

## Évaluation de modalités d'accompagnement dans la promotion du bilan-diagnostic kinésithérapique auprès des masseurs-kinésithérapeutes

### *Evaluation of support methods to promote the physiotherapeutic diagnosis assessment to physiotherapists*

Rauch A<sup>1</sup>, Briand-Guillemet A<sup>2</sup>, Haumesser D<sup>3</sup>, Lauzier V<sup>4</sup>, Taris M<sup>5</sup>, Roux I<sup>6</sup>, Allemand H<sup>7</sup>

#### Résumé

**Objectif :** Evaluer l'efficacité de deux mesures d'accompagnement : l'envoi de courrier et l'entretien pour la promotion du bilan-diagnostic kinésithérapique auprès des masseurs-kinésithérapeutes.

**Méthode :** Etude randomisée incluant des masseurs-kinésithérapeutes de cinq zones géographiques (Bordeaux, Lille, Metz, Nancy et Rennes) répartis en trois groupes (témoin, groupe courrier, groupe avec entretien au cabinet) comprenant chacun un effectif de 100 personnes. Constitution des groupes de janvier à mars 2004, envoi des courriers et entretien de mars à mai 2004, évaluation de l'impact des actions en octobre 2004.

L'évaluation a porté sur la qualité de remplissage de la fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapique réalisé lors du traitement d'une entorse de cheville. Les critères retenus étaient les quatre indicateurs recommandés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) : œdème, douleur, flexion et stabilité.

**Résultats :** Les effectifs pris en compte pour la mesure d'impact étaient de 70 pour le groupe témoin, 67 pour le groupe courrier et 58 pour le groupe avec entretien. Le pourcentage de fiches reçues était respectivement pour ces trois groupes de 88,6 %, 89,6 % et de 82,6 % ( $p = 0,47$ ). Avec 34,5 % de fiches correctement renseignées, le groupe entretien différait du groupe témoin ( $p < 0,001$ ) et du groupe courrier ( $p < 0,034$ ). Il n'y avait pas de différence entre les groupes témoin et courrier.

**Conclusion :** A partir de l'exemple du bilan-diagnostic kinésithérapique, utilisé dans l'entorse de cheville, notre étude a montré que l'entretien pouvait contribuer à l'amélioration qualitative de la rédaction de ce bilan.

**Rev Med Ass Maladie 2005;36(4):289-95**

**Mots clés :** entorse et foulure ; ligament latéral de cheville ; rééducation et réadaptation ; évaluation résultats de traitement ; adhésion à directive.

#### Summary

**Aim:** To evaluate the efficacy of two support methods – the sending out of a letter and an interview – to promote the physiotherapeutic diagnosis assessment to physiotherapists.

**Method:** Randomised study including physiotherapists from five geographic zones (Bordeaux, Lille, Metz, Nancy and Rennes) divided into three groups (control, letter group, group with interview at practice) each including a population of 100. Constitution of groups from January to March 2004, sending of letters and interviews from March to May 2004, evaluation of the impact of the actions in October 2004.

The evaluation concerned the quality of completion of the physiotherapeutic diagnosis assessment summary form following treatment for an ankle sprain. The criteria used were the four indicators recommended by the *Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé* (ANAES - French national agency for healthcare accreditation and evaluation): oedema, pain, flexion and stability.

**Results:** The numbers included for measurement of the impact were 70 for the control group, 67 for the letter group and 58 for the interview group. The percentages of forms received from these three groups were, respectively, 88.6 %, 89.6 % and 82.6 % ( $p = 0.47$ ). With 34.5 % of the forms correctly filled in, the interview group differed from the control group ( $p < 0.001$ ) and the letter group ( $p < 0.034$ ). There was no difference between the control and letter groups.

**Conclusion:** Based on the example of the physiotherapeutic diagnosis assessment used in ankle sprains, our study demonstrated that an interview could help to improve the quality of completion of this assessment.

**Rev Med Ass Maladie 2005;36(4):289-95**

**Key words:** sprain; ankle lateral ligament; re-education and rehabilitation; evaluation of treatment results; adherence to directive.

<sup>1</sup> Médecin-conseil, Echelon local du service médical de Nancy (CNAMTS).

