

**Les freins à la relation médecins  
généralistes-kinésithérapeutes : étude qualitative auprès  
de kinésithérapeutes**

Victoria Bouchoou

► **To cite this version:**

Victoria Bouchoou. Les freins à la relation médecins généralistes-kinésithérapeutes : étude qualitative auprès de kinésithérapeutes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01925765

**HAL Id: dumas-01925765**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925765>**

Submitted on 17 Nov 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# **FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE SOPHIAS-ANTIPOLIS**

Année 2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN  
MÉDECINE GÉNÉRALE

## **LES FREINS A LA RELATION MEDECINS GENERALISTES- KINESITHERAPEUTES : ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE KINESITHERAPEUTES**

**Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de  
Nice le :**

**07/06/2018**

**Par Victoria BOUCHOUU**

**Née le 12/04/1990 à TOULON**

Jury

Monsieur le Professeur HOFLIGER Philippe	Président
Monsieur le Professeur GARDON Gilles	Assesseur
Monsieur le Professeur PAPA Michel	Assesseur
Monsieur CHOPLIN Arnaud	Invité

Directeurs de thèse : Madame le Docteur GARSON Sandrine

Madame le Docteur POUILLON Maud

**UNIVERSITÉ NICE-  
SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTÉ DE  
MÉDECINE**

**Liste des professeurs au 1<sup>er</sup> septembre 2017 à la faculté de médecine de Nice**

Doyen	M.BAQUE
Vice-doyen	M.BOILEAU
Assesseurs	M.ESNAULT Vincent M.DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Me CALLEA Isabelle
Doyens honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeur Honoraires

M. ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HARTEL Michel
M. BLAIVE Bruno	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZOUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-Patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELOMNT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard

**UNIVERSITÉ NICE-  
SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTÉ DE  
MÉDECINE**

**Liste des professeurs au 1<sup>er</sup> septembre 2017 à la faculté de médecine de Nice**

M.C.A Honoraires

Mlle ALINE Madeleine

M.C.U Honoraires

M. ARNOLD Jacques  
M. BASTERIS Bernard  
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
Mme DONZEAU Michèle  
M. EMILIOZZI Roméo  
M. FRANKEN Philippe  
M. GASTAUD Marcel  
M. GIUDICELLI Jean  
M. MAGNÉ Jacques  
Mme MEMRAN Nadine  
M. MENGUAL Raymond  
M. PHILIP Patrick  
M. POIRÉE Jean-Claude  
Mme ROURE Marie-Claire

**UNIVERSITÉ NICE-  
SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTÉ DE  
MÉDECINE**

**Liste des professeurs au 1<sup>er</sup> septembre 2017 à la faculté de médecine de Nice**

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologique (43.03)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M. LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie-médecine vasculaire
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologique (42.03)
M. MOURoux Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. QUATRHOMME Géraud	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et réanimation Chirurgicale (48.01)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Jospeh	O.R.L (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

**UNIVERSITÉ NICE-  
SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTÉ DE  
MÉDECINE**

**Liste des professeurs au 1<sup>er</sup> septembre 2017 à la faculté de médecine de Nice**

**PROFESSEURS PREMIERE CLASSE**

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. M. BONGAIN André	Gynécologie Obstétrique (54.03)
Mme Breuil Véonique	Rhumatologie (50.01)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L (55.01)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie – Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie ( 51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie ( 51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

**UNIVERSITÉ NICE-  
SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTÉ DE  
MÉDECINE**

**Liste des professeurs au 1<sup>er</sup> septembre 2017 à la faculté de médecine de Nice**

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BREAU Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète, Maladies Métaboliques (54.04)
M. CHEVALIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie Biologie Moléculaire (44.01)
M. CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M. DELLAMONICA Jean	Réanimation Médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie Virologie (45.01)
M. GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50.03)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses, Maladie Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Chirstian	Rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie Diabète, Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

**UNIVERSITÉ NICE-  
SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTÉ DE  
MÉDECINE**

**Liste des professeurs au 1<sup>er</sup> septembre 2017 à la faculté de médecine de Nice**

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.01)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M. BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologie (42.01)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie Pathologie (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie Virologie Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte	Bactériologie – virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie Pathologie (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean	Epidémiologie Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)



**UNIVERSITÉ NICE-  
SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTÉ DE  
MÉDECINE**

**Liste des professeurs au 1<sup>er</sup> septembre 2017 à la faculté de médecine de Nice**

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M. ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologique (42.03)

PROFESSEUR ASSOCIÉS

M. GARDON GILLES	Médecine Générale (53.03)
Mme HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M. PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M. BALDIN Jean-luc	Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination Prélèvement d'Organes
M. ODIN Guillaume	Chirurgie Maxillo-faciale
M. PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François	Santé publique

## **REMERCIEMENTS**

Au président du jury, monsieur le professeur Hofliger : Je vous suis reconnaissant de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse et de l'intérêt que vous y avez porté. Je vous adresse mes remerciements sincères et respectueux.

A monsieur le professeur Gardon : Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour juger mon travail. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux

A monsieur le professeur Papa : Je vous remercie de votre présence en tant que membre du jury pour une de vos dernières soutenances.

A monsieur Choplin : Je vous remercie pour votre présence et pour l'intérêt que vous avez porté à ma thèse dès que je vous en ai parlé. En espérant que des travaux comme le mien puisse aider à rapprocher nos deux professions.

A ma directrice de thèse le docteur Garson : Merci d'avoir été la première à croire en moi pour cette thèse et de m'avoir fait confiance. Merci d'avoir été là pour me motiver et presque tenir mes délais. Enfin merci de m'avoir accueilli en stage et de m'avoir fait découvrir la vraie médecine générale.

A ma directrice de thèse le docteur Pouillon : Merci pour m'avoir accompagné durant ce travail de thèse. Merci pour tes encouragements, ta délicatesse et pour le temps que tu as dû passer à me corriger ! J'espère que ce travail te fait honneur.

A mes parents qui sont toujours là pour moi. Et à qui je ressemble de plus en plus à ma plus grande fierté. A ma grand mère pour son soutien et son amour.

