



**HAL**  
open science

# **Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : revue de la littérature**

A. Demont, J. Quentin, A. Bourmaud

## **► To cite this version:**

A. Demont, J. Quentin, A. Bourmaud. Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : revue de la littérature. *Epidemiology and Public Health = Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2020, 68, pp.306 - 313. <10.1016/j.respe.2020.08.001>. <hal-03493051>

**HAL Id: hal-03493051**

**<https://hal.science/hal-03493051v1>**

Submitted on 17 Oct 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : revue de la littérature

*Impact of models of care integrating direct access to physiotherapy in primary care and emergency care contexts in patients with musculoskeletal disorders: A narrative review*

A. Demont<sup>a,b\*</sup>, J. Quentin<sup>c</sup>, A. Bourmaud<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Inserm 1123 ECEVE, Faculté de médecine, Université Paris-Diderot, Paris, France*

<sup>b</sup> *Ecole universitaire de kinésithérapie, Université d'Orléans, Orléans, France*

<sup>c</sup> *Pôle Saint-Hélier, Centre de médecine physique et réadaptation, Rennes, France*

*\*Auteur correspondant*

*Adresse e-mail : [anthony.demont@gmail.com](mailto:anthony.demont@gmail.com) (A. Demont)*

## **Abstract**

**Background** Musculoskeletal disorders are increasing in prevalence, principally due to sedentary behaviors. Strong evidence supports an early need for first-line treatment including physiotherapy. New and innovative models in primary and emergency care have been drawn up and put the physiotherapist's skills to work in the early and first-line management of patients with musculoskeletal disorders. The objectives of this review were to identify and describe studies assessing models of care integrating direct access to physiotherapy in primary care and in emergency care for the management of patients with musculoskeletal disorders and to provide perspectives on the application of these two models in France.

**Methods** A literature review was carried out including studies extracted from four scientific databases: PubMed, CINAHL, Embase, and PEDro. The selected articles had to address the clinical effectiveness or efficiency of these models for the provision of care in primary or in emergency care. A narrative literature review method was used. The synthesis deals with the qualitative analysis of the included studies.

**Results** Thirty-nine studies were included in this review: 19 on the assessment of the direct access to physiotherapy model in primary care and 20 on the direct access to physiotherapy model in emergency departments as concerns patients with musculoskeletal disorders. The studies showed that the different models incorporating direct access to physiotherapy in primary or in emergency care provided better outcomes in terms of quality—and access to care while maintaining a similar degree of safety. However, the methodology of the studies included was—estimated as being of heterogeneous quality.

**Conclusion** The studies dealing with the new models for provision of care integrating direct access to physiotherapy in primary care or in emergency care impart two lessons: (1) they are not designed to replace the physician; (2) collaboration between different health professionals aimed at improving patients' access to efficient care is to be encouraged. It would be worthwhile to focus upon dissemination factors that would enhance the efficiency of these innovative models in other countries, as in France.

**Keywords** Emergency medical services; Musculoskeletal disorders; Physical therapy (specialty); Referral and consultation

## **Résumé**

**Position du problème** Les affections musculosquelettiques sont confrontées à une augmentation de leur prévalence, principalement en raison de la sédentarité. Des données probantes fortes soutiennent le recours précoce à un traitement de première ligne incluant la kinésithérapie. De nouveaux modèles innovants en soins primaires et aux

urgences ont été développés et utilisent les compétences du masseur-kinésithérapeute pour la prise en charge précoce et de première ligne des patients souffrant d'affections musculosquelettiques. L'objectif de cette revue était d'identifier et de décrire les études évaluant les modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie en soins primaires et aux urgences pour les patients présentant une affection musculosquelettique et proposer des perspectives sur l'application de ces deux modèles en France.

*Méthodes* Une revue de la littérature a été réalisée à partir de l'inclusion d'études provenant de quatre bases de données scientifiques, PubMed, CINAHL, Embase et PEDro. Les articles recherchés devaient traiter de l'efficacité clinique ou de l'efficience de ces modèles de soins dans un contexte de soins primaires ou d'urgence. Une méthode narrative de revue de la littérature a été utilisée. La synthèse porte sur l'analyse qualitative des études incluses.

*Résultats* Au total, 39 études ont été incluses dans cette revue : 19 sur l'évaluation de l'accès direct à la kinésithérapie en soins primaires et 20 sur l'évaluation de l'accès direct aux urgences. Celles-ci rapportaient que les différents modèles de soins intégrant l'accès direct en soins primaires ou aux urgences fournissaient de meilleurs résultats en termes de qualité et d'accès aux soins tout en maintenant une sécurité similaire. La méthodologie des études incluses a cependant été estimée comme de qualité hétérogène.

*Conclusion* Les études portant sur ces nouveaux modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie en soins primaires et aux urgences permettent de retenir deux enseignements : ils n'ont pas vocation à remplacer le médecin et encouragent la collaboration entre professionnels de la santé afin d'améliorer l'accès pour les patients à des soins efficaces. Il convient de s'intéresser désormais aux facteurs de dissémination permettant d'assurer l'efficience de ces modèles innovants dans d'autres pays, comme la France.

*Mots clés* Affections musculosquelettiques ; Kinésithérapie (spécialité) ; Orientation et consultation ; Service des urgences médicales

## **1. Introduction**

Le 9 septembre 2019, Madame Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, a présenté les propositions du Pacte de refondation des urgences à la suite de la mission confiée à Thomas Mesnier, député de la première circonscription de la Charente, et à Pierre Carli, Président du Conseil national de l'urgence hospitalière [1]. La commande de ce pacte fait suite à la crise des urgences hospitalières en France. Ce pacte comprend 12 nouvelles mesures ayant pour objectif de désengorger ces services et d'améliorer le

parcours de soins des patients. Une des propositions présentées par Madame Agnès Buzyn consiste à permettre aux patients atteints de traumatologie bénigne (lombalgie aiguë et entorse de cheville) d'accéder à une prise en charge directe par des masseurs-kinésithérapeutes (MK) dotés de nouvelles compétences et dans un cadre sécurisé [2].

