

Année 2023/2024

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Ségolène BERGERARD**

Née le 02/10/1995 à Neuilly Sur Seine (92)

---

**Perceptions des Masseurs-kinésithérapeutes sur la collaboration diagnostique avec les Médecins généralistes dans les troubles musculosquelettiques : une étude qualitative en Indre et Loire**

---

Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2024 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Alain AUMARECHAL, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur André-Stéphane GROCHOLSKI, Médecine Générale – Tours

**Directeur de thèse : Docteur Anthony DEMONT, Kinésithérapeute, Santé Publique – INSERM Paris UMRS-1153**

## RESUME

**Introduction** : Les troubles musculosquelettiques posent un défi de santé publique, nécessitant une approche multidisciplinaire. Cependant, des lacunes persistent dans la communication et la collaboration entre masseurs-kinésithérapeutes (MK) et médecins généralistes. Comprendre les perceptions des MK peut éclairer les stratégies visant à renforcer cette collaboration, améliorant ainsi la qualité des soins aux patients atteints de TMS.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en Indre-et-Loire. L'analyse s'est inspirée de la méthode par interprétation phénoménologique pour explorer les perceptions et expériences des participants.

**Résultats** : Les participants manifestent un désir supérieur de s'impliquer dans le processus diagnostique des troubles musculosquelettiques, même si des obstacles émotionnels et hiérarchiques persistent. Ils font état de contraintes temporelles et financières entravant leur collaboration avec les médecins généralistes. Une méconnaissance des rôles professionnels et des divergences dans la reconnaissance des compétences des masseurs-kinésithérapeutes au sein de la communauté médicale sont également soulignées.

**Conclusion** : Une amélioration de la formation interprofessionnelle et l'exploration de solutions pour atténuer les contraintes temporelles et financières sont nécessaires. En encourageant une communication ouverte et une compréhension mutuelle entre les professionnels de santé, il devient possible de renforcer la qualité des soins prodigués aux patients souffrant de troubles musculosquelettiques.

**Mots Clés** : Masseurs-kinésithérapeutes, Médecins généralistes, troubles musculosquelettiques, diagnostics, collaboration interprofessionnelle, formation interdisciplinaire

## ABSTRACT

**Introduction** : Musculoskeletal disorders (MSDs) pose a public health challenge, requiring a multidisciplinary approach. However, gaps persist in communication and collaboration between physiotherapists and general practitioners. Understanding physiotherapists' perceptions can inform strategies to strengthen this collaboration, thereby improving the quality of care for patients with MSDs.

**Methods** : This is a qualitative study conducted through semi-structured individual interviews with physiotherapists practicing in Indre-et-Loire. The analysis was inspired by the phenomenological interpretation method to explore the perceptions and experiences of the participants.

**Results** : Participants express a greater desire to be involved in the diagnostic process of musculoskeletal disorders, even if emotional and hierarchical obstacles persist. They report time and financial constraints hindering their collaboration with general practitioners. A lack of understanding of professional roles and divergences in the recognition of physiotherapists' skills within the medical community are also highlighted.

**Conclusion** : Improved interprofessional training and exploration of solutions to alleviate time and financial constraints are needed. By encouraging open communication and mutual understanding between healthcare professionals, it becomes possible to strengthen the quality of care provided to patients suffering from musculoskeletal disorders.

**Key words** : Physiotherapists, General practitioners, musculoskeletal disorders, diagnostics, interprofessional collaboration, interdisciplinary education

UNIVERSITE DE TOURS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Pr Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Luc FAVARD  
Pr Bernard FOUQUET  
Pr Yves GRUEL  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Loïc VAILLANT

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - P. DUMONT - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAIN - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - D. PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - P. ROSSET - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BACLE Guillaume .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David .....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ...	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume .....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline .....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure .....	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive - réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine .....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénérologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte .....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien .....

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine .....

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud .....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas .....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas .....	Médecine d'urgence
PARE Arnaud .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
NICOLOU Antonine .....	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

---

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine .....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime .....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe .....	Médecine Générale
SAMKO Boris .....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

---

BECKER Jérôme .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé .....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie .....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe .....	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric .....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe .....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
SECHER Thomas .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille .....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### *Pour l'éthique médicale*

BIRMELE Béatrice .....

Praticien Hospitalier

### *Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale*

LAMANDE Marc .....

Praticien Hospitalier

### *Pour l'orthophonie*

BATAILLE Magalie .....

Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie .....

Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde.....

Orthophoniste

EL AKIKI Carole .....

Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid .....

Orthophoniste

IMBERT Mélanie .....

Orthophoniste

SIZARET Eva.....

Orthophoniste

### *Pour l'orthoptie*

BOULNOIS Sandrine .....

Orthoptiste

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes de  
cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et  
de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne  
verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à  
corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je  
rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si  
je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre  
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs si  
j'y manque.

## REMERCIEMENTS

### **À mon directeur de thèse Anthony Demont,**

Merci d'avoir répondu présent, d'avoir porté de l'intérêt et accepté de diriger mon projet. Merci de m'avoir accompagné avec sympathie tout au long de ce travail, et merci pour ta disponibilité.

### **Au docteur André Grocholsky,**

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour ton accompagnement, ton écoute et ta prévenance lors de mon tout dernier stage d'internat. Tu as su me redonner le sourire et me permettre de voir l'avenir plus sereinement.

### **Aux docteurs Frédéric Lebeau, Sandrine Dewitte et Hélène Broux,**

Merci pour votre soutien, votre encadrement et votre bienveillance. Merci de m'avoir fait confiance, d'avoir partagé votre expérience et votre savoir.

### **À tous les Masseurs-kinésithérapeutes d'Indre-et-Loire,**

Merci pour l'intérêt porté à cette étude. Merci tout particulièrement à ceux ayant pris de leur temps pour répondre à mes questions et d'avoir partagé leur expérience. Merci pour votre accueil et votre gentillesse.

### **À mes parents et mon frère,**

Merci pour votre soutien sans failles tout au long de ce long chemin et ce malgré mon caractère. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir accompagné et épaulé dans les moments de doute et de difficulté. Je vous suis éternellement reconnaissant pour tout ce que vous avez fait pour moi, et je sais que sans vous, je n'aurais pas pu arriver jusque-là. Merci du fond du cœur.

### **À ma belle-famille,**

Merci pour votre accueil chaleureux et bienveillant. Merci pour votre soutien et vos précieux conseils.

### **À Léa,**

Merci d'avoir évoqué ce sujet de thèse lors de notre discussion autour d'un verre ! Sans toi, cet écrit n'aurait pas vu le jour. Un grand merci ma chère amie !

### **À Chloé,**

Merci pour ton soutien tout au long de ces années et pour tous ces beaux souvenirs ensemble. Du Laos à Toulouse, merci d'être restée à mes côtés, de près comme de loin.

**À Marie, Anne, Emma, Constance, Rémi et Amaury,**

Merci pour tous les beaux moments passés ensemble, que ce soit lors de nos révisions ou nos vacances. Votre soutien et votre présence ont été d'une grande aide, merci mes amis.

**À Barbara, Mickael, Sandra, Rémi, Noémie, Thomas, Coralie et Arthur,**

Merci pour votre écoute et votre réconfort dans les moments de doutes. Chaque moment passé ensemble a été précieux. Que notre amitié reste aussi forte et sincère.

**À Albane,**

Merci pour ta présence et ton soutien depuis les tout premiers jours de ces longues études. Je garde en mémoire les moments partagés, les rires et les confidences, malgré les épreuves que nous avons traversées.

**À Anaëlle,**

Merci pour ton amitié sincère du premier concours jusqu'à maintenant. Même si le temps nous a éloignées géographiquement, c'est toujours un bonheur de te retrouver !

**À tous mes amis de l'escalade,**

C'est toujours un plaisir de vous voir, de discuter et rire avec vous.

Un grand merci tout particulièrement à **Juliette** qui a su me rassurer et me guider pour l'écriture de cette thèse.

**À tous mes co-internes, et tout particulièrement ceux de gériatrie et Loches,**

Merci pour ces moments d'entraide, d'échanges et de rires qui resteront les plus beaux moments de cet internat.

**Aux professionnels médicaux et paramédicaux que j'ai croisé tout au long de mon chemin,**

Merci pour votre aide, votre générosité et le partage de votre savoir.

**Enfin, à Nicolas,**

Merci d'être là depuis toutes ces années. Merci pour ta patience et ton soutien sans failles pendant que j'écrivais ma thèse, qui ont été plus précieux que tout. Je suis reconnaissante pour le passé, le présent et l'avenir que nous partageons. Du fond du cœur, avec tout mon amour, je te remercie d'être celui que tu es et pour tout ce que tu fais.

# TABLE DES MATIERES

RESUME .....	2
ABSTRACT .....	3
INTRODUCTION .....	16
METHODES .....	18
1    TYPE D'ETUDE .....	18
2    POPULATION ETUDIEE .....	18
3    RECUEIL DES DONNEES .....	18
4    ANALYSE DES DONNEES .....	19
5    SYNTHESE DES DONNEES.....	19
6    ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES .....	19
RESULTATS.....	20
1    CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON .....	20
2    ANALYSE DU DIAGNOSTIC MEDICAL DES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES : IMPLICATIONS CLINIQUES ET PRATIQUES COLLABORATIVES.....	20
2.1    Un avis mitigé sur l'ordonnance .....	20
2.2    La justesse du diagnostic médical .....	21
2.3    Contribution des MK au processus de diagnostic médical : collaborative ou autonome ? .....	22
3    ÉCHANGES ET COMMUNICATION AUTOUR DU DIAGNOSTIC DE TMS AVEC LES MEDECINS GENERALISTES	23
3.1    Existe-t-il un échange ? .....	23
3.2    Une communication à travers divers canaux de communication .....	25
3.2.1    Les moyens de communication .....	25
3.2.2    Une communication indirecte .....	26
3.2.3    Des moyens non adaptés.....	27
3.3    Dynamique des échanges interprofessionnels autour des diagnostics de TMS .....	27
3.4    Une liberté dans l'échange ? .....	28
4    INFLUENCE DES ASPECTS EMOTIONNELS ET RELATIONNELS SUR LES ECHANGES .....	29
4.1    Interactions interprofessionnelles.....	29
4.1.1    Attitudes dans la communication .....	29
4.1.2    L'ouverture d'esprit .....	30
4.1.3    La nouvelle génération .....	31
4.2    Les sentiments.....	31
4.2.1    Sentiments positifs .....	31
4.2.2    Sentiments négatifs .....	32
4.2.3    Une histoire de hiérarchie .....	34
4.3    Stratégies et ajustements dans les échanges .....	35
4.4    L'impact de la connaissance mutuelle sur la collaboration .....	35

5	OPTIMISATION DES ROLES ET COMPETENCES : CHEMINEMENT VERS UNE RECONNAISSANCE	
	PROFESSIONNELLE RENFORCEE .....	36
5.1	Une méconnaissance des rôles de chacun.....	36
5.2	Des compétences et rôles bien définis.....	37
5.3	Vers une meilleure reconnaissance professionnelle .....	38
6	ANALYSE MULTIFACTORIELLE DE LA COMMUNICATION ENTRE MASSEURS-KINESITHERAPEUTES ET	
	MEDECINS GENERALISTES : CONTRAINTES ET DEFIS .....	39
6.1	Le facteur temps .....	39
6.2	La place de la rémunération.....	40
6.3	Impact de la communication MK-MG .....	41
6.4	La collaboration entre MK et MG.....	41
6.4.1	État actuel de la collaboration.....	41
6.4.2	Vers une meilleure collaboration .....	42
6.5	Impact de la formation sur la communication .....	44
	DISCUSSION .....	46
	CONCLUSION .....	51
	BIBLIOGRAPHIE .....	52
	ANNEXES.....	55
1	ANNEXE 1 : GRILLE COREQ.....	55
2	ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL .....	58
3	ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN FINAL .....	60
4	ANNEXE 4 : EXTRAIT DE RETRANSCRIPTION .....	62
5	ANNEXE 5 : EXTRAIT D'UNE GRILLE DE CODAGE .....	63

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 - CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS .....	20
TABLEAU 2 - GRILLE COREQ.....	57
TABLEAU 3 - EXTRAIT D'UNE GRILLE DE CODAGE .....	63

## LISTE DES ABREVIATIONS

BDK : Bilan Diagnostic Kinésithérapique

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

MG : Médecin Généraliste

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TMS : Troubles Musculo Squelettiques

## INTRODUCTION

Une personne sur quatre dans le monde est atteinte de troubles musculosquelettiques (TMS). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) précise que ces troubles affectent environ 1,71 milliards de personnes en 2021 (1). Les troubles musculosquelettiques regroupent les affections de l'appareil locomoteur touchant les articulations, os, muscles et tendons. Ces affections peuvent être aiguës ou chroniques limitant la mobilité et engendrant des douleurs.

En France, l'Assurance Maladie rapporte que les TMS sont la principale cause d'arrêt de travail en 2019 (2) et représentent plus de 80% de l'ensemble des maladies professionnelles déclarées au régime général de la Sécurité Sociale. Environ 13% de l'ensemble des motifs de consultations de médecine générale en France sont des patients consultant pour des troubles musculosquelettiques (3). Il s'agit du deuxième motif de consultation le plus prévalent en soins primaires, après celui des troubles cardiovasculaires.

Ces troubles représentent donc une préoccupation majeure de santé publique, engendrant une charge significative tant sur le plan individuel que socio-économique. Des interventions thérapeutiques efficaces pour prévenir et traiter ces troubles peuvent contribuer à réduire la charge de morbidité et d'invalidité associée à ces troubles et améliorer la qualité de vie liée à la santé des personnes qui en souffrent.

En tant que coordinateur des soins, le Médecin Généraliste oriente le patient vers le professionnel de santé le plus adapté pour répondre à ses besoins de soins précis. Dans le cadre des troubles musculosquelettiques, le professionnel de santé délivrant les soins de première intention recommandés n'est autre que le Masseuse-Kinésithérapeute. En effet, l'étude menée par Lin et al. place la rééducation comme traitement de première intention pour ces troubles. La collaboration interprofessionnelle entre les Masseuse-Kinésithérapeutes et les Médecins Généralistes revêt donc une importance cruciale (4). Cette relation collaborative est essentielle non seulement pour la précision du diagnostic, mais également pour la mise en place d'une prise en charge optimale et coordonnée des patients.

Au cours de cinq années de formation, le Masseuse-Kinésithérapeute étudie en profondeur différents domaines cliniques comme l'appareil musculosquelettique, neuromusculaire, respiratoire ou encore cardiovasculaire. Depuis les années 2000, des décrets leur ont accordé une plus grande autonomie, passant d'une profession d'applicateurs à une profession de concepteurs. Désormais, ils sont autorisés à réaliser un bilan diagnostique kinésithérapique (BDK) pour évaluer les troubles musculosquelettiques (5), déterminer la nécessité des soins, organiser le traitement et fixer le nombre de séances. Les objectifs de soins, les actes et les techniques sont décidés en accord avec les besoins de soins du patient. Conformément à l'article R4321-2 du code de la Santé publique et l'arrêté du 4 Octobre 2000 (6,7), le BDK et un suivi de l'évolution du traitement doivent être partagés avec le médecin traitant, favorisant la coordination entre les deux professionnels de santé.

Bien que de nombreuses publications existent sur les collaborations entre les différents professionnels de santé, celles sur les relations entre Masseurs-Kinésithérapeutes et Médecins Généralistes sont encore peu étudiées. En 2021, une revue systématique avec méta-analyse (8) confirme l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle pour améliorer la qualité des soins, favorisant une approche centrée sur le patient. Cependant, malgré l'importance des échanges d'informations et d'une collaboration étroite entre Masseurs-kinésithérapeutes et Médecins Généralistes, des obstacles semblent persister pour offrir une prise en charge optimale aux patients. Les interactions interprofessionnelles, bien que généralement cordiales (9), souffrent parfois d'un manque d'investissement (10) et de difficultés de communication (11). Des études et thèses soulignent la méconnaissance, par les médecins généralistes, des champs de compétences et des outils tels que le BDK (12–14). Ces derniers préféreraient des informations plus succinctes et des bilans plus accessibles (15). En revanche, les Masseurs-Kinésithérapeutes préconiseraient des ordonnances plus détaillées, comprenant un diagnostic précis ainsi que des données cliniques pertinentes, au lieu de se limiter à spécifier simplement le nombre de séances et les techniques de rééducation.