<sup>2</sup> Cadre, Echelon local du service médical de Rennes (CNAMTS).

<sup>3</sup> Médecin-conseil, Echelon local du service médical de Metz (CNAMTS).

<sup>4</sup> Médecin-conseil, Echelon local du service médical de Rennes (CNAMTS).

<sup>5</sup> Médecin-conseil, Echelon local du service médical de Bordeaux (CNAMTS).

<sup>6</sup> Médecin-conseil, Echelon local du service médical de Lille (CNAMTS).

<sup>7</sup> Médecin-conseil national, Direction du service médical (CNAMTS).

## INTRODUCTION

La multitude des sources confronte le professionnel à un excès d'information rendant complexe l'identification des seules données pertinentes en matière d'évolution des connaissances et des pratiques professionnelles. Les recommandations ou références médicales permettent d'obtenir une information validée, synthétique, actualisée et opérationnelle [1]. Elles sont développées sous forme de textes de recommandations de pratiques cliniques ou de conférences de consensus. Disposer de tels supports est un élément nécessaire pour favoriser l'amélioration des pratiques, mais reste insuffisant. L'amélioration des pratiques ne peut être effective que si cette information est connue des professionnels et qu'ils se l'approprient [2].

Pour favoriser cette appropriation, les actions de diffusion de l'information font appel à de nombreuses techniques. Les actions de formation continue, l'envoi de documents, la visite académique, appelée par les anglo-saxons « academic detailing » ou « outreach visit », le retour d'information « feed-back », les lettres de rappel « reminder », font partie des techniques les plus souvent utilisées et évaluées [1, 3]. Les différentes évaluations montrent que l'envoi d'un simple courrier n'a pas fait la preuve de son efficacité, par contre la « visite académique » ou « visite confraternelle » apparaît comme la méthode la plus efficace [1, 4, 5].

Depuis plusieurs années, le Service du contrôle médical de la Caisse nationale d'assurance maladie du régime général a été amené à développer une activité de conseil et de promotion du bon usage des soins [6]. Des programmes visant à promouvoir des recommandations de bonnes pratiques auprès des professionnels de santé ont été réalisés. Dans ce cadre, le Service du contrôle médical a largement expérimenté ces techniques d'accompagnement et a cherché à en évaluer l'efficacité [7-13]. Dans tous ces programmes de santé, les professionnels accompagnés étaient des médecins. Dès lors, on est en droit de s'interroger pour savoir si l'expérience ainsi acquise en matière d'accompagnement peut être transposée à une autre profession et avec quelle efficacité.

Aujourd'hui, l'amélioration de la coordination des acteurs contribuant à l'offre de soins est définie *comme un enjeu majeur de la modernisation de notre système de santé* [14]. Dans ce contexte, nous avons souhaité initier et évaluer une action d'accompagnement concernant les masseurs-kinésithérapeutes. Depuis octobre 2000, la réforme de la nomenclature des actes de kinésithérapie a prévu et précisé les modalités de réalisation d'une fiche de synthèse, reflet du bilan-diagnostic kinésithérapique [15]. Pour chaque patient ayant besoin d'au moins dix séances de rééducation, cette fiche permet d'informer le prescripteur et le patient des différentes étapes du traitement (bilan des déficits structurels et fonctionnels, diagnostic kinésithérapique, objectifs, protocole thérapeutique). Bien que cette démarche d'évaluation positionne le kinésithérapeute

comme acteur central de la programmation des soins, elle reste à ce jour peu utilisée par les professionnels [16, 17]. L'objectif de notre étude a été d'évaluer l'efficacité de deux modalités d'accompagnement visant à promouvoir la qualité du bilan-diagnostic kinésithérapique auprès des masseurs-kinésithérapeutes : l'envoi d'un courrier et l'entretien avec un médecin-conseil.

