



Avertissement

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

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

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

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

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

MINISTERE DE LA SANTÉ
REGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**CONDITIONS DE L'ACCES DIRECT
A LA MASSO-KINESITHERAPIE
ETAT DES LIEUX, REVUE DE
LITTERATURE ET ANALYSE
CRITIQUE**

Mémoire présenté par **Rodrigue MARION**,
étudiant en 4^{ème} année de masso-
kinésithérapie, en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute
2015-2019.

RESUME

Introduction : L'accès direct est un modèle permettant un accès à la physiothérapie en première intention. Il se distingue des soins classiques qui consistent à consulter un médecin pour être référé par prescription. Actuellement, le système de santé français cherche de nouveaux modèles organisationnels afin de répondre aux besoins des patients tout en réduisant les coûts liés aux soins. L'accès direct à la masso-kinésithérapie pourrait apporter une partie de la solution.

Objectifs : Définir les conditions pour l'obtention de l'accès direct à la Masso-Kinésithérapie.

Contexte : L'accès aux soins en France comporte des particularités qu'il nous faut connaître afin d'en faire la critique et d'en proposer des modifications.

Matériels et méthode : Les bases de recherche MEDLINE*, Google Scholar*, PEDro*, Cochrane* et Science Direct* ont été interrogées en utilisant des termes liés à la physiothérapie et à l'accès direct. Les études incluses ont étudié les conditions d'accès direct à la physiothérapie ou les ont comparées à d'autres systèmes. Elles ont été évaluées à l'aide de l'échelle PEDro et l'échelle AMSTAR2.

Résultats : Parmi les 1181 résultats examinés, 12 études ont été incluses. Les résultats indiquent que l'accès direct aurait des effets en terme d'économie, d'efficacité thérapeutique, sur la charge de travail des professionnels de santé ainsi que sur la satisfaction des patients.

Discussion : De plus en plus de pays autorisent l'accès direct. Des avantages et des inconvénients de ce modèle ont été déterminés pour l'international. A la lumière de ces éléments nous avons présenté les bénéfices et les risques potentiels, selon nous, pour la France. Nous avons également proposé des modifications pour y parvenir.

Conclusion : Cette revue de littérature a montré que l'accès direct à la physiothérapie a répondu à la plupart des attentes. L'étude de la législation française a également permis de définir plusieurs points à modifier et améliorer afin d'aboutir à son intégration dans notre système de santé. Selon nous, il serait nécessaire de réaliser des études sur les différentes composantes du modèle de soin actuel et sur l'expérimentation de l'accès direct en France.

Mots clés : Accès direct, autoréférence du patient, première intention.

ABSTRACT

Introduction: Direct access is a model allowing a first-line access to physiotherapy. It differs from conventional care which consists of consulting a doctor to be referred by prescription. Currently, the French health system is looking for new organizational models in order to meet patients' needs while reducing healthcare costs. Direct access to massage therapy and physiotherapy could be part of the solution.

Objectives: To define the conditions for obtaining direct access to Masso-Physiotherapy.

Context: Access to healthcare in France has some characteristics that we need to know in order to criticize and propose modifications.

Methods: The MEDLINE *, Google Scholar *, PEDro *, Cochrane * and Science Direct * research databases were surveyed using terms related to physiotherapy and direct access. The included studies analyzed conditions for direct access to physiotherapy or compared it to other systems. They were evaluated using the PEDro scale and the AMSTAR2 scale.

Results: Among the 1181 results examined, 12 studies were included. The results show that direct access would have some effects concerning economics, therapeutic efficacy, health professionals' workload and patients' satisfaction.

Discussion: More and more countries are allowing direct access. Advantages and disadvantages of this model have been determined for the international. In light of these elements we presented the benefits and potential risks, in our opinion, for France. We also proposed changes to achieve direct access.

Conclusion: This review has shown that direct access to physiotherapy has met most of expectations. By studying French legislation, we defined several points to develop in order to lead to its integration in our health system. In our opinion, it would be necessary to conduct studies about the different factors of the current model of care and about direct access experiments in France.

Keywords: Direct access, patient self-referral, primary care.



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

Je soussigné(e),

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

Signature

SOMMAIRE

Page

RESUME

LISTE DES ABREVIATIONS

1. INTRODUCTION	1
2. DESCRIPTIF DES CONDITIONS D'ACCES DES DIFFERENTES PROFESSIONS DE ET EN SANTE	3
2.1. Histoire et définition de la profession de kinésithérapeute	3
2.1.1. Histoire	3
2.1.2. Définition	7
2.2. Etat des lieux de l'accès aux soins des différentes professions de santé en France	8
2.2.1. Professions médicales	8
2.2.2. Professions d'Auxiliaires médicaux	9
2.2.3. Autres professions de santé	10
2.1. L'accès aux soins des différentes professions en santé	11
2.2. L'accès aux soins du professionnel ayant un double titre	12
3. MATERIEL ET METHODE	13
3.1. Législatif	13
3.2. Littérature grise	13
3.3. Revue de littérature	13
3.3.1. Stratégie de recherche	13
3.3.2. Construction des équations de recherche	14
3.3.3. Recherche dans les bases de données	15
3.3.4. Extraction de données	15
3.3.5. Evaluation de la qualité	15
3.3.6. Synthèse et analyse des données	16

4.	RESULTATS	17
4.1.	Sélection des études	17
4.2.	Extrapolation et analyse de données	18
4.1.	Compte-rendu des résultats	28
5.	DISCUSSION	30
5.1.	Etat des lieux et comparatif de l'accès à la physiothérapie	30
5.1.1.	A l'échelle mondiale	30
5.1.2.	A l'échelle européenne	31
5.2.	Avantages et inconvénients de l'accès direct à l'international	31
5.2.1.	Avantages	31
5.2.2.	Inconvénients	33
5.3.	Inconvénients et avantages de l'accès direct en France	34
5.3.1.	Inconvénients de l'accès direct à la kinésithérapie en France « aujourd'hui »	34
5.3.2.	Avantages de l'accès direct à la kinésithérapie en France « aujourd'hui »	37
5.4.	Les conditions nécessaires à l'accès direct en France	39
5.4.1.	Conditions de « savoir faire »	39
5.4.2.	Conditions de « droit de faire » : l'Ordre	41
5.4.3.	Conditions de « permis de faire » : Législatif et réglementaire au Code de la santé publique	42
5.5.	Prospections et propositions	43
5.6.	Forces et limites de l'étude	44
5.6.1.	Limites	44
5.6.2.	Forces	45
6.	CONCLUSION	47

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

2nd RESUME

LISTE DES ABREVIATIONS

WCPT : World Confederation for Physical Therapy

CSPP : Conseil Supérieur des Professions Paramédicales

BDK : Bilan diagnostic-kinésithérapique

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

PACES : Première Année Commune Aux Etudes de Santé

APA : Activité Physique Adaptée

MKO : Masseur-Kinésithérapeute-Ostéopathe

HAS : Haute Autorité de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

MSNICU : Unité de Soins Intensifs Médico-Chirurgicaux Neurologiques

APP : Physiothérapie en Pratique Avancée

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

ENPHE : European Network of Physiotherapy in Higher Education

PFPCS : Service de Physiothérapie de Premier point de contact

DPC : Développement Professionnel Continu

DMP : Dossier Médical Partagé

PIB : Produit intérieur brut

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

ALD : Affection de Longue Durée

1. INTRODUCTION

Actuellement, le système de santé français cherche de nouveaux modèles organisationnels afin de répondre aux besoins des patients tout en réduisant les coûts liés aux soins. Habituellement, le patient nécessitant une rééducation est référé à un masseur-kinésithérapeute par un professionnel médical (1), on parle alors de « référence médicale ». Un modèle permettant un accès à la physiothérapie en première intention est en train de se développer à l'international : l'« accès direct » (1). Ce terme définit la possibilité pour les physiothérapeutes de prendre en charge des patients sans qu'ils aient eu à consulter un médecin au préalable. L'accès direct est complémentaire de la notion d'« autoréférence ». Il s'agit de la traduction du terme anglais « self-referral » qui, contrairement à l'accès direct, se place du point de vue du patient. Elle désigne la possibilité pour un patient de consulter le professionnel de santé de son choix en première intention (2)(3)(4).

Dans certains pays, cela fait plus de 40 ans que l'accès direct à la physiothérapie fonctionne. Ce modèle a été mis en place pour la première fois aux Etats-Unis dans l'état du Nebraska en 1957 (5). Dans les années 1970, l'Association Australienne de Physiothérapie a supprimé le principe selon lequel « *pour un physiothérapeute - membre de l'Association Australienne de Physiothérapie - il est éthique de ne prendre en charge un patient qu'après recommandation d'un médecin* » (6). Suite à cette modification, la World Confederation for Physical Therapy (WCPT) a pris position en faveur de l'accès direct avec comme fondement l'exemple australien. De plus en plus de pays font le choix de l'inclure en complément de l'offre de soin traditionnelle (voir annexe II) (7). A notre connaissance, aucun pays autorisant l'accès direct à la physiothérapie n'a fait marche arrière. La littérature se développe de façon exponentielle sur ce modèle, mettant en avant les bénéfices tirés ainsi que les modifications potentielles à son optimisation.

En France, il n'est actuellement pas possible pour un masseur-kinésithérapeute de prendre en charge un patient en première intention. En parallèle, d'autres professions en santé ont cette possibilité à l'image des ostéopathes ou des chiropracteurs. Dans cette étude, nous faisons la distinction entre les professions **de** santé (régies par le Code de la santé publique et conventionnées par la sécurité sociale) et les professions **en** santé (qui ne le sont pas). Sur ce constat, nous pouvons nous poser plusieurs questions. Quelles sont les causes des divergences d'accès aux différentes professions rattachées à la santé en France

et comment les faire évoluer ? A l'international, l'accès direct tend à se généraliser. Quel bilan les pays l'ayant expérimenté tirent-ils de l'accès direct et quelles avancées leurs ont permis d'y accéder ?

L'objectif de cette étude est de définir quelles sont/seraient les conditions (juridiques/matérielles) pour l'accès direct à la Masso-Kinésithérapie en s'appuyant sur la comparaison avec les professions de santé et en santé en France ainsi que la comparaison avec la physiothérapie en Europe et dans le monde.

2. DESCRIPTIF DES CONDITIONS D'ACCES DES DIFFERENTES PROFESSIONS DE ET EN SANTE

2.1. Histoire et définition de la profession de kinésithérapeute

2.1.1. Histoire

De tous temps, le massage fut pratiqué dans le monde pour ses vertus thérapeutiques et bienfaitantes. Malheureusement, son image est entachée car trop souvent associée à la prostitution. En France, c'est au cours des XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles que le massage se professionnalise en se cantonnant au thermalisme. Dans le même temps, la balnéothérapie commence à se pratiquer en milieu hospitalier mais reste réalisée par des personnes peu ou pas qualifiées (8). En parallèle, la gymnastique, jusque-là militaire et plus récemment intégrée au programme scolaire, se développe et commence à être utilisée dans un but thérapeutique. Avec l'avènement de l'hygiène, elle attise la curiosité du corps médical qui en fait une science et l'utilise à des fins de traitements, devenant "Gymnastique orthopédique" (8). A partir de la fin du XIX^{ème} siècle, une gymnastique plus rigoureuse voit le jour en France : la "Gymnastique suédoise". Cette méthode se développe notamment au travers des conférences du Docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, en 1887, à l'hôpital Cochin à Paris (8). Elle consiste en une approche plus individuelle et spécifique au patient (un patient par professeur de gymnastique). Le professeur guide le patient lors des exercices, pouvant l'aider à réaliser le mouvement ou *a contrario*, fournir une résistance dans l'exécution du geste (8).

Avant le XX^{ème} siècle, il y a donc deux domaines d'activités (la gymnastique et le massage) se développant indépendamment l'un de l'autre et de façon non contrôlée. Pour organiser les pratiques, un encadrement légal est créé à la fin du XIX^{ème} siècle. Dans le même temps, cela permet de donner le monopole de l'exercice de ces domaines au corps médical. Ces nouvelles professions prennent les noms de masseur-médical et gymnaste-médical (8).

Du point de vue du grand public, en 1847, apparaît pour la première fois le terme de kinésithérapie dans un dictionnaire non médical français. Ce mot est formé par l'association des termes grecs "*kinesi*", le mouvement et "*therapie*", le soin (9).

Au cours des deux guerres mondiales, les professions de masseur et gymnaste médicaux se développent de façon considérable pour répondre aux besoins de l'armée (8). Grâce à ces professionnels, le nombre de soldats inaptes et le temps d'indisponibilité sont réduits et à terme le nombre d'invalidités. Cette prise en charge des soldats blessés s'avère très efficace. D'abord, elle permet de lutter contre le déclin des effectifs dans l'armée, ensuite, d'un point de vue financier, elle permet de faire d'énormes économies dans le budget des pensions d'invalidité. C'est à la fin des conflits, et par la loi du 30 avril 1946 (10), que vont être réunis les métiers de masseur-médical et de gymnaste-médical en une seule profession prenant le nom de masso-kinésithérapeute (11). Leur domaine d'exercice comprend dès lors le massage, la gymnastique médicale, la rééducation fonctionnelle et la physiothérapie. Les actes autorisés à être réalisés par un masseur-kinésithérapeute le sont en présence d'un médecin ou, pour quelques exceptions « [...] *sur prescription quantitative et qualitative du médecin mais sans la présence de celui-ci [...]* » (11)(12). Dans le même temps, l'arrêté de 1947 instaure la création du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie rattaché au ministère de la santé. Il est théoriquement constitué paritairment de kinésithérapeutes et de médecins spécialisés en massage ou gymnastique médicale. En pratique, la parité entre les professions n'est pas respectée. Le corps médical, d'un statut social dominant, se retrouve également en nette supériorité numérique. Nous pouvons noter que dès sa création, la profession de masseur-kinésithérapeute est enclavée, totalement dépendante du corps médical dans un statut secondaire. Ce préambule freinera considérablement l'évolution de la profession (8)(11).

La formation initiale de masso-kinésithérapie est sous contrôle quasi-exclusif des médecins : « Sur les 19 écoles agréées existantes en 1952, 7 ont pour directeur un chirurgien ou un professeur de faculté de médecine, 7 un médecin et seulement 5 un non-médecin. 73,68% des écoles sont donc dirigées par un médecin. Seules 26,31 % le sont par un non-médecin. Il faudra plusieurs décennies pour que la situation évolue et que les écoles de masso-kinésithérapie puissent avoir à leur tête un masseur-kinésithérapeute. » (11).

Si, dès sa naissance, la masso-kinésithérapie n'est qu'une profession secondaire dont le but est de lutter contre la pratique charlatanesque du massage et de la rééducation, elle évoluera lentement vers plus d'autonomie. Elle restera sous contrôle du corps médical ayant une mainmise totale.

Au cours de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, et au prix de nombreux efforts, les masseurs-kinésithérapeutes acquièrent progressivement de nouveaux droits et responsabilités tels que le diagnostic masso-kinésithérapique, le droit de prescription ou encore la création d'un Ordre. Nous allons rappeler les textes juridiques les plus marquants dans l'évolution de la profession.

L'arrêté du 20 mai 1968, relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, permet à un kinésithérapeute d'accéder à la direction d'une école. « *La direction des écoles de kinésithérapie pourra être assurée soit par un docteur en médecine ayant des connaissances particulières en kinésithérapie, soit par un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat, titulaire du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur* » (13).

En 1969, la formation initiale de masso-kinésithérapie se voit adjoindre une 3^{ème} année d'étude. Une lutte était engagée depuis 1954, date à laquelle les kinésithérapeutes siégeant au Conseil Supérieur de la Kinésithérapie avaient fait entendre leur volonté d'acquérir une troisième année d'étude, proposition balayée par le groupe représentant le corps médical, alors majoritaire, à ce même conseil.

En 1973, le Conseil Supérieur de la Kinésithérapie est supprimé et remplacé par le Conseil Supérieur des Professions Paramédicales (CSPP) composé de 12 professions (Infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, audioprothésiste, opticien-lunetier et prothésiste-orthésiste). Cela se concrétise par l'intégration de toutes ces professions au sein du livre IV, titres II et suivants du Code de la Santé Publique (11).

Le décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, généralise la rééducation sur prescription médicale sans présence d'un médecin, sauf exceptions figurant aux articles 4 et 7 du même décret (rééducation cardio-vasculaire et élongations vertébrales par traction mécanique) (11)(14).

Le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 renforce les droits et responsabilités de la profession par la création du bilan diagnostic masso-kinésithérapique (BDK) et le libre choix par le masseur-kinésithérapeute de ses techniques (11). « *Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés* » (15).

Le décret n°2000-577 du 27 juin 2000 modifie la notion de quantitatif de la prescription médicale en qualitatif (11). « *Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.* » (16).

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, introduit le droit de prescription aux masseurs-kinésithérapeutes. « *Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine* » (17). Il faudra attendre l'arrêté du 9 janvier 2006 pour voir l'application du droit de prescription et connaître la liste des dispositifs médicaux autorisés (18).

La loi n°2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, institue le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) (19), après une première tentative abrogée en 1995 (20). Mais il faudra attendre presque deux ans pour voir paraître le décret d'application de la création du CNOMK qui donnera lieu aux premières élections en 2006 (21).

En 2015, la formation initiale est allongée par une 4^{ème} année d'étude à la suite d'une Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES). Cette avancée pourrait ouvrir aux étudiants les portes de l'Université, avec la reconnaissance du diplôme d'Etat au niveau master et la possibilité de réalisation d'un doctorat, condition préalable au passage à l'accès direct.

2.1.2. Définition

La masso-kinésithérapie est une profession d'auxiliaire médical (Quatrième partie livre III titre II chapitre 1^{er} du Code de la santé publique). L'article L4321-1 du Code de la Santé Publique, en date du 26 janvier 2016, définit :

« 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.

Le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21.

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination.

Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité.

La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin, est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de

médecine.

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. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiniques. » (22).

Nous pouvons noter que la profession de masseur-kinésithérapeute possède déjà certains prérequis à l'obtention de l'accès direct (tels que le libre choix de ses techniques, l'élaboration d'un bilan diagnostique kinésithérapique ou l'allongement de la formation initiale). Cependant, plusieurs avancées restent à mettre en place (comme le développement de la compétence de diagnostic différentiel et la conduite d'études cliniques en masso-kinésithérapie afin de prouver les résultats de l'accès direct). Nous étayerons ces différents points en discussion.

2.2. Etat des lieux de l'accès aux soins des différentes professions de santé en France

Les professions de santé sont définies par le Code de la Santé Publique. « *Ensemble de personnes ayant une activité liée à la prophylaxie ou aux soins aux malades.* » (23). Pour rappel, ce Code est divisé en une partie législative, une partie réglementaire, et une « autre ». Les métiers de santé sont séparés en trois catégories : médicale, auxiliaire médical et autre profession de santé. Chacune possède des droits communs aux professions la composant. Cependant, il existe certaines spécificités propres à une ou plusieurs professions.

2.2.1. Professions médicales

Selon l'Académie de Médecine, une profession médicale est une « *Activité habituelle d'une personne habilitée à établir un diagnostic, donner des soins et formuler une prescription thérapeutique pour les malades.* » (23). Elles sont au nombre de trois :

- Les médecins : ils peuvent pratiquer tous les actes dans leur domaine de compétence (médecine générale, dermatologie, cardiologie, pédiatrie...)

- Les chirurgiens-dentistes : ils pratiquent tous les actes se rattachant à la santé bucco-dentaire.
- Les sages-femmes : elles possèdent des droits identiques à ceux des médecins pour ce qui touche à l'obstétrique exception faite du diagnostic de grossesse.

Les professionnels médicaux possèdent tous les droits de prescription, de diagnostic et de pronostic. Ils peuvent être consultables en première intention. Le respect des devoirs édictés au Code de la Santé Publique est assuré par les Ordres propres à chaque profession, lesquels sont rattachés au ministère de la santé (24).

2.2.2. Professions d'Auxiliaires médicaux

Les auxiliaires médicaux sont accessibles par accès référé (en deuxième intention), c'est-à-dire sur prescription médicale. Selon l'Académie de médecine, un auxiliaire médical est une « *personne habilitée à accomplir des actes de soins et de traitement sur prescription d'un médecin et/ou sous sa surveillance et/ou en sa présence.* » (23).

Cette catégorie réunit les 9 professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale et technicien de laboratoire médical.

Au sein des auxiliaires médicaux, il existe certaines particularités :

- Trois professions d'auxiliaires médicaux ont un Ordre : Les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues et les infirmiers.
- Ces trois professions possèdent également un droit de prescription restreint à une liste exhaustive : les masseurs-kinésithérapeutes depuis 2006 (18), les pédicures-podologues depuis 2008 (25) et les infirmiers depuis 2012 (26).
- Quatre ont un droit de diagnostic : les pédicures-podologues « *Les pédicures-podologues, à partir d'un diagnostic de pédicurie-podologie [...]* » (22), les infirmiers « *[...] l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires [...] Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. [...]* » (27), les masseurs-kinésithérapeutes « *Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic*

kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. » (28) et les orthophonistes « Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins [...] » (28).

- Deux professions ont un accès direct partiel encadré. Les pédicures-podologues, depuis 2008 « *Les pédicures-podologues accomplissent, sans prescription médicale préalable et dans les conditions fixées par l'article L. 4322-1[...] » (29)* (Pour le diagnostic et le traitement des hyperkératoses, verrues plantaire et ongles incarnés ; les soins d'hygiène du pied ou la prescription et la pose de topiques ou de pansements figurant sur leur liste par exemple). Les masseurs-kinésithérapeutes, depuis 2002 « *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. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. » (22).*

Au vu des textes, nous pouvons statuer que les professions d'auxiliaires médicaux ne sont pas sur un pied d'égalité. Certaines ont acquis des droits supplémentaires au cours du temps. Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, beaucoup de similitudes existent avec les professions médicales. Ils possèdent déjà une forme de diagnostic (par le BDK), un droit de prescription (défini par une liste exhaustive) et un accès direct (dans le cadre de l'urgence).