En outre, des divergences de diagnostic, notamment pour les troubles musculosquelettiques, ont été observées. Des études aux Etats-Unis en 2005 (16) et en Arabie Saoudite en 2022 (17) suggèrent que les diagnostics formulés par les Masseurs-Kinésithérapeutes sont rapportés comme plus valides que ceux des Médecins Généralistes lorsqu'ils sont comparés à des médecins spécialisés dans ce domaine ou aux résultats d'examens paracliniques. En France, une étude de 2022 confirme cette tendance, soulignant une discordance diagnostique significative pour les douleurs rachidiennes entre les deux professions, avec une précision diagnostique supérieure chez les Masseurs-Kinésithérapeutes (18).

La collaboration entre les deux professionnels apparaît ainsi comme fondamentale, compte tenu de la formation plus spécialisée des Masseurs-Kinésithérapeutes dans le domaine des TMS. Cette spécialisation offre des perspectives complémentaires pour discuter des diagnostics dans l'intérêt du patient. L'échange d'idées, notamment en cas d'incertitude, serait préconisé, suivant l'exemple des Médecins Généralistes Australiens (19), soulignant ainsi la valeur d'une communication étroite pour une prise en charge optimale. Le système de santé Australien permettant un accès direct aux Masseurs-Kinésithérapeutes, l'échange d'idées et d'informations permet une bonne collaboration des professionnels gravitant autour du patient.

Bien que la collaboration entre Masseurs-Kinésithérapeutes et Médecins Généralistes soit cruciale, des défis subsistent en termes de communication, compréhension mutuelle des compétences, et harmonisation des diagnostics.

Cette thèse vise donc à explorer les perceptions des Masseurs-Kinésithérapeutes d'Indre et Loire, concernant leurs échanges avec les Médecins Généralistes sur les diagnostics formulés auprès de patients atteints de troubles musculosquelettiques afin d'identifier les éléments clés qui pourraient être améliorés pour optimiser leur prise en charge.

## METHODES

### 1 Type d'étude

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les perceptions des Masseurs-Kinésithérapeutes d'Indre et Loire, concernant leurs échanges avec les médecins généralistes sur les diagnostics formulés auprès de patients atteints de troubles musculosquelettiques, en vue d'identifier les éléments clés qui pourraient être améliorés pour optimiser leur prise en charge.

Une étude exploratoire qualitative a été réalisée afin de décrire la situation dans son ensemble et de recueillir le ressenti des professionnels de santé dans ce contexte de prise en charge. Le critère de jugement (perceptions) étant non quantifiable, elle a été préférée à une étude quantitative.

### 2 Population étudiée

La population cible était constituée des Masseurs-Kinésithérapeutes d'Indre et Loire. Le recrutement s'est effectué sur la base du volontariat suite à un appel à la participation adressé à l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes d'Indre et Loire et transmis à l'ensemble des membres inscrits au tableau de l'Ordre.

Les participants devaient posséder le diplôme d'état de Masseur-Kinésithérapeute ou avoir obtenu une reconnaissance de leurs qualifications professionnelles par l'Ordre français. Ils devaient exercer depuis un an ou plus auprès de patients présentant des troubles musculosquelettiques. Enfin leur exercice devait être à temps plein ou partiel en libéral.

### 3 Recueil des données

Les données ont été collectées à travers des entretiens individuels semi-dirigés, reposant sur un guide d'entretien (ANNEXE 2) préalablement rédigé par l'investigateur. L'élaboration du guide s'est faite à partir des éléments issus de la littérature.

Le guide était précédé par une phrase rappelant l'objectif de cette étude. Par la suite, une question « brise-glace » permettant aux participants de se sentir à l'aise en abordant leur parcours. Cinq thèmes se succédaient. Le premier abordait la fréquence des échanges entre les professionnels, le deuxième la pertinence des informations diagnostiques partagées, le troisième la qualité de la communication et le quatrième le partage des décisions cliniques. Enfin, le cinquième traitait des barrières, facilitateurs et axes d'améliorations relatifs à la communication. Le tout s'articulant autour de six questions ouvertes afin d'obtenir une liberté d'expression et d'approfondir les réponses.

Le guide d'entretien initial a été validé par le Directeur de thèse, également Masseur-Kinésithérapeute. Une question supplémentaire portant sur la formation des Masseurs-

Kinésithérapeutes a été ajoutée après le sixième entretien pour obtenir des réponses plus riches en informations. Le guide n'a par la suite plus eu de modifications (ANNEXE 3).

Tous les entretiens ont été conduits par un unique investigateur entre octobre et décembre 2023, en présentiel dans un café, au cabinet ou au domicile des participants. La durée moyenne des entretiens était de 50 minutes.

Chaque entretien a été enregistré sur un dictaphone après obtention du consentement éclairé oral. Ils ont ensuite été retranscrits intégralement sous Word® et anonymisés.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données, aucune nouvelle information ou idée émergeant à partir du douzième entretien.

#### 4 Analyse des données

Les entretiens ont été étiquetés et analysés indépendamment les uns des autres à l'aide du logiciel Excel®. Une analyse interprétative phénoménologique a été utilisée pour extraire les données. Cette méthode d'analyse a été préférée afin de donner du sens aux significations subjectives des expériences vécues par les participants (20). L'analyse a bénéficié d'une triangulation des données (21). La grille COREQ a été utilisée pour valider le caractère scientifique de l'étude (22,23).

#### 5 Synthèse des données

Chaque entretien a été analysé séparément. Les étiquettes ont été transformées en thèmes regroupés ensuite en thèmes super-ordonnés. Des liens entre les thèmes super-ordonnés de chaque entretien ont abouti à des groupes appelés « Clusters », donnant les axes de présentation des données.

#### 6 Aspects éthiques et réglementaires

L'étude a bénéficié d'un avis auprès de la coordonnatrice de la cellule « Recherches Non Interventionnelles » du CHRU de Tours le 6 Octobre 2023. S'agissant d'une étude exploratoire qualitative répondant aux directives MR-004 de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL), aucune déclaration n'était nécessaire devant l'anonymisation des informations. Cette recherche portant sur les pratiques professionnelles se situait en dehors du champ d'application de la loi Jardé (24).

## RESULTATS

### 1 Caractéristiques de l'échantillon

Douze entretiens ont été menés entre octobre et décembre 2023. L'âge médian des Masseurs-kinésithérapeutes d'Indre et Loire était de 30 ans [25-67].

Participants	Âge	Sexe	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
1	26	M	Urbain	cabinet de groupe MK
2	51	M	Semi Rural	Domicile et EHPAD
3	25	F	Rural	cabinet de groupe MK
4	37	M	Semi Rural	cabinet de groupe MK
5	27	F	Semi Rural	cabinet de groupe MK
6	27	F	Urbain	cabinet de groupe MK
7	46	F	Urbain	cabinet de groupe pluriprofessionnel
8	29	F	Urbain	MSP
9	38	M	Urbain	MSP
10	26	M	Urbain	MSP
11	31	M	Rural	cabinet de groupe MK
12	67	M	Rural	cabinet individuel

Tableau 1 - Caractéristiques des participants

### 2 Analyse du diagnostic médical des troubles musculosquelettiques : implications cliniques et pratiques collaboratives

#### 2.1 Un avis mitigé sur l'ordonnance

La communication du diagnostic des troubles musculosquelettiques entre le masseur-kinésithérapeute et le médecin généraliste se réalise via l'ordonnance médicale. Pour certains, l'ordonnance est le seul lien avec le médecin.

*MK 2 : « Le rapport avec les médecins libéraux dans mon activité à domicile se limite à l'ordonnance »*

Concernant le diagnostic inscrit sur l'ordonnance, le contenu est variable. Le diagnostic est pour certains trop précis, quand pour d'autres il est trop large. Beaucoup ont mentionné recevoir davantage de zones anatomiques à traiter que de diagnostics de TMS clairement identifiés.

*MK 9 : « Alors il y a soit les médecins qui ne donnent pas assez, qui laissent libre cours complètement, mais juste « bilan du rachis et rééducation associée ». Ou alors il y en a qui donnent complètement une piste et qui sont trop précis »*

*MK 11 : « Alors des fois il n'y a pas exactement le diagnostic...on s'en fout quoi, c'est l'épaule qui merde bon bah voilà « rééducation de l'épaule » moi ça me choque pas. »*

Si pour certains le diagnostic inscrit fait foi pour la suite de la prise en charge, d'autres à l'inverse ne s'y fit pas. La prise en compte du diagnostic pour l'élaboration du plan de traitement est donc variable d'un professionnel à l'autre.

*MK 2 : « je n'ai pas d'intervention sur le diagnostic je...le diagnostic est posé à partir du moment où il est posé sur l'ordonnance et moi je traite l'ordonnance »*

*MK 6 : « en soi, je tiens pas vraiment compte des diagnostics qui sont marqués sur ordonnance. »*

Plusieurs participants soulignent attacher plus d'importance aux zones à traiter inscrite sur l'ordonnance et aux déficiences du patient évalués lors du BDK plutôt qu'aux diagnostics formulés sur l'ordonnance par les MG.

*MK 1 : « moi en tout cas je m'importe beaucoup moins de l'idée de diagnostic en fait et que ce qui m'importe c'est surtout la zone à traiter et de résoudre les soucis du patient »*

Selon certains MK, les ordonnances peuvent parfois manquer de clarté et le vocabulaire utilisé semble être trop technique. De plus, il a été signalé qu'aucun courrier n'est joint à l'ordonnance pour fournir des informations complémentaires sur le diagnostic.

*MK 1 : « Ça arrive pas fréquemment mais euh j'ai jamais eu une zone à traiter avec à côté un courrier explicatif. Alors que je crois que c'est ce qui est un peu recommandé. »*

*MK 5 : « c'est que les ordonnances pour les kinés sont pas très claires non plus »*

Concernant leurs besoins, ils souhaitent pour beaucoup avoir un diagnostic large ou bien une zone anatomique à traiter sur l'ordonnance, plutôt qu'un diagnostic précis. Cette approche leur facilite la cotation de leurs actes, offrant ainsi une plus grande liberté conforme à la nomenclature de facturation des actes.

*MK 5 : « moi après mettre la pathologie c'est pas forcément le plus important c'est plutôt la zone. »*

## 2.2 La justesse du diagnostic médical

Les MK ont souvent exprimé leur accord avec les diagnostics médicaux posés par les MG. Globalement, les diagnostics sont jugés de qualité, sans erreurs graves signalées. Plusieurs participants perçoivent une amélioration dans la précision des diagnostics de TMS formulés par les MG.

*MK 5 : « les diagnostics je pense pas qu'ils soient...70-80% ils sont bons quoi, dans l'ensemble ça va. »*

*MK 10 : « Je trouve que ça s'améliore [les diagnostics de TMS]. Je trouve que ça s'améliore. »*

Ils soulignent toutefois que leur précision dépend souvent des zones anatomiques. Ces divergences sont observées particulièrement sur les troubles musculosquelettiques affectant les épaules, le rachis cervical et en présence d'une sciatgie, où certains MK estiment que les diagnostics sont insuffisants ou inadéquats à l'état de santé des patients.

*MK 6 : « Après y a pas mal de je dirais des fois pas d'erreurs, mais où on n'est pas forcément d'accord sur les diagnostics sur les des tendinopathies d'épaules ou du cou »*

*Et « Après je trouve en effet, maintenant que je parle de ça, les seules choses sur lesquelles je reviens beaucoup c'est les sciatalgies qui sont je trouve sur diagnostiquées par les médecins que moi je trouve pas forcément que c'est des sciatiques. »*

Les MK adoptent une approche critique mais non conflictuelle envers ces diagnostics. Ils reconnaissent la complexité des cas et mettent parfois en avant des écarts terminologiques sans impact clinique majeur.

*MK 11 : De temps en temps, il y a des trucs, je me dis c'est peut être...Il y a peut-être autre chose. C'est sûr qu'il y a des trucs des fois on se dit c'est pas une vraie tendinite à proprement parler, mais bon, on s'en bat les c\*\*\*. Que ce soit une tendinose ou une tendinite, ça ne change pas le fond du problème. Donc voilà. Après peut être que des fois...je vois plus ça, des fois comme des abus de langage*

### 2.3 Contribution des MK au processus de diagnostic médical : collaborative ou autonome ?

Dans le processus de formulation du diagnostic des troubles musculosquelettiques, les participants expriment une diversité de perceptions et de pratiques. Certains MK mettent en avant une approche collaborative avec les médecins généralistes. Ils transmettent leur bilan pour aider ces derniers à formuler leur propre diagnostic, se considérant comme des aides au processus. Ils ne posent pas de diagnostic médical eux-mêmes, conscient du fait que ce n'est pas leur rôle et que leur formation ne les y prépare pas spécifiquement.

*MK 2 : « Je rapporte les faits que je vois sur le patient, à savoir la goniométrie, les signes douloureux, les postures que je vois sur les patients je rapporte au médecin et c'est le médecin qui pose le diagnostic ».*

*MK 4 : « C'est pas à moi de faire un diagnostic médical »*

D'autres MK affirment qu'ils élaborent leur propre diagnostic, manifestant un faible intérêt pour les diagnostics des MG. Cela reflète une confiance en leur propre expertise clinique pour orienter la prise en charge kinésithérapique.

*MK 3 : « En vrai je lis pas beaucoup les ordo...en rigolant... parce qu'en fait je veux poser moi le diagnostic, donc en fait je regarde l'indication pour mettre moi sur ma trans et après j'oublie très vite ce qui a été écrit. »*

*MK 5 : « je regarde l'ordonnance puis je fais mon bilan et après c'est mon bilan kiné qui prime toujours. »*

Certains reconnaissent élaborer des hypothèses diagnostiques lors de leur pratique clinique, mais qu'ils évitent de poser un diagnostic médical formel, préférant laisser cette responsabilité au médecin généraliste.

*MK 10 : « le kiné n'est pas à même de poser le diagnostic médical, donc il fait son bilan diagnostic kiné, il émet des hypothèses, il montre des signes, il montre des associations, mais il ne doit pas trancher, ce qui est le rôle du médecin. »*

Quelques participants estiment avoir le droit de poser un diagnostic médical de TMS, arguant qu'ils ont reçu une formation spécifique à cet effet. Ils considèrent que leur approche diagnostique est complémentaire à celle des MG, car elle repose sur une expertise différente et complémentaire. Certains expriment une frustration face à ce qu'ils perçoivent comme des décisions unilatérales prises par les MG, soulignant avoir plus d'outils diagnostiques dans ce domaine de compétence.

*MK 4 : « sur certains champs de compétences, je pense qu'on est bien plus fort en terme de diagnostic. »*

*MK 2 : « Il y a pu y avoir lors de certains rares échanges que j'ai pu avoir, il y a pu avoir un ton un peu... Sec... Un peu...Abrupte genre j'ai raison, on va faire comme ça. Et puis ben c'est comme ça, c'est lui le chef. »*

*MK 12 : « Donc, moi, je remets en cause les diagnostics parce que parce que parce que souvent c'est vu trop vite, quoi, et parce que j'ai d'autres outils »*

Pour un participant, la question de l'élaboration du diagnostic ne se pose pas, car pour lui il existe une réelle distinction entre diagnostic médical et diagnostic kinésithérapique. Chacun pose donc un diagnostic différent.

*MK 6 : « de toute façon, le diagnostic médical, pour moi, il est différent de mon diagnostic que je vais faire en kiné. »*

Enfin il y a peu de sollicitation de la part des MG envers les MK pour poser le diagnostic. Certains ont manifesté un désir d'être sollicités pour apporter leur avis diagnostic, soulignant ainsi leur engagement envers une pratique collaborative fluide avec les MG.

*MK 10 : « les médecins, j'ai l'impression vraiment quand on en discute, qui passent beaucoup de temps à appeler des gens pour demander des avis, mais toujours aux spécialistes et jamais aux rééducateurs. Alors parfois, des fois on aimerait bien qu'ils nous demandent notre avis aussi » et « Je pense que cette histoire de...comme je te disais, si sur ordonnance j'avais « suspicion de, donne-moi ton avis, appelle moi pour qu'on en discute » Bah nous on adorerait. Je les ferai tous les jours, je les appellerai tous les jours »*

### 3 Échanges et communication autour du diagnostic de TMS avec les Médecins généralistes

#### 3.1 Existe-t-il un échange ?

L'analyse des entretiens révèle une diversité d'opinions parmi les kinésithérapeutes interrogés. Sur les douze participants, les résultats montrent que la majorité d'entre eux n'ont que peu ou pas du tout de discussions sur les diagnostics de TMS avec les MG. En effet, 5 participants ont indiqué ne pas échanger du tout, 4 participants ont déclaré avoir des échanges rares, tandis que seulement 3 participants ont rapporté avoir de bons échanges.