## MÉTHODE

### 1. Bilan-diagnostic kinésithérapique

Afin de développer la coordination des soins, les représentants des professionnels de santé et l'Assurance maladie ont prévu de développer les bilans d'évaluation [18-21]. Ces bilans d'évaluation sont synthétisés sous forme de fiches qui permettent un partage d'informations entre acteurs de soins. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, ce bilan est appelé bilan-diagnostic kinésithérapique et donne lieu à la rédaction, par le professionnel, d'une fiche de synthèse permettant la transmission d'informations au prescripteur [15, 22, 23]. Les données de la fiche de synthèse permettent au médecin prescripteur de juger de la nécessité de réaliser ou de prolonger des séances de rééducation. Elles lui permettent également d'appréhender le ou les objectifs pouvant être atteints ainsi que les résultats obtenus à la fin de la série de séances de soins. Une étude nationale, réalisée en 2001 par les trois Caisses nationales d'assurance maladie, portant sur l'analyse de la qualité des fiches de synthèse réalisées par les masseurs-kinésithérapeutes montrait que ces fiches étaient insuffisamment utilisées et mal renseignées, notamment les items d'évaluation clinique [16, 17].

### 2. Population étudiée et base de sondage

La base de sondage était constituée des masseurs kinésithérapeutes libéraux âgés de moins de 55 ans au moment de l'enquête, et exerçant dans les circonscriptions des Caisses primaires d'assurance maladie de Lille, Metz, Nancy, Rennes et dans l'agglomération de Bordeaux. Ces masseurs-kinésithérapeutes devaient avoir adressé une demande d'entente préalable pour rééducation d'une entorse de cheville entre le 19 janvier et le 15 mars 2004. Pour être retenue, cette demande de prise en charge de rééducation d'entorse de cheville, devait répondre à plusieurs critères :

- patient affilié au régime général ;
- patient âgé de moins de 60 ans ;
- concerner une entorse non compliquée, non accompagnée de fracture ou d'une autre pathologie ;
- avec au moins dix séances de rééducation proposées.

Nous n'avons retenu qu'un seul masseur-kinésithérapeute par cabinet pour éviter le biais de transmission d'information entre les différents groupes. La répartition au sein des

groupes a été réalisée par un tirage systématique dans la base de sondage, préalablement triée par ordre décroissant du volume d'activité enregistré en 2003. Une stratification sur le secteur géographique a été réalisée avec une allocation proportionnelle des sujets. L'affectation du type d'intervention aux trois groupes a été déterminée par tirage aléatoire.

La détermination des effectifs pour les trois groupes était basée sur une analyse complémentaire de l'audit des trois Caisses nationales de 2001 [17]. Dans le cadre de la rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques des membres inférieurs, seulement 2,6 % des fiches étudiées étaient correctement renseignées. Notre objectif était de faire évoluer la proportion de fiches de synthèse de qualité, dans le cadre de l'entorse de cheville, de 2,6 % à 25,0 %. Afin de mettre en évidence une évolution significative de 22,4 %, nous avons calculé qu'avec une puissance de test de 95 % et un risque de première espèce de 1 %, le nombre de sujets nécessaires était de 60 par groupe. Nous avons estimé que 10 % des masseurs-kinésithérapeutes refuseraient l'entretien et que 30 % des masseurs-kinésithérapeutes sélectionnés ne nous adresseraient pas de nouvelle demande de prise en charge de rééducation d'entorse de cheville pendant la période de mesure d'impact. Nous avons fixé l'effectif pour chaque groupe à 100.

### 3. Type d'étude

L'utilisation de la fiche de synthèse a été analysée au travers d'une seule pathologie : l'entorse de cheville. Ce choix nous a permis de disposer d'indicateurs qualitatifs homogènes ayant pu être promus au travers des deux mesures d'accompagnement et utilisés secondairement pour évaluer l'impact des messages. L'entorse de cheville est une pathologie fréquente (6000 cas par jour en France), pour laquelle des indicateurs de mesure, simples et reproductibles, ont été recommandés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) [24].

La prise en charge de la rééducation est, en France, soumise à l'accord préalable de l'Assurance maladie. Cette demande est formalisée par un imprimé spécifique (l'entente préalable) renseigné par le masseur-kinésithérapeute et adressé au Service du contrôle médical. La pathologie motivant la rééducation est précisée sur cet imprimé auquel est jointe la prescription médicale. Nous avons utilisé cette procédure pour repérer les demandes de rééducation pour entorse de cheville.