2.2.3. Autres professions de santé

Cette catégorie est constituée de toutes les professions définies par le Code de la santé publique non médicales ou auxiliaires médicales. Elles sont au nombre de 8 et rassemblent : les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, les diététiciens, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les ambulanciers et les assistants dentaires. Ces professions comportent une activité commerciale. Elles sont soumises à prescription médicale pour le versant de leur activité conventionnée par la Sécurité Sociale. Elles possèdent un accès direct pour leur activité non conventionnée. Un opticien-lunetier peut vendre librement une paire de lunettes de soleil ou un audioprothésiste des protections auditives moulées.

2.1. L'accès aux soins des différentes professions en santé

Cette catégorie regroupe les professions intervenant en santé, bien que non régies par le Code de la santé publique telles que les ostéopathes, les chiropracteurs et les enseignants en activité physique adaptée (APA).

En France, les ostéopathes et les chiropracteurs sont deux professions en accès direct. L'article 75 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, reconnaît officiellement les titres d'ostéopathe et de chiropracteur. *« L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret [...] »* (30). Cependant, si l'article reconnaît le titre, il ne reconnaît pas la profession et n'en donne pas de définition. Ce n'est que le 25 mars 2007, par le décret n°2007-435 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, qu'est défini le champ d'application des ostéopathes par la publication de la liste exhaustive des actes autorisés (31).

« L'Enseignant en APA est titulaire d'une Licence STAPS mention APA et Santé. Il intervient auprès de personnes dont les aptitudes physiques, psychologiques ou conditions sociales réduisent leur niveau d'activité et leur participation sociale [...] L'Enseignant en APA propose des situations motrices d'enseignement qui utilisent des activités physiques, sportives ou artistiques dans des conditions techniques, matérielles, réglementaires et motivationnelles adaptées à la situation et à la sécurité du pratiquant, dans un objectif de rééducation, de réadaptation, d'éducation, de prévention et/ou d'insertion sociale. » (32). Ces professionnels dépendent du Code du sport. Très récemment, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, permet la prescription d'activité physique adaptée. *« Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. »* (33). Le décret du 30 décembre 2016 précise et régit l'application d'activité physique adaptée (34).

Ces professions en santé, bien qu'en parallèle du système de soin tel que régit par la sécurité sociale, ont une place de plus en plus prépondérante. Des manques, tels que le nombre insuffisant de professionnels de santé et le remboursement de tout ou partie des prestations hors convention avec la sécurité sociale par certaines mutuelles, accentuent ce phénomène.

2.2. L'accès aux soins du professionnel ayant un double titre

Le titre de masseur-kinésithérapeute est conciliable avec plusieurs professions. Ici, nous parlons des professionnels utilisant leur double titre c'est-à-dire inscrits aux Ordres dont ils relèvent et exerçant les deux fonctions. En France, la grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à double titre sont masseurs-kinésithérapeutes-ostéopathes (MKO). Pour cette raison, nous ne développerons que ce cas particulier.

Le MKO relève à la fois du Code des masseurs-kinésithérapeutes et de celui des ostéopathes (35). Il est soumis au décret relatif à l'exercice de la masso-kinésithérapie qui se réalise sur prescription médicale. Il est également soumis au décret relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, ce qui lui confère un accès direct au même titre que les professionnels de santé à compétences définies.

De ce fait, le MKO peut réaliser des prises en charge thérapeutiques sur prescription médicale en réalisant un bilan diagnostic kinésithérapique, puis utiliser des techniques d'ostéopathie dans son traitement. Dans un but fonctionnel, il peut réaliser, en accès direct, de l'ostéopathie après un diagnostic d'exclusion (35).

3. MATERIEL ET METHODE

Cette revue systématique de littérature a été élaborée selon les critères PRISMA (36).

3.1. Législatif

Les données ont été recueillies par consultation des textes références (Code de la santé publique, Code de la sécurité sociale).

3.2. Littérature grise

Des données ont également été tirées de littérature grise tels que des thèses et des mémoires.

3.3. Revue de littérature

Cette revue dresse le bilan de la littérature disponible sur l'état actuel de l'expérience de la physiothérapie en première intention dans le monde, en Europe et en France. Nos recherches se sont arrêtées au 1^{er} mars 2019 pour des raisons de délais.

3.3.1. Stratégie de recherche

3.3.1.1. Sources de données et recherche

Les recherches ont été limitées aux 5 dernières années pour nous concentrer sur la littérature représentative des modèles de soins actuels. Pour cela, les bases de recherche MEDLINE*, Google Scholar*, PEDro*, Cochrane* et Science Direct* ont été interrogées à partir de janvier 2014 et pour la dernière fois le 1^{er} mars 2019.

3.3.1.2. Critères de sélection

Pour être incluses, les études devaient répondre aux critères suivants :

- 1) Porter sur la physiothérapie en première intention,
- 2) Comparer la physiothérapie par accès direct à la physiothérapie par référence médicale ou réaliser une analyse des conditions à sa mise en place,
- 3) Prendre en compte au moins un critère d'efficacité, de coût, de faisabilité ou de sécurité du patient,
- 4) Avoir été publiées après 2014 inclus,
- 5) Etre rédigées en langue française ou anglaise.

Parmi les études lues en texte intégral, les critères d'exclusions étaient :

- 1) Porter sur une technique précise,
- 2) Utiliser du matériel spécifique,
- 3) Etudier une pathologie particulière,
- 4) Porter exclusivement sur la physiothérapie en pratique avancée (APP).

Plusieurs types d'études ont été retenues (études observationnelles, études qualitatives, études quantitatives et revues de littérature).

3.3.2. Construction des équations de recherche

Les mots clés utilisés ont été sélectionnés suite à une recherche bibliographique préliminaire.

- Physiothérapie

Equation de recherche : utilisation de l'astérisque "*" permettant de regrouper les différents termes commençant par « Physiotherapy ».

("Physiotherapy", "Physiotherapist", "Physiotherapical").

- Accès direct

Equation de recherche : utilisation de l'opérateur booléen OR.

("Direct access" OR "Patient self-referral" OR "primary care").

3.3.3. Recherche dans les bases de données

- Pour les bases de données MEDLINE, Cochrane, Science Direct et Google Scholar les équations de recherche ont été mêlées en utilisant entre elles des opérateurs booléens AND.

(Physiotherapy*) AND (“Direct Access” OR “Patient self-referral” OR “primary care”).

- Pour la base de données PEDro : il s’agit d’une base de données spécifique de la physiothérapie. Notre recherche a été effectuée en utilisant uniquement les mots de recherche compris dans l’équation « accès direct ».

3.3.4. Extraction de données

Les titres et les résumés ont été sélectionnés par l’auteur. Les textes intégraux ont été obtenus pour les articles répondant aux critères d'inclusion spécifiés.

3.3.5. Evaluation de la qualité

Pour évaluer le niveau de preuve des études incluses dans la revue de littérature, nous avons utilisé plusieurs échelles de notation en fonction de la nature de l’article. Pour les études, nous avons utilisé la version française de l’échelle proposée par la base de données PEDro (37). C’est un outil relativement simple, reconnu et approuvé par la Haute Autorité de Santé (HAS). Nous avons supprimé les items 5 « *tous les sujets étaient en aveugle* » et 6 « *tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient en aveugle* ». Dans le contexte de l’accès direct à la physiothérapie, l’aveuglement des patients et des thérapeutes est difficilement réalisable. Les études sont donc notées sur 9 points au lieu de 11 traditionnellement. Pour les revues de la littérature nous avons utilisé l’échelle AMSTAR2 (38) qui, selon nous, est l’outil disponible le plus adapté actuellement. Pour chaque étude un niveau de preuve a été déterminé afin d’en définir la pertinence, mais n’a pas été retenu comme critère de sélection.

3.3.6. Synthèse et analyse des données

Une fiche de lecture a été réalisée pour chaque article afin de mieux appréhender son contenu. Ces fiches sont regroupées à l'annexe I.

4. RESULTATS

4.1. Sélection des études

Au total, avec l'utilisation de nos équations de recherche, 1181 articles étaient disponibles dans la littérature. Après lecture des résumés, 51 articles ont été retenus pour lecture intégrale. Il y avait 8 articles semblant répondre à nos critères d'inclusion d'après le titre et le résumé pour lesquels nous n'avons pas pu obtenir le texte intégral. En conséquence, 12 articles répondaient aux critères établis et ont donc été inclus dans cette revue de littérature.

Les raisons les plus courantes d'exclusion étaient la date de publication et la langue de rédaction des articles.

Le diagramme de déroulement de la recherche documentaire tout au long du processus de sélection des revues est présenté à la *figure 1*.

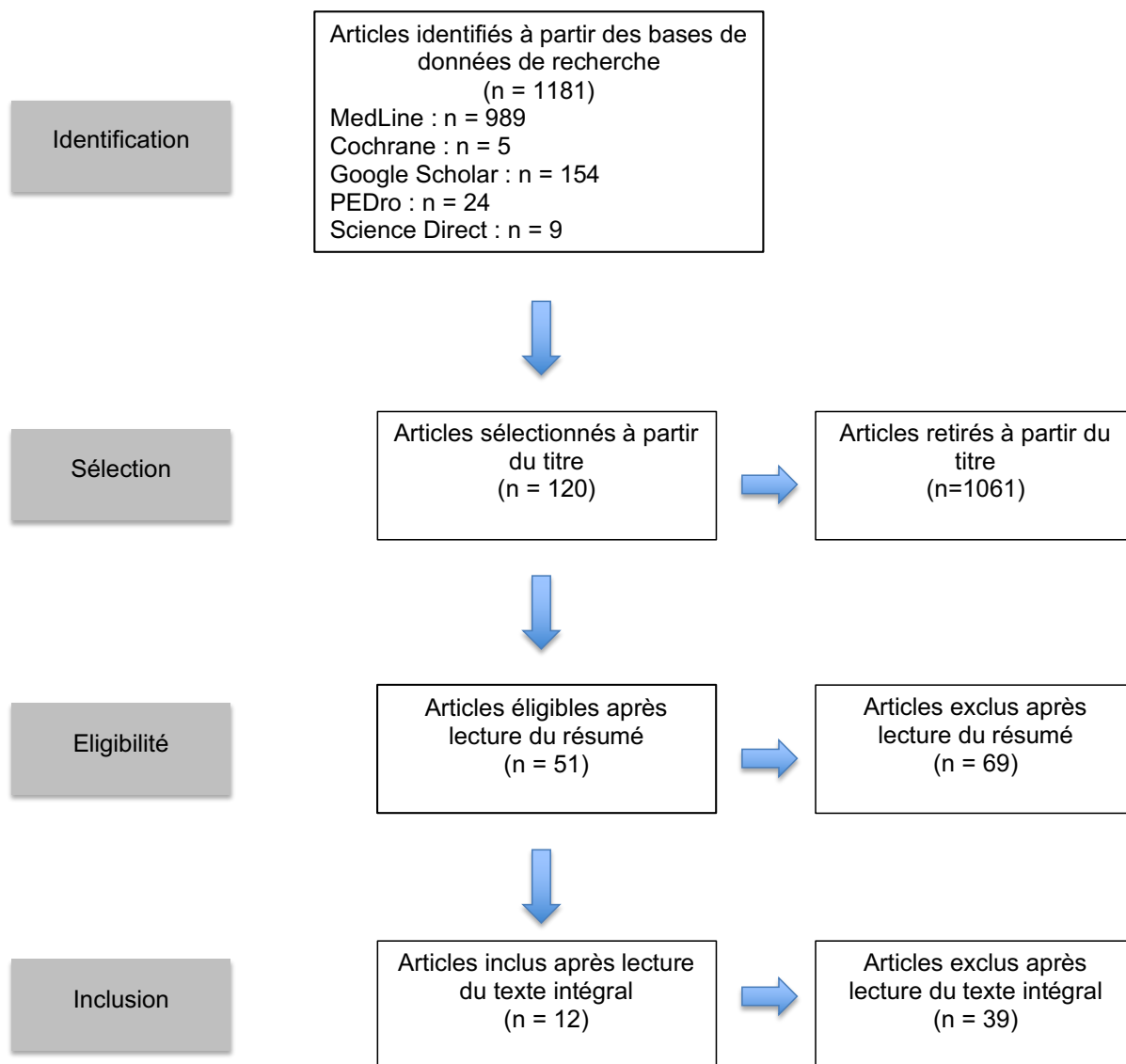


Figure 1 Diagramme de flux

4.2. Extrapolation et analyse de données

En 2014, R. Remondière *et al.* (7) ont rédigé un article sur l'accès direct à la kinésithérapie. Leur but était de définir sur quelles bases et dans quel cadre il pourrait se construire, ainsi que les freins et les facilitateurs à sa mise en place. En France, des auxiliaires médicaux s'approprient des actes à compétences partagées leur permettant plus d'autonomie et plus d'initiatives. Nous savons, dès à présent, que les patients y sont favorables. Par contre, la question reste entière sur l'avis des médecins. Selon les auteurs de cet article, deux voies sont envisageables pour un accès direct. Une première, par la pratique, avec un transfert de compétence, est réalisable en collaboration avec les médecins

et sous contrôle de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Une seconde, par une avancée législative et réglementaire initiée par un arbitrage ministériel ou européen, pour restructurer le modèle de santé. Actuellement, malgré l'acquisition de nouvelles compétences, les masseurs-kinésithérapeutes sous-utilisent certaines d'entre elles. Le droit à la prescription en est un exemple parfait. Ils sont moins de 4,7 % à l'utiliser, tandis qu'en parallèle 90 % d'entre eux en réclament l'élargissement. D'autres points négatifs du système actuel sont à noter. Le modèle de la profession est toujours le même qu'il y a soixante-dix ans. Le statut salarié n'a pas évolué au cours des quarante dernières années. L'offre de soins en libéral est très inégale sur le territoire Français et les délais d'attente de prise en charge augmentent. En conclusion, si le pouvoir politique veut diminuer les coûts en santé, cela passe par l'amélioration des coopérations entre médecins et auxiliaires médicaux. Il serait intéressant de légiférer pour une évolution des réglementations vers un transfert de compétences.

En 2014, I. Swinkels *et al.* (39) ont présenté les principaux résultats d'une étude longitudinale évaluant les effets de l'autoréférence en physiothérapie aux Pays-Bas. Cette étude cherchait à définir si le volume de soins de médecine générale et/ou de physiothérapie était modifié par rapport au modèle par référence médicale. L'étude s'est appuyée sur une base de données nationale évaluant les soins primaires en santé (NIVEL) afin d'être représentative de la population. Tous les patients de plus de 18 ans ayant contacté un cabinet de physiothérapie entre le 1^{er} janvier 2004 et 31 décembre 2010 ont été inclus. Le volume de soins a été mesuré par les indicateurs suivants :

- 1) Les taux d'incidence en médecine générale pour les 5 diagnostics les plus fréquents donnant lieu à une prescription de physiothérapie durant la période 2004-2009 et le nombre de consultations en médecine générale pour la période 2006-2009,
- 2) La proportion de la population néerlandaise ayant consulté un physiothérapeute entre 2004 et 2009,
- 3) Le nombre de visites par patient ayant bénéficié de soins de physiothérapie au cours de la période 2006-2010,
- 4) Les caractéristiques de la population de patients en physiothérapie de 2004 à 2010,
- 5) La proportion de patients ayant bénéficié de soins de physiothérapie après consultation initiale de physiothérapeutes ou de médecins.

Concernant le volume de soins des médecins généralistes, le nombre de patients ayant consulté un médecin pour un problème musculo-squelettique a diminué de façon non significative (passant de 300 cas pour 1 000 patients en 2004 à 268 en 2009). Le volume de

soins des physiothérapeutes a augmenté suite à la mise en place de l'accès direct (passant de 17% en 2004 à 21% en 2009). Dans un même temps, le nombre moyen de séances de physiothérapie est passé de 9 en 2006 à 7 en 2010 pour les patients référés par un médecin et de 7 à 6 séances pour les patients auto-référés. En 2010, 94,3% des patients référés et 86,9% des patients auto-référés ont reçu un traitement. En ce qui concerne l'accès aux soins de physiothérapie, les analyses standardisées en fonction du sexe et de l'âge du patient ont montré une augmentation très significative d'auto-références (passant d'un ratio de 27,8% en 2006 à 44,2% en 2010 ($p=0,001$)). De plus, la proportion de la population totale consultant pour des pathologies aiguës est passée de 38% à 43%. Par ailleurs, les patients jeunes et souffrant de pathologie du rachis ont davantage recours au physiothérapeute en première intention : ces derniers préfèrent l'autoréférence. En conclusion, l'autoréférence aux Pays-Bas n'entraîne pas de modification de prise en charge par les généralistes et le nombre d'autoréférences continue de croître. Les auteurs n'ont pas démontré d'éventuelles modifications de la consommation de soins primaires.

En 2014, HA. Ojha *et al.* (3) ont réalisé une revue de littérature afin de comparer l'accès direct à l'accès référé à l'échelon mondial sur les critères de résultats et de coûts en santé. Pour cela, les bases de données CINAHL (EBSCO), Web of Science et PEDro ont été consultées sur la période de 1990 à 2013 en combinant les mots clés : "direct access" ; "primary care" ; "physical therapy" ; "physiotherapy" ; et "open access". Les critères d'inclusion étaient :

- 1) Inclure plus de 85% de patients présentant des TMS,
- 2) Comprendre des données quantitatives pour le groupe auto-référé,
- 3) Inclure des données quantitatives pour le groupe référé par un médecin,
- 4) Comprendre, dans les deux groupes, plus de 50% de patients ayant reçu une thérapie physique,
- 5) Avoir au moins évalué les résultats, les coûts ou les interventions en physiothérapie,
- 6) Etre rédigé en anglais ou en espagnol.

Les coûts des soins de santé (pour les patients, les assurances privées ou le système de santé public) étaient inférieurs lorsque les patients passaient par l'autoréférence (grade B). Pour le nombre de visites chez le physiothérapeute, ces derniers étaient significativement moins élevés dans le groupe à accès direct que dans le groupe référé par un médecin (grade C). Une thérapie physique par accès direct entraînait moins d'exams secondaires et moins d'interventions en physiothérapie par rapport à un référencement médical (grade B).

Concernant les consultations médicales, les patients du groupe d'accès direct voyaient moins leur médecin généraliste (grade D). En conclusion, les patients du groupe d'accès direct ont reçu moins de médications et moins d'exams imagerie médicale tout en obtenant des résultats similaires ou supérieurs. Les auteurs émettent l'hypothèse d'une diminution relative du risque de préjudices dans le groupe à accès direct.

En 2015, C. Duncan *et al.* (40) ont décrit la pratique en physiothérapie, dans une unité de soins intensifs médico-chirurgicaux neurologiques (MSNICU) de Toronto (Canada), avant et après la mise en œuvre de l'autoréférence. Pour évaluer l'impact de l'accès direct dans la MSNICU, ils ont mesuré les différences de temps pour accéder au service de physiothérapie et le volume de patients ayant consulté avant et après l'adoption de l'autoréférence en physiothérapie. Ont été inclus dans cette étude, les patients ayant consulté un physiothérapeute au cours des 6 mois précédant (pré) et dans les 3 mois suivant (post) la mise en œuvre de l'auto-référencement. Les critères d'évaluation mesurés sont :

- 1) Le nombre de jours pour recevoir une prise en charge en physiothérapie ;
- 2) La charge de travail (nombre de patients recevant une intervention de physiothérapie par jour).

Aucune différence significative d'âge ou de sexe entre les deux échantillons n'a été constatée ($p > 0,05$). Il y a eu une augmentation significative d'admissions au service de neurochirurgie en post autoréférence par rapport au pré ($p = 0,02$). Les raisons les plus courantes d'admission à la MSNICU étaient des pathologies respiratoires, neurologiques et des complications postopératoires. Concernant le volume de travail, les 90 dossiers de patients de janvier à juin 2011 (pré) ont été référés par un médecin. Sur les 100 dossiers de janvier à mars 2012 (post), 62 ont été auto-référencés par un physiothérapeute et 38 par recommandation d'un médecin. Aucune différence significative n'a été démontrée ($p > 0,05$) entre le nombre moyen de patients sur le nombre de cas quotidiens de physiothérapie (14,7 pour le pré contre 14,3 pour le post) et le nombre moyen de lits occupés (21,1 pour le pré contre 21,8 pour le post). Environ deux tiers des patients dans la MSNICU ont été traités au cours de ces deux périodes. Pour ce qui est de la rapidité de la prise en charge en physiothérapie, il y avait une diminution significative de 1,4 jour ($p = 0,01$) chez les patients du groupe post par rapport au groupe pré (3,2 jours pour pré contre 1,8 jour pour post). A propos de la durée d'hospitalisation, aucune différence significative n'a été trouvée ($p = 0,93$) entre les cohortes pré (12,7 jours) et post (13,0 jours). En conclusion, l'utilisation de

l'autoréférence a permis un accès plus rapide au service de physiothérapie pour les patients, en unité de soins intensifs de la MSNICU, en ayant besoin.

En 2016, W. Boissonnault *et al.* (41) ont examiné l'adoption de l'accès direct au Wisconsin (Etats-Unis). Ils ont étudié les difficultés rencontrées et les ressources utilisées pendant la mise en œuvre de l'accès direct, ainsi que les obstacles à son utilisation par les établissements de soins dans cet état. Un questionnaire a été envoyé par courrier électronique aux directeurs des services de réadaptation des hôpitaux/centres médicaux du Wisconsin. Les centres médicaux ont été divisés en un groupe ayant mis en œuvre un modèle d'accès direct et un groupe ne l'ayant pas adopté. Le questionnaire incluait les données démographiques des institutions et des directeurs des services de réadaptation. Des questions spécifiques ont été posées en fonction de la mise en place ou non de l'accès direct. 89 questionnaires ont été envoyés représentant 107 centres médicaux (dont 25 centres médicaux offrant un accès direct, 36 sans accès direct, et 1 dans le processus de mise en œuvre). Sur 47 réponses au questionnaire, 20 sont issues du groupe à accès direct, 26 du groupe sans accès direct et celle du centre médical dans le processus de mise en œuvre. Il n'a pas été montré de lien statistiquement significatif entre les données démographiques d'une organisation et l'offre de services d'accès direct par type de centre médical, modèle économique ou emplacement géographique. La majorité des répondants ont indiqué que le principal obstacle à l'utilisation de l'accès direct était le manque de connaissances par le grand public, les médecins et les administrateurs des centres médicaux. Les services de rééducation ont également cité comme obstacle la réticence des établissements à développer l'accès direct en physiothérapie ainsi que les doutes sur la compétence du physiothérapeute en matière de dépistage médical et de diagnostic différentiel. En conclusion, il semble exister un manque de connaissances et de sensibilisation des prestataires de soins et des patients au modèle d'accès direct à la physiothérapie. Il est donc nécessaire d'informer les autres professionnels de santé sur le niveau de formation et les capacités des physiothérapeutes à prendre en charge un patient en première intention.

