



## 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](mailto: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](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 EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**L'ACCÈS DIRECT À LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE  
EN FRANCE :  
ENQUÊTE AUPRÈS DES MASSEURS-  
KINÉSITHÉRAPEUTES DU GRAND EST**

**Sous la direction de M. CLÉMENT Thomas**

Mémoire présenté par **Alexis GRASMUCK**,  
étudiant en 4<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie,  
en vue de valider l'UE 28  
dans le cadre de la formation initiale du  
Diplôme d'État de Masso-Kinésithérapie

Promotion 2016-2020



UE 28 - MÉMOIRE  
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), GRASMUCK Alexis.....

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 01/05/2020.....

Signature

## Remerciements

Ce mémoire de fin d'étude a été réalisé dans le cadre de l'UE 28, en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Masséur-Kinésithérapeute. Avant de commencer sa présentation, il m'était impossible de ne pas évoquer ceux sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour. Ainsi, je tenais à remercier l'ensemble des personnes ayant rendu ce travail possible.

Tout d'abord, j'exprime ma profonde gratitude envers mon directeur de mémoire, M. CLÉMENT Thomas, masséur-kinésithérapeute, docteur en science de la vie et de la santé, et enseignant à l'ILFMK de Nancy, pour ses précieux conseils, son intérêt envers le sujet et tout le temps qu'il y a consacré.

Je souhaite ensuite remercier M. CORDIER Jean-Pierre, enseignant référent ILFMK pour son accompagnement durant ces quatre années de formation, ainsi que l'ensemble du corps enseignant de l'ILFMK de Nancy pour ses enseignements et pour la transmission de tous les outils nécessaires à la réussite de ces études et de ce mémoire.

Je remercie également ma famille, et tous ceux ayant impacté de près ou de loin ma vie et la réussite de mes études.

Je tiens à remercier tout spécialement mes parents, pour leur amour et leur soutien inestimable durant ces années d'études, et sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

Je voudrais également remercier Manon, pour sa confiance, son amour et son soutien.

Enfin, je remercie tout particulièrement mon cercle d'amis, amis qui se reconnaîtront et qui ont contribué à la réussite de ces études tout en les rendant inoubliables, et qui ont toujours été là pour moi.

## L'ACCÈS DIRECT À LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE EN FRANCE : ENQUÊTE AUPRÈS DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES DU GRAND EST

**Introduction :** L'accès direct à la masso-kinésithérapie permet aux patients de se rendre directement chez le masseur-kinésithérapeute (MK) sans nécessité d'une prescription médicale. Aujourd'hui une réalité en France, il permet aux patients souffrant d'une entorse de cheville ou d'une lombalgie aiguë, inférieure à quatre semaines, de se rendre directement chez un MK exerçant au sein d'une structure pluri-professionnelle.

**Matériel et méthode :** Un questionnaire électronique a été envoyé aux MK salariés et libéraux de la région Grand Est par voie électronique à la suite d'un entretien téléphonique préalable. Les questionnaires ont été distribués entre le 22 octobre 2019 et le 6 janvier 2020.

**Résultats :** 478 MK ont répondu à l'enquête (7,35 % de la population totale). 60,04 % des thérapeutes interrogés sont favorables à l'accès direct et à sa mise en place, les hommes significativement plus que les femmes et les libéraux significativement plus que les salariés. Seuls 57,53 % des répondants déclarent que les MK possèdent les compétences nécessaires à l'accès direct, indiquant être insuffisamment formés sur les examens complémentaires d'imagerie (69,46 %), l'aspect législatif (66,32 %), et le diagnostic différentiel (46,23 %). 93,48 % des répondants estiment que l'expérience est indispensable et 31,38 % seulement pensent qu'un MK tout juste diplômé peut prendre en charge des patients en accès direct. 82,43 % pensent que les MK peuvent prétendre à l'accès direct, 74,90 % s'estiment personnellement capable de le faire.

**Discussion et conclusion :** Les réponses à cette enquête s'avèrent en corrélation avec les données de la littérature. L'accès direct semble permettre de réduire les coûts, de prodiguer de meilleurs soins sans nuire à la sécurité. S'il ne semble présenter que des avantages, il ne fait pas l'unanimité. Les répondants semblent globalement favorables à sa mise en place mais semblent aussi rester dans leur champ de compétences et demandent une formation supplémentaire. Cependant, seul un faible nombre de MK est concerné par l'accès direct. Sa mise en place nécessite de se développer afin de répondre à ses objectifs : améliorer l'offre de soin et réduire les coûts de santé.

**Mots clés :** accès direct, compétences, enquête, masso-kinésithérapie

---

## DIRECT ACCESS TO PHYSIOTHERAPY IN FRANCE: SURVEY AMONGST PHYSIOTHERAPISTS IN THE "GRAND EST" REGION

**Introduction:** Direct access to physiotherapy allows patients to directly consult a physiotherapist (PT) without any medical prescription needed. It's now becoming a reality in France for patients who have been suffering from ankle sprain or acute low back pain for less than four weeks. These patients can go directly to a PT exercising in a multi-professional structure.

**Methods:** Following a preliminary phone interview, an electronic questionnaire was sent by email to salaried and independent PTs from the "Grand Est" region. The survey was open between October 22<sup>nd</sup>, 2019 to January 6<sup>th</sup>, 2020.

**Results:** A total of 478 PTs responded to the survey (7.35 % of total population). 60.04 % were in favor of direct access and its implementation, men significantly more than women and independents significantly more than employees. Only 57.53 % of respondents stated that physiotherapists have the necessary qualifications for direct access, reporting insufficient training courses in medical imaging tests (69.46 %), legislation (66.32 %), and differential diagnosis (46.23 %). 93.48 % of respondents believed that experience is essential and only 31.38 % thought a newly graduated PT could take care of patients in a direct access system. 82.43 % thought PTs are qualified for direct access, 74.90 % believed they are able to do so personally.

**Discussion and conclusion:** The answers to this survey seem to match the existing literature on the subject. Direct access appears to reduce health costs, to provide better care without compromising safety. Although it seems to only have advantages, it may not be universally acclaimed. If respondents seem to be generally in favor of its implementation, they also seem to be limited to their field of expertise and ask for additional training. However, only a small number of PTs are concerned by direct access. Its implementation needs to further develop in order to meet its objectives: to improve treatment dissemination and reduce health costs.

**Keywords:** direct access, self-referral, qualifications, survey, physiotherapy

# Sommaire

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. La profession de masseur-kinésithérapeute .....</b>	<b>1</b>
1.1.1. Les grandes dates de la profession .....	1
1.1.2. La loi de modernisation de notre système de santé.....	2
<b>1.2. La réingénierie .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3. L'accès direct .....</b>	<b>4</b>
1.3.1. A l'échelle mondiale .....	4
1.3.2. A l'échelle nationale .....	5
<b>1.4. Problématique.....</b>	<b>6</b>
<b>2. MATÉRIEL ET MÉTHODE .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1. Élaboration du questionnaire .....</b>	<b>8</b>
2.1.1. Généralités (questions 1 à 18).....	8
2.1.2. L'accès direct (questions 19 à 29).....	8
2.1.3. Communication interprofessionnelle et DMP (questions 30 à 34) .....	9
2.1.4. Formation initiale et continue (questions 35 à 39).....	9
2.1.5. Questions de conclusion (questions 40 et 41).....	9
<b>2.2. Phase de pré-test du questionnaire .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3. Établissement de la population.....</b>	<b>10</b>
2.3.1. Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux .....	10
2.3.2. Les masseurs kinésithérapeutes salariés .....	12
<b>2.4. Méthode d'analyse statistique .....</b>	<b>13</b>
<b>2.5. Stratégie de recherche documentaire.....</b>	<b>14</b>
<b>3. RÉSULTATS.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1. Présentation du panel de répondants.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2. L'accès direct .....</b>	<b>19</b>
3.2.1. Connaissances et avis sur l'accès direct.....	19
3.2.2. Champs d'application et domaines d'intervention.....	19
3.2.3. Compétences masso-kinésithérapiques.....	20
3.2.4. Modalités de l'accès direct.....	23
<b>3.3. Le Dossier Médical Partagé .....</b>	<b>26</b>
<b>3.4. La formation initiale et continue en masso-kinésithérapie .....</b>	<b>27</b>
3.4.1. La formation initiale.....	27
3.4.2. La formation continue .....	28
3.4.3. La formation spécifique accès direct .....	28
<b>3.5. Ressenti général .....</b>	<b>29</b>

3.5.1. La profession de masseur-kinésithérapeute et le soin en première intention.....	29
3.5.2. Compétence personnelle .....	30
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>31</b>
<b>4.1. Les biais .....</b>	<b>31</b>
4.1.1. Le biais de représentativité .....	31
4.1.2. Le biais méthodologique.....	31
4.1.3. Le biais de communication .....	32
4.1.4. Le biais de formulation .....	32
4.1.5. Le biais de désirabilité sociale .....	33
<b>4.2. Amélioration du questionnaire.....</b>	<b>34</b>
<b>4.3. Les masseurs-kinésithérapeutes et l'accès direct.....</b>	<b>34</b>
4.3.1. Opinion et connaissance du sujet.....	34
4.3.2. Les compétences .....	35
4.3.3. La notion de lieu .....	37
4.3.4. La variable temps .....	37
4.3.5. Sécurité et risques associés .....	38
4.3.6. Aspect financier .....	39
4.3.7. Le patient comme acteur de sa prise en charge.....	40
<b>4.4. La formation de masseur-kinésithérapeute.....</b>	<b>40</b>
<b>4.5. Le Dossier Médical Partagé .....</b>	<b>42</b>
<b>4.6. Les masseurs-kinésithérapeutes au cœur de l'évolution du système de soin .....</b>	<b>43</b>
4.6.1. Une évolution logique .....	43
4.6.2. Les perspectives pour la masso-kinésithérapie .....	45
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>47</b>

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

## Table des illustrations

Figure 1 : Diagrammes de flux des MK salariés (à gauche) et des MK libéraux (à droite) .....	15
Figure 2 : Graphique présentant la tranche d'âge des répondants et de la population réelle....	16
Figure 3 : Graphique présentant la répartition des MKDEGE répondants selon leur département d'exercice .....	17
Figure 4 : Graphique représentant le type d'activité des MKDEGE interrogés .....	18
Figure 5 : Graphique présentant les compétences nécessaires à l'accès direct en fonction du genre et du type d'exercice .....	21
Figure 6 : Graphique présentant les compétences manquantes à l'accès direct en fonction du genre et du type d'exercice .....	22
Figure 7 : Graphique présentant la capacité des MK à pouvoir prétendre à l'accès direct .....	29
Figure 8 : Graphique présentant la capacité personnelle des répondants à pouvoir prétendre à l'accès direct .....	30
Figure 9 : Carte de la répartition de l'accès direct dans le monde .....	ANNEXE I
Figure 8 : Formule utilisée pour le calcul de l'échantillon .....	ANNEXE IV
Figure 11 : Graphique présentant les raisons de non-utilisation du DMP en fonction du genre .....	ANNEXE VIII
Figure 12 : Graphique présentant les raisons de non-utilisation du DMP en fonction du type d'activité .....	ANNEXE VIII

## Tables des tableaux

Tableau I : Détails des populations recueillies et théoriques .....	11
Tableau II : Détails des établissements de santé recueillis .....	13
Tableau III : Résultats de la recherche documentaire .....	14
Tableau IV : Caractéristiques des MKDE exerçant dans le Grand Est .....	ANNEXE VII



## Liste des abréviations

MK : masseur-kinésithérapeute

PT : physiothérapeute

BDK : Bilan Diagnostique Kinésithérapique

PACES : Première Année Commune des Études de Santé

IFMK : Institut de Formation en masso-kinésithérapie

ECTS : European Credits Transfert System

DE : diplôme d'État

WCPT : World Confederation for Physical Therapy

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ARS : Agence Régionale de Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

MKDE : masseur-kinésithérapeute diplômé d'État

MKDEGE : masseur-kinésithérapeute diplômé d'État du Grand Est

CDOMK : Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

CROMK : Conseil Régional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

ESP : Équipe de Soins Primaires

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

ALD : Affection de Longue Durée

EBP : Evidence Based Practice

DU : Diplôme Universitaire

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. La profession de masseur-kinésithérapeute

#### 1.1.1. Les grandes dates de la profession

La profession de masseur-kinésithérapeute (MK), officiellement créée le 30 avril 1946, est le fruit d'une longue période de changements et de modifications dans les pratiques de santé. Ces transformations, réellement engagées à partir du XIX<sup>e</sup> siècle, ont permis d'aboutir, en France, aux professions de gymnaste médical en 1943 et de masseur médical en 1944 (1). Les besoins en rééducation ont pris tristement un essor au sortir des deux guerres mondiales à l'origine de nombreux blessés de guerre. C'est alors que les bienfaits de la rééducation et du mouvement, ont rendu indissociables le massage et la gymnastique médicale (2, 3). Il en découlera alors une fusion de ces deux disciplines le 30 avril 1946 sous l'appellation de masseur-kinésithérapeute (4, 5).

La profession s'est alors définie comme « *ART. 1 - Réserve faite des dérogations prévues à l'article 5, nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire, pratiquer le massage et la gymnastique médicale s'il n'est français et muni du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute institué par l'article 2 de la présente loi. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale* » (4).

Dès sa création, la profession a connu de grandes évolutions qui se sont accentuées depuis la fin des années 1990. Parmi celles-ci, en 1996, le thérapeute s'est vu autorisé de choisir lui-même les actes et techniques à mettre en place au cours d'une rééducation. Cette avancée majeure dans l'indépendance du MK est liée sans nul doute à l'introduction du Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK) dans sa pratique clinique, permettant d'établir le projet thérapeutique adéquat au problème clinique et aux attentes du patient. Le rôle du thérapeute s'élargit et s'inclue dans les domaines de la prévention, de l'éducation du patient et du dépistage. La mise en place d'un droit de prescription en 2002, explicité en 2006, est une nouvelle étape dans la responsabilisation du MK, celle-ci s'accompagnant alors d'une obligation à participer à la formation continue, rentrant dans le cadre du développement professionnel continu selon la loi 2004-906 datant du 9 août 2004 (5-9). Cette année est également marquée par la création de

l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, 58 ans après la naissance de la profession. Cependant, il a fallu attendre 2006 pour le voir réellement se former suite à la publication du décret d'application au Journal Officiel le 9 mars (9, 10).

Afin de s'adapter à ces changements, une réforme majeure de la formation initiale de MK a été mise en place par l'arrêté du 2 septembre 2015, suivie de près par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 (5-8). Cette avancée majeure met en avant la volonté de la profession de s'affranchir d'une pratique trop technicienne vers une pratique réfléchie, basée sur les preuves scientifiques et cliniques, en plaçant le patient lui-même, au cœur de sa rééducation.

Ainsi après l'introduction d'une troisième année de formation en 1969, cet arrêté de 2015 modifie indéniablement la formation initiale en lui ajoutant une quatrième année et entérine le lien entre l'institut de formation MK et l'université : « *Art. 2. – La formation conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute dure quatre années. Elle est précédée d'une année universitaire validée conformément aux dispositions du décret 2015-1110 du 2 septembre 2015 susvisé* » (8).

#### 1.1.2. La loi de modernisation de notre système de santé

Plus récemment, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 redéfinit la profession de MK et se place, elle aussi, dans le sens de l'expansion de la profession. Désormais, « *La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1) des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2) des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles. Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche* ». Bien que ces notions étaient déjà présentes, notamment dans les articles R.4321-1 et R.4321-2 du Code de la Santé Publique, cette loi permet d'inscrire ces missions dans les textes de lois. De plus, les termes de « massage et gymnastique médicale » sont remplacés par « *actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin* » (5).

Cette loi instaure également une certaine indépendance de la profession dans son exercice, car désormais, « *le masseur-kinésithérapeute exerce en toute indépendance et pleine responsabilité, conformément au code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21* ». Toujours dans le sens de l'autonomisation de l'exercice masso-kinésithérapique, l'article L.4321-1 précise également que le MK peut, en cas de nécessité, renouveler une prescription médicale datant de moins d'un an, sous certaines conditions fixées par décret, et sans avis contraire du médecin (5).

Aussi, cette nouvelle loi ouvre la porte à l'accès direct à la masso-kinésithérapie car, dès à présent, « *en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie.* », comme précisé dans l'article L.4321-1. Reste alors à définir ce qu'est une urgence (5).

## 1.2. La réingénierie

Le remaniement du dispositif en 2015 instaure une formation initiale comptabilisant cinq années. Celles-ci se décomposent jusqu'alors par une année de concours au travers de la Première Année Commune des Études de Santé (PACES) à laquelle s'ajoutent quatre années en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK). En septembre 2020, la PACES cessera et sera remplacée au profit d'une première année de Licence Santé permettant de sélectionner des étudiants d'horizons et de qualifications variées. Cette première année universitaire, qui sera reconnue et permettra l'attribution de 60 ECTS (European Credits Transfert System), pourrait permettre à la profession d'être reconnue au niveau de Master (11). Les modalités de formation et de compétences ont incontestablement évolué, amenant la profession vers de nouvelles attributions et surtout vers une autonomie dans son exercice. Le texte de la réingénierie des études de masso-kinésithérapie explicite les modalités et aptitudes à posséder en vue de l'obtention du diplôme d'État et se place d'ores et déjà dans le sens de l'évolution de la profession et de son exercice (8).

Cette évolution dans la profession demande désormais au MK de réaliser, à travers un BDK, une évaluation du patient et de sa pathologie de manière plus approfondie et de relever les contre-indications. Plus que jamais, les volontés du patient, sa motivation et l'ensemble de

son contexte bio-psycho-social sont à prendre en considération, permettant alors de définir des objectifs thérapeutiques communs. La pratique du MK nécessite de s'adapter régulièrement en fonction des avancées de la rééducation et des attentes du patient. De plus, le MK doit s'inscrire dans une démarche pluridisciplinaire, en collaboration avec les autres acteurs de santé afin de garantir une prise en charge optimale. Ce décret permet également au MK de s'inscrire et de participer aux actes de prévention, d'éducation thérapeutique et de dépistage, dont sa sensibilisation débute lors de sa formation initiale par la participation des étudiants au Service Sanitaire mis en place par le gouvernement d'Édouard Philippe en septembre 2018 (8, 12).

Enfin, il est désormais indispensable pour le MK de réévaluer régulièrement ses pratiques professionnelles et surtout, de mettre à jour ses connaissances et sa pratique en formation continue (5, 8, 9). Une obligation triennale de formation s'impose au MK en exercice (5, 13).

### 1.3. L'accès direct

L'accès direct à la masso-kinésithérapie se définit comme la possibilité pour un patient en demande de soin de se référer directement à un MK, sans nécessité d'avoir recours à une consultation médicale, le patient pouvant consulter le MK sans prescription médicale (14).

#### 1.3.1. A l'échelle mondiale

L'accès direct est déjà présent dans plus de quarante pays dans le monde, avec des modalités différentes (15-17). En 2018, la World Confederation for Physical Therapy (WCPT), militant pour faire valoir les droits de la profession, a réalisé un référencement des pays disposant de l'accès direct (ANNEXE I) (15-17). A l'étranger, ce terme d'accès direct, ou « *direct access* » est synonyme de « *self-referral* », autrement dit, d'auto-référencement, se plaçant alors du point de vue du patient qui est amené à procéder à la démarche de consultation d'un physiothérapeute (PT) en première intention (18, 19).

De nombreuses études menées dans les états ayant opté pour l'accès direct montrent des avantages indiscutables quant à sa mise en place : une diminution des frais de santé, une diminution de la charge de travail des médecins généralistes et une diminution des délais de

prise en charge (15-20). En plus de ces avantages décrits, le parcours de soin du patient semble facilité, plus intuitif, augmentant alors la satisfaction de ce dernier (14, 21-24).

Cependant, la mise en place de l'accès direct a fait ressortir diverses craintes, notamment explicitées par ses détracteurs. En effet, deux arguments sont récurrents, à savoir un manque de compétences des PT quant aux diagnostics différentiels et une augmentation du volume de soin pour ces derniers (20, 25). Cependant, il est également montré que le nombre de séances par patient a tendance à diminuer, et qu'il n'y a pas plus de risques pour le patient d'avoir recours au PT en première intention (14, 18, 22, 25).