*MK 2 : « j'ai pas d'intervention après avec le médecin pour réévaluer le diagnostic. »*

*MK 3 : « a parlé peut-être 2 min par téléphone donc il y a pas eu d'échange, je lui ai dit moi mon point de vue et elle m'a dit ok je la reçois et puis c'est tout. Il n'y a pas eu d'échange sur cette patiente. »*

*MK 7 : « Il y a une discussion autour du diagnostic. »*

Un participant manifeste son manque d'intérêt à échanger des idées diagnostiques avec les MG. Il pense que remettre en question les diagnostics établis est peu utile et ne contribue pas à améliorer la prise en charge du patient. Le seul intérêt serait de changer la pratique du MG. Pour lui, l'important est d'expliquer clairement au patient sa condition et ses symptômes, plutôt que de se focaliser sur des différences de diagnostic.

*MK 10 : « c'est pas quelque chose dans lequel je mets mon énergie parce que de toute façon, le truc il est fait, ça a été posé, qu'il soit faux ou vrai. Pour lui, oui, ça va peut-être l'améliorer de savoir ça et peut être de faire autrement. Pour le patient moi je lui réexplique ce qu'il en est et j'essaie de le faire et d'expliquer les choses sans contredire. Au bilan, on a fait ça, ça, ça, là, vous aviez mal, là, vous y aviez pas mal. Bah à priori... Le médecin Il vous a peut-être dit ça, mais là, de ce qu'on voit, c'est ça... Donc jamais je m'oppose encore une fois pour éviter les trucs nocebo tout ça. »*

Les participants décrivent généralement leur communication comme principalement unilatérale, notant que dans de rares cas, ils sont sollicités par les médecins. En initiant le contact, ils montrent ainsi leur volonté de collaboration et d'échange d'informations.

*MK 5 : « c'est peut-être ça aussi qui fait qu'on n'ose pas trop les appeler. Les échanges sont quand même à sens unique. »*

*MK 7 : « Si ils reviennent vers moi, c'est que j'ai laissé avant un message » et « Alors si je veux un échange, je sais que je vais appeler. »*

Certains priorisent les échanges en fonction du médecin. Si le patient est adressé par son médecin traitant, ils sont plus enclins à échanger.

*MK 1 : « Quand je sais que c'est leur médecin traitant et que du coup c'est des patients qui sont vus plusieurs fois parce que par exemple ils ont des comorbidités ou d'autres pathologies, là je vais plus avoir tendance à renvoyer quelque chose. » ; « Quand c'est un médecin sans rendez-vous ou parce que le mec voit son médecin une fois par an et que tout va bien on va avoir moins tendance à le faire. »*

Pour deux kinésithérapeutes, la communication avec le généraliste semble être une option de dernier recours, préférant demander l'avis d'un tiers avant tout contact.

*MK 5 : « quand voilà j'ai un doute etc j'en parle d'abord à mes collègues, enfin voilà on en discute toujours et puis après si je suis pas sereine j'appelle. »*

*MK 6 : « le contexte c'est aussi que j'ai un médecin généraliste à la maison et que j'ai du coup j'en échanges beaucoup avec lui avant d'arriver des fois à parler avec le médecin pour avoir son avis »*

Enfin, les échanges observés entre les deux professionnels sont souvent brefs et concis, avec un accueil parfois froid de la part des MG lorsqu'une communication est initiée.

*MK 2 : « Il y a pu y avoir lors de certains rares échanges que j'ai pu avoir, il y a pu avoir un ton un peu... Sec... Un peu... »*

*MK 3 : « On a parlé peut-être 2 min par téléphone donc il y a pas eu d'échange »*

*MK 7 : « Mais des fois il nous manque... c'est accroché...Il y a peut-être voilà, c'est rapide, c'est rapide, c'est rapide. » et « C'est rapide, mais on a le temps d'expliquer l'essentiel. » »*

## 3.2 Une communication à travers divers canaux de communication

### 3.2.1 Les moyens de communication

Lorsqu'il y a un échange entre les professionnels, le moyen de communication utilisé varie en fonction de leur façon de travailler et de leur génération. Il n'est apparu aucun consensus concernant le moyen de communication à privilégier. Certains MK adaptent leur mode de communication aux préférences et habitudes des MG pour faciliter les échanges.

*MK 11 : « Après il n'y a qu'un médecin à R\* ou lui vraiment par mail je sais que ça va aller vite et bien et que lui il les regarde et en plus c'est vraiment par mail. C'est un peu praticien dépendant »*

Les participants révèlent une préférence marquée pour les échanges physiques, en face à face et soulignent l'importance de la communication directe avec les MG.

*MK 4 : « quand on se croise, ils ont toujours un retour pour dire « c'est positif, il faut continuer, J'ai besoin de ça pour travailler correctement » et « je pense que c'est vraiment dans la communication directe »*

Le téléphone demeure l'outil privilégié dans les situations d'urgence ou pour des avis instantanés, en raison de sa rapidité et de sa simplicité d'utilisation. Certaines MK ont accès au numéro de téléphone personnel des MG, ce qui semble favoriser les échanges en permettant une communication directe et rapide en cas de besoin.

*MK 12 : « Donc là je l'appelle deux secondes, deux secondes, deux secondes parce que ça va vite ». Et « Donc si tu veux le coup de fil à un moment donné, il permet d'accélérer les choses quand il y a urgence. »*  
*MK 11 : « On a nos numéros perso. »*

Pour des transmissions d'informations non urgentes, le support papier est souvent préféré. Un courrier ou juste quelques mots sont parfois échangés.

*MK 7 : « Souvent les bilans courrier (...) parce que j'ai une question à poser au moment de la consultation qui n'est pas, qui n'est pas urgente. »*

En revanche, l'utilisation des dossiers médicaux partagés, des messageries sécurisées ou des mails semble moins répandue pour échanger sur les diagnostics. Ces canaux sont plutôt réservés à la transmission de bilans ou à l'actualisation de l'état du patient. Les mails semblent être de bons outils faciles d'utilisation et facilitant la communication.

*MK 1 : « la messagerie sécurisée en santé bah tout le monde galère. Se connecter ça prend trois mots de passe de vérification et personne ne la lit. c'est pas évident »*  
*MK 11 : « Les mails, c'est pratique pour envoyer un bilan quand c'est pas trop méga urgent et quand tu as besoin de bien détailler un peu plus »*

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sont pour beaucoup perçues comme facilitant les interactions. Elles offrent un environnement propice aux rencontres physiques et aux réunions professionnelles. La proximité professionnelle et la présence des MG dans les

MSP sont considérées comme des facteurs facilitant les échanges. Les MG semblent plus accessibles au sein des MSP.

*MK 5 : « C'est pour ça que les maisons de santé c'est top parce que tout va plus vite, c'est beaucoup plus simple on est à côté, dès qu'il y a un truc qui va pas on est à côté on en discute, il y a des échanges obligatoires,... »*

*MK 8 : « L'échange est plus simple et c'est pour ça qu'avec les médecins, c'est hyper facile ici à la maison de santé, parce que c'est en face, direct. En face ou par message, par WhatsApp ou quelque chose comme ça. » Et « Si le médecin n'est pas là, c'est le temps dédié à faire ça. Et du coup l'avantage c'est la géographie s'il est à côté. »*

Cependant, des interrogations subsistent quant à la faisabilité des réunions impliquant l'ensemble des professionnels de santé du secteur en dehors des MSP. Le trop grand nombre de professionnels et le temps à disposition questionnent sur l'organisation.

*MK 1 : « les rencontres ça passe beaucoup mieux avec les rencontres en présentiel mais c'est juste que ça prend beaucoup de temps et il faut que tout le monde soit disponible. Si c'est un mec qui est dans le même bâtiment c'est plus simple quoi. »*

*MK 6 : « Alors en ville encore une fois, ça serait peut être compliqué parce qu'il y a beaucoup, beaucoup d'acteurs »*

*MK 11 : « On a déjà des journées de ouf, des fois retourner à nos réunions le soir, c'est un peu relou. »*

### 3.2.2 Une communication indirecte

De manière unanime, les kinésithérapeutes utilisent fréquemment le patient comme intermédiaire pour transmettre les informations. Une pratique qui peut être perçue comme une solution de facilité, évitant ainsi le besoin de contacter directement le MG. Cette solution est utilisée par beaucoup de kinésithérapeutes qui ont des difficultés pour joindre le médecin.

*MK 3 : « C'est plus simple de le demander au patient. »*

*MK 7 : « je renvoie le patient en musculosquelettique, il y a rarement des choses urgentes, donc je redemande un avis souvent via le patient. »*

Enfin, le recours au secrétariat pour la communication ne facilite généralement pas les échanges, constituant ainsi un obstacle supplémentaire à une communication fluide et efficace. L'indisponibilité du médecin étant un grand frein à la communication.

*MK 5 : « Après il y a un secrétariat souvent, je demande pour pas embêter si il peut me rappeler. Je tombe jamais directement sur le médecin mais toujours sur la Secrétaire. »*

*MK 8 : « il y a des fois où j'essaye d'appeler, le secrétariat est pas tout le temps-là, parce que la secrétaire est peut-être là que le matin. Voilà. Ouais, je pense que ça, ça peut être un frein aussi. »*

### 3.2.3 Des moyens non adaptés

Malgré la diversité des moyens de communication recensés dans les entretiens, il ressort de façon générale que les outils utilisés au quotidien ne sont pas optimaux. Les participants souhaiteraient un outil plus proche de leur pratique et plus simple d'utilisation afin de transmettre les informations. Un outil universel commun aux différents professionnels de santé est demandé par tous les professionnels interrogés.

*MK 1 : « Et du coup pour faciliter je pense qu'il faudrait que ce soit un canal de communication facile qui fait qu'on peut facilement échanger et se mettre « d'accord » et voir ce qu'il en est. »*

*MK 4 : « Et après c'est vrai qu'on n'a pas les modes de communication les plus simples. Enfin, on n'a pas encore d'outils très bien faits pour communiquer »*

### 3.3 Dynamique des échanges interprofessionnels autour des diagnostics de TMS

Les échanges entre les professionnels semblent souvent naître de divergences diagnostiques entraînant des répercussions cliniques, révélant ainsi une volonté commune de clarifier les perspectives.

*MK 6 : « je rentre en confrontation avec eux que quand je trouve que ça entraîne une différence, une prise en charge différente. »*

*MK 7 : « s'il y a quelque chose que moi de mon diagnostic kiné me donne et que c'est vraiment différent avec le diagnostic médical, je vais appeler. »*

Parfois, ces échanges sont enclenchés par un besoin de questionnement ou de compléter des données manquantes. Dans des cas plus graves d'erreur diagnostique, une communication directe est privilégiée pour garantir une correction adéquate.

*MK 6 : « quand j'avais des questions, un peu d'ordre, d'incompréhension, de suivi ou de questionnement de ma part sur lesquels elles pouvaient m'éclairer, je les ai appelés directement »*

*MK 11 : « des fois, elles appellent carrément ou laissent un message sur la messagerie pour dire « bah ce patient-là, je me pose un peu de questions. Qu'est-ce que tu en penses? ». et « Quand j'appelle, c'est plutôt qu'il y a un truc qui m'inquiète. Un truc foireux »*

Ces discussions semblent s'articuler autour d'échanges d'hypothèses concernant les TMS, encourageant ainsi une approche collaborative dans la quête de solutions.

*MK 2 : « Après on discute, je lui dis où je peux lui dire « moi je pense à ça » »*

*MK 11 : « Moi je suis quand même toujours très précautionneux quand je parle avec les gens de ne pas leur dire un truc de façon très certaine. Je mets des peut être et des probablement et des c'est possible partout »*

L'expérience joue un rôle crucial dans ces interactions. Certains professionnels mettent en avant leur expertise pour initier le dialogue et discuter des erreurs diagnostiques antérieures.

*MK 5 : « Ça fait pas longtemps que je suis diplômée et je pense que j'ai pas encore l'expérience...euh... je me sens pas toujours légitime à appeler »*

*MK 7 : « Je ne dis pas qu'il s'est planté, mais par contre avec l'expérience, j'ose vraiment dire ce que moi j'ai vu sans dire que c'est mon diagnostic. » Et « Maintenant c'est facile à dire. A l'époque j'aurais peut-être pas dit la même chose. »*

Cependant, des situations d'absence de communication sont également observées, notamment lorsque les divergences diagnostiques ne sont pas jugées significatives ou ne présentent pas de répercussions cliniques immédiates. Ce manque d'échange peut refléter des lacunes dans la collaboration interprofessionnelle.

*MK 1 : « euuuh... fin c'est rarement un diagnostic opposé qu'on va avoir et...euh... et quand c'est le cas si au final il y a pas de choses différentes de mise en place je m'en fiche un peu quoi. »*

*MK 8 : « si le changement de diagnostic, si ça change pas la prise en charge, j'ai pas besoin de lui pour accéder à la suite, je ne vais pas aller le déranger quoi. »*

### 3.4 Une liberté dans l'échange ?

Quelques MK expriment être ouverts à l'échange diagnostique quand d'autres n'osent pas dire ouvertement les choses, préférant faire des suppositions.

*MK 2 : « Après on discute, je lui dis où je peux lui dire « moi je pense à ça » »*

*MK 10 : « si c'est des mecs sympas ou pas, si c'est des cons, si il fait la gueule ou pas, on saura après directement si on peut parler ou pas librement de sujets plus sérieux. »*

*MK 11 : « Moi je suis quand même toujours très précautionneux quand je parle avec les gens de ne pas leur dire un truc de façon très certaine. Je mets des peut être et des probablement et des c'est possible partout »*

Rares sont ceux qui arrivent à exprimer librement les résultats de leurs bilans de kinésithérapie.

*MK 6 : « je n'hésite pas à mettre mon avis en disant que c'est mon avis dans le courrier et en demandant « Est ce qu'il vous semblerait judicieux, dans ce contexte-là, d'avoir recours à un examen complémentaire de type...? » »*

*MK 7 : « c'est un échange simple. Simple. On est entendu, on a le temps d'expliquer. C'est rapide, mais on a le temps d'expliquer l'essentiel. On nous écoute et la réponse est correcte. »*

*MK 11 : « moi je trouve que je peux communiquer librement avec tout le monde »*

Les MK aspirent à une dynamique d'échange où chacun est encouragé à partager ses connaissances et expertises, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients atteints de TMS.

*MK 10 : « Je pense que cette histoire de...comme je te disais, si sur ordonnance j'avais « suspicion de, donne-moi ton avis, appelle moi pour qu'on en discute » Bah nous on adorerait. Je les ferai tous les jours, je les appellerai tous les jours »*

## 4 Influence des aspects émotionnels et relationnels sur les échanges

### 4.1 Interactions interprofessionnelles

#### 4.1.1 Attitudes dans la communication

Il ressort des entretiens que les participants semblent chercher à maintenir une attitude respectueuse et cordiale tout au long des échanges.

*MK 7 : « Donc c'est cordial. »*

*MK 11 : « Après, je trouve que c'est comme avec n'importe qui, on essaie d'être courtois et...et de faire en sorte que les choses soient bien prises. Mais je trouve pas ça plus compliqué. »*

De plus, ils disent devoir constamment justifier leurs hypothèses et demandes face au MG en cas de divergence d'opinions. Ils expriment leurs opinions sur les diagnostics de façon prudente.

*MK 4 : « Quand il y a un vrai diagnostic médical de posé et que je peux être en désaccord, je vais le formuler pour que ce soit de l'ordre de l'hypothèse et on va dire...euh... Justifié par mes tests. »*

*MK 8 : « On pense des choses, mais du coup dans le courrier, faut pas dire que nous on est sûr que c'est ça quoi. Même si on a un gros doute, mais on soumet quelque chose donc »*

Ils ont pour beaucoup conscience qu'ils ne peuvent tout savoir et considèrent savoir se remettre en question si besoin. Ils font preuve d'humilité quand ils échangent leurs points de vue.

*MK 4 : « Je te fais un tour sur « Je pense que c'est peut être ça ». Avec ma marge d'erreur, « j'évoque ça et je peux me gourer aussi... » »*

*MK 8 : « Après on n'a pas la science infuse non plus »*

*MK 11 : « Je trouve que la certitude n'existe pas »*

Par ailleurs, les MK ont souligné l'importance de la persévérance dans la communication, mettant en avant la nécessité de maintenir un dialogue ouvert et constructif malgré les éventuelles difficultés rencontrées.

*MK 4 : « les premières fois où je donnais le bilan au patient pour le rendre au médecin [...]. Le médecin, il prenait, il disait « non, c'est bon », il la prenait sur le côté et en gros, je m'en fous. Mais à force de le recevoir, il s'en foutait moins et à force de le recevoir, il me prescrivait différemment. »*

*MK 6 : « je trouve que pour tous les médecins qui prennent le temps, ça vaut le coup de prendre deux trois médecins qui s'en fichent et qui n'ont pas forcément tenu compte de ton courrier pour tous ceux qui vont le faire à côté et qui sont dans la recherche de ça en effet, et d'échanger là-dessus »*

Enfin, certains ont noté être influencés par leur confiance en soi lors des échanges, soulignant ainsi l'impact de cet aspect sur leur communication avec les Médecins généralistes.