A ma sœur que j'aime de loin et dont je suis pourtant si fière.

A ma deuxième famille : c'est à dire Stef, Mamie, Cyssou, Thev, Nico, Marion, Kevin, Juan, Florie, Elo, Moumou Alexia, Adri Camille. Pour m'avoir soutenu, encouragé, relevé, rassuré, poussé, porté, dans les mauvais moments. Pour avoir partagé avec moi la plupart de mes meilleurs moments. Pour m'avoir donné confiance en moi. Pour m'aimer autant.

A mes co-internes niçois, compagnons de galère : Sarah, camille, laura, sylvain, nath, barbara, Émeline, Hugo, Leslie, Thibaut, Valentin, julien, brice, amelie, Sophie et tous les autres. Merci d'avoir partagé avec moi vos doutes, vos peurs et votre humour. Quand on est pleins dans la même galère, c'est toujours moins difficile.

A l'équipe de mes copains kinés niçois : Merci de d'avoir inspiré cette thèse, et d'y avoir travaillé avec moi ensuite. Parce que la meilleure façon d'améliorer la relation médecin-kiné, reste de faire des soirées ensemble... Merci donc pour toutes ces soirées qui ont contribué sans aucun doute à améliorer nos relations interprofessionnelles !

A mes copines Jen et Marie.

A Nix pour n'avoir mangé que la moitié de cette thèse.

A tous ces médecins que j'ai croisés pendant ces longues années d'études et qui ont partagé leur savoir avec moi, comme ça, juste pour que je devienne un bon médecin.

## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>9</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>13</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>14</b>
<b>1. Description de l'échantillon .....</b>	<b>14</b>
<b>2. Les freins à la relation MG-MK.....</b>	<b>15</b>
2.1 La prescription médicale .....	16
Des prescription inadaptées.....	16
Des prescriptions injustifiées .....	17
2.2 L'absence d'outil de communication adapté .....	18
Le bilan de synthèse (BDK) .....	18
Communication téléphonique .....	18
Communication indirecte par l'intermédiaire du patient.....	18
2.3 L'absence de véritable réseau professionnel.....	19
2.4 La méconnaissance de la profession du MK par le médecin .....	19
2.5 Un sentiment d'infériorité du MK .....	20
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>21</b>
<b>1. Analyse des résultats comparée à la littérature .....</b>	<b>21</b>
La prescription médicale .....	21
Les outils de communication .....	22
Méconnaissance du métier de MK et perspectives .....	23
<b>2. Limites et forces de l'étude .....</b>	<b>24</b>
Limites .....	24
Forces.....	25
<b>CONCLUSION ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>27</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>30</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>31</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>32</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**BDK** : Bilan diagnostique kinésithérapique

**CAIPE** : Centre For The Advancement Of Interprofessional Education

**EIP** : Education inter professionnelle

**ETP** : Education thérapeutique du patient

**MG** : Médecins généralistes

**MK** : Masseurs-kinésithérapeutes

**MS** : Maison de santé

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PDS** : Pôle de santé

## **INTRODUCTION**

La prescription de Masso-kinésithérapie représente une part importante et croissante des dépenses de santé. En France, elle concerne 3,1 milliard d'euros soit 8,5% des montants liés aux prescriptions en 2010. Elle est majoritairement le fait des médecins généralistes (MG) (plus de  $\frac{3}{4}$  des prescriptions actes de Masso-kinésithérapie)(1). La profession de masso-kinésithérapeute (MK) a connu une restructuration durant ces vingt dernières années. Il lui est maintenant reconnu des compétences et des domaines d'actions spécifiques et distinctes de celles du médecin, allant de pair avec une autonomie et une responsabilité accrues(2). En février 2000, un arrêté supprime la notion de quantitatif et qualitatif dans la prescription médicale adressée au MK(3). Le médecin prescripteur ne doit théoriquement plus mentionner le nombre ou la fréquence des séances, ni préciser la zone à traiter. La communication du diagnostic doit se faire sur une lettre d'accompagnement avec les autres éléments que le prescripteur juge nécessaires(4). Cependant, le décret du 4 octobre 2000 stipule que « le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription qui s'impose alors au masseur kinésithérapeute »(5). Apparaissent ensuite, dans le décret 2000-577 du 27 juin 2000, les notions de communication au médecin et de bilan diagnostique kinésithérapique (BDK)(6). Le MK doit réaliser un bilan à chacun de ses patients et l'adresser systématiquement au médecin prescripteur. C'est le début du retour d'information. Un modèle de BDK a été créé en vue de promouvoir son utilisation(7). L'objectif de cet outil étant d'améliorer la collaboration entre MG et MK en favorisant la mise en place d'un travail en réseau comme il existe entre MG et médecin spécialiste.

Pourtant, le constat sur le terrain ne va pas dans ce sens. Tous les médecins ne sont pas informés de la réforme et des modifications que cela implique quant à l'ordonnance. Les MG continuent de prescrire majoritairement le nombre de séances (8). Les données qualitatives sont souvent peu développées (seulement 1 % des médecins joignent toujours un courrier d'accompagnement à leur prescription de Masso-kinésithérapie, et 3% le font souvent)(9). Certains généralistes semblent penser qu'inscrire le diagnostic suffit à la prescription qualitative, et ne s'interrogent pas sur la pertinence de leur prescription (10). Concernant le BDK il apparaît que la majorité des MG n'en reçoivent pas et quand ils le reçoivent, ne le comprennent pas (10). Il semblerait en retour que les MK ne soient pas satisfaits de ce manque d'information(11). Lorsqu'on les interroge, les MG décrivent un manque de collaboration néfaste à la qualité des soins(12).

Peu d'études ont cherché à comprendre les raisons de ce dysfonctionnement. Pourtant une bonne relation entre monde médical et paramédical est un préalable nécessaire à la qualité des soins. L'objectif principal de cette étude est donc d'identifier les freins rencontrés par les kinésithérapeutes dans leur collaboration avec les médecins généralistes.