### 1.3.2. A l'échelle nationale

En France, l'accès direct est déjà mis en place dans le cadre de l'urgence depuis 2016 (5). Cependant, cet acte de soin reste non-remboursé et une prescription médicale est nécessaire pour poursuivre la prise en charge. En septembre 2019, Mme le docteur Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé en fonction, a annoncé la mise en place de protocoles de coopération permettant un accès direct aux MK pour la lombalgie aiguë et l'entorse de cheville, dans le but de soulager et de diminuer la crise des urgences. Ce projet se place au sein de la mesure clé n° 4 du « Pacte de refondation des urgences », inscrit dans la Loi de santé de 2019 (26, 27).

Ce pacte prévoit la mise en place d'un accès aux soins et la création de « Communautés Professionnelles Territoriales de Santé » (CPTS), cela dans le but de « *valoriser l'intervention des différents professionnels de santé autour des patients pour tirer le meilleur parti de tous les acteurs présents en dehors de l'hôpital* » (26).

Annoncé pour la fin de l'année 2019, un accès direct limité a finalement vu le jour en France le 8 mars 2020. Concrétisé par deux arrêtés parus au Journal Officiel, l'accès direct est désormais possible dans le cadre de protocole de coopération pour l'entorse de cheville et la lombalgie aiguë inférieure à quatre semaines. Cet accès direct, réservé aux thérapeutes exerçant en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ou en centre de santé, est donc une réalité, sous réserve des démarches à effectuer auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) (28-30).

Cette mise en place de l'accès direct nécessite alors une importante synchronisation dans les soins, avec information et interaction avec les différents acteurs de santé intervenant auprès du patient. Se pose alors le problème de la communication interprofessionnelle pouvant être altérée du fait de l'absence de prescription. Toujours dans le sens de l'évolution des pratiques et de l'autonomie de la profession, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a permis d'ouvrir le Dossier Médical Partagé (DMP) aux MK en 2018, jusque-là uniquement réservé aux médecins sous l'appellation de « dossier médical personnel ». Nous pouvons alors envisager le DMP comme moyen de communication avec les différents acteurs de santé, moyen pouvant estomper les craintes d'altération de la communication interprofessionnelle en cas de mise en place de l'accès direct (5, 31-33).

#### 1.4. Problématique

L'accès direct à la masso-kinésithérapie est donc bel et bien présent dans de nombreux pays et tout porte à croire que la France a les capacités de se tourner vers ce modèle. Ses nombreux avantages étant prouvés à plusieurs reprises, ce changement apparaît comme une suite logique dans un pays qui semble en avoir besoin.

La profession de MK a fortement évolué au cours de son histoire, avec de grandes révolutions, toutes allant dans le sens de l'autonomie et de l'indépendance de la profession. Malgré quelques freins évoqués, les avantages de la mise en place de l'accès direct semblent irréfutables. Aussi, il permettrait à la France de s'inscrire dans une démarche internationale de développement de la santé, suivant le courant des pays l'ayant déjà adopté. Ainsi, si ces avantages sont clairement explicités et qu'il est soutenu par l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, il est alors question de savoir ce qu'en pensent les principaux concernés, à savoir les MK en exercice (34-36).

En envoyant un questionnaire informatif aux MK libéraux et salariés de la région Grand Est, nous avons cherché à les interroger sur leurs ressentis par rapport à la mise en place de l'accès direct en France. Nous avons alors cherché à savoir : « Quelles positions occupent les MK de la région Grand Est vis-à-vis de l'accès direct ? Dans quelles mesures l'accès au soin en première intention pour les MK est-il envisageable ? Quels sont les éléments manquants au

MK pour pouvoir prétendre à exercer cette fonction ? Quelles sont les différences de pensée en fonction des caractéristiques personnelles et du type d'exercice ? »

Les hypothèses de départ sont que les MK sont globalement favorables à la mise en place de l'accès direct en France et se sentent capable d'y prétendre, que leurs opinions confirment les avantages identifiés dans les différentes études, mais qu'il manque de nombreux éléments aux MK afin de garantir une mise en place optimale.

Les données recueillies ont permis de connaître l'opinion des MK de la région Grand Est quant à l'accès au soin en première intention, de relever les points importants de sa mise en place, de mieux identifier les différents facteurs présents ou absents qui permettraient ou non son application, et enfin de mettre en lumière la vision qu'ont les répondants à propos de l'évolution de leur profession.

Nous commencerons tout d'abord par évoquer la méthode ayant permis de recueillir les informations ainsi que l'élaboration du questionnaire, diffusé après échantillonnage des MK de la région Grand Est. Puis, nous présenterons les résultats de l'étude en identifiant et en comparant les caractéristiques de la population interrogée. Enfin, la discussion permettra de mettre en relief ces derniers et de répondre à la problématique initiale.



## 2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 2.1. Élaboration du questionnaire

Dans le but d'interroger la population cible, à savoir les MK exerçant dans la région Grand Est, nous avons élaboré un questionnaire que nous avons diffusé *via* le logiciel Google Formulaire® (ANNEXE II). Cette méthode permettait une diffusion facile par voie électronique. L'ensemble du questionnaire a été réalisé en suivant la méthode des « cinq P » : Pertinence, Parcimonie, Plagiat, Pré-test et Présentation (37).

#### 2.1.1. Généralités (questions 1 à 18)

Nous avons choisi de débiter l'étude par des questions ouvertes et fermées permettant de définir l'individu interrogé : sexe, âge, année d'obtention du diplôme, type d'exercice, lieu d'exercice, etc. De plus, il nous semblait intéressant d'interroger la population à propos des formations complémentaires réalisées et de l'implication de la personne dans une instance masso-kinésithérapique (CDOMK, CNOMK, IFMK, etc.) ou dans une association ou société savante. Les informations recueillies nous ont permis, dans un premier temps, de comparer la démographie des répondants à la démographie réelle des MK exerçant dans la région Grand Est et, dans un second temps, de dégager les différents points de vue concernant l'accès direct en fonction des caractéristiques de chacun.

#### 2.1.2. L'accès direct (questions 19 à 29)

Nous avons ensuite formulé des questions portant sur l'accès direct et les discussions actuelles à son sujet. Après avoir réalisé une recherche bibliographique ainsi qu'une revue de presse spécialisée, nous avons interrogé la population sur les aspects de sa mise en place. Nous avons abordé les trois principales craintes relevées dans la littérature, à savoir la mise en cause de la sécurité du patient et du thérapeute, la possible hausse de l'auto-prescription et l'altération de la communication interprofessionnelle allant de pair avec la diminution du rôle des médecins. Ce dernier point a été développé de manière approfondie dans la partie suivante.

De plus, les répondants ont été interrogés sur les modalités de mise en place de cet accès direct. Ces questions ont été formulées de manière à ce que les réponses soient binaires pour la quasi-totalité d'entre elles et ainsi, diminuer le temps de réponse et faciliter le remplissage du questionnaire afin de limiter au maximum le risque d'abandon de réponse.

#### 2.1.3. Communication interprofessionnelle et DMP (questions 30 à 34)

Nous avons choisi d'aborder plus en profondeur la partie concernant la communication interprofessionnelle. En effet, étant un des freins principaux à la mise en place de l'accès direct, nous avons pris le parti de développer cet aspect et de se baser sur l'hypothèse de l'utilisation du DMP en tant que moyen existant pour répondre à cette crainte exprimée. En effet, partant de l'hypothèse énoncée ci-dessus, nous avons souhaité savoir quelle proportion des MK connaissait le DMP. Ensuite, nous souhaitions connaître la façon dont la population utilise ou non le DMP dans les conditions d'exercice de terrain. Ces questions ont permis de quantifier l'utilisation de ce dernier. Dans le cas de non-utilisation, une liste proposant les différentes causes possibles était proposée afin de pouvoir connaître les raisons de cette non-utilisation et de proposer des améliorations possibles.

#### 2.1.4. Formation initiale et continue (questions 35 à 39)

L'avant-dernière section de l'étude concernait la formation initiale et continue de MK. Nous avons souhaité interroger les participants sur ces dernières et connaître leurs opinions concernant l'accession aux compétences indispensables à l'accès direct. Le but de cette partie était de déterminer si, selon les répondants, la formation initiale permettrait à elle seule de former des MK aptes à faire face à l'accès direct. Dans le cas contraire, nous cherchions à déterminer les conditions selon lesquelles les MK pourraient y accéder.

#### 2.1.5. Questions de conclusion (questions 40 et 41)

La dernière partie de l'étude comportait deux questions faisant office de conclusion générale au questionnaire et portaient sur le point de vue des répondants. Nous avons souhaité

savoir si globalement les MK peuvent prétendre à l'accès direct et si les répondants s'estiment personnellement capables de prendre en charge un patient en première intention.

## 2.2. Phase de pré-test du questionnaire

Les pré-tests du questionnaire ont été réalisés sur dix étudiants MK de l'IFMK de Nancy, dans le but de connaître le temps moyen de réponse, la fonctionnalité du questionnaire et les remarques éventuelles concernant ce dernier. Les dix étudiants ont répondu au questionnaire en suivant un profil général qui leur était fourni par nos soins. Quatre profils ont été établis (ANNEXE III). Nous avons choisi de ne pas influencer les réponses des étudiants testeurs mais plutôt de leur fournir un profil général, les obligeant à lire la totalité et à réfléchir aux réponses. Le temps moyen de réponse était de 6 minutes et 50 secondes, temps pouvant être légèrement plus court chez les répondants du fait du non-besoin de suivre un profil.

Ces pré-tests nous ont permis de comprendre qu'il fallait créer des sections supplémentaires dans le questionnaire et de renvoyer à une section en fonction des réponses à la précédente, rendant le parcours plus aisé. De plus, nous avons amélioré certains intitulés de questions et de réponses parfois mal interprétés.

## 2.3. Établissement de la population

### 2.3.1. Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

#### 2.3.1.1. Recueil des données

Selon les dernières données du CROMK, la population en mai 2018 était de 5 459 thérapeutes pour la région Grand Est (38). Afin d'établir la population cible de masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la région Grand Est, nous avons utilisé les Pages Jaunes®. Nous avons effectué une recherche par département dont l'équation de recherche était « masseur-kinésithérapeute diplômé d'état ». Au total, nous avons trouvé 5 855 résultats au 1<sup>er</sup> septembre 2019. Les noms, prénoms et numéros de téléphone ont été recensés dans un tableur (Microsoft Office Excel®) qui permettait l'analyse de ces données. Après traitement de ces résultats et suppression des doublons, nous avons obtenus un résultat final de 5 084 thérapeutes pour lesquels les trois données évoquées ci-dessus étaient disponibles (tab. I).

Tableau I : Détails des populations recueillies et théoriques

	<i>Données Pages Jaunes</i> ®	<i>Effectif réel</i>	<i>Après tri</i>
<i>Ardennes</i>	314	254	250
<i>Aube</i>	278	267	240
<i>Haute-Marne</i>	110	106	95
<i>Marne</i>	546	488	478
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	724	672	634
<i>Meuse</i>	121	122	113
<i>Moselle</i>	933	874	837
<i>Bas-Rhin</i>	1 801	1 695	1 535
<i>Haut-Rhin</i>	707	699	633
<i>Vosges</i>	321	282	269
<b>TOTAL</b>	<b>5 855</b>	<b>5 459</b>	<b>5 084</b>

#### 2.3.1.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient au nombre de trois. Le premier était que les MK devaient exercer en secteur libéral dans le Grand Est. Le second était qu'ils devaient être en exercice au moment de la réponse au questionnaire. Le troisième était qu'ils devaient être inscrits aux Pages Jaunes®, et que leur nom, prénom et numéro de téléphone soient accessibles, c'est-à-dire, qu'ils soient joignables. Ont donc été non-inclus les thérapeutes ne répondant pas à ces critères.

#### 2.3.1.3. Échantillonnage

Nous avons pour objectif d'interroger les MK libéraux de la région Grand Est. En prenant en compte la population totale, une marge d'erreur standard de 5 % et un intervalle de confiance standard de 95 %, nous avons obtenu un nombre de réponses cible de 359. Ce calcul a été réalisé à l'aide de l'outil en ligne Survey Monkey® (ANNEXE IV) (39). Pour ce faire, un tri aléatoire a été réalisé sur les données recueillies à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel®. Afin que ce tri soit réalisé avec le nombre réel de thérapeutes exerçant dans le Grand Est (cf. Tableau I), 375 personnes fictives ont été ajoutées dans la population. Le tri aléatoire a donc été réalisé sur la population totale de masseurs-kinésithérapeutes du Grand Est (MKDEGE).

Dans le cas où ce tri incluait une de ces personnes fictives, elles ont été non-inclues car elles ne correspondaient pas aux critères d'inclusion sus-décrits.

#### 2.3.1.4. Diffusion du questionnaire

Nous avons contacté par téléphone les thérapeutes tirés au sort à l'aide du logiciel. L'appel consistait à nous présenter, décrire brièvement notre étude et leur demander s'ils souhaitaient y répondre. En cas de réponse positive, ils s'engageaient à répondre à l'étude et nous communiquaient leur adresse de messagerie électronique afin que nous puissions leur transmettre le questionnaire (ANNEXE V). En cas de refus, un nouveau tri aléatoire était réalisé parmi les personnes restantes jusqu'à obtention du nombre de réponses positives souhaitées. Nous avons procédé à trois relances, après lesquelles le sujet était exclu de l'étude. Le questionnaire leur a ensuite été transmis par voie électronique. Il est à noter que les courriels recueillis n'ont pas été utilisés à d'autres fins que l'envoi du questionnaire. Les questionnaires ont été distribués entre le 22 octobre 2019 et le 6 janvier 2020.

### 2.3.2. Les masseurs kinésithérapeutes salariés

#### 2.3.2.1. Recueil des données

Nous avons d'abord réalisé un recueil de l'ensemble des établissements de santé de la région Grand Est. Pour ce faire, nous avons utilisé l'Annuaire Sanitaire et Social®. Nous avons divisé notre recherche en quatre catégories : « hôpitaux », « cliniques », « soins de suite et réadaptation » et « centre de rééducation ». Nous obtenons un total de 208 établissements (tab. II). Le nom, leur localisation et le numéro de téléphone ont été également entrés dans le logiciel tableur Excel®. Par ailleurs, les cliniques ayant recours à des MK libéraux ont été exclues pour supprimer tout risque de doublon.

Tableau II : Détails des établissements de santé recueillis

Département	Établissements					TOTAL
	Avant tri				Après tri	
	Hôpital	Clinique	Soins de suite et réadaptation	Centre de rééducation	TOTAL	
<i>Ardennes</i>	3	1	4	2	10	<b>8</b>
<i>Aube</i>	6	4	3	2	15	<b>13</b>
<i>Haute-Marne</i>	6	2	0	0	8	<b>8</b>
<i>Marne</i>	12	7	1	1	21	<b>20</b>
<i>Meurthe-et-Moselle</i>	14	7	14	14	49	<b>31</b>
<i>Meuse</i>	5	1	2	2	10	<b>7</b>
<i>Moselle</i>	20	9	16	13	58	<b>36</b>
<i>Bas-Rhin</i>	14	10	1	1	26	<b>25</b>
<i>Haut-Rhin</i>	26	9	15	14	64	<b>40</b>
<i>Vosges</i>	11	2	9	8	30	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>	117	52	65	57	291	<b>208</b>

#### 2.3.2.2. Diffusion du questionnaire

Nous avons choisi de contacter par téléphone tous les établissements listés. Une estimation préalable du nombre de répondants était impossible à réaliser car nous ne disposions pas de cette information. Nous avons donc choisi de contacter les cadres MK et rééducateurs des structures, soit directement quand leur numéro était disponible, soit en passant par l'accueil de l'établissement. Comme énoncé précédemment, nous nous sommes présentés, avons décrit l'étude et demandé s'ils acceptaient et étaient en mesure de la diffuser à l'équipe de MK de la structure (ANNEXE VI). Une nouvelle fois, les questionnaires ont été distribués entre le 22 octobre 2019 et le 6 janvier 2020.

#### 2.4. Méthode d'analyse statistique

Les données du questionnaire Google Form® ont été recueillies puis analysées et traitées à l'aide du logiciel Microsoft Excel®. Les valeurs qualitatives ont été comparées entre elles à l'aide du test exact de Fisher. Les variables qualitatives ont été étudiées à l'aide du test de normalité de Shapiro-Wilk.

## 2.5. Stratégie de recherche documentaire

Pour notre recherche documentaire, nous avons utilisé les bases de données de littérature blanche suivantes : Medline, Science Direct, Cochrane Library, PEDro, KinéDOC et Kiné Actualités. D'autres sources de littérature grise ont été ajoutées afin de pouvoir étoffer chaque partie. Il s'agissait de mémoires d'étudiant MK mais aussi de presse et revues professionnelles. Ces recherches ont permis de dégager 723 résultats et 35 résultats ont été retenus dans le but d'alimenter notre étude (tab. III).

Tableau III : Résultats de la recherche documentaire

	Base de données	Équation de recherche	Nombre de résultats	Articles retenus
<b>Littérature scientifique</b>	<i>Medline</i>	((physiotherapy) <b>OR</b> (physiotherapist))	48	10
	<i>Science Direct</i>	<b>AND</b> ((direct access) <b>OR</b> (self referral))	127	5
	<i>CochraneLibrary</i>		213	3
	<i>PEDro</i>		« direct access » ; « self-referral »	77
	<i>KinéDOC</i>	« accès direct »	63	9
<b>Presse professionnelle</b>	<i>Kiné Actualités</i>	« accès direct »	195	6

### 3. RÉSULTATS

#### 3.1. Présentation du panel de répondants

Pour cette étude, 478 MKDEGE ont répondu au questionnaire entre le 22 octobre 2019 et le 6 janvier 2020, soit 7,35 % de la population totale (fig. 1) (38). Parmi ces répondants, nous retrouvons 364 thérapeutes libéraux, 106 thérapeutes salariés, et 8 thérapeutes ayant une activité mixte. Les hommes représentent 42,68 % (n = 204) des répondants, les femmes 57,32 % (n = 274). En ce qui concerne l'âge, les tranches les plus représentées sont les 30-39 ans et les 20-29 ans avec respectivement 38,28 % (n = 183) et 21,13 % (n = 101), ce qui correspond aux tranches les plus importantes de la population totale réelle (fig. 2) (ANNEXE VII) (38).