Le parcours de soin intégrant l'accès direct à la kinésithérapie pour les patients présentant une affection musculosquelettique est un modèle de soin déjà mis en œuvre dans 48 pays selon l'enquête de la Confédération mondiale de la physiothérapie publiée en 2018 [3,4]. Ce modèle de soin vise à répondre aux difficultés rencontrées par ces patients concernant la qualité des soins qu'ils reçoivent, l'accessibilité aux soins les plus adaptés et au temps médical disponible des médecins les prenant habituellement en charge. Les affections musculosquelettiques ont été rapportées comme les affections les plus prévalentes dans la population générale (supérieure à 74,5 % parmi l'ensemble des douleurs musculosquelettiques) [5]. Elles incluent la douleur du membre inférieur, celle du membre supérieur et la lombalgie en tant qu'affections les plus courantes en soins primaires [5,6]. Ces affections, regroupées sous le terme de troubles musculosquelettiques, constituent la première maladie professionnelle reconnue en France et dans de nombreux pays européens et concernent tous les secteurs professionnels. Santé publique France a rapporté, à titre d'exemple, que les troubles musculosquelettiques indemnifiés ont entraîné la perte d'environ 10 millions de journées de travail et 1 milliard d'euros de frais couverts par les cotisations d'entreprises [7]. La prévalence des affections chroniques associées à la sédentarité et au vieillissement de la population a été rapportée comme deux des enjeux contemporains et futurs pour notre système de santé [8]. Cette inéluctable augmentation de demande de soins implique de positionner l'amélioration de l'accessibilité aux soins primaires comme l'une des priorités de notre système de santé, afin d'éviter : i) l'engorgement des services d'urgences, ii) le nombre croissant de recours aux soins spécialisés (ex : rhumatologie et chirurgie orthopédique particulièrement), iii) les explorations diagnostiques inutiles, et iv) les traitements inadaptés pouvant contribuer au risque accru de chronicisation des symptômes et donc à l'augmentation des dépenses de santé [9].

Le parcours de soin usuel en France pour la prise en charge de patients présentant une affection musculosquelettique est centré sur deux principaux acteurs de premier recours, le médecin généraliste et l'équipe pluridisciplinaire des urgences médicales centrée autour du médecin urgentiste. Le principal motif de recours aux urgences est la traumatologie (plus d'un patient sur trois) [10]. L'orientation diagnostique et thérapeutique, incluant l'intervention d'autres professionnels de santé, est donc largement conditionnée par ces deux premiers contacts en fonction du parcours du patient. L'accès aux soins primaires a été rapporté comme difficile pour les patients présentant ce type d'affections,

ayant pour conséquence - entre autre - un temps d'attente long avant la consultation [11]. Ce temps d'attente peut avoir des conséquences négatives sur l'efficacité de la prise en charge par la suite. De plus, la prévalence d'affections jugées comme graves chez les patients consultant en médecine générale ou aux urgences est estimée comme faible. Une étude australienne portant sur 1172 patients consultant pour une lombalgie aiguë a décrit que seulement 11 de ces patients étaient porteurs d'une pathologie grave, dont huit cas de fracture [12]. La majorité des affections musculosquelettiques est donc bénigne, et la kinésithérapie est recommandée comme l'un des principaux traitements à proposer en première intention à ces patients [13–15]. De plus, les données disponibles mettent en évidence que les hypothèses diagnostiques formulées par les médecins généralistes et les médecins urgentistes pour diverses affections musculosquelettiques ne sont pas aussi précises et valides que celles émises par d'autres professionnels de santé tels que les MK ou les médecins spécialisés dans le champ musculosquelettique (chirurgiens orthopédistes ou médecins du sport) [16]. Les pratiques médicales des médecins généralistes et des médecins urgentistes semblent aussi significativement différer des recommandations de pratique clinique établies, comme par exemple pour la prise en charge de la lombalgie aux Etats-Unis [17], au Canada [18], en Irlande [19] ou en Australie [20]. Un recours excessif aux traitements médicamenteux et à l'utilisation d'imagerie médicale, un manque d'éducation des patients et d'orientation vers des traitements actifs comme la kinésithérapie sont rapportés comme les prises en charge les plus fréquentes pour les patients consultant avec ces affections. Ces pratiques peuvent avoir des conséquences délétères comme un retard au diagnostic, des complications et de la iatrogénie. Par des recours accrus aux consultations, à des examens et/ou des traitements non adaptés, ces pratiques peuvent ainsi contribuer à une augmentation des dépenses de santé [17,19,21]. La formation initiale des médecins généralistes et des médecins urgentistes a été identifiée comme répondant à un objectif d'identification des pathologies graves pouvant causer une symptomatologie musculosquelettique [22]. Mais l'interrogatoire approfondi et la réalisation d'un diagnostic clinique dans le champ musculosquelettique font peu partie de leurs acquis, qui sont par contre enseignés en formation initiale de masso-kinésithérapie selon les recommandations de la Confédération mondiale de la physiothérapie et la dernière réforme de la formation initiale des MK [23–25].

Plusieurs pays ont posé l'hypothèse que devant l'augmentation du nombre de consultations pour un symptôme relevant d'une affection musculosquelettique, une utilisation étendue des soins de kinésithérapie était une des solutions au fonctionnement optimal du système de santé, d'autant plus que les étiologies identifiées sont en majorité bénignes [9]. De nombreuses études soutiennent la nécessité de l'utilisation précoce et

en première intention de traitements tels que la kinésithérapie pour ces patients [26,27]. Ainsi, l'hypothèse pourrait être posée que pour la France aussi, un nouveau parcours de soins pour ces patients, dans un contexte de soins primaires ou d'urgence, pourrait contribuer à un meilleur accès aux soins et à une meilleure qualité des soins.

## **2. Objectif**

Cet article a pour objectif de réaliser une synthèse des études évaluant les modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie avec le MK comme praticien de premier recours pour la prise en charge des patients présentant une affection musculosquelettique dans un contexte de soins primaires ou d'urgence et de proposer des perspectives sur son application en France.

## **3. Méthodes**

Cet article est une revue narrative conduite à partir des études identifiées comme évaluant l'efficacité des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie pour la prise en charge des affections musculosquelettiques dans un contexte de soins primaires ou d'urgence. Les évaluations recherchées portaient sur l'efficacité clinique (douleur, fonction et qualité de vie), la satisfaction du patient, l'utilisation des ressources en santé (prescription de médicaments, d'imagerie et recours aux avis de médecins spécialistes) et les coûts de santé.

