



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

L'ACCÈS DIRECT POUR L'ENTORSE DE CHEVILLE :
Points de vue de masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Sous la direction de Madame FRICHE Corinne

Mémoire présenté par **Clémence ETIENNE**
Étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
En vue de valider l'UE28
Dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute.

Promotion 2017-2021



UE 28 - MÉMOIRE

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), ETIENNE Clémence,

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le 27/04/2021

Signature

REMERCIEMENTS

Ce mémoire de fin d'études est l'aboutissement d'un travail de plusieurs mois, il a été rendu possible par de nombreuses personnes que je souhaite remercier.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Friche Corinne, pour m'avoir encadrée dans ce travail. Du fait de son expérience professionnelle et sa disponibilité, elle a su me conseiller et m'aiguiller tout au long de ce travail.

Je remercie Madame Muller Karine, enseignante référente à l'ILFMK de Nancy pour m'avoir suivie et guidée durant mes quatre années d'études, grâce à son écoute, ses conseils et sa bienveillance. De plus, je tiens à remercier toute l'équipe pédagogique pour les enseignements théoriques et pratiques apportés.

Je souhaite ensuite remercier les masseurs-kinésithérapeutes qui ont accepté de participer aux entretiens et de m'avoir accordé votre temps si précieux, sans vous, cette étude n'aurait pas pu être réalisée. Merci pour vos échanges, vos conseils et votre expertise.

A Maxime et mes amies qui se reconnaîtront, je vous adresse mes remerciements pour les moments passés ensemble, pour m'avoir accompagnée durant ces années d'études supérieures, merci pour votre joie de vivre, votre soutien et votre patience.

Un grand merci à Laurent de m'avoir transmis l'envie de devenir masseur-kinésithérapeute dès mon plus jeune âge et de m'avoir conseillée dans mes différents projets.

Je remercie tous les relecteurs de ce mémoire pour m'avoir aidée dans cette dernière ligne droite.

Pour finir, je tiens à remercier mes parents, mes grands-parents et ma sœur de m'avoir permis de suivre mon envie de devenir masseur-kinésithérapeute et de m'avoir épaulée durant ces années d'études.

L'ACCÈS DIRECT POUR L'ENTORSE DE CHEVILLE : Points de vue de masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Introduction : L'accès direct, autorisé en France depuis septembre 2019 par Mme Buzyn est un sujet récent qui est au cœur de nombreuses discussions. Depuis l'arrêté du 6 mars 2020, les masseurs-kinésithérapeutes (MK) peuvent prendre en charge l'entorse de cheville en accès direct. De nombreux bénéfices sont énoncés dans la littérature étrangère. Toutefois, nous pouvons nous demander quel est le point de vue des MK libéraux français à ce sujet ainsi que l'implication de ceux-ci.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une démarche qualitative, à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de sept MK libéraux, exclusivement du Grand Est. Lors de l'échange, nous avons rassemblé leur point de vue sur les bénéfices et les risques d'un tel système, puis nous nous sommes intéressées au bilan de l'entorse de cheville et nous avons fini sur la place qu'occupent les MK et leur implication dans l'accès direct.

Résultats : Peu de MK connaissent l'intégralité des modalités de mise en place, cela implique que la majorité des MK (4/7) ne se sent pas prête à adopter ce système. Concernant l'entorse de cheville, tous les MK réalisent un bilan similaire aux recommandations de la HAS. Toutefois, certaines notions spécifiques à l'accès direct semblent méconnues, c'est pourquoi la formation prévue semble être la bienvenue. De nombreuses modifications dans leur pratique actuelle semblent préoccuper les MK.

Discussion : A l'heure actuelle, nous n'avons aucuns retours des MK français sur ce système. Nous avons constaté que les bénéfices et les risques évoqués par les MK sont similaires à la littérature étrangère. Les MK sont sensibles à l'amélioration du parcours de soin du patient et à la revalorisation de leur profession.

Conclusion : Le manque d'informations des thérapeutes, des médecins et des patients semble être un frein majeur à la mise en place de ce système. Il faudra attendre quelque temps pour obtenir un recul suffisant sur cet accès direct.

Mots clés : Accès direct - Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK) - Entorse de cheville – Masseur-Kinésithérapeute (MK)

DIRECT ACCESS FOR ANKLE SPRAIN : Views of private physiotherapists.

Introduction : Direct access is a very recent topic. Indeed, it was authorised in France in September 2019 by Mrs Buzyn and is new at the heart of many discussions. Since the decree of the 6th March 2020, physiotherapists (PTs) can manage ankle sprains in direct access. Many benefits are listed in the foreign literature. However, we can ask wonder about the point of view of the French liberal PTs on this subject as well as their involvement.

Material and method : We conducted a qualitative approach, using semi-directive interviews with seven private PTs, exclusively from the Grand Est. During the exchange, we gathered their views on the benefits and risks of such a system, then we looked at the assessment of ankle sprains and we finished with the place of the PT and their involvement in direct access.

Results : Few PTs know the full details of the implementation process, which implies that the majority of PTs (4/7) do not feel ready to adopt this system. Concerning ankle sprains, all the PT carried out an assessment similar to the HAS recommendations. However, some notions specific to direct access seem to be unfamiliar, which is why the planned training appears to be welcome. Many changes in their current practice seem to seem to worry PTs.

Discussion : At the time of writing, we have no feedback from French PTs on this system. We found that the benefits and risks mentioned by PTs are similar to the foreign literature. PTs are sensitive to the improvement of the patient's care pathway and to the revaluation of their profession.

Conclusion : The lack of information from physiotherapists, doctors and patients seems to be a major issue in the implementation of this system. It will be necessary to wait some time to obtain sufficient hindsight on this direct access.

Keywords : Direct access – Physiotherapy diagnosis assesment – Ankle sprain - Physiotherapist

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
1.1 Cadre théorique.....	1
1.1.1 Épidémiologie de l'entorse latérale de la cheville	1
1.1.2 Anatomie et physiopathologie de la cheville	1
1.1.3 Facteurs de risques	3
1.1.4 Bilan diagnostic kinésithérapique (BDK).....	3
1.1.4.1 Histoire du BDK	3
1.1.4.2 Anamnèse	4
1.1.4.3 Examen physique	4
1.1.5 Profession de masseur-kinésithérapeute et accès direct.....	7
1.1.5.1 Histoire de la profession de masseur-kinésithérapeute	7
1.1.5.2 Accès direct à l'étranger	8
1.1.5.3 Accès direct en France.....	9
1.2 Problématique et question de recherche.....	10
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	12
2.1 Stratégie documentaire	12
2.2 Aspects réglementaires et éthiques	12
2.3 Méthode.....	13
2.3.1 Choix d'une approche qualitative.....	13
2.3.2 L'élaboration du guide d'entretien.....	13
2.3.3 Le choix de la population.....	14
2.3.4 Déroulement de l'étude.....	15
2.3.4.1 Prise de contact avec la population cible	15
2.3.4.2 Phase de pré-test	16
2.3.4.3 Réalisation des entretiens	16
2.3.4.4 Retranscription des entretiens	16
2.3.5 Analyse des résultats.....	17
2.4 Matériel.....	17
3. RÉSULTATS	18
3.1 Présentation de la population	18
3.2 Thème 1 : accès direct pour les MK	19
3.2.1 Les bénéfices de l'accès direct	19

3.2.2	Les risques liés à la mise en place de ce système	20
3.2.3	Les modalités de mise en place de cet accès direct	22
3.3	Thème 2 : la place du MK dans la prise en charge de l'entorse de cheville	23
3.3.1	Les points essentiels du BDK d'une entorse de cheville	23
3.3.2	Les compétences indispensables du MK	25
3.3.3	Les attentes et besoins pour la formation prévue	27
3.4	Thème 3 : l'implication des thérapeutes	28
3.4.1	Le ressenti des MK	28
3.4.2	La détermination des MK, des patients et des médecins	29
3.4.3	Les paramètres modifiés lors d'une séance	30
3.4.4	Les relations interprofessionnelles et le partage d'informations	32
3.5	Thème 4 : le niveau d'informations des différents acteurs	33
3.5.1	L'information des thérapeutes	33
3.5.2	L'information des patients	33
4.	DISCUSSION	34
4.1	Les conséquences de la mise en place de l'accès direct	34
4.1.1	Les bénéfices	34
4.1.2	Les inconvénients	35
4.2	L'importance du BDK	37
4.2.1	Le BDK	37
4.2.2	La formation	38
4.3	La place du MK dans ce système	39
4.3.1	La communication envers les MK	39
4.3.2	Les différentes modifications	41
4.4	Les limites du mémoire	43
4.4.1	Le choix des participants	43
4.4.2	Les entretiens	43
4.4.3	La retranscription et l'analyse des résultats	44
4.5	Les limites de la littérature scientifique	45
4.6	Ouverture et perspectives d'approfondissement	45
5.	CONCLUSION	46
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXES	

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : anatomie ligamentaire latérale de la cheville.....	2
Figure 2 : critères d'Ottawa	5
Figure 3 : les bénéfices de l'accès direct	20
Figure 4 : les limites de l'accès direct.....	22
Figure 5 : les éléments essentiels du BDK de l'entorse de cheville	25
Figure 6 : les compétences indispensables du MK en accès direc	27
Figure 7 : les paramètres modifiés lors d'une séance en accès direct.....	32

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

BDK : Bilan Diagnostic Kinésithérapique

CPP : Comités de Protection des Personnes

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

ILFMK : Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie

LTFA : Ligament Talo Fibulaire Antérieur

MK : Masseur- Kinésithérapeute

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PT : Physiotherapist

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

WCPT : World Confederation for Physical Therapy

1. INTRODUCTION

1.1 Cadre théorique

1.1.1 Épidémiologie de l'entorse latérale de la cheville

En France, l'entorse aiguë de la cheville affecte au moins 6000 patients par jour qui se rendent aux urgences pour ce motif (1). Cela représente 4 à 7 % des consultations en traumatologie faisant d'elle la blessure musculosquelettique la plus fréquente. Les populations les plus exposées sont les hommes entre 15-19 ans et les femmes après 30 ans (2-5). De plus, elle représente 20 % de tous les traumatismes sportifs, favorisée dans les sports en salle ou sur terrain avec pivot et contact (sports de ballon) (4-8).

Environ 75 % des lésions touchent la structure ligamentaire latérale, en particulier le ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA) (73 %). Du fait d'une meilleure structure ligamentaire, les entorses médiales, antérieures ou subtalaires sont plus rares. Il ne faut toutefois pas les méconnaître et les négliger (9). Souvent banalisées et parfois non traitées, ces entorses latérales laissent d'importantes séquelles, notamment l'instabilité chronique de la cheville que l'on retrouve chez 32 à 74 % des patients. Des douleurs, des gonflements, une sensation d'instabilité et une capacité fonctionnelle réduite seront les principales gênes exprimées par le patient (5,6,10,11).

1.1.2 Anatomie et physiopathologie de la cheville

La cheville (ou l'articulation talo-crurale) est une articulation trochléaire, elle comporte trois structures osseuses : l'épiphyse tibiale et sa malléole, la malléole fibulaire et le talus. La stabilité de la cheville est acquise par deux ligaments principaux : le ligament collatéral fibulaire (LCF) et le ligament collatéral tibial (LCT) puis des ligaments accessoires (Fig. 1) (12-14). Nous parlons de complexe tibio-fibulo-talo-calcaneén sur le plan fonctionnel, en effet, les articulations subtalaires (ou talocalcanéennes) et tibiofibulaires supérieures et inférieures sont sollicitées pendant la marche. Lors d'un effort physique, l'articulation de la cheville supporte l'ensemble du poids du corps et subit de nombreuses contraintes ce qui l'expose aux potentiels traumatismes.

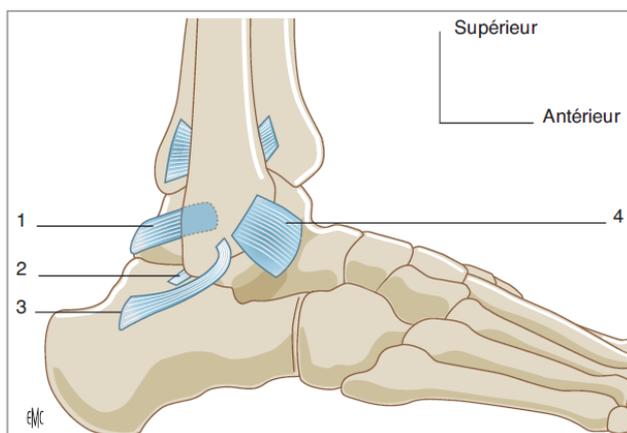


Figure 1 : anatomie ligamentaire latérale de la cheville (7)

D'après le Larousse, l'entorse se définit comme « *une lésion traumatique d'une articulation résultant de sa distorsion brutale, avec étirements ou rupture des ligaments* ». Il s'agit donc d'une lésion complexe qui peut survenir selon différents mécanismes lésionnels, principalement en inversion forcée mais aussi en varus pur, en valgus forcé, en flexion plantaire forcée, en rotation ou encore lors d'une éversion forcée (14–16). Durant ces mouvements lésionnels et en fonction de la force exercée, plusieurs articulations et/ou structures ligamentaires de la cheville, du médio-pied et de l'arrière-pied peuvent être possiblement lésées. En effet, des lésions capsulaires, tendineuses ou ostéochondrales peuvent y être associées (4,8,15).

Bauer et Hardy indiquent que « *les lésions vont de la simple élongation sans rupture (stade I) à la rupture complète d'au moins un faisceau (stade III) avec atteinte parfois de plusieurs ligaments* ». Nous retrouvons plusieurs types de classifications dans la littérature, elles sont réalisées en fonction des données lésionnelles, cliniques et/ou des imageries : Castaing, Bordet, Brasseur et Morvan, Maffuli, O'Donoghue, Trévino ou J.de Lécluse (15). La plus utilisée au quotidien reste la classification basée sur la gravité des lésions ligamentaires et le retentissement fonctionnel en trois stades allant de l'entorse bénigne (stade I), moyenne (stade II) à grave (stade III) (8,10).

1.1.3 Facteurs de risques

Nous pouvons différencier les facteurs de risques en deux types :

- Les facteurs intrinsèques sont des facteurs en lien avec l'anatomie, la physiologie et le système proprioceptif du patient. Ils peuvent influencer la survenue d'une entorse de la cheville, en particulier la baisse de l'amplitude de la flexion dorsale, la déficience dans le contrôle de l'équilibre postural, la diminution du temps de réaction musculaire et la perte de la proprioception de la cheville.
- Les facteurs extrinsèques concernent les caractéristiques sportives ou environnementales du patient. En effet, en fonction du sport exercé le risque d'entorse peut augmenter selon le terrain sur lequel il est pratiqué. De plus, les conditions météorologiques présentes et la fréquence de l'activité sont à prendre en considération (5,10).

1.1.4 Bilan diagnostic kinésithérapique (BDK)

1.1.4.1 Histoire du BDK

D'après l'article 6 du décret du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et l'exercice de la profession de MK : « *Art. 6. - Le masseur-kinésithérapeute est habilité à effectuer les bilans kinésithérapiques et évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5 ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance.* » (17).

D'après l'article 2 : « *Art. 2. – Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un diagnostic kinésithérapique et choisit les actes et les techniques qui lui paraissent les plus appropriés.* » (17).

En France, selon le code de la santé publique, le MK est considéré comme un auxiliaire médical, son accès est donc référé en deuxième intention (18). D'après l'article 2, il doit réaliser un bilan diagnostic masso-kinésithérapie (BDK) à chaque patient. C'est une aide précieuse qui facilite et oriente la prise en charge du MK. Un recueil de données est constitué afin de

déterminer les objectifs à court, moyen et long terme ainsi que le projet du patient. Ces objectifs permettent de choisir les moyens thérapeutiques. De plus, ce bilan permet d'avoir une traçabilité entre professionnels de santé. Les MK ne réalisent pas de diagnostic médical car ce terme est réservé au corps médical. Plusieurs bilans sont réalisés de manière hiérarchisée : le MK procède tout d'abord à un interrogatoire qui peut être complété par un examen cutané et trophique. Ensuite, il réalise un examen articulaire et/ou musculaire et/ou sensitif et en dernier lieu il effectue un bilan fonctionnel si nécessaire (19).

Lors de la prise en charge en accès direct, l'examen clinique doit être de qualité pour réorienter le patient vers le médecin si cela est nécessaire. Toutefois, l'absence de normes pour une prise en charge en première intention constitue un problème dans la réalisation des BDK. En effet, les éléments du BDK présentés ci-dessous sont issus des dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (3) et de la littérature actuelle, comme l'article de Gouilly (2020) (7).

1.1.4.2 Anamnèse

L'anamnèse va permettre d'avoir une meilleure connaissance du patient et de son affection en recueillant diverses informations essentielles : les circonstances de survenue, le mécanisme lésionnel, la localisation de la douleur ainsi que son intensité via l'échelle numérique. Ensuite, il est important de savoir si c'est un premier accident ou si c'est une récurrence d'entorse, de connaître le vécu du patient (a-t-il ressenti un « *pop/crac* » et/ou une sensation de déchirure lors de la torsion ?) (9,15,16). Il est important de repérer les drapeaux rouges, appelés également « *red flags* », car ce sont des signaux d'alerte sur des atteintes spécifiques, pouvant suggérer une pathologie sérieuse. Par exemple, il faut faire attention à l'âge du patient, à la présence de douleurs nocturnes, à la prise médicamenteuse et aux antécédents de cancer et/ou rhumatologiques. Les critères d'exclusion spécifiques à l'accès direct ont été indiqués dans l'arrêté du 6 mars 2020. En effet, certains sont à repérer lors de l'interrogatoire, d'autres lors de l'examen clinique ou de la prise en charge (20) (ANNEXE I).

1.1.4.3 Examen physique

L'examen physique doit être réalisé à J+5 du traumatisme afin d'obtenir une sensibilité de 96 % et une spécificité de 84 % (8). A la suite d'une entorse, l'inspection bilatérale est

essentielle, afin d'observer la présence d'une plaie, d'une attitude spontanée du pied, d'une coloration anormale, d'un hématome « *en œuf de pigeon* », d'un œdème objectivé par une centimétrie du périmètre péri-malléolaire, d'un épanchement ou d'une suspicion de phlébite (3,7).