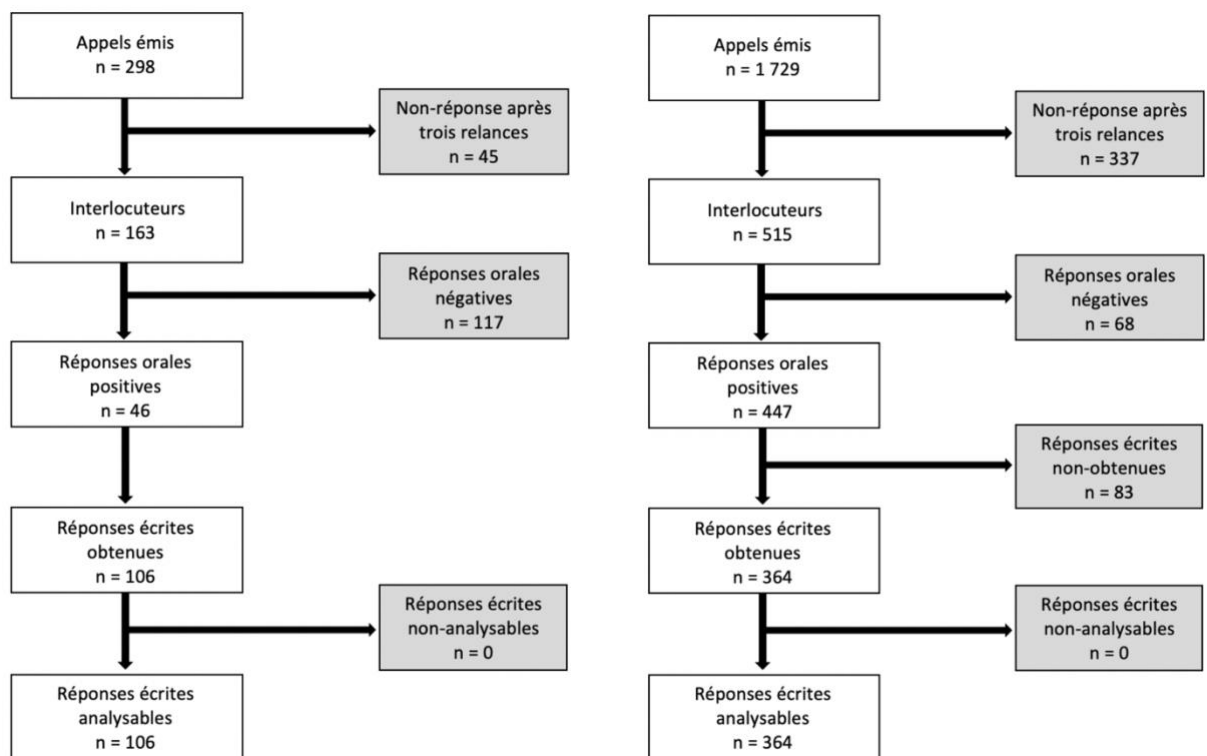


Figure 1 : Diagrammes de flux des MK salariés (à gauche) et des MK libéraux (à droite)



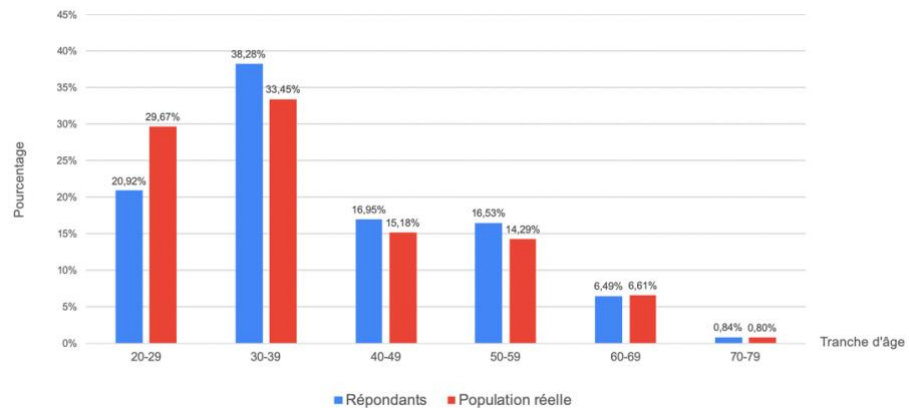


Figure 2 : Graphique présentant la tranche d'âge des répondants et de la population réelle

L'âge moyen des répondants est de 40 ans. Les femmes semblent plus jeunes que les hommes, avec une moyenne d'âge de 38 ans pour ces dernières et de 42 ans pour leurs homologues masculins. Les MKDEGE libéraux sont un an plus âgés que les salariés, avec une moyenne d'âge respective de 40 et 39 ans. Quant à eux, les thérapeutes exerçant une activité mixte ont en moyenne 48 ans.

Concernant le pays d'obtention du diplôme, la France occupe la première position avec 66,32 % (n = 317) des répondants, suivie par la Belgique et l'Allemagne représentant respectivement 19,25 % (n = 92) et 12,34 % (n = 59) des répondants. L'Espagne, l'Italie, la Pologne, le Portugal, la Roumanie et la Suisse représentent ensemble 2,09 % des répondants (n = 10).

Au sujet de la représentation territoriale, les départements du Bas-Rhin, de Moselle et de Meurthe-et-Moselle sont les plus représentés avec respectivement 27,2 % (n = 128), 17,6 % (n = 82) et 16,7 % (n = 80) des répondants, correspondant aux chiffres annoncés par le CROMK (ANNEXE VII) (38). Suivent ensuite les départements du Haut-Rhin, de la Marne, des Vosges, de l'Aube, des Ardennes, de la Meuse et de la Haute-Marne (fig. 3). Concernant la taille de leur localité d'exercice, la répartition montre une proportion plus importante pour les petites villes (entre 2 000 et 20 000 habitants) avec 49,4 % des répondants, suivi des grandes villes (31,2 %) puis des villages (19,4 %).

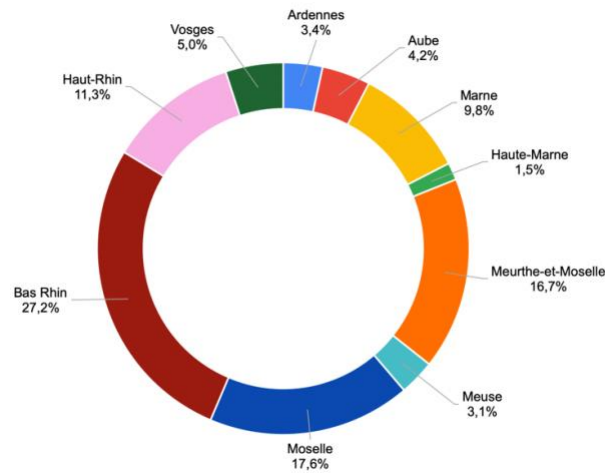


Figure 3 : Graphique présentant la répartition des MKDEGE répondants selon leur département d'exercice

En moyenne, les répondants ont obtenu leur D.E. en 2003. Les femmes ayant répondu à l'étude ont été diplômées plus récemment que les hommes : en moyenne, elles ont obtenu leur diplôme en 2005 et les hommes, en 2001, différence statistiquement significative ( $p < 0,01$ ). La distribution de cette population ne suit pas une loi normale (valeur du test de Shapiro-Wilk  $W = 0,9151$  ;  $p = 9,833 \cdot 10^{-16}$ ). Cette année est identique entre les salariés et les libéraux, à savoir 2003. Les répondant ayant déclaré avoir une activité mixte ont, quant à eux, obtenu leur diplôme bien avant, en 1993.

Les MKDEGE exerçant en libéral représentent 76,15 % ( $n = 364$ ) des répondants. En ce qui concerne leur type d'exercice, 63,74 % ( $n = 232$ ) exercent dans un cabinet de groupe, 25,55 % ( $n = 93$ ) dans un cabinet individuel, 9,62 % ( $n = 35$ ) en MSP et 1,10 % ( $n = 4$ ) exercent uniquement au domicile des patients (fig. 4).

Les salariés, représentent quant à eux 22,18 % ( $n = 106$ ) des répondants. Cinquante pourcents d'entre eux ( $n = 53$ ) exercent en hôpital. Arrivent ensuite, par ordre décroissant, les centres de rééducation, les soins de suite et de réadaptation et les cliniques, représentés respectivement par 33,02 % ( $n = 35$ ), 16,04 % ( $n = 17$ ) et 0,94 % ( $n = 1$ ) des répondants (fig. 4).

En ce qui concerne les thérapeutes ayant une activité mixte, à savoir 1,68 % (n = 8) (fig. 4) :

- Pour leur activité libérale : 50 % (n = 4) exercent en cabinet de groupe, 50 % en cabinet individuel.
- Pour leur activité salariale : 37,5 % (n = 3) d'entre eux exercent en SSR, 25 % (n = 2) en hôpital, proportion identique pour les cliniques, et enfin 12,5 % (n = 1) exercent en centre de rééducation.
- Leur temps de travail est à prédominance libérale pour sept d'entre eux et réparti équitablement pour le dernier.

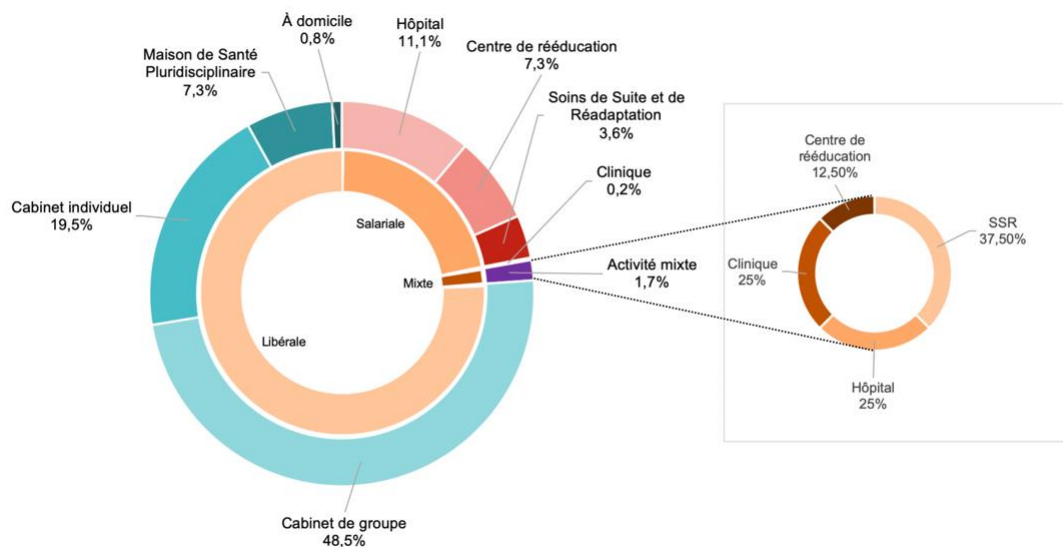


Figure 4 : Graphique représentant le type d'activité des MKDEGE interrogés

Seulement 5,02 % des répondants sont actifs au niveau des instances ou des sociétés savantes, soit 24 thérapeutes. Parmi eux, 79,17 % (n = 19) exercent en milieu libéral, 20,83 % (n = 5) en milieu salarié. Parmi les 372 MKDEGE libéraux interrogés pouvant y accéder, seule une faible proportion fait partie d'une ESP ou d'une CPTS, à savoir respectivement 2,96 % (n = 11) et 2,15 % (n = 8), dont un répondant faisant parti des deux organisations.

Environ la moitié des répondants, soit 47,07 % (n = 225), a réalisé au moins trois formations au cours des trois dernières années. Puis, 27,20 % (n = 130) des thérapeutes déclarent en avoir fait deux, 19,87 % (n = 95) une formation, et enfin, 5,86 % (n = 28) déclarent n'avoir fait aucune formation au cours des trois dernières années.

### 3.2. L'accès direct

#### 3.2.1. Connaissances et avis sur l'accès direct

Parmi les 478 thérapeutes interrogés, 62,34 % (n = 298) sont informés des discussions actuelles en France concernant l'accès direct à la masso-kinésithérapie. *A contrario*, 37,66 % (n = 180) de MKDEGE en sont ignorants. Il n'existe pas de différence entre les hommes et les femmes. Les libéraux sont cependant en moyenne plus informés que les salariés, à savoir 63,19 % contre 59,43 % ( $p > 0,1$ ). Les thérapeutes sont majoritairement favorables à l'accès direct, avec 60,04 % (n = 287) déclarant être pour. Cependant, 16,11 % (n = 77) sont contre et 23,85 % (n = 114) ne se prononcent pas. Les hommes sont en moyenne plus favorables à ce potentiel nouveau système que les femmes (différence de + 14,98 % ;  $p < 0,05$ ). Les thérapeutes salariés sont moins favorables à sa mise en place que les libéraux, avec 52,83 % de réponses favorables contre 62,36 % ( $p < 0,01$ ). Dans ces deux populations, environ un quart renseigne un avis neutre. La moitié seulement des répondants exerçant les deux types d'activité y est favorable.

Concernant le projet de loi évoqué, à savoir une mise en place de l'accès direct à la masso-kinésithérapie dans le cadre de l'urgence et sous protocole de coopération pour l'entorse de cheville et la lombalgie aiguë, 68,62 % (n = 328) déclarent être favorables à ce projet, 16,74 % (n = 80) est contres et 14,64 % (n = 70) ne se prononcent pas. Les hommes sont plus favorables à cette proposition que les femmes, avec respectivement 76,47 % et 62,77 % de réponses positives ( $p < 0,01$ ). De plus, les hommes ne sont que 11,27 % à ne pas se prononcer contre 17,15 % pour les femmes. Les libéraux sont plus favorables à ce projet que les salariés, à hauteur de 76,60 % contre 60,38 % ( $p < 0,01$ ). Les thérapeutes mixtes sont quant à eux favorables à ce projet à hauteur de 87,5 %.

#### 3.2.2. Champs d'application et domaines d'intervention

Les pathologies potentiellement accessibles en accès direct, évoquées à l'heure actuelle, sont au nombre de deux. Cependant, parmi les répondants, globalement favorables à l'accès direct, 87,19 % (n = 347) souhaitent un élargissement de ce champ de pathologies contre 12,81 % (n = 51) qui ne le souhaitent pas. Les hommes semblent vouloir voir ce champ s'élargir

plus que les femmes, avec 91,62 % contre 83,56 % ( $p < 0,05$ ). Les libéraux sont également plus favorables à son élargissement que les salariés, avec respectivement 88,85 % et 79,22 % ( $p < 0,05$ ). Les thérapeutes mixtes sont quant à eux unanimes et souhaitent tous ce développement du champ des possibles. Même si un élargissement est souhaité, une grande majorité (79,90 % ;  $n = 318$ ) souhaite qu'il soit restreint à certains domaines uniquement. Seuls 20,10 % des interrogés ( $n = 80$ ) souhaitent une mise en place totale.

Pour ceux souhaitant qu'il soit restreint à certains domaines, la « petite traumatologie » (entorse de cheville, etc.) et les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont les champs d'intervention les plus souhaités, représentant respectivement 81,59 % ( $n = 257$ ) et 76,19 % ( $n = 240$ ) des choix. Arrivent ensuite le champ respiratoire et les ALD, souhaités par respectivement 33,97 % ( $n = 107$ ) et 24,13 % ( $n = 76$ ) des répondants. Ces domaines souhaités sont, en proportion, identiques entre hommes et femmes et entre salariés et libéraux. Deux répondants souhaitent intégrer la neurologie à ce champ des possibles, et un répondant évoque une mise en place de l'accès direct pour des pathologies sur lesquelles le MK serait spécifiquement formé, dépendant alors de chaque thérapeute.

### 3.2.3. Compétences masso-kinésithérapiques

#### 3.2.3.1. Compétences nécessaires

Certaines compétences sont alors indispensables en cas de mise en place de cet accès direct. Tout d'abord, 57,53 % ( $n = 275$ ) des répondants estiment que les MK disposent des compétences nécessaires à l'accès direct. Les thérapeutes masculins sont, en moyenne, plus nombreux à partager cet avis que leurs homologues féminines (différence de + 4,82 % ;  $p > 0,1$ ), tout comme les libéraux par rapport au MK salariés (différence de + 10,56 % ;  $p < 0,1$ ).

Parmi elles figurent en premières positions les connaissances en diagnostics différentiels (88,70 %), suivies des connaissances en signes cliniques et en examens complémentaires, représentées respectivement par 83,68 % et 67,99 % des choix. Arrivent ensuite la connaissance des drapeaux rouges ou *red flags* (58,16 %) et les connaissances en sémiologie (44,14 %).

Au sujet de ces compétences nécessaires, les hommes et les femmes semblent partager le même avis, avec des réponses similaires en proportion sauf pour ce qui est des connaissances en sémiologie que les hommes semblent juger plus importantes (différence de + 6,0 % ;  $p > 0,1$ ). En revanche, les MKEDEGE libéraux semblent considérer les signes cliniques et le diagnostic différentiel plus importants que leurs homologues salariés, avec des différences respectives de + 10,5 % ( $p < 0,05$ ) et + 5,2 % ( $p > 0,1$ ), mais la connaissance des *red flags* moins importante (différence de - 10,8 % ;  $p < 0,1$ ). Les thérapeutes exerçant la double activité choisissent en proportion les mêmes domaines, les pourcentages étant différents du fait de leur faible nombre (fig. 5).

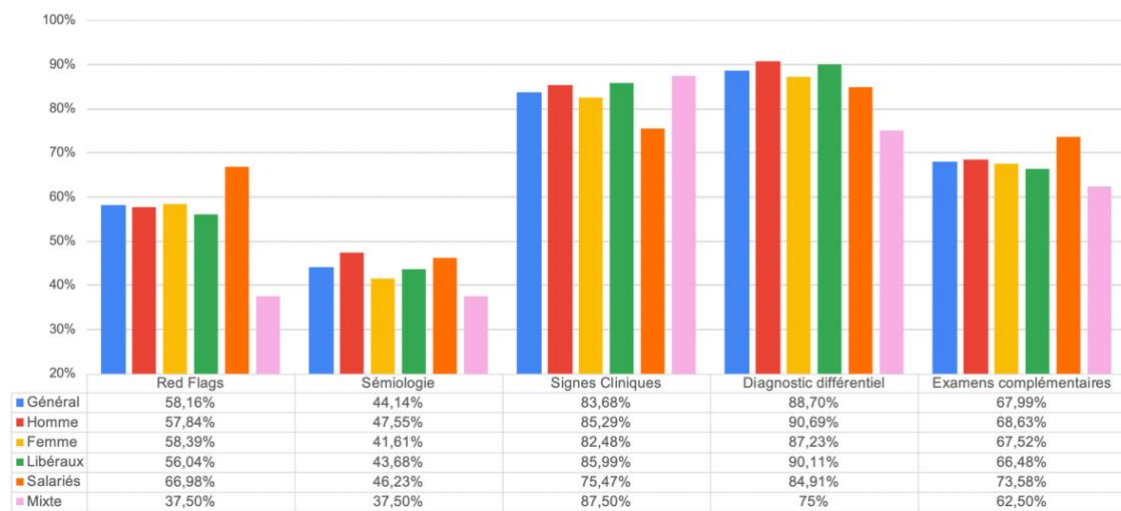


Figure 5 : Graphique présentant les compétences nécessaires à l'accès direct en fonction du genre et du type d'exercice

### 3.2.3.2. Compétences manquantes

L'obtention d'un accès direct impliquerait certaines compétences à rafraîchir voire acquérir. Il était donc nécessaire de les identifier. En premiers se placent les connaissances en examens d'imagerie médicale, les connaissances sur l'aspect législatif et le diagnostic différentiel, avec respectivement 69,46 %, 66,32 % et 46,23 % des choix. Arrivent ensuite les connaissances en sémiologie (34,73 %), en *red flags* (34,31 %), l'apprentissage par pronostic (33,47 %) et la connaissance des signes cliniques (25,11 %). Six thérapeutes (1,26 %) déclarent être insuffisamment formés dans aucuns domaines. Enfin, seize répondants évoquent d'autres thèmes, tels que les recommandations de bonnes pratiques, la pharmacologie et l'Evidence

Based Practice (EBP). Ces réponses sont globalement identiques entre hommes et femmes, hormis pour ce qui est des connaissances en signes cliniques, en examens complémentaires d'imagerie médicale et en diagnostic différentiel. En effet, les hommes déclarent être moins bien formés sur les signes cliniques que leurs collègues féminines (+ 9,22 % ;  $p < 0,05$ ), qui déclarent quant à elle être moins bien formées sur les examens complémentaires d'imagerie médicale (+ 7,43 % ;  $p < 0,1$ ) et le diagnostic différentiel (+ 4,55 % ;  $p > 0,1$ ) (fig. 6).

Entre les salariés et les libéraux, les différences sont plus importantes. S'ils sont en accord sur les thèmes de connaissances des *red flags*, de sémiologie et de la législation, les MKDEGE salariés déclarent être moins bien formés que leurs homologues libéraux sur :

- L'apprentissage par pronostic : différence de + 15,06 % ( $p < 0,01$ ) ;
- Le diagnostic différentiel : différence de + 14,97 % ( $p < 0,01$ ) ;
- Les examens complémentaires d'imagerie : différence de + 12,76 % ( $p < 0,05$ ) ;
- Les connaissances en signes cliniques : différence de + 7,78 % ( $p > 0,1$ ).

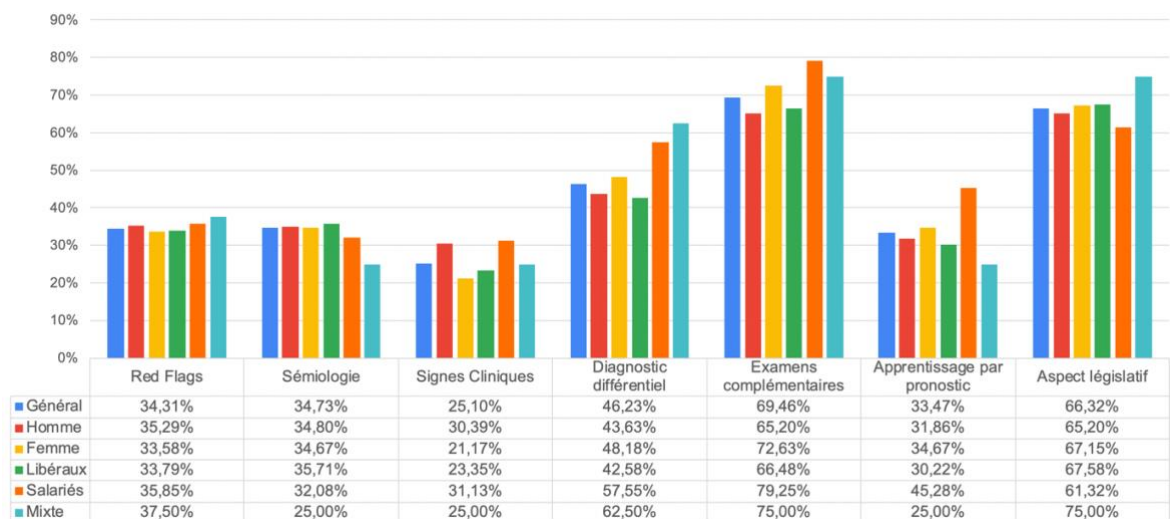


Figure 6 : Graphique présentant les compétences manquantes à l'accès direct en fonction du genre et du type d'exercice

### 3.2.4. Modalités de l'accès direct

L'accès direct à la masso-kinésithérapie impliquerait différentes mesures et modalités qui seront à considérer. Il implique de nombreux changements, notamment dues à l'absence de prescription d'un médecin, à la modification du parcours de soins, aux liens avec les autres professions de santé, etc.