Pour évaluer l'impact des modes d'intervention, nous avons réalisé une étude randomisée multi-sites. Trois groupes de masseurs-kinésithérapeutes ont été constitués :

- groupe témoin : masseurs-kinésithérapeutes n'ayant bénéficié d'aucune intervention ;
- groupe courrier : masseurs-kinésithérapeutes ayant bénéficié de l'envoi d'une information par courrier ;
- groupe entretien : masseurs-kinésithérapeutes ayant bénéficié d'un entretien au cabinet du professionnel avec

un médecin-conseil du Service du contrôle médical de l'Assurance maladie.

### 4. Critères de jugement de la qualité de remplissage du bilan-diagnostic kinésithérapique

Quatre critères ont été retenus :

- douleur de la cheville lésée mesurée avec une échelle visuelle analogique (EVA). Une douleur simplement signalée ou précisée avec une graduation de type douleur « +++ » était considérée comme absente ;
- œdème de la cheville lésée, mesuré en centimètres par une mesure du périmètre bi-malléolaire, comparative à la cheville controlatérale. Nous avons considéré comme absentes les mesures exprimées par des qualificatifs subjectifs et non quantifiés (exemple : « présence d'œdème » ou œdème « +++ »). De plus, même si l'œdème était précisé en centimètres, s'il n'était pas comparé à la mesure du périmètre bi-malléolaire de la cheville controlatérale, nous avons considéré que cet indicateur était absent ;
- flexion dorsale de la cheville lésée mesurée et comparée à la cheville controlatérale soit en degrés à l'aide d'un goniomètre, soit en centimètres par la mesure de la flexion dorsale en charge. Si les mesures réalisées n'étaient pas comparatives à la cheville controlatérale, nous les avons considérées comme absentes ;
- stabilité et capacité fonctionnelle de la cheville mesurées par une série de tests. S'il était précisé que l'appui unipodal était impossible, nous avons considéré que la stabilité ne pouvait être analysée et que cet indicateur était présent.

L'indicateur principal de mesure de nos actions a été le pourcentage de fiche de synthèse de bilan-diagnostic kinésithérapique pour rééducation d'entorse de cheville comprenant les quatre indicateurs renseignés, selon la précision recommandée par l'ANAES [24].

### 5. Modalités d'intervention

Les masseurs-kinésithérapeutes du groupe entretien ont fait l'objet d'un entretien individuel réalisé par un médecin-conseil du Service du contrôle médical de l'Assurance maladie. L'entretien était centré sur la fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapique de rééducation d'entorse de cheville et les recommandations afférentes à cette pathologie. Le déroulement de l'entretien a été standardisé par la rédaction d'un argumentaire. L'information délivrée au masseur-kinésithérapeute abordait les méthodes de mesure (ruban métrique - goniomètre - test de flexion - échelle visuelle analogique) nécessaires pour obtenir une évaluation clinique chiffrée, fiable et reproductible. Les entretiens ont été réalisés entre le 15 mars et le 14 mai 2004.

Les masseurs-kinésithérapeutes du groupe courrier ont reçu, la troisième semaine de mars 2004, un courrier

accompagné des recommandations de l'ANAES concernant les indicateurs de mesure à utiliser dans la rééducation de l'entorse de cheville. L'argumentaire du courrier reprenait celui de l'entretien. La fiche de synthèse type, proposée et validée par les instances paritaires [18], était adressée aux masseurs-kinésithérapeutes du groupe courrier et remise à ceux du groupe entretien.

Le groupe témoin n'a été destinataire d'aucune information spécifique pendant toute la période de l'étude.

## 6. Analyse statistique

Parmi les 300 masseurs-kinésithérapeutes sélectionnés, seuls ceux ayant adressé une demande d'entente préalable de rééducation d'entorse de cheville pendant la période du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre 2004 ont été retenus pour l'évaluation des actions. Les autres ont été considérés comme perdus de vue. Les masseurs-kinésithérapeutes ayant refusé l'entretien ont été inclus dans l'évaluation dès lors qu'une demande d'entente préalable avait été réceptionnée. Nous avons retenu, pour chaque masseur-kinésithérapeute, la première entente préalable éligible. Nous avons demandé la fiche synthétique correspondante au moyen d'une lettre standardisée. Les patients n'ont pas été examinés par des médecins-conseils.