Lors du bilan, il faut absolument repérer les lésions associées. Il est fondamental de rechercher la présence d'une fracture en appliquant les critères d'Ottawa qui sont les suivants (Fig. 2) (10,11,21,22) :

- Impossibilité de se mettre en appui et de faire quatre pas ;
- Douleur à la palpation osseuse du bord postérieur de la fibula ou du tibia sur une hauteur de 6 cm ou au niveau de la pointe d'une des deux malléoles ;
- Douleur à la palpation du naviculaire ou de la base du cinquième métatarsien.

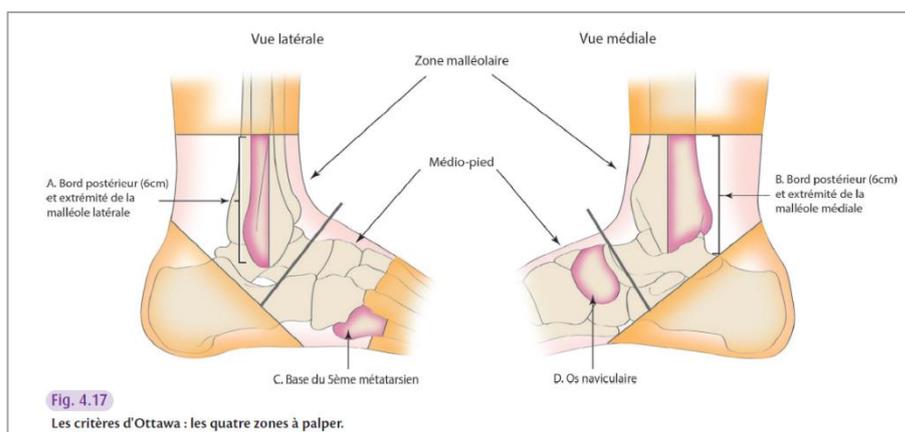


Figure 2 : critères d'Ottawa (15)

Ces derniers sont inclus dans le processus de prise en charge à suivre en accès direct (20). De plus, ces critères sont applicables à partir de cinq ans et présentent une fiabilité plus élevée dans les 48 heures ainsi qu'une sensibilité entre 92-100 % et une spécificité entre 16-51 %. Selon l'étude de Stiell *et al.* ils permettent de diminuer les examens complémentaires non essentiels de la cheville de 30 à 40 % et du pied de 15 %. En cas de positivité, il est pertinent d'appliquer les critères de Bernèse (sensibilité de 70 % et spécificité 45-91 %) qui sont les suivants (23) :

- Test de contrainte indirecte fibulaire (10 cm) ;
- Test de contrainte directe sur la malléole médiale ;
- Test de compression médio-pied et arrière-pied.

Si ceux-ci sont positifs, l'envoi vers un bilan radiologique est recommandé. Ce dernier réalisé sous plusieurs angles (cheville de face, de profil, en rotation médiale etc.) a pour but d'exclure la présence de fracture (8,15). De nombreux autres examens peuvent être réalisés pour éliminer le moindre doute : des clichés dynamiques, une arthrographie, une tomodensitométrie, un arthroscanner, une imagerie par résonance magnétique ou une échographie. Si les critères sont négatifs, l'examen radiologique peut être évité et la palpation osseuse, tendineuse, musculaire et ligamentaire à la recherche d'un point douloureux affinée (16,24).

Ensuite, le MK réalise un bilan articulaire comparatif au côté sain afin d'obtenir les amplitudes articulaires passives puis actives. Ces mesures sont prises avec un goniomètre. Ce bilan peut être complété par des tests validés tels que :

- Le test d'accroupissement, noté comme réalisable (O) lorsque le talon ne décolle pas du sol ;
- Le test en charge de flexion dorsale de la cheville (3).

Ce dernier est réalisable, généralement à J+15, lorsque l'appui en charge est accepté par le patient. Il est réalisé genou fléchi contre un mur, deux mesures sont réalisées, d'abord la distance entre le gros orteil et le mur puis l'angle de la cheville (7).

De plus, après une entorse de la cheville, il y a un risque de laxité ligamentaire pathologique notamment au niveau du LTFA. L'évaluation de celle-ci se fait par le test du tiroir antérieur ou de translation antérieure du talus dans la pince tibio-fibulaire. Le test est positif lors de l'augmentation de ce tiroir (11).

Pour finir, il est important d'évaluer l'équilibre postural statique et dynamique. Ce dernier peut être facilement objectivé par le test Star Excursion Balance Test (SEBT) (7). D'après la HAS, la stabilité fonctionnelle est analysée par ces paramètres : « *maintenir l'appui unipodal* », « *se mettre sur la pointe des pieds en unipodal* », « *sautiller sur les deux pieds* »,

« sautiller d'un pied sur l'autre », « trotter », « sauter sur deux pieds puis un pied ». Puis il est intéressant d'observer la répercussion sur les activités de la vie quotidienne du patient : « monter et descendre des escaliers », « marcher en pente et en descente », « marcher sur terrain instable ». A ces différents tests s'ajoutent l'évaluation de la marche (3). Ces dernières activités peuvent être quantifiées par les scores régionaux du pied et de la cheville : AOFAS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society), FAOS (Foot and Ankle Outcome Score) ou Karlsson (25).

1.1.5 Profession de masseur-kinésithérapeute et accès direct

1.1.5.1 Histoire de la profession de masseur-kinésithérapeute

Un premier diplôme d'état de moniteur de gymnastique médicale fût créé en 1942. Il a rapidement été remplacé par le diplôme d'état de masso-kinésithérapie par la loi du 30 avril 1946 qui énonce les propres compétences de ce métier (26). Les MK restent sous la tutelle d'une prescription médicale, ils sont dépendants du corps médical pour exercer (27). Cependant, au fil des années, de nouveaux droits et responsabilités sont octroyés à la profession, celle-ci ne cesse d'être revalorisée. A partir de 1985, le MK est autorisé à réaliser des séances de rééducation sur prescription en l'absence du médecin.

Après une première tentative de création de l'Ordre en 1995, celui-ci ne sera effectif qu'à partir de 2006. En 1996, le décret n°96-879 permet aux MK : « d'effectuer les bilans kinésithérapiques et évaluations utiles » et instaure le BDK. A partir de 2000, lors de la réforme sur le système de santé, le caractère qualitatif et quantitatif ne doit plus apparaître sur les prescriptions médicales (28). Le MK peut donc être libre quant aux choix de ses techniques, il a une plus grande responsabilité. Le champ de compétences des MK ne cesse d'augmenter, notamment avec l'ajout du droit de prescription sous condition qu'il n'y ait pas de contre-indication du médecin. C'est en janvier 2006 que la liste des dispositifs médicaux et la liste du petit matériel ont été annoncées et complétées en 2016 (29).

En 2015, la réforme sur la réingénierie de la formation initiale a eu un impact majeur dans la profession, elle a permis d'élargir les connaissances des étudiants notamment sur les drapeaux rouges et les critères de réorientation vers un médecin. C'est pourquoi, une mise à jour continue de la formation initiale est indispensable, nous distinguons plusieurs générations de MK, ceux formés : avant 1989, entre 1989 et 2015 et après 2015 (28,30).

En 2016, dans le code de la santé publique, il est instauré que : « *En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le MK est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention* » (18). Cette loi permet une première approche d'une prise en charge en accès direct et permet aux MK d'agir en première intention. Cependant, cette mesure reste compliquée car l'urgence kinésithérapique n'est pas définie.

Lors du pacte de refondation des urgences, le 9 septembre 2019, Mme Agnès Buzyn, ancienne ministre de la Santé a annoncé un accès direct aux MK pour la traumatologie bénigne : les lombalgies aiguës et les entorses de la cheville (31). Ce sont les affections les plus répandues dans la population générale actuelle (74,5 %) et future. En effet, c'est un enjeu majeur pour les prochaines années au vu de la population vieillissante et sédentaire (30).

1.1.5.2 Accès direct à l'étranger

L'accès direct est un système de santé qui permet au patient de consulter un MK sans consultation préalable chez le médecin, établissant alors le MK comme acteur primaire de sa prise en charge. Durant ces trente dernières années, ce système a été appliqué dans une quarantaine de pays dont l'Australie en 1976, le Royaume Uni en 1977, le Brésil, l'Afrique du Sud et la plupart des états aux Etats-Unis (30,32,33). Dans les années 1990, la World Confederation for Physical Therapy (WCPT), confédération de 106 membres veut favoriser l'autonomie du MK en soutenant la mise en place de ce système. En 2010, sur 69 pays ayant répondu, la WCPT a recensé que l'accès direct est autorisé dans 58 % d'entre eux, soit 40 pays (32). Dans la littérature étrangère, nous retrouvons deux principaux termes, le plus courant étant l'accès direct ou « direct access » puis, secondairement le terme de « patient self-referral », c'est-à-dire l'auto-référence du patient (33,34). Ainsi ce terme met en évidence que le patient est au cœur de son parcours de soin. Cela permet donc une uniformisation des pratiques du système de soins à l'international (33).

Plusieurs avantages cliniques et économiques ont été mis en évidence dans la littérature, notamment dans les revues de la littérature de Piscitelli *et al.* (2018) et Demont *et al.* (2020). Dans leurs études, ils mettent en évidence le désengorgement des cabinets des médecins généralistes et des urgences ainsi que la diminution du délai de prise en charge pour le patient qui semble néfaste. Le nombre de consultations médicales est diminué, tout comme le nombre de prescriptions de médicaments et des examens médicaux secondaires.

Ces diminutions permettent une baisse du coût des services de soins de santé, des soins primaires et améliorent la qualité des soins, l'accès et l'efficacité du parcours de soins (30,35).

1.1.5.3 Accès direct en France

En France, le système de santé classique est composé d'une consultation chez le médecin généraliste ou urgentiste. Après la réalisation d'examen médicaux et l'établissement d'un diagnostic, une prescription est délivrée au patient pour lui permettre d'aller consulter un MK.

Depuis quelques années, les MK français s'intéressent à ce système de santé (32). Le 6 mars 2020, la prise en charge en accès direct de la torsion de la cheville par le MK est permise par un arrêté. Sa mise en place est autorisée via des protocoles de coopération. Les MK doivent exercer dans une structure pluriprofessionnelle labellisée par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Actuellement deux structures sont recensées : les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et les centres de Santé. Une ouverture aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) est envisagée. Le travail doit se faire en collaboration avec un médecin formant ainsi un binôme délégué-délégrant ; ils doivent aussi utiliser un logiciel labellisé « *maison de santé* » afin d'avoir accès à l'ensemble des informations du patient et pouvoir communiquer. Le but n'est pas de remplacer le médecin généraliste ou urgentiste mais d'améliorer la collaboration entre les professionnels de santé (20).

Aucun prérequis n'est demandé à part le diplôme de MK. Cependant, une formation de dix heures sera délivrée par les médecins délégants afin de permettre une harmonisation des connaissances et des pratiques des MK. Elle se divisera en trois séquences ; le diagnostic de l'entorse de cheville, la gradation de la gravité du traumatisme avec la prescription d'un arrêt de travail et la recherche de facteurs de risques thrombo-emboliques (20).

A propos de la rémunération, celle-ci se fera par deux enveloppes communes de 25 euros pour l'équipe (MK et médecin généraliste). Une première enveloppe sera attribuée pour la consultation initiale et une deuxième sera allouée pour la consultation de réévaluation du patient (30,36).

1.2 Problématique et question de recherche

Récemment, un intérêt grandissant est porté à l'accès direct aux soins de masso-kinésithérapie. Il est motivé en partie par le système de soins français qui recherche la réduction des coûts et qui souhaite désengorger les urgences tout en restant à l'écoute des besoins des patients. Ce système est déjà présent à l'étranger et de nombreux effets bénéfiques ont été mis en évidence dans la littérature (37,38).

Dans ce contexte, il a été annoncé en septembre 2019 et concrétisé en mars 2020 avec les protocoles de coopération parus au Journal Officiel de la république française (JORF) (20,31). Cette nouvelle mesure est une avancée majeure pour la profession de MK qui ne cesse d'évoluer depuis ces dernières années. Cet accès direct s'offre aux MK libéraux français pour deux pathologies bénignes : la lombalgie aiguë et l'entorse de cheville. Nous nous intéresserons qu'à cette dernière dans notre étude. Effectivement, c'est une pathologie traumatique fréquente et dont le coût économique est d'environ 1,2 million d'euros par jour (1). À la suite de ces annonces, un arrêté est sorti en mars 2020 afin de structurer la prise en charge des patients en accès direct. Les modalités sont strictes et ne permettent pas à tous les thérapeutes, ni à tous les patients d'en bénéficier. Une harmonisation des pratiques et de nouvelles compétences à acquérir sont précisées dans cet arrêté.

Deux mémoires récents ont interrogé les MK libéraux français et ont réalisé un état des lieux sur ce potentiel accès direct (39–41). De plus, plusieurs enquêtes auprès des MK français ont été réalisées durant l'année 2019 (42,43). Ces dernières ont été réalisées avant la parution des nouveaux arrêtés et se sont basées sur un accès direct fictif. À la suite de la parution des modalités et cet engouement face à ce sujet, nous nous sommes demandées qu'elles pouvaient être les réactions des thérapeutes de terrain.

De ce fait, nous allons chercher à répondre à la question suivante : « Quels sont les points de vue et les connaissances des MK libéraux quant à l'accès direct pour l'entorse de cheville ? ».

Nous allons réaliser une étude qualitative auprès des MK libéraux afin de mettre en évidence l'intérêt ou non d'instaurer cet accès direct et de savoir s'il répond aux attentes des thérapeutes.

Nous émettons des hypothèses permettant de répondre à notre question de recherche :

Premièrement, nous pensons que la majorité des MK libéraux ne connaît pas les modalités de mise en place de l'accès direct. L'objectif est de mettre en évidence le manque d'informations à propos de ce nouveau système de santé.

Deuxièmement, nous émettons l'hypothèse que les MK ne réalisent pas un bilan de l'entorse de la cheville tel qu'il est exigé lors d'une prise en charge en accès direct. L'objectif est de déterminer les connaissances théoriques actuelles des MK sur l'entorse de cheville.

Enfin, nous supposons que les MK libéraux se sentent prêts à accueillir les patients en première intention dans leur pratique actuelle. L'objectif est de connaître l'implication actuelle des thérapeutes concernés.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Stratégie documentaire

Notre recherche bibliographique a débuté en juillet 2020 et s'est poursuivie jusqu'au rendu du mémoire. Elle a été réalisée sur plusieurs bases de données scientifiques telles que : Pubmed, EM Premium, Science Direct, Cairn.info et Réédoc.

L'accès direct étant un sujet récent dans la profession de MK, nous nous sommes basées sur les textes de lois, arrêtés et décrets inscrits sur le site Légifrance « <https://www.legifrance.gouv.fr> ». Pour compléter nos principales recherches, nous avons consulté les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS issues du site « www.has-santé.fr » et nous nous sommes aidées des mémoires de fin d'études présents sur Kinédoc et sur le site de l'Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie (ILFMK) de Nancy « <https://www.kine-nancy.eu/memoires> ».

Nous n'avons pas inclus de période de publication spécifique des articles, cependant les articles sur ce sujet sont récents et datent de moins de dix ans. Les articles trouvés étaient uniquement en français ou en anglais.

Nos principaux mots de recherche étaient les suivants : « *accès direct* », « *entorse de cheville* », « *bilan diagnostic kinésithérapique* », « *direct access* », « *patient self referral* », « *ankle sprain* », « *diagnostic assessment* », « *injury mechanism* » et « *physiotherapy* ».

2.2 Aspects réglementaires et éthiques

La loi Jardé permet la protection de la personne humaine, aussi en fonction de notre étude et de notre population, nous devons savoir si nous entrons dans le cadre juridique de cette loi. Nous avons dû nous questionner afin de savoir si nous devons faire une demande aux Comités de Protection des Personnes (CPP). Au vu de notre recherche qualitative et notre population, le dépôt d'un dossier CPP n'était pas nécessaire. Au début de nos entretiens, nous informions les participants que leurs données serviraient qu'à la réalisation de ce mémoire de fin d'études et que les entretiens seraient anonymisés afin d'identifier aucuns participants.

2.3 Méthode

2.3.1 Choix d'une approche qualitative

Dans les années précédentes, de nombreux mémoires quantitatifs ont été réalisés sur l'accès direct. La démarche qualitative est une stratégie de recherche complémentaire à la recherche quantitative. En effet, c'est une méthode initialement utilisée dans les sciences humaines par les sociologues. Elle est de plus en plus adoptée dans le domaine de la santé. Elle permet de comprendre les relations sociales et de recueillir différents points de vue sur un même sujet. Ainsi, nous pouvons mieux appréhender le monde social qui nous entoure. De plus, elle place le chercheur en tant qu'intervenant actif, ce qui nous oblige à faire face à nos représentations initiales et à les confronter. Nous avons donc choisi de réaliser cette démarche qualitative. Pour cela, nous utiliserons l'entretien semi-directif comme outil de recherche (44,45). Ce dernier permet de construire un échange libre grâce à des questions ouvertes prédéfinies, tout en imposant un certain cadre, comparativement à l'entretien non directif (libre) ou directif (questions fermées) (46).

2.3.2 L'élaboration du guide d'entretien

Préalablement aux entretiens, nous avons réalisé un guide qui nous a permis de structurer et de faciliter l'échange avec notre interlocuteur. Le guide est personnel, nous l'avons réalisé en fonction de nos besoins et de nos hypothèses initiales. Au vu du peu d'expérience que nous avons dans ce domaine, nous avons donc choisi de faire un support suffisamment détaillé pour permettre un entretien fluide et structuré (44,47).

Tout d'abord, nous avons fait une première partie dédiée aux présentations de notre démarche et de notre interlocuteur (date d'obtention du diplôme, pourcentage d'entorses de cheville dans la patientèle). Puis, une seconde partie où nous avons construit le guide d'entretien en trois grands thèmes :

- Thème n°1 : A propos d'un nouveau système de santé : l'accès direct pour les MK
- Thème n°2 : La place du MK dans la prise en charge de l'entorse de cheville
- Thème n°3 : L'implication des thérapeutes.