### *3.1. Bases de données et équation de recherche*

Quatre bases de données ont été utilisées pour la recherche de la littérature pertinente : CINAHL, Embase, Medline et PEDro. Cette recherche a été réalisée pour identifier les articles en anglais et en français et publiés jusqu'à mai 2020. Les mots clés utilisés ont été basés sur les critères PICO et sont détaillés dans le Tableau 1. La stratégie de recherche a utilisé la combinaison de mots clés pour la population (patients présentant une affection musculosquelettique), l'intervention (accès direct à la kinésithérapie en soins primaires ou en service d'urgence), le comparateur (soins usuels) et les critères de jugement détaillés ci-dessus. Des recherches manuelles de références d'articles et de précédentes revues systématiques ont été réalisées.

### *3.2. Sélection des documents*

Les titres et résumés de l'ensemble des articles identifiés à partir de la stratégie de recherche ont été inclus par les deux premiers auteurs pour déterminer leur éligibilité basée sur les critères d'inclusion suivants :

- tous types d'études de type article original (étude de cohorte, étude contrôlée randomisée, étude observationnelle...) et de type synthèse qualitative ou quantitative de la littérature (revue systématique avec ou sans méta-analyse) ;
- population de patients présentant une affection musculosquelettique ;
- population de patients consultant directement un MK sans référencement préalable ;
- modèle de soin dans lequel le MK exerce soit en ville dans un contexte de soins primaires, soit à l'hôpital dans un contexte d'urgence (première ligne de soin) ;
- évaluant au moins un des critères de jugement suivants : efficacité clinique (critères objectifs et/ou déclarés par les patients), utilisation des ressources en santé et/ou coûts de santé ;
- accessible en texte intégral ;
- en langue française ou anglaise.

Les critères d'exclusion des études étaient un des types suivants d'études :

- étude de cas, série de cas, éditorial ou acte de congrès ;
- patients consultant un MK suite à un référencement préalable par un autre professionnel de santé ;
- incluant l'intervention d'un MK en seconde ligne de soin ;
- évaluant un autre type de critères de jugement ;
- autre langue que le français ou l'anglais.

### *3.3. Analyse et synthèse des articles*

La synthèse des données extraites a été réalisée à partir des revues systématiques et des articles originaux inclus en rapportant le type d'étude, la population concernée, le contexte de soin, sa qualité méthodologique et les principaux résultats.

L'analyse des études incluses dans la revue et qui n'étaient pas retrouvées dans les revues systématiques identifiées a été réalisée de façon qualitative et parallèle par les deux premiers auteurs à l'aide de l'outil d'analyse de biais méthodologiques « Quality Assessment Tool for Quantitative Studies » [28]. Les analyses ont secondairement été mises en commun. Lors de désaccords d'analyse ou d'interprétation, la solution était obtenue par débats avec le troisième auteur puis consensus. Au regard de la qualité méthodologique des revues systématiques incluses dans cette revue, il n'a pas été réalisé d'analyse de la qualité méthodologique des études incluses par celles-ci.

## **4. Résultats**

Pour clarifier la terminologie utilisée entre les différents modèles de soins exposés ci-dessous, la Confédération mondiale de la physiothérapie (WCPT) a produit une

déclaration politique, dénommée “*Direct access and patient/client self-referral to physical therapy*” révisée en 2019 [29]. L'accès direct à la kinésithérapie y est défini comme la possibilité donnée aux patients de se référer eux-mêmes à un MK sans avoir à consulter d'abord un autre professionnel de santé, ou sans qu'un autre professionnel ne leur ordonne de se référer au MK. Les deux premiers pays à avoir introduit ce modèle en soins primaires sont l'Australie en 1976 et le Royaume-Uni en 1977 [30–33]. De nombreux pays l'ont mis en œuvre ultérieurement dans leur système de santé tels que les Pays-Bas [34], la Suède [35], les Etats-Unis [36], le Canada [37], la Norvège [38], Singapour, la Jamaïque, l'Afrique du Sud et l'Autriche [33].

#### *4.1. Modèle de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie pour la prise en charge en soins primaires des patients présentant une affection musculosquelettique*

Au total, 19 études ont été identifiées concernant l'évaluation de l'accès direct à la kinésithérapie en soins primaires. Une seule étude de qualité modérée a été publiée postérieurement [39] à la revue systématique la plus récente publiée en 2019 évaluant l'impact de ce modèle de soin en termes de résultats cliniques (douleur, fonction, qualité de vie et événements indésirables), d'utilisation des services de santé, de coûts économiques des soins de santé et de satisfaction des patients [40]. Concernant la méthodologie des 19 études, il a été retrouvé : 2 études contrôlées randomisées [35,41], 2 études non randomisées [39,42] et 15 études observationnelles [34,43–56]. La méthodologie des études incluses a été retrouvée de qualité faible à modérée au « Quality Assessment Tool for Quantitative Studies ». Toutes ces études incluaient des patients adultes présentant diverses affections musculosquelettiques et consultant en soins primaires et ont été réalisées dans cinq pays, Etats-Unis (n=5), Pays-Bas (n=2), Royaume-Uni (n=8), Italie (n=1) et Suède (n=3). Elles portaient en moyenne sur 21 207 patients (minimum 72 patients, maximum 89 150 patients). Les études incluses portaient sur le périmètre des recours aux services de soins primaires et présentaient les conséquences systémiques de l'adoption d'un modèle intégrant l'accès direct à la kinésithérapie : augmentation du temps médical des MG accordé aux patients présentant des pathologies complexes [42,46,50] et amélioration de la qualité des soins fournis par les MK aux patients concernés par des affections musculosquelettiques [35,41,42,44,46,50,52,53]. Les études incluses ne rapportaient aucun événement indésirable chez les patients pris en charge en accès direct par un MK [35,41,42,48,55]. Dans les 18 études comparatives incluses dans la revue systématique de Demont *et al.*[40], par rapport au parcours de soins habituel (orientation du patient d'un médecin vers un MK), l'accès direct à la kinésithérapie est un modèle retrouvé comme présentant plusieurs bénéfices telles qu'une réduction de la douleur (non significative mais avec une

taille d'effet jugée comme élevée  $>0,8$ ) [35,41,42,46,47], du handicap et une amélioration de la qualité de vie (meilleurs résultats rapportés par le questionnaire EQ-5D-5L [44,50,52,53]), une réduction des coûts de santé [42,44,45,49,57], un recours plus faible aux médicaments et aux examens d'imagerie [45] et une augmentation de la satisfaction des patients [43,46,47,52].