L'exploitation statistique a été réalisée sous SPSS® version 9.0.1. Le test du Khi carré de Pearson a été utilisé pour comparer les groupes. Un accord préalable a été obtenu auprès de la Commission nationale informatique et liberté.

## RÉSULTATS

L'effectif initial des masseurs-kinésithérapeutes inclus dans la base de sondage a été de 1 810. Pour obtenir l'effectif de 100 par groupe, le taux de sondage a été de 5,52 %.

Parmi les 300 masseurs-kinésithérapeutes sélectionnés, 195 ont adressé au moins une demande de prise en charge de rééducation d'entorse de cheville pendant la période du 1<sup>er</sup> juin 2004 au 1<sup>er</sup> octobre 2004. Dans le groupe entretien, cinq masseurs-kinésithérapeutes ont refusé l'entretien et deux ont changé de département d'exercice. La répartition par groupe était de 70 pour le groupe témoin, 67 pour le groupe courrier et 58 pour le groupe entretien ( $p = 0,18$ ). Le taux de réception des fiches de synthèse demandées a été de 88,6 % pour le groupe témoin, de 89,6 % pour le groupe courrier et de 82,6 % pour le groupe « entretien » ( $p = 0,47$ ).

Nous avons analysé la qualité des fiches de synthèse selon la présence ou non des quatre indicateurs recommandés par l'ANAES. Le pourcentage de fiches complètes différait selon les groupes. Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre le groupe témoin (8,6 %) et le groupe courrier (17,9 %). *A contrario*, on note une différence significative entre le groupe entretien (34,5 %) et ces deux groupes (tableau I).

Les indicateurs le plus souvent renseignés étaient les indicateurs de flexion et de stabilité. La comparaison item par item mettait en évidence, pour ces deux indicateurs (tableau II), un meilleur remplissage des bilans émanant

Tableau I  
Répartition des fiches de synthèse<sup>a</sup> selon la présence des quatre indicateurs de mesure recommandés par l'ANAES.  
Etude sur l'impact des actions d'accompagnement dans le cadre de la qualité des fiches de synthèse  
des entorses de cheville 2004 (n = 195).

Qualité de la fiche	Nature de l'action <sup>b</sup>						Degré de signification		
	Groupe T		Groupe C		Groupe E		T versus C	C versus E	T versus E
	n	%	n	%	n	%			
Fiche absente ou incomplète	64	91,4	55	82,1	38	65,5	NS <sup>d</sup>	0,034	< 0,001
Fiche complète <sup>c</sup>	6	8,6	12	17,9	20	34,5			
<i>Total</i>	<i>70</i>	<i>100</i>	<i>67</i>	<i>100</i>	<i>58</i>	<i>100</i>			

<sup>a</sup> Nous n'avons pris en compte qu'une fiche de synthèse par masseur-kinésithérapeute.

<sup>b</sup> T : Groupe témoin, C : Groupe courrier, E : Groupe entretien.

<sup>c</sup> Une fiche complète comporte les quatre indicateurs renseignés selon les précisions préconisées par l'ANAES.

<sup>d</sup> NS : Non significatif.

Tableau II  
Présence des indicateurs sur les fiches de synthèse<sup>a</sup> par groupe. Etude sur l'impact des actions d'accompagnement dans le cadre de la qualité des fiches de synthèse des entorses de cheville 2004 (n = 195).

Présence de l'indicateur <sup>b</sup>	Nature de l'action <sup>c</sup>			Degré de signification		
	Groupe T (n = 70)	Groupe C (n = 67)	Groupe E (n = 58)	T versus C	C versus E	T versus E
Oedème	13	16	28	NS <sup>d</sup>	0,004	0,001
Douleur	22	28	31	NS <sup>d</sup>	NS	0,012
Flexion	19	29	36	0,048	0,036	< 0,001
Stabilité	25	39	33	0,008	NS	0,017

<sup>a</sup> Nous n'avons pris en compte qu'une fiche de synthèse par masseur-kinésithérapeute.