Selon Demoncey, il est conseillé « *de séparer le guide en deux parties, d'une part nous trouvons les questions posées et d'autre part, nous présentons ce que nous cherchons à*

comprendre » (44). De ce fait, les trois thèmes cités précédemment, nous les avons divisés en plusieurs questions. Nous avons favorisé les questions ouvertes afin de permettre un véritable échange. Nous avons fait attention aux choix des mots pour que notre interlocuteur ne se sente pas questionné et ne pas l'induire dans ses réponses (40,44,47,48). Chaque thème répond à des objectifs précis que nous avons détaillés dans le guide d'entretien (ANNEXE II).

2.3.3 Le choix de la population

Le choix de la population s'est basé sur les modalités de l'accès direct et les résultats du mémoire de fin d'études de Grasmuck (40). Nous avons pris en compte plusieurs critères d'inclusion qui sont les suivants (Tab. I) :

Premièrement, nous nous sommes basées sur l'article 1 de l'arrêté du 6 mars 2020 et avons décidé d'interroger que les MK concernés par cet arrêté, c'est-à-dire les MK exerçant en milieu libéral dans une MSP agréée par l'ARS (20). Très peu de MK libéraux travaillent dans des centres de santé dans le Grand Est, nous ne nous sommes donc pas intéressées à ces structures pour notre étude.

Deuxièmement, en fonction des résultats obtenus par Grasmuck, à propos de l'avis des MK sur l'accès direct : « *les hommes sont en moyenne plus favorables à ce potentiel nouveau système que les femmes* ». Nous avons donc choisi d'interroger des hommes et des femmes dans notre étude.

Pour finir, nous avons souhaité constater si le lieu d'exercice a une influence sur les connaissances et sur l'avis du thérapeute à propos de l'accès direct. C'est pourquoi, nous avons sélectionné des MK exerçant en village, en bourg et en ville. Nous avons pris comme référence les limites statistiques proposées par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) pour classer les différents lieux d'exercice des MK (49). Nous avons donc interrogé des MK exerçant en milieu rural (< 2000 habitants) et en milieu urbain (> 2000 habitants).

Le choix des MK a été dirigé et appuyé par une personne ressource, qui a estimé que ces MK seraient capables de donner des réponses enrichissantes et variées. Nous ne connaissions aucuns des participants avant de commencer cette étude.

Tableau I : récapitulatif du choix de la population cible

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
MK diplômé (e) d'état	Etudiant (e) MK
MK libéral (e) et exerçant en MSP	MK salarié (e)
MK en milieu urbain ou rural	MK exerçant en centre de santé ou cabinet libéral

2.3.4 Déroulement de l'étude

2.3.4.1 Prise de contact avec la population cible

La prise de contact a débuté durant le mois de novembre, et elle a été réalisée par téléphone. Nous les avons appelés sur leur numéro professionnel, trouvé sur les Pages Jaunes®. Lors de notre appel, nous avons rencontré deux possibilités :

- Si nous avons la possibilité d'avoir directement le MK souhaité, nous lui présentions notre étude sans rentrer dans les détails. Si le professionnel souhaitait y participer, nous fixions directement un rendez-vous en fonction de ses disponibilités.
- Si nous obtenions un autre MK ou une secrétaire, nous laissions nos coordonnées afin qu'il puisse nous rappeler. Généralement, nous avons une réponse dans la semaine suivant notre appel.

Cette étape nous a permis de débiter l'interaction avec le/la MK interrogé(e). Lors de l'appel, l'enregistrement, l'anonymat, la durée approximative de l'entretien et la réalisation en distanciel étaient mentionnés au MK. Ces informations étaient les seules transmises car l'objectif de notre étude était de réaliser un état des lieux des connaissances des MK à ce sujet. Nous devons donc éviter que les MK réalisent des recherches avant la réalisation de l'entretien. Au vu de la situation sanitaire actuelle de la Covid-19, nous ne définissions pas de lieu de rendez-vous mais uniquement la date et l'horaire de l'appel. Cependant, nous demandions au MK de se placer dans un environnement calme pour le bon déroulement de l'entretien.

Sur neuf MK contactés, nous avons eu huit réponses positives et nous n'avons pas réussi à joindre le neuvième malgré plusieurs tentatives. Nous n'avons pas contacté d'autres

MK afin de respecter notre planning prévisionnel que nous avons conçu en fonction de la charge de travail que la démarche qualitative représente.

2.3.4.2 Phase de pré-test

Le pré-test a été réalisé dans les mêmes conditions que nos entretiens. En effet, il s'est déroulé par visioconférence via la plateforme Zoom ® et a été enregistré. Ce dernier nous a permis d'estimer la durée moyenne de nos entretiens à 30 minutes. À la suite de ce pré-test, nous avons apporté des modifications à notre guide d'entretien. Nous nous sommes rendu compte que nous avons influencé le MK, nous n'avons pas été objectives sur certaines de nos réponses. C'est pourquoi, nous avons supprimé les textes d'introduction en dessous de nos thèmes, nous allons rester brèves dans les informations apportées lors des questions et des relances.

2.3.4.3 Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été menés par Clémence Etienne, étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie à l'ILFMK de Nancy. Au vu du deuxième confinement mis en place à partir du 30 octobre 2020, nous les avons réalisés en distanciel par visioconférence via la plateforme Zoom ® ou par appel téléphonique. Nous en avons effectué sept du 25 novembre 2020 au 6 janvier 2021. La durée moyenne a été de vingt minutes. Chaque entretien a été enregistré, ce qui nous a permis une retranscription complète et fidèle.

2.3.4.4 Retranscription des entretiens

Chaque entretien a été retranscrit grâce aux enregistrements audio-visuels. Nous sommes restées fidèles en retranscrivant l'entretien tel quel. Les langages verbaux et non verbaux (sourire, rire, hésitation) des participants ont été renseignés. Afin de garantir entièrement l'anonymat des participants, nous avons remplacé les noms des villes et des villages cités par le mot *lieu* et nous avons également masqué les informations facilement identifiables par la lettre « X » (ANNEXE III).

De plus, dans chaque retranscription, nous avons indiqué les numéros de lignes (de cinq en cinq) et nous les avons précisés dans la partie résultats pour chaque citation sous la forme (LX) ou (LY-LZ).

2.3.5 Analyse des résultats

L'analyse des entretiens est une étape cruciale dans la démarche qualitative. Nous avons réalisé une analyse thématique du contenu de nos entretiens (50). Tout d'abord, nous avons effectué un codage des idées fortes des entretiens afin de les placer dans les différents thèmes et sous-thèmes. Puis, nous avons confronté les idées des différents MK, en les comparant et en les reliant entre elles. Toutes ces données ont été regroupées dans plusieurs tableurs Excel®, qui sont disponibles dans les données brutes.

2.4 Matériel

Afin de réaliser les différentes étapes de cette étude, nous avons utilisé un ordinateur portable, un dictaphone, un téléphone portable et un guide d'entretien pour la réalisation des entretiens. Nous nous sommes également servis du logiciel Microsoft® Word pour la retranscription des entretiens et du logiciel Microsoft® Excel pour l'analyse des entretiens.

3. RÉSULTATS

3.1 Présentation de la population

Les données caractéristiques des thérapeutes ont été regroupées dans le tableau ci-dessous (Tab. II).

Tableau II : données caractéristiques de la population interrogée

MK	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	MK6	MK7
Sexe	F	M	F	M	M	F	F
Date et lieu d'obtention du diplôme	2010 Nancy	2002 Louvain (Belgique)	2006 Nancy	2009 Belgique	1982 Nancy	2000 Lille	2000 /
Lieu d'exercice	Urbain	Rural	Urbain	Urbain	Rural	Rural	Rural
Formation (cheville ou sport) réalisée	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non
Implication dans des instances de MK	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
Ostéopathe	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Part de patientèle : entorse de cheville	5-10 %	10 %	5-10 %	10 %	Moins de 5 %	2-3 %	Moins de 10 %

Sept thérapeutes ont participé à l'étude, dont quatre femmes et trois hommes. Le nombre moyen d'années d'expériences de kinésithérapie est de 22 ans, allant de 39 ans pour le doyen à 11 ans pour le plus jeune. Tous les MK exercent en milieu libéral. Ils sont trois en milieu urbain et quatre en milieu rural. Le pourcentage moyen de patientèle d'entorses de cheville des MK varie de 2 à 10 %. Trois participants sont impliqués dans des instances de MK (Syndicats départementaux, Kinégarde).

Nous avons supprimé les interjections (« *euh* », « *hum* », « *hein* », « *bah* ») présentes dans les réponses des MK afin de faciliter la compréhension des résultats. Toutefois, les entretiens sont intégralement disponibles dans les données brutes.

3.2 Thème 1 : accès direct pour les MK

3.2.1 Les bénéfices de l'accès direct

Nous avons commencé nos entretiens par cette première question : « *Selon vous, quel est l'intérêt de l'accès direct dans notre profession ?* ».

A cette question, nous avons obtenu des réponses diverses et variées (Fig. 3). En effet, les MK ont cité des bénéfices pour la profession, pour la population et pour les instances de santé.

La majorité des MK (5/7) évoque une rapidité au niveau de la prise en charge pour le patient et les différents acteurs du système de santé. Le **MK1** précise que « *ça éviterait de perdre du temps à la fois pour les médecins, pour les patients* » (L48). Les **MK3** et **MK6** sont aussi de cet avis. Ce gain de temps permet aux patients « *d'avoir une prise en charge précoce* » (L43) assure le **MK4**. Pour les **MK2** et **MK7**, l'accès direct permet également de « *désengorger les urgences et les cabinets de médecin du sport* » (L76) et ainsi « *traiter rapidement en cabinet de kiné* » (L38) (**MK7**).

L'aspect financier a été cité dans certains entretiens, les MK évoquent une diminution du coût de la santé. En effet le **MK1** évoque à deux reprises, que cela « *éviterait déjà au niveau de la sécurité sociale à avoir des frais supplémentaires* » (L45-49). Le **MK4** partage également cette idée. Le **MK3** affirme que « *le but c'est une économie aussi qui va derrière* » (L75). De manière isolée, le **MK1** pense que c'est pour « *filtrer les actes kinés* » (L53) et éviter les débordements.

Au niveau de la profession, plusieurs thérapeutes (**MK2-MK5-MK6**) pensent que l'accès direct pour les MK accorde « *une reconnaissance de nos capacités professionnelles* » (L36-37). Cela peut être un tremplin pour d'autres choses, comme le mentionne le **MK2** « *ouverture vers la possibilité de prescription* » (L69-70), « *possibilité de faire des radios* » (L72). Tout cela permet une « *ouverture pour moi à la profession* » (L73). Seul le **MK7** évoque que cela peut être les « *prémices d'un accès direct pour d'autres pathologies dans le moyen terme* » (L37-38). Pour le **MK5**, toutes ces possibilités prouvent que « *les instances de santé considèrent qu'on est apte à faire la part des choses [...] entre ce qui est de notre ressort et*

ce qui ne l'est pas » (L49-50). Les ouvertures accordées aux MK montrent une « *participation à la santé publique* » (L75) (**MK2**) de la profession.

De manière isolée, un des principaux bénéfices pour le **MK5** est de "*ne pas être dépendant d'une prescription médicale qui est parfois mal faite, mal rédigée ou opportune*" (L46-47).



Figure 3 : les bénéfices de l'accès direct

3.2.2 Les risques liés à la mise en place de ce système

La deuxième question posée aux sept professionnels était la suivante : « *Quels peuvent être les freins / les limites / les risques à l'adoption de ce système de santé ?* » (Fig. 4).

Le manque de formation des professionnels de santé est le principal frein cité par les MK (5/7). Comme le précise le **MK4** : « *une mauvaise peut-être formation des kinés* » (L55) qui fait que le MK peut « *passer à côté d'un diagnostic différentiel* » (L63-64) et « *passer à côté de quelque chose que le médecin verrait* » (L56). Le **MK7** affirme également qu'« *on n'est pas tous formés à cette formation-là* » (L51). De plus, le **MK5** souligne ce « *manque de formations des professionnels* » (L53) en précisant que « *notre génération, on nous a pas appris à gérer les patients qui pourraient éventuellement arriver en accès direct, donc les drapeaux rouges on les connaît pas forcément* » (L55-57). Ce manque de formation dans le cursus est appuyé par le **MK6**. La mauvaise connaissance des drapeaux rouges est

également citée par le **MK4**. Pour le **MK2**, le principal risque pour le patient est de « *tomber chez un thérapeute qui n'est pas formé* » (L89).

Une partie des MK (3/7) nous a expliqué que les médecins peuvent être des freins à l'accès direct. En effet, pour le **MK6** ce sont « *les médecins eux-mêmes* » (L40) qui représentent un frein, en précisant que « *ça les prive de certaines consultations* » (L43) et qu'ils peuvent avoir la « *sensation de perdre un peu le monopole sur la gestion du parcours du patient* » (L44-45). Tout comme le **MK7** qui mentionne un « *frein médical* » (L51) en indiquant qu'il n'est « *pas sûr que les médecins soient super ouverts à l'idée que ça se fasse en accès direct chez les kinés* » (L52-53). Le **MK2** précise que les MK peuvent « *se heurter au médecin [...] leur pique leur boulot* » (L84) avec ce système de santé.

Pour le **MK1**, ce sont les patients qui représentent un frein à la mise en place de ce système. En effet, il précise que « *des gens en abuseraient* » (L52) et « *viendraient pour tout et n'importe quoi* » (L52-53). Au niveau des thérapeutes, pour lui « *chacun est professionnel* » (L58) et ajoute « *je ne pense pas qu'il y a un souci au niveau des thérapeutes kinés* » (L60). Contrairement au **MK2** qui pense que certains thérapeutes MK très orientés peuvent « *communiquer en tout cas un peu trop sur ce sujet* » et donc « *s'attribuer le monopole de cette pathologie* » (L92).

Le **MK3** a cité différents inconvénients comme le fait « *de rentrer dans des référentiels* » (L61) et de « *rentrer vraiment dans un cadre strict qui sera rémunéré tant* » (L73). Paradoxalement avec la mise en place de cet accès direct, il voit cela comme « *des protocoles bien stricts et qu'on ait moins de liberté* » (L64) et précise qu'« *on risque d'être bloqué ailleurs sur d'autres choses* » (L74).

Un autre frein organisationnel est évoqué par le **MK5** qui est pour lui ; « *[...] en termes d'organisation, c'est le manque de temps* » (L58-59). En effet, dans sa pratique actuelle, il ajoute ; « *je serais pas en capacité de recevoir des patients le jour même* » (L59-60). De plus, le **MK6** confirme et explique que « *l'accès direct oui c'est une problématique d'organisation* » (L147).

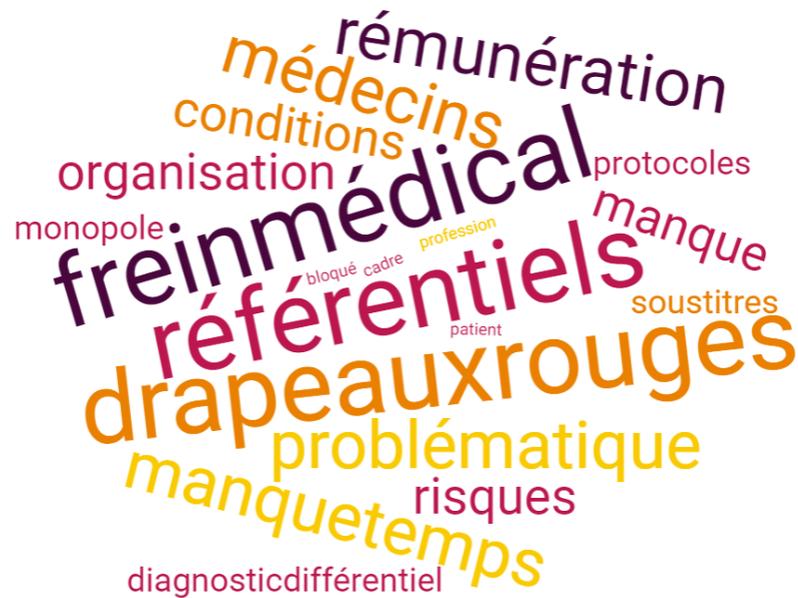


Figure 4 : les limites de l'accès direct

3.2.3 Les modalités de mise en place de cet accès direct

Dans cette partie, nous demandions : « *quelles sont les modalités de mise en place de l'accès direct ?* ».

Tout d'abord, à cette question trois MK sur sept ne connaissaient pas les modalités de mise en place. Notamment le **MK7**, le **MK4** ; « *j'en ai aucune idée, je sais pas du tout* » (L71) et le **MK6** ; « *je sais que ça existe* » (L52). Le **MK3** trouve les modalités de l'accès direct « *très restrictif* » (L89).

A propos des pathologies autorisées en accès direct, le **MK3** indique que ça concerne « *certaines pathologies, ça ne sera pas toutes les pathologies* » (L85). Mais la majorité des MK (4/7) nous affirme qu'il concerne « *l'entorse de cheville et la lombalgie aiguë* ». Certains MK, comme le **MK3** indique qu'il faut que ce soit une « *entorse bénigne, qui est pas récidivante* » (L87) et le **MK5** « *entorse de cheville fraîche* » (L67). Cependant le **MK1** indique qu'au niveau des pathologies, les MK ont « *droit à tout* » (L69).

Pour deux MK sur sept, les MK concernés par ce système de santé sont « *tous les kinés libéraux* » (L57) mentionne le **MK6** et pour le **MK1** « *chaque kiné est capable* » (L65-

66). Le fait d'avoir une formation spécifique a été cité par une partie des MK (3/7), effectivement le **MK2** indique qu'il faut « *être formé aux critères d'exclusion, donc aux red flags et aux drapeaux jaunes* » (L102-103) et être « *formé à la prise en charge de ces pathologies d'urgence* » (L101). Pour le **MK3**, ça concerne les « *kinés formés en éducation thérapeutique* » (L92), « *ceux qui savent faire des lectures d'imageries* » (L94) et « *peut-être formés en kiné du sport* » (L93). Tout comme le **MK1** qui mentionne les « *kinés qui sont orientés sport* » (L65).

Une partie des MK (3/7) indique que les MK doivent faire partie de structures spécifiques ou systèmes de santé. Effectivement le **MK2** mentionne qu'il faut être "*dépendant d'un exercice coordonné*" ainsi que le fait d'être en "*centre de santé, maison de santé ou ESP*" (L98-99). Tout comme le **MK3** qui précise que les MK "*feraient partis de ces CPTS*" (L93) et pour le **MK5**, il faut "*être en maison de santé pluripro*" (L64). Or le fait d'en faire partie, le **MK2** précise qu'il faut être « *ouvert à l'exercice coordonné* » (L107) et si possible « *être formé au pluripro* » (L103). De plus, il précise qu'il est important de faire « *un compte rendu au médecin* » (L114) après chaque prise en charge.