## **MATERIEL ET METHODES**

Une étude qualitative semi dirigée a été menée auprès de MK des Alpes Maritimes. Le choix du type d'étude qualitatif s'est imposé afin de comprendre les freins de la collaboration MG-MK plutôt que d'en mesurer des paramètres isolés. Le critère d'inclusion était d'être MK exerçant en cabinet libéral et installé depuis plus d'un an. Le critère de non inclusion était l'exercice exclusif en établissement de santé. La période d'inclusion s'est déroulée de septembre 2017 à janvier 2018. Les participants ont été contactés et relancés par téléphone afin de leur présenter le thème de la thèse, et de fixer une date pour les entretiens. Ces derniers ont eu lieu au cabinet ou au domicile des MK. La stratégie d'échantillonnage en variation maximale a été utilisée initialement pour la sélection des participants, à partir d'un MK source issu du réseau de l'investigateur principal. Les principales données sociodémographiques utilisées pour la sélection de l'échantillon ont été recueillies en début d'entretien (âge, sexe, milieu d'exercice, type d'exercice). Le recrutement a été fait sur la base du volontariat et de type boule de neige (snowball slamping)(13). L'évolution vers un échantillonnage progressif a été réalisée en cours d'étude en fonction des informations nécessaires. L'existence d'un réseau ou d'un travail isolé, de relations professionnelles favorables ou conflictuelles avec des MG ont été les éléments déterminants de l'évolution de l'échantillonnage. La taille de l'échantillon a été limitée par la saturation des données.

Une fiche d'information a été fournie avant la signature des consentements permettant l'utilisation des données recueillies. Un guide d'entretien a été le canevas directeur des entretiens (14) (ANNEXE 1). Il a été réalisé à partir des données de la littérature et des différents outils de collaboration développés dans l'introduction. Il a été ensuite validé par la cellule qualitative de la Faculté de Médecine de Nice. Enfin, il a été testé auprès de deux MK, et seules des modifications mineures ont été apportées. Ce guide d'entretien a été modifié au cours de l'étude en fonction des résultats afin d'optimiser les entretiens suivants.

L'ensemble de entretiens a été enregistré à l'aide d'un dictaphone, retranscrits verbatim sous World® puis rendu anonyme. Les verbatims ont fait l'objet d'une analyse par théorisation ancrée (Grounded Theory Method) approchée à l'aide du logiciel Nvivo 11 ® (15). Cette

méthode d'analyse a été choisie afin d'obtenir la plus grande objectivité possible. L'étude ne présentait pas d'hypothèse initiale, ne s'appuyant que sur le matériel recueilli pour évoluer au fur et à mesure de l'analyse. Les entretiens ont été étiquetés par codage ouvert, axial et sélectif. Un double codage a été réalisé pour tous les entretiens par un médecin compétent. Un journal de bord a été tenu tout au long de ces différentes étapes et jusqu'à la rédaction finale afin de garantir au mieux l'objectivité et l'intérêt de l'étude(16). Un tableau de correspondance garantissait l'anonymat et l'accès des participants à leurs données. Cette étude respectait les règles éthiques nationales en vigueur.

## **RESULTATS**

### **1. Description de l'échantillon**

Huit entretiens ont été réalisés auprès de MK des Alpes maritimes. Dix MK avaient été contactés par téléphone. Deux n'ont pas donné suite malgré une relance téléphonique. Sur les neuf MK contactés par téléphone, un seul n'a pas donné suite à notre appel. Les caractéristiques des MK interrogés ont été l'âge, le genre, le lieu d'activité et le type d'exercice. La notion de soins à domicile a également été relevée car elle peut entraîner une collaboration différente avec le MG (Tableau 1). La durée moyenne des entretiens était de 41,5 minutes.

Tableau 1. Caractéristiques des masso-kinésithérapeutes interrogés.

Numérotation	Age	Genre	Durée de l'entretien (en min)	Lieu d'activité	Soins à domicile	Type d'exercice
K1	28	F	48	urbain	non	Cabinet de groupe monoprofessionnel
K2	28	F	53	urbain	oui	Cabinet de groupe monoprofessionnel
K3	29	F	43	urbain	oui	Cabinet de groupe monoprofessionnel
K4	30	M	30	urbain	non	Cabinet individuel
K5	37	M	31	semi rural	non	Cabinet de groupe pluriprofessionnel (MG et MK)
K6	67	F	37	rural	oui	Cabinet de groupe monoprofessionnel situé à coté d'un cabinet médical
K7	52	F	42	urbain	non	Cabinet de groupe monoprofessionnel
K8	30	M	48	urbain	non	Cabinet de groupe monoprofessionnel

## **2. Les freins à la relation MG-MK**

L'analyse des entretiens a permis de classer les freins exprimés par les MK dans cinq domaines.



## 2.1 La prescription médicale

### Des prescription inadaptées

Les MK interviewés ont décrit une ordonnance incomplète à plusieurs niveaux.

**L'absence de diagnostic précis** sur la prescription est le premier élément. L'identification de la zone à traiter a été notée sans aucune autre précision, ce qui est jugé insuffisant. Cela a entraîné une perte de temps pour le MK qui a du poser lui même un diagnostic sans pouvoir s'appuyer sur celui du médecin : *« Ce que j'aime bien avoir c'est un diagnostic dès qu'il est posé. Souvent on a des prescriptions qui donnent des zones de rééducation. Alors que les zones les patients sont capables de nous les donner »* (K5).

**L'absence des résultats d'examens complémentaires déjà réalisés.** Pourtant les MK interrogés jugent cela nécessaire afin d'aider à préciser le diagnostic : *« Après par exemple si c'est rééducation du rachis lombaire, on aimerait bien savoir s'il y a une hernie s'il y a un pincement, plutôt que d'aller regarder, demander les examens du patient qu'il n'a pas spécialement sur lui. »* (K1).

**L'absence d'objectif personnalisé de rééducation** a plusieurs fois été soulevée par les MK. Les MK concernés ont décrit le MG comme le plus à même de définir le projet personnel du patient : *« Même si on tombe sur une personne qui a le même âge, la même pathologie. Ils n'ont pas tous les mêmes désirs. Il y'en a qui souhaitent ne plus avoir mal au dos du tout. D'autres qui aimeraient avoir une certaine mobilité [...] En fait chacun a une envie, un projet qui sont très différents. Je pense que c'est essentiel pour avoir une bonne rééducation de passer par là »* (K3).