En 2016, une étude réalisée par A. Desjardins-Charbonneau *et al.* (42) a cherché à recueillir les perceptions de la communauté universitaire de Québec (Canada). Ils ont interrogé les membres sur les physiothérapeutes en tant que praticiens de soins primaires et en pratique avancée (APP) pour le traitement des patients atteints de troubles musculo-

squelettiques (TMS). Un questionnaire a été envoyé aux 52100 membres de l'Université de Laval. Les membres du département rééducation (enseignants, personnels de soutien ou étudiants) ont été exclus. 589 participants ont répondu au sondage (1% de réponse) dont 513 ont été retenus. Le questionnaire incluait des items portant sur :

- 1) La capacité de diagnostic du physiothérapeute,
- 2) L'efficacité et la sécurité des soins,
- 3) La satisfaction à l'égard des soins,
- 4) Les effets sur l'accès aux soins et l'utilisation des ressources de santé.

90% des répondants estimaient que les physiothérapeutes étaient compétents et qualifiés pour l'accès direct. 93% ont indiqué avoir confiance en leur physiothérapeute pour le traitement des TMS. 71,9% ont même indiqué que la capacité de diagnostic des TMS d'un physiothérapeute leur semblait similaire, voire supérieure, à celle d'un médecin généraliste ou urgentiste. Concernant la perception sur le modèle de soins de l'APP, 90% des répondants estiment ce phénomène favorable. En conclusion, les répondants ont confiance et sont satisfaits des physiothérapeutes en tant que praticiens de soins primaires et soutiennent les nouveaux rôles prévus de l'APP dans le système de santé canadien.

En 2016, RW. Goodwin *et al.* (43) ont étudié, au Royaume-Uni, un service de physiothérapie offrant des soins de l'appareil locomoteur comme alternative aux soins des médecins généralistes. Ils se sont plus précisément interrogés sur l'efficacité clinique, la satisfaction du patient et l'efficacité économique du service. Un échantillon de commodité de cohorte, recruté sur les 12 mois de prestation du service de physiothérapie en première intention, a été étudié de façon prospective. Pour l'évaluation économique, un échantillon rétrospectif de médecins traitants a été sélectionné de manière aléatoire sur 12 mois (de janvier à décembre 2013). Lors de la prise de rendez-vous, le patient pouvait choisir le physiothérapeute comme alternative au médecin généraliste en cas de TMS. Les physiothérapeutes avaient un niveau Master en pratique avancée. Ils réalisaient un bilan de 20 minutes des patients et pouvaient proposer un second rendez-vous si nécessaire. La sécurité des soins du service de physiothérapie n'a rapporté aucun événement indésirable. En ce qui concerne la satisfaction des patients, aucune différence significative n'a été remarquée entre la pratique de ville et la pratique universitaire. D'un point de vue financier, il y avait une différence significative dans les deux pratiques des groupes de physiothérapie par rapport au groupe médecin traitant (en centre-ville, une différence de coût moyen = 538,01£ (630,73€) ; et en pratique universitaire = 295,83£ (346,85€)). En conclusion, le

service de physiothérapie de première intention semble sûr et apprécié par les patients. De plus, les résultats cliniques se sont révélés satisfaisants avec un coût nettement en-deçà de la pratique standard.

En 2017, W. Lackenbauer *et al.* (44) ont analysé les directives de physiothérapie professionnelle des associations membres du Réseau européen de physiothérapie dans l'enseignement supérieur (ENPHE). Ils ont cherché à déterminer si les capacités de décision en matière de maintien/référence faisaient partie des textes nationaux. Pour collecter les directives, les bases de données médicales et la littérature grise ont été explorées. Dans le même temps, les associations nationales de physiothérapie des 29 pays membres ont été contactées afin de leur demander leurs textes nationaux. L'étude a analysé les textes reçus par les pays membres de l'ENPHE ayant répondu, à savoir : Royaume-Uni, Irlande, Pays-Bas, Autriche, Belgique, Danemark, Allemagne, Italie, Lituanie, Norvège, Suisse, Slovénie, Malte, Suède et République Tchèque. La Suède et Malte n'avaient pas de directives nationales, tout comme la République Tchèque qui utilisait les normes de service européennes de physiothérapie. Les 14 associations membres restantes n'ont pas répondu. Il n'existe pas de consensus sur les cas où le patient doit être référé à un médecin. L'exigence réglementaire en matière d'autonomie professionnelle relative aux décisions de maintien ou de renvoi ne semble pas forcément en corrélation avec le système de santé national de chaque pays. En conclusion, des directives européennes devraient être créées sur les capacités de décision des physiothérapeutes en matière de maintien/renvoi et devraient être intégrées à toutes les directives nationales. Ces capacités devraient également faire partie intégrante des programmes d'études en physiothérapie de tous les pays européens.

En 2017, L. Piano *et al.* (45) ont réalisé une revue de littérature sur les conséquences de l'accès direct par rapport à l'accès référé en physiothérapie. Pour cela, ils ont comparé la réglementation, les coûts, l'efficacité, la sécurité et la rentabilité de chacun des deux modèles. Les bases de données biomédicales, ainsi que Google Scholar et la littérature grise ont été analysées jusqu'en octobre 2016. La recherche a suivi un modèle PICO en utilisant les mots-clés : « musculoskeletal diseases » ; « back pain » ; « osteoarthritis », « physiotherapy » ; « direct access » ; « self-reference » ; « efficiency, results ». Les données sur les coûts économiques ont été extraites de la base de données institutionnelle. Les publications étudiées montraient que l'accès direct est un modèle bien fondé. D'un point

de vue économique, l'accès direct semble être moins coûteux avec des coûts directs (quantité d'examens secondaires et de médicaments prescrits) et indirects (incidence sur les arrêts de travail) inférieurs au parcours classique de soin. Les résultats de la recherche clinique montrent que l'accès direct est plus efficace. La littérature scientifique ne reflète pas l'idée selon laquelle il y aurait un danger potentiel à confier la prise en charge directe des TMS à un physiothérapeute. En conclusion, l'accès direct apporte une plus grande satisfaction du patient, avec une efficacité clinique comparable et mène à une prise en charge des patients plus précoce.

En 2018, une étude réalisée par F. Moffatt *et al.* (46), faisant suite à l'étude de Goodwin *et al.* (43), a permis d'examiner la vision des professionnels et du personnel participant à la mise en place d'un système d'autoréférence en physiothérapie au Royaume-Uni. Le but était de déterminer comment ils comprenaient le service, en mettant l'accent sur les perceptions de sa valeur, de ses obstacles et de son impact. L'étude se basait sur un système de service de physiothérapie de premier point de contact (PFPCS) mis à l'essai dans deux pratiques de médecine générale (centre ville et campus universitaire) d'avril 2014 à mars 2015. Au total, 555 patients ont été vus par la PFPCS, la majorité n'ayant besoin que d'un rendez-vous (78% des centres villes et 92% des campus universitaires). Presque tous les patients ont été pris en charge de manière indépendante, sans référence au médecin généraliste (98% en centre ville ; 99% en campus universitaire). Aucun incident indésirable n'a été enregistré quelle que soit la pratique. Pour l'étude de Moffatt *et al.* un échantillonnage ciblé a été appliqué en recrutant des omnipraticiens, des physiothérapeutes et des responsables administratifs des deux sites pilotes. Une approche par entretiens individuels a été adoptée pour la collecte de données au cours de l'année 2015. Ces entretiens avaient une durée comprise entre 20 et 40 minutes. Trois thèmes communs aux deux pratiques ont été identifiés :

- 1) Changement de culture,
- 2) Pratique de travail,
- 3) Expertise TMS.

Tous les professionnels ont reconnu la nécessité d'un changement de culture afin se défaire de l'image du médecin généraliste comme « choix légitime » pour assurer le succès du nouveau service. Médecins généralistes et physiothérapeutes ont discuté des effets corollaires de la PFPCS en indiquant que les soins primaires devraient s'organiser comme une approche d'équipe. Plusieurs facteurs (tels que le soutien des organismes

professionnels, l'accès aux notes des médecins traitants, l'adoption d'une évaluation préliminaire alignée sur le fonctionnement des omnipraticiens et une meilleure compréhension des rôles interprofessionnels) semblent favoriser cette transition. Pour la pratique de travail, la réorientation plus facile des patients a eu un impact positif. Le personnel administratif avait la possibilité de diriger les patients vers le médecin généraliste ou le physiothérapeute, ce qui facilitait leur travail et diminuait le temps d'attente. De plus, il a été prouvé que l'accès direct avait allégé le travail des omnipraticiens bien que sa quantification ne soit pas possible. Les médecins traitants ont reconnu les avantages économiques et une amélioration du bien-être du patient lors d'un accès rapide à un service de physiothérapie. Vis-à-vis de l'expérience TMS, les répondants ont tous reconnu que les interrogations sur la capacité des physiothérapeutes à travailler en autonomie tout en assurant la sécurité des soins du patient n'étaient pas fondées. Cependant, médecins et physiothérapeutes étaient d'accord pour dire que la réussite de l'accès direct était en grande partie due à l'expérience professionnelle des physiothérapeutes. En conclusion, le PFPCS a été perçu par l'ensemble des professionnels de l'étude comme une valeur ajoutée.

En 2018, HP. French *et al.* (47) ont rapporté les opinions d'un échantillon représentatif de 5 responsables de physiothérapie d'institut salarial, en première intention, en Irlande. L'objectif était pluriel. Il permettait d'obtenir leur point de vue sur l'offre de soins primaires en physiothérapie musculo-squelettique. Il identifiait les obstacles/facilitateurs à la prestation de services en matière de TMS et les besoins en développement professionnel des physiothérapeutes. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-dirigés. Tous les participants ont indiqué que les TMS représentaient la majorité des patients dirigés vers la physiothérapie, et que le médecin traitant était la source de référence privilégiée. Tous les directeurs ont signalé une réduction des effectifs de physiothérapeutes au cours des dernières années en raison de restrictions économiques et de sécurité (due à la vacance de postes lorsque les thérapeutes étaient en congé ou avaient démissionné). Il a été rapporté une relation positive entre médecins généralistes et physiothérapeutes, mais un manque de compréhension du rôle du physiothérapeute. Le développement professionnel continu (DPC) était vu comme ayant un rôle essentiel au maintien et à l'actualisation des compétences. Mais la libération du personnel pour assister au DPC a été identifiée comme un défi pour tous les gestionnaires. L'augmentation de la gamme d'offre de services et du nombre de sites de soins primaires, l'autoréférence et l'émergence de la technologie pour améliorer la prestation de services ont été définis comme des facteurs positifs pour la prestation de

santé. A l'inverse, l'absence de stratégie nationale en matière de soins primaires, les renvois inappropriés, la limite des ressources, la réduction des effectifs et le manque de cohésion entre services de soins primaires et secondaires ont été définis comme des obstacles par les répondants. En conclusion, une meilleure compréhension du rôle du physiothérapeute est nécessaire afin de solutionner les obstacles et optimiser l'offre de soin.

En 2018, D. Piscitelli *et al.* (1) ont réalisé une revue de littérature comparant l'accès direct aux autres modèles organisationnels existants. Ils ont étudié les preuves concernant la faisabilité, l'efficacité, les coûts, la sécurité et la satisfaction du patient dans les différents modèles. Les bases de données MEDLINE, CINAHL et EMBASE ont été consultées de leurs débuts à mars 2018. Les études concernant l'état clinique d'un patient, comparant la modalité de l'accès direct avec toute autre modalité organisationnelle (efficacité, coût, sécurité et/ou satisfaction du patient) rédigées en anglais, italien ou polonais étaient incluses. Parmi les 1593 articles extraits de la recherche documentaire, 13 répondaient aux critères établis et ont donc été inclus. Les résultats de la revue de littérature ont montré que l'accès direct avait plus d'avantages en termes de soins et d'efficacité. Il était associé à de meilleurs résultats cliniques que l'accès référé et la durée de prise en charge était plus courte. Concernant le coût, dans le cadre de l'accès direct, il y avait moins de références aux soins secondaires et moins de prescription de médicaments permettant de nettes économies. Il a également été montré que l'accès auto-référé n'entraînait pas d'augmentation du taux d'accès à la physiothérapie. Au niveau de la satisfaction du patient, l'évaluation effectuée par le physiothérapeute a été très bien accueillie par les participants. Cependant, les auteurs ont remarqué que les sujets auto-référés avaient un profil différent de celui des patients référés par un médecin. En moyenne, ils étaient plus jeunes, avec un niveau de scolarité plus élevé, un état clinique moins grave et présentaient davantage de pathologies aiguës. En conclusion, pour les patients en bénéficiant, l'accès direct est économique, associé à des résultats identiques ou meilleurs que l'accès référé sans mettre en danger le patient.

Aucune étude analysée n'a fait rapport d'un quelconque conflit d'intérêt.

4.1. Compte-rendu des résultats

Au cours des trente dernières années, de nombreux pays ont modifié leur législation en y intégrant l'accès direct en physiothérapie. La littérature semble nous indiquer que les pays ayant fait ce choix sont, en grande partie, satisfaits.

Globalement, l'accès direct semble avoir des résultats équivalents voire supérieurs au système traditionnel de soin tout en assurant la sécurité des soins du patient (2)(43)(45)(46). D'un point de vue financier, toutes les études indiquent une nette économie dans le modèle de l'accès direct (1)(2)(43)(45), de par :

- 1) La non-référence médicale et la diminution du nombre moyen de séances de physiothérapie par patient,
- 2) La tendance des auto-référents à moins consommer de médication et d'exams complémentaires,
- 3) La diminution du nombre et de la durée des arrêts de travail.

Concernant le temps d'attente avant prise en charge, tous les auteurs l'ayant mesuré indiquent un début de soins plus rapide dans le modèle par accès direct (40)(45)(46). Sur d'autres points, tels que le volume de travail des différents professionnels de santé, les avis divergent. La charge de travail des médecins généralistes ne fait pas l'unanimité. Au Pays-Bas, Swinkels *et al.* (39) ont mis en évidence une charge de travail inchangée. De leur côté, Moffatt *et al.* (46) en Angleterre ont observé sa diminution. Pour ce qui est du volume de soin des physiothérapeutes, certaines différences existent. Plusieurs études ont montré un maintien de l'activité (1)(40), tandis que Swinkels *et al.* (39) ont conclu à une augmentation. Cependant, tous les auteurs ayant étudié la durée de prise en charge en physiothérapie notent une diminution du nombre moyen de séances (1)(2)(39). Concernant la communication inter- et intra-profession de santé, les auteurs sont unanimes pour dire qu'elle est primordiale à la réussite de l'accès direct (7)(41)(46)(47).

Du point de vue des patients, toutes les études convergent vers un bon accueil de l'autoréférence et d'une satisfaction de leur prise en charge (1)(42)(43)(45)(46). Au niveau du grand public, les études montrent un certain manque de connaissance de l'accès direct par les physiothérapeutes (41)(47) pouvant impacter négativement ses résultats.

Enfin, du point de vue législatif, des modifications sont à apporter en France (7), mais également à l'échelon Européen (44) afin d'obtenir une bonne efficacité du système.

5. DISCUSSION

5.1. Etat des lieux et comparatif de l'accès à la physiothérapie

5.1.1. A l'échelle mondiale

De plus en plus de pays ont adopté l'accès direct à la physiothérapie dans leur système de santé, et beaucoup d'associations de physiothérapeutes souhaiteraient y accéder (telles que la France ou la Belgique). La principale instance internationale, la WCPT, s'est ouvertement placée en faveur de l'accès direct. Pour rappel, la WCPT est une organisation créée en 1951. Elle réunit, en 2019, 109 organisations membres, ce qui représente plus de 450 000 physiothérapeutes. Elle vise à favoriser la progression de la reconnaissance de la profession pour son rôle dans l'amélioration de la santé et du bien-être (48). Pour cela elle s'est fixée plusieurs missions :

« 1/ unir la profession à l'international ; 2/ représenter la thérapie physique et les thérapeutes physiques à l'international ; 3/ promouvoir des normes élevées en matière de pratique, d'éducation et de recherche en physiothérapie ; 4/ faciliter la communication et l'échange d'informations entre les organisations membres, les régions, les sous-groupes et leurs membres ; 5/ collaborer avec des organisations nationales et internationales ; 6/ contribuer à l'amélioration de la santé mondiale » (48).

A travers ces missions, la WCPT apporte son aide aux organisations nationales de physiothérapeutes voulant aboutir à l'accès direct et encourage les publications scientifiques pour appuyer sa légitimité.

En 2018, la WCPT a réalisé un référencement des conditions d'accès à la physiothérapie des pays ayant fourni ces informations (voir annexe III) (49). 53% des pays membres ont indiqué qu'ils avaient mis en place l'accès direct.

5.1.2. A l'échelle européenne

A l'instar de la situation mondiale, une tendance européenne à la modification des politiques nationales de santé se développe afin de permettre aux utilisateurs de services de se référer directement à la profession de santé de leur choix (3). Le dernier pays en date est le Luxembourg en novembre 2018 (50). La même année, la WCPT, dans son référencement mondial, a réalisé une étude des conditions d'accès à la physiothérapie de la « région Europe » (dans cette région, la WCPT inclut des pays hors Union Européenne tels que Israël, le Liban ou la Syrie) (voir annexe IV) (49). 50% des répondants ayant transmis leurs informations ont indiqué que l'accès direct à la physiothérapie était en vigueur dans leur pays (l'Islande, la Norvège, la Suède, la Finlande, l'Espagne, l'Irlande, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Hongrie, l'Ukraine, la Lituanie, le Danemark, la Géorgie, Chypre, Israël). Ce pourcentage à l'échelle européenne est similaire à celui de l'échelle mondiale.

En 2013, Bury *et al.* (3) ont réalisé un audit sur les conditions d'accès à la physiothérapie dans l'Union Européenne des 23 états membres sur 27 ayant répondu. Ils ont observé que 12 des 23 états membres autorisaient l'accès direct par la législation ou par le domaine d'activité professionnel à cette date. Concernant le point de vue des 23 organisations membres, Bury *et al.* nous révèlent, sans les nommer, que 17 ont indiqué être « totalement favorables » à l'accès direct, 3 ont déclaré un « soutien limité » et 3 étaient incertains.

5.2. Avantages et inconvénients de l'accès direct à l'international

La mise en place de l'accès direct est largement exposée dans la littérature internationale, ce qui permet une observation globale de ce modèle.

5.2.1. Avantages

Au vu de la littérature, nous avons trouvé 3 avantages principaux à l'accès direct. Ils concernent le versant économique, la charge de travail des médecins généralistes et le délai de prise en charge physiothérapique. Nous avons également défini des avantages indirects tels que la satisfaction des patients et la facilitation du parcours de soin.

Tous les pays consacrent un budget important de leur économie à leur système de santé. Par exemple, en France, les dépenses de santé ont représenté 12,0 % du produit intérieur brut (PIB) pour l'année 2014 (51). En moyenne, pour les pays membres de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE), le coût de santé représentait 8,9 % du PIB (51). L'accès direct par les professionnels de santé est économique. Les études sont unanimes sur l'efficacité de ce modèle à réduire les frais de santé (1)(2)(43)(45)(46). Dans leur étude, Goodwin *et al.* constatent des économies par prise en charge allant jusqu'à 538,01£ (630,73€) par rapport à un accès référé (43). Cela s'explique par la diminution du nombre moyen de consultations et la tendance à moins prescrire de médicaments et d'exams médicaux secondaires.

L'accès direct contribue à lutter contre les déserts médicaux par la multiplication des points de contacts primaires. Plusieurs études rapportent une diminution de la charge de travail des médecins généralistes (2)(46) libérant du temps pour les patients ne relevant pas de la physiothérapie. Cependant, toutes les études ne concluent pas à une baisse de la charge de travail des omnipraticiens. En effet, Swinkels *et al.* (39) ont indiqué qu'aux Pays-Bas la diminution est non significative. Cette étude portant sur les 5 premières années d'expérimentation, tous les effets du changement de système ne sont pas encore visibles au regard du peu de recul suite à la mise en place de l'accès direct. Une étude sur une période plus longue serait nécessaire pour objectiver ces résultats.

Le temps d'attente pour consulter un physiothérapeute est un problème international récurrent qui tend à s'aggraver. Les études montrent une tendance à la diminution des délais de prise en charge en physiothérapie lors de l'utilisation de l'accès direct (45)(46)(40). Par exemple, l'étude de Duncan *et al.* montre un temps avant prise en charge diminué de 43,75% (3,2 jours avant vs 1,8 jour après) (40). Cela s'explique par le raccourcissement du parcours de soins, l'auto-référencement permettant de supprimer le temps d'attente inhérent à la consultation médicale. L'accès en est accéléré, tant à la physiothérapie pour les patients auto-référés, qu'à la médecine générale pour les patients du modèle de santé classique.

Il y a aussi des avantages indirects. La possibilité, créée par l'accès direct, de se référer directement à la profession de santé de son choix plutôt que de passer par référence médicale pour y parvenir semble plus intuitive. Cela facilite le parcours de soins du patient.

Les études mettent également en avant la satisfaction des patients face à ce nouvel accès (1)(42)(43)(45)(46).

5.2.2. Inconvénients

Par nos lectures, nous avons identifié 2 craintes principales au passage à l'accès direct. Elles concernent le niveau de maîtrise du diagnostic différentiel par les physiothérapeutes et l'augmentation du volume de soin en rééducation. Nous admettons également une limite concernant la « recommandation médicale ».