La rémunération a été citée par certains MK (3/7), en effet pour le **MK1**, ces soins passent en « *acte déconventionné* » (L70). Le **MK2** mentionne que ce soin est « *dans le cadre d'un acte de soin [...] avec une cotation bilan* » (L124-125). Il ajoute qu'il faut « *coter en nomenclature via le BDK* » (L136). Concernant le paiement des actes de soins, il précise que c'est la « *sécu qui paye, pas l'ARS* » (L123). Le **MK3** précise que tout cela sera « *budgétisé dans des enveloppes* » (L109).

De manière isolée, le **MK7** nous évoque la présence d'une formation ; « *il y a une formation initiale qui doit être de dix heures* » (L56-57) ainsi que le fait qu'il soit nécessaire de « *s'inscrire auprès de l'ARS* » (L58) pour réaliser l'accès direct.

3.3 Thème 2 : la place du MK dans la prise en charge de l'entorse de cheville

3.3.1 Les points essentiels du BDK d'une entorse de cheville

La première question du deuxième thème était : « *Quels sont les points essentiels pour un bilan diagnostic d'entorse de cheville en première intention ?* » (Fig. 5).

Tous les MK nous confirment l'importance du BDK pour l'entorse de cheville. La partie anamnèse apparaît dans certains entretiens (5/7) ; le **MK4** mentionne « *l'interrogatoire d'abord* » (L98). Cette notion a également été exprimée par le **MK5**. Pour les **MK2** et **MK6**, il faut connaître les « *circonstances du traumatisme* » (L164). De plus pour le **MK7**, il est important de savoir la « *survenue de l'entorse* » (L67-68).

L'examen palpatoire et l'examen de la douleur ont été cités par la majorité des MK (6/7). En effet pour le **MK3**, l'entorse de cheville doit être évaluée « *au toucher, à la douleur, aux descriptifs du patient* » (L130). Le **MK4** précise que le thérapeute doit réaliser un « *examen visuel* » puis un « *examen palpatoire* » (L101). Cet avis est partagé par le **MK7**. Concernant la douleur, le **MK2** insiste sur l'« *évaluation de la douleur* » (L166). Cette partie du BDK est résumée en quatre notions fortes par le **MK5** ; « *palpation, points douloureux, mobilité, restriction ou pas* » (L90), selon lui une « *douleur à la palpation de la malléole [...]* faire faire une radio » (L96) au patient. De la même manière le **MK1** mentionne « *les axes de douleur* » (L88) en précisant que c'est la « *douleur qui va nous aiguiller beaucoup* » (L93).

Tous les MK considèrent le bilan cutanéotrophique comme essentiel. En effet, pour le **MK1** il est important de connaître « *l'aspect de la cheville* » (L86) et les « *problèmes trophiques, œdèmes, hématomes* » (L87). De plus, il résume les notions essentielles par « *trophique, douleur, mobilité* » (L90). Pour le **MK2**, il faut vérifier la présence de « *troubles vasculaires* » (L163). Cet avis est partagé par les **MK3**, **MK5** et **MK6**.

Seul le **MK4** indique l'importance de « *faire tous les bilans articulaires* » (L93) au patient. Trois MK sur sept évoquent le bilan fonctionnel en première intention. Le **MK6** s'interroge si l'entorse provoque une éventuelle « *gêne fonctionnelle* » (L87). Le **MK1** teste « *l'appui bipodal puis unipodal* » (L89). Quant au **MK3**, il regarde simplement « *comment marche le patient* » (L124) lors de son arrivée au cabinet.

De manière isolée, le **MK2** intègre à son BDK, l'aspect psychologique avec notamment le « *contexte émotionnel* » (L175) ainsi que le « *contexte familial ou socio-professionnel* » (L176). Il évoque également la notion de « *chronicité* » (L174) au niveau de la cheville.

Les diagnostics différentiels ont été cités par seulement deux MK sur sept. Comme le mentionne le **MK2** ; lors de notre bilan il faut savoir « *si il faut une réorientation directe* » (L157-

Pour la majorité des MK (6/7), une bonne maîtrise des notions théoriques semble être la compétence essentielle. Effectivement, le **MK2** insiste sur le fait qu'il faut « *connaître très bien ses critères d'exclusion* » (L192). Cet avis est partagé par le **MK3** qui explique qu'il faut ; « *être au point sur les diagnostics différentiels* » (L49-50). Tout comme le **MK4** qui évoque le fait de « *vraiment connaître tous ces tests* » (L109-110) et les « *critères d'exclusion* » (L104), le **MK5** ; « *de bien connaître les drapeaux rouges* » (L100) et également le **MK7** ; « *connaître les signes de gravité* » (L87). Or l'aspect théorique pur, le **MK7** indique l'importance d'avoir une « *bonne maîtrise de l'anatomie et de la palpation de la cheville* » (L80-81).

Selon eux, la connaissance de toutes ces notions théoriques permet de réaliser une prise en charge du patient en toute sécurité. D'après le **MK5**, il est essentiel de « *pouvoir éliminer les pathologies qui nous concernent pas ou qui nécessitent une prise en charge autre* » (L100-101) et précise qu'en tant que MK, il est important « *de voir effectivement [si] ça relève de notre compétence ou pas* » et d'« *être capable de faire le tri* » (L106-108). Pour le **MK4**, c'est essentiel de « *savoir orienter vers le médecin si on pense qu'il a une fracture* » (L105). Cet avis est partagé par le **MK2** ; « *savoir orienter* » (L189). Outre la partie théorique, le **MK2** mentionne le fait d'avoir bien sûr la technique.

Une partie des MK (3/7) pense qu'il ne faut pas de compétences spécifiques pour exercer en accès direct. D'après le **MK2**, les « *compétences de base du kiné* » (L203) suffissent. Selon le **MK3**, l'unique condition est « *d'avoir son diplôme* » (L135), il considère que « *tout kiné est apte à prendre en charge une entorse de cheville [...] sans formation complémentaire* » (L135-138). Le **MK1** pense qu'« *on est capable* » (L100) et considère comme primordial « *l'expérience* » (L101) en précisant qu'il « *faut en voir et en revoir pour se faire* » (L103).

La pluriprofessionnalité est une compétence considérée comme étant la plus importante (**MK2**) à acquérir pour le MK en accès direct. Ainsi que l'humilité (**MK2**). Il mentionne le fait qu'il faut « *savoir rédiger, savoir communiquer en pluripro* » (L189).



Figure 6 : les compétences indispensables du MK en accès direct

3.3.3 Les attentes et besoins pour la formation prévue

L'entretien se poursuivait par cette question ; « *Dans l'arrêté du 6 mars 2020 concernant l'accès direct, une formation de dix heures est prévue. Quelles seraient vos attentes et vos besoins lors de cette formation ?* ».

La législation et le côté administratif ont été cités par une partie des MK (3/7). En effet, cet accès direct soulève des questionnements au niveau de la rémunération comme l'évoque le **MK6** ; « *comment ça s'articule au niveau facturation ?* » (L124), ainsi que « *vis-à-vis de la sécurité sociale* » (L125-126). Le **MK3** mentionne les conséquences professionnelles de cette mise en place d'accès direct ; « *qu'est que ça va influencer au-delà de tout ça* » (L145). En effet, il exprime ses craintes sur une éventuelle « *RCP qui va augmenter* » (L145) et se questionne sur les différents « *recours qu'on a, les protections qu'on aura* » (L152). Ils (**MK2-MK3-MK6**) considèrent qu'un rappel sur les modalités de mises en place de ce système pour « *être en raccord avec le protocole et avec les exigences administratives* » (L209-210) est indispensable.

Un rappel théorique sur les critères d'exclusion et le diagnostic différentiel (**MK2-MK4-MK5-MK6**) ont été considérés comme un besoin essentiel pour cinq MK sur sept. En effet,

pour le **MK4** ; « *l'enjeu c'est vraiment de revoir le diagnostic* » (L118). Le **MK7** attend que la formation lui fasse revoir « *les éléments essentiels à maîtriser pour être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose de plus grave* » (L92-93). De plus, le **MK2** précise l'importance d'expliquer aux professionnels ; « *sous quels critères on prescrit la radio* » (L224) et souligner « *l'orientation sous quelle forme* » (L226). Le **MK4** considère que cette formation doit lui permettre « *d'avoir, de faire, de voir comme le médecin* » (L120-121). Il précise l'importance de revoir le bilan. Tout comme le **MK3** qui mentionne notamment « *les signes d'une phlébite, toutes les choses classiques* » (L158).

Deux MK sur sept ont évoqué l'importance d'inclure une partie sur le traitement. Le **MK1** a exprimé un besoin supplémentaire sur des notions à propos de la préparation physique, notamment sur les « *modes accélérés de reprise pour un sportif* » (L121). Le **MK5** souhaite qu'on lui rappelle « *les recommandations actuelles sur la prise en charge* » (L118). A contrario, le **MK4** pense que « *la partie traitement, chacun fera différemment* » (L116-117).

3.4 Thème 3 : l'implication des thérapeutes

3.4.1 Le ressenti des MK

La première question du dernier thème était : « *Quant au fonctionnement de ce système, quel est votre ressenti vis-à-vis de cette nouvelle autonomie/ responsabilité ?* ».

La majorité des MK (4/7) exprime un ressenti positif vis-à-vis de la mise en place de l'accès direct. Les notions exprimées rejoignent celles abordées lors du premier thème. Notamment dans le cas de deux MK qui expriment une évolution positive dans la perception des patients. Le **MK6** mentionne la « *possibilité aussi pour le patient de commencer à considérer que le kinésithérapeute peut être consulté en première intention* » (L134-135). Le **MK1** ajoute que cette possibilité offre aux thérapeutes « *un peu plus de crédibilité vis-à-vis des patients* » (L135). De plus, le **MK2** précise une « *reconnaissance des pouvoirs publics* » (L253).

De légères réticences sont exprimées dans certains entretiens (**MK3-MK5**), notamment sur des modifications à réaliser au niveau des thérapeutes : pour le **MK5** « *petit changement de comportement à avoir au niveau de la prise en charge* » (L141-142) ainsi qu'un

« *changement de comportement, changement de mentalité, un changement de compétence à avoir* » (L146-147). Le **MK3** exprime un doute à propos de la définition de l'accès direct tel qu'il est proposé, en effet ; « *on nous donne des possibilités, des libertés mais ça va être plus bridé et brimé d'un autre côté* » (L186-187).

A contrario, le **MK7** considère qu'il n'y voit pas vraiment d'intérêt au sein de sa MSP. En effet, il mentionne qu'il ne « *pense pas [...] que c'est quelque chose qui va se mettre en place* » (L110-111). De même, il se qualifie de grand trouillard et exprime le fait qu'il aurait « *vraiment trop peur de passer à côté de quelque chose* » (L117).

3.4.2 La détermination des MK, des patients et des médecins

La deuxième question était : « *Pensez-vous être prêt (e) à adopter ce système d'accès direct ?* » puis nous demandions « *Qu'en est-il des médecins et des patients ?* ».

La majorité des MK (4/7) ne se sent pas prêt à accueillir des patients en accès direct. En effet, différents freins ont été mentionnés dans certains entretiens. Pour les **MK3** et **MK6**, le manque d'informations est la cause principale. Le **MK6** considère « *[qu'il] n'a pas eu les modalités d'application* » (L155) pour le mettre en place. De la même façon que pour le **MK3** qui explique le manque de communication ; « *j'ai pas eu une info officielle, claire* » (L197).

Le manque de formation empêche certains thérapeutes de se sentir prêts à cet accès direct. En effet, les **MK5** et **MK6** affirment leur besoin de la réaliser. Comme le souligne le **MK5** ; « *il suffit d'apprendre* » (L155-156).

Seul le **MK7** ne semble pas vouloir adhérer à ce système de santé. Certains facteurs sont rédhibitoires pour lui. En effet, il ne souhaite pas être sollicité à tout moment par les patients et notamment il explique qu'il ne souhaite pas « *[se] lancer dans cette histoire d'arrêts de travail* » et « *pas envie que le patient vienne me harceler* » (L132).

Au contraire, trois MK (**MK1-MK2-MK4**) sur sept se sentent prêts à mettre en place ce système dans leur pratique actuelle. Ils mentionnent les bénéfices évoqués lors du premier thème pour argumenter leur envie. De plus, le **MK4** affirme ; « *je vais peut-être même l'appliquer* » (L158).

Après avoir obtenu le ressenti des MK, nous les avons interrogés sur les possibles réactions des patients et des médecins. Tout d'abord, nous allons nous intéresser aux patients. La majorité des MK (5/7) considère que les patients sont prêts à utiliser ce système. En effet, les **MK1**, **MK2**, **MK4** et **MK5** mentionnent la confiance des patients envers leur thérapeute. Pour le **MK5** ; il nous explique que si les patients « *ont conscience, si ils pensent que les gens en face d'eux sont compétents* » (L171), il n'y aura pas de problème. Le **MK3** précise tout de même que les patients devront changer d'habitude. De plus, le **MK5** indique que pour les patients, c'est « *plus facile de venir chez son kiné que d'aller chez son médecin généraliste ou d'aller aux urgences* » (L174-175).

Pour conclure, dans certains entretiens, les MK nous évoquent les bénéfices pour les médecins. En effet, le gain de temps est mentionné par le **MK1** et le **MK4**. Le **MK5** estime que les médecins et les urgences seront « *très contents de ne plus voir arriver ces patients-là* » (L162). Tous ces MK-là estiment que les médecins sont prêts à adopter ce système de santé. Le **MK4** précise également qu'il faut bien les informer ; « *ça peut être bien pris si c'est bien expliqué* » (L176). En effet, le **MK2** rejoint cet avis en précisant que l'acceptation de ce système « *va dépendre des relations [interprofessionnelles] qu'il y a* » (L303).

A contrario, d'autres MK pensent que les médecins ne sont pas prêts pour cet accès direct et semblent un peu réticents. (**MK6-MK7**). Avec ce système, les MK peuvent « *leur [prendre] peut-être une partie de leur travail* » (**MK4**) (L173). De ce fait, les médecins peuvent « *voir ça d'un mauvais côté* » (**MK4**) (L174). Cet avis est également partagé par le **MK2**.

3.4.3 Les paramètres modifiés lors d'une séance

Nous leur demandions ensuite : « *Dans votre pratique actuelle, quels paramètres de prise en charge pourraient être modifiés lors d'une séance en première intention par rapport à une séance avec ordonnance ?* » (Fig. 7).

Un changement dans l'organisation du planning a été cité par trois MK sur sept. Le **MK2** indique qu'il faut réserver « *des plages libres tous les jours* » (L354) et faire en sorte que la séance en première intention chez le MK « *colle le plus à une consultation médicale* » (L366-367). A savoir que cette prise en charge en accès direct rentre dans le « *cadre de soins non programmés* » (L356). Les **MK5** et **MK6** mentionnent cela comme un handicap. En effet, le

MK5 considère que « *ça va pas être forcément évident de pouvoir accueillir des patients le jour-même* » (L225-226). Le **MK6** précise qu'avec un « *planning surchargé, de chez surchargé* » (L148), cela va être un véritable problème au niveau de l'organisation. Seul le **MK7** considère que le temps de séance est augmenté.

La majorité des MK (5/7) a évoqué le bilan. Certains MK (**MK1 et MK2**) pensent que leur bilan serait inchangé. Ils nous expliquent qu'ils font déjà « *un bilan pour chaque personne directement qu'on ait une ordonnance ou pas* » (**MK1**) (L158). Alors que les autres MK considèrent que la façon de faire le bilan sera différente. Pour le **MK3**, ce « *bilan serait beaucoup plus poussé* » (L215), il se justifie en indiquant ; « *je serai plus vigilant à éliminer pour que ça puisse pas être autre chose* » (L228). Le **MK7** ajoute que le temps de réalisation du bilan serait augmenté ; « *je vais mettre deux heures pour un bilan* » (L162-163).

Une modification au niveau de la prise en charge a été abordée par trois MK sur sept. Pour le **MK1**, c'est la « *notion de gravité [de l'entorse] qui changerait* » (L166). Cela engendrerait un changement sur les soins à effectuer qui seraient « *plus précoces et plus efficaces* » (**MK6**) (L196-197). En effet, le **MK4** précise qu'avec cette prise en charge précoce, il pourrait « *faire tout un travail en amont* » (L49-50).

Les **MK1 et MK4** pensent que l'accès direct n'apporte aucune modification à leur pratique actuelle. En revanche, le **MK5** souligne le fait qu'il serait amené à « *changer beaucoup de choses* » dans sa pratique (L224).



Figure 7 : les paramètres modifiés lors d'une séance en accès direct

3.4.4 Les relations interprofessionnelles et le partage d'informations

Nous terminions par ces dernières questions : « *Dans le cadre de ce protocole, vous formerez un binôme avec le médecin généraliste. Pouvez- vous m'expliquer comment les relations interprofessionnelles pourraient - elles évoluer ?* » et « *Comment le partage d'informations pourrait-il être modifié ?* ».

La majorité des MK (6/7) mentionne que les relations interprofessionnelles en MSP sont privilégiées et voit cela comme un avantage dans le parcours de soin du patient. Le **MK2** considère que la mise en place de l'accès direct va permettre de « *renforcer une coordination pluriprofessionnelle* » (L334-335) entre les différents acteurs d'une MSP et permettre également de « *renforcer des liens sur une pathologie* » (L337). De plus, le **MK6** confirme que cela peut « *faciliter la concertation de manière générale des problématiques même autres* » (L206-207).

Pour le **MK4**, ce nouveau système pourrait évoluer « *sur la connaissance de notre boulot* » (L222) pour les médecins. En effet, selon lui « *les médecins, je pense ne savent pas toujours ce qu'on fait ou qu'on est capable de faire* » (L206-207).