**L'absence de précisions sur les spécificités du patient** a aussi été évoquée. Les ordonnances ressemblaient plus à des « modèles » sans personnalisation : *« Parce que les prescriptions sont identiques. Quand c'est docteur untel, toutes les prescriptions pour le dos sont identiques »* (K3). Tous ces éléments ont amené les MK à remettre en doute la véritable réalisation d'un bilan clinique complet par le MG : *« Mais je ne pense pas qu'ils fassent un réel bilan de la personne. Une vraie anamnèse, un vrai questionnement autour de la personne en particulier »* (K3).

**Concernant la notion de prescription quantitative**, les MK avaient des avis partagés. Certains préféraient fixer eux même **le nombre de séances** : *« Je pense que les kinés avaient vraiment une grande volonté d'être indépendant, de choisir eux même le nombre de*

*séances dont ils ont besoin* » (K3). D'autres appréciaient d'avoir un nombre de séance limites fixé par le MG. Cela leur permet de fixer un planning de rééducation et de justifier la fin d'une rééducation auprès du patient : *« Après des fois j'aime bien aussi avoir le stop du médecin. Tu ne peux pas dire au patient : stop je ne veux plus vous voir c'est fini »* (K8). L'idée de prescriptions non quantitatives de manière systématique a été émise. Ce qui permettrait d'autonomiser les MK sur la durée de la rééducation de manière plus légitime auprès des patients : *« Il faudrait que ça se fasse tout le temps systématiquement. Dans ce cas là ça nous autonomiserait sur le nombre de séances et on pourrait aussi se débarrasser de certains patients en disant c'est bon c'est fini ça suffit »* (K7).

**Enfin, la présence de techniques de rééducation** sur l'ordonnance a été mentionnée « en trop » par les MK. Ils se jugeaient plus à même que le MG du choix des techniques utilisées : *« Ils vont parfois comme ils ne savent pas trop, ils vont trop détailler. Parfois on a des ordonnances où ils vont nous expliquer tout ce qu'on doit faire [...] mais je sais tous les outils que je peux mettre en place »* (K2).

### Des prescriptions injustifiées

Les MK interrogés ont évoqué des prescriptions sans véritable indication de rééducation : *« Parfois il y a des patients qui sont redondants. Ils ont des gens dont ils ne savent plus quoi faire donc ils envoient au kiné. De toute façon ça ne fera pas de mal du kiné »* (K3). Selon eux, le MG a prescrit certains soins uniquement à la demande du patient, sans avoir pris le temps de l'examiner : *« ceux qui n'ont pas le temps de prendre... de faire un vrai bilan, d'examiner, de comprendre »* (K3). *Au bout d'un moment ils se déchargent sur nous comme on se décharge sur eux. Le patient il vient, il te dit pour la 15e fois qu'il veut des séances, tu lui donnes* (K8).

Des difficultés ont également été retrouvées lorsque le MK était en désaccord avec le diagnostic ou la zone à traiter présents sur la prescription. Plusieurs attitudes ont été alors suivies : réadresser le patient vers son MG, le contacter directement, ou débiter une rééducation sans suivre la prescription médicale. Il a été retrouvé une volonté commune de ne pas s'opposer frontalement à la parole du MG : *« Et ça m'arrive de contredire des ordonnances. Ça m'arrive d'aller contre le diagnostic du médecin. Je ne vais pas dire « non votre médecin a tort » « Je pense que, je suppose que » Beaucoup pour les prescriptions de tendinite. Tendinite au niveau des épaules qui sont très souvent des névralgies cervico-brachiales »* (K4).

## 2.2 L'absence d'outil de communication adapté

L'absence d'outil adapté de communication interprofessionnelle est un frein qui a été cité majoritairement lors de cette étude : « *Il n'y a pas de moyen facile et rapide actuellement mis en place* » (K5). L'étude a retracé les différents moyens de communication utilisés actuellement et les freins retrouvés pour chacun d'eux.

### Le bilan de synthèse (BDK)

Aucun des MK participant à l'étude n'adressait systématiquement de BDK au prescripteur. La plupart ont reconnu qu'il est important d'informer le médecin de l'évolution de leur rééducation. En particulier lorsque celle-ci est plus lente que prévue et qu'elle va nécessiter un renouvellement d'ordonnance. Les MK ont décrit le bilan de synthèse comme un **moyen inefficace de communication car non adapté**. Trop technique, il n'apporterait à priori pas au médecin les informations qu'il pourrait attendre : « *Et je pense pas que ça intéresse beaucoup un médecin généraliste d'avoir ce type de bilan kiné pur et dur que l'on fait* » (K5). Il a été supposé par certains MK que le MG ne prendrait pas le temps de le lire car trop chronophage : « *Mais le médecin il n'a pas le temps de lire les bilans. Je sais quelle est leur vie aussi. C'est une question de respect* » (K6). Il a été évoqué aussi que le médecin n'en faisait jamais la demande. Ce qui renforçait la conviction des MK de ne pas l'envoyer : « *Je ne les envoie pas parce que les médecins ne m'ont jamais demandé* » (K2).

### Communication téléphonique

Les MK ont été partagés concernant l'utilisation du téléphone comme moyen de communication avec le MG. Les principaux freins retrouvés sont la difficulté à joindre le médecin, le temps qui y était consacré et l'impression de déranger : « *Il y'a certains médecins, tu sais que déjà pour les avoir au téléphone c'est le parcours du combattant* » (K4.) « *C'est sûr que les appeler, ils ont plein de consultations. Ils ne vont pas forcément répondre [...] ça prend du temps de discuter avec le médecin* » (K1).

### Communication indirecte par l'intermédiaire du patient

Selon les MK, c'est à travers le patient que se fait principalement la communication : « *En fait tous mes patients, je leur dis où on en est, je leur explique et je leur pose des questions. Et les questions je leur demande de voir avec leur médecin. C'est un peu mon lien c'est le patient* » (K3). Cela a entraîné deux problèmes relevés par les MK : **la difficulté à traduire**

**le motif de rééducation et le mauvais retour de transmission des informations au médecin.** Ces situations ont pu engendrer des décisions médicales inadaptées et des erreurs dans le parcours de soins : « *Certains ne savent pas pourquoi ils viennent chez le kiné ni pourquoi le médecin les a envoyés* » (K2) « *Il s'avère que le patient ne comprenait pas ce que je faisais donc il ne transmettait pas exactement la réalité* » (K7) « *Je sais ce qu'il va se passer. Le patient il va retourner voir le médecin et il va demander une autre ordonnance* » (K7).