#### 3.2.4.1. La variable temps

La consultation habituelle chez un médecin prescripteur serait mise de côté en cas d'accès direct. De par la nécessité d'un premier bilan certainement plus approfondi, se pose alors la question de la durée des séances, de leur nombre et du temps d'accès au soin. Parmi les répondants, 71,13 % (n = 340) pensent que la durée des séances ne serait pas augmentée, contre 28,87 % (n = 138) pensant le contraire. Les hommes sont, en moyenne, plus en faveur d'une durée inchangée que les femmes (différence de + 4,19 % ;  $p > 0,1$ ), tout comme les salariés par rapport aux libéraux (différence de + 1,76 % ;  $p > 0,1$ ).

En ce qui concerne le nombre de séances, 81,38 % (n = 389) pensent que les séances ne seraient pas plus nombreuses que dans le système actuel. Les hommes sont, en moyenne, plus nombreux à penser que ce nombre resterait identique que leurs homologues féminines (différence de + 3,41 % ;  $p > 0,1$ ). En revanche, 34,91 % des salariés pensent que ce nombre augmentera, contre seulement 13,45 % des MK libéraux ( $p < 0,01$ ). Cette proportion est encore plus élevée chez les thérapeutes mixtes, avec un nombre de séance augmenté pour 37,5 % d'entre eux.

Enfin, concernant le temps d'accès au soin, 62,13 % (n = 297) pensent que les patients accèderaient au soin plus rapidement. Les thérapeutes masculins sont plus nombreux que les femmes, en proportion, à penser que ce délai serait diminué (différence de + 10,47 % ;  $p < 0,05$ ), tout comme les salariés par rapport aux libéraux (différence de + 7,49 % ;  $p > 0,1$ ).



### 3.2.4.2. Sécurité des personnes

Si le MK exerce son art en pleine indépendance, une absence de prescription par un médecin peut nous induire à penser que la sécurité des personnes pourrait être impactée. Parmi les répondants, 72,18 % (n = 345) pensent que l'accès direct n'aurait pas d'impact négatif sur la sécurité du patient. Les thérapeutes masculins sont, en moyenne, plus nombreux à aller dans ce sens que les thérapeutes féminines (différence de + 15,19 % ;  $p < 0,01$ ). Il en est de même pour les libéraux par rapport aux salariés, avec une différence encore plus importante (différence de + 24,92 % ;  $p < 0,01$ ).

La sécurité du thérapeute peut elle aussi être impactée en cas de mise en place de l'accès direct. En moyenne, 42,26 % (n = 202) des MKDEGE répondants pensent que la sécurité du thérapeute serait impactée. Concernant ce point, les avis sont beaucoup plus divergents entre les populations. En effet, les hommes sont en moyenne 29,90 % à aller dans ce sens contre 51,46 % pour les thérapeutes féminines (différence de - 21,56 % ;  $p < 0,01$ ). Cet avis est identique pour 39,01 % des libéraux contre 52,83 % des salariés (différence de - 13,82 % ;  $p < 0,05$ ).

### 3.2.4.3. Coûts et aspects financiers

La mise en place de l'accès direct aurait pour conséquence de supprimer certains intermédiaires, tout en donnant plus de responsabilités au MK. Parmi les répondants, 76,15 % (n = 364) pensent que les coûts de prise en charge totaux seraient diminués. Cet avis est en moyenne plus partagé par les hommes que par les femmes (différence de + 5,69 % ;  $p > 0,1$ ), tout comme par les libéraux, avec une différence de + 14,97 % ( $p < 0,01$ ) par rapport à leurs homologues salariés.

Concernant les prescriptions médicamenteuses, 79,08 % (n = 378) des répondants pensent qu'une mise en place de l'accès direct diminuerait leur taux de prescription. En moyenne, les hommes sont plus nombreux que les femmes à partager cette opinion (différence de + 4,00 % ;  $p > 0,1$ ), tout comme les thérapeutes libéraux par rapport aux salariés (différence de + 15,71 % ;  $p < 0,01$ ).

Sans prescription, le MK serait alors responsable du nombre de séances réalisées, nous interrogeant alors sur un potentiel risque de hausse de l'auto-prescription. Ils sont 42,47 % (n = 203) à penser que l'accès direct induirait cette hausse. Il n'existe qu'une faible différence de pensée entre hommes et femmes. En revanche, 50,94 % des salariés vont en ce sens, contre 39,84 % des thérapeutes libéraux (différence de + 11,11 % ;  $p < 0,05$ ).

#### 3.2.4.4. Satisfaction des patients

En supprimant certains intermédiaires, se pose alors la question de la satisfaction du patient, allant de pair avec un parcours de soin pouvant sembler plus intuitif. Parmi les répondants, 76,57 % (n = 366) semblent penser que la satisfaction du patient se verrait augmentée. Une nouvelle fois, les hommes vont, en moyenne, plus dans ce sens que les femmes, tout comme les libéraux par rapport aux salariés, avec des différences respectives de + 7,53 % ( $p < 0,1$ ) et + 4,16 % ( $p > 0,1$ ).

Les MKDEGE pensent, pour 88,91 % (n = 425), que le parcours de soins du patient serait facilité. Pour ce critère, il existe une faible différence entre hommes et femmes (différence de + 2,24 %, non significative, en faveur des hommes). Néanmoins, une différence plus importante semble exister entre libéraux et salariés, correspondant à + 7,37 % ( $p < 0,1$ ) en faveur du premier groupe.

#### 3.2.4.5. Qualité de prise en charge

Toujours en partant du postulat que l'accès direct aurait pour conséquence de supprimer des intermédiaires, supposant alors que le temps d'accès à la masso-kinésithérapie serait diminué, nous pouvons alors nous demander si ce potentiel accès plus rapide au soin améliorerait la qualité de la prise en charge.

Parmi les répondants, 62,97 % (n = 301) pensent que la prise en charge serait de meilleure qualité. Les hommes partagent, en moyenne, plus cet avis que les femmes avec respectivement 74,02 % et 54,75 % (différence de 19,27 % ;  $p < 0,01$ ) de répondants en faveur de cette supposition. Enfin, des différences sont également présentes selon le type d'activité,

avec des thérapeutes libéraux partageant d'avantage cet avis que les salariés (différence de + 25,56 % ;  $p < 0,01$ ). Les thérapeutes mixtes sont quant à eux divisés, la moitié pensant que la prise en charge serait de meilleure qualité et l'autre non.

#### 3.2.4.6. Relations interprofessionnelles

En cas de mise en place, l'accès direct permettrait au patient de se rendre directement chez leur MK. Nous pouvons alors nous demander si le rôle des médecins et la communication interprofessionnelle pourraient être impactés. En ce qui concerne ce premier aspect, 65,48 % (n = 313) pensent qu'une mise en place de l'accès direct aurait un impact sur le rôle des médecins. Les différents groupes de répondants sont très homogènes quant à cette réponse, avec des pourcentages fortement similaires. Concernant la communication interprofessionnelle, 61,72 % (n = 295) semblent penser qu'elle serait impactée par ce nouveau système. Une nouvelle fois, l'avis des différents groupes est très similaire.

### 3.3. Le Dossier Médical Partagé

En cas de mise en place de l'accès direct, le MK interviendrait alors en première ligne de soin. Si une nécessité de communication avec les autres acteurs de santé intervenants auprès du patient était déjà présente, celle-ci serait alors plus que nécessaire. Nous pouvons alors envisager le DMP comme moyen de communication.

Parmi les répondants, 86,40 % (n = 413) connaît le DMP, soit 13,60 % (n = 65) ignorant l'existence de cet outil. À ce sujet, il n'existe pas de différence entre hommes et femmes, mais les libéraux sont, en moyenne, plus informés de son existence que les thérapeutes salariés (différence de + 4,62 % ;  $p > 0,1$ ). Seulement 14,04 % (n = 58) utilisent le DMP. Les thérapeutes féminines utilisent en moyenne légèrement plus cet outil que leurs homologues masculins (différence de + 1,56 %). En revanche, 28,41 % des salariés l'utilisent, contre seulement 10,35 % de libéraux ( $p < 0,01$ ). Aucun thérapeute mixte n'utilise le DMP.

Pour ceux n'utilisant pas cet outil, pourtant théoriquement accessible à tous les professionnels de santé, il est alors nécessaire de savoir pourquoi. Les raisons les plus citées sont la complexité d'accès au DMP, la complexité d'utilisation et la méconnaissance de son utilité

avec respectivement 49,57 %, 32,23 % et 26,36 %. Arrivent ensuite la restriction d'accès au contenu (21,78 %), l'absence d'utilité (11,75 %), le manque d'intérêt des thérapeutes (9,17 %) et une sécurité du dossier insuffisante (8,60 %). Une faible proportion de répondants évoque également le manque de temps (3,73 %), un dossier qui n'est pas rempli ou créé par le patient (2,87 %) et enfin le manque de sensibilisation et de formation à ce sujet (2,29 % chacun). Les raisons qui ressortent en premier sont les mêmes entre thérapeutes masculins et féminins. En revanche, il existe de plus grande différence en fonction du type d'activité (ANNEXE VIII).

Enfin, il est alors question de se demander si le DMP pourrait répondre aux craintes exprimées concernant une potentielle altération de la communication interprofessionnelle. Pour 65,12 % ( $n = 267$ ) des répondants, le DMP pourrait en effet répondre à ces craintes. Les hommes sont en moyenne plus pessimistes que les femmes sur ce sujet, avec une différence de  $- 12,29$  % ( $p < 0,05$ ), tout comme les libéraux par rapport à leurs homologues salariés, avec une différence de  $- 8,26$  % ( $p > 0,1$ ). Les thérapeutes mixtes sont quant à eux seulement 33,33 % à être de cet avis.

### 3.4. La formation initiale et continue en masso-kinésithérapie

#### 3.4.1. La formation initiale

Une mise en place de l'accès direct impliquerait de nombreux changements, avec de plus grandes responsabilités. En ce qui concerne la formation initiale, seulement 31,38 % ( $n = 150$ ) pensent qu'elle permet de fournir les compétences nécessaires à l'accès direct. Les hommes sont, en moyenne, d'avantage à partager cet avis par rapport aux femmes (différence de  $+ 10,25$  % ;  $p < 0,05$ ), tout comme les libéraux par rapport aux salariés (différence de  $+ 7,50$  % ;  $p > 0,1$ ). Concernant les thérapeutes mixtes, 37,50 % partagent cet avis.

Si la formation initiale permet, en théorie, de dispenser ces compétences, reste alors à savoir ce qu'il en est pour un jeune diplômé. Les MKDEGE ne sont que 26,15 % ( $n = 125$ ) à penser qu'un MK tout juste diplômé est capable de prendre en charge un patient en première intention. Une nouvelle fois, les hommes sont plus nombreux à partager cet avis que leurs homologues féminines (différence de  $+ 7,40$  % ;  $p < 0,05$ ), tout comme les libéraux par rapport

aux salariés (différence de + 10,37 % ;  $p < 0,05$ ). Les thérapeutes mixtes partagent cet avis à hauteur de 37,50 %.

#### 3.4.2. La formation continue

Ces résultats tendent globalement vers une formation initiale insuffisante pour prétendre à l'accès direct. Parmi les répondants, 93,48 % pensent alors que la formation continue et l'expérience de pratique sont nécessaires pour pouvoir prétendre à l'accès direct. Les hommes sont légèrement plus nombreux à partager cet avis que les femmes (différence de + 3,83 % ;  $p > 0,1$ ), tout comme les libéraux par rapport aux salariés (différence de + 1,91 % ;  $p > 0,1$ ). Les thérapeutes mixtes sont unanimes et tous partagent cet avis.

#### 3.4.3. La formation spécifique accès direct

En cas de mise en place de l'accès direct, il faudrait alors s'assurer de la capacité à pouvoir répondre à ce nouveau système. Les MKDEGE répondants sont 82,64 % ( $n = 395$ ) à penser qu'une formation supplémentaire est nécessaire. Les thérapeutes féminines sont plus nombreuses à être d'avis qu'une formation soit nécessaire que leurs homologues masculins, avec une différence de + 4,77 % ( $p > 0,1$ ), cette différence étant plus importante entre salariés et libéraux, avec une différence de + 11,56 % ( $p < 0,01$ ) en faveur du premier groupe.

Il est alors question de savoir comment cette formation devrait être mise en place. En première position, nous retrouvons un souhait d'une formation obligatoire post D.E., représentée par 47,97 % ( $n = 189$ ) des choix proposés. Arrivent ensuite le souhait d'une unité d'enseignement ajoutée en formation initiale, puis une formation facultative post D.E., avec respectivement 29,18 % ( $n = 115$ ) et 22,34 % ( $n = 88$ ). Six répondants soulignent d'autres possibilités, telles qu'une formation « spécifique accès direct » de type Diplôme Universitaire (D.U.) ou accès direct en fonction des spécialités du thérapeute. Les différents groupes ont globalement opté, en proportion, pour les mêmes choix.

### 3.5. Ressenti général

#### 3.5.1. La profession de masseur-kinésithérapeute et le soin en première intention

Après avoir évoqué et déterminé tous les éléments présents ou absents, il alors question de savoir si, globalement, les MK peuvent prétendre à l'accès direct. Parmi les répondants, 82,43 % (n = 394) pensent que les MK sont capables de prendre en charge un patient en première intention. Les hommes sont, en moyenne, plus nombreux à partager cet avis que les femmes, avec une différence de 5,86 % ( $p > 0,1$ ), tout comme les libéraux par rapport aux salariés, avec une différence plus importante de + 12,52 % ( $p < 0,01$ ) (fig. 7).

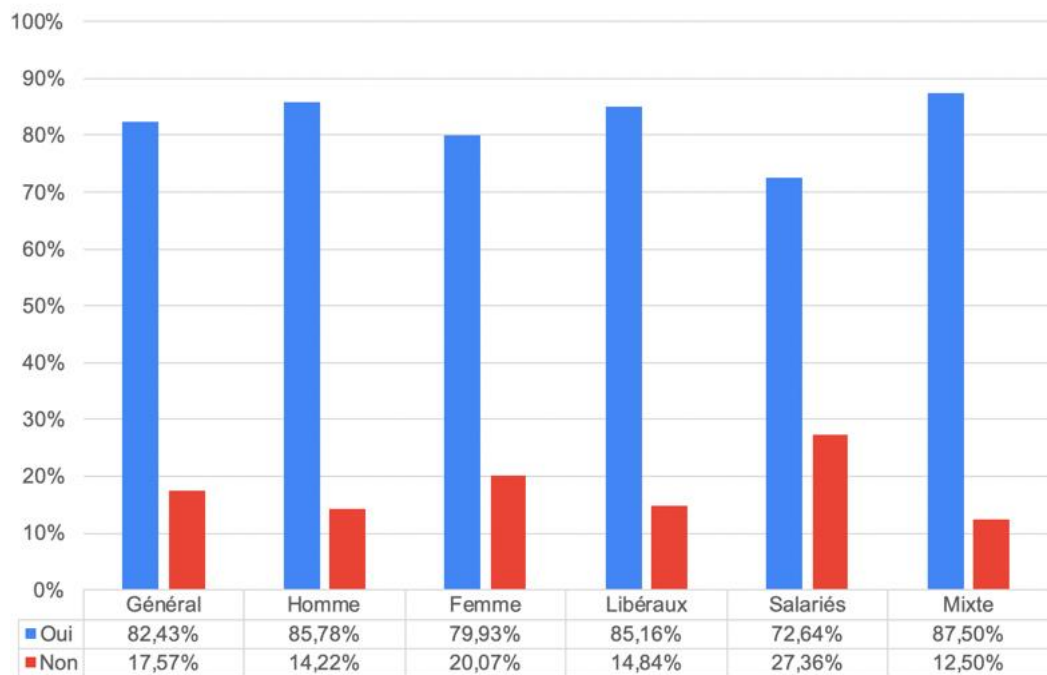


Figure 7 : Graphique présentant la capacité des MK à pouvoir prétendre à l'accès direct

### 3.5.2. Compétence personnelle

Si globalement les MK peuvent prétendre à l'accès direct, qu'en est-il sur le plan personnel ? Les répondants se sentent capables de prendre en charge un patient en première intention à hauteur de 74,90 % (n = 358). Une nouvelle fois, les hommes se sentent, en proportion, davantage capables d'accomplir cette tâche que leurs homologues féminines, avec une différence de + 20,71 % ( $p < 0,01$ ). Cette différence est encore plus importante entre salariés et libéraux. En effet, seulement 50,94 % des salariés se sentent capables de prétendre à l'accès direct, contre 81,60 % des libéraux, soit une différence de 30,65 % ( $p < 0,01$ ) (fig. 8).

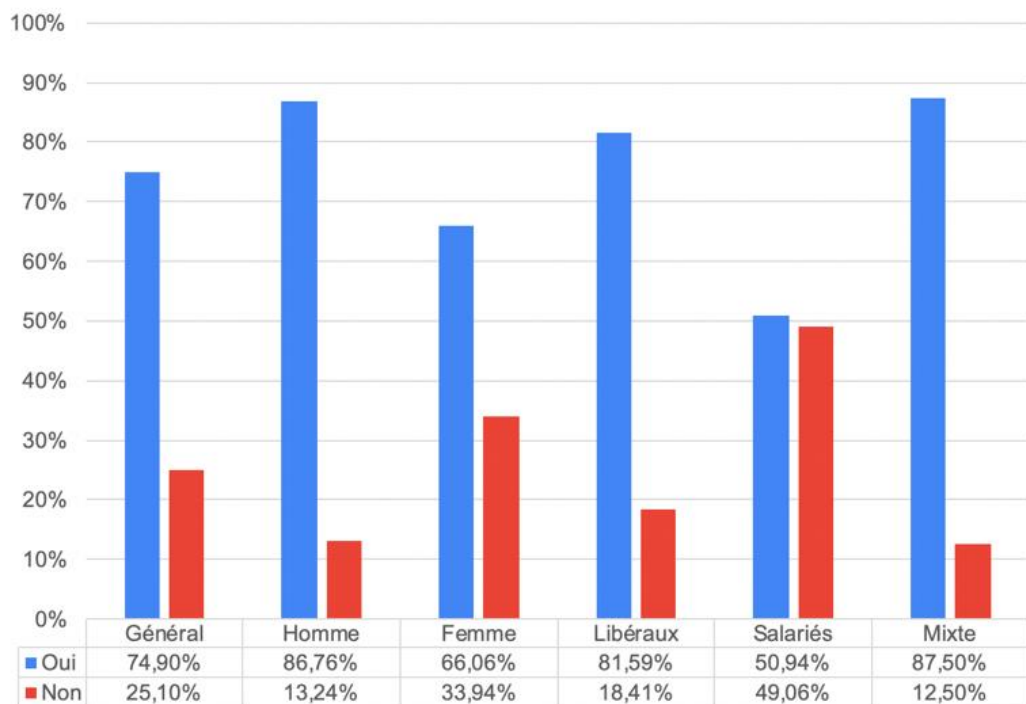


Figure 8 : Graphique présentant la capacité personnelle des répondants à pouvoir prétendre à l'accès direct

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Les biais

#### 4.1.1. Le biais de représentativité

Nous avons pu recueillir les réponses de 478 MK. Parmi eux, nous pouvons retrouver 364 thérapeutes libéraux, 106 thérapeutes salariés et 8 thérapeutes mixtes. Nous avons pour objectifs, en dehors d’appréhender l’avis des MKDEGE sur l’accès direct, d’établir les profils des différentes populations et de comparer les façons de penser entre ces deux groupes quant à la profession et à la capacité de cette dernière à pouvoir prétendre à l’accès direct. Pour cela, nous avons donc cherché à obtenir une certaine représentativité dans ces deux populations par rapport à la population générale des MKDEGE. Aussi, un nombre de répondants suffisant dans chaque groupe était recherché afin de pouvoir les comparer dans notre analyse. De ce fait, la population obtenue n’est pas si représentative de la population réelle des MKDEGE : les MK salariés sont plus représentés au sein des répondants qu’au sein de la population réelle (+ 6,14 % soit 22,18 % des répondants contre 16,04 % dans la population réelle).