L'étude de Bishop *et al.* publiée en 2020 rapporte toutefois des résultats contradictoires entre le groupe accès direct à la kinésithérapie et celui dont les soins sont dirigés par le médecin généraliste [39]. Aucune différence n'a été mise en évidence entre les deux groupes en matière de charge de travail des médecins généralistes. Les auteurs ont suggéré que les kinésithérapeutes participant à l'étude ont eu recours majoritairement à une approche biomédicale contribuant à maintenir un recours élevé aux consultations de médecine générale.

#### *4.2. Modèle de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte d'urgence pour la prise en charge des patients présentant une affection musculosquelettique*

Au total, 20 études ont été identifiées comme portant sur l'évaluation de l'accès direct à la kinésithérapie pour des patients consultant aux urgences dont 5 [58–62] publiées postérieurement à la dernière revue systématique de Matifat *et al.* incluant les 15 autres [63]. Concernant la méthodologie des 20 études, il a été retrouvé : 3 études contrôlées randomisées [64–66], 2 études quasi-expérimentales [67,68] et 15 études observationnelles [58–62,69–78]. Toutes ces études incluaient des patients adultes présentant diverses affections musculosquelettiques et consultant un service d'urgence et ont été réalisées dans quatre pays, Etats-Unis (n=5), Australie (n=13), Canada (n=1) et Chine (n=1). Elles portaient en moyenne sur 1912 patients (minimum 110 patients, maximum 14 452 patients).

La revue systématique de Matifat *et al.* mettait en évidence que la prise en charge de ces patients par des MK était retrouvée appropriée concernant les résultats cliniques (douleur, fonction et qualité de vie), les services de santé utilisés et la satisfaction des patients. Les résultats cliniques étaient retrouvés comparables entre les patients pris en charge par les MK et les urgentistes [67,68]. Les quatre études de méthodologie hétérogène portant sur la sécurité des hypothèses diagnostiques et des options de triage des patients rapportaient l'absence d'événement indésirable associé aux MK exerçant aux urgences. La prescription de médicament et le recours aux autres services de santé (demande d'avis d'un médecin spécialisé et/ou prescriptions d'imageries) étaient retrouvés plus faible chez les patients vus par le MK comparativement à ceux vus par le médecin urgentiste [59–61,63]. Le temps d'attente des patients consultant aux urgences

était retrouvé plus faible dans le modèle de soin intégrant l'accès direct à la kinésithérapie comparativement au modèle usuel [59–63,68]. La charge de travail des médecins urgentistes était réduite et leur permettait d'accorder plus de temps aux patients présentant une condition pathologique grave [59,62,63,79]. Une seule étude randomisée monocentrique a porté sur les coûts de santé montrant que les résultats des deux modèles ne présentaient pas de différence statistiquement significative [66]. Enfin, la concordance diagnostique entre les MK et les médecins urgentistes était retrouvée bonne ( $\kappa=0,81$  ; 95% IC: 0,71-0,90) [58]. Un haut niveau de satisfaction des patients reçus directement par les kinésithérapeutes en service d'urgence a été observé [59,63].

La prise en charge des patients atteints d'affections musculosquelettiques dans un contexte spécifique d'urgence exige des compétences professionnelles qui dépassent le cadre traditionnel de pratique des MK. Un niveau de compétences avancées et une expérience clinique sont nécessaires pour légitimer leur pratique avancée. Fennelly *et al.* rapporte que onze enseignements ont été identifiés au sein des onze programmes de formation délivrés au Royaume-Uni, au Canada et en Australie permettant aux MK l'acquisition de compétences avancées pour exercer dans un contexte de soin comme celui des urgences [80] : Recherche et pratiques fondées sur des données probantes, Evaluation et diagnostic, Pharmacologie, Kinésithérapie dans le champ musculosquelettique, Leadership et Gestion des services, Raisonnement clinique et Prise de décision concertée, Éducation et Mentorat clinique, Radiologie, Communication et Compétences Interprofessionnelles, Thérapie par injection, Enjeux professionnels. Certains de ces enseignements sont pleinement intégrés dans le programme de formation initiale des MK et d'autres relèvent de compétences médicales pouvant être déléguées dans ce modèle de soin.

## **5. Discussion**

Bien que de tels modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans des contextes de soins primaires [40] ou d'urgence [63] aient été évalués dans plusieurs pays présentant des systèmes de santé différents, les études retrouvées étaient de méthodologie hétérogène. Au-delà des bénéfices retrouvés par de tels modèles, leur mise en œuvre implique d'abord et avant tout une grande capacité à répondre aux évolutions de la demande de soins de la population.

### *5.1. Enjeux de la mise en œuvre de modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie en France*

L'ensemble des pays ayant évalué l'impact de ces modèles de soins pour les patients présentant une affection musculosquelettique a rapporté des bénéfices pour les patients,

la communauté médicale et les organismes financeurs de la santé. Toutefois, bien que la Confédération mondiale de la physiothérapie ait établi des lignes directrices concernant les compétences à acquérir pour un exercice autonome du MK [81], il existe de nombreuses différences entre les cursus de formation des différents pays dans lesquels les études ont été menées comparativement à la France. Ces différences peuvent inclure d'une part le nombre d'années d'études pour obtenir le diplôme autorisant l'exercice et d'autre part le nombre d'heures théoriques et pratiques pour l'acquisition de certaines compétences essentielles à la pratique autonome du MK en accès direct. Tout écart par rapport aux recommandations de formation - et donc tout manque de compétences - met en jeu la sécurité, l'efficacité et l'efficience d'un modèle dans lequel les patients accéderaient directement à ces services [82,83]. Les compétences indispensables impliquent des connaissances approfondies sur [24] :

- la sémiologie médicale concernant les pathologies secondaires provoquant une symptomatologie musculosquelettique ;
- le raisonnement clinique ;
- l'évaluation clinique et la prise de décision concertée incluant l'identification des drapeaux rouges chez les patients et le choix d'orientation vers un spécialiste,
- l'exercice collaboratif dans un environnement pluri-professionnel incluant la communication et le leadership.