### 2.3 L'absence de véritable réseau professionnel

En milieu urbain, les MK ont avoué **ne pas connaître la plupart des MG** avec lesquels ils travaillaient : « *Je ne me suis jamais présenté. Je ne les ai jamais vu. Après c'est aussi une erreur de ma part. On n'a pas vraiment de lien* » (K1). Pourtant le fait d'avoir rencontré le médecin aurait pu faciliter la communication « *si c'est quelqu'un que je connais plus particulièrement, je vais prendre le temps de discuter parce que je vais le connaître* » (K1).

### 2.4 La méconnaissance de la profession du MK par le médecin

**La méconnaissance de la profession de MK par les MG** a été un élément important rapporté par les MK. La formation des étudiants en médecine a été critiquée. Cette formation n'intéresserait pas assez les médecins au travail du MK. Cela créerait des lacunes responsables d'une mauvaise collaboration interprofessionnelle : « *Les médecins généralistes, j'ai l'impression que pendant leurs études, ils ont appris que pour certaines pathologies il fallait mettre kiné mais sans savoir vraiment à quoi ça correspondait* » (K2). Les entretiens ont traduit un sentiment de regret que le MG, pourtant prescripteur des soins, ne soit pas capable de comprendre le travail effectué : « *Et parfois on se demande s'ils savent vraiment ce que l'on fait* » (K4). Cette méconnaissance a été parfois ressentie par les MK comme **un désintérêt pour leur travail** : « *c'est aussi rentrer dans notre technicité propre. Je ne pense pas que ça intéresse le médecin généraliste dans la majorité des cas* » (K5). Certains MK reprochaient aux MG d'avoir **une vision limitée et dévalorisante de leur travail** de rééducation : « *Je pense qu'il faudrait une prise de conscience des médecins généralistes [...] Je pense que très peu de généralistes savent ce que l'on fait. Parfois ils sont très réducteurs. « Allez vous faire masser chez le kiné ». Je pense que c'est un manque de respect envers notre profession* » (K4). Certains MK ont évoqué **une perte de confiance** des MG envers l'ensemble de la profession. La faute selon eux, à une génération de MK

ayant abusé de cette confiance : « *Parce que les kinés ont quand même mauvaise réputation auprès des médecins. Un peu d'arnaqueurs, genre on fait mal notre boulot, on prend six patients à la chaîne ou justement sur nos ordos on va essayer de coter plus* » (K2).

Les interviews ont mis fréquemment en avant **un manque de connaissance du MG concernant les cotations** utilisées par le MK. Les MK décrivent un certain nombre de situations où la cotation liée à la prescription ne correspondait pas au travail effectué : « *J'ai le cas d'un médecin qui met rééducation rachis global comme ça. C'est une patiente qui a une spondylarthrite ankylosante donc en vrai je lui fais énormément de choses [...]. Mais pour la sécu comme il y a marqué rééducation rachis, pour eux je dois mettre une cotation rachis* » (K2). Cette situation a pu générer un conflit avec le médecin prescripteur que les MK souhaitaient souvent éviter : « *ça m'arrive régulièrement de demander de les refaire. Ça m'a déjà été refusé. Après je ne me prends pas la tête pour une cotation* » (K5).

## 2.5 Un sentiment d'infériorité du MK

**Un sentiment d'infériorité professionnelle** par rapport aux MG a été mis en évidence chez certains MK, compliquant la collaboration : « *Mais du coup j'ai l'impression que les médecins sont sur leur piédestal, un peu des dieux quoi (sourire) inaccessibles, très susceptibles et qu'on est que des petits kinés* » « *On te dit que tu vas être sous-fifre tu le vis un peu mal. Voilà comment les médecins te considèrent* » (K2). **L'impression de déranger** a été le sentiment le plus mis en évidence : « *Je ne prends pas la peine d'appeler le médecin pour lui dire que tel patient a ça. Parce que j'ai l'impression de le déranger encore une fois* » (K4). Les MK ont constaté régulièrement la confiance des patients envers leurs MG dont la parole faisait force de loi, même lorsqu'elle s'opposait à la parole du MK : « *Pour le patient, le médecin c'est le bon Dieu* » (K6), « *Et étant donné qu'on est que kiné pour certaines personnes, on croit plus le médecin que le kiné. Ça c'est à nous d'essayer de prouver le truc* » (K1).

## **DISCUSSION**

L'analyse des entretiens a mise en évidence cinq champs de freins à la collaboration MG-MK : la prescription médicale, les outils de communication, le réseau professionnel la méconnaissance de la profession de MK par les MG et le sentiment d'infériorité des MK.

### **1. Analyse des résultats comparée à la littérature**

#### **La prescription médicale**

Notre étude a révélé une demande des MK concernant la prescription. Celle-ci devrait contenir plus d'informations nécessaires au MK : **le diagnostic, les examens complémentaires, les objectifs de rééducation et les spécificités liées au patient.** L'objectif étant de fixer un projet de soins personnalisé en accord avec le patient, le MG et le MK. A contrario **les techniques de rééducation** ne sont pas souhaitées par les MK afin d'obtenir d'avantage de liberté dans leur travail. Une étude qualitative australienne publiée en 2014 s'est aussi intéressée aux éléments que les MG et les MK souhaiteraient inclure dans leur communication interprofessionnelle(17). Cette étude retrouvait plusieurs éléments considérés comme pertinents par les MK et apparaissant également dans notre étude: les antécédents médicaux, les antécédents psycho-sociaux, une estimation de la durée de rééducation et des mesures objectives des fonctions actuelles. Elle retrouvait également la notion de « yellow flags ». **Les yellow flags** correspondent aux facteurs de risque de chronicisation et donc d'échec de la rééducation. En France, un article publié dans la revue de kinésithérapie en 2010 listait par exemple les yellow flags à rechercher lors de la prise en charge d'une rachialgie aigue : attitude et croyance de la pathologie, comportements, émotions, facteurs iatrogènes (tels que des explications contradictoires par les soignants), contexte médico-légal (accident du travail), contexte familial, professionnel et socioculturel(18). Dans notre étude, ces yellow flags n'ont pas été cités en tant que tels par les MK. Le MK au vu du temps passé avec le patient, semble le plus apte à comprendre comment ces yellow flags interagissent dans l'évolution du processus de rééducation. Un retour d'information de ces éléments au MG pourrait être intéressant afin d'amener à un travail en synergie et améliorer la qualité des soins.