En ce qui concerne les caractéristiques des répondants, malgré une représentativité modérée par rapport à la population réelle, certaines catégories sont sous-représentées (thérapeutes masculins, classe d’âge des 20-29 ans, diplômés d’Allemagne), d’autres, surreprésentées (thérapeutes féminines, classe d’âge des 30-39 ans, diplômés de France et de Belgique).

#### 4.1.2. Le biais méthodologique

Au sujet de la population établie, il a été nécessaire d’utiliser des bases de données telles que les Pages Jaunes® et l’Annuaire Sanitaire et Social® afin de recueillir les données nécessaires. Cependant, ces bases de données ne sont pas forcément à jour et exhaustives. Il est donc possible que des établissements de santé du Grand Est aient été omis et donc, non contactés. En ce qui concerne les MK libéraux, nous avons choisi d’ajouter un nombre important de personnes fictives afin que le tri aléatoire des MK à contacter soit réalisé avec un nombre  $n$  correspondant à l’ensemble de la population réelle des MKDEGE.



Nous avons fait le choix d'utiliser pour le questionnaire uniquement des questions à choix multiples afin de faciliter le remplissage de ce dernier, de le rendre plus intuitif et surtout de réduire fortement le temps nécessaire pour le compléter. Malgré une option « Autre » disponible pour ces questions, nous ne retrouvons que très peu de répondants ayant opté pour cette option et donc de ce fait, moins d'éléments identifiés, entraînant alors un potentiel biais d'omission et une perte de la spontanéité des réponses. Rechercher un temps de réponse courte pour le répondant a pu nous faire perdre en quantité et qualité d'informations. De plus, pour la question portant la formation supplémentaire, n° 39, « Comment pensez-vous qu'elle doit être mise en place ? » il aurait été préférable de pouvoir permettre aux répondants de cocher plusieurs possibilités, et non pas une seule, ce qui a pu les influencer dans leur stratégie de réponse.

#### 4.1.3. Le biais de communication

Les répondants potentiels ont donc été d'abord contactés par téléphone, soit directement dans le cas des MK libéraux, ou alors indirectement par le biais du cadre rééducateur dans le cas des salariés. Nous avons alors dû présenter l'étude sans trop en dire pour ne pas influencer les réponses au questionnaire. De ce fait, les objectifs de l'étude ainsi que ses modalités ont pu être mal compris par l'interlocuteur. En ce qui concerne les cadres salariés, la tâche était plus ardue car peu comprenait l'intérêt d'interroger des MK salariés sur un potentiel accès direct auquel ils n'auraient pas accès. Il a donc fallu en dire davantage sur l'étude, en expliquant qu'il s'agissait également d'un avis général sur le sujet et sur la profession.

#### 4.1.4. Le biais de formulation

Malgré la réalisation d'un pré-test, certains éléments du questionnaire ont tout de même pu porter à confusion, que ce soit dans les termes ou dans la formulation. En effet, un nombre non-négligeable de répondants ont déclaré ne pas être familier avec les termes de *red flags* et d'apprentissage par pronostic (questions 25 et 27) induisant forcément une variation des réponses et un biais d'interprétation. Les *red flags*, ou « drapeaux rouges », sont des facteurs de risques physiques, indicateurs d'affections sous-jacentes graves, conditionnant la non prise en charge du patient (40). L'apprentissage par pronostic désigne quant à lui le fait de

déterminer, à l'aide du BDK et du raisonnement clinique, les stratégies et les traitements appropriés en fonction des objectifs et du devenir du patient (41, 42). Nous retrouvons également une confusion notable dans les questions « Pensez-vous que l'obtention de l'accès direct aurait un impact sur le rôle des médecins ? » ou « Pensez-vous que l'obtention de l'accès direct aurait un impact sur la communication interprofessionnelle ? » (question 28 et 30). En effet, cet impact n'est pas qualifié de positif ou de négatif ce qui a pu induire un manque de compréhension de la question et de ce fait une analyse des réponses moins aisée.

#### 4.1.5. Le biais de désirabilité sociale

L'accès direct est, comme en témoigne cette étude, un sujet qui fait débat soulevant des avis divergents. Cet aspect a immédiatement été ressenti lors des appels émis, avec des répondants très enclins à répondre, mais aussi d'autres refusant de participer à l'étude car ils ne désirent pas l'accès direct à la masso-kinésithérapie. De ce fait, même si cela n'est pas une généralité, il est envisageable que pour cette étude, la proportion de thérapeutes le souhaitant soit supérieure à la proportion réelle. En ce qui concerne les thérapeutes salariés, au vu du nombre d'établissements contactés et du nombre de répondants, il est évident la volonté de répondre fut moins importante. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils ont été sollicités par un intermédiaire et non pas directement, mais surtout par le fait qu'ils seraient évidemment moins concernés par cet accès direct.

De plus, un autre aspect de cette désirabilité sociale réside dans le fait que les répondants ont pu vouloir donner une « bonne image » d'eux-mêmes (43). Ainsi, étant donné le nombre important de questions portant sur les capacités et les compétences personnelles, il se peut que certaines réponses ne reflètent pas une réalité exacte. Malgré le fait que le questionnaire soit anonyme, ce biais est à considérer du fait de l'entretien téléphonique préalable. En effet, beaucoup pensaient le contraire et nous demandaient confirmation lors de l'appel.

## 4.2. Amélioration du questionnaire

Pour ce questionnaire nous avons choisi d'utiliser une majorité de questions à réponses binaires afin de faciliter le remplissage et de diminuer le temps de réponses. Cependant, malgré que ce soit légèrement plus chronophage, il aurait été plus pertinent d'utiliser une échelle de Likert à cinq niveaux afin de limiter ces questions binaires trop fermées. Une échelle aurait permis d'apprécier certaines nuances dans les choix et de quantifier ces dernières, tout en ayant la possibilité d'exprimer une neutralité. De plus, une plus grande variabilité des choix de réponses aurait pu diminuer la tendance des répondants à glisser vers une attitude de réponse automatisée pour en finir plus rapidement avec le questionnaire.

Nous avons également choisi d'aborder l'accès direct dans sa globalité afin d'envisager sous quelles modalités les MK souhaiteraient qu'il soit mis en place. Cependant, malgré des réponses intéressantes, il aurait sûrement été pertinent de se focaliser plus sur les deux pathologies initialement annoncées (lombalgie aiguë et entorse de cheville). Cela aurait permis d'appréhender l'avis des thérapeutes sur ces dernières, leurs connaissances sur ces sujets et la pertinence du choix de ces deux pathologies. Nous aurions pu alors aborder des compétences de bilans et de traitement plus ciblées.

## 4.3. Les masseurs-kinésithérapeutes et l'accès direct

### 4.3.1. Opinion et connaissance du sujet

L'accès direct est un concept nouveau en France. Au cœur des discussions depuis de nombreuses années, il n'est devenu réalité que très récemment. Soixante-deux pourcents des répondants déclarent être informés des discussions actuelles portant sur l'accès direct. Autrement dit, un tiers ignore ce débat, ce qui représente une proportion très importante. Nous pouvons alors nous interroger sur la diffusion du communiqué de presse de madame le Ministre Agnès Buzyn ainsi que le relais fait par les instances, mais également sur la volonté de s'intéresser à l'actualité de la part des répondants. Cette annonce ne s'est faite que par une promesse lors d'un communiqué de presse afin de désengorger les urgences. Depuis le 8 mars 2020 et sa parution au Journal Officiel, il est important que l'ensemble des thérapeutes soit informé de cette avancée. Il n'existe, par ailleurs, aucune différence entre salariés et libéraux

alors qu'il ne concernerait qu'un seul groupe d'après les décrets publiés. Ce qui est notable, c'est que la tranche d'âge des 20-39 ans est sensiblement plus informée de ce débat. Ceci est sûrement facilité par le biais des réseaux sociaux sur lesquels ils sont généralement davantage présents. En effet, un grand nombre d'informations y circulent de par une présence forte des syndicats et sociétés savantes. Les répondants ayant réalisé trois formations ou plus et ceux étant actifs dans des instances masso-kinésithérapiques sont quant à eux sensiblement plus informés, leurs parcours les obligeant à rester à l'affût de l'actualité.

Les répondants semblent donc majoritairement favorables à l'accès direct, les hommes significativement plus que les femmes, les libéraux plus que les salariés. Nous pouvons noter que ceux qui connaissent l'accès direct et les discussions présentes autour sont plus favorables à sa mise en place et au projet de loi initialement évoqué. Autrement dit, il semble que l'accès direct puisse faire peur à ceux qui ignorent sa définition. Cette fois encore, les plus formés et les actifs au sein des instances MK, qui militent pour la profession, désirent en moyenne plus cette nouveauté. Dans notre étude, les femmes, tout autant voire plus formées que les hommes et issues globalement des mêmes formations initiales, sont largement moins enclines à adopter cette avancée. Nous pouvons alors nous interroger si ces disparités sont justifiées : les hommes sont-ils plus optimistes sur les compétences de leur profession que leurs homologues féminines ? Les femmes sont-elles plus réalistes ? Ce qui est sûr c'est que rien ne peut nous faire penser qu'elles seraient moins aptes à dispenser ce type d'acte. Toujours concernant cette population favorable à l'accès direct, il semble n'exister aucune différence en fonction de l'âge. Si l'expérience est un argument massue dans le cas de l'accès direct, la jeunesse et la proximité des bancs d'école, avec des connaissances fraîches et recommandées, le sont tout autant.

#### 4.3.2. Les compétences

L'accès direct implique des compétences spécifiques, le tout étant de savoir si elles restent à la portée des MK. Ce type d'acte supprimant l'intervention préalable d'un médecin, tout en restant présent et disponible à tout instant, nécessite des compétences très fortes dans les domaines établis. Ainsi, pour chaque patient, il sera indispensable de connaître l'intégralité des éléments de bilan et de diagnostic pour déterminer si la prise en charge est envisageable ou s'il faut rediriger ce dernier. De ce fait, *red flags*, diagnostic différentiel, sémiologie et signes

cliniques sont, pour le MK, les éléments à connaître sur le bout des doigts. Si les examens complémentaires d'imagerie médicale et l'aspect législatif arrivent en premiers lieux sur la liste des compétences sur lesquelles les MK sont insuffisamment formés, environ un tiers des répondants renseignent les aspects précédemment cités. En extrapolant, cela pourrait sous-entendre qu'environ un tiers des thérapeutes, soit une proportion non-négligeable, est insuffisamment formé sur les aspects les plus essentiels à l'accès direct à la masso-kinésithérapie. Ce point reste à nuancer car cette question interrogeait la généralité, et non pas les deux pathologies accessibles en accès direct, qui restent tout de même beaucoup plus fréquentes et plus familières à la pratique courante. Ce postulat est reflété par les choix des répondants quant aux champs d'intervention les plus souhaités (petite traumatologie et TMS), qui correspondent aux deux pathologies concernées par l'accès direct à la masso-kinésithérapie. De plus, la littérature tend largement en faveur des compétences des MK et place ces derniers comme compétents et préparés pour faire face à l'accès direct, ou alors, demandeurs pour se former (21, 24, 44).

Si le MK dispose alors d'un rôle crucial à jouer dans ce type de prise en charge, il ne faut pas oublier que l'accès direct est possible dans le cadre de protocole de coopération. En effet, malgré une autonomie dans sa pratique et dans sa prise en charge, le MK n'est pas le seul acteur à intervenir auprès du patient. Le médecin déléguant reste en étroite coopération avec ce dernier et reste mobilisable à tout instant. De plus, le protocole se doit d'établir précisément les actes dérogatoires, en se basant sur les recommandations actuelles et en établissant les règles pour une prise en charge viable et optimale. Ce protocole nécessite alors une étroite collaboration et un accord parfait entre les deux professions, c'est pourquoi une formation supplémentaire reste envisageable. Le modèle type de protocole de coopération évoque la mise en place d'une formation de dix heures, assurée par les médecins déléguant et destinées au MK de la structure pluri-professionnelle (28, 29). Cette formation permettra aux deux corps de métier d'appréhender l'intégralité de la prise en charge ensemble, et aux MK de déterminer quelles sont les compétences à acquérir pour pouvoir dispenser ces actes dérogatoires, le tout ayant pour objectif de prodiguer aux patients les meilleurs soins possibles, au sein d'une coordination pluri-professionnelle la plus efficiente possible.

#### 4.3.3. La notion de lieu

Le premier élément permettant aux MK de prendre en charge des patients en accès direct est leur structure d'exercice. En effet, ce type de prise en charge ne peut voir le jour qu'au sein d'une structure pluri-professionnelle. Actuellement, ce terme de structure pluri-professionnelle reste assez vague et semble désigner uniquement les MSP et les centres de santé, des structures où les intervenants exercent dans un même lieu (28-29). De plus, ces structures doivent être labélisées par l'ARS et des démarches sont à effectuer de la part des thérapeutes afin de pouvoir dispenser ce type d'acte. En plus de ces structures communes d'exercices, d'autres structures comme les CPTS sont à envisager. Les différentes ARS pourraient étendre ce dispositif à ces dernières (45). Sur le sol français, il existe une forte inégalité de répartition de la population médicale (46). Ces disparités entravent forcément le recours à ces derniers. La population de MK, quant à elle, tend à augmenter, avec des prévisions annonçant un chiffre de 100 000 thérapeutes en 2020 (47, 48). Avec un nombre en hausse et les problématiques actuelles, les MK semblent pouvoir répondre à cette difficulté du système de soins. Cependant, réservé actuellement aux MSP et aux centres de santé, seul un faible pourcentage de MK peut accéder à cette nouveauté. Toujours dans un souci d'économie et d'offre de soins, un recours aux CPTS apparaît comme indispensable.

#### 4.3.4. La variable temps

L'accès direct, déjà présent depuis de nombreuses années dans certains pays, a été étudié de manière approfondie. S'il semble n'avoir que des avantages, ses détracteurs expriment tout de même certaines craintes. En ce qui concerne notre étude, les réponses semblent être en accord avec les points soulevés par la littérature. À propos de la variable temps, les répondants sont en accord pour dire que la durée des séances et leur nombre ne seraient pas impactés. En revanche, ils semblent moins unanimes sur le temps d'accès au soin. En effet, malgré la suppression d'un intermédiaire à une prise en charge masso-kinésithérapique, cela ne signifie pas obligatoirement un début de prise en charge plus précoce, compte tenu du délai parfois important pour certains MK. En fonction des protocoles établis, il n'est pas impossible qu'un certain délai de prise en charge soit fixé afin de palier à cette crainte. Toutefois, il semble que dans les pays disposant de l'accès direct, ce délai soit diminué (22, 23). Concernant cet aspect,

et du fait que l'accès direct reste une nouveauté, il sera nécessaire de prendre du recul après son début effectif et de collecter des données permettant une évaluation, des données encore manquantes aujourd'hui.

Concernant le nombre de séance, malgré le fait que les répondants semblent d'avis qu'elles n'augmenteraient pas, il semble intéressant qu'il soit établi au sein du protocole, suivant ainsi le modèle de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) (49). De plus, l'article R. 4321-113 du Code de la Santé Publique indique clairement que le MK « *ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni prescrire dans des domaines qui dépassent ses compétences, ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.* ». Cela sous-entend que, qu'il soit question d'accès direct ou non, le professionnel est, et doit être, en capacité d'apprécier si une situation de soin entre dans le cadre de ses compétences ou non (50). Une nouvelle fois, ce postulat se confirme par les données de la littérature qui indiquent que, si la charge des MK pourrait possiblement être augmentée, le nombre de séances quant à lui tend à diminuer, permettant alors de prendre en charge plus de patient pour un volume de soins quasiment identique (14, 18, 25).

Ce volume de soins est lui aussi une donnée non-négligeable. Pour les MK, il semble inchangé ou augmenté, conséquence apparaissant comme normale du fait de ces nouvelles attributions. Toutefois, pour un nombre de séances semblant diminuer, la charge apparaît comme quasiment identique (14, 25). En ce qui concerne les médecins, leur charge de travail, déjà très importante, semble diminuer ou stagner, libérant alors du temps pour des patients ne nécessitant pas de kinésithérapie (23, 25, 51, 52).

#### 4.3.5. Sécurité et risques associés

Avec une visite immédiate chez un MK, se pose alors la question de sécurité, du patient comme du thérapeute. Même dans le cadre d'une prescription médicale, le thérapeute a le choix de ses techniques et des traitements mis en place. La sécurité réelle résidera alors plus que jamais au niveau de bilan, qui permettra d'identifier tous les facteurs et les éléments pour pouvoir poursuivre ou non la prise en charge, et rediriger le patient. À l'heure actuelle, tout semble aller dans le sens d'une sécurité non-impactée pour le patient. Les données actuelles montrent qu'il n'existe aucun risque supplémentaire en cas de consultation chez un MK en

première intention, ainsi qu'un diagnostic tout aussi pertinent et précis de sa part (14, 18, 21, 53-56). De plus, la population la plus susceptible d'utiliser cet accès direct est formée d'individus plus jeunes, avec de ce fait, un plus faible risque de polypathologies et d'affections sous-jacentes associées (14, 25). Une nouvelle fois, les compétences seront de mise, de même que la mise en place des protocoles qui permettront d'explicitier un cadre précis. Concernant cette sécurité, un manque de données nationales évident empêche de tirer des conclusions.

#### 4.3.6. Aspect financier

Parmi les objectifs de cet accès direct, nous retrouvons également une volonté de diminution des coûts de santé. La traditionnelle consultation chez le médecin étant supprimée, tout nous indique à penser que les frais associés le soient également : coût de la consultation, prescription d'antalgiques, d'examens d'imagerie complémentaires, etc. Si nous ne considérons que l'entorse de cheville, pathologie rencontrée 6 000 fois par an en France, un recours à l'accès direct permettrait d'économiser des millions d'euros (57). La littérature est unanime sur ces coûts de santé, et toutes les données indiquent que l'accès direct est un modèle plus économique et efficace pour les réduire. Il est évident qu'avec un recours non-systématique à la prescription d'antalgiques, une consultation chez le MK moins onéreuse que chez le médecin et un nombre de séances visant à diminuer, les économies apparaissent alors comme évidentes (14, 18, 19, 21-24). Une diminution des coûts de santé implique forcément une amélioration et un développement des coopérations entre les professions de santé (58). Se pose alors la question du remboursement de ce type de soins. À l'heure actuelle, un patient se rend chez son thérapeute avec un diagnostic médical normalement établi, et le remboursement de ces séances est conditionné par la présence de la prescription médicale. Nous pouvons alors nous interroger sur le remboursement de cette dernière (59). De même, avec un diagnostic à établir complètement, une revalorisation du BDK est envisageable. Il est tout de même à noter que le protocole type présenté indique également qu'au cours de la formation entre déléguant et délégué, le MK serait autorisé à prescrire des antalgiques, nouveauté majeure pour la profession (29). En revanche, cette nouveauté n'implique pas d'obligation, induisant alors tout de même une potentielle diminution des coûts. Concernant cette avancée, la formation apparaît comme indispensable pour cette nouvelle attribution, à ce jour inconnue des MK.