Afin de garantir une qualité des soins optimale à ces patients, la mise à jour continue de la formation initiale ainsi qu'une potentielle certification des MK en activité semblent nécessaires.

La profession de MK, née en France en 1946, abrite aujourd'hui plusieurs générations de professionnels, issus de différents programmes de formation initiale. Certains MK ont été formés avec un modèle antérieur à 1989, d'autres, -la majorité- ont suivi la formation initiale selon le programme de 1989 [84], et une minorité a été formée avec le programme récemment réformé de 2015 [25]. Bien que ces connaissances indispensables aient été incluses dans la dernière réforme de la formation initiale, il est supposé une variété de compétences parmi ces professionnels, principalement chez ceux ne s'étant pas mis à jour dans le cadre du développement professionnel continu dans la prise en charge des patients présentant une symptomatologie musculosquelettique. Cette hétérogénéité interroge sur les différences de compétences des professionnels lors de la mise en œuvre de tels modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie, ce qui sera le cas en France. Le diplôme d'état obtenu à l'issue de la formation initiale permet en théorie aux MK d'exercer dans la totalité de leur champ de compétences (musculosquelettique, neurologie, cardiopulmonaire, pelvi-périnéologie, vestibulaire, etc...). Nombreux sont les professionnels qui choisissent d'orienter leur exercice avec une pratique spécifique,

recourant au développement professionnel continu. La sécurité des patients et la performance de l'identification des signes de gravité réalisée par les MK dans le champ musculosquelettique doivent donc être questionnées car elles peuvent être compromises par des compétences insuffisantes à identifier chez ces patients des pathologies ne relevant pas de leurs compétences et impliquant une réorientation vers un médecin.

Plusieurs dispositifs législatifs et réglementaires ont été mis en place en France par le législateur pour introduire le transfert de compétence et la délégation de tâche entre les professionnels de santé dans le but d'améliorer la prise en charge des patients. Les protocoles de coopération entre professionnels de santé ont été introduits en France grâce à la loi relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires, parue en 2009 [85]. Validés par la Haute Autorité de santé, ils permettent de mettre en place, dans un cadre précis, un transfert de compétences ou une délégation de tâche d'un corps professionnel à un autre [86]. La mesure présentée par Madame Agnès Buzyn dans le Pacte de refondation des urgences, visant à faciliter l'expérimentation de modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie pour les patients présentant une lombalgie aiguë ou une entorse de la cheville, s'inscrit dans le cadre de ces protocoles.

### *5.2. Perspectives posées par la mise en oeuvre de modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie en France*

Suite à l'annonce du Pacte de refondation des urgences par Madame Agnès Buzyn, plusieurs modèles de soins peuvent être proposés et combinés, à l'image de ceux existants dans d'autres pays, pour répondre au désengorgement des urgences médicales et ainsi contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients présentant une affection musculosquelettique.

Le premier modèle, existant déjà dans plusieurs pays tels que le Royaume-Uni [79,87], l'Australie [33] et les Etats-Unis [88], viserait à proposer un accès direct à la kinésithérapie exercée dans une équipe pluridisciplinaire d'un service d'urgence médicale en structure hospitalière. Ce modèle est dépendant de la capacité de l'établissement hospitalier de recruter un ou plusieurs MK pour leur équipe médicale d'urgence. Selon une enquête menée en 2018 par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 3090 postes de MK salariés ne seraient pas pourvus dans les 3820 établissements de santé en 2018 (données extrapolées à partir des 240 réponses obtenues des établissements de santé interrogés) [89]. La mise en place d'un tel modèle de soins pourrait être un des leviers pour attirer de nouveaux MK dans les établissements hospitaliers.

Le second modèle consisterait à augmenter l'offre de soins primaires proposée aux patients présentant une affection musculosquelettique en leur permettant de consulter

directement un MK, sans référencement préalable d'un médecin. Bien qu'il soit désormais autorisé aux MK de mettre en place deux protocoles de coopération visant aux prises en charge du traumatisme en torsion de la cheville pour le premier et de la douleur lombaire aiguë inférieure à quatre semaines pour le second dans le cadre d'une structure pluri professionnelle [90,91], l'accès direct à ce professionnel n'est pas étendu à l'ensemble des affections musculosquelettiques et ne permettra pas d'utiliser le plein potentiel de ce parcours de soin innovant.

Le troisième modèle consisterait à orienter les patients présentant une affection musculosquelettique aiguë (suspicion d'entorse de la cheville après un traumatisme et lombalgie aiguë par exemple) vers un MK de ville à partir de plateformes téléphoniques pour désengorger les urgences comme par exemple le service d'aide médicale urgente (Samu) ou à l'aide d'un dispositif de permanence des soins ambulatoires pendant et au-delà des horaires habituels de consultations des MK [85]. Un algorithme d'aide à la décision pourrait être utilisé par la personne en contact avec le patient, pour définir le niveau de risque : élevé s'il présente une suspicion de pathologie jugée comme grave justifiant un recours aux urgences médicales, ou modéré/faible s'il présente une suspicion de pathologie jugée comme bénigne justifiant le recours à un MK de ville. Bien que ce modèle incluant un triage téléphonique existe par exemple au Royaume-Uni, leur système de gestion des appels d'urgence présente des différences avec celui utilisé en France, telle que l'utilisation d'un index basé sur cinq niveaux pour définir l'urgence de la réponse à apporter, et en limite donc sa comparaison [92,93].

La facilitation du recours à ces services par les patients pourrait être permise par leur remboursement dans ces nouveaux modèles de soins par l'Assurance maladie obligatoire et les Assurances maladies complémentaires afin d'en faciliter l'accès à l'ensemble de la population.