En revanche, deux MK sur sept (**MK2-MK5**) expriment des freins quant à ses relations interprofessionnelles. Pour le **MK2**, il considère que le frein serait du côté médical en indiquant que si le thérapeute « *a affaire à un médecin omniprésent* » (L340). Au contraire, le **MK5** exprime un frein du côté MK en précisant que les MK ne savent pas communiquer sur ce qu'ils font et qu'« *on s'en remet un peu au patient qui va dire plus ou moins justement* » (L204) au médecin. Il est rejoint par le **MK1** qui ajoute qu'effectivement « *on a plus de mal à envoyer des bilans écrits* » (L177).

Pour la majorité des MK (5/7), le partage d'informations serait inchangé. Les **MK1**, **MK3** et **MK5** mentionnent déjà l'utilisation de messagerie sécurisée et interne dans leur pratique actuelle. De plus, les **MK3** et **MK5** nous citent le Dossier Médical Partagé (DMP) avec les autres professionnels de la MSP afin de faciliter le suivi du patient. Le **MK5** indique que le partage d'informations doit être « *total* » (L211).

Le **MK3** exprime tout de même que cela peut être un frein pour certains thérapeutes car « *tous les kinés ne sont pas forcément équipés* » (L244-245) avec ces systèmes.

3.5 Thème 4 : le niveau d'informations des différents acteurs

3.5.1 L'information des thérapeutes

Cette partie vient compléter le sous thème deux du troisième thème. En effet, le niveau d'informations des thérapeutes varie. Certains MK sont au courant des modalités de mise en place, majoritairement par le syndicat (**MK2-MK3-MK5**). Les **MK2** et **MK3** indiquent également une communication réalisée par l'ordre. La diffusion par internet est privilégiée. Le **MK2** précise qu'il reçoit les informations par mail. Les **MK3** et **MK6** mentionnent les réseaux sociaux, les forums de kinés et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Seul le **MK2** est allé demander à l'ARS plus d'informations.

3.5.2 L'information des patients

Pour le **MK6**, les patients ne sont pas informés de ce système de santé, pour lui cela représente un véritable frein. Il mentionne le fait que les patients n'ont « *pas du tout notion qu'ils peuvent [...] consulter directement le kiné* » (L161-162). Le **MK5** rejoint cet avis en

précisant l'importance de « *bien informer les gens [...]* » (L180). Le **MK2** met en garde sur le fait qu'il ne « *faut pas que la communication soit biaisée par les médecins* » (L294-295) et qu'il est important de « *mettre en évidence [...]* que c'est dans le cadre d'une formation spécifique » (L298) afin de rassurer les patients.

4. DISCUSSION

4.1 Les conséquences de la mise en place de l'accès direct

L'accès direct est déjà mis en place dans de nombreux pays dans le monde. En France, son intérêt a été évoqué plus récemment. Cette précocité peut expliquer le manque de retours sur de quelconques bénéfices ou risques pour une prise en charge en accès direct des patients français (43). Nous avons donc décidé d'interroger les MK à ce sujet afin de réaliser un état des lieux sur le terrain.

4.1.1 Les bénéfices

Les thérapeutes interrogés n'utilisent pas l'accès direct dans leur pratique quotidienne. Ainsi les MK ne peuvent pas connaître les bénéfices engendrés, c'est pourquoi ils ont dû se les représenter. Nous avons donc obtenu plutôt des suppositions, des bénéfices envisageables que des bénéfices réels. Dans les entretiens, nous avons identifié trois principaux avantages cliniques et économiques que nous retrouvons également dans la littérature actuelle.

Tout d'abord, une des notions évoquées par les MK et par la littérature concerne le versant économique. La WCPT affirme que l'accès direct est cliniquement et économiquement efficace or il faut savoir que l'accès direct est différent d'un pays à un autre (51). En France, il a été annoncé lors du pacte de refondation des urgences afin de faciliter l'accès aux soins pour les patients atteints de traumatologie bénigne (30,31). Dans notre étude, trois MK expliquent une diminution du coût de la santé, principalement pour la sécurité sociale. Plusieurs études (30,35,38,51) confirment cette diminution pour le patient et pour les compagnies d'assurance. Il y a différentes raisons qui expliquent cette diminution. D'un côté, l'accès direct permet de réduire les coûts directs, en diminuant le nombre d'exams complémentaires, d'interventions et de médicaments prescrits. De l'autre, il permet de réduire

les coûts indirects, comme le nombre de jours de travail manqués, le nombre d'hospitalisations et de consultations (30). Nous rappelons que le coût de l'entorse de cheville est de 1,2 million d'euros par jour en France (1). Si le patient voit un MK au lieu de consulter un médecin, nous pouvons alors observer une diminution des coûts de la santé (52). En revanche, en France, aucune étude publiée n'a évalué la rentabilité de l'accès direct chez les patients, les avantages ci-dessus ne sont que des suppositions vis-à-vis des bénéficiaires cités dans les pays voisins (51).

Puis s'ajoute au versant économique, la rapidité des soins pour les patients. En effet, cinq MK évoquent une diminution du délai de prise en charge. Cette notion est confirmée par plusieurs études. Robert *et al.* indiquent une diminution du temps d'attente et une amélioration du temps de récupération si le patient consulte directement un kinésithérapeute (38,52). De plus, nous savons que le délai d'attente aux urgences dépasse les deux heures minimum (43). Grâce à ce système de santé, les délais de prise en charge des patients seraient diminués.

Pour finir, le dernier point évoqué est différent entre les thérapeutes et la littérature. En effet, cette dernière met en avant la satisfaction des patients tandis que les thérapeutes évoquent la reconnaissance de la profession de MK. Dans la littérature, certaines études mettent en évidence une augmentation de la satisfaction des patients qui privilégient le MK plutôt que le médecin. Cela leur permet de choisir la profession à laquelle ils veulent se référer (30,51). De plus, certains MK interrogés nous ont expliqué que les patients avaient plus confiance en leur MK, ce qui pourrait favoriser la mise en place de ce type de prise en charge. Les compétences des MK définies par le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 sont à l'heure actuelle élargies (17). Ils pourront désormais prescrire un arrêt de travail de moins de cinq jours selon le référentiel Ameli et des radiographies en présence d'un ou plusieurs critères d'Ottawa (20). Les MK décrivent cela comme une ouverture à la profession. En effet, elle ne cesse d'être revalorisée depuis plusieurs années, comme nous l'avons décrit dans l'introduction.

4.1.2 Les inconvénients

La mise en place d'un tel système nécessite des professionnels de santé à jour vis-à-vis des recommandations actuelles afin d'assurer la sécurité dans le parcours de santé du patient. Dans la littérature (30,35,52), nous retrouvons une crainte par rapport au manque de compétences des MK quant aux diagnostics différentiels. En effet, celle-ci est exprimée par

les thérapeutes lors des entretiens. Les MK insistent sur l'importance d'avoir une bonne connaissance des notions théoriques afin de permettre un diagnostic différentiel et une mise en évidence des drapeaux rouges. Ces points sont soulignés dans l'étude de Demont *et al.* et dans l'arrêté du 6 Mars 2020 (20). Ils indiquent l'importance de connaître la sémiologie médicale et l'évaluation clinique. Les pathologies musculosquelettiques secondaires, l'identification des drapeaux rouges et le potentiel choix d'orientation vers un spécialiste sont les principaux éléments à maîtriser. Depuis la réforme des études de MK, le 2 Septembre 2015, certaines de ces notions ont été instaurées dans la formation initiale or nous constatons que dans le cursus de formation, la notion d'accès direct peut être évoquée dans les cours de droit, mais sans être approfondie (43,53). Celle-ci sera plus ou moins abordée en fonction de chaque école de kinésithérapie française. La nouvelle génération de MK diplômés, au vu de ses connaissances en terme de bilans, semblerait apte à exercer en accès direct (39). Nous pouvons nous demander si c'est le cas des générations précédentes. Toutefois, les MK interrogés estiment que le diplôme suffit, quelque que soit l'année de l'obtention.

Ce système d'accès direct doit permettre de simplifier le parcours de soin du patient or certains organismes de kinésithérapie mettent en avant la complexité de ce système. Pour le Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes (SNMKR), il s'agit d'une lourdeur administrative. Cet aspect a difficilement été cité lors des entretiens. Seulement un MK rejoint cet avis en précisant que ses libertés seraient diminuées et indique que le cadre de ce système serait strict. En effet, nous pouvons nous demander si ce système va réellement simplifier les prises en charge. Le patient peut se rendre directement chez son MK, or celui-ci doit rentrer dans les critères d'inclusion sinon nous devons le renvoyer chez son médecin généraliste. Toutefois, si le patient rentre dans les critères d'inclusion mais possède un drapeau rouge lors du bilan, nous devons également le renvoyer chez le médecin généraliste (20). Nous observons quoiqu'il arrive un passage quasiment systématique chez le médecin. Le MK s'engage à respecter les démarches thérapeutiques imposées, telle qu'une consultation à J+3 (54). De plus, un des MK nous précise que ces consultations devront coller le plus possible à celle d'un médecin.

Outre les limites citées précédemment, plusieurs MK considèrent le corps médical comme étant un frein important. Depuis des années, les médecins généralistes ou urgentistes sont les premières personnes consultées après une entorse de cheville. Trois MK s'accordent sur le fait que les médecins pourraient ne pas accepter ce nouveau système. Cet avis apparaît

lorsque nous leur avons demandé s'ils pensaient que les médecins étaient prêts à l'adopter. Sur sept, quatre MK démentissent. Les principales raisons données sont ; la perte du monopole sur le parcours du patient et la diminution des consultations. A l'heure actuelle, nous n'avons aucun retour à ce sujet. Aucune étude ne montre l'implication et l'avis des médecins pour ce système. Tout cela dépendra de la communication réalisée par l'ordre des médecins et tout autre organisme apte à relayer ces informations aux professionnels de santé concernés.

Pour conclure cette partie, au niveau des thérapeutes interrogés, nous pouvons observer que l'accès direct représente autant de bénéfices que de limites pour la profession et la population française. Les avis sont partagés. Toutefois, à l'heure actuelle, nous n'avons aucun recul à ce sujet en pratique et dans la littérature. Pour cela, il faudra attendre encore quelques années.

4.2 L'importance du BDK

Le second objectif de notre étude était de déterminer les connaissances théoriques actuelles des MK sur l'entorse de cheville. En effet, nous supposons que les MK ne réalisaient pas un bilan de l'entorse de la cheville tel qu'il est exigé lors d'une prise en charge en accès direct.

4.2.1 Le BDK

Dans la littérature actuelle, les dernières recommandations de prise en charge de l'entorse de cheville datent de 2000, par l'HAS (3). Ces dernières ont plus de 20 ans donc nous pouvons supposer qu'elles ne répondent pas aux attentes de la prise en charge en accès direct toutefois les notions de bilan et de traitement ont été rappelées dans l'arrêté du 6 mars 2020 (ANNEXE I). Les MK ont une vision globale du BDK de l'entorse de cheville et s'accordent sur les différentes parties de bilan à réaliser ; anamnèse, bilan de la douleur, palpatoire, cutané, trophique et fonctionnel. Les bilans articulaire et psychologique sont peu développés par les MK. Toutefois, ils soulignent l'importance de réorienter le patient vers son médecin au moindre doute. Lorsque nous leur demandons quels critères sont à leur disposition pour éliminer une fracture chez un patient, la plupart nous explique qu'ils ont peu d'outils diagnostics. Nous savons que les critères d'Ottawa et les critères de Bernèse sont très utilisés dans la littérature pour déceler une éventuelle fracture de la malléole or ces notions sont peu

connues pour une bonne partie des thérapeutes alors qu'elles pourraient faciliter leur examen clinique (7,16,23). Nous pouvons donc imaginer qu'un rappel de ces notions serait important à refaire aux MK lors de la formation.

A la suite de la réalisation du BDK, les MK peuvent prendre en charge le patient précocement. Si le patient ne présente aucun drapeau rouge, ni critères de non-inclusion, les MK peuvent commencer le traitement. La majorité des patients vient consulter après l'immobilisation, c'est-à-dire plusieurs jours voire semaines après le traumatisme. C'est pourquoi les axes de prise en charge seront modifiés, le patient viendra précocement et sera donc en phase inflammatoire (J3-J5). Dans la littérature, la rééducation de l'entorse de cheville est préconisée dès cette première phase (3,55). Celle-ci permet de lutter contre les déficiences initiales ; l'œdème, la douleur, le gain de mobilité et de force (7). Plusieurs études mettent en évidence le risque de récurrence d'entorses lorsque celles-ci n'ont pas bénéficié de rééducation ou à cause d'une reprise sportive précoce (4,6).

4.2.2 La formation

Dans la formation initiale des MK, comme évoqué précédemment, le thérapeute est apte à réaliser différentes activités. L'arrêté du 2 septembre 2015 nous indique dix activités principales du MK, dont la réalisation du bilan et l'évaluation clinique, l'élaboration du diagnostic en masso-kinésithérapie ainsi que la conception d'un projet thérapeutique et d'une stratégie de prise en charge clinique. Toutes ces activités semblent répondre au parcours de soin d'un patient venant consulter le MK en première intention (53). Globalement, les MK se sentent aptes à prendre des patients en accès direct sans acquérir de nouvelles compétences particulières. Certains thérapeutes sont demandeurs de notions législatives et administratives, de rappels sur les critères d'exclusion et sur le diagnostic différentiel. Nous avons constaté que ces notions sont peu abordées dans les entretiens et peu appliquées dans leur pratique actuelle.

Dans l'arrêté du 6 mars 2020, la formation de dix heures est présentée en trois séquences : le diagnostic de l'entorse de cheville, la gradation de la gravité du traumatisme avec la prescription d'un arrêt de travail et la recherche de facteurs de risques thrombo-emboliques (20). Cependant, nous remarquons une différence entre les besoins des thérapeutes de terrain et les propositions de l'arrêté. Parmi les MK interrogés, certains

n'étaient pas demandeurs de cette formation-là. Toutefois, il serait intéressant de les sensibiliser car certaines notions théoriques indispensables à l'accès direct n'étaient pas évoquées lors de leurs entretiens (critères d'Ottawa). D'autres proposaient d'uniformiser le bilan pour tous les thérapeutes afin de limiter les erreurs et d'optimiser la prise en charge en accès direct.

A l'heure actuelle, certains organismes tels que l'Institut National de la Kinésithérapie (INK) et l'Institut de Thérapie Manuelle et de Physiothérapie (ITMP) ont déjà mis en place des formations d'environ dix heures et des vidéos explicatives en accès libre sur le site de l'ITMP. Les notions évoquées (drapeaux rouges, critères d'Ottawa) dans les textes de lois sont reprises et la partie administrative a été ajoutée. Toutefois, nous n'avons aucun retour sur les formations reçues par les MK.

Notre seconde hypothèse est vérifiée. Nous constatons ainsi que les MK ont de bonnes connaissances sur le bilan de l'entorse de cheville. Leur bilan correspond aux recommandations actuelles. Cependant, certaines notions spécifiques à l'accès direct restent méconnues.

4.3 La place du MK dans ce système

Nous supposons que les MK libéraux se sentaient prêts à accueillir les patients en première intention dans leur pratique actuelle. Notre dernier objectif était donc de connaître l'implication actuelle des thérapeutes concernés.

4.3.1 La communication envers les MK

Les principales communications à ce sujet ont été réalisées par l'ordre national des MK, via leur site internet et via des mails (56). Dans notre étude, nous avons remarqué une hétérogénéité des connaissances sur les modalités de mise en place chez les thérapeutes. En effet, les MK syndiqués étaient plus au courant que les autres. La Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes (FFMKR) a envoyé différents communiqués par mail à ce sujet. Nous avons interrogé des MK ayant plus ou moins vingt ans d'expérience et cela nous a permis d'invalider une de nos hypothèses. Nous pensons que ces jeunes MK seraient plus informés sur l'accès direct, or les résultats sont hétérogènes. Nous nous sommes également

intéressées au lieu d'exercice des thérapeutes. Effectivement, nous pensions que les MK en secteur urbain seraient plus informés à ce sujet. Notre hypothèse est fautive, nous n'observons aucune différence entre les deux groupes de MK. Nous pouvons constater que l'âge et le lieu d'exercice n'influencent pas les connaissances. L'implication dans une instance de masso-kinésithérapie est aussi une variable à prendre en compte.

Nous pensons que la communication a pu être biaisée par le contexte sanitaire actuel. En effet, l'arrêté est paru le 6 mars 2020 et nous avons été confiné le 17 mars 2020 (20). La priorité à cette période-là était axée sur la Covid-19 et le nombre d'hospitalisations qui ne cessait d'augmenter. Dans notre étude, un des MK nous a expliqué avoir mis en pause la demande auprès de l'ARS pour intégrer ce système à cause de la pandémie. A l'heure actuelle, la pandémie de la Covid-19 est toujours d'actualité et ne facilite pas la mise en place de ce système. Pour l'instant, aucune étude ne met en évidence cette hypothèse dans la littérature. Toutefois, nous pouvons constater avec notre étude que la plupart des MK interrogés est peu informée des modalités de l'accès direct. Le type de pathologie et les MK concernés semblent être les seules informations connues. Cela permet de confirmer notre première hypothèse, qui était la suivante ; nous pensions que la majorité des MK libéraux ne connaissait pas les modalités de ce nouveau système.

Au cours de nos entretiens, une nouvelle notion est apparue. Nous nous sommes rendu compte que les patients n'avaient aucune connaissance de ce système. La communication n'ayant pas été efficace chez les MK, elle est inexistante pour les patients. En effet, peu d'informations à ce sujet sont présentes dans les journaux ou sur les sites internet. Nous sommes donc face à un système méconnu par la plupart des acteurs (MK, médecins) et par les principaux concernés (patients).

De plus, la situation sanitaire actuelle soulève de nouvelles questions vis-à-vis de la saturation des hôpitaux et donc de l'accès aux soins pour les patients. Une réorganisation majeure de l'offre de soins en France a dû être mise en place durant l'année 2020. Nous avons vécu plusieurs confinements qui ont modifié nos habitudes. En effet, nos déplacements devaient être limités à l'essentiel et nous devons privilégier les consultations à distance. C'est pourquoi, nous avons pu constater d'une part, une diminution des consultations aux urgences réservées aux soins aigus et d'autre part, l'explosion de la téléconsultation (57). L'un des enjeux de cet accès direct est de désengorger les urgences. Cet enjeu est toujours d'actualité

et prend tout son sens avec le nombre de patients atteints de la Covid-19 qui ne cesse de s'accroître. Cette dynamique de vouloir faciliter l'accès aux soins peut être permise avec l'accès direct. Pour l'instant, ce dernier est exclusivement permis pour l'entorse de cheville et la lombalgie aiguë. Nous pouvons nous demander s'il ne serait pas intéressant de l'élargir à toutes les pathologies musculo-squelettiques.