#### 4.3.7. Le patient comme acteur de sa prise en charge

Si nous parlons souvent des thérapeutes et des différents acteurs intervenant dans une prise en charge, il est nécessaire de considérer le maillon le plus important de la chaîne : le patient. Si l'accès direct est une avancée majeure pour la profession de MK, il n'en est pas moins pour le patient. Les répondants sont quasiment unanimes sur le fait que le parcours de soins serait facilité et plus intuitif, induisant de fait une meilleure satisfaction de ce dernier, allant dans le même sens que les données actuelles (14, 21-24). De plus, il semble également que les patients eux-mêmes jugent leur thérapeute qualifié et capable de dispenser ce type d'acte, et que ce type de prise en charge leur convient (24, 56, 60). En effet, un patient rentrant dans les critères, que ce soit pour la lombalgie aigue ou pour l'entorse de cheville, sait en allant chez le médecin que la kinésithérapie a de grandes chances d'être de mise. L'objectif est maintenant d'informer le patient, même si une proportion non-négligeable de la population pense qu'il est légal de consulter un MK en l'absence de prescription médicale (60). Avec un modèle comme l'accès direct, le patient serait plus que jamais acteur de sa prise en charge, avec des mentalités qui sont à changer pour un public ayant jusqu'ici comme référence unique leur médecin traitant (51, 61, 62). Avec ces nouvelles attributions, il est donc essentiel de communiquer au patient cette nouvelle possibilité, mais également de définir clairement dans quelles structures cela peut voir le jour dans un cadre sécurisé.

#### 4.4. La formation de masseur-kinésithérapeute

La formation initiale de MK est un modèle de choix pour illustrer cette pratique d'accès direct. En effet, son histoire et son développement montrent que depuis toujours, la profession n'a cessé d'évoluer et s'est vu attribuer de plus en plus de responsabilités (8). La réforme de la formation initiale en 2015 est l'une des plus grandes avancées pour la profession. En plus d'ajouter une année de formation et d'établir la possibilité de lien avec l'université, elle a permis d'aboutir à un accès commun pour tous, d'homogénéiser la formation entre tous les IFMK et enfin la reconnaissance de compétences nouvelles. En parallèle des unités d'enseignements déjà présentes, elle permet désormais une initiation à la recherche, dans le but de répondre aux exigences de bonnes pratiques (8, 63-65). Elle permet de prétendre à un haut niveau de responsabilité et est soutenue de près par la WCPT (8, 63-65). Concernant la recherche en

kinésithérapie, elle n'est malheureusement que très peu représentée dans notre étude ( $n = 3$ ), du fait de la très récente diplomation de la première promotion issue de cette nouvelle formation. De ce fait, il nous est impossible de comparer si des différences existent en termes de connaissances et de compétences, ainsi que de volonté d'accès direct. De nombreuses compétences sont accessibles en formation initiale, toutes allant dans le sens de l'accès direct. Si l'expérience et la pratique permettent évidemment d'être plus serein lors d'une prise en charge, la formation initiale permet de donner les clés nécessaires aux bonnes pratiques. Pourtant, seule une faible proportion des répondants estime qu'un(e) jeune diplômé(e) est capable de faire face à l'accès direct, et que la formation initiale délivre les compétences nécessaires.

Si la formation initiale divise les répondants, il semble qu'ils soient unanimes sur la formation continue et l'expérience. En effet, la quasi-totalité des répondants estiment que l'expérience est nécessaire, ce qui semble légitime du fait de la faible pratique de terrain au moment du diplôme. L'expérience est une chose, mais il faut encore rester informé et être en phase avec les recommandations. Si nous prenons l'exemple des médecins, il semblerait, selon une étude surprenante, qu'il n'existe pas de liens entre expérience et qualité des soins, les plus expérimentés étant plus susceptibles de prodiguer des soins de qualité inférieure (66). Évidemment cet aspect reste à nuancer fortement, d'une part du fait que les pathologies concernées sont parmi les plus familières à la pratique quotidienne, d'autre part du fait de l'obligation de formation, obligeant les professionnels à rester informés (5, 13). Notre échantillon prouve que cette obligation est plus que respectée, avec la moitié des répondants ayant réalisé au moins trois formations lors des trois dernières années.

Concernant la formation supplémentaire orientée vers l'accès direct évoquée dans notre enquête, les décrets publiés décrivent sa forme (28, 29). Comme souhaité par les répondants, une formation supplémentaire et spécifique sera de mise. Elle sera destinée aux volontaires ayant la possibilité de recevoir des patients en accès direct de par leur structure d'exercice. Cette formation supplémentaire s'assurera de la transmission de toutes les compétences nécessaires et permettra alors de dissiper certaines craintes.

#### 4.5. Le Dossier Médical Partagé

Les résultats de l'étude prouvent qu'il persiste un important manque de communication de la part des MK. Parmi ces outils de communication, le DMP a été mis en place très récemment. Le DMP est également au cœur de la réforme des soins, et il peut être envisagé comme un allié majeur de l'accès direct (5, 31-33). Une très faible proportion de thérapeutes utilise ce DMP. Notons également, que pour les MK salariés, à la vue du pourcentage important déclarant l'utiliser, il a pu y avoir confusion entre DMP et dossier patient de la structure. Ce que nous pouvons relever sont les raisons de non-utilisation de ce dossier : complexité d'accès, d'utilisation, mais aussi une utilité qui reste méconnue. Il semble résider ici un important manque de formation et de sensibilisation sur ce dernier, remettant ainsi fortement en cause son accès par le professionnel de santé et son utilisation. Si cet aspect reste envisageable, il semble également, selon leur dire, que bon nombre de thérapeutes n'aient pas de temps à y consacrer. Notons également que, si les thérapeutes ne l'utilisent pas, une justification peut résider dans l'existence même de ce DMP. S'il n'est pas créé par le patient, il ne peut *ipso facto* pas être utilisé et enrichi. Toutefois, ces résultats sont à nuancer, car si nous avons choisi de n'aborder que le DMP dans cette étude, il existe d'autres moyens de communications interprofessionnelles telles que les messageries sécurisées et les correspondances papier.

L'accès direct implique une communication et une coopération importante et efficace entre les différents professionnels intervenant auprès du patient. En effet, il ne peut être viable sans cela (23, 53, 58, 67). Si très peu de MK utilisent le DMP, ils sont toutefois bien plus nombreux à communiquer, d'une autre façon. La loi encadre cet aspect et oblige les MK à transmettre au médecin prescripteur un bilan dès lors d'une prise en charge supérieure ou égale à dix séances (68, 69). Malgré un outil semblant très prometteur, seulement deux tiers des répondants estiment qu'un tel outil pourrait palier aux craintes d'altération de la communication, sûrement par méconnaissance de celui-ci. L'accès direct peut faire penser à une autonomie complète de prise en charge, mais les protocoles types établis expliquent clairement l'alliance entre délégant et délégué. Ainsi, l'accès direct pourrait avoir un impact sur la communication interprofessionnelle, mais il serait plutôt positif, obligeant alors les MK à communiquer avec le médecin traitant du patient en soins.

La publication des décrets sur l'accès direct expose des protocoles types, impliquant et obligeant cette communication. En effet, il ne pourra voir le jour qu'au sein de structures pluri-professionnelles où les professionnels disposent d'un logiciel labellisé « Maison de Santé » ou « Centre de Santé » par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé (ASIP) (28, 29). Ces logiciels permettent l'accès et la complétion du DMP et tout porte à croire qu'il sera le logiciel privilégié, de par la volonté forte du développement de cet outil. En plus d'orienter fortement les patients vers une création de leur DMP, il deviendra automatique, sauf opposition de la personne, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2021 (70). Ainsi, si l'accès direct se veut viable, cela passera obligatoirement vers une étroite collaboration entre intervenants. Le DMP semble aujourd'hui être un outil de choix pour la pérennité du système. En plus de cet aspect de communication, il permettra surtout un synchronisme dans la prise en charge, toujours dans le but de prodiguer au patient les meilleurs soins possibles. En dehors d'une communication essentielle pour l'accès direct, une amélioration de ces transmissions permettrait, en plus d'optimiser la prise en charge du patient, de faire valoir et de mettre en lumière les compétences des MK (71).

#### 4.6. Les masseurs-kinésithérapeutes au cœur de l'évolution du système de soin

##### 4.6.1. Une évolution logique

Si l'histoire de la masso-kinésithérapie est marquée par de grandes révolutions, d'autres sont à venir. En effet, l'évolution du système de soins, son état actuel et les projets en cours supposent encore de grandes avancées pour la profession. Le système de la santé est en pleine crise et des mesures sont nécessaires pour concourir à son amélioration. En témoigne la crise sanitaire actuelle de lutte contre le Covid-19. En ce qui concerne la masso-kinésithérapie, l'accès direct compte parmi les plus grandes avancées de la profession. En dehors de donner des responsabilités supplémentaires à une profession qui semble pouvoir y faire face, il a aussi pour but d'améliorer tout un système de soins et de diminuer les coûts de santé. La crise des urgences en est le parfait exemple, évènement principal ayant conduit à cette avancée. D'après des données qui sont de plus en plus nombreuses, l'accès direct semble n'avoir que des vertus. S'il participe fortement à la diminution des coûts de santé, il permet également de répartir l'offre de soins sur le territoire, et de lutter ainsi contre les zones sous dotées et très sous dotées.

Cette redistribution de compétences et d'attributions permet une prise en charge optimale du patient et de meilleure qualité sans nuire à la sécurité de chacun (14, 18, 21, 72).

L'accès direct a cependant fait planer le doute en France, avec beaucoup d'arguments en faveur de ce dernier, mais tout autant en défaveur (73). La régularisation de sa mise en place et la limitation à deux pathologies ont permis de supprimer de nombreuses craintes. Malgré tout, ce sujet divise les concernés. Seuls deux tiers y sont favorables et y voient un changement bénéfique pour tous. Les décrets publiés ont sûrement apaisé certaines craintes en posant un cadre très règlementé. Malgré des opinions divergentes, il semble que les répondants estiment que la profession peut y faire face. En effet, ils sont plus de 80 % à penser que les MK peuvent prétendre à l'accès direct. Malgré un manque de formation sur certains aspects, ils sont nombreux à estimer la profession. En ce qui concerne leurs compétences personnelles, les répondants semblent pouvoir y faire face pour les trois quarts d'entre eux. De plus, il ne faut pas oublier que les deux pathologies concernées sont celles qui relèvent le plus de la pratique courante du MK et sont parmi les plus « maîtrisées ». Ces proportions, portant sur la généralité, sont de ce fait sûrement à revoir à la hausse. Ainsi, nous pouvons penser que les MK soient aptes à dispenser ce type d'acte, qui apparaît comme nécessaire dans cette réforme de la santé. Si certains aspects demeurent flous en termes de formation et compétences, il sera nécessaire d'être d'autant plus vigilants quant à cette nouveauté. La formation décrite dans les protocoles impliquera, en plus d'une régularisation au niveau des compétences et des actes dérogatoires, l'attribution de nouvelles possibilités pour le MK. Elles concerneront la possibilité de prescrire des antalgiques ainsi qu'un arrêt de travail de cinq jours maximum (29). Ces nouvelles attributions permettront une prise en charge complète, sans nécessité par le patient de faire la navette entre MK et médecin, toujours dans le but de faciliter le parcours de soins et de diminuer les coûts. L'accès direct, de par ses avantages, correspond bien au modèle recherché. Une diminution des coûts de santé oblige la coopération entre les médecins et les auxiliaires médicaux (58).

#### 4.6.2. Les perspectives pour la masso-kinésithérapie

L'acquisition de l'accès direct, suite de débats intenses depuis de nombreuses années, est une avancée inédite et encourageante pour la profession. Jusque-là réservée au cadre de l'urgence, une visite chez le MK en première intention est désormais légale (28-29). Une avancée en première ligne de soin ouvre la porte à bien d'autres possibilités. Le MK peut désormais prendre une place plus importante dans la chaîne de soins de par l'acquisition de ces nouvelles compétences et par le renforcement de celles déjà présentes.

Cependant, le périmètre de cet accès direct reste limité et seul un faible nombre de thérapeutes peuvent y avoir accès. Ce dispositif s'inscrit peut-être dans un temps d'essai, afin de pouvoir juger de l'efficacité et de la pérennité du système, suivi prochainement par une extension. Si cette avancée constitue déjà un cap énorme, elle apparaît à ce jour comme insuffisante pour répondre à l'offre de soins. Une ouverture vers les CPTS, qui dépendra à ce jour de chaque ARS, semble être la prochaine étape évidente à ce dispositif, d'autant plus que l'accès direct semble viable au sein d'une telle structure et qu'elles se multiplient sur le territoire (45, 74). En effet, le fait que les intervenants n'exercent pas dans le même lieu représente un obstacle qui peut facilement être contournée dans le cas des CPTS, où les professionnels de santé restent à proximité les uns des autres. Afin de développer ce dispositif, il est important de faire valoir ces compétences, et d'informer les professionnels de santé sur la capacité des MK à pouvoir dispenser un tel acte (71, 73, 75). En effet, si le MK est demandeur, ce n'est pas le seul acteur à convaincre. Les médecins, qui pour certains ont un doute sur les compétences dont disposent les MK, font partie intégrante d'une telle décision (53, 73, 76). En effet, comme l'énonce Pauline Lemersre MK, « *on ne peut donner plus de responsabilité à une profession à laquelle on ne fait pas confiance* » (76).

Cette avancée en première ligne de soin est une étape très importante qui pour l'heure, n'est réservée qu'à un faible nombre de thérapeutes, et uniquement les MK libéraux. Pour faire face à la crise des urgences, une autre piste serait d'intégrer un MK dans ces services. Ces derniers auraient pour rôles de trier et de prendre en charge les patients relevant de leurs compétences, désengorgeant alors des services d'urgences pour l'heure surchargés, la plupart du temps par des patients dont les soins ne relèvent pas de l'urgence (77). Ce dispositif

permettrait, en plus de soulager la médecine de ville, de soulager ces services hospitaliers. Au sein d'une telle structure, ses avantages en termes de délai de prise en charge et de sécurité se confirment (20, 54, 55). Une autre piste développée réside en une téléconsultation préalable par entretien téléphonique réalisé par un MK. À l'étranger, ce dispositif a été testé et renseigne des résultats identiques en termes d'efficacité et de sécurité (78-80).

Il est à noter que même si ce système semble à première vue parfait, il divise. Si de nombreuses études évoquent ses avantages, une prise de recul a aussi permis de soulever certains points négatifs, d'autant plus que sa mise en place reste complexe (58, 74, 81-85).

En France, l'accès direct, qui ne peut concerner qu'un très faible nombre de MK, pourrait être à l'origine de conflits majeurs au sein même de la profession. En effet, le fait qu'un thérapeute exerce en MSP ou en Centre de Santé ne fait pas de lui un thérapeute plus compétent. Certains pourraient vouloir bénéficier de cette possibilité sans pouvoir y accéder de par leur lieu d'exercice. Le public pourra lui aussi être face à cette situation. Ne connaissant pas les modalités derrière cette avancée, il pourrait être amené à penser qu'un thérapeute est moins compétent s'il ne prend pas en charge des patients en accès direct, et inversement. Cette disposition est pour l'heure assez inégalitaire, et il se pourrait bien que désormais il existe des MK, et des « MK + », ayant l'autorisation de dispenser ce type d'acte. Cela peut sembler légitime, car ceux qui y accéderont se seront formés pour, mais ces dispositions peuvent tout de même paraître inégalitaire et être à l'origine de conflits socioprofessionnels importants.

Cependant la masso-kinésithérapie n'est pas la seule profession qui se voit attribuer plus de compétences, en témoigne la création récente du diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée. Avec une formation supplémentaire de deux ans s'ajoutant à la formation initiale, les titulaires de ce nouveau diplôme peuvent dispenser, en collaboration avec un médecin délégué, des actes relevant du domaine médical. Le but étant une nouvelle fois de mieux répondre à la demande de soins (86, 87). Si cette nouveauté consiste, elle aussi, en une avancée majeure pour la profession d'infirmier, nous pouvons nous demander s'il est possible qu'elle puisse entraver la mise en place de l'accès direct à la masso-kinésithérapie. Nous pourrions être mis au-devant d'un défaut d'équité entre les professions paramédicales de par des durées de formations supplémentaires requises trop différentes, pour être aptes à exercer ces nouvelles pratiques. Ou

encore, comme le soutenait une partie des répondants de notre enquête, cela pourrait multiplier les professions déléguées en complexifiant d'une part la synchronisation des acteurs soins et d'autre part, le parcours de soin du patient.

Toutefois, si ces interrogations sont bien présentes, il ne faut pas oublier la profession et ses intérêts. Il représente une avancée majeure, et ouvre la porte à bien d'autres. Souhaité par les thérapeutes, il est aujourd'hui une réalité. Il reste alors à voir comment les choses vont évoluer, si ce dispositif sera étendu, s'il est viable et si les compétences des thérapeutes prouvent qu'une telle avancée est méritée.

## 5. CONCLUSION

Cette étude nous a permis de plonger au sein d'un sujet d'actualité, au cœur des débats dans une profession en perpétuelle évolution. Déjà fortement présent à l'étranger, l'accès direct est désormais une réalité en France et apparaît comme une avancée inédite et encourageante pour une profession qui se sera battue pour son acquisition. En suivant le modèle des pays étrangers dans lesquels il montre son efficacité, tout en considérant la réforme de la formation initiale reconnaissant aux MK des compétences nouvelles, une telle acquisition semble légitime.

Cependant, s'il est au cœur des débats, il ne fait pas l'unanimité. Près d'un tiers des thérapeutes ignorent son existence et ne souhaitent pas sa mise en place. S'il permet de déléguer de nouvelles attributions à la profession, certains nous avertissent sur le niveau de compétences nécessaire et expriment leurs craintes quant à la capacité des MK à pouvoir dispenser ce type d'acte. Ce postulat peut se justifier du fait du nombre important de thérapeutes souhaitant une formation supplémentaire sur le sujet, et indiquant que, selon eux-mêmes, les MK ne disposent pas à ce jour de toutes les cartes nécessaires.

Les modalités de l'accès direct évoquées dans la littérature semblent se confirmer auprès des répondants. En plus d'une attribution de compétences nouvelles, encadrées au sein d'une formation entre médecin délégant et délégué, il semble permettre de renforcer les liens, la coopération et la communication entre les différents professionnels de santé intervenant auprès du patient induisant, de fait, une meilleure prise en charge de ce dernier.



Malgré quelques craintes, l'accès direct semble ne présenter que des avantages. Ainsi, il permettrait de répondre à ses objectifs de mise en place, à savoir une diminution des coûts de santé et une amélioration de l'accès au soin. Il semble donc en accord avec les projets évoqués ces dernières années visant à améliorer le système de santé et notamment avec le projet, à très court terme, de refonte de la NGAP concernant la profession de MK.

Cependant, la mise en place actuelle de l'accès direct reste loin d'être optimale. Actuellement réservé à un faible nombre de thérapeute, il apparaît à ce jour comme insuffisant pour répondre aux problématiques actuelles. Il est désormais important de voir les thérapeutes se mobiliser et augmenter leur implication dans les structures pluridisciplinaires pour voir l'accès direct évoluer. Il est désormais indispensable de recueillir des données sur son efficacité au sein du système français. Dans une prochaine étude, il pourrait être intéressant d'évaluer l'implication des MK au sein du dispositif, le ressenti des thérapeutes quant au fonctionnement du système et la pertinence de la prise en charge, afin de déterminer si cette volonté d'accès direct et ses modalités se confirment sur le terrain.