## **6. Conclusion**

L'évolution de la demande de soin de la population, l'augmentation de la sédentarité et les enjeux contemporains de notre système de santé impliquent une réorganisation continue des modèles de soins proposés aux patients présentant diverses conditions pathologiques dont les affections musculosquelettiques. Ces nouveaux modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie ne visent pas à remplacer le médecin intervenant en soins primaires ou aux urgences mais à améliorer la collaboration entre les professionnels de santé de soins primaires et dans un contexte d'urgence pour améliorer l'accès, la qualité des soins et l'efficacité du parcours de soin du patient. L'évolution des pratiques de soins en France est nécessaire pour permettre à l'ensemble de la population d'accéder au « *bon traitement* », au « *bon moment* », au « *bon endroit* » et pour le « *bon*

*patient* ». La recherche devrait ainsi s'intéresser aux facteurs de réussite et d'efficacité de la dissémination de ces modèles innovants à d'autres pays, telle que la France.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Ministère des Solidarités et de la Santé. Discours d'Agnès Buzyn - Pacte de refondation des urgences. Ministère des Solidarités et de la Santé 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-pacte-de-refondation-des-urgences> (accessed September 26, 2019).
- [2] Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des urgences 2019.
- [3] World Confederation for Physical Therapy. Survey reveals global state of the physical therapy profession n.d. <https://www.wcpt.org/news/surveys-reveal-global-state-of-the-physical-therapy-profession> (accessed August 12, 2019).
- [4] Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy* 2013;99:285-91. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2012.12.011>.
- [5] Picavet HSJ, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003;102:167–78.
- [6] Wiitavaara B, Fahlström M, Djupsjöbacka M. Prevalence, diagnostics and management of musculoskeletal disorders in primary health care in Sweden - an investigation of 2000 randomly selected patient records. *J Eval Clin Pract* 2017;23:325–32. <https://doi.org/10.1111/jep.12614>.
- [7] Santé publique France. Troubles musculo-squelettiques 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/troubles-musculo-squelettiques/la-maladie/> (accessed October 21, 2019).
- [8] GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390:1211–59. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2).
- [9] Briggs AM, Woolf AD, Dreinhöfer K, Homb N, Hoy DG, Kopansky-Giles D, et al. Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2018;96:366–68. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.204891>.
- [10] Drees. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières - Ministère des Solidarités et de la Santé n.d. <https://drees.solidarites->

sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/resultats-de-l-enquete-nationale-aupres-des-structures-des-urgences (accessed September 26, 2019).

[11] Rapport d'information n° 685 (2016-2017) de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé n.d. [http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685\\_mono.html#toc66](http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html#toc66) (accessed October 7, 2019).

[12] Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum* 2009;60:3072–80. <https://doi.org/10.1002/art.24853>.

[13] Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin C-WC, Chenot J-F, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J* 2018;27:2791–803. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>.

[14] Tsakitzidis G, Remmen R, Dankaerts W, Royen PV. Non-specific neck pain and evidence-based practice. *European Scientific Journal, ESJ* 2013;9. <https://doi.org/10.19044/esj.2013.v9n3p%p>.

[15] RACGP - Guideline for the management of knee and hip osteoarthritis n.d. <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/hip-and-knee-osteoarthritis> (accessed September 26, 2019).

[16] Finestone AS, Raveh A, Mirovsky Y, Lahad A, Milgrom C. Orthopaedists' and family practitioners' knowledge of simple low back pain management. *Spine* 2009;34:1600–3. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181a96622>.

[17] Di Iorio D, Henley E, Doughty A. A survey of primary care physician practice patterns and adherence to acute low back problem guidelines. *Arch Fam Med* 2000;9:1015–21.

[18] Bishop PB, Wing PC. Knowledge transfer in family physicians managing patients with acute low back pain: a prospective randomized control trial. *Spine J* 2006;6:282–88. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2005.10.008>.

[19] Fullen BM, Maher T, Bury G, Tynan A, Daly LE, Hurley DA. Adherence of Irish general practitioners to European guidelines for acute low back pain: a prospective pilot study. *Eur J Pain* 2007;11:614–23. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.09.007>.

[20] Williams CM, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, McLachlan AJ, Britt H, et al. Low back pain and best practice care: A survey of general practice physicians. *Arch Intern Med* 2010;170:271–77. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.507>.

- [21] Fritz JM, Cleland JA, Brennan GP. Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute low back pain delivered by physical therapists? *Med Care* 2007;45:973–80. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318070c6cd>.
- [22] Akesson K, Dreinhöfer KE, Woolf AD. Improved education in musculoskeletal conditions is necessary for all doctors. *Bull World Health Organ* 2003;81:677–83.
- [23] World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Education n.d. <https://www.wcpt.org/policy/ps-education> (accessed August 13, 2019).
- [24] World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Autonomy n.d. <https://www.wcpt.org/policy/ps-autonomy> (accessed August 12, 2019).
- [25] Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. n.d.
- [26] Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med* 2019. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>.
- [27] Liu X, Hanney WJ, Masaracchio M, Kolber MJ, Zhao M, Spaulding AC, et al. Immediate Physical Therapy Initiation in Patients With Acute Low Back Pain Is Associated With a Reduction in Downstream Health Care Utilization and Costs. *Phys Ther* 2018;98:336–47. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy023>.
- [28] Thomas BH, Ciliska D, Dobbins M, Micucci S. A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews Evid Based Nurs* 2004;1:176–84. <https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2004.04006.x>.
- [29] World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Direct access and patient/client self-referral to physical therapy n.d. <https://www.wcpt.org/policy/ps-direct-access> (accessed August 12, 2019).
- [30] Galley P. Ethical principles and patient referral. *Aust J Physiother* 1975;21:97–100. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)61213-7).
- [31] Galley P. Patient referral and the physiotherapist. *Aust J Physiother* 1976;22:117–20. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)61008-4](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)61008-4).
- [32] Galley P. Physiotherapists as first-contact practitioners--New challenges and responsibilities in Australia. *Physiotherapy* 1977;63:246–48.
- [33] Kruger J. Patient referral and the physiotherapist: three decades later. *J Physiother* 2010;56:217–18.
- [34] Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy.

Physical Therapy 2008;88:936–46. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070308>.

[35] Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, Eggertsen R, Thorn J. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal* 2019;11:1759720X19827504.