*MK 1 : « Alors sur des sujets où je suis pas sûre j'ai des craintes et du coup parfois je vais pas le faire je pense inconsciemment par contre sur des trucs où je sais que je suis calé je vais avoir beaucoup moins*

*peur et du coup je vais venir direct avec des arguments plus solides qui font que je vais avoir beaucoup plus confiance en moi. »*

*MK 9 : « ça dépend de tellement de choses en fait. Parce que ça dépend du kiné en place, qui n'ose pas aussi se placer dans l'équipe, de la confiance du kiné »*

#### 4.1.2 L'ouverture d'esprit

Les entretiens ont révélé un éventail de perceptions concernant l'ouverture d'esprit des MG à un échange autour des diagnostics de TMS. Certains MK ont exprimé des doutes quant à la nécessité de communiquer avec des MG réputés pour leur manque d'ouverture d'esprit.

*MK 1 : « Sauf si c'est un médecin qui est réputé dans le village où je travaille pour avoir un Boulard comme ça, être relou et se sentir comme Dieu. Bah là forcément je vais être la « ou...est-ce que je lui écrit à lui ?... » »*

*MK 8 : « on a des retours où des fois il y a des patients qui nous disent « Ah bah elle l'a mal pris » »*

*MK 12 : « Mais très vite en fait, j'ai senti que quand il y avait une compétence en face et une écoute, il n'y avait pas de problème »*

Plusieurs MK ont noté que tous les MG ne sont pas ouverts à la critique. Certains MG n'acceptent pas les remarques ou hypothèses diagnostiques contradictoires.

*MK 4 : « Et quitte à ce que moi je me trompe, mais au moins qu'il aille explorer plus loin, mais pas juste sur un avis de moi, j'ai décidé que c'était non parce que quelqu'un d'autre a dit que c'était l'inverse de ce que moi j'ai dit. » et « il faut que le médecin derrière soient ouverts au fait qu'on lui dise son ordonnance n'est pas bonne. »*

*MK 6 : « après j'ai un peu cette sensation que... les médecins des fois on accepte pas trop que... toi en tant que kiné, tu émettes un avis sur un diagnostic médical »*

Pour des MG exerçant en MSP, l'ouverture d'esprit semble bien plus grande et l'échange possible sans contraintes.

*MK 8 : « Après ici, non parce que en fait, ils sont vachement à notre écoute, ils nous font confiance et du coup nous on leur dit « j'ai l'impression qu'il faudrait peut-être faire ça, une écho là, parce que c'est un peu bizarre » et bah ils y vont. »*

*MK 10 : « Alors après on échange, on se raconte des trucs, forcément comme on discute. Forcément, c'est jamais très carré ou c'est ça. On parle, on a une info à la volée »*

Cependant, une tendance émerge quant à la perception des générations de MG : les jeunes générations de MG semblent plus ouvertes à la remarque que les générations précédentes. Cette observation suggère une évolution dans la culture professionnelle des MG en faveur d'une plus grande ouverture aux échanges et à la critique.

*MK 4 : « Un jeune médecin, je sais que ça posera pas de problème. Il attend que ça, qu'on lui dise comment il fallait faire. Un médecin qui sera plus pyramidal et hiérarchique. « De quoi il se mêle? Il fait 22 ans que je fais comme ça, je vais pas m'embêter a... » »*

*MK 8 : « je trouve plus les générations sont jeunes, c'est bête hein, mais plus les générations sont jeunes, plus ils sont à l'écoute de l'échange. »*

### 4.1.3 La nouvelle génération

Les MK ont des avis différents sur la communication avec le MG, il n'y a eu aucun consensus à travers les divers entretiens. Certains pensent que la communication des MG est indépendante de la génération.

*MK 1 : « Ça dépend vachement des médecins comment ils sont c'est pas forcément l'âge qui va jouer c'est juste par rapport à comment ils sont avec les autres professionnels de santé. Il y a des médecins très jeunes ou ils rembarraient et je n'avais pas de nouvelles et il y a des médecins plus âgés et vice-versa qui au contraire il y avait de l'échange »*

*MK 4 : « c'est peut être générationnel, mais je le crois pas, parce que je pense que dans nos générations, il y a toujours la même proportion de ceux qui veulent communiquer et travailler ensemble et la même proportion de ceux qui s'en foutent »*

Plusieurs MK trouvent qu'ils communiquent mieux avec les jeunes MG, ce qui suggère une amélioration dans les échanges avec les nouvelles générations. Ils semblent montrer plus de motivations pour communiquer et faire plus de retours. Ils sont plus ouverts à l'échange.

*MK 2 : « Je pense que les jeunes générations de médecins seront plus ouverts à la communication avec les paramédicaux que l'ont pu l'être les générations précédentes. J'ai ce sentiment voilà. »*

*MK 9 : « c'est pas tous quand même, non c'est quand même si la jeune génération de M\*. On sent qu'il y a un désir de communication. »*

*MK 10 : « les nouveaux médecins sont plus ouverts. Plus d'envie de communiquer dans aussi leur apprentissage, on leur a plus appris à s'ouvrir à des choses autres, pas la vérité absolue des manuels »*

Certains MK expriment des difficultés à établir des échanges constructifs avec les anciens MG. Ils sont perçus comme peu réceptifs à leurs bilans ou à leurs remarques. Cela montre les difficultés dans la communication intergénérationnelle, avec des professionnels de santé plus anciens susceptibles de maintenir des habitudes de fonctionnement plus rigides.

*MK 4 : « les plus anciens ont plus de mal à s'adapter à une nouvelle façon de faire »*

*MK 6 : « c'est souvent ceux [les médecins âgés] ou la conversation est coupée très court, ils m'ont répondu par deux trois trucs, histoire de répondre à ma requête »*

Malgré ces différences, certains MK notent que la qualité des échanges entre professionnels de santé reste bonne, peu importe l'âge des MG. Parfois même elle s'améliore.

*MK 7 : « je trouve que de générations en génération ça s'améliore »*

## 4.2 Les sentiments

### 4.2.1 Sentiments positifs

Les kinésithérapeutes expriment un fort sentiment d'efficacité, mettant en avant la qualité plutôt que la quantité dans leurs échanges. Ils sont pour beaucoup satisfaits de leurs échanges.

*MK 1 : « En fait il y a peu de communication mais quand ça communique, ça communique assez bien. »*

*MK 5 : « je trouve que les échanges c'est qualitatif, mais il y en a pas assez ça c'est sûr »*

*MK 6 : « Franchement, j'ai plutôt des échanges qui aboutissent à quelque chose quand même. »*

Quelques MK ressentent une certaine bienveillance de la part des MG quand ils communiquent. Aucun jugement sur le diagnostic de l'un ni de l'autre n'est présent.

*MK 1 : « Ouais. J'ai pas eu de problèmes, Mais je pense aussi que c'est la façon dont on formule les choses et... j'ai toujours fait dans le respect et tout ça... Et il y a jamais eu de « Ah bah non t'as dit n'importe quoi...c'était pas du tout ça c'était ça » forcément si on y va avec bienveillance ça passe toujours bien même si chez des médecins qui au début d'après les collègues ils disaient « oui tu vas voir il répond jamais, il est chiant » au final quand on communique avec lui de la bonne manière on a souvent des bons retours. »*

*MK 7 : « Dire qu'on vérifie ce que fait le médecin, c'est pas vrai. »*

Plusieurs MK se sentent à l'aise et sereins à l'idée d'échanger avec le MG. Ils n'ont pas peur de communiquer.

*MK 6 : « En vrai, je suis plutôt à l'aise [quand je contact un médecin] »*

*MK 11 : « On sait que si on a besoin les uns et les autres d'un renseignement tout le monde est très abordable. Tout le monde se tutoie, c'est vraiment cool. Une bonne écoute. »*

Les MK soulignent l'importance d'être entendus et compris par les médecins généralistes, ce qui renforce leur confiance en eux-mêmes et dans leurs compétences professionnelles.

*MK 7 : « c'est un échange simple. Simple. On est entendu, on a le temps d'expliquer. »*

*MK 8 : « Après ici, non parce que en fait, ils sont vachement à notre écoute, ils nous font confiance et du coup nous on leur dit « j'ai l'impression qu'il faudrait peut-être faire ça, une écho là, parce que c'est un peu bizarre » et bah ils y vont. »*

*MK 11 : « Tout le monde se tutoie, c'est vraiment cool. Une bonne écoute. »*

Enfin, un participant explique que la communication à un côté rassurant en début d'expérience.

*MK 2 : « Alors peut-être plus pour des jeunes kinésithérapeutes qui ont besoin peut-être de se réassurer, qui sont à la recherche d'information pour bien effectuer leur rééducation. Avec l'expérience on a un peu moins besoin de ce genre d'informations »*

#### 4.2.2 Sentiments négatifs

A travers les entretiens, une série de sentiments négatifs a été identifiée parmi les kinésithérapeutes. Parmi ces sentiments, les kinésithérapeutes expriment un sentiment d'inutilité et de frustration, se sentant parfois ignorés ou déstabilisés lors des échanges avec les médecins généralistes.

*MK 1 : « Mais effectivement il y en a qui répondent plus que d'autres, ça se passe très bien c'est plus facile et il y en a d'autres où on sait qu'on n'aura pas de réponse et c'est un peu frustrant. »*

MK 3 : « Et après, là, c'est drôle parce que on perd ses mots devant le médecin... enfin je retrouvais pas mes termes. Je sais pas pourquoi. »

MK 4 : « mais je lui ai dit il y a un gros problème Neuro veuillez le surveiller, veuillez faire quelque chose. Non, non ok. Cette patiente s'est dégradée très vite et en fait c'était vraiment un problème neuro »

Si certains se sont senti rabaissé, d'autres se sentent parfois illégitime dans les échanges. Une crainte d'être jugés sur leurs compétences est ressentie.

MK 3 : « qui peut être pas ouvert d'esprit et dire « bah attends je suis le médecin, t'es kiné euh tu redescends et puis voilà quoi ». C'est un peu la crainte »

MK 5 : je sais pas on se sent un peu plus... un peu moins légitime alors que non » et « d'avoir l'impression de dire n'importe quoi et qu'ils disent non mais n'importe quoi qu'est-ce qu'elle est nulle celle-là. J'ai peur du retour sur mes compétences »

MK 12 : « C'est celui qui me dit tu restes à ta place de kiné, c'est moi le médecin, donc il est monté en puissance »

Certains kinésithérapeutes font part d'une peur de blesser ou de déranger lors des discussions diagnostiques.

MK 5 : « Globalement j'ai peur beaucoup peur de déranger aussi. » et « Moi je pense que j'ai les compétences mais c'est pas évident de dire que c'est pas bon »

MK 8 : « Mais des fois oui, je pense qu'il y a une forme de...ne pas dire les choses euh....pour comment....réfléchissant... blesser ouais, pas blesser, mais voilà. »

MK 9 : « essayer de faire passer un message global sans dire je ne veux plus que tu fasses, sans blesser... c'est pas vraiment ce qui est recommandé ni rien. C'est vrai que ça s'est compliqué. »

Les MK ont également mentionné ressentir du stress, de la peur, voire de l'appréhension à communiquer avec les MG, craignant d'être mal compris ou même rejetés.

MK 5 : « La peur aussi d'être complètement à côté euh... le temps...euh... globalement c'est plus ça, c'est pas vraiment la peur c'est plus l'appréhension d'ailleurs. » ; « ce qu'il faut améliorer c'est qu'on ait moins peur d'appeler les médecins... en rigolant... moins de...de...de stress d'appeler les médecins, d'avoir ce côté hiérarchique... » et « j'avoue que j'ai toujours un peu de stress ouais. Vraiment. »

Cette anxiété peut également se manifester par une absence de motivation à communiquer. Certains ont admis avoir des préjugés voire des aprioris sur les autres professionnels de santé, ce qui peut influencer leur perception et leur comportement lors des échanges interprofessionnels.

MK 6 : « je pense que les discours aux patients sur les médecins sont totalement différents. Les préjugés et les recours aussi. »

MK 10 : « C'est les idées reçues qui ne partent pas même dans la tête des professionnels de santé actuels. »

MK 12 : « Mais par contre, là où il n'y a pas de compétence, bah je n'y vais plus. J'ai plus envie. »

Ces sentiments négatifs peuvent créer des barrières à une communication efficace entre les kinésithérapeutes et les médecins généralistes.

### 4.2.3 Une histoire de hiérarchie

Les réponses des MK sont variées quant à la présence et à l'intensité du sentiment de hiérarchie avec les MG. Seulement trois participants ont rapporté ne pas ou ne plus ressentir de hiérarchie, décrivant plutôt une relation de collaboration égalitaire.

*MK 1 : « J'ai pas une peur hiérarchique parfois on peut la retrouver... je retrouve plus quand parfois un avis chir peut être intéressant là je retrouve un peu plus mais avec les médecins généralistes je trouve que je l'ai pas trop. »*

*MK 6 : « D'ailleurs, au début, je marquais « cher confrère ». Donc voilà, je le voyais pas du tout le côté hiérarchie, médecins, kinés quoi. »*

*MK 7 : « Il y a eu des fois où on m'a répondu que j'étais pas médecin, donc... Mais franchement j'ai plus ça »*

D'autres ont mentionné une perception de supériorité de la part de certains MG. Le comportement est ressenti comme de la condescendance parfois.

*MK 2 : « Abrupte genre j'ai raison, on va faire comme ça. Et puis ben c'est comme ça, c'est lui le chef. »*

*MK 3 : « Bah la crainte un peu c'est ce côté hiérarchique avec le médecin qui peut être pas ouvert d'esprit et dire « bah attends je suis le médecin, t'es kiné euh tu redescends et puis voilà quoi ». C'est un peu la crainte que en fait il y a pas de communication. »*

*MK 12 : « Il y en a un qui dit mais c'est moi qui suis médecin et c'est moi qui décide. Bon ok, celui-là il est très prétentieux »*

Il est intéressant de noter que certains MK ont signalé une diminution progressive du sentiment de hiérarchie avec l'expérience professionnelle, ainsi qu'avec l'évolution des générations de MG. En effet, plusieurs ont observé que les nouvelles générations de MG étaient moins enclines à perpétuer une dynamique hiérarchique que les générations précédentes. Il persiste donc un sentiment de hiérarchie, en particulier avec les MG plus âgés.

*MK 2 : « Il y a encore quelques temps c'était un rapport un peu hiérarchique paramédical-médical. Cette tendance a nettement tendance justement à se diminuer »*

*MK 5 : « Ouais un peu. Mais pas que. Pas avec les nouveaux médecins, je trouve pas, je trouve qu'ils sont justement...mais peut être plus ouais avec les anciens médecins. »*

*MK 9 : « Pas encore une fois avec les jeunes générations [la hiérarchie]. Quand je dis jeunes, j'inclus jusqu'à moins de cinq ans quoi. Ouais, là ça va. Au-dessus, les vieux médecins, c'est compliqué. »*

Ce sentiment de hiérarchie freine la communication entre les professionnels, que ce soit pour discuter des diagnostics mais également pour les prises en charge des patients.

*MK 3 : « Bah la crainte un peu c'est ce côté hiérarchique avec le médecin qui peut être pas ouvert d'esprit et dire « bah attends je suis le médecin, t'es kiné euh tu redescends et puis voilà quoi ». C'est un peu la crainte que en fait il y a pas de communication. »*

*MK 5 : « ce qu'il faut améliorer c'est qu'on ait moins peur d'appeler les médecins... en rigolant... moins de...de...de...de stress d'appeler les médecins, d'avoir ce côté hiérarchique... »*

Enfin, le souhait exprimé par un MK est de faire disparaître cette sensation de hiérarchie, et de se sentir « d'égal à égal » avec les MG.

*MK 4 : « mais je pense qu'on a une société plus égalitaire, plus ou moins on va dire. Avant, il y avait des hiérarchies bien établies et maintenant les hiérarchies on souhaite les affaiblir. »*

#### 4.3 Stratégies et ajustements dans les échanges

Lorsque les MK doivent échanger avec les MG, que ce soit par échange téléphonique ou par échange écrit, la plupart prennent des « pincettes ».

*MK 4 : « Je te fais un tour sur « Je pense que c'est peut être ça ». Avec ma marge d'erreur, « j'évoque ça et je peux me gourer aussi et j'évoque ça très fortement par contre » Mais oui c'est des pincettes. »*

*MK 8 : « je pense que dans tous les cas on prend des pincettes pour un minimum s'exprimer »*

*MK 10 : « Si la personne je la connais pas du tout bien sûr, je vais prendre énormément de pincettes, voire ne rien lui dire parce que j'ai pas d'ego à dire à quelqu'un qui s'est trompé juste pour lui dire qu'il s'est trompé. »*

En effet beaucoup mettent des formes dans leurs discours ou utilisent des tournures de phrases pour dire les choses de façon plus mesurée. Cette méthode semble être utilisée pour éviter de blesser les MG quand ils abordent certains sujets délicats. Cela prévient toute confusion ou malentendu pouvant surgir lors de la transmission d'informations diagnostiques.