Les détracteurs de l'accès direct craignent que le niveau de diagnostic différentiel des physiothérapeutes soit insuffisant pour la détection des affections médicales. Cependant, dans les études (1)(2)(43), rien n'a permis de montrer un risque accru pour les patients consultant un physiothérapeute en première intention. Par exemple, aux Pays-Bas, une formation post-universitaire avant la légalisation de l'accès direct a été choisie pour assurer la formation des physiothérapeutes sur la prise en charge des patients auto-référés. Elle leur a permis d'acquérir les compétences spécifiques concernant la détection des contre-indications (Red flags) au traitement par thérapie physique et les réorientations médicales (1).

Une des autres préoccupations porte sur l'augmentation du volume de soins des physiothérapeutes. La littérature conclut en effet à une stagnation voire à une augmentation de ce volume (39)(40). Cependant, le nombre moyen de séances par patient en physiothérapie a tendance à diminuer (1)(2)(39). Le résultat engendré est une diminution de la durée de prise en charge nécessaire par patient induisant une prise en charge plus rapide des patients et donc une augmentation de la file active. Au final, l'efficacité du système par accès direct est meilleure que celle du système classique. Pour un volume de soins égal, ou légèrement supérieur, il permet de traiter plus de patients. En outre, même si l'auto-référencement augmente légèrement le volume de soin des physiothérapeutes, il semble diminuer celui des médecins généralistes. Le coût engendré semble rester très nettement inférieur puisque le coût d'une prise en charge en physiothérapie est inférieur à celui d'une consultation médicale.

La situation ambiguë dans laquelle un patient consulte un kinésithérapeute sur « recommandation médicale » fait débat. La recommandation médicale consiste à la consultation par un patient d'un médecin généraliste en première intention qui va le référer à un physiothérapeute mais sans prescription médicale (39). Dans ce cas, le patient n'est pas référencé par un médecin mais n'est pas non plus auto-référent. Il vient sur le conseil tacite du médecin généraliste. Par conséquent, le physiothérapeute n'a pas connaissance du diagnostic médical ni de la mesure dans laquelle le patient en a bénéficié. Cela peut mener à un renvoi vers le médecin traitant. Ces situations peuvent être fréquentes lors de la transition vers l'accès direct, mais sont amenées à diminuer avec le temps et l'utilisation de ce système.

5.3. Inconvénients et avantages de l'accès direct en France

Suite à l'étude de l'accès direct à la physiothérapie à l'international par nos recherches bibliographiques et au vu du système de santé français ainsi que de sa législation, nous avons identifié des inconvénients et des avantages potentiels à l'introduction de l'accès direct à la masso-kinésithérapie en France.

5.3.1. Inconvénients de l'accès direct à la kinésithérapie en France « aujourd'hui »

Nous avons décelé trois préoccupations qui, selon nous, freinent la légalisation de l'accès direct. Il s'agit de son détournement en auto-prescription de masso-kinésithérapie, de l'altération de la communication interprofessionnelle et du risque de voir diminuer le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des patients. De plus, nous avons mis en lumière trois éléments à surmonter pour la mise en place de l'accès direct que nous allons analyser : le temps nécessaire à la modification des pratiques « habituelles », le manque d'utilisation des avancées déjà acquises ainsi que le danger que représente les mutuelles privées.

La crainte que l'accès direct soit détourné en une auto-prescription entraînant une augmentation des dépenses liées à la masso-kinésithérapie est un argument souvent avancé par les pouvoirs publics. Cette idée ne nous semble pas fondée. Nous n'avons

trouvé aucun document allant dans ce sens dans la littérature française. De plus, lors du passage de l'ordonnance quantitative à l'ordonnance qualitative, l'augmentation du nombre de séances ne s'est pas produite. Quand bien même il y aurait une augmentation des dépenses liées à la masso-kinésithérapie, elle serait négligeable face aux économies globales potentielles (diminution de références médicales, du nombre d'exams médicaux secondaires, du nombre de médications...) évaluées à 630€ par patient, si nous reprenons les résultats de Goodwin *et al.* (43).

Un autre inconvénient mis en avant par certains détracteurs de l'accès direct, notamment par le corps médical, est le risque de voir diminuer la communication entre médecin et masseur-kinésithérapeute (du fait de la non-prescription). Cet argument est discutable. En effet, dans l'étude de Moffatt *et al.* (46), il a été démontré que les professionnels de santé étaient d'accord pour indiquer que l'accès direct devait se construire selon une approche pluridisciplinaire. A ce titre, nous pensons que l'accès direct à la masso-kinésithérapie n'altérera pas la communication entre professions de santé mais au contraire qu'elle l'améliorera puisque c'est une condition indispensable à son bon fonctionnement. Pour s'en assurer, il faut développer les outils déjà disponibles comme le DMP. Ce dispositif permet de faciliter le partage d'informations concernant le patient (comme l'envoi du BDK et du bilan de fin de prise en charge au médecin traitant) afin que tous les acteurs de soins aient accès aux données dont ils ont besoin.

Les médecins expriment régulièrement la peur de voir diminuer leur rôle dans la prise en charge des patients en traumatologie et rhumatologie dans le cas où ils ne seraient plus le premier point de contact. Ils redoutent également un élargissement à d'autres spécialités dans l'éventualité d'un élargissement des pathologies prises en charge par accès direct à la masso-kinésithérapie. Bien que l'accès direct semble diminuer la référence médicale dans le domaine de la traumatologie, les patients continuent de consulter leur médecin traitant. D'ailleurs, lorsque les médecins ayant participé à l'expérimentation de l'accès direct à la physiothérapie (46) sont interrogés, ils reconnaissent les bénéfices de ce système. Enfin, l'accès direct n'est pas applicable à toutes les prises en charge. Il vient compléter le système de soin classique afin de le rendre plus performant et non le remplacer. La littérature nous indique que la population s'auto-référant est différente de la population utilisant le référencement médical (1),(39). L'accès direct est utilisé par des personnes plus jeunes, ayant des pathologies moins graves et moins de polyopathologies.

Le temps nécessaire à la modification des pratiques « habituelles » constitue un défi. Pour reprendre l'exemple précédemment cité, la prescription médicale est passée de quantitative à qualitative en 2000 par le décret n°2000-577 du 27 juin 2000 (16). 19 ans plus tard, une proportion non négligeable des prescriptions médicales est toujours quantitative. Malheureusement, à notre connaissance il n'y a pas de statistiques disponibles. Cela montre bien la lenteur des acteurs de soins pour faire évoluer leurs pratiques.

Une autre critique contre l'accès direct à la masso-kinésithérapie porte sur le manque d'utilisation des avancées déjà acquises. Si nous prenons l'exemple de la prescription kinésithérapique, moins de 4,7 % des kinésithérapeutes utiliseraient ce droit de prescription, alors que parallèlement ils étaient 90 % à en réclamer un élargissement (7). Plus spécifiquement, à compter de janvier 2016, les substituts nicotiques sont devenus prescriptibles par un masseur-kinésithérapeute (52). Depuis cette date, très peu de ces traitements ont été prescrits, bien que nous n'ayons trouvé aucune statistique pour étayer ce propos. Beaucoup de professionnels n'ont pas connaissance de ce droit et la question n'est que peu ou pas abordée pendant la formation initiale. Du côté du grand public aucune information n'a été réalisée. Étonnamment, le droit de prescription des substituts nicotiques n'apparaît pas sur la liste des dispositifs que les masseurs-kinésithérapeutes ont le droit de prescrire (53), est-ce une mégarde, une méprise ou une volonté ? En attendant, cette mesure n'a aucune retombée économique. Pour aller plus loin, le masseur-kinésithérapeute possède le droit de prescription pour certains dispositifs, sans obligation de traitement (53). Cela pose question : un patient peut-il venir chez un masseur-kinésithérapeute dans le seul but de se faire prescrire une attelle de genou ou des substituts nicotiques sans avoir à se référer à un médecin au préalable ? Cette possibilité ne relève-t-elle pas de l'accès direct ?

Dans le cas où le législateur ne voudrait pas rembourser les consultations par accès direct, les masseurs-kinésithérapeutes pourraient se tourner vers les mutuelles privées pour se faire rémunérer. Même si cela leur assure la rémunération de leurs actes, cette pratique amènerait la profession à dépendre des mutuelles. Une situation de dépendance et de contrôle comme c'est le cas pour d'autres professions (telles les opticiens-lunetiers ou les chirurgiens-dentistes) constitue un choix politique de santé publique. En effet, le risque de développer un peu plus un système de santé à deux vitesses, favorisant l'accès direct aux personnes ayant les moyens financiers élevés et le limitant pour les autres, serait un inconvénient qui questionne le législateur.

5.3.2. Avantages de l'accès direct à la kinésithérapie en France « aujourd'hui »

Sur le même modèle que précédemment, nous avons défini 4 avantages à l'introduction de l'autoréférence en France. Ces avantages intéressent l'impact démographique, l'impact économique, l'organisation de l'offre de soin et les résultats thérapeutiques.

En zones sous-dotées et très sous-dotées en offre de soins médicaux, il peut être plus facile d'obtenir directement un rendez-vous avec un masseur-kinésithérapeute qu'avec un médecin prescripteur pour de la rééducation. Selon l'Atlas de la Démographie Médicale en France (54), sur la période 2007-2016, 55 départements enregistrent une baisse des effectifs de médecins inscrits à l'Ordre en activité régulière, tandis que 37 comptabilisent une hausse. Sur cette même période, les effectifs totaux des médecins ont diminué de 8,4%. En parallèle, un rapport de l'Ordre des masseur-kinésithérapeute de 2017 nous informe que la proportion de kinésithérapeutes augmente de façon régulière depuis 2011 à raison de 3500 praticiens supplémentaires par an (55). Sur la période 2016-2017 cette augmentation a même accéléré avec 5841 nouveaux professionnels (55). De son côté, le ministère des solidarités et de la santé conclut à une hausse de 2,8% du nombre de masseurs-kinésithérapeutes entre 2016 et 2017 (56). Selon le ministère toujours (56), en 2017, 29% de la population rencontre des difficultés d'accessibilité aux soins. Sur ces 29%, 58% présentent une difficulté d'accès à un médecin généraliste et 44% à un masseur-kinésithérapeute. 27% de la population ayant une difficulté d'accès aux soins cumule des difficultés d'accès aux deux professions, ce qui représente 7,8% de la population française totale. Dans le cadre de la mise en place d'un accès direct à la masso-kinésithérapie, nous pourrions donc être à même de diminuer la difficulté d'accès aux soins en la passant de 29% à 7,8% de la population. De plus, la médecine générale omet régulièrement de prescrire de la masso-kinésithérapie, soit par méconnaissance des possibilités et des méthodes de rééducation, soit par volonté. Cela profite aux chiropracteurs et aux ostéopathes qui, ayant l'accès direct, pratiquent des soins relevant de la masso-kinésithérapie. Un patient connaissant sa pathologie peut préférer consulter son ostéopathe ou son chiropracteur plutôt que de devoir passer par son médecin traitant pour se faire prescrire de la rééducation, renforçant les inégalités d'accès aux soins. Nous pensons que l'accès direct à la masso-kinésithérapie est un bon moyen d'optimiser l'offre de soin et permettrait de réduire les zones sous-dotées et très sous-dotées.

Les études sur l'accès direct ayant abordé la réalisation d'examens médicaux complémentaires, de médications et/ou de renvois chirurgicaux (1)(2)(42)(43)(45) vont toutes dans le sens de la diminution des actes, entraînant une nette réduction des coûts de santé. Les examens réalisés par les physiothérapeutes sont d'une bonne qualité et nécessitent moins de recours à l'imagerie ou d'avis de spécialistes que dans un modèle classique. Par exemple, un examen bien mené est suffisant pour diagnostiquer une entorse bénigne chez une personne active. Ces études ont été réalisées à l'étranger dans des systèmes de santé non comparables au modèle Français. Cependant, l'accès direct à la physiothérapie semble efficace dans les différents systèmes de soins qu'ils soient étatiques ou libéraux. Il serait donc logique de retrouver des effets analogues en France.

L'auto-référencement permettrait un désengorgement des urgences. Aujourd'hui, beaucoup de patients s'y rendent pour des traumatismes bénins faute de médecin généraliste disponible. Le recours en première intention aux masseurs-kinésithérapeutes dans un modèle d'APP permettrait à ce public de trouver une réponse adaptée. Si nous prenons l'exemple d'une entorse bénigne, pathologie fréquemment rencontrée et maîtrisée par les masseurs-kinésithérapeutes, le patient peut être diagnostiqué et référé aussi bien que s'il avait vu un médecin généraliste ou urgentiste sans augmenter les risques (57)(58)(59). Pour prendre un autre exemple, après une formation spécifique de prise en charge respiratoire pédiatrique, le masseur-kinésithérapeute ne serait-il pas apte à prendre en charge un enfant atteint de bronchiolite en première intention ? Dans la pratique, un masseur-kinésithérapeute suit un enfant sur quelques jours puis arrête les séances lorsque qu'il va mieux. Il réalise de la prévention en expliquant aux parents les signes de gravité qui indiquent une rechute. En parallèle, il propose un accès direct en leur indiquant de le recontacter si l'état de l'enfant se dégrade de nouveau. Nous pensons qu'avec une formation adéquate, les masseurs-kinésithérapeutes seraient tout-à-fait capables de diagnostiquer les pathologies étudiées et de savoir rediriger le patient si nécessaire, comment ils le réalisent déjà dans certaines situations.

La littérature montre des résultats cliniques meilleurs ou équivalents dans le cadre d'un accès direct à la physiothérapie. Dans de nombreuses pathologies et notamment pour les lombalgies, le temps de traitement et la proportion de récupération sont corrélés à une prise en charge précoce (60)(61). En appliquant l'accès direct à la masso-kinésithérapie, nous

réduirions le nombre de consultations et le temps d'attente, optimisant les conditions de rétablissement.

La généralisation du dossier médical partagé (DMP) en France viserait à faciliter la communication entre les acteurs de santé impliqués dans le parcours de soins du patient. La généralisation des maisons médicales favorise encore un peu plus la communication inter- et intra-professions.

5.4. Les conditions nécessaires à l'accès direct en France

5.4.1. Conditions de « savoir faire »

5.4.1.1. Acquisition de compétences professionnelles

Des acquis préliminaires à l'accès direct ont déjà été obtenus au niveau législatif, comme présenté en première partie mais aussi en ce qui concerne la formation et la pratique.

Depuis 2015 les « Red Flags » (drapeaux rouges) ont été ajoutés au programme de la formation initiale. Pour rappel, les « Red Flags » définissent les signes cliniques qui, s'ils sont présents, doivent alerter les praticiens sur la possibilité de complications nécessitant des investigations supplémentaires. Ils sont abordés à travers la sémiologie des différentes pathologies et l'unité d'enseignement UE 30 (formation à la pratique masso-kinésithérapique) en utilisant des supports tels que des cas cliniques, le diagnostic différentiel ou le processus de raisonnement clinique. Cet enseignement permet de donner aux étudiants les moyens de réaliser un bilan de qualité nécessaire à une prise en charge en première intention.

Dans le milieu sportif, les masseurs-kinésithérapeutes ont montré leur efficacité à prendre en charge les troubles musculo-squelettiques en première intention. Si nous prenons l'exemple du football, le masseur-kinésithérapeute est à même de prendre en charge un joueur blessé lors d'un match afin de lui indiquer s'il peut ou non continuer à jouer. Même si la plupart du temps un médecin est présent, rien ne les distingue, ils travaillent en

partenariat dans une relation d'égalité. Dans ce domaine les masseurs-kinésithérapeutes sont amenés à travailler en accès direct, notamment dans le cadre de l'urgence comme défini par l'article L4321-1 du Code de la santé publique (22).

Pour parvenir à l'accès direct, il reste plusieurs points à mettre en place. La formation de masso-kinésithérapeute est construite par compétences. L'intégration d'une nouvelle capacité dans le programme des études initiales d'une profession est une prérogative à son intégration à la pratique courante. La perte du monopole du massage bien-être au profit des esthéticiennes en est une illustration. Elles ont prouvé que le massage faisait partie intégrante de leur cursus de formation et qu'elles possédaient les compétences nécessaires à sa pratique. Sur ce modèle, pour que les masseurs-kinésithérapeutes soient légitimes à l'obtention de l'accès direct, il faudrait développer la compétence de diagnostic différentiel dans leur formation initiale afin de démontrer aux pouvoirs publics qu'ils ont les capacités nécessaires à sa pratique. Selon nous, le diagnostic différentiel (Red flags) devrait davantage être développé pendant les études afin d'accroître la vigilance des thérapeutes sur les situations de maintien ou de renvoi. Mais la formation devrait aller plus loin et introduire un apprentissage par pronostic, élément essentiel à maîtriser pour réaliser une prise en charge en première intention.

En parallèle, il serait intéressant de développer un DPC sur l'accès direct afin que les professionnels en exercice puissent acquérir les connaissances requises à sa pratique. Cette formation continue serait sanctionnée par un certificat de compétence. A notre connaissance aucun DPC, concernant l'accès direct à la masso-kinésithérapie, n'est disponible à ce jour.

5.4.1.2. Universitarisation

Le passage de la formation initiale de masso-kinésithérapie à une quatrième année d'étude post-PACES ouvre la voie à une reconnaissance de niveau master (BAC+5). C'est un prérequis à la création d'un doctorat de masseur-kinésithérapeute qui s'alignerait au niveau d'études des physiothérapeutes à l'étranger. En outre, avec le titre de docteur, la profession se verrait en droit de réaliser de la recherche universitaire. Ces recherches recueilleraient des données quantitatives sur le modèle actuel à travers des études cliniques effectuées par des masseurs-kinésithérapeutes. Cela permettrait de s'affranchir de l'extrapolation des

publications étrangères par la réalisation de statistiques françaises. L'expérimentation de l'accès direct pourrait, ensuite, être comparée à la pratique courante en France. Pour conclure, en parallèle de l'évolution de la formation initiale, la recherche permettrait de justifier les évolutions demandées par la profession.

5.4.2. Conditions de « droit de faire » : l'Ordre

Le conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes s'est d'ores et déjà positionné en faveur de l'accès direct.

Un colloque ayant pour titre « osons l'accès direct » s'est tenu le 21 septembre 2017 (62). Lors de cette journée, l'Ordre a mis le focus sur la déroute de l'accès aux soins, le manque croissant de médecins généralistes et la dégradation de la masso-kinésithérapie hospitalière. La question était : « comment sortir de la culture du soin et passer d'une médecine curative individuelle à une médecine préventive collective ? ». Concernant l'accès direct, l'ambition du CNOMK est d'améliorer l'offre de soins et de favoriser la prise en charge dans le domaine de la prévention. Pour cela, il semble nécessaire de réfléchir de façon pluridisciplinaire. La réalisation de revendications communes aux différents Ordres des professions de santé améliorerait grandement leur chance de réussite.

En février 2019, l'Ordre a proposé un amendement, concernant l'article L4321-1 du Code de la santé publique, allant dans le sens de l'accès direct (voir annexe IV) (63). La première modification visait à remplacer la première phrase du neuvième alinéa par les deux phrases suivantes : « *Le masseur-kinésithérapeute pratique son art notamment sur prescription médicale. Il peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie dans des conditions définies par décret.* ». Cette proposition est importante car elle introduit la possibilité pour le masseur-kinésithérapeute de travailler hors prescription médicale. La seconde modification portait sur le dernier alinéa en supprimant la première phrase et en la remplaçant par : « *Un compte-rendu des soins ayant été réalisés par le masseur-kinésithérapeute, adressé au médecin traitant, est reporté dans le dossier médical partagé.* ». Cette proposition a été abrogée. Cependant, à l'instar de la création de l'Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes abrogée en 1995 et finalement acceptée en 2004, la première tentative est rarement la

bonne. A notre sens, plusieurs éléments de cet amendement sont critiquables. Sur la forme, il s'agit d'un document d'une seule page, ce qui ne permet pas de développer un argumentaire. Sur le fond, il ne s'agit que d'un constat de la situation actuelle et de l'exposition des avancées souhaitées. Il n'y a pas d'élément construit pour appuyer cette demande. Aucune donnée sur le plan démographique ou économique n'est mentionnée. Aucune étude ni statistique n'est présentée, or nous savons que les pouvoirs publics attendent des appuis chiffrés afin d'établir des budgets prévisionnels. Cet essai ne nous semble donc pas vain mais insuffisamment développé. Il devrait sans doute être renouvelé après modification.

5.4.3. Conditions de « permis de faire » : Législatif et réglementaire au Code de la santé publique

Selon nous, l'accès direct à la physiothérapie ne gagnerait pas à être total. Un accès direct partiel ciblé sur des domaines de compétences les mieux maîtrisés, où les effets de l'accès direct pourraient être les plus bénéfiques (études quantitatives à l'appui), serait intéressant pour exposer aux pouvoirs publics le bien-fondé de ce système. Certains domaines s'y prêtent préférentiellement tels que les problèmes musculo-squelettiques ou certaines pathologies reconnues d'affection de longue durée (ALD) (64). Ces deux exemples représentent des coûts financiers et horaires considérables qui pourraient être allégés par la mise en place de l'accès direct à la masso-kinésithérapie. Les pathologies musculo-squelettiques et notamment la petite traumatologie représentent une part importante de consultation des services d'urgence. Un système de triage par des masseurs-kinésithérapeutes formés à l'APP permettrait d'améliorer le fonctionnement du service. La sécurité du patient serait assurée par la possibilité de réaliser des examens complémentaires ou de consulter un médecin si nécessaire. Concernant les ALD, il s'agit d'une liste exhaustive de 30 pathologies, ayant pour critères un traitement prolongé et une prise en charge coûteuse, définie par la Sécurité Sociale (64). Pour être reconnu en ALD, il faut être diagnostiqué comme étant atteint d'une ou plusieurs pathologies figurant sur la liste. Cette démarche ne peut être réalisée que par le médecin généraliste, il y a donc une référence médicale initiale. Dans ce cadre, le masseur-kinésithérapeute est un acteur majeur qui suit le patient tout au long de sa pathologie. Il a connaissance du dossier médical qu'il complète par son bilan diagnostic masso-kinésithérapique pour définir l'état initial du patient. Il est capable de le prendre en charge en accès direct et, dans le cas d'une modification de

son état ne relevant pas de ses compétences, de le réadresser à un médecin. Il ne faut pas non plus craindre de manque de prise en charge médicale. Par exemple, dans le cas de pathologies neurodégénératives (accident vasculaire cérébral, sclérose en plaque ou maladie de Parkinson) les patients ont un suivi médical régulier chez leurs médecins spécialiste et généraliste. Qui plus est, dans le modèle actuel, les masseurs-kinésithérapeutes savent qu'une personne est en ALD par lecture de la carte vitale. Par contre, il est possible qu'ils n'aient pas connaissance de la pathologie du patient, car cet élément n'est pas disponible sur la carte de sécurité sociale. Le thérapeute ne peut donc se baser que sur ses dires. Les personnes en ALD ont une grande connaissance de leur pathologie et sont capables de s'auto-référencer. L'intérêt de l'accès direct, au-delà de l'aspect économique, est de replacer le patient au cœur de sa pathologie lui conférant une meilleure autonomie.