<https://doi.org/10.1177/1759720X19827504>.

[36] Domholdt E, Durchholz AG. Direct Access Use by Experienced Therapists in States with Direct Access. *Phys Ther* 1992;72:569–74.

<https://doi.org/10.1093/ptj/72.8.569>.

[37] Deslauriers S, Raymond M-H, Laliberté M, Lavoie A, Desmeules F, Feldman DE, et al. Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: waiting lists and management strategies. *Disability & Rehabilitation* 2017;39:2648–56.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1238967>.

[38] World Confederation for Physical Therapy. Norwegian physical therapists celebrate direct access for patients - WCPT News n.d.

<https://www.wcpt.org/news/norwegian-direct-access-jan18> (accessed September 30, 2019).

[39] Bishop A, Chen Y, Protheroe J, Ogollah RO, Bailey J, Lewis M, et al. Providing patients with direct access to musculoskeletal physiotherapy: The impact on general practice musculoskeletal workload and resource use. The STEMS-2 study. *Physiotherapy* 2020. 30:S0031-9406(20)30340-0. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.04.006>.

[40] Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disability & Rehabilitation* 2019:1–12. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1674388>.

[41] Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, Kigozi J, Tooth S, Protheroe J, et al. STEMS pilot trial: a pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012987>.

[42] Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. *Physiotherapy* 2006;92:26–33. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2005.11.002>.

[43] Webster VS, Holdsworth LK, McFadyen AK, Little H. Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes—results of a national trial. *Physiotherapy* 2008;94:141–49. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.11.003>.

[44] 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* 2016;17:489–502.

<https://doi.org/10.1017/S1463423616000189>.

[45] Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy* 2007;93:3–11. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2006.05.005>.

[46] Mallett R, Bakker E, Burton M. Is physiotherapy self-referral with telephone triage viable, cost-effective and beneficial to musculoskeletal outpatients in a primary care setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–60. <https://doi.org/10.1002/msc.1075>.

[47] Overman SS, Larson JW, Dickstein DA, Rockey PH. Physical therapy care for low back pain. Monitored program of first-contact nonphysician care. *Phys Ther* 1988;68:199–207.

[48] Moore JH, McMillian DJ, Rosenthal MD, Weishaar MD. Risk Determination for Patients With Direct Access to Physical Therapy in Military Health Care Facilities. RESEARCH REPORT 2005;35:5.

[49] Pendergast J, Kliethermes SA, Freburger JK, Duffy PA. A Comparison of Health Care Use for Physician-Referred and Self-Referred Episodes of Outpatient Physical Therapy. *Health Services Research* 2012;47:633–54. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01324.x>.

[50] Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care: now?—and into the future? *Physiotherapy* 2004;90:64–72. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2004.01.005>.

[51] Bornhöft L, Larsson MEH, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage - the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and subgroups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study. *Physiother Theory Pract* 2015;31:45–52. <https://doi.org/10.3109/09593985.2014.932035>.

[52] Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–37. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2011.04.354>.

[53] Brooks G, Dripchak S, Vanbeveren P, Allaben S. Is a prescriptive or an open referral related to physical therapy outcomes in patients with lumbar spine-related problems? *J Orthop Sports Phys Ther* 2008;38:109–15. <https://doi.org/10.2519/jospt.2008.2591>.

[54] 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* 2014;94:1785–95. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130309>.

[55] Mintken PE, Pascoe SC, Barsch AK, Cleland JA. Direct Access to Physical Therapy Services Is Safe in a University Student Health Center Setting. *J Allied Health* 2015;44:164–68.

- [56] Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions: a 2-year service evaluation of UK primary care data. *Br J Gen Pract* 2019;69:e314–20. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702245>.
- [57] Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, Nordeman L, Eggertsen R, Larsson MEH. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2553-9>.
- [58] Matifat E, Perreault K, Roy J-S, Aiken A, Gagnon E, Mequignon M, et al. Concordance between physiotherapists and physicians for care of patients with musculoskeletal disorders presenting to the emergency department. *BMC Emerg Med* 2019;19:67. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0277-7>.
- [59] Alkhouri H, Maka K, Wong L, McCarthy S. Impact of the primary contact physiotherapy practitioner role on emergency department care for patients with musculoskeletal injuries in New South Wales. *Emergency Medicine Australasia* 2020;32:202–9. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13391>.
- [60] Pugh A, Roper K, Magel J, Fritz J, Colon N, Robinson S, et al. Dedicated emergency department physical therapy is associated with reduced imaging, opioid administration, and length of stay: A prospective observational study. *PLOS ONE* 2020;15:e0231476. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231476>.
- [61] Sayer JM, Kinsella RM, Cary BA, Burge AT, Kimmel LA, Harding P. Advanced musculoskeletal physiotherapists are effective and safe in managing patients with acute low back pain presenting to emergency departments. *Aust Health Review* 2018;42:321–26. <https://doi.org/10.1071/AH16211>.
- [62] Kinsella R, Collins T, Shaw B, Sayer J, Cary B, Walby A, et al. Management of patients brought in by ambulance to the emergency department: role of the Advanced Musculoskeletal Physiotherapist. *Aust Health Review* 2018;42:309–15. <https://doi.org/10.1071/AH16094>.
- [63] Matifat E, Méquignon M, Cunningham C, Blake C, Fennelly O, Desmeules F. Benefits of Musculoskeletal Physical Therapy in Emergency Departments: A Systematic Review. *Phys Ther* 2019;99:1150–66. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz082>.
- [64] Lau PM-Y, Chow DH-K, Pope MH. Early physiotherapy intervention in an Accident and Emergency Department reduces pain and improves satisfaction for patients with acute low back pain: a randomised trial. *Aust J Physiother* 2008;54:243–49.
- [65] McClellan CM, Cramp F, Powell J, Bengler JR. A randomised trial comparing the clinical effectiveness of different emergency department healthcare professionals in soft tissue injury management. *BMJ Open* 2012;2:e001092. <https://doi.org/10.1136/bmjopen->

2012-001092.

[66] Richardson B. Randomised controlled trial and cost consequences study comparing initial physiotherapy assessment and management with routine practice for selected patients in an accident and emergency department of an acute hospital. *Emergency Medicine Journal* 2005;22:87–92. <https://doi.org/10.1136/emj.2003.012294>.