*MK 6 : « moi j'essaie de bien tourner mes courriers pour pas que ça ait l'air d'être imposé, ce que je demande au médecin... »*

*MK 8 : « Je fais toujours téléphone parce que c'est plus rapide pour moi, le temps de réfléchir aux tournures de phrases et tout pour taper. Je ne suis pas très... »*

*MK 9 : « Je demande aussi avec des tournures de phrases qui sont difficiles à tourner pour pas être aussi comme le patient qui quémande ou qui demande »*

Quelques rares participants ressentent une diminution voire une absence de ces stratégies.

*MK 5 : « parce que moi je me prends moins la tête, je pense pas à la formulation... je la fais à l'écrit et du coup j'ai pas peur de dire ce que j'ai à dire. Je mets ce que j'ai à dire. J'ai pas peur de devoir prendre des pincettes. »*

*MK 7 : « Autrefois, oui. Je pense qu'autrefois, quand tu appelais, tu faisais de belles formules. Là non, ça se fait naturellement. Je trouve ça normal ».*

#### 4.4 L'impact de la connaissance mutuelle sur la collaboration

Les participants ont quasi unanimement exprimé l'importance de la connaissance mutuelle pour faciliter la communication et les échanges professionnels.

*MK 3 : « Quand tu connais le médecin et qu'il est cool, que tu peux discuter facilement, qu'il est ouvert et tout bah tu en parles quoi. »*

*MK 5 : « On voit ceux qu'on croise et du coup quand on les a vus et quand on a communiqué ensemble c'est tellement plus facile. »*

Ils ont des difficultés à communiquer efficacement avec les MG qu'ils ne connaissent pas, décrivant ces interactions comme étant plus froides et moins aisées.

*MK 11 : « T'as pas du tout la même relation et le même échange avec des gens avec qui tu parles dans la vraie vie ou des gens que tu as jamais vu, que t'appelles au téléphone une fois de temps en temps, c'est forcément un peu froid. Et t'auras moins la facilité à communiquer »*

En revanche, lorsqu'ils ont des relations personnelles avec les MG, les MK ont noté une communication plus fluide et ont affirmé être plus à l'aise pour exprimer leurs opinions. Une relation de confiance semble s'établir entre eux.

*MK 6 : « dans le cabinet précédent à S\*, j'avais plus de liens avec les médecins et donc plus de facilités »*  
*MK 7 : « niveau relationnel, on se connaît suffisamment bien pratiquement tous pour que voilà de ne pas dire « ton diagnostic il est nul, moi j'ai pensé que » »*  
*MK 9 : « si je les connais déjà, c'est plutôt juste le plaisir de discuter »*

Pour faciliter les rencontres, deux MK proposent une inauguration comme solution.

*MK 4 : « on va peut-être faire une inauguration, ce sera l'occasion. Mais il faut, il faut créer l'occasion ». Et « il faudrait que les temps d'échanges de ce genre-là [inaugurations] ne soient pas du tout orientés patients, ils soient orientés connaissance de l'autre. »*  
*MK 5 : « moi je trouverais ça top de faire une inauguration [...] pour qu'on puisse communiquer et voir qui est qui, et un peu mieux se connaître je pense que ça pourrait être bien. »*

## 5 Optimisation des rôles et compétences : cheminement vers une reconnaissance professionnelle renforcée

### 5.1 Une méconnaissance des rôles de chacun

Une perception qui semble partagée par plusieurs MK est que les MG ne semblent pas être familiers avec la profession des MK ainsi que leurs compétences spécifiques.

*MK 4 : « c'est une de nos erreurs à nous aussi de ne pas communiquer sur ce qu'on fait aussi, enfin de ne pas savoir ce qu'est le métier de kiné. Pour les autres, c'est parce que nous on ne communique pas. »*  
*MK 7 : « En fait, on travaille tous ensemble sans connaître le métier de l'autre. Je pense que ça devrait être plus ou moins obligatoire parce que chacun connaisse ce que l'autre fait ça aide à la communication »*

Les MK reconnaissent l'importance de la connaissance des compétences de chacun pour faciliter un échange efficace, favoriser une relation de confiance mutuelle et améliorer les prises en charge.

*MK 8 : « le but d'être dans une maison de santé, c'est de s'entraider les uns les autres. Donc je pense que...Et de s'écouter, on a chacun notre expertise »*  
*MK 12 : « elle m'a dit [la médecin] « mais c'est bien ce que tu fais ». Et elle est ouverte, elle, toutes les fenêtres, elle les ouvre et elle essaye de comprendre pour mieux travailler. Et elle prend du temps. C'est la seule. »*

Les participants soulignent qu'une meilleure compréhension des rôles et des domaines d'expertise de chaque professionnel permettrait aux MG de déléguer certaines tâches spécifiques aux MK en toute confiance. Ils seraient favorables à un échange entre professionnels autour des professions et rôles de chacun.

*MK 2 : « je pourrais un peu plus communiquer sur ce que je fais et je pense les kinés un petit peu plus d'une façon générale sur ce que nous faisons, sur ce que nous pouvons proposer pour les patients. »*

*MK 5 : « ils le disent eux-mêmes c'est pas leur spécialité et qu'ils nous font confiance pour le faire. »*

## 5.2 Des compétences et rôles bien définis

Les masseurs-kinésithérapeutes partagent tous les mêmes convictions : ils se considèrent compétents et spécialisés dans le diagnostic et le traitement des troubles musculosquelettiques, contrairement aux MG. Ils estiment que leurs rôles diffèrent et qu'il est important de maintenir une distinction claire entre leurs compétences et celle des MG, sans pour autant juger ces derniers.

*MK 4 : « j'ai un champ de compétence, le médecin en a un autre. » ; « sur certains champs de compétences, je pense qu'on est bien plus fort en terme de diagnostic. »*

*MK 6 : « Je trouve que en soi, chacun son domaine et dans notre domaine on peut donner un diagnostic musculo squelettique »*

*MK 11 : « mais de toute façon c'est peut être ma façon d'être aussi. Je n'ai aucun malaise avec les autres professionnels de santé. Je trouve qu'on a chacun notre place et nos compétences. »*

Selon eux, leur expérience et leur formation les rendent plus à l'aise dans la gestion des TMS. Ils se sentent mieux formés sur les TMS, leur formation étant spécifique dans ce domaine. Certains se considèrent comme spécialistes.

*MK 1 : « pour l'examen musculosquelettique je trouve on a été plutôt bien formé donc je me sens assez compétent »*

*MK 4 : « J'ai fait mes formations pour être plus avancé que toi sur certains sujets. »*

*MK 8 : « Donc vous c'est bien généraliste, vous connaissez beaucoup de choses, mais quand il faut aller en profondeur....D'où les spécialistes, d'où tout ça. Et nous peut être qu'on est en quelque sorte des fois un peu spécialiste dans certains domaines. »*

Ils ont une bonne confiance en leurs connaissances, leur donnant une confiance en eux importante pour parler des TMS avec les MG.

*MK 1 : « je me sens assez compétent pour dire « Ah peut-être c'est pas ça »*

*MK 3 : « Après sur mes hypothèse j'ai pas trop de crainte »*

Malgré tout, les compétences des MG ne sont jamais remises en question devant le patient.

*MK 9 : « je vais décortiquer l'ordonnance avec le patient et essayer de ne pas contredire ce qui a de marqué. »*

*MK 10 : « Pour le patient moi je lui réexplique ce qu'il en est et j'essaie de le faire et d'expliquer les choses sans contredire. [...] Le médecin Il vous a peut-être dit ça, mais là, de ce qu'on voit, c'est ça... Donc jamais je m'oppose encore une fois pour éviter les trucs nocebo tout ça. »*

Certains MK semblent penser que les MG n'ont pas les outils nécessaires pour la prise en charge des TMS.

*MK 8 : « Peut-être que nous, à notre arc, on a plus de test parce que c'est plus précis. En même temps, comme je disais tout à l'heure, pour moi on peut pas être bon, excellent partout. » et « Typiquement moi la main, il y a des tests que je fais, Je pense que les trois quarts vous connaissez pas et que vous faites pas, mais c'est bien normal et c'est à ça qu'on sert aussi »*

*MK 12 : « Donc, moi, je remets en cause les diagnostics parce que parce que parce que souvent c'est vu trop vite, quoi, et parce que j'ai d'autres outils »*

### 5.3 Vers une meilleure reconnaissance professionnelle

Plusieurs participants parlent de la confiance des MG en leurs compétences et en la pertinence de leurs bilans.

*MK 7 : « « vous me reverrez, mais vous verrez avec la kiné, si il faut une consultation de... ». Le médecin qui a très confiance...en rigolant... Mais c'est bien, ça fait plaisir. »*

*MK 11 : « quand ils savent que c'est de notre ressort, ils nous laissent assez libre. Enfin, moi je le vis comme ça. »*

Certains ont même reçu des retours encourageants et ressentent une certaine reconnaissance de leur travail, notamment lorsqu'ils transmettent leurs bilans de kinésithérapie.

*MK 4 : « quand on se croise, ils ont toujours un retour pour dire « c'est positif, il faut continuer, J'ai besoin de ça pour travailler correctement » [...] « continue les bilans ça m'aide » »*

*MK 11 : « On a quelques médecins où on sait qu'ils aiment bien avoir nos bilans. Et « C'est un jeune, enfin ils sont plusieurs, mais un surtout avec qui on communique facilement parce qu'il est très demandeur en fait. [...] Il est très demandeur, Il est très à fond kiné. » »*

D'autres à l'inverse se demandent si leurs bilans finaux suscitent l'intérêt des MG. Il subsiste en effet chez quelques MK un sentiment de non-reconnaissance et de doute quant à l'intérêt pour leurs bilans et leur profession.

*MK 4 : « Après j'ai discuté c'était plus au cours d'autres formations qui étaient pluri professionnelles, avec des médecins généralistes avec qui je travaille pas forcément, mais qui m'ont dit « en fait, nous on attend que ça de savoir ce qui... » »*

*MK 12 : « Parce que si je lui fais tout mon bilan, qu'est-ce qu'elle va en faire la toubib ? Tu crois qu'il va prendre le temps de le lire ? »*

Malgré ces nuances, plusieurs participants ont observé une évolution dans la perception de leur rôle. Ils se sentent moins relégués à un simple rôle d'effecteur et bénéficient d'une plus grande marge de manœuvre.

MK 8 : « Moi le discours des médecins ici c'est, « vous avez votre métier, on a notre métier, c'est hors de question que sur une prescription on mette physiothérapie, faire ça en excentrique, faire ça machin. » Enfin en fait ils nous laissent faire, voilà quoi. »

MK 11 : « quand ils savent que c'est de notre ressort, ils nous laissent assez libre. Enfin, moi je le vis comme ça. »

Enfin, l'idée que la perception de la kinésithérapie évolue avec les nouvelles générations de MG est soulevée, suggérant des changements positifs à long terme dans la relation entre ces deux professions.

MK 6 : « les médecins plus âgés, ils ont moins de temps et ils sont moins dans....Je pense que c'est leur vision de la kiné aussi qui a beaucoup évolué par rapport à leur époque »

## 6 Analyse multifactorielle de la communication entre Masseurs-kinésithérapeutes et Médecins généralistes : contraintes et défis

### 6.1 Le facteur temps

Les MK ont unanimement exprimé des préoccupations quant à la contrainte temporelle entravant les échanges avec les MG. La charge administrative majore ce manque de temps.

MK 11 : « il y a aussi une question de on est tellement surchargé que c'est compliqué de prendre du temps pour ce truc là qu'on arrive à faire »

MK 12 : « On a suffisamment d'administratif que je n'ai pas envie de rajouter »

Les témoignages mettent en évidence une perception partagée du manque de temps, tant du côté des MK que des MG, avec des conséquences directes sur la motivation à communiquer.

MK 1 : « Alors que par courrier le gars il le lit à moitié, il a pas le temps, c'est la course... En gros si on voit que c'est compliqué, qu'on a essayé un petit peu mais qu'on voit que c'est compliqué on va pas se tuer à la tâche. »

MK 5 : « j'aimerais bien mettre en place mais j'ai pas le temps de le faire. Voilà, plus par manque de temps. »

MK 2 : « Je suis pas sûr que le médecin en fin de journée, il a envie de rentrer chez lui plutôt que de se dire bon bah tien je me prends 5 min et j'essaye d'appeler tel ou tel rééducateur pour avoir son avis sur tel ou tel patient. »

Les MK soulignent que la rédaction de courriers nécessaires à la transmission d'informations diagnostiques prend du temps et est souvent reléguée à des moments où ils estiment disposer de plus de temps. Cela peut entraîner des retards ou une communication intermittente.

MK 1 : « on est tous pris par le temps et donc moi typiquement j'ai pas le temps je prends pas le temps en tout cas d'aller chercher l'adresse, d'imprimer de donner à chaque patient à chaque personne. »

MK 2 : « dans le cadre de notre activité kiné on doit faire les bilans initiaux, intermédiaire et finaux, que l'on est censé envoyer au médecin. Je ne le fais pas par manque de temps »

MK 8 : « Donc le temps de faire tout ça, ça...de réfléchir à comment, comment orienter sa lettre ou son mail, c'est pas toujours facile. »

De plus, l'organisation de réunions ou d'appels pour discuter de cas peut être perçue comme chronophage et décourager les échanges réguliers.

*MK 2 : « un échange oral téléphonique, moi je trouve que c'est chronophage pour les 2 »*

*MK 4 : « je pense que une réunion, on discute pas tant de patients que ça et pour ça concerne notre patient. Il se passera peut-être un an et demi le temps que ça tombe sur notre patient. »*

*MK 6 : « Moi je pense que c'est trop chronophage pour des professionnels libéraux, non associés de mettre ça en place. [les réunions] »*

Cette perception est renforcée par l'impression que les MG sont également soumis à des contraintes temporelles importantes dans leur pratique clinique, ce qui limite leur disponibilité pour les échanges interprofessionnels.

*MK 5 : « je pense que parfois aussi les médecins bah ça va plus vite que nous donc.. Moi je prends une demi-heure par patient donc c'est vrai que j'ai le temps de faire mon bilan.... »*

*MK 9 : «le médecin, il ait ce temps là où il est joignable mais pour faire de la paperasse, des choses comme ça, parce qu'aujourd'hui c'est ça qui nous bouffe et on a plus envie le soir de dire il est 19 h 30, faut que j'appelle le médecin que j'ai pas eu de la journée, clairement. »*

*MK 12 : « ça fait un moment que je vois qu'elle n'est pas bien et que je sais pas ce qui se passe derrière. Et puis là elle craque et ah d'accord. Et le médecin ? Non. Mais pourquoi ? il a pas le temps. »*

Certains MK ont cependant souligné que seules les MSP semblent offrir des temps d'échange communs dédiés.

*MK 2 : « Après quand on est dans une MSP normalement la MSP a été faite pour interagir et échanger. Normalement je crois qu'il y a des réunions ou des échanges »*

*MK 6 : « moi je trouve que les cabinets pluridisciplinaires c'est génial parce que tu peux faire des staffs, parce que tu te vois régulièrement »*

## 6.2 La place de la rémunération

De manière générale, les participants ont exprimé le besoin d'une rémunération pour leur implication dans la communication interprofessionnelle. Certains MK ont souligné le manque de compensation pour le temps consacré aux échanges, indiquant que cela constitue un obstacle à une communication efficace.

*MK 1 : « Et comme c'est du temps non rémunéré donc j'ai vite tendance à dire bon bah je vais pas faire mon bilan et je vais plus voir un autre patient à la place, je vais gagner plus de sous et puis bah tant pis. »*

*MK 10 : « est ce qu'elle attend que la réunion soit dans une maison de santé à proprement parler? Et donc la réunion d'une heure c'est rémunéré tant. Donc elle va venir parce qu'il y a l'aspect pécunier »*

*MK 11 : « le vrai problème je trouve, c'est qu'on manque de temps ou de rémunération »*

Plusieurs propositions ont été avancées, notamment la nécessité d'une rémunération spécifique pour le temps consacré aux échanges, ainsi que l'exploration de solutions telles que l'indemnisation pour encourager une meilleure communication.