5.5. Prospections et propositions

D'après nos lectures et selon notre avis, plusieurs éléments devraient être modifiés pour permettre l'accès direct à la masso-kinésithérapie.

Avant d'aboutir à un accès direct, il serait intéressant d'optimiser l'utilisation des compétences des masso-kinésithérapeutes dans le système de soin classique. Le médecin traitant demanderait un avis masso-kinésithérapique avant de prendre la décision de prescrire ou non des séances de rééducation. Cela permettrait de garantir aux patients ayant réellement besoin de la masso-kinésithérapie d'en bénéficier et inversement. La multiplication des maisons de santé est propice à cette pratique. Le partage d'un même lieu de travail facilite et améliore la connaissance des compétences de chaque acteur de soin. Cette proximité est également propice à la communication interprofessionnelle et à la qualité et la rapidité du parcours de soin.

Parallèlement, nous pensons que la proposition de l'Ordre concernant la modification de l'article L4321-1 du Code de la santé publique doit être retravaillée puis reconduite. Si elle était adoptée, elle permettrait d'introduire l'exercice de la masso-kinésithérapie hors prescription médicale pour des prises en charge prédéfinies et donc d'introduire, dans une certaine mesure, un accès direct.

Nous préconisons la mise en place d'études sur l'accès direct par l'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2018 (voir annexe VI) (65). Pour rappel, l'objectif est de promouvoir des organisations innovantes contribuant à améliorer le parcours de soin des patients. Pour cela, les projets retenus bénéficieront d'un statut spécifique concernant les règles de financement de droit commun. En ce qui nous intéresse, une partie est consacrée aux expérimentations portant sur l'accès aux soins. Cette proposition du législateur nous semble être une opportunité intéressante de tester l'accès direct en situation réelle en France et ainsi apporter les arguments quantitatifs nécessaires à sa légalisation.

5.6. Forces et limites de l'étude

5.6.1. Limites

Théoriquement, une revue systématique de littérature est réalisée par plusieurs auteurs, comme défini par le modèle PRISMA (36). Dans ce travail, l'analyse et la critique des articles inclus dans la revue de littérature sont strictement personnelles à l'auteur. La réalisation de cette même étude par plusieurs auteurs amènerait sûrement à des différences en termes d'analyses et de discussion.

Nous reconnaissons le manque de maîtrise des langues étrangères de l'auteur. Pour y pallier, nous avons utilisé le logiciel en ligne Google Translate* pour la traduction des différents articles. En cela, nous sommes conscients que la traduction de certaines informations peut s'avérer approximative. Néanmoins, afin d'éviter les erreurs de traduction, nous n'avons retenu que les études francophones et anglophones.

La littérature est peu diversifiée en ce qui concerne les domaines abordés dans l'analyse de l'accès direct à la physiothérapie, les pathologies musculo-squelettiques étant surreprésentées. Sur les 12 études incluses dans notre revue, 6 traitent de l'accès direct dans sa globalité, 5 traitent spécifiquement de pathologies musculo-squelettiques et 1 traite de pathologies neurologiques. Il serait intéressant de réaliser des études sur les différents domaines en masso-kinésithérapie afin de déterminer les limites de l'accès direct et ainsi définir les domaines où il est approprié et bénéfique.

Sur les 1181 articles obtenus avec nos équations de recherche, peu d'articles d'auteurs français étaient disponibles sur le sujet, qu'ils soient en français ou en anglais. Il serait intéressant de réaliser des études expérimentales, notamment par la mise en application de l'article 51 de la loi de financement de sécurité sociale (65)(66)(67) afin d'observer concrètement les effets de la mise en place de l'accès direct à la masso-kinésithérapie en France.

De manière générale un manque de statistiques quantitatives est à noter concernant le système de santé français. Cela est préjudiciable pour les demandes de modifications du modèle de soin auprès du législateur. De ce fait, nous préconisons la réalisation de bilans chiffrés sur les différents tenants du système de la part des demandeurs afin de justifier leurs revendications (délais d'attente, durée de prise en charge, coût de prise en charge, *etc.*).

Cette étude étant réalisée dans le cadre de travail de fin d'études, la seule expérience pratique que nous ayons est celle acquise au cours de nos différents stages. Il est probable que notre vision concernant l'exercice de la profession se modifie durant de notre pratique professionnelle. Notre travail est donc à replacer dans ce contexte et demande davantage de réflexion sur le long terme afin d'aboutir à la mise en place de l'accès direct à la masso-kinésithérapie. Néanmoins, il a permis de soulever plusieurs problèmes et questionnements (tels que les préoccupations concernant le risque de détournement de l'accès direct en auto-prescription, d'altération de la communication interprofessions et de diminution du rôle des médecins généralistes) dont les différentes parties prenantes devraient s'emparer.

5.6.2. Forces

La diversité des pays et des systèmes de santé étudiés permet de contrebalancer le manque de données françaises sur l'accès direct. Cela tend à conforter notre argumentaire, tout en tenant compte de la spécificité du système de soin français.

Lors de cette revue, nous avons obtenu 1181 résultats et analysé 12 études permettant une vision sur le modèle de l'accès direct à l'étranger. En faisant le parallèle avec la législation française, nous avons soulevé plusieurs problèmes et questions qui nous semblent important de solutionner afin d'obtenir l'accès direct à la masso-kinésithérapie en France.

Ce mémoire doit être considéré comme une introduction à l'accès direct en France. La possibilité de poursuivre ce travail en association avec l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, voire d'un syndicat est à prendre en compte.

6. CONCLUSION

Cette revue de littérature a permis de définir plusieurs points à étayer avant d'aboutir à l'intégration de l'accès direct à la masso-kinésithérapie dans notre système de soins. Tout d'abord, il serait nécessaire de réaliser des études quantitatives sur les différents facteurs (économique, résultat thérapeutique, vitesse de prise en charge, sécurité du patient) du modèle de santé français actuel. Par la suite, des études nationales devraient porter sur la mise en place d'expérimentations de l'accès direct, afin de quantifier ses effets et de les comparer au système actuel.

En parallèle, il serait nécessaire de mettre en place des modifications dans la formation initiale en masso-kinésithérapie. Il faudrait accentuer la compétence de diagnostic différentiel et de « Red Flags » mais également y intégrer la compétence de pronostic. La reconnaissance des études à un niveau master ouvrirait la possibilité d'un doctorat, permettant ainsi l'acquisition du droit à la recherche.

Ces travaux permettraient d'aboutir à une nouvelle proposition d'amendement auprès du législateur en apportant des arguments de réponse aux inquiétudes tels que le détournement de l'accès direct en auto prescription de masso-kinésithérapeute, l'altération de la communication inter profession et la diminution du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des patients. D'autres défis seront à prendre en compte lors de la mise en place de l'accès direct, comme le temps nécessaire à la modification des pratiques « habituelles », le manque d'utilisation des avancées déjà acquises ainsi que le danger représenté par les mutuelles privées.

Ce travail de fin d'étude montre que l'accès direct à la masso-kinésithérapie en France, à l'instar des pays l'autorisant déjà, pourrait apporter de nombreux avantages sur l'aspect économique, la charge de travail des médecins généralistes, le délai de la prise en charge masso-kinésithérapique et la satisfaction des patients.

Selon nous, l'accès direct à la masso-kinésithérapie vise à compléter le modèle par référence médicale afin d'optimiser l'offre de santé. Il représenterait une avancée dans la prise en charge du patient et répondrait à la problématique de l'accès au soin. Mais le chemin pour y parvenir est long et une évolution culturelle à amorcer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R, De Caro W, Pellicciari L. Direct access in physical therapy: a systematic review. Clin Ter. juill 2018;169(5):249-60.
2. 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.
3. 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.
4. World Confederation for Physical Therapy, Policy statement, Direct access and service users' self-referral to physical therapy 2011 [en ligne], [consulté le 20 mars 2018], www.wcpt.org.
5. Basore Tiffany, A Review of Direct Access to Physical Therapy, 2010, Honors Projects, 57, [en ligne], 2010, [consulté le 16 décembre 2018], scholarworks.gvsu.edu.
6. Kruger J. Patient referral and the physiotherapist: three decades later. J Physiother. 2010;56(4):217-8.
7. Remondière R, Durafourg M-P. L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France. Santé Publique. 2014;26(5):669.
8. Monet J. Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle : UNE SPECIALITE MEDICALE IMPOSSIBLE Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914. DOCTORAT EN SCIENCES SOCIALES DU TRAVAIL : PARIS 1; 2003.
9. A. Rey, M. Tomi, T. Hordé, C. Tanet, LE ROBERT Dictionnaire historique de la langue française, 2016, Paris.
10. Loi n°46-857 du 30 avril 1946 ATION DE L'EXERCICE DES PROFESSIONS DE MASSEUR GYMNASTE MEDICAL, DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE ET DE PEDICURE, Journal officiel, 1 mai 1946, page 3653.
11. Macron A. La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30 avril 1946 : genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée. Doctorat en Droit : Université de Montpellier; 2015.
12. Arrêté du 31 décembre 1947 relatif aux actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié, Journal officiel, 09 janvier 1948, p.272.
13. Arrêté du 20 mai 1968 relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, Journal officiel, 1er juin 1968, p. 5339, SANP0752685A.

14. Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, Journal officiel, 30 août 1985, page 10032.
15. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, Journal officiel, n°236, 9 octobre 1996, page 14802, TASP9623057D.
16. Décret n°2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, Journal officiel, 29 juin 2000, MESP0021636D.
17. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel, n°54, 5 mars 2002, n page 4118, MESX0100092L.
18. 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, 13 janvier 2006, page 532, SANS0620089A.
19. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, Journal officiel, n°185, 11 août 2004, p. 14277, SANX0300055L.
20. Loi n°95-116 du 4 février 1995 portant sur diverses dispositions d'ordre social, Journal officiel, n°31, 5 février 1995, page 1992, SPSX9400133L.
21. 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, 9 mars 2006, page 3540, SANP0620474D.
22. Article L4321-1 du Code de la santé publique, Version en vigueur au 28 janvier 2016.
23. C-P Giudicelli, J Hureau, LE VOCABULAIRE MÉDICAL DU XXIème SIÈCLE [en ligne], [consulté le 27 octobre 2018], www.dictionnaire.academie-medecine.fr.
24. Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, Journal officiel, 28 septembre 1945, page 6083.
25. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Arrêté du 30 juillet 2008 fixant la liste des topiques à usage externe pouvant être prescrits et appliqués par les pédicures-podologues et la liste des pansements pouvant être prescrits et posés par les pédicures-podologues, Journal officiel, n°0179, 2 août 2008 page 12410, SJSH0815179A.
26. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, Arrêté du 20 mars 2012

fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire, JORF du 30 mars 2012, Journal officiel, n°0077, 30 mars 2012, page 5768, ETSH1208335A.

27. Article R4311-3 du Code de la santé publique, Version en vigueur au 3 septembre 2008.

28. Article R4321-2 du Code de la santé publique, Version en vigueur au 3 août 2009.

29. Article R4322-1 du Code de la santé publique, Version en vigueur au 3 août 2008.

30. Article 75 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel, 5 mars 2002, page 4118, MESX0100092L.

31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, Journal officiel, n°73, 27 mars 2007, page 5662, SANH0721330D.

32. Barbin JM, Camy J, Communal D, Fodimbi M, Perrin C, Vergnault, Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée, Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée, 2016, Paris.

33. Article L1172-1 du Code de la santé publique, Version en vigueur au 28 janvier 2016.

34. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, Journal officiel, n°0304, 31 décembre 2016, AFSP1637993D.

35. David J-P, Roquet P. Le référentiel du masseur-kinésithérapeute et du masseur-kinésithérapeute-ostéopathe. *Ordre des Massuers-Kinésithérapeutes*; 2012 p. 220.

36. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 21 juill 2009;6(7):e1000097.

37. Échelle PEDro – Français, [en ligne], 1999, [consulté le 28 avril 2018]. www.pedro.org.

38. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 21 sept 2017;j4008.

39. 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.

40. 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.

41. 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.
42. 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 14 novembre 2018], 17(1). www.bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com.
43. 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.
44. Lackenbauer W, Janssen J, Roddam H, Selfe J. Is keep/refer decision making an integral part of national guidelines for the physiotherapy profession within Europe? A review. *Physiotherapy.* déc 2017;103(4):352-60.
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. WCPT vision and mission, [en ligne], 2013, [consulté le 22 mars 2019], www.wcpt.org.
49. Global country profile maps (reference year 2018), [en ligne], 2018, [consulté le 22 mars 2019]. www.wcpt.org.
50. Ministère de la Santé Luxembourgeois, « Nouvelle réglementation et plus d'attributions pour les masseurs-kinésithérapeutes », [en ligne], publié le 13 novembre 2018, [consulté le 12 janvier 2019], www.gouvernement.lu.
51. Tableaux de l'Économie Française Édition 2016 [en ligne], 2016, [consulté le 20 mars 2019], www.insee.fr.
52. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *Journal officiel*, n°0022, 27 janvier 2016, AFSX1418355L.
53. 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, 13 janvier 2006, page 532, SANS0620089A.

54. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France. 180 Boulevard Haussmann - 75008 Paris: CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS; 2016. 326 p.
55. Antoine M-J. Démographie des kinésithérapeutes, Ordre des masseur-kinésithérapeutes, [en ligne], 2017, [consulté le 13 janvier 2019], www.ordremk.fr
56. Legendre B, Aberki C, Chaput H. Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités - Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019.
57. Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy*. juin 2012;98(2):131-7.
58. 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.
59. 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* [en ligne], déc 2016 [consulté le 14 novembre 2018];17(1), www.bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com
60. Childs JD, Fritz JM, Wu SS, Flynn TW, Wainner RS, Robertson EK, et al. Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs. *BMC Health Serv Res*. juin 2015;15(1):150.
61. Fritz JM, Childs JD, Wainner RS, Flynn TW. Primary Care Referral of Patients With Low Back Pain to Physical Therapy: Impact on Future Health Care Utilization and Costs. *Spine*. déc 2012;37(25):2114-21.
62. Mathieu P. (dir.), *sons l'accès direct*, Paris, Ordre National de Masso-Kinésithérapie, 2017.
63. Ordre des Masseur-Kinésithérapeutes, *Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé - (N°XX)*, modification de l'article L4321-1 du Code de la Santé Publique, février 2019.
64. Article D322-1 du Code de la Sécurité Sociale mis à jour par le Décret n°2011-726 du 24 juin 2011 supprimant l'hypertension artérielle sévère de la liste des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré mentionnée au 3° de l'article L322-3 du Code de la Sécurité Sociale, ETSS1033024D.

65. Article 51 de la Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, Journal officiel, n°0305, 31 décembre 2017, CPAX1725580L.

66. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, Décret n°2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale, Journal officiel, n°0045, 23 février 2018, SSAS1736666D.

67. Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, Journal officiel, n°0305, 31 décembre 2017, CPAX1725580L.

ANNEXES

ANNEXE I : Fiches de lecture

L'ACCÈS LIBRE À LA KINÉSITHÉRAPIE		
Auteurs / revue / année / Vol. / Pages		R. Remondière, M-P. Durafourg / Santé Publique / 2014 / 26 / p 699 à 677
Conflits d'intérêts		Aucun
Introduction	Objectif de l'étude	Définir les bases et le cadre sur lesquels l'accès direct pourrait se construire. Définir les freins et facilitateurs à sa mise en place.
	Question de recherche	Sur quelles bases l'accès direct peut-il se construire en France ? Dans quel cadre ? Quels sont les freins et les éléments facilitateurs ?
Matériel et Méthode	Type d'étude	Observationnelle.
	Facteur d'inclusion	Aucun.
	Facteur d'exclusion	Aucun.
	Outils utilisés	Tableaux.
Résultat	Principal	L'acquisition d'une autonomie partielle doit passer soit par un transfert de compétence/délégation, soit par un arbitrage ministériel/européen.
	Secondaire	Atouts : de plus en plus de masso-kinésithérapeutes ont acquis un haut degré de technicité dans un domaine spécifique crédibilisant. Limite du modèle actuel : âgé de 70 ans ; le statut en milieu hospitalier n'a pas évolué durant les quarante dernières années ; en libéral, les inégalités territoriales se creusent et les délais d'attente augmentent.
	Forme de présentation	Tableaux.
Discussion	Réponse à la question de recherche	Pour optimiser le modèle de santé, il faut modifier la coopération médecins/auxiliaires médicaux et modifier les réglementations.
	Biais	Aucun biais trouvé.
	Limite	Aucune limite trouvée.
Applicabilité/intérêt de la recherche		Les coopérations entre médecins et paramédicaux pourraient déboucher sur un transfert de pratiques.
Résumé		
<p>Les premières initiatives d'accès libre datent de 1976 et de nombreux pays anglophones ont suivi ce mouvement qui vise à supplanter la consultation d'un médecin pour certains actes, hormis le diagnostic. En France, les coopérations dans ce domaine sont exceptionnelles. L'accès direct doit être différencié des pratiques avancées, à l'hôpital, dans les domaines de l'orthopédie, les troubles musculo-squelettiques, l'évaluation préopératoire et l'arthroplastie de hanche et de genou. À l'hôpital, ce sont les hommes de 40 à 59 ans qui ont recours à cette forme de consultation, avec une excellente corrélation comprise entre 86 et 100 % en comparaison avec la pratique du médecin, ouvrant la porte à l'accès libre. La trajectoire apparemment réussie du Québec et l'opinion des Suisses interrogés mettent en perspective une trajectoire très différente. Dans ce domaine, la France possède une place à part, car si les coopérations avec les médecins sont encouragées, elles sont l'exception, malgré un maillage territorial favorable. Les points forts et les points faibles sont pris en compte, mais il semble bien que de nombreux obstacles et enjeux freinent cette procédure.</p> <p>Les affections chroniques se prêtent parfaitement à ces échanges de pratiques, quand bien même d'autres professionnels ont déjà investi ce domaine. Délégations et transferts de pratiques seraient le témoin d'une autonomie professionnelle en devenir, sous forme d'un accès libre partiel.</p>		
Niveau de preuve		Non évaluable.