[67] McClellan CM, Greenwood R, Bengler JR. Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department. *Emerg Med J* 2006;23:384–87. <https://doi.org/10.1136/emj.2005.029231>.

[68] Taylor NF, Norman E, Roddy L, Tang C, Pagram A, Hearn K. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiotherapy* 2011;97:107–14. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2010.08.011>.

[69] Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: an observational study. *J Physiother* 2016;62:209–14. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.08.005>.

[70] de Gruchy A, Granger C, Gorelik A. Physical Therapists as Primary Practitioners in the Emergency Department: Six-Month Prospective Practice Analysis. *Phys Ther* 2015;95:1207–16. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130552>.

[71] Gill SD, Stella J. Implementation and performance evaluation of an emergency department primary practitioner physiotherapy service for patients with musculoskeletal conditions. *Emerg Med Australas* 2013;25:558–64. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12134>.

[72] Sutton M., Govier A., Prince S., Morphett M. Primary-contact physiotherapists manage a minor trauma caseload in the emergency department without misdiagnoses or adverse events: an observational study. *J Physiother* 2015;61:77–80. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.012>.

[73] Ball STE, Walton K, Hawes S. Do emergency department physiotherapy practitioner's, emergency nurse practitioners and doctors investigate, treat and refer patients with closed musculoskeletal injuries differently? *Emerg Med J* 2007;24:185–88. <https://doi.org/10.1136/emj.2006.039537>.

[74] Guengerich M, Brock K, Cotton S, Mancuso S. Emergency department primary contact physiotherapists improve patient flow for musculoskeletal patients. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2013;20:396–402. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2013.20.8.396>.

- [75] Kinsella D, Mosley I, Braitberg G. A Retrospective Study Investigating: Factors associated with mode of arrival and emergency department management for patients with acute stroke. *Australasian Emergency Care* 2018;21:99–104. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.07.001>.
- [76] Morris J, Vine K, Grimmer K. Evaluation of performance quality of an advanced scope physiotherapy role in a hospital emergency department. *Patient Relat Outcome Meas* 2015;6:191–203. <https://doi.org/10.2147/PROM.S75173>.
- [77] Sayer D, Bloom B, Fernando K, Jones S, Benton S, Dev S, et al. An Observational Study of 2,248 Patients Presenting With Headache, Suggestive of Subarachnoid Hemorrhage, Who Received Lumbar Punctures Following Normal Computed Tomography of the Head. *Acad Emerg Med* 2015;22:1267–73. <https://doi.org/10.1111/acem.12811>.
- [78] Schulz P, Prescott J, Shifman J, Fiore J, Holland A, Harding P. Comparing patient outcomes for care delivered by advanced musculoskeletal physiotherapists with other health professionals in the emergency department-A pilot study. *Australas Emerg Nurs J* 2016;19:198–202. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2016.06.001>.
- [79] Morris CD, Hawes SJ. The value of accident and emergency based physiotherapy services. *Emergency Medicine Journal* 1996;13:111–13. <https://doi.org/10.1136/emj.13.2.111>.
- [80] Fennelly O, Desmeules F, O'Sullivan C, Heneghan NR, Cunningham C. Advanced musculoskeletal physiotherapy practice: Informing education curricula. *Musculoskeletal Science and Practice* 2020;48:102174. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102174>.
- [81] World Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for physical therapist professional entry level education n.d. <https://www.wcpt.org/guidelines/entry-level-education> (accessed August 22, 2019).
- [82] Moffatt F, Goodwin R, Hendrick P. Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. *Primary Health Care Research & Development* 2018;19:121–30. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000615>.
- [83] Department of Health. The Musculoskeletal Services Framework: a joint responsibility- doing it differently. *Cross Ref* 2006:72.
- [84] Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Rapport: Démographie des kinésithérapeutes 2017.
- [85] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009.
- [86] Haute Autorité de Santé. Protocole de coopération entre professionnels de santé. Haute Autorité de Santé n.d. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante) (accessed September 30, 2019).

- [87] Kempson SM. Physiotherapy in an accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing* 1996;4:198–202. [https://doi.org/10.1016/S0965-2302\(96\)90081-8](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(96)90081-8).
- [88] Greathouse DG, Schreck RC, Benson CJ. The United States Army physical therapy experience: evaluation and treatment of patients with neuromusculoskeletal disorders. *J Orthop Sports Phys Ther* 1994;19:261–66. <https://doi.org/10.2519/jospt.1994.19.5.261>.
- [89] Pinsault N. Enquête nationale sur l'exercice salarié de la kinésithérapie en France. *Kinésithérapie, la Revue* 2020;20:3–7. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.11.007>.
- [90] Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». n.d.
- [91] Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». n.d.
- [92] Morris J, Grimmer-Somers K, Kumar S, Murphy K, Gilmore L, Ashman B, et al. Effectiveness of a physiotherapy-initiated telephone triage of orthopedic waitlist patients. *Patient Relat Outcome Meas* 2011;2:151–59. <https://doi.org/10.2147/PROM.S2373>.
- [93] Salisbury C., Foster N.E., Hopper C., Bishop A., Hollinghurst S., Coast J., et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of “PhysioDirect” telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol Assess* 2013;17:1–157. <https://doi.org/10.3310/hta17020>.

**Tableau 1.**

Critères PICO pour la recherche de la littérature (Population, Intervention, Comparator, Outcomes)

<b>Critères PICO</b>		<b>Mots clés</b>
<b>Population</b>	Patients with musculoskeletal disorders presenting to an emergency department or in primary care	1) Musculoskeletal diseases 2) Musculoskeletal disorder 3) Orthopedic disorder
<b>Intervention</b>	Direct access physiotherapy or physiotherapy care in an emergency department	1) Ambulatory care 2) Primary health 3) Outpatients 4) Primary care 5) Direct access physiotherapy 6) Emergency department 7) A&E department 8) Emergency room 9) Trauma center 10) Casualty department
<b>Comparator</b>	Usual care model including prescribed physiotherapy services in secondary care	
<b>Outcomes</b>	Clinical patient outcomes (pain, function and quality of life), patient satisfaction, health care resources use and health care costs	