Concernant la mention sur l'ordonnance de **la durée de rééducation**, notre étude montrait des avis partagés. Une étude quantitative réalisée en 2016 en France retrouvait des résultats similaires(19). Les MK opposés à la prescription quantitative expliquaient pouvoir juger eux même du nombre de séances à partir de leur bilan initial. Ils n'étaient alors pas dans l'obligation d'argumenter avec le patient du nombre de séances inscrites par le médecin sur l'ordonnance. Cependant pour d'autres MK, un nombre de séances permettrait de limiter certains patients qui voudraient prolonger leur prise en charge. Toutefois, une uniformisation des pratiques pourrait être souhaitable afin de proposer une prise en charge cohérente pour le patient sur l'ensemble du territoire.

Enfin, l'idée que les MG utilisent parfois la kinésithérapie « lorsqu'ils ne savent plus quoi faire » est récurrente dans notre travail. Elle est aussi retrouvée dans un rapport d'étude français publié en 2009 par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, qui montre que les MG ont des difficultés à prendre en charge un certain nombre de patient souffrant de douleurs ostéo-articulaires chroniques(12). En particulier lorsqu'est intriquée une composante psychique qu'ils ont du mal à déterminer. Ce rapport montre alors que la masso-kinésithérapie apparaît alors comme une bonne solution pour ces médecins. Elle permet **la délégation du patient** et de sa douleur, vers la masso-kinésithérapie. La prise en charge par le MK, plus longue pourrait laisser la place à l'expression progressive de motifs ou de mots qui n'ont pas le temps d'être exprimés en consultation avec le MG. De plus, les MG ont témoigné ne pas toujours souhaiter entendre ces motifs exprimés par leurs patients. Quoiqu'il en soit, il paraît primordial que **cette délégation soit accompagnée d'une information** au MK, afin qu'ils comprennent la demande implicite du MG. Inversement, le MK doit faire un retour au MG en explicitant les problématiques qu'il a identifiées chez son patient, ainsi que les limites de son travail de rééducation dans ce sens. Renforcer la communication interprofessionnelle est prioritaire pour améliorer le travail en équipe nécessaire à la prise en charge globale des patients.

### Les outils de communication

Notre travail a mis en évidence un manque d'outil adapté pour la communication entre MG et MK.

Pour les MK, le BDK était peu utilisé car trop spécifique et complexe même quinze ans après sa création. Cela a aussi été évoqué dans une étude qualitative française réalisée en 2015 qui s'est intéressée à la connaissance et à l'utilisation des BDK par les médecins généralistes (20). Celui-ci est décrit par les MG comme trop chronophage et trop laborieuse à lire, décourageant son utilisation. Le BDK ne semble donc convenir à aucune des

professions concernées. Dans notre travail, la communication téléphonique a été décrite elle aussi comme chronophage et dérangeante. La communication par l'intermédiaire du patient, quant à elle, comportait des biais évidents par rapport à une communication directe qui est parfois indispensable. L'utilisation **d'une messagerie électronique** pourrait être la voie d'avenir pour améliorer la communication interprofessionnelle. C'est aujourd'hui un moyen de communication simple, rapide et facile d'accès. Elle s'affranchit de l'impression de déranger puisque n'interrompant pas une consultation. Elle permet également d'intégrer facilement les informations échangées au dossier médical. Pour sa mise en utilisation, les MK doivent avant tout s'affranchir de deux problématiques : le développement d'une messagerie sécurisée et l'échange avec leurs médecins correspondants des adresses électroniques. Le déploiement de MS santé, messagerie sécurisée destinée aux professionnels de santé et développée par les ordres médicaux pourrait être une solution intéressante (21).

### Méconnaissance du métier de MK et perspectives

Dans notre étude, les MK ont fait état de l'ignorance des médecins concernant leur travail en rééducation et les cotations qu'ils appliquent. Un rapport d'étude français publié en 2009 par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé montre que ce sentiment est aussi partagé par les MG (12). Ils expliquent cela par un manque de formation pendant leurs études.

Un des axes à développer est donc la **formation pluri professionnelle**. L'Education Inter professionnelle (EIP) fait l'objet d'un intérêt croissant pour la formation des étudiants au niveau mondial (22). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2010, en lien avec le Centre For The Advancement Of Interprofessional Education (CAIPE) un cadre de référence en EIP. Ce cadre définit la formation interprofessionnelle lorsque deux professions ou davantage sont engagées dans un processus d'apprentissage conjoint, réciproque et qui leur permet de mieux se connaître pour mieux collaborer et améliorer la qualité des soins (23)(24). En Suisse un groupe thématique a travaillé en 2013 sur un concept d'apprentissage de l'EIP fondé sur des exemples concrets de collaborations interprofessionnelles, destiné aux étudiants en santé. (25). Ce groupe a développé six modules d'apprentissage correspondant à des situations de soins ambulatoires ainsi que de nombreuses recommandations pour leurs utilisations dans le cadre d'une formation pluri professionnelle. Ce type d'apprentissage pourrait tout à fait être adapté au système universitaire français. En France, une étude qualitative réalisée à Rennes en 2015 a analysé la perception des étudiants ayant suivis une formation pluri professionnelle (26). Cette formation, réunissait des étudiants en santé de plusieurs domaines (médecins, infirmiers,



MK) afin de les faire travailler sur des constructions de projets de groupes autour de situations cliniques complexes. Elle permettait selon les étudiants de découvrir les champs de compétences des autres professions, de lutter contre les préjugés de hiérarchie, de travailler avec les médecins de façon plus égalitaire. Ainsi, le développement de formations pluri professionnelles pendant leurs études permettrait aux étudiants MK de lutter contre plusieurs freins à la relation avec les MG décrits dans notre travail. De plus, suite à cette formation, plusieurs étudiants ont fait part de leur volonté de développer des projets de travaux en inter professionnalité dans leur avenir.