AN OVERVIEW of 5 Years of Patient Self-Referral for Physical Therapy in the Netherlands

Auteurs / revue / année / Vol. / Pages	I. Swinkels, M. Kooijman, P. Spreeuwenberg, D. Bossen, C. Leemrijse, C. van Dijk, R. Verheij, D. de Bakker, C. Veenhof / Research Report / 2014 / 94 / p 1785-1795	
Conflits d'intérêts	Non indiqué	
Introduction	Objectif de l'étude	Evaluer les effets de l'autoréférence en physiothérapie aux Pays-Bas, sur le volume de soins de médecine générale et de physiothérapie.
	Question de recherche	L'autoréférence aux Pays-Bas a-t-elle atteint ses objectifs ? Réduit la charge de travail des médecins généralistes ? Accru la responsabilité professionnelle des physiothérapeutes ? Accru la liberté de choix des patients ?
Matériel et Méthode	Type d'étude	Rétrospective.
	Facteur d'inclusion	Patients âgés d'au moins 18 ans ayant contacté un cabinet de physiothérapie entre le 1 ^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2010 extraits de la base de données NPCD.
	Facteur d'exclusion	Aucun.
	Outils utilisés	Des statistiques descriptives et des analyses de régression multiniveaux de Poisson : analyse des données.
Résultat	Principal	En ce qui concerne les soins des généralistes, aucune modification de la charge de travail n'a été constatée.
	Secondaire	Les patients auto-référés comptent en moyenne trois séances de physiothérapie de moins que les patients référés. La proportion des autoréférences a augmenté en passant de 28,9% en 2006 à 46,2% en 2010.
	Forme de présentation	Tableaux et figures.
Discussion	Réponse à la question de recherche	L'autoréférence n'a pas entraîné de diminution significative du volume de soins des généralistes sur les maladies prévalentes en physiothérapie.
	Biais	Aucun biais trouvé.
	Limite	Les données sur la thérapie physique ne proviennent que de physiothérapeutes travaillant sur des conditions générales en pratique générale.
Applicabilité et intérêt de la recherche	L'introduction de l'autoréférence aux Pays-Bas a répondu à la plupart des attentes anticipées des patients et des physiothérapeutes.	
Résumé		
<p>Objectif : Evaluer les effets de l'autoréférence en physiothérapie aux Pays-Bas, sur le volume de soins de médecine générale et de physiothérapie.</p> <p>Méthodes : Les données longitudinales utilisées sont celles des dossiers médicaux électroniques des médecins généralistes et des physiothérapeutes participant à la base de données NIVEL sur les soins de santé primaires, ainsi que celles de Statistics Netherlands. Des statistiques descriptives et des analyses de régression multiniveaux de Poisson ont été utilisées pour analyser les données.</p> <p>Résultats : Les taux d'incidence des douleurs au dos, à l'épaule et au cou en médecine générale ont légèrement diminué de 2004 à 2009. Aucune tendance linéaire n'a été décelée pour le nombre de contacts avec les médecins généralistes pour des douleurs au dos et au cou. Le nombre de patients consultant un physiothérapeute et la proportion d'auto-référés augmentent. Les auto-référés reçoivent moins de traitements après la première admission que les patients référés, et le nombre moyen de visites est inférieur.</p> <p>Limites : Les données proviennent de sources de données existantes.</p> <p>Conclusions : L'autoréférence aux Pays-Bas a répondu à la plupart des attentes exprimées avant son introduction, bien qu'aucune modification de la charge de travail liée aux soins des généralistes n'ait été constatée. Le recours à la thérapie physique a augmenté, mais en raison du vieillissement de la population et de la prévalence croissante des maladies chroniques, on ignore si l'autoréférence affecte l'utilisation des soins de santé.</p>		
Niveau de preuve	6/9 (PEDro)	

DIRECT ACCESS COMPARED WITH REFERRED PHYSICAL THERAPY EPISODES OF CARE - A SYSTEMATIC REVIEW		
Auteurs / revue / année / Vol. / Pages		HA. Ojha, RS. Snyder et TE. Davenport / Physical therapy / 2014 / 94 / p 15-30
Conflits d'intérêts		Non indiqué
Introduction	Objectif de l'étude	Comparer les coûts des soins et les résultats de la prise en charge par accès direct à celle référée dans les épisodes de thérapie physique.
	Question de recherche	Etablir les effets de l'accès direct et de l'accès référé par un médecin chez les patients recevant une thérapie physique basée sur une revue de littérature.
Matériel et Méthode	Type d'étude	Revue de littérature.
	Facteur d'inclusion	Avoir plus de 85% de patient présentant des lésions musculo-squelettiques traitées par un physiothérapeute en ambulatoire. Avoir des données quantitatives pour au moins un groupe ayant reçu une thérapie physique par un accès direct à un physiothérapeute. Avoir des données quantitatives pour au moins un groupe ayant reçu une thérapie physique par référence médicale. Avoir plus de 50% de patients des deux groupes ayant reçu une thérapie physique. Avoir évalué au moins l'un des éléments suivants : résultats de la thérapie physique, coût, interventions physiothérapeutiques.
	Facteur d'exclusion	Rédaction dans une autre langue que l'anglais ou l'espagnol.
	Outils utilisés	Recommandations du Centre de médecine fondée sur les preuves (CEBM) d'Oxford 2011 : évaluation du niveau de preuve. Liste de contrôle Downs and Black : attribution d'un score.
Résultat	Principal	Les coûts pour les patients ou compagnies d'assurance étaient inférieurs lorsque les patients voyaient un physiothérapeute par accès direct.
	Secondaire	Le nombre de visites de physiothérapie était significativement moins élevé dans le groupe à accès direct. Moins de tests d'appoint et moins d'interventions étaient prescrits lorsqu'un patient recevait une thérapie physique par accès direct. Les patients du groupe d'accès direct voyaient moins leur médecin généraliste ou un autre consultant. Les coûts des patients et des soins de santé n'étaient pas plus élevés dans le groupe à accès direct.
	Forme de présentation	Tableaux.
Discussion	Réponse à la question de recherche	Les patients du groupe à accès direct ont reçu moins de médicaments et d'exams d'imagerie tout en obtenant des résultats similaires ou supérieurs, diminution relative suggérée du risque de préjudice dans le groupe à accès direct.
	Biais	Risque de biais de sélection.
	Limite	Manque de randomisation de groupe. Données très hétérogènes.
Applicabilité et intérêt de la recherche		Appuyer les décisions de politique générale et de paiement qui faciliteraient l'offre de services en physiothérapie grâce à un accès direct.
Résumé		
<p>Objectif : Le but de cette étude était de mener une revue systématique de la littérature sur les patients souffrant de lésions musculo-squelettiques et de comparer les coûts des soins de santé et les résultats des patients dans les épisodes de thérapie physique par accès direct comparé à la thérapie physique référée.</p> <p>Méthode : Ovid MEDLINE, CINAHL (EBSCO), Web of Science et PEDro ont été recherchés en utilisant des termes liés à la thérapie physique et à l'accès direct. Les articles inclus ont été recherchés manuellement pour des références supplémentaires. Les études incluses ont comparé les données de la thérapie physique par un accès direct à celle par référence d'un médecin, en étudiant les coûts, les résultats ou les préjudices. Les études ont été évaluées en utilisant les critères des niveaux de preuve du Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) et ont reçu un score méthodologique.</p> <p>Résultat : Parmi les 1 501 articles qui ont été examinés, 8 articles de niveaux 3 à 4 de l'échelle CEBM ont été inclus. Des résultats statistiquement significatifs et cliniquement significatifs selon les études ont montré que la satisfaction et les résultats étaient supérieurs, et que le nombre de visites de physiothérapie, d'imagerie prescrite, de médicaments prescrits et de rendez-vous non physiques supplémentaires était moindre dans les cohortes recevant une thérapie physique par accès direct aux soins. Il n'y avait aucune preuve de préjudice. Il existe des preuves dans les études de niveaux 3 et 4 (niveau de recommandation CEBM de grade B à C) que la thérapie physique par accès direct par rapport aux épisodes de soins référés est associée à de meilleurs résultats pour les patients et à des coûts réduits.</p> <p>Limite : Les principales limitations étaient le manque de randomisation de groupe, le potentiel de biais de sélection et la généralisation limitée.</p> <p>Conclusion : La physiothérapie au moyen d'un accès direct peut contenir les coûts des soins de santé et promouvoir des soins de santé de haute qualité. Les tiers payeurs devraient envisager de payer pour la physiothérapie par un accès direct afin de réduire les coûts des soins de santé et d'inciter les patients à obtenir des résultats optimaux.</p>		
Niveau de preuve		13/16 (AMSTAR 2)

IMPACT OF USING PHYSIOTHERAPY SELF-REFERRAL IN THE MEDICAL–SURGICAL NEUROLOGICAL INTENSIVE CARE UNIT

Auteurs / revue / année / Vol. / Pages

C. Duncan, L. Muc, C. Heck / Physiotherapy Canada / 2016 / 67 / p 39-45

Conflits d'intérêts

Non indiqué

Introduction	Objectif de l'étude	Rassembler des preuves sur la pratique de référence en physiothérapie pour les patients de la MSNICU au Toronto Western Hospital.
	Question de recherche	Décrire la pratique de référence en physiothérapie dans une unité de soins intensifs médico-chirurgicaux neurologiques (USIMSN) dans un grand hôpital d'enseignement de soins quaternaires avant et après la mise en œuvre de l'autoréférence, respectivement.
Matériel et Méthode	Type d'étude	Observationnelle.
	Facteur d'inclusion	Tout patient admis dans la MSNICU au cours de la période pré- ou post-mise en œuvre ayant eu de la physiothérapie.
	Facteur d'exclusion	Aucun.
	Outils utilisés	SPSS pour Windows version 16 : analyse des données. Tests t : comparaison des données.
Résultat	Principal	Aucune différence significative ($p > 0,05$) entre le nombre moyen de patients sur le nombre de cas quotidiens de physiothérapie (14,7 pour le pré contre 14,3 pour le post) et le nombre moyen de lits occupés (21,1 pour le pré contre 21,8 pour le post).
	Secondaire	Il y avait diminution significative de 1,4 jour pour l'initiation en physiothérapie ($p = 0,01$) chez les patients recevant une initiation de physiothérapie précoce via autoréférence dans le groupe post par rapport au groupe pré. Aucune différence significative ($p = 0,93$) dans la durée d'hospitalisation en MSNICU entre les cohortes pré (12,7 jours) et post (13,0 jours).
	Forme de présentation	Tableaux.
Discussion	Réponse à la question de recherche	La mise en œuvre de l'autoréférence en physiothérapie a permis l'identification des patients en unité de soins intensifs ayant besoin de physiothérapie et d'améliorer la rapidité de prise en charge pour ces patients.
	Biais	Risque de biais de sélection.
	Limite	Les patients n'ayant pas été référés au service physiothérapie n'ont pas été inclus. L'utilisation de données rétrospectives peut entraîner une perte d'informations.
Applicabilité et intérêt de la recherche	L'autoréférence en physiothérapie a permis un accès plus rapide aux services de physiothérapie pour les patients en soins intensifs en MSNICU.	
Résumé		
<p>Objectif : Décrire la pratique de référence en physiothérapie dans une USIMSN dans un grand hôpital d'enseignement de soins quaternaires avant et après la mise en œuvre de l'autoréférence en physiothérapie.</p> <p>Méthodes : Les dossiers ont été étudiés pour déterminer les patients de l'USIMSN qui ont reçu des traitements de physiothérapie pré (n=90) et post (n=100) afin de recueillir des données sur l'opportunité, le nombre de références et la durée du séjour (DDS) à l'USIMSN ; ils ont procédé à des tests t pour déterminer les différences entre les groupes.</p> <p>Résultats : L'âge moyen des patients de l'USIMSN référés en physiothérapie s'établissait à 60,6 ans, et 59,5% étaient des hommes. En physiothérapie, les intéressés ont reçu des traitements portant sur l'appareil cardiorespiratoire (39% pré, 51,1% post), sur la mobilité (22% pré, 28,8% post) et combinés (39% pré, 20% post). Dans l'ensemble, le nombre de jours écoulés entre l'admission à l'USIMSN et le début des traitements de physiothérapie, et la DDS à l'USIMSN, ne présentaient pas de différence significative entre le traitement pré et post. Dans le cas des patients (n=50) ayant bénéficié d'une autoréférence précoce en physiothérapie (dans les 7 jours de l'admission à l'USIMSN) post par rapport aux patients référés par un médecin (n=83) pré, ils ont constaté une diminution significative ($p=0,01$) du temps avant prise en charge physiothérapique s'établissant à 1,4 jour (3,2 pré, 1,8 post).</p> <p>Conclusions : L'autoréférence en physiothérapie a augmenté le nombre de patients bénéficiant d'un accès plus approprié aux services de physiothérapie et a amélioré la prestation de traitements pour un groupe de patients qui n'avaient pas été référés auparavant.</p>		
Niveau de preuve	6/9 (PEDro)	

HOSPITAL-BASED OUTPATIENT DIRECT ACCESS TO PHYSICAL THERAPIST SERVICES- CURRENT STATUS IN WISCONSIN

Auteurs / revue / année / Vol. / Pages	W. Boissonnault, K. Lovely / Physical Therapy / 2016 / 96 / p 1-25	
Conflits d'intérêts	Non indiqué	
Introduction	Objectif de l'étude	Etudier l'étendue de la mise en œuvre et l'utilisation de l'accès direct aux services de physiothérapie ambulatoires dans les hôpitaux/centres médicaux du Wisconsin. Identifier les obstacles et facilitateurs à l'offre de tels services. Identifier les différences potentielles entre les installations qui fournissent ou non des services d'accès direct.
	Question de recherche	Quels sont les obstacles spécifiques à la mise en œuvre du modèle auxquels sont confrontés les hôpitaux de l'État ?
Matériel et Méthode	Type d'étude	Prospective.
	Facteur d'inclusion	Services de réadaptation des 107 hôpitaux et centres médicaux du Wisconsin.
	Facteur d'exclusion	Aucun.
	Outils utilisés	Questionnaire : recueil des données. Test exact de Fisher : analyse des données.
Résultat	Principal	Les facteurs mentionnés comme obstacles étaient : le manque de connaissances sur l'accès direct ; des préoccupations sur les compétences du physiothérapeute en matière de dépistage médical et de diagnostic différentiel ; une non-priorité administrative ; des préoccupations des besoins en personnel et de formation préalable ; une crainte de la relation médecin-physiothérapeute ; et une inquiétude de la gestion de l'établissement.
	Secondaire	Les organisations ayant adopté le modèle d'accès direct ont indiqué qu'un accès plus rapide et plus efficace aux services de physiothérapie et une satisfaction accrue des patients étaient les principales raisons de la mise en œuvre du modèle. Les répondants ont indiqué que la mise en œuvre d'un modèle d'accès direct avait entraîné une augmentation de la satisfaction des patients, un accès plus rapide au service de physiothérapie et une diminution des coûts des services de santé des établissements. Des conditions différentes d'un établissement à l'autre étaient nécessaires afin que les physiothérapeutes puissent pratiquer l'accès direct (au moins 1 à 2 ans d'expérience clinique, un doctorat en physiothérapie, un diplôme universitaire post-professionnel ou l'achèvement d'un programme de résidence ou de bourses agréé par l'APTA).
	Forme de présentation	Tableaux.
	Réponse à la question de recherche	Le principal obstacle à l'utilisation rapporté par nos répondants était le manque de connaissances et de sensibilisation du modèle d'accès direct par le public, les médecins et les administrateurs d'organisation.
Discussion	Biais	Risque de biais de sélection.
	Limite	Le taux de réponse aurait dû être de 60% à 80% pour être considéré comme excellent. Ces résultats ne sont valables que pour le Wisconsin.
Applicabilité et intérêt de la recherche	Cette étude fournit la première description des principaux obstacles à la mise en œuvre et à l'utilisation d'un modèle d'accès direct du point de vue des administrateurs d'hôpitaux ou de centres médicaux.	
Résumé		
<p>Objectifs : Les objectifs de l'étude étaient les suivants : (1) étudier l'étendue de la mise en œuvre et de l'utilisation d'un accès direct aux services de physiothérapie ambulatoires dans les hôpitaux et les centres médicaux du Wisconsin, (2) identifier les obstacles et les facilitateurs pour la fourniture de tels services et (3) identifier les différences potentielles entre les installations qui fournissent ou non des services d'accès direct.</p> <p>Conception : Une enquête descriptive a été réalisée.</p> <p>Méthodes : Quarante-neuf questionnaires ont été envoyés par courrier électronique aux directeurs des services de réadaptation des hôpitaux et des centres médicaux du Wisconsin. L'enquête a examiné l'adoption par les établissements du modèle d'accès direct, les difficultés rencontrées et les ressources utilisées pendant la mise en œuvre du modèle, ainsi que les obstacles actuels affectant l'utilisation du modèle.</p> <p>Résultats : Quarante-sept (52,8%) des 89 questionnaires de l'enquête ont été remplis et retournés. Quarante-deux pour cent des répondants au sondage (20 sur 47) ont déclaré que leur établissement offrait un accès direct aux services de physiothérapie, mais moins de 10% des patients étaient vus directement dans 95% des établissements offrant de tels services. Les obstacles les plus fréquemment signalés à la mise en œuvre et à l'utilisation du modèle étaient le manque de connaissances des prestataires de soins de santé, des administrateurs et des patients concernant l'accès direct, sa légalité dans le Wisconsin et le diagnostic différentiel et les capacités de dépistage médical des thérapeutes physiques.</p> <p>Limites : Le biais potentiel du répondant et la généralisabilité limitée des résultats sont les limites de l'étude. Ces résultats s'appliquent aux hôpitaux et aux centres médicaux situés dans le Wisconsin, et non aux établissements situés dans d'autres régions géographiques.</p> <p>Conclusions : Les répondants représentant des organisations à accès direct ont signalé un accès plus rapide aux services de physiothérapie, une satisfaction accrue des patients, une réduction des coûts de soins de santé en entreprise et une efficacité accrue de l'utilisation des ressources comme avantages de la mise en œuvre du modèle. Pour les organisations sans accès direct, celui-ci n'était pas une priorité organisationnelle, les préoccupations provenant de sources de référence et les craintes que la relation médecin-patient soit affectée négativement ont été mentionnées comme des obstacles à l'adoption du modèle.</p>		
Niveau de preuve	5/9 (PEDro)	

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		
Auteurs / revue / année / Vol. / Pages		A. Desjardins-Charbonneau, J-S. Roy, J. Thibault, V. T. Ciccone and F. Desmeules / BMC Musculoskeletal Disorders / 2016 / p 1-8.
Conflits d'intérêts		Non indiqué
Introduction	Objectif de l'étude	Evaluer les perceptions d'un échantillon de la communauté universitaire de la province de Québec sur les physiothérapeutes en tant que praticiens de soins primaires et physiothérapeutes en pratique avancée (APP) pour le traitement des patients atteints de troubles musculo-squelettiques (TMS).
	Question de recherche	Quelle est l'opinion de la communauté universitaire de la province de Québec sur les physiothérapeutes en tant que praticiens de soins primaires et en pratique avancée (APP) pour le traitement des patients atteints de TMS ?
Matériel et Méthode	Type d'étude	Prospective.
	Facteur d'inclusion	Tous les membres de la communauté de l'Université Laval à Québec possédant une adresse électronique valide.
	Facteur d'exclusion	Etre enseignant, personnel de soutien ou étudiant du Département de réadaptation.
	Outils utilisés	SurveyMonkey.com : Plateforme d'accueil du questionnaire. Tests du khi carré et tests Z : Analyse de données.
Résultat	Principal	90% des répondants estimaient que les physiothérapeutes étaient compétents et qualifiés.
	Secondaire	71,9% des répondants ont indiqué que la capacité de diagnostic des TMS d'un physiothérapeute équivaut, sinon plus, à celle d'un médecin traitant ou d'un urgentiste. 90% des répondants estimaient que l'APP était un phénomène favorable.
	Forme de présentation	Tableaux et figures.
Discussion	Réponse à la question de recherche	Les répondants perçoivent les physiothérapeutes comme compétents, sur le rôle autonome des physiothérapeutes dans la gestion des soins de santé primaires des TMS, qu'ils aient déjà consulté un physiothérapeute ou non.
	Biais	Aucun biais trouvé.
	Limite	Taux de participation faible. Echantillon non représentatif de la population générale.
Applicabilité et intérêt de la recherche		Les résultats montrent de plus en plus aux gouvernements et aux organismes de santé que le public appuie de nouvelles initiatives susceptibles d'alléger le fardeau de la profession médicale et d'accroître l'accès à des soins sûrs et efficaces.
Résumé		
<p>Contexte : Les TMS représentent une lourde charge pour le système de santé. L'utilisation de physiothérapeutes dans leurs rôles autonomes et dans des rôles de pratique avancée peut contribuer à améliorer l'accès aux soins. Le but de cette enquête était donc d'évaluer les perceptions d'un échantillon de la communauté universitaire de la province de Québec sur les physiothérapeutes en tant que praticiens de soins primaires et physiothérapeutes en APP pour le traitement des patients atteints de troubles musculo-squelettiques.</p> <p>Méthodes : Un sondage électronique a été envoyé en février 2014 via une plate-forme Web aux membres de la communauté de l'Université Laval (Ville de Québec, Canada). L'enquête comprenait des questions sur les connaissances et les perceptions du rôle autonome des physiothérapeutes actuels en matière de soins de santé primaires et du futur modèle de soins de l'APP pour les patients atteints de TMS. Les résultats de l'enquête ont été synthétisés avec des statistiques descriptives. Les différences de réponses en fonction de la démographie, des caractéristiques personnelles et de l'expérience antérieure en matière de soins de physiothérapie ont été évaluées à l'aide de tests du khi carré.</p> <p>Résultats : Au total, 513 participants ont répondu au sondage en ligne (taux de réponse de 1%). La majorité des répondants était des femmes (74%), avait de 18 à 24 ans (39% de tous les répondants). Environ 90% des répondants pensaient que les physiothérapeutes étaient qualifiés et compétents et 91% ont répondu qu'ils faisaient confiance aux physiothérapeutes pour le traitement des TMS dans les soins primaires. Au total, 90% des personnes interrogées ont soutenu l'idée d'introduire des APP pour le traitement des patients atteints de TMS. Plus de 90% des répondants étaient en faveur de la délégation d'actes médicaux tels que : la communication d'un diagnostic médical, la demande de tests d'imagerie, le triage de candidats à une intervention chirurgicale ou la prescription de médicaments tels que les AINS.</p> <p>Conclusions : Les répondants sont satisfaits et ont confiance en les physiothérapeutes en tant que praticiens de soins primaires ; ils soutiennent également les nouveaux rôles prévus des APP dans le système de santé. Il faut être prudent en généralisant ces résultats à partir de cet échantillon particulier. Ces résultats doivent être corroborés par la population générale.</p>		
Niveau de preuve		5/9 (PEDro)

PHYSIOTHERAPY AS A FIRST POINT OF CONTACT IN GENERAL PRACTICE- A SOLUTION TO A GROWING PROBLEM ?