*MK 3 : « il faudrait que la sécu paye ses réunions, là dans les maisons médicales mais est-ce qu'elle ferait à l'extérieur quand tu n'es pas associé. Parce que sinon personne ne prendrait le temps de discuter de son patient en dehors de sa pratique quoi. Parce qu'on est mal payé et puis voilà quoi. »*

*MK 8 : « je pense que forcément c'est une forme de rémunération dans le temps qu'on prend pour ça, forcément on va plus le faire, ou en tous les cas on y verra aussi un intérêt pour nous parce que bah voilà »*

*MK 9 : « aujourd'hui je pense qu'il faudrait des temps alloués dans nos emplois du temps rémunéré. »*

### 6.3 Impact de la communication MK-MG

Les MK ont exprimé des opinions divergentes quant à l'impact de l'absence d'échange avec les MG sur la prise en charge du patient et leurs pratiques professionnelles. Certains ont souligné que le manque de communication n'avait pas d'incidence directe sur leur pratique.

*MK 2 : « j'aimerais avoir plus de temps pour en discuter avec les praticiens. Est-ce que ça changerait quelque chose à ma pratique je pense euh...je pense pas. »*

*MK 3 : « mais ouais je pense qu'il y a beaucoup de points à améliorer mais pour le moment ça ne m'a pas trop embêté de travailler sans médecin. »*

Cependant, d'autres ont perçu ce manque de communication comme une perte de chance pour le patient. Cela semble affirmer que des échanges plus réguliers pourraient améliorer l'efficacité et la qualité des soins prodigués.

*MK 5 : « je trouve que c'est plus sur la prise en charge du patient euh.. Parce que c'est dommage, fin voilà... parce que des fois je pense qu'on met plus de temps à... au bon diagnostic, alors que si on avait tout de suite communiqué ça aurait été beaucoup plus vite quoi. »*

*MK 6 : « mais en tout cas, il perd du temps et de l'énergie et il a mal et tout ça. Je trouve qu'en terme de rapidité, de prise en charge, des fois on pourrait être plus efficaces, optimal. »*

*MK7 : « oui, là ça a joué [sur la prise en charge du patient]. J'avais vraiment besoin d'une réponse, je l'ai pas eu. »*

Quelques MK ont également mentionné que des difficultés à contacter le médecin généraliste peuvent entraîner des retards dans la prise en charge du patient.

*MK 6 : « Mais du coup je voulais l'avoir de vive voix pour expliquer parce que par courrier c'est pas toujours évident et j'ai jamais réussi à l'avoir. Donc j'ai fini par écrire un mail auquel il m'a répondu assez vite Deux trois mots quoi. J'ai vu que la communication était un peu compliquée avec lui, j'ai abandonné. »*

*MK 9 : « aujourd'hui je pense que c'est ce qui pêche entre les professionnels, vraiment, ça c'est un truc, c'est pas la technicité de chacun et tout, c'est vraiment ces échanges qui fait qu'on perd du temps dans la prise en charge »*

### 6.4 La collaboration entre MK et MG

#### 6.4.1 État actuel de la collaboration

Les MK mettent en avant une transmission variable de leurs bilans kinésithérapiques aux MG. Cependant, plusieurs participants expriment un manque de rétroaction de la part des MG, ce qui limite leur collaboration.

MK 2 : « dans le cadre de notre activité kiné on doit faire les bilans initiaux, intermédiaire et finaux, que l'on est censé envoyer au médecin. Je ne le fais pas par manque de temps »

MK 4 : « Je fais partie, je pense, des peu de kiné qui écrivent des bilans et surtout qui les envoient [...] je les envoie pas tous non plus, pas en systématique. »

MK 3 : « le 2ème on s'est pas rappelé une fois qu'elle a vu la patiente. J'ai pas eu de retour. »

MK 7 : « Voilà, je n'ai pas beaucoup de réponses, mais pas beaucoup non plus de messages. Je pense que le message est lu parce que pour recroiser ou c'est le patient qui me redit où c'est...mais j'ai pas de retour, pas forcément de retour. »

Certains MK trouvent la collaboration pluriprofessionnelle bénéfique, notamment lorsqu'ils ont des échanges directs avec les MG, tandis qu'un MK se sent isolé et préfère travailler de manière autonome.

MK 5 : « je trouve que les médecins veulent vraiment nous aider etc... il y a vraiment une pluridisciplinarité et tout. »

MK 9 : « je trouve qu'il y a plus un travail d'équipe et où tout le monde a un peu... »

MK 12 : « Donc j'ai pas, j'ai pas de relation avec les kinés. Et avec les médecins, ça reste assez anecdotique en fait, parce que j'ai pas, j'ai pas besoin d'eux, je me débrouille. Mais c'est dommage, c'est dommage. » ;  
« Je me suis mis plus dans mon, dans mon ressenti à moi et des choses et du coup bien plus de bonheur que quand j'étais finalement en collaboration. »

La participation à des structures telles que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) semble favoriser la communication et les échanges entre les professionnels de santé, offrant ainsi des opportunités de collaboration et de rétroaction.

MK 4 : « Mais en fait après les médecins généralistes qui sont en région CPTS, ils sont impliqués dans le pluri professionnel. »

MK 11 : « j'ai été voir un peu les gens autour de moi et du coup j'avais été voir le pharmacien de la commune d'à côté et lui il est président de la CPTS donc il m'en a tout de suite parlé et du coup j'ai adhéré et ça m'a fait connaître les gens et tout ça. C'est pas mal. Et c'est vrai qu'ils sont assez, ils sont assez dynamiques. Les gens se causent en tout cas »

En revanche, certains MK ressentent des différences dans leurs relations avec les MG en fonction du milieu urbain ou rural, avec une préférence pour la collaboration en milieu rural, souvent facilitée par leur intégration dans des réseaux locaux.

MK 6 : « en ville, je trouve ça plus compliqué. J'ai l'impression que les médecins ils sont beaucoup plus dans le rush alors que je pense que c'est un peu partout pareil et les échanges sont plus courts. »

MK 11 : « Bizarrement, tu vois qu'on est à la campagne. Je me sens beaucoup plus proche des autres praticiens que à Tours. Finalement, je connaissais personne, j'en connaissais deux ou trois, mais vraiment vite fait quoi. Mais parce que je n'étais pas la CPTS à Tours »

#### 6.4.2 Vers une meilleure collaboration

Les Masseurs-kinésithérapeutes expriment un fort désir de collaboration accrue avec les Médecins généralistes dans le cadre de la prise en charge des patients.

MK 2 : « j'aimerais avoir plus de temps pour en discuter avec les praticiens. »

*MK 5 : « je suis motivée pour développer ma communication » et « j'aimerais vraiment améliorer ça dans ma pratique »*

Un MK insiste également sur la nécessité d'une attitude de tolérance envers les autres disciplines.

*MK 3 : « mais voilà comme vous je peux me tromper. »*

La confiance mutuelle est perçue comme un élément clé facilitant les échanges et renforçant les relations interdisciplinaires.

*MK 8 : je pense que c'est une histoire de confiance, d'échange, d'expérience aussi*

*MK 9 : ça dépend de tellement de choses en fait. Parce que ça dépend du kiné en place, qui n'ose pas aussi se placer dans l'équipe, de la confiance du kiné, de la confiance que met l'équipe dans le kiné*

De plus, les MK soulignent l'importance de s'impliquer activement dans la communication pour une meilleure prise en charge des patients.

*MK 3 : « je pense qu'il y aurait à améliorer, je pense qu'on peut faire plein de choses super bien ensemble »*

*MK 4 : « il y a des pistes d'amélioration partout, autant [...] sur des outils de communication qui doivent être facilités, que sur des envies de communication qui doivent être plus fortes. »*

*MK 5 : « je trouve que c'est plus sur la prise en charge du patient euh.. Parce que c'est dommage, fin voilà... parce que des fois je pense qu'on met plus de temps à... au bon diagnostic, alors que si on avait tout de suite communiqué ça aurait été beaucoup plus vite quoi. »*

Certains signalent l'importance de se présenter dès l'installation dans une structure de santé. Pour certains MK interrogés travaillant au sein d'une MSP, il semble nécessaire d'avoir des valeurs communes au sein des équipes pluridisciplinaires pour bien échanger.

*MK 9 : « Au final, nos entretiens avec les médecins, je sais pas si ça a beaucoup porté ses fruits. Enfin sur le coup même, on en a pas senti. Enfin, ils ont trouvé ça un peu bizarre qu'on vienne vers eux. Ouais, pas beaucoup d'engouement. Et puis en fait, après, au fur et à mesure que nous on avait des patients qui venaient d'eux, qu'ils avaient des retours, on a tissé des liens qui sont quand même assez forts. »*

*MK 11 : « il y a deux médecins que j'avais été voir avant de m'installer pour leur parler du projet et puis voir un peu tâter le terrain, un peu, voir si on pourrait travailler facilement ensemble ou pas. Et ça s'est super bien passé, c'était super sympa et elles sont super sympa. On communique assez facilement. »*

*MK 12 : « Moi, j'aimerais, j'aimerais partager mon travail. Évidemment, c'est plus facile quand on est côte à côte dans une MSP. Mais si on est dans la même valeur de travail, oui »*

Enfin un MK évoque l'idée d'ouvrir un dialogue avec la sécurité sociale pour faire évoluer les pratiques professionnelles et les relations interdisciplinaires.

*MK 9 : « aujourd'hui, on demande cet échange qui n'est peut-être pas dans le temps aussi du médecin généraliste ou du médecin avec les autres professionnels, kiné ou autres. Donc encore une fois, c'est une re discussion [avec la Sécu]. Dire « bon d'accord, il faut qu'il y ait ce temps-là, Mais comment on fait? ». Voilà. »*

## 6.5 Impact de la formation sur la communication

Les MK expriment un besoin accru de formation en pluriprofessionnalité, soulignant l'importance de développer des compétences collaboratives dès les études.

*MK 5 : « qu'il y ait plus de formations pluridisciplinaires, d'ailleurs sur ça...sur les bilans, sur le partage de données, de connaissances sur les patients. »*

*MK 7 : « le fait d'avoir des internes qui passent en stage avec nous la pendant le stage à L\*, c'est top. Pour la communication et la coordination parce qu'on se connaît c'est top »*

Les lacunes identifiées incluent un manque d'enseignement sur la communication avec les MG et une vision parfois biaisée de ces derniers, pouvant entraver une collaboration efficace.

*MK 6 : « Mais voilà, moi je trouve qu'en tout cas à l'école, on nous avait beaucoup transmis ce truc-là, enfin cette image là des médecins qui seront un peu...condescendants avec les kinés quoi » ; « Il y a plein de profs qui nous ont dit mais vous cassez pas la tête à faire des courriers de toute façon, on vous répondra jamais. Ils les lisent pas » et « Enfin, il fallait prendre des pincettes pour que...c'était je sais pas comment expliquer, mais en fait c'était très cassant. Enfin l'image que je trouve on nous a transmis des médecins »*

Les échanges interdisciplinaires pendant les études sont perçus comme bénéfiques pour favoriser la collaboration future.

*MK 4 : « la P1 avec multi professionnel de P1, déjà ça aide à se faire des relations, des gens qui sont passés par là, qui ont fait kiné mais qui ont des copains qui ont continué médecine, voilà, déjà ça fait un cercle relationnel »*

*MK 6 : « Mais ce serait encore plus intéressant qu'on puisse avoir quelqu'un du métier qui nous en parle. On a des médecins qui interviennent en cours, mais personne ne nous explique et on n'a pas de médecin généraliste pour le coup »*

*MK 7 : « le fait d'avoir des internes qui passent en stage avec nous la pendant le stage à L\*, c'est top. Pour la communication et la coordination parce qu'on se connaît c'est top »*

En outre, la formation des MK semble encourager un certain détachement vis-à-vis du diagnostic médical, ce qui peut influencer la dynamique de collaboration avec les MG.

*MK 6 : « je sais que pendant l'école de kiné, on nous a beaucoup dit « en kiné vous n'avez pas le droit de poser des diagnostics, ça c'est réservé aux médecins. Donc en fait vous donnez jamais un diagnostic dans un courrier. » »*

*MK 10 : « Le formalisme dans les échanges, oui. Et cette histoire de pas de diagnostic quand on est kiné parce que c'est interdit. Le kiné ne pose pas de diagnostic médical. Donc toujours ces histoires de paraphrase pour dire la même chose. C'est ce dans quoi j'ai baigné pendant quatre ans. »*

La perception d'une hiérarchie prédominante dans la formation suscite également des interrogations quant à son impact sur les relations interprofessionnelles.

*MK 6 : « ça dépend des profs, mais en gros, on nous a beaucoup dit que les médecins, ils savaient tout. De toute façon, on ne pouvait pas forcément leur apporter.... Enfin, on ne pouvait rien leur dire parce qu'ils seraient pas forcément ouverts d'esprit sur ce qu'on allait proposer. »*

*MK 12 : « moi je trouve qu'on est trop, on est trop séparés les uns des autres dans la formation, peut-être trop hiérarchisés »*

Ces résultats soulignent l'importance d'intégrer davantage de contenu sur la communication interprofessionnelle et la collaboration dans la formation des MK, ainsi que la nécessité de promouvoir des échanges entre les différentes filières de santé dès les études initiales.

## DISCUSSION

Cette étude visait à explorer les perceptions et les expériences des Masseurs-Kinésithérapeutes d'Indre et Loire concernant leurs échanges avec les Médecins Généralistes sur les diagnostics formulés auprès de patients atteints de troubles musculosquelettiques.

Plus précisément, nous avons exploré les éléments clés qui pourraient être améliorés pour optimiser leur prise en charge. Nos résultats suggèrent que les MK interrogés font face à des obstacles émotionnels et hiérarchiques entravant leurs échanges. Ils ressentent le besoin d'être davantage impliqués dans le processus de diagnostic. Une clarification des rôles et une amélioration de la formation interprofessionnelle sont nécessaires. De plus, les contraintes de temps et de ressources financières entravent une collaboration efficace.

### Collaboration diagnostique : enjeux et voies d'amélioration

Il existe une diversité de contributions des MK interrogés au processus diagnostique, allant de la collaboration active à la réticence à partager les conclusions. Bien que la plupart aspirent à une collaboration égalitaire, peu partagent librement leurs évaluations avec les MG. Cette observation rejoint celle de Grabli sur le potentiel sous-utilisé des bilans initiaux des MK dans le processus diagnostique interprofessionnel (15). Les MK expriment le désir d'être sollicités pour leur expertise dans les TMS et aspirent à une dynamique d'échange où chacun contribue librement pour améliorer la prise en charge des patients. Ces constatations concordent avec celles de Boulahrouz-Ferkioui, soulignant leur volonté d'être consultés en tant que spécialistes et de jouer un rôle actif dans le processus diagnostique (25).

Nos résultats révèlent un manque de discussion et de collégialité sur les diagnostics entre les MK et les MG, confirmant les conclusions de Derrieu (26). Ces lacunes pourraient compromettre la qualité des soins et la sécurité des patients. Nous suggérons que ces différences de contribution peuvent être influencées par des facteurs tels que l'expérience professionnelle et les relations professionnelles antérieures. Cette reconnaissance des dynamiques diverses au sein du processus diagnostique offre des perspectives importantes pour l'amélioration des pratiques interprofessionnelles et la qualité des soins.

En outre, bien que la majorité des MK reconnaissent la qualité globale des diagnostics établis par les MG, des disparités subsistent, notamment concernant certains types de troubles. Nos résultats indiquent des réserves parmi les MK quant à la clarté et à la pertinence des diagnostics sur les ordonnances, préférant parfois des formulations plus générales ou des indications spécifiques de zones à traiter. Il convient de noter que dans la plupart des cas, le diagnostic est inscrit sur l'ordonnance, en contradiction avec les dispositions légales garantissant le secret médical. Ces constatations, en accord avec les travaux antérieurs, soulignent l'importance de trouver des solutions pour améliorer la transmission d'informations entre les professionnels de santé et promouvoir une collaboration plus efficace. En ce sens, nos propositions de solutions,

telles que l'introduction d'un courrier rédigé par le médecin accompagnant l'ordonnance, s'alignent avec les recommandations de Grabli et Le Metayer (14,15), offrant des pistes tangibles pour surmonter ces obstacles et renforcer la qualité des soins aux patients.

### **Dynamiques émotionnelles dans la communication interprofessionnelle**

Les interactions entre les MK et les MG dépeignent un tableau complexe d'émotions, allant de la confiance à des sentiments plus sombres tels que l'anxiété, la peur, l'appréhension, la frustration ou le sentiment d'inutilité. Ces émotions peuvent influencer la qualité des échanges, soulevant des préoccupations quant à la prise en charge des patients. Des études corroborent ces résultats, soulignant une communication souvent teintée de méfiance et d'appréhension, les MK craignant d'être mal interprétés ou de déranger (10,13,27). L'étude de Perreault, bien que portant sur la relation entre les MK et les chirurgiens orthopédistes met en lumière des hésitations et des tensions dans la communication, illustrant les défis auxquels sont confrontés les MK lors de leurs interactions avec d'autres professionnels de la santé (28).