La suite logique de ces apprentissages communs est le développement d'un travail collaboratif tel qu'il existe dans **les Maisons de Santé (MS) et Pôles de Santé (PDS)**. Plusieurs travaux ont étudié les conditions d'urgences et les facteurs influençant le travail pluri professionnel dans les MS et les PDS(27)(28). La proximité physique et cognitive, la connaissance des compétences des autres professions et la diminution de la hiérarchie symbolique médicale développées dans ces centres ont favorisé les échanges sur les pratiques et le travail en collaboration. L'élaboration d'un projet de santé ou une formation commune (comme une formation à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP)) ont été les leviers principaux permettant de rapprocher les professions. Parallèlement, un leadership partagé dans le cadre d'un management participatif permettait d'impliquer de manière équilibrée les différentes professions dans les MS ou PDS. Ainsi, la volonté de travailler ensemble que l'on retrouve chez les professionnels de ces structures permet de développer des vraies relations interprofessionnelles.

Il est donc souhaitable de favoriser le développement de formations communes des étudiants MG et MK durant leurs études afin de faire émerger l'envie de collaborer et de créer des projets communs par la suite.

## **2. Limites et forces de l'étude**

### **Limites**

La qualité d'interne en médecine générale de l'investigateur principal a pu limiter l'exhaustivité des réponses données par les MK. Cependant le fait d'être « interne » et non « médecin » a pu minimiser ce biais. Les MK se sont adressés à l'investigateur comme à une personne extérieure au système libéral.

Peu de MK exerçant en milieu rural ont été inclus dans cette étude. Ceux interrogés ont rapporté des idées globalement similaires au MK urbains. Le manque de diversité des MK interrogés concernant leurs lieux d'activités et leurs types d'activités a pu amener à une

saturation trop précoce des données et ainsi limiter les résultats de l'étude. Inclure des MK exerçant dans des zones reculées en sous effectifs médicaux ou exerçant dans des structures de santé aurait pu enrichir la diversité des freins analysés.

Les professionnels interrogés n'exerçaient pas tous dans le même territoire de soins. Une étude centrée sur un même territoire de soins aurait pu permettre d'identifier les freins au sein d'un même réseau. Cependant le recrutement de MK sur des territoires différents a pu diversifier et donc enrichir les résultats.

Un retour des verbatims au MK n'a pas pu être réalisé, ce qui peut limiter la validité de l'étude.

### Forces

La validité interne de l'étude a été obtenue par double codage de tous les entretiens. Cette étude qualitative a permis au MK de s'exprimer librement afin de comprendre un phénomène global.

Très peu d'études ont été réalisées sur la relation entre MG et MK, ce qui renforce le caractère novateur de ce travail. Le peu d'études réalisées interrogeaient principalement les MG. Avoir l'opinion des autres professionnels concernés est primordiale pour identifier tous les paramètres à prendre en compte afin d'améliorer le travail en collaboration.

## **CONCLUSION ET PERSPECTIVES**

Cette étude a permis d'identifier cinq champs principaux de freins à la collaboration MG-MK : la prescription médicale, les outils de communication, le réseau professionnel, la méconnaissance de la profession de MK par les MG et le sentiment d'infériorité des MK. La prescription médicale est souvent décrite comme incomplète et inadaptée au patient. Les différents outils de communication actuels sont chronophages et peu utilisés. Il n'existe pas de réel réseau interprofessionnel entre MG et MK. Les MG pourtant prescripteurs de ces soins, connaissent très mal les différents aspects de la profession de MK. Enfin, il peut exister un sentiment d'infériorité des MK par rapport aux MG aboutissant à une relation inégale entre ces deux professions. Plusieurs pistes d'amélioration peuvent être envisagées. L'uniformisation des prescriptions avec une véritable prescription centrée sur le patient en est le premier élément. En retour les facteurs de risques de chronicisation (yellow flag) identifiés par le MK pourraient être transmis au MG afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et d'éviter des renouvellements injustifiés. Le développement des messageries électroniques sécurisées pourrait favoriser les échanges entre MG et MK. Des formations interprofessionnelles lors de la formation universitaire pourraient être développées pour lutter contre la méconnaissance entre les professions et favoriser les liens. Chez les professionnels installés, la création d'un projet professionnel commun reste le moyen le plus évident d'améliorer les relations interprofessionnelles et donc le travail en collaboration.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (page consultée le 18/07/2017). Données de cadrage : démographie et activité des professions de santé, [en ligne].<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/>.
2. Evenou D. Les évolutions récentes du cadre législatif et réglementaire de l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute: Déontologie professionnelle. *Kinesither Rev.* 2007 Jul;7(67):16-22.
3. Code de santé publique. Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 06 janvier 1962 relatif aux actes pouvant être pratiqués par les Médecins et les Auxiliaires Médicaux. JO 3 mars 2000. p.3378.
4. Griffon A, De Lucas F, Yahia N, et al. Règles de prescription et techniques de massokinésithérapie dans les affections de l'appareil locomoteur. EMC - Appareil locomoteur. 2011, 15-901-A-1,
5. Code de Santé Publique. Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. JORF n°231 du 5 octobre 2000 p. 15763.
6. République française. Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. JO du 27 juin 2000. 2000-577 juin 27, 2000.
7. République française. Avis relatif à l'avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs. JORF n°140 du 19 juin 2003 p.10320 texte n° 94.
8. Mariage A, Le Laidier S, Chatellier C, et Al. Nouvelles pratiques de kinésithérapie six mois après la réforme. 2001 . Commandité par Caisse Nationale de Maladie des Travailleurs Salariés
9. Debarge A. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion : enquête auprès de 79 médecins généralistes. [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de docteur en médecine]. Université Bordeaux 2; 2013.
10. Dellandrea A. Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Lorraine; 2013.
11. Matharan J, Micheau J, Rigal E. Le métier de masseur-kinésithérapeute, Rapport d'étude. Plein sens-ONDPS ; 2009.