4.3.2 Les différentes modifications

Au-delà de la communication, il est important de prendre en compte qu'un tel système engendre des modifications sur la pratique professionnelle. Tout d'abord, une des modifications se situe au niveau de la facturation des actes. Dans la pratique actuelle, la prise en charge de l'entorse externe récente de cheville est soumise aux référentiels. Le traitement habituel est de dix séances avec une cotation AMS7.5 puis pour prolonger le traitement, il faut réaliser une demande d'accord préalable (DAP) (58). A propos de ce sujet, seul l'arrêté du 10 Septembre 2020 développe cet aspect économique (36). Dans nos entretiens, un seul des MK a abordé ce point-là, il apparaît donc nécessaire d'informer les thérapeutes. Pour l'instant, le modèle présenté n'est que théorique. Le financement conventionnel de ce protocole de coopération est interprofessionnel. En effet, la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) de la MSP devra envoyer une facture trimestrielle à l'ARS avec les prises en charge réalisées. Cette dernière paiera la SISA et ce paiement sera accompagné de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Puis, ce sera la SISA qui rémunérera les professionnels. En effet, il y a une enveloppe commune de 25 euros par patient à partager entre le MK et le médecin généraliste pour la première et la seconde consultation. Par rapport à la facturation normale des actes de kinésithérapie, ce système semble plus complexe. Le paiement sera donc réalisé chaque trimestre comparativement au système mensuel actuel. De plus, comme les responsabilités des MK s'amplifient, les cotisations des assurances et de la Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) pourraient augmenter. Un des MK nous a exprimé ce doute, il se demande ce que l'accès direct va engendrer au-delà de ces modalités.

Puis, tous ces systèmes instaurent un travail pluridisciplinaire entre différents acteurs de santé. En effet, la mise en place est accordée aux MK exerçant en MSP, en Centre de Santé ou dans une CPTS (20). Cette démarche s'inscrit dans la loi de Santé 2022 visant à favoriser une meilleure organisation entre professionnels de santé (59). Toutefois, cela signifie que le MK doit être ouvert à l'exercice coordonné. Ce point a déjà été mis en évidence dans

l'étude de Vallet (2019) (60). En effet, il est amené à former un binôme délégant - délégué avec le médecin. Un des MK nous a indiqué l'importance de savoir travailler en pluriprofessionnalité. En effet, la communication entre ces deux professions doit être renforcée, c'est pourquoi un compte rendu au médecin est exigé. La mise en place d'un logiciel informatique commun a pour but de favoriser la traçabilité des soins (20,30). Nous pouvons donc nous demander si cet accès direct sera généralisé à tous les MK libéraux sans exigence de lieu de travail. Ces protocoles de coopération tels qu'ils sont instaurés peuvent être les prémices d'un accès direct généralisé à la profession dans les prochaines années. En effet, celui-ci ne concerne qu'une partie des MK libéraux, nous pouvons supposer que cette mise en place puisse être mal perçue par les autres MK libéraux exerçant en dehors des structures concernées. De plus, les MK salariés ne sont pas impliqués dans cet accès direct. Ces nouvelles responsabilités ne sont données qu'à une infime partie de la profession, ce qui crée donc des inégalités au sein d'une même profession. Cela peut engendrer un « *conflit inter-kinésithérapeute* ».

La place du MK dans ce système est primordiale. Ce thérapeute consulté en seconde intention depuis des années, va devenir un acteur de santé de première ligne. Cela va considérablement modifier sa pratique actuelle. Les patients consultent actuellement un MK sur rendez-vous. Comme cité précédemment, nous pouvons nous interroger sur l'aménagement du planning. En effet, le MK doit être disponible pour prendre le patient le jour même. Cette crainte a été exprimée plusieurs fois dans notre étude notamment chez des MK exerçant en milieu rural avec des plannings surchargés. Nous savons que le délai d'attente moyen varie de 2 à 52 jours chez de nombreux médecins spécialistes en France (61). Étant donné les réponses de nos entretiens, nous supposons également que les MK disposent d'un délai d'attente plus ou moins long selon les lieux d'exercice bien qu'il n'y ait pas d'étude à ce sujet. En effet, la rapidité des soins peut être remise en question et cet aspect peut être un frein à la mise en place de ce système.

Cette partie vient compléter les informations concernant la réalisation d'un bilan de première intention indiquées précédemment. La plupart des professionnels confirme que le MK se doit de réaliser un bilan pour chaque patient (53). Cependant, la majorité des MK pense que l'accès direct peut en modifier sa réalisation. Les MK prennent conscience que le patient n'aura vu aucun autre professionnel auparavant. Ils s'accordent sur le fait qu'il faut réaliser un bilan plus approfondi et qu'il faut être plus vigilant aux pathologies associées.

Nous venons d'évoquer différentes modifications dans la profession de MK ; au niveau de la facturation, du planning, de la pluriprofessionnalité et du bilan. Malgré cela, pour deux MK, ce système n'engendrerait aucune modification de leur pratique actuelle. Ces deux MK étaient peu informés à propos de l'accès direct, nous pensons qu'ils n'avaient pas conscience de la mise en place d'un tel système. Cela soulève et confirme l'importance de sensibiliser les thérapeutes.

Pour terminer, lorsque nous leur avons demandé s'ils se sentaient prêts à adopter ce système, la majorité des MK ne l'était pas. Les différentes raisons ont été évoquées précédemment ; le manque d'information étant la principale. Nous pouvons donc invalider notre dernière hypothèse. Nous constatons que les thérapeutes se posent de nombreuses questions quant à la mise en place et au fonctionnement d'un tel système.

4.4 Les limites du mémoire

4.4.1 Le choix des participants

La démarche qualitative ne repose pas sur un échantillon théorique, elle n'est donc pas soumise aux biais d'échantillonnage (46). Tout d'abord, le choix des participants peut être sujet à la critique, nous les avons choisis par le biais d'une personne de confiance. Nous aurions pu faire une méthode de recherche et de sélection des MK plus standardisée, avec notamment un tirage au sort. Ensuite, nous ne nous sommes intéressées qu'à des MK exerçant dans le Grand Est, et plus précisément dans les départements des Vosges, de la Meurthe-et-Moselle et de la Meuse. En effet, au départ, les entretiens devaient être réalisés en présentiel, c'est pourquoi nous n'avons pas élargi la zone géographique de recherche.

Nous n'avons pas défini de critères vis-à-vis de la date d'obtention du diplôme, tous les MK libéraux exerçant en MSP étaient inclus. Toutefois, il aurait été intéressant d'échanger avec des MK récemment diplômés, ceux ayant eu la réforme des études de 2015.

4.4.2 Les entretiens

Au vu de la situation sanitaire actuelle, nous avons réalisé les entretiens en distanciel, soit par visioconférence via la plateforme Zoom ®, soit par appel téléphonique. Au départ, nous ne souhaitions réaliser des entretiens qu'en visioconférence, or certains MK ont été

réticents à cette méthode et ont préféré le téléphone. Nous avons accepté ce choix pour ne pas obtenir un refus et une non-participation de ces thérapeutes à notre étude. Finalement, les deux méthodes permettent de recueillir le langage verbal des participants. L'avantage de la visioconférence, c'est qu'elle ressemble à un entretien en présentiel et nous avons donc pu obtenir le langage non verbal en complément. Nous sommes conscientes que cette différence de méthode a pu engendrer des limites dans notre étude. En effet, certains participants se sont peut-être sentis moins à l'aise par ce format et nous n'avons pas obtenu le maximum d'informations dans les réponses.

Lors de la réalisation de notre guide d'entretien, nous avons dissocié les bénéfices de l'accès direct et le ressenti des thérapeutes en deux thèmes différents. Mais au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, il s'est avéré que pour plusieurs MK (**MK2, MK3, MK4, MK5**), les deux questions paraissaient similaires. En effet, nous avons constaté dans notre partie résultats que certaines réponses évoquées étaient similaires sur ces deux questions. De plus, nous avons également rencontré des difficultés pour avoir des réponses concernant les modifications à réaliser pour une prise en charge en première intention. Cela peut s'expliquer par le fait qu'aucun des MK interrogés n'exerce l'accès direct.

Pour finir, nous avons choisi de réaliser cette étude par une démarche qualitative, avec la réalisation d'entretiens semi-directifs. Cette méthode, issue des sciences sociales permet une liberté conversationnelle entre les deux interlocuteurs. Nous n'avions aucune expérience dans ce domaine. Nous nous sommes donc informées et avons réalisé des pré-tests pour nous habituer à cette méthode. Lors de l'échange, certaines réactions faciales ou intonations sonores non intentionnelles ont pu avoir un impact sur les propos des thérapeutes. En effet, nous avons été la seule investigatrice de cette étude et nous pensons que nous avons pu influencer certaines réponses (46).

4.4.3 La retranscription et l'analyse des résultats

La retranscription et l'analyse des entretiens ont été réalisées par une seule et unique personne, comme le reste de l'étude. Cela signifie que l'interprétation subjective des résultats n'émerge que d'un seul point de vue. Cela peut représenter une potentielle limite dans notre étude. Dans nos retranscriptions, nous avons fait apparaître le langage verbal et non verbal, lorsque ce dernier était présent. Nous le retrouvons donc dans quatre de nos entretiens. Nous

avons fait le choix d'analyser uniquement le langage verbal. En effet, comme le langage non verbal n'était pas présent dans tous, nous avons préféré ne pas l'interpréter.

4.5 Les limites de la littérature scientifique

Comme évoqué à plusieurs reprises, nous avons pu constater que la littérature scientifique française sur l'accès direct émerge depuis peu. Les articles concernant uniquement l'accès direct pour l'entorse de cheville sont rares. Depuis quelques années, nous avons remarqué une augmentation des études, notamment des enquêtes auprès de MK à ce sujet. Généralement, les articles traitent de ce système sans distinguer celui pour l'entorse de cheville de celui pour la lombalgie aiguë. C'est pourquoi, nous avons dû séparer nos recherches en deux parties, l'une concernant les articles sur l'accès direct et l'autre sur l'entorse de cheville.

4.6 Ouverture et perspectives d'approfondissement

Depuis plusieurs années, nous entendons parler de l'accès direct pour les MK. C'est un sujet récent qui intéresse et interroge. Le but de cette étude était de réaliser un état des lieux sur les connaissances et l'implication des thérapeutes face à ce système. L'ensemble de nos résultats nécessite une prise de distance vis-à-vis de leur analyse. En effet, la majorité des thérapeutes était peu informée sur ce sujet. Beaucoup d'études (28,42,43,60,62) au cours de l'année 2019 ont été réalisées sur ce sujet auprès des MK et des patients. Cependant, nous retrouvons peu de littérature française sur le véritable impact de ce système dans notre pays. Cela peut s'expliquer par la publication récente des modalités de mise en place datant de l'année 2020. C'est pourquoi, nous pensons qu'il serait pertinent de refaire cet état des lieux dans les années futures lorsque le système sera développé et appliqué par une partie des MK.

De plus, notre étude ne s'intéressait qu'aux MK, ceux-ci faisant partie intégrante de ce système. Nous savons que les médecins et les patients sont tout aussi importants au fonctionnement. Nous pouvons nous demander comment ces deux populations réagissent face à cette nouvelle façon de faire. Dans la littérature, Hery-Goisnard *et al.* (2019) ont réalisé une enquête auprès de la population française et 90,2 % étaient favorables (62). Cependant, avec les modalités instaurées, il serait intéressant de réaliser un état des lieux auprès des

médecins et d'en refaire un auprès des patients afin d'obtenir leur ressenti et leur implication face à ce nouveau système.

5. CONCLUSION

L'objectif de ce travail de recherche était de recueillir l'opinion et l'implication de MK concernés par la mise en place de l'accès direct. Cette étude nous a permis d'obtenir les points de vue que d'une infime partie de la population de MK libéraux français. En effet, nous avons reçu l'opinion de MK d'une partie du Grand Est exclusivement.

Dans un premier temps, nous avons ciblé notre travail sur l'accès direct. Nous avons constaté que de nombreux bénéfices sont exprimés et recensés dans la littérature actuelle, par l'expérience des pays ayant déjà l'accès direct. Grâce aux entretiens, nous avons pu mettre en évidence que les MK exprimaient les mêmes bénéfices : la diminution du coût de santé, la rapidité de prise en charge et la reconnaissance de la profession. Cependant, il semblerait que les MK expriment plusieurs craintes quant à l'adoption d'un tel système et de nombreuses modifications ont été mises en évidence : le planning, le bilan et la facturation. Certaines limites, comme le manque de compétences sont également retrouvées dans la littérature. De ce fait, il serait intéressant de sensibiliser les MK diplômés ainsi que les étudiants MK à cette nouvelle prise en charge.

Dans un second temps, nous nous sommes intéressés qu'à une des pathologies concernées par l'accès direct : l'entorse de cheville. Il s'agit en effet d'une pathologie fréquente, connue par l'ensemble des thérapeutes libéraux. De plus, elle est enseignée dans les instituts de formation de masso-kinésithérapie. Actuellement, les MK réalisent un bilan complet répondant aux recommandations de la HAS : l'anamnèse, le bilan de la douleur, le bilan articulaire etc. Cependant, notre étude a mis en évidence que peu de MK connaissent les drapeaux rouges, les critères d'Ottawa et de Bernèse, bilans qui font références comme outils indispensables à la prise en charge en première intention. Il apparaît comme nécessaire de les sensibiliser à la spécificité d'un bilan en accès direct.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guillodo Y, Simon T, Le Goff A, Saraux A. Interest of rehabilitation in healing and preventing recurrence of ankle sprains. *Ann Phys Rehabil Med*. 2013;56(7-8):503-14.
2. Herzog MM, Kerr ZY, Marshall SW, Wikstrom EA. Epidemiology of Ankle Sprains and Chronic Ankle Instability. *J Athl Train*. 2019;54(6):603-10.
3. HAS. Rééducation de l'entorse externe de la cheville. 2000 [cité 30 sept 2020]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/entorse_rap.pdf
4. Bauer T. Les entorses de la cheville et leurs séquelles. *Revue du Rhumatisme Monographies*. 2014;81(3):162-7.
5. Orsoni N, Mathieu P-A, Mabit C. Chapitre 3 : Épidémiologie des entorses de cheville. In: Y Tourné, C Mabit La cheville instable. Elsevier Masson. 2015. p. 60-4.
6. Doherty C, Delahunt E, Caulfield B, Hertel J, Ryan J, Bleakley C. The Incidence and Prevalence of Ankle Sprain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Epidemiological Studies. *Sports Med*. 2014;44(1):123-40.
7. Gouilly P. Rééducation de l'entorse de cheville. *EMC - Kinésithérapie- Médecine physique - Réadaptation*. 2020;33(3):1-16 Article [26-250-D-10].
8. Bauer T, Hardy P. Entorses de la cheville. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Appareil locomoteur*. 14-089-A-10, 2011.
9. Danowski R-G, Chanussot J-C. *Traumatologie du sport*. 7ème édition. Elsevier Masson; 1990. 396p. ISBN : 9782294017582.
10. Vuurberg G, Hoorntje A, Wink LM, van der Doelen BFW, van den Bekerom MP, Dekker R, et al. Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: update of an evidence-based clinical guideline. *Br J Sports Med*. 2018;52(15):956-956.
11. Gribble PA. Evaluating and Differentiating Ankle Instability. *J Athl Train*. 2019;54(6):617-27.
12. Kapandji IA. *Anatomie fonctionnelle - Tome 2. Membre inférieur*. 7ème édition. Maloine; 2018. 270p. ISBN : 9782224034955.
13. Dufour M. *Anatomie de l'appareil locomoteur - Tome 1. Membre inférieur*. 3ème édition. Issy-lès-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 552p. ISBN : 9782294745027.
14. Golanó P, Vega J, de Leeuw PAJ, Malagelada F, Manzanares MC, Götzens V, et al. Anatomy of the ankle ligaments: a pictorial essay. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2016;24(4):944-56.
15. Besse J-L, Colin F, Hintermann B, Mabit C, Orsoni N, Toullec E, et al. Chapitre 4 : Entorses récentes. In: Y Tourné, C Mabit La cheville instable. Elsevier Masson. 2015. p. 66-116.

16. Delahunt E, Bleakley CM, Bossard DS, Caulfield BM, Docherty CL, Doherty C, et al. Clinical assessment of acute lateral ankle sprain injuries (ROAST): 2019 consensus statement and recommendations of the International Ankle Consortium. *Br J Sports Med.* 2018;52(20):1304-10.
17. MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. *Journal officiel de la République Française* n°236 du 9 octobre 1996 p. 14802.
18. Code de la santé publique - Partie législative - professions de santé - auxiliaires médicaux, aides- soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires- masseur-kinésithérapeute. Articles L4321-1 à L4321-22.
19. Xhardez Y. *Vade-mecum de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle*. 7ème édition. Maloine; 2015. 1467p. ISBN : 2224033737.
20. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». *Journal Officiel de la République Française* n°0058 du 8 mars 2020.
21. Stiell I, McKnight R, Greenberg G. Implementation of the Ottawa rules. *J Emerg Med.* 1993;271(11):827-32.
22. Barelds I, Krijnen WP, van de Leur JP, van der Schans CP, Goddard RJ. Diagnostic Accuracy of Clinical Decision Rules to Exclude Fractures in Acute Ankle Injuries: Systematic Review and Meta-analysis. *J Emerg Med.* 2017;53(3):353-68.
23. Derksen RJ, Knijnenberg LM, Fransen G, Breederveld RS, Heymans MW, Schipper IB. Diagnostic performance of the Bernese versus Ottawa ankle rules: Results of a randomised controlled trial. *Injury.* 2015;46(8):1645-9.
24. Beudet P. Diagnostic et prise en charge de l'entorse de cheville. *Rev Pod.* 2015;11(61):10-3.
25. Tourné Y, Mabit C. Chapitre 11 : Scores d'évaluation de la cheville instable à l'usage du clinicien. In: Y Tourné, C Mabit *La cheville instable*. Elsevier Masson. 2015. p. 330-8.
26. Remondière R. Histoire des savoirs et des pratiques en kinésithérapie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Kinésithérapie - Médecine physique- Réadaptation, 26-005-A-20, 2008.
27. Remondière R. L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946). *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques Archives.* 1994;(12):1-11.
28. Gedda M. L'avenir de la kiné passe par l'écrit. *Kinesither Rev.* 2016;16(176-177):1-4.
29. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs- kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire. *Journal Officiel de la République Française* n°11 du 13 janvier 2006.