Auteurs / revue / année / Vol. / Pages	RW. Goodwin and PA. Hendrick / Primary Health Care Research & Development / 2016 / 17 / p 1-14	
Conflits d'intérêts	Aucun	
Introduction	Objectif de l'étude	Evaluer l'efficacité clinique, la satisfaction du patient et l'efficacité économique d'un service de physiothérapie offrant des soins de l'appareil locomoteur, comme alternative aux soins des médecins généralistes.
	Question de recherche	Cette évaluation explore la mise en place d'un « service de physiothérapie de première ligne » qui fournit des soins de premier point de contact, dans un cadre de médecine générale, aux patients souffrant de troubles liés à la TMS.
Matériel et Méthode	Type d'étude	Prospective.
	Facteur d'inclusion	Décrire une plainte musculo-squelettique, être consentant.
	Facteur d'exclusion	Aucun.
	Outils utilisés	Questionnaires standardisés : Recueil de données.
Résultat	Principal	Le service de physiothérapie de première ligne semble avoir été sécuritaire et aucun événement indésirable n'a été rapporté.
	Secondaire	Il n'y a pas de différence significative de la satisfaction des patient entre pratique de ville et pratique universitaire. Il y avait une différence significative en faveur des groupes de physiothérapie dans les deux pratiques (en centre-ville, différence de coût moyenne = 538,01 £ ; en pratique universitaire = 295,83 £).
	Forme de présentation	Tableaux et figures.
Discussion	Réponse à la question de recherche	Cette évaluation de service a révélé que le service de 1re ligne de physiothérapie était sans danger et qu'aucun incident indésirable n'avait été enregistré dans l'une ou l'autre des deux pratiques.
	Biais	Risque de biais d'attrition et de biais de sélection
	Limite	Absence de groupe de comparaison. Un seul praticien par service analysé : cette évaluation pourrait être considérée comme une analyse de leur pratique individuelle plutôt que de la physiothérapie en soi.
Applicabilité et intérêt de la recherche	La physiothérapie de première ligne pourrait réduire davantage le fardeau des omnipraticiens. Concernant les coûts potentiels de la mise en place d'un service de physiothérapie de première ligne l'analyse économique montre des résultats encourageants.	
Résumé		
<p>Objectif : évaluer l'efficacité clinique, la satisfaction du patient et l'efficacité économique d'un service de physiothérapie offrant des soins de l'appareil locomoteur, comme alternative aux soins des médecins généralistes.</p> <p>Contexte : Il existe une demande croissante de ressources pour la pratique générale. Un nouveau « service de physiothérapie de première ligne » a été évalué dans deux pratiques de médecine générale (pratique du centre-ville, pratique universitaire). La physiothérapie, en tant que premier point de contact, a été proposée comme alternative aux soins de médecine générale pour les patients souffrant de troubles musculo-squelettiques.</p> <p>Participants : Un échantillon de la cohorte de convenance de plus de 500 patients souffrant d'une plainte musculo-squelettique a été évalué au sein du service de physiothérapie. Pour l'évaluation économique, une cohorte de 100 patients de médecins généralistes a été examinée rétrospectivement.</p> <p>Méthode : Les mesures des résultats cliniques ont été recueillies lors de l'évaluation, un et six mois après l'évaluation. La satisfaction du patient a été recueillie lors de l'évaluation. Une évaluation économique de la cohorte de patients en physiothérapie a été réalisée et comparée à une cohorte rétrospective de patients (n = 100) vus par un médecin généraliste. Cette évaluation n'a pris en compte que la perspective des soins de santé (soins primaires et secondaires). Les problèmes de société tels que les arrêts de travail n'ont pas été pris en compte.</p> <p>Résultats : Aucun événement indésirable associé au service de physiothérapie. Les patients ont indiqué qu'ils étaient très satisfaits du service de physiothérapie. Les patients pris en charge par le service de physiothérapie de première ligne ont présenté des améliorations cliniques (EQ-5D-5L, évaluation globale du changement) au bout de six mois. Il y avait une différence statistiquement significative en faveur des groupes de physiothérapie utilisant un test bootstrap non paramétrique : pratique en centre-ville, différence de coût moyenne = 538,01 £ (P = 0,006; IC à 95% ; 865,678 £, 226,98 £), différence de coût moyenne à la pratique universitaire = 295,83 £ (P = 0,044; IC à 95% ; 585,16 £, 83,69 £).</p> <p>Conclusion : les limites de cette évaluation pragmatique du service sont reconnues. Néanmoins, le service de physiothérapie semble offrir un service sûr et efficace. Le service est bien reçu par les patients. Il semble y avoir des implications financières potentielles pour l'économie de la santé. Les physiothérapeutes, en tant que premier point de contact pour les patients souffrant de troubles musculo-squelettiques, pourraient contribuer aux défis actuels en matière de soins primaires.</p>		
Niveau de preuve	6/9 (PEDro)	

IS KEEP/REFER DECISION MAKE AN INTERGRAL PART OF NATIONAL GUIDELINES FOR THE PHYSIOTHERAPY PROFESSION WITHIN EUROPE ? A REVIEW		
Auteurs / revue / année / Vol. / Pages		W. Lackenbauer, J. Janssen, H. Roddam, J. Selfe / Physiotherapy / 2016 / p 1-21
Conflits d'intérêts		Aucun
Introduction	Objectif de l'étude	Déterminer si les capacités de décision en matière de maintien/référence font partie intégrante des directives nationales relatives à la profession de physiothérapeute des pays membres du Réseau européen de physiothérapie dans l'enseignement supérieur (ENPHE).
	Question de recherche	Analyser si et dans quelle mesure garder et référer les capacités de prise de décision fait partie intégrante de toutes les directives de physiothérapie professionnelle des associations membres d'ENPHE.
Matériel et Méthode	Type d'étude	Observationnelle.
	Facteur d'inclusion	Les 29 pays membres d'ENPHE.
	Facteur d'exclusion	Aucun.
	Outils utilisés	Documents servant de directives nationales pour la profession de physiothérapeute.
Résultat	Principal	Il n'existe pas de consensus clair sur les cas où le patient doit être référé ou qui devrait être consulté.
	Secondaire	L'exigence réglementaire en matière d'autonomie professionnelle relative aux décisions de maintien/de renvoi ne semble pas être en corrélation exclusive avec le système de santé national de chaque pays.
	Forme de présentation	Textes.
Discussion	Réponse à la question de recherche	Malgré la description claire de ces capacités dans les directives de la WCPT (qui sont normatives et ne permettent aucune interprétation), la plupart des pays ont apporté des modifications à leurs propres directives.
	Biais	Risque de biais de traduction.
	Limite	Il n'a pas été possible d'obtenir des directives nationales de toutes les organisations membres d'ENPHE.
Applicabilité et intérêt de la recherche		La capacité de prendre une décision indépendante de maintien/référence est importante pour que tous les physiothérapeutes garantissent la sécurité des patients et ne devrait pas dépendre du fait que les physiothérapeutes travaillent dans un système à accès direct ou non direct.
Résumé		
<p>Objectifs : Déterminer si les capacités de décision en matière de maintien/référence font partie intégrante des directives nationales relatives à la profession de physiothérapeute des pays membres du Réseau européen de physiothérapie dans l'enseignement supérieur (ENPHE).</p> <p>Sources de données : Une analyse a été réalisée incluant les bases de données médicales, la littérature grise et la correspondance personnelle avec les associations professionnelles membres d'ENPHE. Pour obtenir les informations d'intérêt, tous les documents éligibles ont été examinés.</p> <p>Résultats : 11 directives nationales pour la profession de physiothérapeute ont pu être obtenues. Deux associations membres supplémentaires utilisent les directives européennes comme règles nationales. Bien que dans les directives de la WCPT, les capacités de prise de décision en matière de conservation/référence soient clairement décrites comme un élément central, il existe une énorme incohérence quant à la manière dont divers pays européens (avec systèmes d'accès direct et non direct) les ont inclus dans leurs directives nationales.</p> <p>Conclusion : Bien que la plupart des pays membres de l'ENPHE accordent une importance particulière à la collaboration étroite entre professionnels de la santé et que les physiothérapeutes devraient connaître les limites de leur expertise, les capacités de prise de décision/conservation indiquées dans les directives de la WCPT n'étaient pas incluses dans la majorité des cas.</p>		
Niveau de preuve		Non évaluable.

DIRECT ACCESS TO PHYSICAL THERAPY FOR THE PATIENT WITH MUSCULOSKELETAL DISORDERS, A LITERATURE REVIEW

Auteurs / revue / année / Vol. / Pages		L. Piano, F. Maselli, A. Viceconti, S. Gianola, A. Ciuro / The Journal of Physical Therapy Science / 2017 / 29 / p 1463–1471
Conflits d'intérêts		Aucun
Introduction	Objectif de l'étude	Présenter une législation comparant l'accès direct et référé (ou d'autres mesures) à la physiothérapie en mettant l'accent sur la gestion des troubles musculo-squelettiques les plus contraignants en termes de réglementation, de coûts, d'efficacité, de sécurité et de rentabilité.
	Question de recherche	Fournir un examen détaillé de l'accès direct (AD) à la thérapie physique par des patients souffrant de TMS présentant : La législation sur l'AD à l'échelle internationale, de l'Italie et régionale (à savoir le Piémont). Des preuves de l'efficacité, de la sécurité et de la rentabilité de l'accès direct par rapport à l'accès référé et à d'autres approches.
Matériel et Méthode	Type d'étude	Revue de la littérature.
	Facteur d'inclusion	Les résultats de recherche avec les mots-clés suivants : "Musculoskeletal Diseases", "Back Pain", "Osteoarthritis", "Physical Therapy", "Direct Access", "Self-Referral", "Effectiveness, Outcome".
	Facteur d'exclusion	Aucun.
	Outils utilisés	Une stratégie de recherche PICO.
Résultat	Principal	Les résultats de la recherche clinique montrent que l'accès direct est plus efficace.
	Secondaire	D'un point de vue économique, l'accès direct semble être moins coûteux. La littérature scientifique ne reflète pas le courant de pensée en faisant valoir qu'il y a un danger potentiel à confier la prise en charge directe des TMS à un physiothérapeute.
	Forme de présentation	Tableaux.
Discussion	Réponse à la question de recherche	Cet article appuie l'accès direct pour les patients atteints de TMS avec une efficacité, une sécurité et un rapport coût-efficacité similaires ou supérieurs à ceux de l'accès référé.
	Biais	Risque de biais de sélection.
	Limite	Bien qu'elle ait été menée à grande échelle, il ne s'agit pas d'une revue systématique.
Applicabilité et intérêt de la recherche		L'accès direct est associé à une plus grande satisfaction du patient, à une efficacité clinique comparable et à une prise en charge plus précoce des plaintes des patients.
Résumé		
<p>Objectif : Présenter une législation comparant l'accès direct et référé - ou d'autres mesures - à la physiothérapie. L'accent est mis sur la gestion des troubles musculo-squelettiques les plus contraignants en termes de réglementation, de coûts, d'efficacité, de sécurité et de rentabilité.</p> <p>Méthodes : Les principales bases de données biomédicales et la littérature grise ont été recherchées, allant d'un scénario global à l'analyse de zones géographiques ciblées, en particulier l'Italie et la région Piémont.</p> <p>Résultats : La législation sur l'accès direct met en évidence les incohérences entre les pays appartenant à la Confédération mondiale pour la physiothérapie. L'accès direct pourrait être un modèle d'organisation sûr et efficace pour la prise en charge des patients atteints de maladies musculo-squelettiques et semble plus rentable.</p> <p>Conclusion : L'accès direct est un modèle vertueux qui peut aider à améliorer la qualité globale des services de physiothérapie. D'autres études sont nécessaires pour confirmer cette approche et déterminer si les résultats du présent aperçu peuvent être reproduits dans différents pays et systèmes de santé.</p>		
Niveau de preuve		11/16 (AMSTAR 2)

PHYSIOTHERAPY AS FIRST POINT OF CONTACT SERVICE FOR PATIENTS WITH MUSCULOSKELETAL COMPLAINTS- UNDERSTANDING THE CHALLENGES OF IMPLEMENTATION		
Auteurs / revue / année / Vol. / Pages		F. Moffatt, R. Goodwin and P. Hendrick / Primary Health Care Research & Development / 2017/ p 1-10
Conflits d'intérêts		Aucun
Introduction	Objectif de l'étude	Identifier la valeur que les parties prenantes attribuent à un service pilote de physiothérapie de premier point de contact PFPCS au sein des soins primaires. Comprendre les obstacles à sa mise en œuvre efficace. Explorer l'impact d'un PFPCS sur les pratiques de travail des prestataires.
	Question de recherche	Examiner comment les professionnels et le personnel de la pratique participant à la mise en place d'un système d'autoréférence en physiothérapie comprenaient le service, en mettant l'accent sur les perceptions de la valeur, des obstacles et de l'impact.
Matériel et Méthode	Type d'étude	Prospective.
	Facteur d'inclusion	Un échantillon des généralistes, physiothérapeutes et responsables administrateurs des deux sites pilotes.
	Facteur d'exclusion	Aucun.
	Outils utilisés	Entretiens dirigés.
Résultat	Principal	L'ensemble des parties prenantes a indiqué que les soins primaires devraient s'organiser comme une approche d'équipe.
	Secondaire	L'accès direct a allégé le travail des médecins généralistes qui reconnaissent les avantages économiques et sur le bien-être du patient de l'accès rapide à un service de physiothérapie. Les répondants ont reconnu que les interrogations sur la capacité des physiothérapeutes à travailler en autonomie et assurer la sécurité du patient n'étaient pas fondées.
	Forme de présentation	Tableaux.
Discussion	Réponse à la question de recherche	Les principales conclusions suggèrent que le PFPCS a été perçu par toutes les parties prenantes de cette étude comme une valeur ajoutée.
	Biais	Aucun biais trouvé.
	Limite	Il est possible que d'autres idées auraient été élucidées si un échantillon plus grand et plus diversifié avait été utilisé. Les participants n'étaient issus que de deux pratiques générales et les résultats sont donc spécifiques au contexte.
Applicabilité et intérêt de la recherche		Un changement de culture est essentiel pour tous si le service doit être considéré comme un choix rationnel par les patients. Les pratiques doivent tenir compte du rôle joué par le personnel administratif. Si les services sont créés uniquement pour réduire la charge de travail des généralistes de 30%, ils ne parviendront pas à atteindre cet objectif. La PFPCS offre l'opportunité de développer une expertise des TMS au sein de l'équipe - mais doit être consciente du potentiel de déqualification du généraliste. Les questions de responsabilité et d'imputabilité peuvent être abordées.
Résumé		
<p>Objectif : Cette évaluation visait à examiner comment les professionnels et le personnel de la pratique participant à la mise en place d'un système d'autoréférence en physiothérapie comprenaient le service, en mettant l'accent sur les perceptions de la valeur, des obstacles et de l'impact.</p> <p>Conception et mise en place : une évaluation qualitative a été menée auprès de deux cabinets de centres villes britanniques qui avaient choisi de participer à un programme pilote d'autoréférence proposant une « physiothérapie en tant que premier point de contact » pour les patients présentant une plainte musculo-squelettique.</p> <p>Méthodes : Des entretiens individuels et en groupes de discussion ont été menés auprès des physiothérapeutes, du personnel d'administration/d'accueil, des médecins généralistes et d'une infirmière de pratique. Les données d'entrevue ont été recueillies auprès de 14 personnes. Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique.</p> <p>Résultats : Trois thèmes clés ont été mis en évidence par cette évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premièrement, il est impératif d'effectuer un changement culturel - y compris la gestion des attentes du patient, en se référant plus particulièrement à la conviction que les omnipraticiens représentent le « choix légitime », de revoir les soins primaires contemporains comme une véritable approche d'équipe et de reconceptualiser le rôle des physiothérapeutes et de leurs pratiques. - Deuxièmement, l'impact du service sur les pratiques de travail de toutes les parties prenantes - en particulier la redistribution du travail pour « décharger » le médecin généraliste et le rôle critique du personnel administratif. - Enfin, les convictions relatives à la nature et aux avantages de l'expertise musculo-squelettique en physiothérapie - les craintes concernant la capacité des physiothérapeutes à travailler de manière autonome ou à identifier des « signaux d'alerte » n'étaient pas fondées. <p>Conclusion : Cette évaluation qualitative s'appuie sur les thèmes pour proposer cinq leçons clés qui pourraient être importantes pour prédire le succès de la mise en œuvre de programmes d'autoréférence en physiothérapie.</p>		
Niveau de preuve	5/9 (PEDro)	

PHYSIOTHERAPY MANAGERS' VIEWS OF MUSCULOSKELETAL PHYSIOTHERAPY SERVICE PROVISION IN IRLAND- A QUALITATIVE STUDY

Auteurs / revue / année / Vol. / Pages		HP. French and R. Galvin / Primary Health Care Research & Development / 2017 / p 1-11
Conflits d'intérêts		Aucun
Introduction	Objectif de l'étude	Obtenir le point de vue des responsables de la physiothérapie sur l'offre de services de physiothérapie musculo-squelettique dans les soins primaires en Irlande. Découvrir les obstacles et les facilitateurs à la prestation de services en matière de troubles musculo-squelettiques et de mieux comprendre les besoins en développement professionnel du personnel de physiothérapie.
	Question de recherche	Explorer les expériences des responsables de physiothérapie en matière de gestion des services de physiothérapie musculo-squelettique en soins primaires.
Matériel et Méthode	Type d'étude	Prospective.
	Facteur d'inclusion	Un échantillonnage ciblé a été utilisé pour assurer une répartition géographique des responsables de physiothérapie en soins primaires en milieu rural et urbain.
	Facteur d'exclusion	Aucun.
	Outils utilisés	Entretiens semi-directionnels.
Résultat	Principal	Les TMS représentaient la majorité des patients dirigés vers la physiothérapie, le médecin étant la source de référence principale.
	Secondaire	Il existe une relation positive entre généralistes et physiothérapeutes, mais un manque de compréhension du rôle du physiothérapeute. L'augmentation de la gamme d'offre de services, l'augmentation du nombre de sites de soins primaires, l'autoréférence et l'émergence de la technologie pour améliorer la prestation de services sont des facteurs positifs pour la prestation de santé. L'absence de stratégie nationale pour les soins primaires, les renvois inappropriés, les ressources limitées, la réduction des effectifs et le manque de cohésion entre services de soins primaires et secondaires sont les principaux obstacles.
	Forme de présentation	Figures.
Discussion	Réponse à la question de recherche	Les entretiens ont permis de dégager trois thèmes principaux, notamment le physiothérapeute en tant que membre à part entière de l'équipe, l'optimisation des ressources en services de santé et les obstacles à la prestation des services de santé.
	Biais	Aucun biais trouvé.
	Limite	Les thèmes ont été développés uniquement à partir des opinions des responsables de la physiothérapie. Pas de groupes de comparaison. Petit effectif (5 participants).
Applicabilité et intérêt de la recherche		Une meilleure compréhension du rôle du physiothérapeute au sein du PCT est nécessaire, tant de la part des utilisateurs de soins de santé que des autres membres de l'équipe multidisciplinaire.
Résumé		
<p>Objectif : les soins de santé primaires multidisciplinaires intégrés en sont encore à un stade de développement relativement précoce en Irlande, une restructuration importante ayant eu lieu au cours de la dernière décennie. Les services de physiothérapie musculo-squelettique traditionnellement fournis en milieu hospitalier de soins de courte durée ont été relocalisés dans le cadre de soins primaires où le physiothérapeute travaille au sein de l'équipe multidisciplinaire. Cette étude visait à explorer les expériences des responsables de physiothérapie en matière de gestion des services de physiothérapie musculo-squelettique en soins primaires afin de mieux comprendre les opportunités et les défis en matière de prestation de services, de rôles changeants et de besoins de développement professionnel continu du personnel.</p> <p>Participants : Un concept qualitatif utilisant des entretiens semi-structurés avec des responsables de physiothérapie de première ligne en République d'Irlande a été utilisé.</p> <p>Résultats : Cinq entretiens ont été menés à la fois dans des zones urbaines et rurales. La relation avec le généraliste était importante dans les services de physiothérapie musculo-squelettique en soins primaires. Les physiothérapeutes étaient bien qualifiés, mais les possibilités de perfectionnement professionnel et de développement de carrière étaient limitées. Des méthodes d'optimisation des ressources face aux contraintes de personnel ont été identifiées. Bien qu'il y ait eu de nombreux exemples d'innovations dans la prestation de services, divers obstacles ont eu un impact négatif sur un service optimal, notamment des contraintes de ressources et une stratégie nationale.</p> <p>Conclusions : Cette étude a identifié un certain nombre de facteurs ayant une incidence sur l'offre de services musculo-squelettiques en soins primaires du point de vue des gestionnaires en physiothérapie. Les recherches futures devraient explorer les points de vue d'autres parties prenantes afin de fournir une compréhension plus approfondie des problèmes pertinents affectant l'offre de services de physiothérapie musculo-squelettique dans les soins primaires en Irlande.</p>		
Niveau de preuve	6/9 (PEDro)	

DIRECT ACCESS IN PHYSICAL THERAPY : A SYSTEMATIC REVIEW		
Auteurs / revue / année / Vol. / Pages		D. Piscitelli, M.P. Furmanek, R. Meroni, W. De Caro, L. Pellicciari / Clin Ter. / 2018 / 169 / p 249-260
Conflits d'intérêts		Non indiqué
Introduction	Objectif de l'étude	Définir les preuves relatives à l'accès direct en physiothérapie par rapport aux autres modèles organisationnels en termes de faisabilité, d'efficacité, de coûts, de sécurité et de satisfaction des patients.
	Question de recherche	Quelles sont les preuves relatives à l'accès direct en physiothérapie par rapport à d'autres modèles organisationnels en termes de faisabilité, d'efficacité, de coûts, de sécurité et de satisfaction des patients ?
Matériel et Méthode	Type d'étude	Revue de littérature.
	Facteur d'inclusion	Etudes en anglais, italien ou polonais, comparer l'accès direct avec toute autre modalité organisationnelle, en termes d'efficacité, de coût, de sécurité et de satisfaction du patient.
	Facteur d'exclusion	Articles ne fournissant pas de données sur l'efficacité de l'accès direct.
	Outils utilisés	Newcastle-Ottawa Scale (NOS) : qualité méthodologique
Résultat	Principal	L'accès direct semble être une modalité réalisable pour dispenser des soins de physiothérapie.
	Secondaire	L'accès direct a montré plus d'avantages en termes de soins et d'efficacité du patient. Les épisodes d'accès direct se sont révélés plus courts, ont fourni moins de services et étaient moins coûteux. L'accès direct n'a pas entraîné d'augmentation du taux d'accès à la physiothérapie. L'accès auto-déclaré était associé à de meilleurs résultats cliniques. Les sujets auto-référés ont un profil démographique et clinique différent de celui des patients référés par un médecin. Les sujets étaient satisfaits lors de la première évaluation effectuée par un physiothérapeute.
	Forme de présentation	Tableaux et figures.
Discussion	Réponse à la question de recherche	L'accès direct en physiothérapie a montré des avantages cliniques et économiques. Cependant, il devrait être étudié en termes de sécurité clinique, de satisfaction du patient et de faisabilité économique, afin d'être mise en œuvre dans les systèmes de santé.
	Biais	Risque de biais d'interprétation des résultats.
	Limite	Seuls les articles publiés en anglais, italien et polonais ont été inclus. La recherche n'a été effectuée que dans trois bases de données.
Applicabilité et intérêt de la recherche		L'accès direct en physiothérapie est réalisable compte tenu de son impact clinique et économique.
Résumé		
<p>Objectif : Le but de cette étude est d'explorer les preuves concernant la faisabilité, l'efficacité, les coûts, la sécurité et la satisfaction du patient par l'intermédiaire de accès direct par rapport à d'autres modèles organisationnels.</p> <p>Méthode : Un examen systématique des bases de données MEDLINE, CINAHL et EMBASE a été effectué, de leurs débuts jusqu'en mars 2018, à l'aide de mots-clés liés à l'accès direct. Tous les articles en anglais, italien ou polonais comparant l'accès direct à toute autre modalité organisationnelle ont été inclus. Deux examinateurs ont indépendamment sélectionné les études éligibles, extrait les données et évalué la qualité méthodologique à l'aide de l'échelle de Newcastle-Ottawa pour les études de cohorte.</p> <p>Résultats : 1593 articles ont été initialement identifiés et 13 études répondaient aux critères d'inclusion. Le score NOS moyen pour la qualité de l'étude était de 6,4 ± 1,4 sur un score total possible de neuf points. Les déficiences des patients et l'état des soins de santé étaient similaires dans toutes les études. L'accès direct a montré moins de traitements de physiothérapie, de visites chez le médecin, d'imagerie réalisée et nécessitait moins de médicaments et de soins secondaires. Les patients étaient plus satisfaits du service par rapport au groupe référé par le médecin et les coûts par sujet étaient plus bas. Les patients en accès direct étaient plus jeunes, avec un niveau d'éducation plus élevé ; la plupart du temps, ils présentaient un état clinique moins grave et des pathologies plus aiguës liées à la colonne vertébrale. Aucun préjudice n'a été signalé. Une seule étude a évalué l'innocuité clinique de l'accès direct.</p> <p>Conclusion : Les résultats suggèrent que l'accès direct en physiothérapie est réalisable du point de vue clinique et économique. Cependant, des recherches plus approfondies sont encore nécessaires en raison des faibles preuves des études examinées et de l'exploration de la sécurité clinique de l'accès direct.</p>		
Niveau de preuve		11/16 (AMSTAR 2)

ANNEXE II : Liste non exhaustive de dates de l'instauration de l'accès direct à la physiothérapie (7).