Malgré une relation décrite comme collaborative et amicale (13), les obstacles émotionnels persistent, soulignant la nécessité d'une compréhension approfondie et d'une communication plus efficace entre les deux professions. La perception de la hiérarchie et de l'infériorité entrave le transfert de connaissances et le travail d'équipe. Sentiments perçus par de nombreux participants d'études précédentes (26,27,29). Certains MK reconnaissent la nécessité d'utiliser des précautions verbales ou des formulations délicates dans leurs interactions avec les MG pour prévenir tout malaise ou offense. Cette notion corrobore les observations de Perreault. Il souligne que la majorité des MK interrogés ont relevé la nécessité de prudence lors des interactions avec certains médecins, évitant par exemple de formuler des observations de manière trop catégorique afin d'éviter des réactions négatives. Nous pensons que ces attitudes et sentiments peuvent découler de diverses sources telles que des expériences passées, des disparités de formation ou des modes d'exercice différents. Le sentiment de hiérarchie peut être enraciné dans la culture professionnelle et les normes non écrites du système de santé, où les médecins sont traditionnellement considérés comme les principaux décideurs. Les recherches de Dellandréa (13) soulignent l'importance de la confiance entre les professionnels de la santé, tandis que les travaux de Madsen (30) mettent en avant l'impact positif d'une attitude constructive et d'une relation équilibrée et respectueuse entre les parties prenantes. Ces éléments soulignent l'importance d'une réflexion approfondie sur les interactions émotionnelles et relationnelles entre les professionnels pour améliorer la collaboration et la qualité des soins aux patients.

Enfin, l'émergence de jeunes professionnels remettant en question les schémas traditionnels de communication offre des opportunités de collaboration interprofessionnelle. Cela suggère un changement positif dans les pratiques de communication médicale. Cela ouvre la voie à des interactions plus ouvertes, enrichissantes et efficaces dans le domaine de la santé (10,28,31).

### La quête de la connaissance de « l'autre »

Nos résultats soulignent de manière quasi-unanime l'importance de la connaissance mutuelle entre les MK et les MG pour faciliter des échanges professionnels fluides, ce qui implique une compréhension des rôles respectifs et une familiarité physique. Certains participants expliquent rencontrer des difficultés à échanger avec des médecins généralistes inconnus, tandis que des relations personnelles facilitent la communication (32).

Nos participants soulignent l'importance de clarifier les rôles de chacun afin d'améliorer la prise en charge des patients. La littérature montre des résultats divergents sur la perception des rôles professionnels pouvant entraver le suivi des patients (15,31,33). Certains soulignent la nécessité de clarifier ces rôles pour améliorer la collaboration, alors que d'autres affirment une compréhension mutuelle préexistante (26,30). Cette méconnaissance des rôles peut constituer un obstacle aux interactions, tandis que la reconnaissance mutuelle des compétences et la mutualisation des savoirs sont considérés comme essentiels pour des échanges constructifs et des diagnostics plus précis (28,32).

Les MK mettent en avant l'impact positif de leur formation spécialisée dans le domaine des TMS, bien que des divergences existent quant à la reconnaissance de leurs compétences au sein de la communauté médicale. Selon Grabli, les MG reconnaissent les MK comme des spécialistes de la rééducation, accordant une grande confiance à leurs recommandations dans la prise en charge des patients atteints de TMS (15). En revanche, les recherches de Derrieu soulignent une perspective contrastée, suggérant que certains MG pourraient ne pas pleinement apprécier le savoir spécifique des MK, potentiellement entravant une collaboration bidirectionnelle optimale (26). Cette divergence met en avant l'importance du dialogue interprofessionnel pour favoriser une collaboration efficace.

Nos observations suggèrent que le lieu et le mode d'exercice, notamment en milieu rural, favorisent une communication facilitée entre professionnels de santé. Ces propos semblent confirmés par les résultats de Grabli et Bouchoou (15,27). Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles apparaissent comme une solution adaptée à cette collaboration, tant sur la proximité géographique que sur le partage des compétences (15). Ces espaces favorisent les échanges informels et les rencontres régulières entre professionnels de santé, renforçant les liens professionnels. Les différences générationnelles, telles que notées par Fiquet (31) indiquent que les jeunes professionnels peuvent être plus enclins à développer des relations interdisciplinaires, adoptant une approche moins hiérarchique et plus égalitaire.

### Explorer de nouveaux horizons dans la formation interdisciplinaire

Cette étude identifie des lacunes dans la formation universitaire des MK en matière de communication interprofessionnelle, notamment un éloignement par rapport au diagnostic médical, des préjugés et une perception hiérarchique. Les travaux de Tran et Supper soulignent qu'une formation multidisciplinaire contribuerait à de meilleures connaissances des autres professions de santé, réduirait les préjugés et la hiérarchie perçue (29,34). Les participants

insistent sur la nécessité d'enrichir les programmes de formation en intégrant davantage de contenu axé sur la communication, la collaboration interprofessionnelles et sur l'apprentissage des compétences de chacun. Une idée soutenue par les résultats de Paz-Lourido et Guraya (33,35). En considérant ces éléments, une formation conjointe des MK et des MG pourrait être bénéfique pour améliorer les relations. Les échanges interdisciplinaires pendant les études sont reconnus comme bénéfiques pour encourager la collaboration future, bien que complexe à réaliser, comme le soulignent d'autres études (15,34). Des approches telles que des séminaires de cas interprofessionnels et des stages pratiques sont proposées pour faciliter ces interactions. Les travaux de Begaud ajoutent une dimension pratique en soulignant l'enthousiasme des MK libéraux à accueillir des étudiants en médecine dans leurs cabinets (10). Ces résultats mettent en lumière l'importance d'une approche intégrée dès la formation initiale pour favoriser une meilleure compréhension et une collaboration efficace entre les différentes disciplines de la santé.

### **Défi financier, défi temporel : Les MK confrontés aux limites de la communication**

Les MK ont fait état des contraintes temporelles et financières qui entravent leur communication efficace avec les MG. Les résultats indiquent que ces contraintes limitent la disponibilité et la motivation des professionnels de la santé à échanger. Certains MK ont suggéré que la rémunération pour le temps consacré aux échanges et l'amélioration des outils de communication pourraient atténuer ces obstacles et encourager une collaboration plus efficace. Nos résultats sont appuyés par ceux de Le Metayer, Begaud, Delauney et Binart qui ont fait le même constat (9,10,14,36). Enfin, l'ouverture d'un dialogue avec les instances de la sécurité sociale est proposée par un des participants pour améliorer les relations interdisciplinaires et les pratiques professionnelles.

### **Perspectives**

Nos découvertes ouvrent des horizons prometteurs pour renforcer la communication et la collaboration entre les MK et les MG dans le domaine des troubles musculosquelettiques. Des initiatives potentielles pourraient inclure l'intégration de formations continues dès les études initiales en Indre et Loire. Encourager la recherche interprofessionnelle dans le domaine des TMS est également une possibilité, en incitant les kinésithérapeutes et les médecins généralistes à travailler ensemble sur des projets de recherche communs. Engager le dialogue avec les organismes de santé tels que la sécurité sociale et les ARS pourrait faciliter la recherche de solutions financières ou de dispositifs qui favorisent les échanges entre professionnels. Explorer des solutions technologiques innovantes, adaptées aux pratiques des professionnels, pourrait également jouer un rôle essentiel dans le partage efficace d'informations. Enfin, renforcer la collaboration par une participation active aux réseaux professionnels et aux événements de formation continue est essentiel pour améliorer les soins de santé et le bien-être des patients souffrant de TMS.

Toutefois, notre étude s'est déroulée dans le cadre d'une relation prescrite entre MG et MK. Avec la tendance à un accès direct croissant, nos résultats et perspectives pourraient changer. Cette transition potentielle pourrait influencer nos conclusions futures, demandant une réévaluation constante à mesure que la pratique médicale évolue.

### **Limites de l'étude**

Il est important de reconnaître d'emblée que l'investigatrice chargée des entretiens était inexpérimentée dans le domaine de la recherche, ce qui pourrait avoir engendré un biais méthodologique. Sa compétence limitée dans la conduite des entretiens aurait pu entraîner une perte significative d'informations, en raison de son manque d'expérience. De plus, l'adaptation du guide d'entretien après les premiers entretiens pourrait avoir introduit un biais en orientant davantage les discussions vers des domaines spécifiques jugés importants. Un potentiel biais d'interprétation lors de l'analyse des verbatims est également envisageable, car l'investigatrice aurait pu interpréter les propos des participants à travers le prisme de ses propres expériences personnelles. Pour atténuer ces risques, une approche de triangulation a été adoptée afin de confronter différentes perspectives et renforcer la validité des résultats. Par ailleurs, il convient de noter que le groupe de femmes inclus dans l'étude était relativement jeune, ce qui peut être attribué à des restrictions historiques d'accès à la profession. La connaissance préalable de certains participants par l'investigatrice aurait pu influencer le déroulement des entretiens, introduisant ainsi un potentiel biais dans les résultats. Enfin, il est important de souligner que les kinésithérapeutes qui ont répondu sont potentiellement plus intéressés par la démarche de la communication entre les professionnels, ce qui pourrait avoir influencé les résultats. Une autre population aurait peut-être fourni des résultats différents.

### **Forces de l'étude**

L'approche qualitative adoptée dans cette étude, avec une analyse interprétative phénoménologique, s'est révélée appropriée pour son objectif d'explorer les ressentis et les expériences subjectives des MK. Le recrutement diversifié, couvrant les milieux d'exercice urbains, ruraux et semi-ruraux, ainsi que la variété des tranches d'âge des participants, ont permis d'obtenir une vision étendue et un recul d'expérience significatif. Les entretiens individuels ont favorisé une expression libre des participants sur des sujets intimes, sans craindre d'être jugés. L'utilisation d'un guide d'entretien avec des questions ouvertes a permis de limiter les biais de suggestion pouvant être introduits par des questions fermées. La triangulation des données et la conformité aux critères COREQ ont été mises en place pour renforcer la validité scientifique de l'étude. De plus, le sujet de recherche demeure largement inexploré, offrant ainsi un potentiel pour des travaux futurs. Les données de cette étude, provenant en partie de thèses adoptant différentes méthodologies, contribuent à enrichir les connaissances existantes. Les résultats partiellement similaires de notre étude par rapport à la littérature renforcent sa validité externe.

## CONCLUSION

La collaboration entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes dans le domaine des troubles musculosquelettiques est entravée par divers obstacles émotionnels, hiérarchiques, temporels et financiers. Les masseurs-kinésithérapeutes se heurtent à un manque de reconnaissance de leurs compétences et un manque de contribution au diagnostic. Ils émettent une réticence à partager librement leurs évaluations. Malgré ces difficultés, les kinésithérapeutes aspirent à jouer un rôle plus actif dans le processus diagnostique, soulignant ainsi leur volonté de contribuer de manière plus significative à la prise en charge des patients atteints de TMS.

En outre, des lacunes dans la formation universitaire des masseurs-kinésithérapeutes sont identifiées, mettant en lumière le besoin d'une intégration plus forte de la communication interprofessionnelle dès les études. Cette lacune pourrait être comblée en intégrant des modules de formation sur la communication interprofessionnelle, la collaboration et le travail d'équipe dès le cursus de formation initiale des deux professionnels. La promotion de la recherche interprofessionnelle pourrait être envisagée. Ces initiatives pourraient entraîner une réduction des sentiments de hiérarchie, une meilleure clarification des rôles et des compétences de chaque profession, ainsi que le renforcement des liens entre elles. En encourageant une communication plus ouverte et une compréhension mutuelle, ces actions pourraient contribuer à améliorer la qualité des soins aux patients souffrant de TMS, tout en favorisant une collaboration plus efficace entre les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. 2021 [cité 6 janv 2024]. Affections ostéo-articulaires et musculaires. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/musculoskeletal-conditions>
2. Troubles musculo-squelettiques dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale : mieux connaître les facteurs de risque pour mieux les prévenir [Internet]. 2022 [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/troubles-musculo-squelettiques-dans-le-secteur-de-la-sante-humaine-et-de-l-action-sociale-mieux-connaître-les-facteurs-de-risque-pour-mieux-les-p>
3. Letrilliart L. ECOGEN : étude des Éléments de la CONsultation en médecine GENérale. Exercer. 2014;25(114):148-57.
4. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. Br J Sports Med. janv 2020;54(2):79-86.
5. Assurance maladie [Internet]. 2020 [cité 22 mai 2022]. Bilan diagnostic kinésithérapique. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/bilan-diagnostic-kinesitherapique>
6. Chapitre 1er : Masseur-kinésithérapeute (Articles R4321-1 à R4321-145) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178631/2020-10-05](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178631/2020-10-05)
7. Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.
8. Pascucci D, Sassano M, Nurchis MC, Cicconi M, Acampora A, Park D, et al. Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: Findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. Health Policy. févr 2021;125(2):191-202.
9. Delauney E. Kinés et médecins généralistes : peut mieux faire ? Une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire. Médecine. 2010;6(6):277-81.
10. Begaud P, Schnell F, Myhié D, Autret K, Bonan I. Identification des freins et pistes d'améliorations de la relation médecin généraliste-kinésithérapeute. Une étude qualitative auprès de kinésithérapeutes. [Thèse d'exercice de Médecine]. Université de Rennes; 2021.
11. Chabot J. Communication entre médecins généralistes et professions paramédicales en secteur libéral. Qu'en pensent les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes et quelles sont leurs attentes envers les médecins généralistes libéraux de la région rouennaise? 2021.
12. Siebert P. Étude des dysfonctionnements interprofessionnels entre médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux : pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers [Internet] [Thèse d'exercice de Médecine]. [Faculté de médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2017 [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <http://docnum.univ->

13. Dellandréa A. Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains [Thèse d'exercice de Médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2013.
14. Le Metayer C. Etude des relations entre les professionnels de santé du territoire de gennevilliers/villeneuve-la-garenne : analyse du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers sur leur communication avec le médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient. [Internet] [Thèse d'exercice de Médecine]. Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2016 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5111\\_LEMETAYER\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5111_LEMETAYER_these.pdf)
15. Grabli N. Étude qualitative par focus groupes sur la relation entre les médecins généralistes et les masseurs kinésithérapeutes: échanges interdisciplinaires entre professionnels de santé pour améliorer la communication et la prise en charge des patients en soins primaires. Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
16. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskelet Disord*. déc 2005;6(1):32.
17. Alrwaily M, Alanazi F. Prevalence and Determinants of Knowledge of Musculoskeletal Disorders Among Healthcare Providers and Students in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *J Multidiscip Healthc*. août 2022;Volume 15:1789-97.
18. Demont A, Benaïssa L, Recoque V, Desmeules F, Bourmaud A. Spinal pain patients seeking care in primary care and referred to physiotherapy: A cross-sectional study on patients characteristics, referral information and physiotherapy care offered by general practitioners and physiotherapists in France. *Abdelbasset WK, éditeur. PLOS ONE*. 6 sept 2022;17(9):e0274021.
19. Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. *Prim Health Care Res Dev*. mai 2015;16(03):304-8.
20. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychol Fr*. 1 déc 2017;62(4):373-85.
21. Mays N. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 1 janv 2000;320(7226):50-2.
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.
23. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
24. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.