<sup>b</sup> Un indicateur est considéré présent que s'il est renseigné selon la précision recommandée par l'ANAES. En l'absence de fiche de synthèse, l'indicateur était considéré comme absent.

<sup>c</sup> T : Groupe témoin, C : Groupe courrier, E : Groupe entretien.

<sup>d</sup> NS : Non significatif.

du groupe courrier par rapport à ceux du groupe témoin ( $p = 0,048$  et  $p = 0,008$ ).

## DISCUSSION

Notre étude n'a concerné que le régime général de l'Assurance maladie. Ce critère d'inclusion ne peut être considéré comme une limite à notre étude, la représentativité du régime général sur les secteurs étudiés étant supérieure à 84 % [25].

Le choix de différents secteurs géographiques d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes a permis de prendre en compte la diversité des environnements professionnels. Pour la même raison, dans la constitution des groupes, nous avons tenu compte du volume d'activité de ces professionnels.

Les mesures d'accompagnement ont été développées entre le 15 mars et le 14 mai 2004. L'impact de ces interventions a été évalué à partir de soins réalisés entre juin et octobre 2004. Parmi les masseurs-kinésithérapeutes sélectionnés pour constituer les trois groupes, certains n'ont pas adressé de nouvelle entente préalable pour entorse de cheville pendant la période retenue pour l'évaluation. Cette absence d'envoi avait été prise en compte lors du calcul de la taille des échantillons. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les trois groupes.

Les fiches de synthèse ont fait l'objet d'une modification réglementaire concernant la nomenclature générale des actes professionnels [15], suivie d'évolutions conventionnelles [18] centrées sur l'utilisation de ces fiches. De ce fait, les masseurs-kinésithérapeutes ont eu, avant notre étude, une information sur ces fiches, soit par courrier, soit lors de réunions d'information, voire lors de la visite

de délégués de l'Assurance maladie<sup>1</sup>. Ces différentes actions de communication ont pu varier dans leur forme et dans le temps, selon le lieu d'exercice du professionnel. Ce contexte permanent de diffusion d'information a été pris en compte par notre étude et neutralisé par la réalisation d'une étude randomisée avec allocation proportionnelle dans les groupes selon le secteur géographique.

L'analyse de l'impact des interventions s'est appuyée uniquement sur des données déclaratives. Nous ne pouvons donc pas écarter complètement l'éventualité de détournements de procédure c'est-à-dire d'un remplissage postérieur à la réalisation du soin, uniquement pour répondre à la sollicitation du Service du contrôle médical. Si un tel détournement a existé, il a dû concerner tous les groupes et n'a sans doute pas altéré leur comparabilité.

Quel que soit le groupe, la proportion de bilans non retournés est restée inférieure à 20 %. La réglementation prévoit pourtant que *cette fiche synthétique est tenue à la disposition du Service médical à sa demande* [15]. Nous n'avons pas analysé les raisons de ces non-retours. Sur le plan quantitatif, ce résultat témoigne d'une large utilisation de la fiche de synthèse dans l'entorse de cheville. Notre étude n'a pas mis en évidence de différence entre les groupes. L'ancienneté de la mesure (instaurée il y a cinq ans) et la communication importante développée autour de ce bilan expliquent ce pourcentage élevé. L'entretien en face à face a été bien accepté puisque seuls 5 % des masseurs-kinésithérapeutes contactés l'ont refusé.

D'un point de vue qualitatif, notre étude a mis en évidence une efficacité de l'entretien. En 2001, le taux de fiches correctement renseignées était de 2,6 %. Trois ans plus tard, en dehors de toute intervention, ce pourcentage est passé à 8,6%. L'intervention dans le groupe entretien a

<sup>1</sup> Délégués de l'Assurance Maladie : il s'agit d'agents administratifs du régime général ayant pour mission de rencontrer des professionnels de santé, afin d'objectiver et d'expliquer l'information diffusée par l'Assurance maladie.