## Bibliographie

- (1) Remondière R. Histoire des savoirs et des pratiques en kinésithérapie. EMC - Kinésithérapie - Médecine Phys - Réadapt. janv. 2008 ;
- (2) Monet J. Construction historique d'une spécialisation médicale impossible : la kinésithérapie. Kinésithérapie Sci. 10 janv. 2006.
- (3) Remondière R. L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946). Les Cahier du Centre de Recherche Historique ; 12 avr. 1994.
- (4) Code de la santé publique. Loi n°85-772 - Article L487 ; 25 juil. 1985.
- (5) Code de la santé publique. Loi n°2016-41 - Article L4321-1 ; 26 jan. 2016.
- (6) 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 ; 96-879 ; 8 oct. 1996.
- (7) 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 n°11 du 13 janvier 2006, p 532
- (8) MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALE, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Journal Officiel n°0204 du 4 septembre 2015, p 15584
- (9) Code de la santé publique - Article R4321-13 ; Journal Officiel n°183 du 8 août 2004.
- (10) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n°2006-270 du 7 mars 2006 relatif à la composition et aux modalités d'élection des conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des conseils de l'ordre des pédicures-podologues et de leurs chambres disciplinaires et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Journal Officiel n° 58 du 9 mars 2006, p 3540
- (11) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Journal Officiel n°0017 du 21 janvier 2020
- (12) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. Journal Officiel n°0134 du 13 juin 2018

- (13) Code de la santé publique. Article. R. 4321-62 ; 3 nov. 2008
- (14) Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R, De Caro W, Pellicciari L. Direct access in physical therapy: a systematic review. *Clin Ter* 2018;169:e249–60.
- (15) WCPT vision and mission, [en ligne]. WCPT. 2013. [consulté le 22 novembre 2019]. Disponible : <http://www.wcpt.org>
- (16) Global country profile maps (reference year 2018) [en ligne]. WCPT. 2019. [consulté le 22 novembre 2019]. Disponible : <http://www.wcpt.org>
- (17) WCPT. Norwegian physical therapists celebrate direct access for patients [en ligne]. WCPT. 2018. [consulté le 22 novembre 2019]. Disponible: <https://www.wcpt.org/news/norwegian-direct-access-jan18>.
- (18) Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review. *Phys Ther*. 1 janv 2014 ; 94(1):14-30.
- (19) Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy*. déc 2013;99(4):285-91.
- (20) Duncan C, Muc L, Heck C. Impact of Using Physiotherapy Self-Referral in the Medical–Surgical Neurological Intensive Care Unit. *Physiother Can*. janv 2015 ;67(1) : 39-45.
- (21) Goodwin RW, Hendrick PA. Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? *Prim Health Care Res Dev*. sept 2016;17(05):489-502.
- (22) 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.
- (23) Moffatt F, Goodwin R, Hendrick P. Physiotherapy as first point of contact service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. *Prim Health Care Res Dev*. mars 2018;19(02):121-30.
- (24) Desjardins-Charbonneau A, Roy J-S, Thibault J, Ciccone VT, Desmeules F. Acceptability of physiotherapists as primary care practitioners and advanced practice physiotherapists for care of patients with musculoskeletal disorders: a survey of a university community within the province of Quebec. *BMC Musculoskelet Disord*, [en

- ligne]. Déc. 2016. [consulté le 24 novembre 2019], 17(1). Disponible : <http://www.bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com>.
- (25) Swinkels ICS, Kooijman MK, Spreeuwenberg PM, Bossen D, Leemrijse CJ, van Dijk CE, et al. An Overview of 5 Years of Patient Self-Referral for Physical Therapy in the Netherlands. *Phys Ther*. 1 déc 2014;94(12):1785-95.
- (26) MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Pacte de refondation des urgences [en ligne]. [consulté le 30 novembre 2019]. 9 septembre 2019. Disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/\\_urgences\\_dp\\_septembre\\_2019.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf)
- (27) RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. *Journal Officiel* n° 0172 du 26 juillet 2019.
- (28) 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* n°0058 du 8 mars 2020.
- (29) MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » ; *JORF* n°0058 du 8 mars 2020.
- (30) CNOMK. Avec les premiers protocoles de coopération, l'accès direct au kinésithérapeute bientôt possible, [en ligne]. 12 mars 2020. [consulté le 13 mars 2020]. Disponible : <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/avec-les-premiers-protocoles-de-cooperation-laces-direct-au-kinesitherapeute-bientot-possible/>
- (31) Aubry M. Rapport Brocas. 23 nov. 2002.
- (32) Code de la santé publique. Article L1111-15. 26 janv. 2016
- (33) Buzyn A. Le Dossier Médical Partagé. Discours – Conférence de presse. 6 novembre 2018.
- (34) Matthieu P. Un investissement de longue date de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes pour l'accès direct au kinésithérapeute. *Kinesither Rev* 2019;19(216).

- (35) Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK). Tester l'accès direct [en ligne]. CNOMK. 2018. [consulté le 12 décembre 2019]. Disponible : <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/tester-laces-direct/>.
- (36) Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK). Colloque du Conseil national : « Osons l'accès direct ! » [en ligne]. CNOMK. 2017. [consulté le 12 décembre 2019]. Disponible : <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/colloque-du-conseil-national-le21septembre/>;<http://www.ordremk.fr/actualites/ordre/osons-laces-direct-retour-en-images-sur-le-colloque/>
- (37) Perneger T. Le questionnaire de recherche : mode d'emploi à usage des débutants. *Rev Mal Respir.* 2004;21,4-C2:6S71-4.
- (38) Conseil Régional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes du Grand Est. Chiffres MK 2018 [en ligne]. CROMK. Mai 2018. [consulté le 20 septembre 2019]. Disponible : <http://grandest.ordremk.fr/chiffres-mk-2018/>
- (39) Survey Monkey. Calculatrice de la taille d'échantillon [en ligne]. [consulté le 8 octobre 2019]. Disponible : <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
- (40) Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, et al. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain : November 2004. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* mars 2006;15 Suppl 2:S136-168.
- (41) Guyet D. Apprendre à lire le patient en formation initiale de masso-kinésithérapie : approches cliniques. Education. Normandie Université, 2019. Français.
- (42) WCPT. Ligne directrice pour la formation professionnelle initiale en physiothérapie. 17<sup>e</sup> assemblée générale de WCPT [en ligne]. Juin 2011. [consulté le 13 avril 2020]. Disponible : [https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/policies/Guide\\_line\\_PTEducation\\_complete\\_FR.pdf](https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/policies/Guide_line_PTEducation_complete_FR.pdf)
- (43) Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *AFM.* 2010; 1-20.
- (44) Vallet É. Les masseurs-kinésithérapeutes pensent-ils posséder les compétences de raisonnement clinique et de collaboration interprofessionnelle pour rendre l'accès direct sécurisé et efficace ? *Kinesither Rev* 2019;19(216).

- (45) Conrard S. « Protocoles de coopération, une avancée pour la profession ». Kiné actualité n° 1562. 26 mars 2020
- (46) Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [en ligne]. CNO. 2018. [consulté le 13 janvier 2020]. Disponible : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)
- (47) Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK). Rapport « démographie des kinésithérapeutes » [en ligne]. CNOMK. 2017. [consulté le 14 janvier 2020]. Disponible : [http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport\\_demographie\\_2017.pdf](http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf)
- (48) Antoine M-J. Démographie des kinésithérapeute, Ordre des masseur-kinésithérapeute, [en ligne]. 2017. [consulté le 4 avril 2020]. Disponible : [www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport\\_demographie\\_2017.pdf](http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf)
- (49) RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Journal Officiel n°231 du 5 octobre 2000, p 15763
- (50) Code de la santé publique - Article R4321-113. 3 novembre 2008
- (51) Riggare S. Self referral to physiotherapy and other services would empower patients and doctors. BMJ. 5 janv 2016;352:h6977.
- (52) Torjesen I. Self referral to physiotherapy for back pain reduces pressure on GP appointments. BMJ. 25 févr 2019;364:l870.
- (53) French HP, Galvin R. Physiotherapy managers' views of musculoskeletal physiotherapy service provision in Ireland: a qualitative study. Prim Health Care Res Dev. janv 2018;19(01):77-87.
- (54) Samsson KS, Bernhardsson S, Larsson MEH. Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: a randomised controlled trial. BMC Musculoskelet Disord. 10 juin 2016;17(1):257.
- (55) Napier C, McCormack RG, Hunt MA, Brooks-Hill A. A Physiotherapy Triage Service for Orthopaedic Surgery: An Effective Strategy for Reducing Wait Times. Physiother Can. oct 2013;65(4):358-63.

- (56) Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy*. 1 juin 2012;98(2):131-7.
- (57) Gruet JP. « Les physiothérapeutes norvégiens obtiennent gain de cause ». *Kiné actualité*. 10 janv. 2018
- (58) Remondière R, Durafourg M-P. L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France. *Santé Publique*. 2014;26(5):669.
- (59) Gruet JP. « Accès direct à la kinésithérapie : des modalités qui restent à préciser ». *Kiné Actualité* n°1501. 28 sept. 2017.
- (60) Héry M. Avis de la population française sur l'accès direct. *Kinesither Rev* 2019;19(216).
- (61) Igwesi-Chidobe CN, Bartlam B, Humphreys K, Hughes E, Protheroe J, Maddison J, et al. Patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: perceptions of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. *Physiotherapy*. 1 janv 2019;105:e31.
- (62) Goodwin R, Moffatt F, Hendrick P, Logan P. Sociocultural challenges faced in implementing self-referral physiotherapy in primary care – a qualitative evaluation of staff opinions. *Physiotherapy*. 1 déc 2017;103:e6.
- (63) World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Guideline for physical therapist professional entry level education [en ligne]. WCPT. 2011. [consulté le 3 avril 2020]. Disponible : <https://www.wcpt.org/guidelines/entry-level-education>.
- (64) World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Direct access and patient/client self-referral to physical therapy (Policy statement) [en ligne]. WCPT. 2017. [consulté le 3 avril 2020]. Disponible : [https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/policies/2017/PS\\_Direct\\_Access\\_FINAL.pdf](https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/policies/2017/PS_Direct_Access_FINAL.pdf).
- (65) World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Direct access and self-referral to physical therapy: findings from a global survey of WCPT member organizations [en ligne]. WCPT. 2013. [consulté le 3 avril 2020]. Disponible : [https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Direct\\_access\\_SR\\_report\\_Jan2013.pdf](https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Direct_access_SR_report_Jan2013.pdf)
- (66) Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005;142:260.

- (67) Allet L. Direct Access/Self-Referral : faut-il ouvrir le débat ? *Kinesither Rev* 2012 ;(124):1
- (68) Code de la santé publique. Article R4321-2. 8 août 2004.
- (69) Code de la santé publique. Article R4321-81. 3 novembre 2008.
- (70) RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Article 50. *Journal Officiel* n°0172 du 26 juillet 2019.
- (71) Gedda M. L'avenir de la kiné passe par l'écrit. *Kinesither Rev* 2016;16(176-177)
- (72) 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.* 11 oct 2019;1-12.
- (73) Labey A. « Accès direct : la France pas vraiment prête ». *Kiné actualité* n° 1293. 11 oct. 2012.
- (74) Gruet JP. « S'investir dans une CPTS : une occasion à ne pas laisser passer ». *Kiné Actualité* n°1563. 9 avr. 2020.
- (75) Boissonnault WG, Lovely K. Hospital-Based Outpatient Direct Access to Physical Therapist Services: Current Status in Wisconsin. *Phys Ther.* 1 nov 2016;96(11):1695-704.
- (76) 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).
- (77) Conrard S. « Agnès Buzyn compte sur la ville pour désengorger les urgences ». *Kiné actualité* n° 1550. 19 sept. 2019
- (78) Salisbury C, Montgomery AA, Hollinghurst S, Hopper C, Bishop A, Franchini A, et al. Effectiveness of PhysioDirect telephone assessment and advice services for patients with musculoskeletal problems: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ.* 29 janv 2013;346:f43.
- (79) Pearson J, Richardson J, Calnan M, Salisbury C, Foster NE. The acceptability to patients of PhysioDirect telephone assessment and advice services; a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res.* 28 mars 2016;16(1):104.



- (80) Mallett R, Bakker E, Burton M. Is physiotherapy self-referral with telephone triage viable, cost-effective and beneficial to musculoskeletal outpatients in a primary care setting? *Musculoskeletal Care*. déc 2014;12(4):251-60.
- (81) Kubicki A. Enjeux et perspectives de l'accès direct en Masso-Kinésithérapie. *Kinesither Rev* (2017).
- (82) Quentin J. Avis des masseurs-kinésithérapeutes français sur l'accès direct. *Kinesither Rev* 2019;19(216).
- (83) Novena F. Lien entre les conditions d'exercice actuelles en masso-kinésithérapie en France et la prise en charge en accès direct. *Kinesither Rev* 2019;19(216).
- (84) Goodwin R, Moffatt F, Hendrick P, Timmons S, Chadborn N, Logan P. First Point of Contact Physiotherapy; a qualitative study. *Physiotherapy* [en ligne]. 19 févr 2020 [consulté 14 avril 2020] ; Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031940620300171>
- (85) Bishop A, Chen Y, Protheroe J, Ogollah RO, Bailey J, Lewis M, Jordan K, Foster NE. Providing patients with direct access to musculoskeletal physiotherapy: The impact on general practice musculoskeletal workload and resource use. The STEMS-2 study. *Physiotherapy* (2020). doi: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.04.006>
- (86) MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. L'infirmier en pratique avancée [en ligne]. 23 août 2019. [consulté le 14 avril 2020]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
- (87) MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. *Journal Officiel* n°0164 du 19 juillet 2018

# **Annexes**

ANNEXE I : Carte de la répartition de l'accès direct dans le monde (16).



Figure 9 : Carte de la répartition de l'accès direct dans le monde

## ANNEXE II : Questionnaire Google Form® transmis aux répondants

15/01/2020

L'accès direct pour les masseurs-kinésithérapeutes : qu'en pensez-vous ?

### L'accès direct pour les masseurs-kinésithérapeutes : qu'en pensez-vous ?

Alexis GRASMUCK, étudiant en 4ème année à l'IFMK de Nancy. Dans le cadre de mon mémoire, je réalise un questionnaire destiné aux masseurs-kinésithérapeutes diplômés exerçant dans la région Grand Est afin de connaître leur position vis-à-vis de l'accès direct au soin. Ce questionnaire est anonyme et nécessite environ 7 minutes pour être rempli.

En vous remerciant par avance pour votre contribution.  
Merci de ne pas diffuser ce questionnaire.

Pour toutes questions complémentaires, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : [agramsmuckmemoire@gmail.com](mailto:agramsmuckmemoire@gmail.com)

\*Obligatoire

### Questions générales

1. Vous êtes ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Un homme  
 Une femme  
 Autre

2. Quel âge avez-vous ? \*

\_\_\_\_\_

3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état ? \*

\_\_\_\_\_

4. Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme ? \*

*Une seule réponse possible.*

- France  
 Luxembourg  
 Belgique  
 Espagne  
 Allemagne  
 Roumanie  
 Pologne  
 Autre : \_\_\_\_\_

**5. Dans quel département exercez-vous ? \****Une seule réponse possible.*

- Ardenne (08)
- Aube (10)
- Marne (51)
- Haute-Marne (52)
- Meurthe-et-Moselle (54)
- Meuse (55)
- Moselle (57)
- Bas-Rhin (67)
- Haut-Rhin (68)
- Vosges (88)

**6. Vous exercez dans : \****Une seule réponse possible.*

- Une grande ville (plus de 20 000 habitants)
- Une petite ville (entre 2 000 et 20 000 habitants)
- Un village (moins de 2 000 habitants)

**7. Êtes-vous actif(ve) au niveau des instances de masso-kinésithérapie (élu(e) CDO, CRO, CNO, URPS, syndicat, Société Savante, etc.) ? \****Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

**8. Combien de formations avez-vous réalisé au cours des trois dernières années ? \****Une seule réponse possible.*

- 0
- 1
- 2
- 3 ou plus

**9. Quel type d'activité exercez-vous ? \****Une seule réponse possible.*

- Libérale *Passez à la question 10.*
- Salariale *Passez à la question 13.*
- Les deux *Passez à la question 14.*

**Activité libérale**

**10. Dans quel type de structure travaillez-vous ? \****Une seule réponse possible.*

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- Maison de santé pluridisciplinaire
- Autre : \_\_\_\_\_

**11. Faites-vous parti(e) d'une équipe de soins primaires (ESP) ? \****Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

**12. Faites-vous parti(e) d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPST) ? \****Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 19.*
- Non *Passez à la question 19.*

**Activité salariale****13. Dans quel type de structure travaillez-vous ? \****Une seule réponse possible.*

- Hôpital *Passez à la question 19.*
- Clinique *Passez à la question 19.*
- Soins de suite et de réadaptation *Passez à la question 19.*
- Centre de rééducation *Passez à la question 19.*
- Autre : \_\_\_\_\_ *Passez à la question 19.*

**Activité salariale et libérale****14. Dans le cadre de votre activité libérale, dans quel type de structure travaillez-vous ? \****Une seule réponse possible.*

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- Maison de santé pluridisciplinaire
- Autre : \_\_\_\_\_

**15. Dans le cadre de votre activité libérale, faites-vous parti(e) d'une équipe de soins primaires (ESP) ? \****Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

**16. Dans le cadre de votre activité libérale, faites-vous parti(e) d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPST) ? \***

Une seule réponse possible.

- Oui  
 Non

**17. Dans le cadre de votre activité salariale, dans quel type de structure travaillez-vous ? \***

Une seule réponse possible.

- Centre de Médecine Physique et Rééducation  
 Hôpital  
 Clinique  
 Soins de suite et de réadaptation  
 Autre : \_\_\_\_\_

**18. Votre temps de travail est : \***

Une seule réponse possible.

- A prédominance salariale      *Passez à la question 19.*  
 A prédominance libérale      *Passez à la question 19.*  
 Réparti équitablement      *Passez à la question 19.*

**Accès direct**

L'accès direct permettrait aux professionnels de santé de prendre en charge des patients sans besoin de se référer à une prescription médicale. Dans ce cas, ce serait au professionnel de santé d'établir un bilan initial, d'établir le diagnostic masso-kinésithérapique et de décider de prendre en charge le patient ou de le réorienter dans un parcours de soin médical.

**19. Êtes-vous informé(e) des discussions actuelles concernant l'accès direct pour les masseurs-kinésithérapeutes en France ? \***

Une seule réponse possible.

- Oui  
 Non

**20. Êtes-vous favorable l'obtention de cet accès au soin en première intention ? \***

Une seule réponse possible.

- Oui  
 Non  
 Ni favorable, ni contre

**Le projet de loi**

---

Madame Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, a annoncé la mise en place de l'accès direct pour la lombalgie aigüe et l'entorse de cheville dans le cadre de l'urgence d'ici la fin de l'année 2019.

**21. Êtes-vous favorable à ce projet ? \***

Une seule réponse possible.

- Oui    *Passez à la question 22.*
- Non    *Passez à la question 25.*
- Ni favorable, ni contre

**Projet de loi****22. Êtes-vous pour l'élargissement de ce champ de pathologie accessible en accès direct ? \***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

**23. Pensez-vous que l'obtention de cet accès direct se doit d'être total ou restreint à certains domaines ? \***

Une seule réponse possible.

- Total    *Passez à la question 25.*
- Certains domaines uniquement    *Passez à la question 24.*

**Champs d'intervention****24. Si vous pensez qu'il doit être restreint à certains domaines, lesquels ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Troubles musculo-squelettiques (lombalgie, cervicalgie, etc.)
- Affection de Longue Durée (ALD)
- Respiratoire (bronchiolite, mucoviscidose, etc.)
- Petite traumatologie (entorse de cheville, etc.)
- Autre : \_\_\_\_\_

**Compétences et accès direct****25. Quelles compétences jugez-vous indispensables pour pouvoir prétendre à l'accès direct ? \***

Plusieurs réponses possibles.

- Red Flags
- Connaissances en sémiologie
- Connaissance des signes cliniques
- Diagnostic différentiel
- Connaissances en examens complémentaires
- Autre : \_\_\_\_\_



**26. Pensez-vous que les masseurs-kinésithérapeutes possèdent les compétences nécessaires pour pouvoir prétendre à l'accès direct ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

**27. Sur quels aspects pensez-vous que les masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas suffisamment formés ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Red Flags  
 Connaissances en sémiologie  
 Connaissance des signes cliniques  
 Diagnostic différentiel  
 Connaissances en examens complémentaires  
 Apprentissage par pronostic  
 Aspect législatif  
 Aucun  
 Autre : \_\_\_\_\_

**28. Pensez-vous que l'obtention de l'accès direct : \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non
Provoquerait un allongement de la durée des séances ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Provoquerait une augmentation du nombre de séances réalisées ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aurait un impact négatif sur la sécurité du patient ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aurait un impact négatif sur la sécurité du thérapeute ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aurait un impact sur le rôle des médecins ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engendrerait une hausse de l'auto-prescription ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**29. Pensez-vous que l'obtention de l'accès direct : \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non
Diminuerait le temps d'accès au soin des patients ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Améliorerait la satisfaction du patient ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faciliterait le parcours de soin du patient ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuerait les coûts de prise en charge totaux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuerait le taux de prescriptions médicamenteuses ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Améliorerait la qualité de la prise en charge ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Communication interprofessionnelle

Un des principaux freins relevé à la mise en place de l'accès direct pour les masseurs-kinésithérapeutes est le risque d'altération de la communication interprofessionnelle.