30. Demont A, Quentin J, Bourmaud A. Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique: revue de la littérature. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2020;68:306-13.
31. Ministère des solidarités et de la santé. Discours d'Agnès Buzyn - Pacte de refondation des urgences [en ligne]. 2019 [consultée le 15/03/2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-pacte-de-refondation-des-urgences>
32. Remondière R, Durafourg M-P. L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France. *Sante Publique*. 2014;26(5):669-77.
33. Bury TJ, Stokes EK. A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession. *Phys Ther*. 2013;93(4):449-59.
34. World Physiotherapy. Policy statement : Direct access and patient/client self-referral to physical therapy [en ligne]. 2019 [consultée le 13/04/2021]. Disponible sur: <https://world.physio/policy/ps-direct-access>
35. Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R. Direct access in physical therapy: a systematic review. *Clin Ter*. 2018;(5):249-60.
36. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Arrêté du 10 septembre 2020 modifiant les arrêtés du 6 mars 2020 autorisant les protocoles de coopération relatifs aux soins non programmés. *Journal Officiel de la République Française n°0238 du 30 Septembre 2020*.
37. Horn ME, Brennan GP, George SZ, Harman JS, Bishop MD. A value proposition for early physical therapist management of neck pain: a retrospective cohort analysis. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):253.
38. Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review. *Phys Ther*. 2014;94(1):14-30.
39. Mangot A. L'accès direct en France : avis des masseurs-kinésithérapeutes libéraux concernant un besoin de formation quant à sa mise en place. Étude exploratoire. *Kinesither Rev*. 2019;19(216):13-7.
40. Grasmuck A. L'accès direct à la masso-kinésithérapie en France : Enquête auprès des Masseurs Kinésithérapeutes du Grand Est. 2019-2020. Mémoire de fin d'études : ILFMK Nancy.
41. Marco J. Entorse latérale de cheville : les masseurs-kinésithérapeutes libéraux se sentent-ils prêts à recevoir les patients en accès direct ? Enquête par entretiens. 2019-2020. Mémoire de fin d'études : Institut de formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation - Pays de la Loire.
42. Quentin J, Rall G. Accès direct à la masso-kinésithérapie en France : une enquête d'opinion auprès des masseurs-kinésithérapeutes français. Étude exploratoire. *Kinesither Rev*. 2019;19(216):28-32.

43. Lemersre P. Les facteurs susceptibles d'influencer la mise en place de l'accès direct en masso-kinésithérapie en France. Étude exploratoire. *Kinesither Rev.* 2019;19(216):18-23.
44. Demoncy A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinesither Rev.* 2016;16(180):32-7.
45. KIVITS Joëlle, JEGU Jérémie. Méthodes d'investigation quantitatives et qualitatives. Chapitre 1 - Méthodes quantitatives et qualitatives : présentation et complémentarité. Université de Lorraine:15p.
46. KIVITS Joëlle. Méthodes d'investigation quantitatives et qualitatives. Chapitre 6 - Le recueil de données qualitatives. Université de Lorraine:39p.
47. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev.* 2015;15(157):50-4.
48. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm.* 2010;102(3):23-34.
49. Base des unités urbaines 2020. Institut National de la Statistique et des Etudes économiques (INSEE) [en ligne]. 2021 [consultée le 22/03/2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/4802589>
50. KIVITS Joëlle. Méthodes d'investigation quantitatives et qualitatives. Chapitre 7 - L'analyse de données qualitatives. Université de Lorraine:18p.
51. Piano L, Maselli F, Viceconti A, Gianola S, Ciuro A. Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review. *J Phys Ther Sci.* 2017;29(8):1463-71.
52. Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil.* 2019;1-12.
53. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Arrêté du 2 Septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. *Journal Officiel de la République Française n°0204 du 4 Septembre 2015.*
54. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Avec les premiers protocoles de coopération, l'accès direct au kinésithérapeute bientôt possible [en ligne]. 2020 [consultée le 31/10/2020]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/avec-les-premiers-protocoles-de-cooperation-lacces-direct-au-kinesitherapeute-bientot-possible/>
55. VIDAL. Entorse de cheville [en ligne]. 2021 [consultée le 24/03/2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
56. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Accès direct [en ligne]. [consultée le 14/10/2020]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/acces-direct/>

57. Vandenbosch K, Lasri S, Gillet P, Coucke PA. Repenser les soins de santé post-COVID-19. *Rev Med Liege*. 2020;6-10.
58. Commission paritaire régionale des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes. Guide pratique de la NGAP en masso-kinésithérapie. 17 août 2020;
59. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Dossier de presse. 18 sept 2018;
60. Vallet É. Accès direct à la masso-kinésithérapie en France : évaluation des compétences de raisonnement clinique et de collaboration interprofessionnelle des MK. Étude exploratoire. *Kinesither Rev*. 2019;19(216):24-7.
61. Ministère des solidarités et de la santé. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. 2018;(1085):1-4.
62. Hery-Goisnard M, Panchout É, Hoarau S, Desneux M, Langlais L. Accès direct au masseur-kinésithérapeute : l'avis des usagers du système de santé français. Étude exploratoire. *Kinesither Rev*. 2019;19(216):33-8.

ANNEXES

ANNEXE I : Processus de prise en charge (20)

Traumatisme en torsion de la cheville

Processus de prise en charge

Critères d'inclusion : douleur de cheville consécutive à un traumatisme en torsion chez un patient dont un des délégués est médecin traitant, et qui n'a pas refusé l'accès à son dossier médical au délégué

Vérification par le délégué de la présence de **critères d'exclusion**, au moyen d'un formulaire intégré au système d'information partagé :

Interrogatoire :

- Age < 18 ans ou > 55 ans
- Plaie de la cheville
- Polytraumatisme
- Chute consécutive à un malaise
- Douleur de genou associée
- Appui unipodal impossible persistant à 24 heures du traumatisme initial
- Accident de travail
- 2 antécédents d'entorse sur la même cheville
- Antécédent de maladie thrombose veineuse profonde
- Traitement par anti-agrégant ou anticoagulant

Examen :

- Appui unipodal impossible ou impossibilité de faire 4 pas
- Signes d'atteinte ou de rupture du tendon d'Achille (augmentation de la flexion dorsale de la cheville traumatisée par rapport à la cheville saine)
- Douleur à la palpation sur le trajet de la fibula

Lors de la prise en charge :

- Refus du patient
- Doute du délégué (« Guts feeling »)

Un critère d'exclusion ou plus ou doute du délégué

Absence de critère d'exclusion

Réorientation vers le médecin

Fracture

Prescription d'une radio (en attendant: RICE, contention, paracétamol)

Absence de fracture

Poursuite de l'examen clinique : Critères Ottawa :

- Sensibilité à la palpation osseuse du bord postérieur (dans les 6cm distaux d'une malléole) ou de la pointe de l'une des 2 malléoles
- Sensibilité à la palpation osseuse de l'os naviculaire (ou scaphoïde tarsien) ou de la base du 5^{ème} métatarse

1 critère d'Ottawa ou plus

Absence de critère d'Ottawa

Démarche thérapeutique :

- Encourager la marche, RICE : repos (cannes anglaises si besoin), glaçage, compression, élévation
- Contention: attelle amovible (type Aircast)
- Paracétamol
- Arrêt Maladie selon référentiel Ameli. Durée en fonction :
 - Du grade de l'entorse : grade 1 en l'absence d'hématome, 2 si présence, 3 exclu d'office car appui impossible
 - Du type d'emploi
- En cas de facteur de risque thrombo-embolique (voir fiche synthétique) : contact avec le médecin traitant pour évaluer la nécessité d'une anticoagulation préventive

Reévaluation à J3

Bonne évolution et absence de nécessité de prolongation d'arrêt maladie :
Prescription de séances avec MKDE selon référentiel Ameli

Bonne évolution mais nécessité de prolonger arrêt maladie :
Contact médecin traitant + prescription MKDE

Absence d'amélioration :
orientation vers le médecin

ANNEXE II : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Présentation : rappel du **projet** et de la **démarche**

« Bonjour, je me présente, je m'appelle Clémence ETIENNE. Je réalise cette enquête qualitative auprès de masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Nous allons échanger à propos de la prise en charge en première intention de l'entorse de cheville. Ce guide sera le fil conducteur de cet entretien et me permettra d'obtenir votre point de vue et votre ressenti sur les trois thèmes que je souhaite aborder avec vous. Pendant cet entretien, je resterai objective dans mes questions et mes réponses pour ne pas vous influencer. Vous êtes donc libre de répondre avec vos propres mots, et vos propos serviront à l'élaboration de mon mémoire.

L'entretien durera environ 30 min. Pour faciliter la retranscription complète, l'entretien sera enregistré et l'anonymat sera respecté. Etes-vous toujours d'accord ? »

Présentation du **thérapeute**

- Année d'obtention du DE et l'institut de formation initiale
- Parcours professionnel
- Implication dans une instance de MK ou une association ou un syndicat
- Formation en lien avec les pathologies musculo-squelettiques ou sportives
- Part de la patientèle prise en charge pour une entorse de cheville

Objectif : définir si l'expérience modifie l'implication des thérapeutes à ce système de santé

Thème 1 : A propos d'un nouveau système de santé : l'accès direct pour les MK

Q1. Selon vous, quel est l'intérêt de l'accès direct dans notre profession ?

Relances :

- Quelles seraient les bénéfices de la mise en place de ce système ?

Q2. Quels peuvent être les freins / les limites / les risques à l'adoption de ce système de santé ?

Q3. Quelles sont les modalités de mise en place de l'accès direct ?

Relances :

- Quels sont les MK concernés par l'accès direct ?
- Quelles sont les pathologies autorisées pour une prise en charge en accès direct ?

- Comment les professionnels de santé sont-ils rémunérés avec ce nouveau système de santé ?

Si le / la thérapeute ne connaît pas du tout les modalités : l'accès direct se déroule dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle (MSP) via des protocoles de coopération entre une profession délégante (MG) et une profession déléguée (MK), 2 pathologies sont concernées : torsion latérale de la cheville et douleur lombaire aiguë. Concernant le patient, il devra correspondre aux critères d'inclusions. Concernant la rémunération, l'enveloppe commune pour l'équipe MG-MK sera de 25 euros pour la 1^e et 2^e consultations du patient entrant dans le protocole.

Q4. Si le / la MK connaît les modalités de l'accès direct, même partiellement : Comment avez-vous été informé (e) de ces modalités ?

Ce que nous cherchons à comprendre

- Identifier le niveau d'information des MK à propos de l'accès direct
- Analyser les connaissances / le niveau d'information des MK sur les modalités de mise en place et de rémunération à propos des protocoles de coopération.
- Identifier les bénéfices et les risques de l'accès direct perçus par les thérapeutes

Thème 2 : La place du kinésithérapeute dans la prise en charge de l'entorse de cheville

Q1. Quels sont les points essentiels pour un bilan diagnostic d'entorse de cheville en première intention ?

Relances :

- Quels sont les critères à votre disposition pour éliminer une potentielle pathologie associée (comme un arrachement osseux, une fracture ou autres...) ?

Q2. Selon vous, quelles sont les compétences indispensables au MK pour exercer en accès direct ?

Q3. Dans l'arrêté du 6 mars 2020 concernant l'accès direct, une formation de 10h est prévue. Quelles seraient vos attentes et vos besoins lors de cette formation ?

Relances :

- Auriez-vous des notions que vous souhaiteriez revoir lors de cette formation ?

Q4 Si le MK ne cite pas les critères d'Ottawa/Bernèse ou drapeaux rouges. Pour conclure cette partie sur l'entorse de cheville, est-ce que les critères d'Ottawa ou de Bernèse ou les drapeaux rouges sont des critères que vous utilisez dans votre pratique actuelle ?

Ce que nous cherchons à comprendre

- Identifier les éléments indispensables et nécessaires à un bilan de l'entorse de cheville
- Identifier les outils employés et recenser les évaluations utilisées lors du bilan
- Analyser les connaissances des thérapeutes au sujet des drapeaux rouges et des critères d'Ottawa

- Mettre en évidence les attentes et les besoins des MK par rapport à la formation prévue

Thème 3 : l'implication des thérapeutes

Q1. Quant au fonctionnement de ce système, quel est votre ressenti vis-à-vis de cette nouvelle autonomie/ responsabilité ?

Relances :

- Quelles sont vos attentes en tant qu'acteur principal ?
- Quel est votre ressenti ou quelles sont vos appréhensions sur le fait de recevoir des patients sans passer par le médecin ?

Q2. Pensez-vous être prêt(e) à adopter ce système d'accès direct ?

Relances :

- Vous me dites que vous vous sentez **prêt (e)**, mais selon vous qu'en est-il des médecins et des patients ?
- Vous me dites que vous ne vous sentez **pas prêt (e)**, quelles peuvent être vos craintes face à l'adoption de ce système ? Selon vous, qu'en est-il des médecins et des patients ?

Q3. Dans votre pratique actuelle, quels paramètres de prise en charge pourraient être modifiés lors d'une séance en première intention par rapport à une séance avec ordonnance ?

Relances :

- Quelles pourraient être les différences entre une séance avec prescription médicale et une séance en accès direct ?

Q4. Dans le cadre de ce protocole, vous formerez un binôme avec le médecin généraliste. Pouvez-vous m'expliquer comment les relations interprofessionnelles pourraient - elles évoluer ?

Relances :

- Seraient-elles améliorées/ diminuées ou inchangées ?
- Comment le partage d'informations pourrait-il être modifié ?

Ce que nous cherchons à comprendre

- Recueillir la perception des MK quant à la prise en charge en première intention dans leur pratique actuelle
- Recueillir le ressenti des thérapeutes quant au fonctionnement du système et la pertinence de la prise en charge
- Mettre en évidence l'intérêt des thérapeutes sur le terrain
- Analyser les attentes du MK par rapport à son implication au sein du dispositif / Mettre en évidence leur implication au sein de ce dispositif

- Analyser l'impact de ce système sur les relations interprofessionnelles et sur le partage d'information entre professionnels de santé

En **conclusion** : avez- vous quelque chose à ajouter pour conclure cet entretien ?

ANNEXE III : Retranscription de l'entretien n°5

C : « Bonjour, je réalise cette enquête qualitative auprès de masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Nous allons échanger à propos de la prise en charge en première intention de l'entorse de cheville. Devant moi, j'ai un guide qui sera le fil conducteur de cet entretien et me permettra d'obtenir votre point de vue et votre
5 ressenti sur les trois thèmes que je souhaite aborder avec vous. Pendant cet entretien, je resterai objective dans mes questions et dans mes réponses pour ne pas vous influencer. Vous êtes donc libre de répondre avec vos propres mots, et vos propos serviront à l'élaboration de mon mémoire. L'entretien durera environ trente minutes. Pour faciliter la retranscription complète, l'entretien sera enregistré et l'anonymat sera respecté. Etes-vous toujours
10 d'accord ? »

MK : « Oui. »

C : « Ok. Pour commencer je souhaiterais simplement connaître votre parcours et vos expériences professionnelles. Depuis quand exercez-vous ? »

MK : « 84. »

15 C : « Et vous avez été diplômé de quel institut ? »

MK : « Euh, Nancy »

C : « D'accord. »

MK : « C'est les meilleurs. (rire)»

C : « Pouvez-vous m'expliquer brièvement votre parcours professionnel ? »

20 MK : « Alors ça va être compliqué, non, brièvement. Euh j'ai fait 10 ans de rempla. Euh j'ai fait un an et demi d'assistantat après euh sur *lieu* pis après je me suis installé dans une maison médicale à l'époque à, à *lieu* dans les Vosges. Et depuis, depuis 2000, euh attendez-voir que je dise pas de bêtises, ouais depuis 2008 maintenant, on on a, on a changé de locaux et on a, on a créé une maison de santé pluriprofessionnelle. Donc depuis 2008, je suis en, je suis
25 en maison de santé avec toute une équipe euh pluripro, médecins, infirmières, euh dentistes, podologues, psychos voilà.