permis d'obtenir plus d'un tiers de fiches complètes. Ce résultat doit être considéré comme un seuil minimum de mesure de l'efficacité. En effet, les fiches non adressées ont été considérées comme incomplètes, et le groupe entretien avait le pourcentage le plus élevé de fiches non adressées. L'analyse a donc été réalisée dans la situation la plus défavorable. La mesure de la pérennité de ce résultat à moyen terme nécessiterait la mise en œuvre d'une autre évaluation. Notre étude n'a pas démontré l'efficacité de l'envoi d'un courrier. Des effectifs plus importants auraient peut-être permis de mettre en évidence une différence par rapport au groupe témoin. Au total, nos résultats sont conformes aux données de la littérature qui reconnaissent une efficacité de l'entretien alors que le courrier est souvent décrit comme peu ou pas efficace [1, 4, 5, 26-28]. Ils démontrent que ces techniques d'accompagnement, largement utilisées avec les médecins, peuvent parfaitement être développées auprès d'autres professionnels de santé. Le caractère incomplet des fiches de synthèse recouvrait deux situations : l'absence de remplissage et l'imprécision des données renseignées. L'analyse séparée des quatre items cliniques retenus pour l'évaluation a montré que ces situations concernaient tout particulièrement la douleur et l'œdème. Concernant l'indicateur de douleur, les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas l'habitude, dans leur pratique quotidienne, d'utiliser l'échelle EVA pour mesurer la douleur. L'évaluation quantitative de la douleur, pour beaucoup de masseurs-kinésithérapeutes, n'était pas pertinente en raison de son caractère aléatoire car trop subjective et trop fluctuante, donc difficile à cerner. La communication de cette information à un tiers avait, selon eux, peu d'intérêt. Ce constat a été observé pour d'autres professionnels de santé [29]. La notion d'indicateur de mesure chiffré, reproductible, est plus facile à communiquer lors d'un entretien que par un document écrit en raison de son caractère démonstratif, ce qui peut expliquer en partie le manque d'efficacité du courrier. Les critères cliniques sur lesquels nous nous sommes appuyés au cours de notre étude restent toujours d'actualité. L'ANAES a publié en novembre 2004 un référentiel d'auto-évaluation des pratiques en masso-kinésithérapie [30]. La pathologie choisie était l'entorse de cheville. Il est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes souhaitant s'auto-évaluer d'analyser, *a posteriori*, leurs bilans de rééducation d'entorse de cheville. Les éléments devant être présents diffèrent légèrement pour deux items de ceux que nous avons proposés. La flexion doit être analysée de trois manières (comparativement à la cheville controlatérale genou tendu et genou fléchi à 90° et par le test d'accroupissement ou le test en charge de la flexion dorsale). Pour la stabilité, l'ANAES ne demande pas de rechercher si les tests de stabilité ont été réalisés, mais si la rééducation par reprogrammation neuromusculaire a été mise en route dès que l'appui unipodal a été possible. Cet outil a été développé par un groupe constitué exclusivement de masseurs-kinésithérapeutes.

Notre étude visait à évaluer l'apport de différentes mesures d'accompagnement dans le cadre du développement de l'utilisation d'outils de coordination. A partir de l'exemple de la fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapique utilisée dans l'entorse de cheville, notre étude a montré que l'entretien pouvait contribuer à l'amélioration qualitative de la rédaction de ce bilan. Ce premier résultat, mesuré à court terme, devrait être conforté par l'évaluation à plus long terme du devenir des évolutions constatées.

## RÉFÉRENCES

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) - Service évaluation en service libéral. *Qualité des soins. Revue à travers la littérature des outils de mesure et des critères utilisés en médecine ambulatoire.* Paris : ANAES ; 1999 (www.anaes.fr).
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales.* Paris : ANAES ; 2002 (www.anaes.fr).
3. Durieux P. *Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale. Les dossiers de l'Institut d'étude des politiques de santé.* Paris : Médecine Science Flammarion ; 1999.
4. Chabot JM. *La visite académique.* *Rev Prat* 2001;51:1687-8.
5. Thomson O'Brian MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. *Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes.* *Cochrane Data Syst Rev* 2000;(2):CD000409.
6. Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003. *Annexe : rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la Sécurité sociale (JO 24 décembre 2002).*
7. Ricordeau P, Durieux P, Weill A, Chatellier G, Vallier N, Bissery A, et al. *Effect of a nationwide program of educational outreach visits to improve the processes of care for patients with type 2 diabetes.* *Int J Technol Assess Health Care* 2003;19:705-10.
8. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). *Programme national de santé publique : prise en charge de l'hypertension artérielle sévère en France en 1999 et 2000, bilan intermédiaire du programme*