**30. Pensez-vous que l'obtention de l'accès direct aurait un impact sur la communication interprofessionnelle ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

**31. Savez-vous ce qu'est le dossier médical partagé (DMP) ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 32.*  
 Non *Passez à la question 35.*

## Dossier Médical Partagé

**32. Utilisez-vous le DMP ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 34.*  
 Non *Passez à la question 33.*

## Dossier Médical Partagé

**33. Si vous ne l'utilisez pas, pourquoi ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- Complexité d'utilisation  
 Complexité d'accès  
 Absence d'utilité  
 Méconnaissance de son utilité  
 Pas intéressé(e)  
 Sécurité du dossier insuffisante  
 Restriction d'accès au contenu  
 Autre : \_\_\_\_\_

## Dossier Médical Partagé

**34. Pensez-vous que l'utilisation du DMP par les professionnels de santé pourrait répondre aux craintes exprimées vis-à-vis de l'altération de la communication interprofessionnelle ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 35.*  
 Non *Passez à la question 35.*

## Formation initiale et continue

**35. Pensez-vous que la formation initiale permet d'acquérir les compétences nécessaires à l'accès direct ? \****Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

**36. Pensez-vous qu'un(e) étudiant(e) tout juste diplômé(e) est capable de prendre en charge un patient en première intention ? \****Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 38.*  
 Non *Passez à la question 37.*

**Formation initiale et continue****37. Pensez-vous que la formation continue et l'expérience sont nécessaires pour pouvoir prendre en charge un patient en première intention ?***Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

**Formation initiale et continue****38. Pensez-vous qu'une formation supplémentaire définissant les modalités et les conditions soit nécessaire ? \****Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 39.*  
 Non *Passez à la question 40.*

**Formation supplémentaire****39. Comment pensez-vous qu'elle doit être mise en place ?***Une seule réponse possible.*

- Unité d'Enseignement ajoutée au cours de la formation initiale  
 Formation obligatoire en formation continue (post-diplôme)  
 Formation facultative en formation continue (post-diplôme)  
 Autre : \_\_\_\_\_

**Pour conclure****40. Pensez-vous que les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prétendre à l'accès direct ? \****Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

15/01/2020

L'accès direct pour les masseurs-kinésithérapeutes : qu'en pensez-vous ?

**41. Vous sentez-vous capable personnellement de prendre en charge un patient en première intention ? \***

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

### **Merci de votre participation**

Merci d'avoir participé à cette étude. Vos réponses ont bien été enregistrées.

Si vous souhaitez des informations supplémentaires ou pour toutes autres questions, vous pouvez me contacter à l'adresse : [agrasmuckmemoire@gmail.com](mailto:agrasmuckmemoire@gmail.com)

---

Fourni par  
 Google Forms

### ANNEXE III : Profils établis pour la phase de pré-test du questionnaire

PROFIL 1	PROFIL 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Homme de 56 ans.</li> <li>- Diplômé en 1985 en France.</li> <li>- Exerce en Ardennes, dans une grande ville.</li> <li>- Profession libérale dans une MSP, ESP.</li> <li>- Élu CDOMK.</li> <li>- 2 formations au cours des 3 dernières années.</li> <li>- Au courant de l'accès direct et favorable à sa mise en place totale.</li> <li>- Pense que les MK ont les compétences nécessaires et sont suffisamment formés.</li> <li>- Pense qu'il ne faut pas de formation supplémentaire.</li> <li>- Compétences indispensables : toutes.</li> <li>- Pense que l'accès direct ne changerait rien par rapport à la situation actuelle.</li> <li>- Voit uniquement les points positifs de l'accès direct.</li> <li>- N'utilise pas le DMP : difficulté et accessibilité.</li> <li>- Se sent tout à fait capable de prendre en charge un patient en première intention.</li> <li>- Pense les MK peuvent prétendre à l'accès direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme de 27 ans.</li> <li>- Diplômée en 2017 en Belgique.</li> <li>- Exerce en Moselle, dans un village.</li> <li>- Profession mixte dans une MSP, et centre de rééducation, prédominance salariale ; pas d'ESP ou de CPTS.</li> <li>- 2 formations au cours des 3 dernières années.</li> <li>- Au courant de l'accès direct et favorable à une mise en place restreinte : TMS et ALD.</li> <li>- Pense que les MK ont les compétences nécessaires mais manque de formation sur diagnostic différentiel et sémiologie.</li> <li>- Pense qu'il faut un module supplémentaire durant la formation initiale.</li> <li>- Compétences indispensables : toutes.</li> <li>- Pense que l'accès direct altérerait le rôle des médecins et aurait un impact négatif sur la sécurité du thérapeute.</li> <li>- N'utilise pas le DMP : difficulté, accessibilité et sécurité mais voit le DMP comme indispensable si accès direct.</li> <li>- Formation initiale insuffisante pour l'accès direct.</li> <li>- Se sent capable de prendre en charge un patient en première intention.</li> <li>- Pense les MK peuvent prétendre à l'accès direct.</li> </ul>
PROFIL 3	PROFIL 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme de 34 ans.</li> <li>- Diplômée en 2011 en France.</li> <li>- Exerce dans le Bas-Rhin, dans une grande ville.</li> <li>- Profession salariale en hôpital.</li> <li>- Pas d'ESP ou de CPTS.</li> <li>- 1 formation au cours des 3 dernières années</li> <li>- Au courant de l'accès direct et non favorable à sa mise en place.</li> <li>- Pense que les MK n'ont pas les compétences nécessaires et que le rôle du médecin est indispensable.</li> <li>- Compétences indispensables : toutes.</li> <li>- MK pas suffisamment formés dans tous ces domaines.</li> <li>- Formation supplémentaire obligatoire si accès direct.</li> <li>- Pense que l'accès direct n'aurait que des impacts négatifs (sécurité, communication, etc.)</li> <li>- Voit les points négatifs de l'accès direct.</li> <li>- Utilise le DMP.</li> <li>- Formation initiale insuffisante pour l'accès direct.</li> <li>- Ne se sent pas capable de prendre en charge un patient en première intention.</li> <li>- Pense les MK ne peuvent pas prétendre à l'accès direct.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Homme de 64 ans.</li> <li>- Diplômé en 1977 en Roumanie.</li> <li>- Exerce en Aube, dans une petite ville.</li> <li>- Profession libérale dans un cabinet individuel, pas d'ESP ni de CPTS.</li> <li>- 1 formations au cours des 3 dernières années.</li> <li>- Au courant de l'accès direct et favorable à une mise en place totale.</li> <li>- Pense que les MK ont les compétences nécessaires mais manque de formation sur l'aspect législatif et les signes cliniques.</li> <li>- Pense qu'il faut un module supplémentaire obligatoire post-DE.</li> <li>- Compétences indispensables : toutes.</li> <li>- Pense que l'accès direct altérerait le rôle des médecins.</li> <li>- Voit les points positifs de l'accès direct avec notamment la rapidité de prise en charge et un parcours du patient facilité.</li> <li>- N'utilise pas le DMP : difficulté, accessibilité et sécurité.</li> <li>- Formation initiale insuffisante pour l'accès direct.</li> <li>- Formation et expérience indispensables.</li> <li>- Se sent capable de prendre en charge un patient en première intention.</li> <li>- Pense les MK peuvent prétendre à l'accès direct sous condition de la formation supplémentaire.</li> </ul>

**ANNEXE IV** : Formule utilisée pour le calcul de l'échantillon (39)

$$\text{Taille de l'échantillon} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left( \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Figure 10 : Formule utilisée pour le calcul de l'échantillon

**ANNEXE V** : Courrier électronique transmis aux MK libéraux

« Madame, Monsieur,

Comme convenu lors de notre entretien téléphonique, je vous transmets le questionnaire de mon mémoire de fin d'études portant sur l'accès direct en masso-kinésithérapie.

Le questionnaire est anonyme et nécessite environ 7 minutes pour être rempli.

Cette étude permettra de connaître les positions qu'occupent les masseurs-kinésithérapeutes diplômés exerçant dans la région Grand Est vis-à-vis de l'accès direct, les ressentis de chacun et de dégager les différents points de vue quant à ses modalités.

En vous remerciant par avance de votre participation à cette étude et en vous souhaitant bonne réception.

Cordialement,

Alexis GRASMUCK - étudiant en 4ème année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Nancy

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfIKe5qFpZQvxoBk9JyMB6XainsNo-LmQySjubW-MPnnFc9Mg/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfIKe5qFpZQvxoBk9JyMB6XainsNo-LmQySjubW-MPnnFc9Mg/viewform?usp=sf_link) »

## **ANNEXE VI** : Courrier électronique transmis aux cadres rééducateurs

« Madame, Monsieur,

Comme convenu lors de notre entretien téléphonique, je vous transmets le questionnaire de mon mémoire de fin d'études portant sur l'accès direct en masso-kinésithérapie.

Le questionnaire est anonyme et nécessite environ 7 minutes pour être rempli. Merci encore d'avoir accepté de le transmettre et de le diffuser à l'équipe de masseurs-kinésithérapeutes.

Cette étude permettra de connaître les positions qu'occupent les masseurs-kinésithérapeutes diplômés exerçant dans la région Grand Est vis-à-vis de l'accès direct, les ressentis de chacun et de dégager les différents points de vue quant à ses modalités.

En vous remerciant par avance de votre participation à cette étude et en vous souhaitant bonne réception.

Cordialement

Alexis GRASMUCK - étudiant en 4ème année de masso-kinésithérapie

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfIKe5qFpZQvxoBk9JyMB6XainsNo-LmQySjubW-MPnnFc9Mg/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfIKe5qFpZQvxoBk9JyMB6XainsNo-LmQySjubW-MPnnFc9Mg/viewform?usp=sf_link) »

**ANNEXE VII : Caractéristiques des MKDE exerçant dans le Grand Est (38)**

**Tableau IV : Caractéristiques des MKDE exerçant dans le Grand Est**

	<b>Homme</b>	<b>Femme</b>	<b>20-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>	<b>60-69</b>	<b>70-79</b>	<b>Total</b>
Ardennes	154	148	67	107	68	38	17	5	302
Aube	145	168	62	110	61	49	27	4	313
Marne	254	313	153	165	112	93	38	6	567
Haute-Marne	60	74	29	48	22	22	12	1	134
Meurthe-et-Moselle	410	491	194	296	148	178	82	3	901
Meuse	73	68	26	47	20	35	13	0	141
Moselle	502	542	262	385	159	164	65	9	1 044
Bas Rhin	801	1 087	761	626	212	174	101	14	1 888
Haut-Rhin	384	477	303	283	112	105	50	8	861
Vosges	158	193	72	108	73	71	25	2	351
<b>Pourcentage</b>	<b>45,23 %</b>	<b>54,77 %</b>	<b>29,67 %</b>	<b>33,45 %</b>	<b>15,18 %</b>	<b>14,29 %</b>	<b>6,61 %</b>	<b>0,80 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Total</b>	<b>2 941</b>	<b>3 561</b>	<b>1929</b>	<b>2175</b>	<b>987</b>	<b>929</b>	<b>430</b>	<b>52</b>	<b>6 502</b>



### ANNEXE VIII : Graphiques présentant les raisons de non-utilisation du DMP

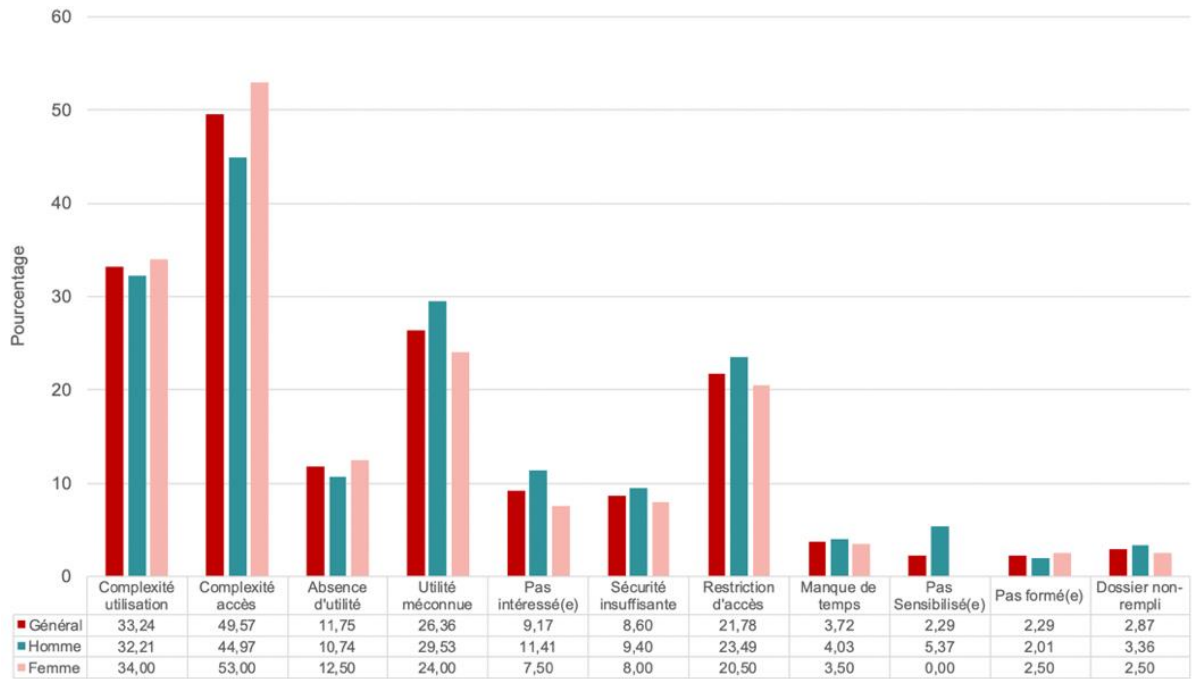


Figure 11 : Graphique présentant les raisons de non-utilisation du DMP en fonction du genre

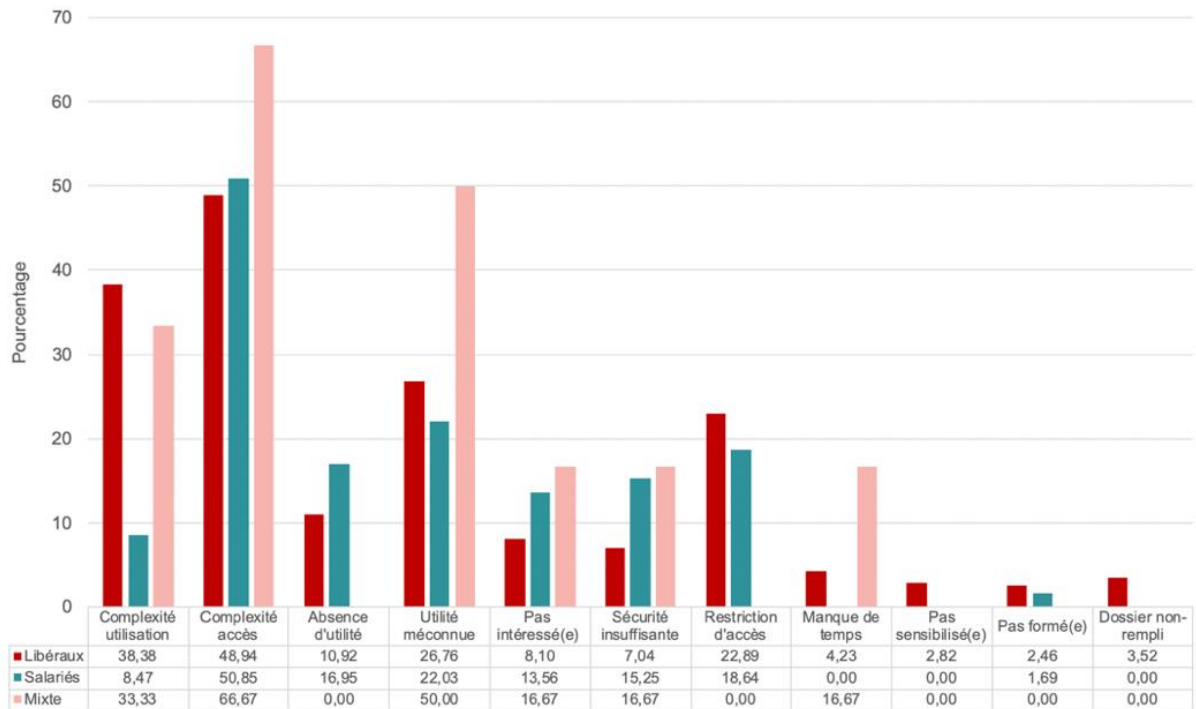


Figure 12 : Graphique présentant les raisons de non-utilisation du DMP en fonction du type d'activité

## L'ACCÈS DIRECT À LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE EN FRANCE : ENQUÊTE AUPRÈS DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES DU GRAND EST

**Introduction :** L'accès direct à la masso-kinésithérapie permet aux patients de se rendre directement chez le masseur-kinésithérapeute (MK) sans nécessité d'une prescription médicale. Aujourd'hui une réalité en France, il permet aux patients souffrant d'une entorse de cheville ou d'une lombalgie aiguë, inférieure à quatre semaines, de se rendre directement chez un MK exerçant au sein d'une structure pluri-professionnelle.

**Matériel et méthode :** Un questionnaire électronique a été envoyé aux MK salariés et libéraux de la région Grand Est par voie électronique à la suite d'un entretien téléphonique préalable. Les questionnaires ont été distribués entre le 22 octobre 2019 et le 6 janvier 2020.

**Résultats :** 478 MK ont répondu à l'enquête (7,35 % de la population totale). 60,04 % des thérapeutes interrogés sont favorables à l'accès direct et à sa mise en place, les hommes significativement plus que les femmes et les libéraux significativement plus que les salariés. Seuls 57,53 % des répondants déclarent que les MK possèdent les compétences nécessaires à l'accès direct, indiquant être insuffisamment formés sur les examens complémentaires d'imagerie (69,46 %), l'aspect législatif (66,32 %), et le diagnostic différentiel (46,23 %). 93,48 % des répondants estiment que l'expérience est indispensable et 31,38 % seulement pensent qu'un MK tout juste diplômé peut prendre en charge des patients en accès direct. 82,43 % pensent que les MK peuvent prétendre à l'accès direct, 74,90 % s'estiment personnellement capable de le faire.

**Discussion et conclusion :** Les réponses à cette enquête s'avèrent en corrélation avec les données de la littérature. L'accès direct semble permettre de réduire les coûts, de prodiguer de meilleurs soins sans nuire à la sécurité. S'il ne semble présenter que des avantages, il ne fait pas l'unanimité. Les répondants semblent globalement favorables à sa mise en place mais semblent aussi rester dans leur champ de compétences et demandent une formation supplémentaire. Cependant, seul un faible nombre de MK est concerné par l'accès direct. Sa mise en place nécessite de se développer afin de répondre à ses objectifs : améliorer l'offre de soin et réduire les coûts de santé.

**Mots clés :** accès direct, compétences, enquête, masso-kinésithérapie

---

## DIRECT ACCESS TO PHYSIOTHERAPY IN FRANCE: SURVEY AMONGST PHYSIOTHERAPISTS IN THE "GRAND EST" REGION

**Introduction:** Direct access to physiotherapy allows patients to directly consult a physiotherapist (PT) without any medical prescription needed. It's now becoming a reality in France for patients who have been suffering from ankle sprain or acute low back pain for less than four weeks. These patients can go directly to a PT exercising in a multi-professional structure.

**Methods:** Following a preliminary phone interview, an electronic questionnaire was sent by email to salaried and independent PTs from the "Grand Est" region. The survey was open between October 22<sup>nd</sup>, 2019 to January 6<sup>th</sup>, 2020.

**Results:** A total of 478 PTs responded to the survey (7.35 % of total population). 60.04 % were in favor of direct access and its implementation, men significantly more than women and independents significantly more than employees. Only 57.53 % of respondents stated that physiotherapists have the necessary qualifications for direct access, reporting insufficient training courses in medical imaging tests (69.46 %), legislation (66.32 %), and differential diagnosis (46.23 %). 93.48 % of respondents believed that experience is essential and only 31.38 % thought a newly graduated PT could take care of patients in a direct access system. 82.43 % thought PTs are qualified for direct access, 74.90 % believed they are able to do so personally.

**Discussion and conclusion:** The answers to this survey seem to match the existing literature on the subject. Direct access appears to reduce health costs, to provide better care without compromising safety. Although it seems to only have advantages, it may not be universally acclaimed. If respondents seem to be generally in favor of its implementation, they also seem to be limited to their field of expertise and ask for additional training. However, only a small number of PTs are concerned by direct access. Its implementation needs to further develop in order to meet its objectives: to improve treatment dissemination and reduce health costs.

**Keywords:** direct access, self-referral, qualifications, survey, physiotherapy