importance d'une ordonnance de physiothérapie exhaustive dans la prise en charge d'un patient.

4.3 Limitations

Cette étude comporte plusieurs limitations notables. La première a été le choix d'inclure uniquement des patients dont l'ordonnance de physiothérapie a été prescrite avec la modalité proposée par PhysioSwiss. En effet, cette modalité de prescription, a contrario d'autres existantes, a spécifiquement été mise en place afin d'améliorer la qualité des informations transmises par les médecins aux physiothérapeutes. Ces derniers ont régulièrement mentionné que ce type de prescriptions était le plus complet et satisfaisant en comparaison aux autres modalités existantes. De plus, les médecins utilisant ces prescriptions sont probablement ceux ayant été sensibilisés aux problématiques liées à une communication sub-optimale. Pour ces

raisons, un biais a pu être rencontré et influencé les résultats de manière positive, ne représentant pas la situation globale quant à la satisfaction des physiothérapeutes vis-à-vis de tous les types d'ordonnances.

Deuxièmement, malgré les critères d'inclusion imposés pour la sélection des ordonnances, celle-ci a pu être orientée par les physiothérapeutes de manière positive, en écartant les ordonnances incomplètes, ou négatives, en incluant uniquement les ordonnances lacunaires. De plus, le manque de puissance de l'étude est à relever, notre base de données s'élevant uniquement à 53 patients.

Finalement, le fait de travailler avec un questionnaire à choix multiples a pu influencer les réponses des physiothérapeutes selon la formulation des énoncés. Aussi, il se peut que les physiothérapeutes ont, inconsciemment ou non, coché les réponses qu'ils auraient souhaité pouvoir donner plutôt que les réponses se rapprochant le plus de la réalité. Le questionnaire présente également l'inconvénient de ne pas fournir de réponses précises et de parfois présenter des difficultés d'interprétation.

5. Conclusion

Les ordonnances de physiothérapie sont le point central autour duquel toute la communication entre les médecins prescripteurs et les physiothérapeutes s'articulent. L'utilisation de la modalité de prescription proposée par PhysioSwiss est simple, bon marché et suffisante dans une grande majorité des prises en charge physiothérapeutiques. Grâce à elle, les médecins ont un moyen rapide de prescrire un traitement tout en ayant un support leur rappelant les informations essentielles à transmettre au physiothérapeute. Ces derniers, pour leur part, bénéficient d'une base d'informations suffisante pour démarrer leur prise en charge tout en ayant une certaine liberté dans le choix des différentes mesures thérapeutiques à mettre en place.

Toutefois, si la situation actuelle paraît fonctionner sans lacune majeure, plusieurs points restent à améliorer. Des données importantes, tel que le diagnostic, viennent parfois à manquer. De plus, les buts du traitement et autres mesures physiothérapeutiques sont régulièrement absentes ou très générales, offrant certes une certaine liberté aux physiothérapeutes mais les mettant souvent seuls et sans ressources face aux besoins des patients. Finalement, des méthodes de communication alternatives, nécessaires afin de préciser certains points ou pour simplement transmettre l'évolution du patient, ne sont pas favorisées. Cette absence de moyens démotive les médecins et physiothérapeutes à communiquer, réprime un possible flux d'information du physiothérapeute au médecin et dessert la qualité des prises en charge.

Plusieurs pistes pour améliorer la qualité de la communication du couple médecin-physiothérapeute peuvent être avancées. Tout d'abord, une sensibilisation accrue des médecins ainsi que des étudiants en médecine quant à l'importance des données transmises

aux physiothérapeutes pourrait être mise en place afin d'éviter les ordonnances lacunaires. De plus, la création d'une loi imposant une homogénéisation des prescriptions actuelles, en ne proposant qu'une seule modalité pour tous les médecins, permettrait de standardiser les informations transmises tout en éliminant les prescriptions saisies sur des ordonnances ordinaires ainsi que sur des documents créés par les médecins qui ne sont pas toujours pertinents. D'un autre côté, l'utilisation de plateformes numériques tendant à se développer, il convient également de sensibiliser le corps médical à leurs utilisations, notamment celle du dossier électronique du patient, qui dans le contexte d'une médecine interdisciplinaire, se veut très pertinent. Finalement, une solution qui n'est pas forcément souhaitable en première intention étant donné les motivations souvent pécuniaires des assurances maladies consisteraient à ce que celles-ci deviennent plus regarduses et intransigeantes quand aux données saisies sur les prescriptions afin d'en accepter le remboursement.

Cette étude se base sur les prescriptions de 53 patients du canton de Vaud et esquisse une image de la situation actuelle tout en ouvrant la porte à d'autres études plus conséquentes qui pourront confirmer, ou infirmer, les résultats proposés ici. Les opportunités de recherches sur cette thématique sont importantes et prometteuses, pouvant déboucher sur des améliorations conséquentes pour les médecins et les physiothérapeutes.

Bibliographie

1. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13 Suppl 1:i85-90.
2. Woolf SH, Kuzel AJ, Dovey SM, et al. A string of mistakes: The importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors. *Ann Fam Med*. 2004;2:317–326.
3. Lingard LS, Espin S, Whyte G, et al. Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*. 2004;13:330–334.
4. Walsh E K, Hansen C R, Sahm, L. J., Kearney P M, Doherty E, and Bradley C P. Economic impact of medication error: a systematic review. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2017;26: 481–497.
5. Freund Y, Goulet H, Leblanc J, et al. Effect of Systematic Physician Cross-checking on Reducing Adverse Events in the Emergency Department: The CHARMED Cluster Randomized Trial. *JAMA Intern Med*. 2018;178(6):812–819.
6. Larequi Y. De l'utilité de la prescription médicale de physiothérapie. *Mains Libres* n°6. 2015;239-246.
7. Larequi Y. Evaluation de la prescription médicale de physiothérapie dans le canton de Vaud. 1993; non publié.
8. Rossier J-L, Zaninetti- Schaerer A, Isoard Mateoïu O, Dominicé Dao M. Prescription de physiothérapie au cabinet médical. *Revue Médicale Suisse* 2011;7: 1852-7.