C : « D'accord, ok. Euh avez-vous... (coupée par le MK). »

30 MK : « Alors bon je sais pas si ça vous intéresse, euh j'ai fait une formation d'éducation thérapeutique. J'en ai fait plusieurs, euh une formation initiale de 40 heures et j'ai refait un, un DU derrière donc euh voilà je suis aussi, voilà diplômé en éducation thérapeutique. »

C : « D'accord. Bah ça suivait avec la question d'après, c'était plutôt si vous aviez suivi des formations en lien avec les pathologies musculosquelettiques ou sportives ? »

35 MK : « Oui. Euh alors oui, j'ai, ça j'en fais régulièrement, je suis, je suis un peu spécialisé dans les pathologies de l'épaule. Donc tous les ans, j'en fais au moins une. Voilà, depuis une dizaine d'années maintenant, et ce sont essentiellement l'épaule. »

C : « D'accord. Hm quelle proportion représentent les entorses de cheville dans votre patientèle ? »

- MK : « Oh, très peu. (rire) Euh pfff très peu, euh bah allez je sais pas, moins de 5 %. »
- C : « Ok. Et pour finir, êtes-vous impliqué dans une instance de kiné ou un syndicat ? »
- 40 MK : « Oui. Oui, euh je suis, je suis membre de la FFMKR. »
- C : « D'accord, ok. Donc cela nous amène au premier thème que je souhaitais aborder avec vous. Euh à propos d'un nouveau système de santé, l'accès direct pour les masseurs-kinésithérapeutes. Selon vous, quel est l'intérêt de l'accès direct dans notre profession ? »
- MK : « Pour nous ? »
- 45 C : « Oui. »
- MK : « Hm bah pour nous l'intérêt, c'est, c'est de pas être dépendant d'une prescription médicale qui est parfois mal faite, mal rédigée ou opportune. Voilà c'est essentiellement ça. Pis bon euh après je veux dire ça peut être un intérêt en termes de reconnaissance. C'est-à-dire qu'à partir du moment où, où on a un accès direct, ça veut dire que les instances de santé
- 50 considèrent qu'on est apte à faire la part des choses entre euh ce qui est de notre ressort et ce qui ne l'est pas. »
- C : « Hm, d'accord. Et quels peuvent être les freins à l'adoption de ce système de santé ? »
- MK : « L'accès direct, les freins alors peut-être le manque de formations des professionnels, comme moi par exemple. Fin les gens qui n'ont pas suivi euh, moi je sais pas ce que vous
- 55 avez comme niveau de formation maintenant. Mais euh, on nous apprend pas forcément, fin tout du moins moi, nous, fin de notre génération, on nous a pas appris euh euh à gérer, à gérer les, les patients qui pourraient éventuellement arriver en accès direct donc les drapeaux rouges, on les connaît pas forcément. Et ça peut être aussi le manque de, en termes d'organisation, c'est le manque de temps. Fin si, pour moi c'est ça, c'est je serais pas en
- 60 capacité de, de recevoir des patients le jour même, au jour de... actuellement hein. En étant tout seul, moi je pourrais pas. Je le regrette hein mais ... »
- C : « Ok. Hm à propos de cet accès direct, quelles sont les modalités de mise en place ? »
- MK : « Hm alors si j'ai bonne mémoire. Je crois qu'il faut être en, le critère c'est qu'il faut être en maison de santé pluripro. »
- 65 C : « D'accord. »
- MK : « Ce qui est mon cas. Pour l'instant hein, parce que pour la cheville euh et c'est la lombalgie euh la lombalgie aigue pis l'entorse de cheville fraîche. Voilà, je crois que les critères, c'est ça. »
- C : « D'accord. Hm.. (coupée par le MK) »
- 70 MK : « Mais bon après il faut avoir, faut avoir le temps de, fin faut avoir des créneaux horaires pour pouvoir éventuellement recevoir les patients et le plus gros souci pour moi, c'est ça. »
- C : « C'est de, donc votre plus gros souci vous c'est de ne pas avoir le temps d'accueillir ces patients-là ? »
- MK : « Bah ouais. Et pis certainement aussi peut-être, j'aurais peut-être certainement besoin
- 75 d'un, d'une piqure de rappel sur euh... Parce que là là du coup c'est, ce qu'on nous demande

en fait de faire, c'est faire un boulot d'urgentiste quelque part. A partir du moment où les gens arrivent en accès direct avec une chute, avec une suspicion d'entorse de cheville. On devrait être capable comme un urgentiste de faire la part des, de faire la part entre une entorse simple stade 1, 2, 3 ou éventuellement une fracture de la malléole. »

80 C : « Hm oui, oui je vois. Et donc ces modalités de l'accès direct, comment avez-vous été informé ? »

MK : « Par le syndicat. »

C : « D'accord. Donc maintenant, on va se focaliser un petit peu plus sur la place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge de l'entorse de cheville. Quels sont.. Quels sont les points essentiels pour un bilan diagnostique d'entorse de cheville en première intention ? »

85 MK : « Alors les éléments essentiels, bah c'est l'interrogatoire, les circonstances voilà première intention. Après on regarde l'aspect, est-ce que y a, y a un œdème ou pas, est-ce que y a un (hésite) un, est-ce que y a un hématome ou pas, est-ce que la personne arrive en marchant ou elle peut pas marcher euh voilà tout ça, c'est des critères de gravité. Pis après, on va regarder la palpation, points douloureux, euh la mobilité, restriction ou pas, voilà. »

90 C : « Hm, quels sont les critères à votre disposition pour éliminer une potentielle pathologie associée comme un arrachement osseux, une fracture ? »

MK : « A ma disposition. Ah bah c'est la palpation, si je, si je euh si j'ai, les deux éléments ça va être éventuellement l'œdème de la..., l'hématome, présence d'hématome et pis la palpation. Et pis euh l'impotence fonctionnelle complète. Si j'ai une douleur euh, si j'ai une douleur à la palpation de la malléole, là normalement je suis censé lui faire faire une radio. »

C : « Hm, ça marche. Selon vous, quelles sont les compétences indispensables au kinésithérapeute pour exercer en accès direct ? »

100 MK : « Bah les compétences, c'est, c'est, c'est d'avoir la capacité de faire euh, de bien connaître les drapeaux rouges en fait. C'est ça pouvoir éliminer euh éliminer les pathologies qui nous concernent pas ou qui nécessitent une prise en charge autre. Voilà, faut connaître les drapeaux rouges. »

C : « D'accord, donc pour vous c'est ça la compétence principale du kinésithérapeute à avoir ? »

105 MK : « Bah ouais. Bah sur euh, sur euh le patient qui arrive euh, euh ou porté ou amené en boitillant ou en trépignant. La première des choses, oui bah c'est déjà de voir effectivement ça révèle de notre compétence ou pas. Et là, c'est déjà une compétence on va dire, être capable de faire le tri. »

110 C : « Ok, oui. Hm dans l'arrêté du 6 mars 2020 concernant l'accès direct, une formation de 10 heures est prévue. Quels seraient vos attentes et vos besoins lors de cette formation ? »

MK : « Ah bah voilà, c'est ça en fait. C'est, c'est, c'est être capable de repérer les drapeaux rouges essentiellement. »

C : « Donc ça serait... (coupée par le MK) »

MK : « Pas de danger. »

115 C : « Donc ça serait la notion que vous souhaiteriez revoir lors de cette formation ? »

MK : « Ouais, bah ouais. »

C : « Y'aurait-il d'autres notions que vous souhaiteriez revoir ? »

120 MK : « Bah éventuellement euh les recommandations actuelles sur la prise en charge par exemple. Voilà. Aujourd'hui qu'est ce qui est recommandé dans la prise en charge d'une entorse de cheville. »

C : « D'accord. Donc pour conclure cette partie sur l'entorse de cheville, est-ce que les critères d'Ottawa sont des critères que vous utilisez dans votre pratique actuelle ? »

125 MK : « Euh alors je l'ai utilisé une fois. (rire) J'ai eu, j'ai eu un cas d'entorse, d'entorse de cheville qui m'est arrivé. Ouais, en fait autrement les, les gens ne le font pas quoi, je veux dire ils viennent pas euh en accès direct. Moi, je suis dans une maison de santé, c'est plus facile pour eux d'aller voir le médecin que de venir me voir moi. »

C : « Je vois, oui. »

130 MK : « Voilà, donc euh c'est, je les ai utilisés une fois. Effectivement, la personne, elle est partie aux urgences pour faire une radio parce que y'avait une suspicion de fracture. Il y avait une douleur à la palpation de la malléole. »

C : « D'accord, ok. Et euh juste pour finir, les critères de Bernèse sont des critères que vous utilisez dans votre pratique actuelle ou pas ? »

MK : « Je sais pas ce que c'est. (rire) Alors non. »

135 C : « D'accord. Je vous dirai ce que c'est à la fin de l'entretien. Donc maintenant, on va s'intéresser à l'implication des thérapeutes. Quant au fonctionnement de ce système, quel est votre ressenti vis-à-vis de cette nouvelle responsabilité ? »

140 MK : « Bah, je vais, je vais vous redire ce que j'ai dit tout à l'heure hein. Euh, euh bon dans la mesure, dans la mesure où c'est pour l'instant, c'est limité aux professionnels qui sont en MSP. Euh on reçoit les patients, faut quand même être bien formé à, sur les drapeaux rouges. On n'est pas forcément formé à ça au niveau initial, on a toujours l'habitude d'avoir, d'avoir des filtres. Voilà, donc euh y'a quand même un petit changement de, de comportement à avoir au niveau de la prise en charge. Parce qu'on va pas forcément euh quand on fait des bilans initiaux, on, on fonctionne pas forcément euh avec l'idée qu'il faut qu'on élimine des pathologies qui nous concernent pas parce que ça, c'est censé avoir déjà été fait par le
145 médecin traitant ou par le chirurgien ou la personne qui nous l'adresse. Là, euh il y a quand même un changement de comportement, changement de mentalité, un changement de compétence à avoir. Voilà, donc ça je pense que ça doit prendre un peu de temps, faut, faut que ça nécessite quand même ouais, hum tout du moins pour ceux qui n'ont pas été formés comme ça euh ouais ça nécessite euh un petit retour, des piqûres de rappel ou tout du moins,
150 ouais une formation. Ça c'est sûr. »

C : « Ok, je vois. Donc pensez-vous être prêt à adopter ce système d'accès direct ? »

MK : « Euh (hésite) non, non parce que les formations, je ne les ai pas faites. »

C : « D'accord. Et hum une fois que les formations, si les formations seraient faites, est-ce que vous vous sentiriez quand même prêt de le faire après les formations ? »

155 MK : « Ouais. Ah bah oui, moi à partir du moment où je suis formé et j'ai bien compris comment ça fonctionne, bah oui. Il suffit d'apprendre hein. »

C : « D'accord. Et donc selon vous, quel en est-il des médecins et des patients sont-ils prêts à adopter ce système ? »

160 MK : « Alors euh les médecins, franchement euh je pense que oui. C'est pas un problème pour eux, fin tout du moins pas ceux avec qui je travaille. Dans la mesure où on se connaît bien donc, donc on communique bien donc euh c'est pas, c'est pas un soucis. Euh pour les urgences, je pense qu'il serait certainement très content de ne plus voir arriver ces patients-là, s'il y avait un filtre. Euh après pour nous, euh le problème c'est la disponibilité. Moi en général, sauf en ville, moi je travaille à la campagne c'est un peu différent mais les confrères
165 qui travaillent en ville, ils sont peut-être plus confrontés à des gens qui arrivent comme ça chez eux euh en accès direct sans prescription donc ça serait peut-être, je sais pas, on va dire entériné déjà un état de fait. Moi, c'est des choses que je vois pas de trop. »

C : « D'accord. Donc pour conclure les, les pour conclure donc les médecins et les patients seront prêts selon vous à l'adopter c'est ça ? »

170 MK : « Oh oui, oh les patients oui oui, je pense que c'est pas un problème. C'est, à partir du moment où, si ils ont conscience euh si ils pensent que les gens qui ont en face d'eux sont compétents. Et pis après bah je veux dire l'accès direct euh, ça peut-être une facilité pour eux. Dans la mesure où on leur dit pas dans deux jours quoi. (rire) Et c'est ça, ils vont se tourner vers nous dans la mesure où ça va être euh plus facile de venir chez son kiné que d'aller chez
175 son médecin généraliste ou d'aller aux urgences. »

C : « Je vois, oui. »

MK : « Hein, autrement il y a pas de raisons spécialement de venir pour ça chez nous. Si en plus, il y a : ah bah oui si vous avez ça, on peut s'occuper de vous autrement non. Euh c'est peut-être aussi un petit peu plus compliqué, ça ça doit passer quand même par une
180 information. Euh faut bien informer les gens pour leur dire dans quelles circonstances euh ils peuvent aller chez le kiné en accès direct ou pas. »

C : « D'accord, oui. Dans votre pratique actuelle, quels paramètres de prise en charge pourraient être modifiés lors d'une séance en première intention par rapport à une séance avec ordonnance ? »

185 MK : « Et bah c'est ça les paramètres, on en revient toujours à la même chose hein, les paramètres c'est les drapeaux rouges. Que je ne, moi si j'ai des gens qui arrivent avec une prescription « entorse de cheville stade 1, 2 ». Bah oui, je sais que c'est une entorse de cheville stade 1, 2 à priori ce tri-là, il a déjà été fait donc à priori il y a pas de, je suis pas forcément censé refaire euh le bilan de l'urgentiste. Moi, je vais faire un bilan de la douleur, de la capacité
190 fonctionnelle, des mobilités tout ça mais pis un bilan psycho-social. Mais sur les antécédents aussi. Mais pas forcément reprendre euh ce qui normalement a été fait et à priori bien fait par la personne qui, qui me l'a adressé. »

C : « Hm, ok, je vois. Et donc dans le cadre de ce protocole, vous formerez un binôme avec le médecin généraliste. Pouvez-vous m'expliquer comment les relations interprofessionnelles
195 pourraient-être évoluées ? »

MK : « Ah ! Alors ça on dépasse même le cadre de l'accès direct, hein. C'est, c'est un problème de communication, ça c'est vraiment un truc qu'on sait pas faire chez nous. Parce que euh... parce qu'on nous a peut-être pas appris. Les spécialistes, les médecins entre eux ils communiquent hein. Ils savent faire, je veux dire un spé, il reçoit pas un patient sans faire un courrier au médecin généraliste, jamais. Il fait toujours un courrier et un compte rendu de ce qu'il a fait et de ce qu'il s'est passé. Et nous, fin moi je le fais parce que j'ai la chance de travailler euh en équipe, donc moi je le fais petit à petit, c'est devenu une habitude. Mais le problème, c'est ça c'est qu'on ne sait pas communiquer sur ce qu'on fait. Pis on s'en remet un peu au patient qui va dire plus ou moins justement, plus ou moins de bonne fois ce qui s'est passé dans le cabinet du kiné ou pas. Ou il va rien dire, on sait pas. Mais le courrier, c'est quand même quelque chose d'essentiel. Soit on bosse en MSP comme moi, pis dans ces cas-là, on remplit le dossier médical partagé parce que nous on en a un. Soit euh bah euh le patient quand il va chez son prescripteur, il doit être, il doit avoir un courrier de notre part. »

C : « D'accord. Et pensez-vous que le partage d'informations pourrait-il être modifié avec ce système d'accès direct ? »

MK : « Bah t'façon le partage d'informations, il doit être total, voilà. C'est... Je veux dire on est tous soumis au secret professionnel donc euh le partage d'informations doit être complet. Voilà, on doit pas faire de rétention d'informations dans un sens comme dans l'autre. A partir du moment où on a pas de, comment dirais-je euh (réfléchit) on a pas de refus explicite du patient. Normalement, euh dans notre MSP ça marche comme ça hein, c'est comme pour les... c'est-à-dire que les gens quand ils viennent pour la première fois se faire soigner chez nous. Euh on les informe que leur dossier médical sera partagé avec les autres professionnels de santé. Si euh ils ne disent rien, c'est qu'à priori, ils sont d'accord. Si ils sont pas d'accord et bah ils le mettent par écrit. On a jamais eu de refus hein. »

C : « Hm, d'accord. Donc j'en ai terminé avec les trois thèmes que je souhaitais aborder avec vous. Avez-vous quelque chose à ajouter pour conclure cet entretien ? »

MK : « Bah moi je trouve ça plutôt, fin je veux dire l'accès direct pourquoi pas hein. Le problème c'est que euh on a pas forcément la mentalité, ni l'organisation. Fin ça va nous amener à changer beaucoup de choses hein. Alors en ville, je sais pas euh, je sais pas comment ça se passe dans les cabinets de ville mais euh ça va pas être forcément évident de pouvoir accueillir des patients le jour-même. Voilà, c'est c'est juste ça qui me fait un peu tiquer. Voilà. »

C : « D'accord. Je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. »

L'ACCÈS DIRECT POUR L'ENTORSE DE CHEVILLE : Points de vue de masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Introduction : L'accès direct, autorisé en France depuis septembre 2019 par Mme Buzyn est un sujet récent qui est au cœur de nombreuses discussions. Depuis l'arrêté du 6 mars 2020, les masseurs-kinésithérapeutes (MK) peuvent prendre en charge l'entorse de cheville en accès direct. De nombreux bénéfices sont énoncés dans la littérature étrangère. Toutefois, nous pouvons nous demander quel est le point de vue des MK libéraux français à ce sujet ainsi que l'implication de ceux-ci.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une démarche qualitative, à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de sept MK libéraux, exclusivement du Grand Est. Lors de l'échange, nous avons rassemblé leur point de vue sur les bénéfices et les risques d'un tel système, puis nous nous sommes intéressées au bilan de l'entorse de cheville et nous avons fini sur la place qu'occupent les MK et leur implication dans l'accès direct.

Résultats : Peu de MK connaissent l'intégralité des modalités de mise en place, cela implique que la majorité des MK (4/7) ne se sent pas prête à adopter ce système. Concernant l'entorse de cheville, tous les MK réalisent un bilan similaire aux recommandations de la HAS. Toutefois, certaines notions spécifiques à l'accès direct semblent méconnues, c'est pourquoi la formation prévue semble être la bienvenue. De nombreuses modifications dans leur pratique actuelle semblent préoccuper les MK.

Discussion : A l'heure actuelle, nous n'avons aucuns retours des MK français sur ce système. Nous avons constaté que les bénéfices et les risques évoqués par les MK sont similaires à la littérature étrangère. Les MK sont sensibles à l'amélioration du parcours de soin du patient et à la revalorisation de leur profession.

Conclusion : Le manque d'informations des thérapeutes, des médecins et des patients semble être un frein majeur à la mise en place de ce système. Il faudra attendre quelque temps pour obtenir un recul suffisant sur cet accès direct.

Mots clés : Accès direct - Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK) - Entorse de cheville – Masseur-Kinésithérapeute (MK)

DIRECT ACCESS FOR ANKLE SPRAIN : Views of private physiotherapists.

Introduction : Direct access is a very recent topic. Indeed, it was authorised in France in September 2019 by Mrs Buzyn and is new at the heart of many discussions. Since the decree of the 6th March 2020, physiotherapists (PTs) can manage ankle sprains in direct access. Many benefits are listed in the foreign literature. However, we can ask wonder about the point of view of the French liberal PTs on this subject as well as their involvement.

Material and method : We conducted a qualitative approach, using semi-directive interviews with seven private PTs, exclusively from the Grand Est. During the exchange, we gathered their views on the benefits and risks of such a system, then we looked at the assessment of ankle sprains and we finished with the place of the PT and their involvement in direct access.

Results : Few PTs know the full details of the implementation process, which implies that the majority of PTs (4/7) do not feel ready to adopt this system. Concerning ankle sprains, all the PT carried out an assessment similar to the HAS recommendations. However, some notions specific to direct access seem to be unfamiliar, which is why the planned training appears to be welcome. Many changes in their current practice seem to seem to worry PTs.

Discussion : At the time of writing, we have no feedback from French PTs on this system. We found that the benefits and risks mentioned by PTs are similar to the foreign literature. PTs are sensitive to the improvement of the patient's care pathway and to the revaluation of their profession.

Conclusion : The lack of information from physiotherapists, doctors and patients seems to be a major issue in the implementation of this system. It will be necessary to wait some time to obtain sufficient hindsight on this direct access.

Keywords : Direct access – Physiotherapy diagnosis assesment – Ankle sprain - Physiotherapist