12. Bonnal C, Matharan J, Micheau J. Prescription de la Masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues. Rapport d'étude de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Décembre 2009.
13. Goodman LA. Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 1961, vol 32, n°1.
14. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev*. 2015;15(157):50–54.
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Bauman L, et Al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84:142-5.
16. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur; 2014.
17. Haywardl C, Wilcock S. *Primary Health Care Research & Development* 2015; 16: 304–308 General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction.
18. Berquin A, Nonclercq O. Évaluation des yellow flags : pourquoi et comment..*Kinesither Rev* 2010;(108):16-18.
19. Vigneux L. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de la Somme : enquête auprès de 94 masseurs-kinésithérapeutes de la Somme [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de docteur en médecine]. Université Amiens; 2016.
20. Tambour E. Connaissance et utilisation des fiches de synthèse kinésithérapiques par les médecins généralistes. Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes ardennais [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de docteur en médecine]. Université Reims; 2015.
21. ASIP Santé ([page consultée le 27 mars 2018). Mailiz, La messagerie sécurisée proposée par les ordres en santé, [En ligne]. <https://mailiz.mssante.fr/>
22. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ?. *Rech Soins Infirm*. 2011;(106):40-6.
23. WHO. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. WHO. 2010. [page consultée le 12 mai 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)
24. CAIPE - Centre for the Advancement of Interprofessional Education [Internet]. CAIPE. [page consultée le 12 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.caipe.org/>
25. Glardon O, Facchinetti N. Interprofessionnalité et soins intégrés : quel enseignement ? Rapport du groupe de travail «Interprofessionnalité» de la Plateforme « Avenir de la formation médicale ». *Bulletin des médecins suisses*. 2015;96(3):50–52.
26. Fiquet L, Hugué S, Annezo F et Al. Une formation inter professionnelle pour apprendre

à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale* 2015; 16(2): 105–117.

27. Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. IRDES. Aout 2014.

28. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours [Thèse de doctorat santé publique - sociologie]. Université Paris-Sud ; 2015.

# **ANNEXES**

## **Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN**

### 1. Présentation :

(Question brise-glace) : Pour commencer, j'aimerais que vous me racontiez un exemple où la communication avec le médecin généraliste a été mauvaise ?

### 2. Analyse des prescriptions du médecin généraliste

- Que pensez-vous des prescriptions/ordonnances que vous recevez ?
- quels sont les éléments qui sont utiles sur une ordonnance ?
- quelles types d'information jugez-vous inutiles ou non pertinentes ?
- selon vous en quoi la NGAP influence les prescriptions que vous recevez ou vos attentes ?

### 3 Bilan de synthèse ou BDK

- Utilisez-vous des BDK
- Que pensez-vous de ces bilans de synthèse ?
- Quelles types d'informations échangez-vous avec le généraliste ?

### 4. Renouvellement d'ordonnance :

- pour quelles raisons avez-vous besoin de renouvellement ?
- Comment adressez-vous les demandes de renouvellement ?
- quels sont les problèmes que vous rencontrez lors d'un renouvellement ?

### 5. Communication

- Dans quels cas pensez-vous que la communication est très importante ou moins importante ?
- que pensez-vous de la communication entre les kinésithérapeutes et les médecins généralistes de manière générale ?
- comment pensez-vous que l'on puisse l'améliorer ?

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



## **RESUME**

**Introduction :** La profession de masso-kinésithérapeute (MK) a connu une importante restructuration durant ces vingt dernières années afin de favoriser la relation avec le médecin généraliste (MG). Pourtant cette collaboration reste encore non optimale avec parfois des conséquences délétères pour le patient.

**Objectif :** Identifier les freins rencontrés par les kinésithérapeutes dans leur collaboration avec les médecins généralistes.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de kinésithérapeutes libéraux des Alpes Maritimes.

**Résultats :** Huit entretiens individuels ont été réalisés. L'analyse a dégagé cinq freins principaux à la collaboration MG-MK : une prescription médicale souvent incomplète ou injustifiée, un manque d'outils de communication adapté, un manque de structuration de réseau professionnel, un manque de connaissance des MG sur la profession de MK et un sentiment d'infériorité des MK. Plusieurs pistes d'amélioration pourraient être développées comme une prescription médicale plus axée sur le projet de soin personnel du patient, un retour d'information du MK concernant les facteurs de risques de chronicisation du patient et le développement des messageries électroniques sécurisées. Des formations interprofessionnelles pendant les études puis le développement de projets communs pourraient permettre d'améliorer la relation et le travail en collaboration de ces deux professions.

**Conclusion :** Les freins à la collaboration MG-MK sont nombreux et peuvent être corrigés. Il est indispensable de mettre en œuvre des actions d'amélioration pour renforcer la collaboration interprofessionnelle en soins primaires et ainsi améliorer la qualité de soins des patients.

**Background :** The profession of Physiotherapist (P) has been reconfigured a lot for the last twenty years to improve link with General Practitioner (GP). But this collaboration no remains optimal, sometimes with negative impact for patients.

**Objective :** To identify obstacles encountered by P in their cooperation with GP.

**Method :** Qualitative study semi headed interview of liberal P in Alpes Maritimes (06)

**Results :** Eight individual interviews have been achieved. Five obstacles at cooperation P-GP have been released by analysis : many times an inadequate or unjustified medical prescription, a lack of communication tools, a lack of structured professional net, a misunderstanding of physiotherapist's practice by GP, a feeling of inferiority of P. Various leads to improvement could be developed like : a medical prescription focused more on patient's personal medical project, a feedback by P about risk factors of passing through chronicity, secured electronic messaging developments. Share interprofessional learning program and develop shared projects could improve relationship and collaboration between those two professions.

**Conclusions :** The obstacles at collaboration P-GP are many and can be corrected . Improvement actions must definitively be carried out to strengthen interprofessional collaboration and therefore optimize quality of care for patients.

**Keywords :** Physiotherapist, General practionner, collaboration, qualitative research, primary care