25. Boulahrouz-Ferkioui N. Collaboration entre kinésithérapeutes et médecins généralistes : ressenti et influence des recommandations actuelles. Université de Picardie Jules Verne; 2012.
26. Derrieu P. Évaluation de la collaboration interprofessionnelle entre Médecins Généralistes et Kinésithérapeutes. Université Aix-Marseille II; 2022.
27. Bouchoou V. Les freins à la relation médecins généralistes-kinésithérapeutes: étude qualitative auprès de kinésithérapeutes. [Nice]: Université Nice-Sophia antipolis; 2018.
28. Perreault K, Dionne CE, Rossignol M, Morin D. Interprofessional practices of physiotherapists working with adults with low back pain in Québec's private sector: results of a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord*. déc 2014;15(1):160.
29. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health*. 18 déc 2014;fdu102.
30. Madsen MN, Kirkegaard ML, Klebe TM, Linnebjerg CL, Villumsen SMR, Due SJ, et al. Inter-professional agreement and collaboration between extended scope physiotherapists and orthopaedic surgeons in an orthopaedic outpatient shoulder clinic – a mixed methods study. *BMC Musculoskelet Disord*. déc 2021;22(1):4.
31. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. mai 2015;16(2):105-17.
32. Sage L. Le développement de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé primaires français. 2014.
33. Paz-Lourido B, Kuisma RME. General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: A discourse analysis. *J Interprof Care*. mai 2013;27(3):254-60.
34. Tran C, Kaila P, Salminen H. Conditions for interprofessional education for students in primary healthcare: a qualitative study. *BMC Med Educ*. déc 2018;18(1):122.
35. Guraya SY, Barr H. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci*. mars 2018;34(3):160-5.
36. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral [Internet]. 2012 [cité 10 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/767/fichier\\_hbinard\\_these109be.pdf](https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/767/fichier_hbinard_these109be.pdf)

## ANNEXES

### 1 ANNEXE 1 : Grille COREQ

DOMAINE 1 : ÉQUIPE DE RECHERCHE ET DE RÉFLEXION		
CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES		
1. Enquêteur/a nimateur	Quel auteur a mené les entretiens individuels ?	Mme BERGERARD a mené les entretiens individuels.
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Thésard
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Des ateliers de formation à la thèse réalisés par la faculté de médecine de Tours
RELATION AVEC LES PARTICIPANTS		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Deux des participants connaissaient préalablement l'investigatrice sans connaissance de l'étude.
7. Connaissances des participants au sujet des enquêteurs	Que savaient les participants au sujet des chercheurs ?	Le thème de la thèse
8. Caractéristiques des enquêteurs	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Intérêt pour le thème de la thèse
DOMAINE 2 : CONCEPTION DE L'ÉTUDE		
CADRE THÉORIQUE		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Recherche qualitative avec analyse phénoménologique interprétative
SÉLECTION DES PARTICIPANTS		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Ils ont été sélectionnés sur la base du volontariat suite à un appel à la participation adressé à l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Indre et Loire.
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par mail puis discussion téléphonique.
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Douze participants.

13.Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucun abandon.
CONTEXTE		
14.Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Entretiens en présentiel dans un café, au cabinet ou au domicile des participants
15.Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non.
16.Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Voir Tableau 1 – caractéristiques des participants
RECUEIL DES DONNÉES		
17.Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Le guide d'entretien n'a pas été fournis aux participants, il n'a pas été testé au préalable.
18.Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non.
19.Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, un enregistrement audio sur dictaphone.
20.Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, pendant et après chaque entretien.
21.Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	50 minutes en moyenne.
22.Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Le seuil de saturation a été atteint au cours des entretiens.
23.Retour des transcriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non.
DOMAINE 3 : ANALYSE ET RÉSULTATS		
ANALYSE DES DONNÉES		
24.Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux, permettant une triangulation des données.
25.Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui.
26.Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les thèmes identifiés étaient déterminés à partir des données recueillies.
27.Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Excel®.
28.Vérification des participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non.

RÉDACTION		
29.Citations présentées	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui et oui.
30.Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui.
31.Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui.
32.Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion sur des thèmes secondaires ?	Oui.

*Tableau 2 - Grille COREQ*

## 2 ANNEXE 2 : guide d'entretien initial

L'objectif de cette thèse est de s'intéresser aux perceptions des Masseurs Kinésithérapeutes concernant leurs échanges avec les Médecins Généralistes sur les diagnostics formulés auprès de patients atteints de troubles musculosquelettiques. Nous allons nous intéresser à votre parcours, votre exercice et essayer de voir les barrières et facilitateurs relatifs à la communication avec les Médecins Généralistes ainsi que les axes d'améliorations possibles. Je souhaiterais enregistrer notre échange, avec votre accord, pour me permettre de l'analyser par la suite. L'anonymat sera bien entendu respecté.

### Introduction :

Pour commencer, pourriez-vous me donner des informations sur votre parcours en tant que masseur-kinésithérapeute (années d'expérience, lieu de pratique, type de collaboration, etc.) ?

### Thème 1 : La fréquence des échanges entre les professionnels

1. Comment se passe pour vous la communication avec les médecins généralistes ?

Questions de relance : Comment ces échanges sont-ils initiés ? À quelle fréquence avez-vous des échanges entre professionnels ? Quels sont les moyens de communication habituellement utilisés pour ces échanges ? Y a-t-il des facteurs qui influencent la fréquence des échanges ?

### Thème 2 : La pertinence des informations diagnostiques partagées

2. Quelle est votre expérience personnelle concernant les informations relatives aux diagnostics partagés entre vous et les MG auprès de patients atteints de troubles musculosquelettiques ?

Questions de relance : Quels types d'informations diagnostiques sont généralement échangées ? Que pensez-vous des diagnostics formulés par les médecins généralistes ? Avez-vous déjà senti le besoin de fournir ou de recevoir des informations diagnostiques supplémentaires pour optimiser la prise en charge du patient ? Avez-vous déjà rencontré des situations où des informations importantes n'ont pas été partagées ou ont été mal interprétées ? Quel est votre ressenti lorsque vous devez communiquer ?

### Thème 3 : La qualité de la communication entre les professionnels

3. Que pensez-vous personnellement de la qualité de ces échanges d'informations ?

Questions de relance : Comment évaluez-vous le niveau de collaboration lors de ces échanges d'informations avec les médecins généralistes ? Comment décririez-vous la discussion entre vous et les Médecins Généralistes lors d'échanges diagnostiques ? À quelle fréquence donnez-vous ou recevez-vous des rétroactions de la part des MG sur les diagnostics ou les plans de traitement ? Sont-elles bien accueillies et prises en compte ?

#### Thème 4 : Le partage des décisions cliniques

4. Quel rôle jouez-vous dans le processus diagnostique pour traiter les patients souffrant de troubles musculosquelettiques ?

Questions de relance : Dans quelle mesure les décisions concernant le diagnostic sont-elles prises en concertation avec le médecin généraliste ? Avez-vous déjà été confronté à des divergences dans les décisions cliniques ? Comment sont-elles généralement résolues ? Pouvez-vous donner des exemples de situations où le partage des décisions cliniques a été bénéfique pour le patient ?

#### Thème 5 : Les barrières, facilitateurs et axes d'améliorations relatifs à la communication

5. Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien pour communiquer sur les diagnostics des TMS avec les médecins généralistes ?

Questions de relance : Quelles sont vos craintes ou hésitations quand vous souhaitez discuter d'un diagnostic de TMS avec un médecin généraliste ? Quelles sont les conséquences éventuelles sur votre pratique ? Quelles sont les conséquences sur la prise en charge du patient ?

6. Quelles seraient vos suggestions pour faciliter les échanges et la collaboration entre les deux professionnels de santé ?

#### Conclusion :

7. Avez-vous d'autres commentaires ou informations que vous souhaiteriez ajouter ?

### 3 ANNEXE 3 : guide d'entretien final

L'objectif de cette thèse est de s'intéresser aux perceptions des Masseurs Kinésithérapeutes concernant leurs échanges avec les Médecins Généralistes sur les diagnostics formulés auprès de patients atteints de troubles musculosquelettiques. Nous allons nous intéresser à votre parcours, votre exercice et essayer de voir les barrières et facilitateurs relatifs à la communication avec les Médecins Généralistes ainsi que les axes d'améliorations possibles. Je souhaiterais enregistrer notre échange, avec votre accord, pour me permettre de l'analyser par la suite. L'anonymat sera bien entendu respecté.

#### Introduction :

Pour commencer, pourriez-vous me donner des informations sur votre parcours en tant que masseur-kinésithérapeute (années d'expérience, lieu de pratique, type de collaboration, etc.) ?

#### Thème 1 : La fréquence des échanges entre les professionnels

1. Comment se passe pour vous la communication avec les médecins généralistes ?

Questions de relance : Comment ces échanges sont-ils initiés ? À quelle fréquence avez-vous des échanges entre professionnels ? Quels sont les moyens de communication habituellement utilisés pour ces échanges ? Y a-t-il des facteurs qui influencent la fréquence des échanges ?

#### Thème 2 : La pertinence des informations diagnostiques partagées

2. Quelle est votre expérience personnelle concernant les informations relatives aux diagnostics partagés entre vous et les MG auprès de patients atteints de troubles musculosquelettiques ?

Questions de relance : Quels types d'informations diagnostiques sont généralement échangées ? Que pensez-vous des diagnostics formulés par les médecins généralistes ? Avez-vous déjà senti le besoin de fournir ou de recevoir des informations diagnostiques supplémentaires pour optimiser la prise en charge du patient ? Avez-vous déjà rencontré des situations où des informations importantes n'ont pas été partagées ou ont été mal interprétées ? Quel est votre ressenti lorsque vous devez communiquer ?

#### Thème 3 : La qualité de la communication entre les professionnels

3. Que pensez-vous personnellement de la qualité de ces échanges d'informations ?

Questions de relance : Comment évaluez-vous le niveau de collaboration lors de ces échanges d'informations avec les médecins généralistes ? Comment décririez-vous la discussion entre vous et les Médecins Généralistes lors d'échanges diagnostics ? À quelle fréquence donnez-vous ou recevez-vous des rétroactions de la part des MG sur les diagnostics ou les plans de traitement ? Sont-elles bien accueillies et prises en compte ?

#### Thème 4 : Le partage des décisions cliniques

4. Quel rôle jouez-vous dans le processus diagnostique pour traiter les patients souffrant de troubles musculosquelettiques ?

Questions de relance : Dans quelle mesure les décisions concernant le diagnostic sont-elles prises en concertation avec le médecin généraliste ? Avez-vous déjà été confronté à des divergences dans les décisions cliniques ? Comment sont-elles généralement résolues ? Pouvez-vous donner des exemples de situations où le partage des décisions cliniques a été bénéfique pour le patient ?

#### Thème 5 : Les barrières, facilitateurs et axes d'améliorations relatifs à la communication

5. Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien pour communiquer sur les diagnostics des TMS avec les médecins généralistes ?

Questions de relance : Quelles sont vos craintes ou hésitations quand vous souhaitez discuter d'un diagnostic de TMS avec un médecin généraliste ? Quelles sont les conséquences éventuelles sur votre pratique ? Quelles sont les conséquences sur la prise en charge du patient ?

6. Quelles seraient vos suggestions pour faciliter les échanges et la collaboration entre les deux professionnels de santé ?
7. Quelle est votre expérience personnelle concernant la communication avec les médecins généralistes lors de vos études ?

#### Conclusion :

8. Avez-vous d'autres commentaires ou informations que vous souhaiteriez ajouter ?

#### 4 ANNEXE 4 : extrait de retranscription

« Investigateur : Et quelles difficultés tu rencontrerais au quotidien dans ta communication avec les médecins ?

MK : Alors moi je dirais deux choses. La première chose, c'est le temps. Là c'est vrai que comme c'est sur le temps de midi, c'est vraiment très simple. Mais quand je sais que j'ai un courrier à faire, un médecin, ça m'empoisonne. C'est plutôt que de dire ça va être un bon moment, je vais pouvoir communiquer sur ce patient. C'est vraiment le manque de temps qui fait que ça devient vraiment....De temps et de temps rémunéré. Parce que en fait, c'est encore une fois si on avait une heure à attribuer...Je sais pas je vais dire une bêtise mais une heure par jour ou peut être 3 h par semaine, j'en sais rien. Mais de se dire nous aussi tiens, pendant ce temps-là, moi je me mets tel courrier pour tel patient à tel médecin. Mais en fait oui, nous on prend vraiment un patient à la fois par demi-heure, enfin vraiment ce qui est recommandé par la sécu. Et au niveau rémunération, c'est chaud, on peut pas se permettre de temps à côté non rémunéré. Et donc c'est le temps, honnêtement et mailiz quelle angoisse quoi! Enfin c'est ce que j'en discutais avec mon collègue en début de semaine parce que j'ai envoyé un mail justement à un docteur en face et c'est catastrophique pour tout ce qui peut être fait aujourd'hui avec whatsapp avec.... Il faudrait limite peut être pas une messagerie instantanée, mais un truc un peu plus convivial.

Investigateur: qu'est-ce que tu trouverais justement à améliorer?

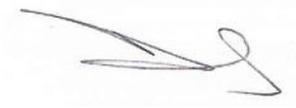
MK: Une messagerie conviviale et mailiz en plus il faut être sur l'ordi là-bas avec la CPS. Ce serait plus agréable d'avoir ça sur tablette avec une interface très simple. C'est à dire que là, quand on est dans Mailiz.... Enfin encore une fois, c'est timé. Moi quand j'ai fait ça, j'avais mon patient, donc j'étais entre deux patients. Il y avait mon patient qui était après qui était en train de s'installer dans le box. Je finissais mon mail. Voilà, fallait que ce soit... On à deux minutes en fait en vrai et c'est voilà... c'est le patient, après on s'excuse, je suis en retard machin Pardon...Enfin c'est tout un processus qui se met en place. On n'a pas dix minutes entre chaque patient, mais comme les médecins généralistes pour se dire je fais mon courrier, voilà. Je sais que les médecins généralistes, ils font en même temps. Nous on est manuels donc en fait il faudrait un truc, un dictaphone en même temps pareil, qui dicte sur notre appli. Enfin, il y a des trucs à développer je pense au niveau des kinés, honnêtement, moi j'y pense, mais je connais personne qui développe des applications et tout comme ça. Mais c'est vrai que je pense qu'il y a des groupes de travail à mettre en place au niveau de l'ordre. Maintenant, on travaille quand même la nouvelle génération sur les tablettes. On a les bilans sur tablette maintenant en direct, donc des trucs qui sont simples et même vraiment des interfaces hyper rapides envoyées au médecin traitant. Et de se dire au début de la prise en charge, c'est son médecin traitant référent, la boîte mail est déjà rentré, on peut envoyer le bilan du jour. »

5 ANNEXE 5 : extrait d'une grille de codage

VERBATIM	ETIQUETTE	THEMES	THEMES SUPER-ORDONNES
Après, je trouve que c'est comme avec n'importe qui, on essaie d'être courtois et...et de faire en sorte que les choses soient bien prises. Mais je trouve pas ça plus compliqué.	Je considère qu'il est normal d'y mettre les formes dans nos courriers	être respectueux	Attitudes et sentiments
c'est aussi parce que c'est bonne ambiance, hein. Que tout le monde se tutoie, j'ai l'impression, on se connaît. En fait le fait de se connaître un peu en dehors	Je pense que se connaître facilite les échanges	Se connaître pour mieux communiquer	La connaissance des autres professionnels
avec la CPTS on a peut-être un peu de mal à faire des vrais projets, mais au moins ça nous a permis de vraiment nous connaître et rien que pour ça, ça vaut le coup	La CPTS crée du lien entre les professionnels de santé ce qui facilite les échanges	La CPTS favorise le contact	Collaboration interprofessionnelle
Ça fait que du coup la notion de hiérarchie je la ressens pas du tout.	Je n'ai pas de sentiment de hiérarchie avec les MG	Absence de sentiment de hiérarchie	Attitudes et sentiments
Bah les maisons médicales, c'est une bonne chose en soi	Je pense que les MSP facilitent les échanges et sont moteurs de communication	MSP facilitateur de communication	Idéal de communication

*Tableau 3 - Extrait d'une grille de codage*

Vu, le Directeur de Thèse,  
Anthony Demont,  
Paris, le 14/04/2024,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Anthony Demont', written on a light-colored background.

Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le

## BERGERARD Ségolène

65 pages – 3 tableaux

### Résumé :

**Introduction:** Les troubles musculosquelettiques posent un défi de santé publique, nécessitant une approche multidisciplinaire. Cependant, des lacunes persistent dans la communication et la collaboration entre masseurs-kinésithérapeutes et médecins généralistes. Comprendre les perceptions des MK peut éclairer les stratégies visant à renforcer cette collaboration, améliorant ainsi la qualité des soins aux patients atteints de TMS.

**Méthode:** Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en Indre-et-Loire. L'analyse s'est inspirée de la méthode par interprétation phénoménologique pour explorer les perceptions et expériences des participants.

**Résultats:** Les participants manifestent un désir supérieur de s'impliquer dans le processus diagnostique des troubles musculosquelettiques, même si des obstacles émotionnels et hiérarchiques persistent. Ils font état de contraintes temporelles et financières entravant leur collaboration avec les médecins généralistes. Une méconnaissance des rôles professionnels et des divergences dans la reconnaissance des compétences des masseurs-kinésithérapeutes au sein de la communauté médicale sont également soulignées.

**Conclusion:** Une amélioration de la formation interprofessionnelle et l'exploration de solutions pour atténuer les contraintes temporelles et financières sont nécessaires. En encourageant une communication ouverte et une compréhension mutuelle entre les professionnels de santé, il devient possible de renforcer la qualité des soins prodigués aux patients souffrant de troubles musculosquelettiques.

**Mots clés :** Masseurs-kinésithérapeutes, Médecins généralistes, troubles musculosquelettiques, diagnostics, collaboration interprofessionnelle, formation interdisciplinaire

### Jury :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Directeur de thèse : Docteur Anthony DEMONT

Membres du Jury : Docteur Alain AUMARECHAL

Docteur André-Stéphane GROCHOLSKI

Date de soutenance : 16 mai 2024