Tableau I Liste non exhaustive de dates de l'instauration de l'accès direct à la physiothérapie (7).

Pays^a	Année
Australie	1976
Royaume Uni	1978 en pratique privée 1997 dans le National health service
USA – Nebraska, Californie	1976
Québec	1980-1990
Nouvelle Zélande	1982
USA – Michigan	1987
Afrique du Sud	1987
USA – Caroline du Nord, Utah, Nevada	1992
Canada	1999
USA – Massachusetts	1998
USA – Indiana	2001
Pays-Bas	2006
Irlande	2013

ANNEXE III : Conditions mondiales d'accès à la physiothérapie (49).

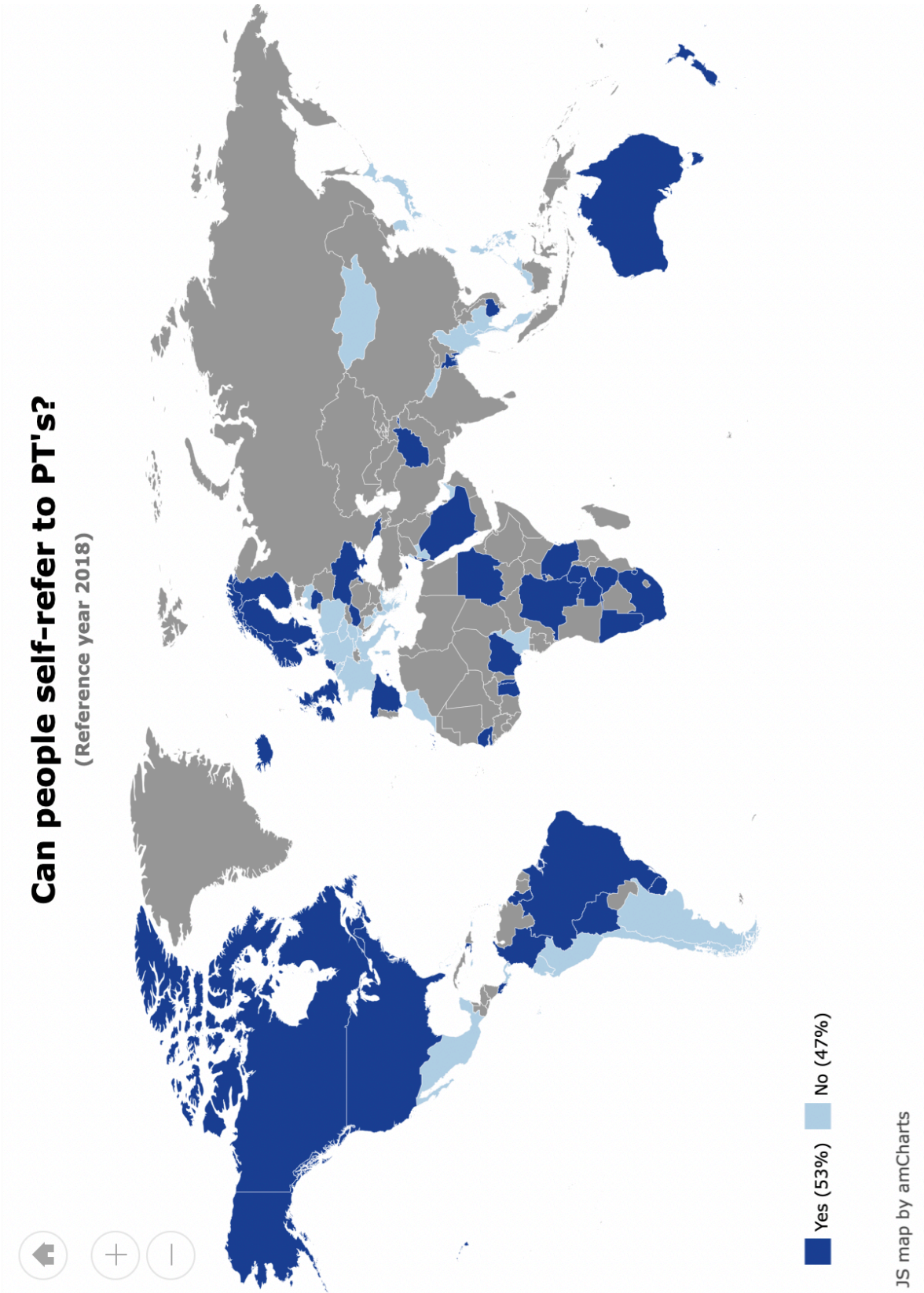


Figure 2 Conditions mondiales d'accès à la physiothérapie (49).

ANNEXE IV : Conditions d'accès à la physiothérapie de la région Europe (49).

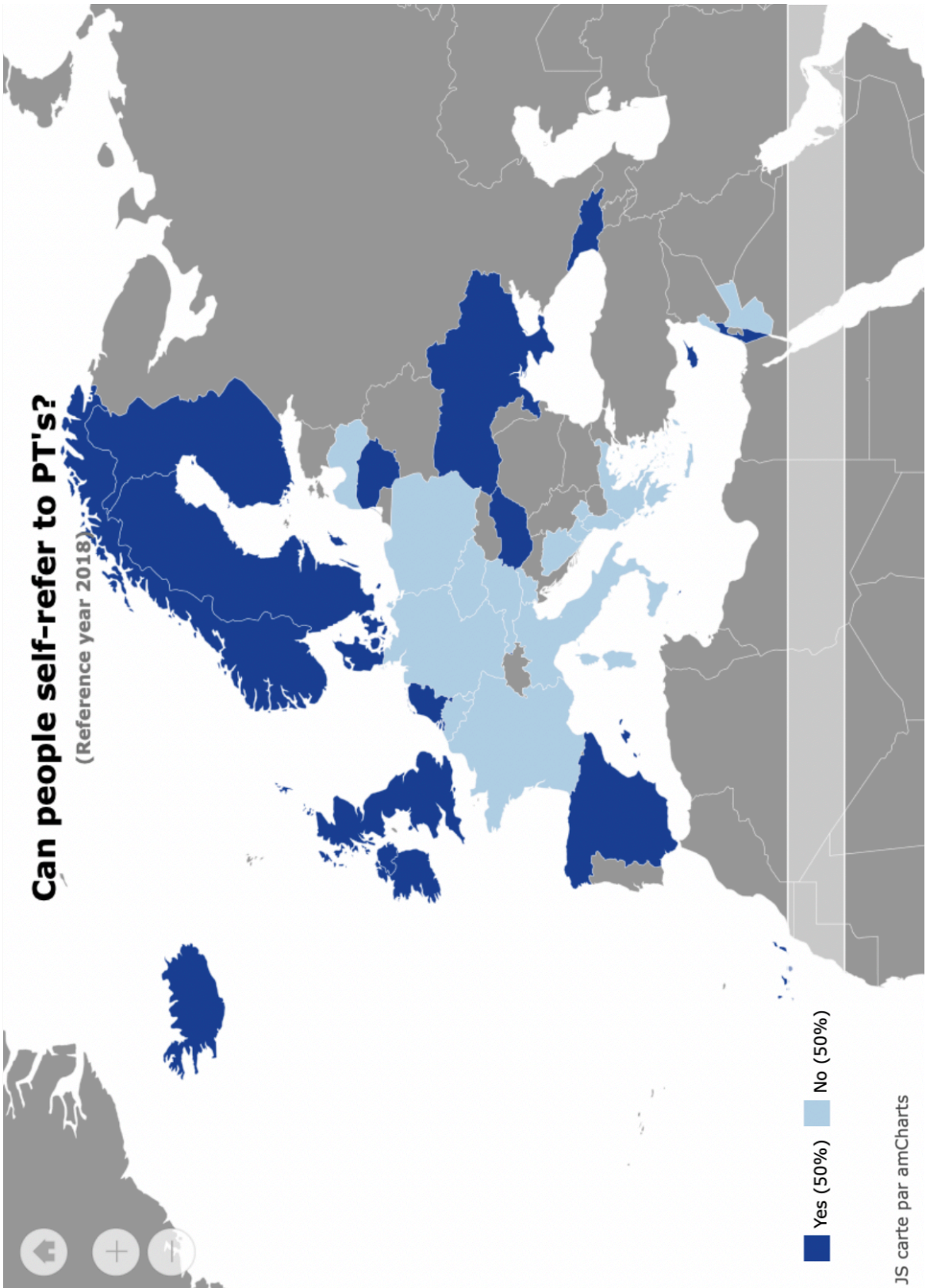


Figure 3 Conditions d'accès à la physiothérapie de la région Europe (49).

ANNEXE V : Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé proposé par le CNOMK (63).

APRES ART. 5

N°XX

-
XX février 2019

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé - (N° XX)

AMENDEMENT N°XX

présenté par

XX

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 5

L'article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

I- Au neuvième alinéa, la première phrase est remplacée par les deux phrases suivantes :

« Le masseur-kinésithérapeute pratique son art notamment sur prescription médicale. Il peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie dans des conditions définies par décret. »

II- Le dernier alinéa est ainsi modifié :

1° La première phrase est supprimée ;

2° La deuxième phrase est remplacée par la phrase suivante : « Un compte-rendu des soins ayant été réalisés par le masseur-kinésithérapeute, adressé au médecin traitant, est reporté dans le dossier médical partagé. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à améliorer l'accès aux soins pour les patients sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de permettre aux patients les plus fragiles notamment (personnes âgées, handicapées ou atteinte d'une affection de longue durée) de pouvoir bénéficier de séances de masso-kinésithérapie dans des zones caractérisées par une carence ou une insuffisance de l'offre de soins. En palliant le manque de médecins habilités à prescrire des actes de masso-kinésithérapie dans certaines zones sous-dotées du territoire, cette mesure vise à remédier à une rupture d'égalité manifeste dans l'accès aux soins.

En effet, de nombreux patients se trouvent dans une situation de rupture d'égalité du fait de l'absence de prescripteurs pouvant conduire à un défaut de prise en charge préjudiciable pour leur santé.

Cette rupture d'égalité se traduit également par la possibilité offerte à certains d'entre-eux d'accéder directement à d'autres professionnels exerçant dans le champ de la santé et partageant des actes avec les masseurs-kinésithérapeutes : ostéopathes et chiropracteurs.

Les difficultés d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes sont notamment dues au manque de prescripteurs et à une situation paradoxale : alors que des professions dont les actes sont prescrits sont soumises à des mesures de contrôle géographique, la profession prescriptrice – les médecins – ne sont soumis à aucune forme de régulation. Ainsi, dans les zones sous-dotées, il est plus difficile d'avoir accès à un médecin pour une consultation qui donnera lieu à une prescription de masso-kinésithérapie ou à son renouvellement qu'à un professionnel paramédical. Le paradoxe ne se pose pas pour les ostéopathes et les chiropracteurs auxquels les patients ont un accès direct pour recevoir des actes de masso-kinésithérapie.

L'accès direct aux soins en kinésithérapie permettrait d'apporter une réponse à ces situations difficiles et cette rupture d'égalité pour les patients.

L'accès direct se justifierait d'autant plus qu'il est permis dans les cas d'urgence et que le nouveau référentiel de formation des masseurs-kinésithérapeutes prépare les praticiens à une telle prise en charge. Certains travaux en amont de la stratégie pour la transformation du système de santé et du présent projet de loi ont d'ailleurs exploré cette possibilité.

Le rapport de Thomas Mesnier, député de Charente, « Assurer le premier accès aux soins » et remis le 22 mai 2018 à la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, proposait notamment de reconnaître l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pour certains actes, par exemple le traitement des entorses, afin de libérer du temps médical.

De même, le rapport sur l'accès territorial aux soins remis le lundi 15 octobre à Agnès Buzyn, par les délégués Sophie Augros, médecin généraliste, Thomas Mesnier, député de Charente, et Elisabeth Doineau, sénatrice de la Mayenne et vice-présidente de la commission des affaires sociales, évoquait la possibilité de « permettre l'accès direct aux kinésithérapeutes pour la rééducation d'une entorse de la cheville, ou pour la prise en charge de la lombalgie aiguë, dans le cadre de structures d'exercice coordonné ».

Le masseurs-kinésithérapeute aura ainsi la charge de poser un premier diagnostic, comme le leur permet leur formation de professionnel de santé, et pourra au besoin orienter le patient vers un médecin. Comme à son habitude, le professionnel réalisera un bilan kinésithérapique qui sera versé au dossier médical partagé du patient et transmis à son médecin traitant et aux autres membres de l'équipe de soins.

ANNEXE VI : Article 51 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018

(64).

Article 51

I.-L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-31-1.-I.-Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.

« Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants :

« 1° Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :

« a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;

« b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;

« c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;

« d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

« 2° Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associés mentionnés à l'article L. 165-1 et la qualité des prescriptions, en modifiant :

« a) Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations associés onéreux au sein des établissements de santé et les modalités du recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces médicaments, produits et prestations associés ;

« b) Les modalités de rémunération, les dispositions prévoyant des mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associés ;

« c) Les conditions d'accès au dispositif prévu à l'article L. 165-1-1.

« II.-Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé en tant que de besoin :

« 1° Aux dispositions suivantes :

« a) Les règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-3, L. 162-23-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-7, L. 162-23-8, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2 du présent code et aux III, V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi ;

« b) L'article L. 162-2 du présent code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« c) Les 1°, 2° et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« d) Les articles L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations, et l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier ;

« e) Les articles L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-23-6, L. 162-38 et L. 165-1 à L. 165-7, en tant qu'ils concernent la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux par l'assurance maladie ;

« 2° Aux dispositions suivantes du code de la santé publique, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve, le cas échéant, de l'avis de la Haute Autorité de santé :

« a) L'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ;

« b) Le premier alinéa de l'article L. 6111-1, en tant qu'il limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non

médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation ;
« c) L'article L. 6122-3, afin de permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués soit d'établissements de santé, soit de professionnels de santé, soit de ces deux ensembles ;

« d) L'article L. 4211-1, afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en sections A et D ;

« 3° Aux règles de tarification applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

« III.-Les expérimentations à dimension nationale sont autorisées, le cas échéant après avis de la Haute Autorité de santé, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les expérimentations à dimension régionale sont autorisées, le cas échéant après avis conforme de la Haute Autorité de santé, par arrêté des directeurs généraux des agences régionales de santé.

« Un conseil stratégique, institué au niveau national, est chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé. Il est associé au suivi des expérimentations et formule un avis en vue de leur éventuelle généralisation.

« Un comité technique composé de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé émet un avis sur ces expérimentations, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial.

« Le comité technique saisit pour avis la Haute Autorité de santé des projets d'expérimentation comportant des dérogations à des dispositions du code de la santé publique relatives à l'organisation ou la dispensation des soins. Un décret en Conseil d'Etat précise la liste des dispositions auxquelles il ne peut être dérogé qu'après avis de la Haute Autorité de santé et le délai dans lequel son avis est rendu.

« Les catégories d'expérimentations, les modalités de sélection, d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations selon le niveau territorial ou national de celles-ci, les modalités d'information des patients ainsi que la composition et les missions du conseil stratégique et du comité technique sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

« IV.-Les professionnels intervenant dans le cadre d'une expérimentation prévue au présent article sont réputés appartenir à des équipes de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.

« Les personnes chargées de l'évaluation des expérimentations ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1 du présent code lorsque ces données sont nécessaires à la préparation, à la mise en œuvre et à l'évaluation prévues au présent article, dans le respect des conditions prévues au chapitre Ier du titre VI du livre IV de la première partie du code de la santé publique, sous réserve, le cas échéant, d'adaptations établies par décret en Conseil d'Etat.

« V.-Sans préjudice des règles de financement prévues au titre VI du livre Ier du présent code ou des missions du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le financement de tout ou partie des expérimentations peut être assuré par un fonds pour l'innovation du système de santé, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie.

« Les ressources du fonds sont constituées par une dotation de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. L'évaluation des expérimentations régies par le présent article est financée par le fonds pour l'innovation du système de santé.

« VI.-Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations en cours et lui remet, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, le rapport d'évaluation la concernant. »

II.-Le 9° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 9° De participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé ; ».

III.-Le dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique est supprimé.

IV.-L'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du A du I, les mots : « pour une durée n'excédant pas quatre ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2018 » ;

2° Au premier alinéa du A du II, les mots : « pour une période n'excédant pas quatre ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2018 ».

V.-Les expérimentations conduites dans le cadre de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre

2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, de l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, de l'article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, de l'article 68 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, des articles 66,68 et 94 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 peuvent être poursuivies, après autorisation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, lorsqu'elles entrent dans l'objet défini au I de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, et sous réserve que soit prévue une évaluation conforme aux dispositions réglementaires prévues au dernier alinéa du III du même article L. 162-31-1. L'arrêté fixe la nouvelle date de fin de chaque expérimentation, qui ne peut ni porter la durée totale de celle-ci à plus de six ans à compter de la date de début de mise en œuvre effective de l'expérimentation initiale, ni être postérieure au 31 décembre 2022. Le financement de ces expérimentations est assuré dans les conditions prévues audit article L. 162-31-1. Les expérimentations dont la poursuite n'a pas été autorisée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé avant le 31 décembre 2018 prennent fin au plus tard le 31 décembre 2019.

VI.-L'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, l'article 68 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et les articles 66,68 et 94 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 sont abrogés le 1er janvier 2020.

RESUME ET MOTS CLES

Introduction : L'accès direct est un modèle permettant un accès à la physiothérapie en première intention. Il se distingue des soins classiques qui consistent à consulter un médecin pour être référé par prescription. Actuellement, le système de santé français cherche de nouveaux modèles organisationnels afin de répondre aux besoins des patients tout en réduisant les coûts liés aux soins. L'accès direct à la masso-kinésithérapie pourrait apporter une partie de la solution.

Objectifs : Définir les conditions pour l'obtention de l'accès direct à la Masso-Kinésithérapie.

Contexte : L'accès aux soins en France comporte des particularités qu'il nous faut connaître afin d'en faire la critique est d'en proposer des modifications.

Matériels et méthode : Les bases de recherche MEDLINE*, Google Scholar*, PEDro*, Cochrane* et Science Direct* ont été interrogées en utilisant des termes liés à la physiothérapie et à l'accès direct. Les études incluses ont étudié les conditions d'accès direct à la physiothérapie ou l'ont comparé à d'autres systèmes. Elles ont été évaluées à l'aide de l'échelle PEDro et l'échelle AMSTAR2.

Résultats : Parmi les 1181 résultats examinés, 12 études ont été incluses. Les résultats indiquent que l'accès direct aurait des effets en terme d'économie, d'efficacité thérapeutique, sur la charge de travail des professionnels de santé ainsi que sur la satisfaction des patients.

Discussion : De plus en plus de pays autorisent l'accès direct. Des avantages et des inconvénients de ce modèle ont été déterminés pour l'international. A la lumière de ces éléments nous avons présenté les bénéfices et les risques potentiels, selon nous, pour la France. Nous avons également proposé des modifications pour y parvenir.

Conclusion : Cette revue de littérature a montré que l'accès direct à la physiothérapie a répondu à la plupart des attentes. L'étude de la législation française a également permis de définir plusieurs points à modifier et améliorer afin d'aboutir à son intégration dans notre système de santé. Selon nous, il serait nécessaire de réaliser des études sur les différentes composantes du modèle de soin actuel et sur l'expérimentation de l'accès direct en France.

Mots clés : Accès direct, autoréférence du patient, première intention.

ABSTRACT

Introduction: Direct access is a model allowing a first-line access to physiotherapy. It differs from conventional care which consists of consulting a doctor to be referred by prescription. Currently, the French health system is looking for new organizational models in order to meet patients' needs while reducing healthcare costs. Direct access to massage therapy and physiotherapy could be part of the solution.

Objectives: To define the conditions for obtaining direct access to Masso-Physiotherapy.

Context: Access to healthcare in France has some characteristics that we need to know in order to criticize and propose modifications.

Methods: The MEDLINE *, Google Scholar *, PEDro *, Cochrane * and Science Direct * research databases were surveyed using terms related to physiotherapy and direct access. The included studies analyzed conditions for direct access to physiotherapy or compared it to other systems. They were evaluated using the French version of the PEDro scale and the AMSTAR2 scale.

Results: Among the 1181 results examined, 12 studies were included. The results show that direct access would have some effects concerning economics, therapeutic efficacy, health professionals' workload and patients' satisfaction.

Discussion: More and more countries are allowing direct access. Advantages and disadvantages of this model have been determined for the international. In light of these elements we presented the benefits and potential risks, in our opinion, for France. We also proposed changes to achieve direct access.

Conclusion: This review has shown that direct access to physiotherapy has met most of expectations. By studying French legislation, we figured to define several points to develop in order to lead to its integration in our system of health. In our opinion, it would be necessary to conduct studies about the different factors of the current model of care and direct access experiments in France.

Keywords: Direct access, patient self-referral, primary care.