- d'interventions de l'Assurance maladie. Paris : CNAMTS ; Février 2000 ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)).
9. Tilly B, Salanave B, Ricordeau Ph, Bertin N, Guilhot J, Fender P, et al. Hypertension artérielle sévère en France : traitement et contrôle tensionnel en 1999 et 2003. *Rev Med Ass Maladie* 2004;35:167-80.
10. Vidal P, Vialaret K, Lecadet J, Baris B. Impact des échanges confraternels sur le suivi du contrôle glycémique des malades diabétiques de type 2 en région Auvergne. *Rev Med Ass Maladie* 2004;35:149-55.
11. Urbanski M, Simaga F, Varnoux M, Le Neel H, Eon Y. Modification de prescriptions d'antiulcéreux. *Rev Prat Med Gen* 2003;17:1591-4.
12. Lecadet J, Vialaret K, Vidal P, Baris B, Fender P. Mesure à l'échelle d'une région des effets d'un programme national d'information sur le bon usage des antibiotiques. *Rev Med Ass Maladie* 2004;35:81-9.
13. Marchal C, Hourcade S, Vidal P, Bouric S, Urbanski M, Allemand H et al. Mesure de l'efficacité d'une méthode d'accompagnement individuel des médecins généralistes dans leurs prescriptions d'antibiotiques : l'audit-retour d'informations avec échange confraternel. *Rev Med Ass Maladie* 2005;36:133-41.
14. Loi n° 2003-119 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Annexe : rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale (JO, 19 décembre 2003).
15. Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des sages femmes et des auxiliaires médicaux (JO n°231, 5 octobre 2000, p 15763).
16. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Nouvelles pratiques de kinésithérapie : bilan de six mois après la réforme. Paris : CNAMTS, Direction du service médical ; décembre 2001 ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)).
17. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Nouvelles pratiques de kinésithérapie (seconde phase) analyse de la qualité des fiches synthétiques. Paris : CNAMTS, Direction du service médical ; décembre 2002 ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)).
18. Avis relatif à l'avenant à la convention des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (JO n°140, 19 juin 2003, p 10320).
19. Avenant du 18 décembre 2002 à la convention nationale des orthophonistes (JO n°49, 27 février 2003, p 3499).
20. Avenant du 18 décembre 2002 à la convention nationale des orthoptistes (JO n°49, 27 février 2003, p 3496).
21. Avenant du 18 décembre 2002 à la convention nationale des infirmiers (JO n° 49, 27 février 2003, p 3503).
22. Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute modifié par le décret N° 2000-27 du 27 juin 2000 (JO, 29 juin 2000).
23. Thevenet P, Roche-Apaire B, Brun JC. Proposition d'une fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapique. *Kinésith Sci* 2002;427:21-3.
24. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations pour les pratiques de soins. Recommandations de l'entorse externe de la cheville. Paris : ANAES ; 2000 ([www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)).
25. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Direction des statistiques et des études. La population protégée par les régimes de sécurité sociale - Répartition géographique par département et par circonscription de caisses primaires au 31 décembre 2001. Paris : CNAMTS ; 2001 ; Dossier Etudes et Statistiques n° 56.
26. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001;39 (8 Suppl 2):II2-45.
27. Freemantle N, Harvey EL, Grinshaw JM, Grilli R, Bero LA. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD000172 ([www.update-software.com/cochrane](http://www.update-software.com/cochrane)).
28. Sondergaard J, Andersen M, Stovring H. Mailed prescriber feedback in addition to a clinical guideline has no impact: a randomised, controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:47-51.
29. Javel P. Stratégie soignante EVA ou le mythe de la fée réglette Douleur et soins infirmiers. *Soins* 2001;656:37-9.
30. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en masso-kinésithérapie. Rééducation de l'entorse de cheville. Paris : ANAES ; novembre 2004 ([www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)).