



HAL
open science

Coopérations entre professionnels de santé en soins primaires pour la prise en charge des troubles musculosquelettiques une revue narrative

Amélie Kechichian, Florian Imbert, Nicolas Pinsault

► To cite this version:

Amélie Kechichian, Florian Imbert, Nicolas Pinsault. Coopérations entre professionnels de santé en soins primaires pour la prise en charge des troubles musculosquelettiques une revue narrative. Santé Publique, 2023, Vol. 35 (3), pp.271-284. 10.3917/spub.233.0271 . hal-04247377

HAL Id: hal-04247377

<https://hal.science/hal-04247377v1>

Submitted on 18 Oct 2023

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.

Coopérations entre professionnels de santé en soins primaires pour la prise en charge des troubles musculosquelettiques une revue narrative

Amélie Kechichian, Florian Imbert, Nicolas Pinsault

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2023/3 (VOL. 35), PAGES 271 À 284
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.233.0271

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2023-3-page-271.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Coopérations entre professionnels de santé en soins primaires pour la prise en charge des troubles musculosquelettiques une revue narrative

Cooperation between health professionals in primary care for the management of musculoskeletal disorders a narrative review

Amélie Kechichian^{1,2}, Florian Imbert^{1,2}, Nicolas Pinsault^{1,2}

⇒ Résumé

Introduction : L'engorgement des services de soins primaires et l'augmentation de la demande de soins conduisent à des difficultés croissantes d'accès aux soins de premier recours pour les patients souffrant de troubles musculosquelettiques. Pour y faire face, plusieurs modèles de partage de tâches entre les professionnels de santé sont mis en place. Dans la littérature, différentes notions sont employées pour décrire ces modèles. En France, ces expérimentations peuvent prendre la forme de « protocoles de coopération » établis entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes.

Objectif : Cette revue narrative vise à définir les notions employées pour décrire les modèles de partage de tâches impliquant les kinésithérapeutes dans la prise en charge des troubles musculosquelettiques à l'international, puis à décrire ces modèles et leur impact pour aboutir à des perspectives d'évolution des expérimentations françaises.

Résultats : Les notions de « délégation », de « transfert », de « substitution », de « supplémentation » et de « pratique avancée » sont employées dans la littérature. À la différence des termes « délégation » et « transfert », une distinction claire est retrouvée entre la substitution et la supplémentation. La pratique avancée en kinésithérapie est quant à elle, définie et reconnue à l'international. Elle permettrait d'améliorer l'accès et la qualité des soins, sans augmentation des coûts. En France, deux protocoles nationaux de coopération entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes existent pour les troubles musculosquelettiques. En tenant compte des freins à leur déploiement rencontrés sur le terrain, ces modèles gagneraient à être repensés en s'inspirant du cadre international de la pratique avancée en kinésithérapie.

Conclusions : Les modèles de partage de tâches impliquant les kinésithérapeutes en soins primaires semblent être des leviers

⇒ Abstract

Introduction: The current medical shortage and increasing healthcare needs lead to the overcrowding of primary care services. In an effort to cope with this, task sharing models of care have been implemented between healthcare professionals. Varied terms are used to describe these models. In France, "cooperation protocol" pathways have been established between general practitioners and physiotherapists.

Objective: The aim of this narrative review is to define the terms used to describe models of task sharing involving physiotherapists for musculoskeletal care and to describe these models and their impact in order to suggest evolution prospects of French experimentations.

Results: Delegation, task shifting, substitution, supplementation and advanced practice terms were found in the literature. A clear distinction is suggested between substitution and supplementation. Advanced practice physiotherapy is internationally defined and recognized. Advanced practice physiotherapy models of care seem to improve care access and quality of care without increasing costs. In France, two cooperation protocols have been implemented between general practitioners and physiotherapists for musculoskeletal disorders. Regarding the obstacles to their deployment, these models could evolve considering the international and formally defined framework of advanced practice physiotherapy.

Conclusions: Task sharing models of care involving physiotherapists could be promising strategies to improve access to care for patients with musculoskeletal disorders. Further studies are needed to better define the models, their objectives and to evaluate their impact in the French context.

¹ Équipe THEMAS – Laboratoire TIMC – UMR CNRSUGA 5525 – Grenoble – France.

² Département de kinésithérapie et physiothérapie – Université Grenoble Alpes – Grenoble – France.

d'amélioration de l'accès aux soins pour les patients souffrant de troubles musculosquelettiques. Davantage d'études permettant de mieux définir les modèles, leurs objectifs et d'évaluer l'efficacité dans le contexte français restent nécessaires.

Mots-clés: Troubles musculosquelettiques; Partage de tâches; Coopération; Délégation; Transfert; Substitution; Supplémentation; Pratique avancée.

Keywords: *Musculoskeletal disorders; Task sharing; Task shifting; Cooperation protocol; Delegation; Substitution; Supplementation; Advanced practice physiotherapy.*

Introduction

Identifiés comme la première cause d'incapacité dans le monde, les troubles musculosquelettiques (TMS) ont un impact important sur la société et les systèmes de santé [1]. Parmi ces troubles, la lombalgie occupe une place importante puisque, selon les dernières estimations du Global Burden of Disease, elle se place au quatrième rang des maladies générant le plus d'années de vie avec incapacité chez les 25-49 ans [2]. Les projections indiquent une augmentation de 1,4 année de vie avec incapacité d'ici à 2050 [3]. L'incapacité associée à la lombalgie tend à croître dans les prochaines décennies, ce qui en fait un enjeu majeur auquel les systèmes de santé dans le monde doivent faire face [4].

En France, les TMS sont un motif fréquent de consultation en médecine générale et en service d'urgence [5, 6]. La lombalgie est notamment la deuxième cause la plus fréquente de consultation en médecine générale [7]. L'engorgement des services de soins primaires et l'augmentation de la demande de soins conduisent à des difficultés croissantes d'accès aux soins de premier recours pour les patients souffrant de TMS en général, et de lombalgie en particulier. Les délais importants d'accès aux soins qui en résultent peuvent notamment favoriser la persistance de ces troubles dans le temps et engendrer un niveau plus important d'incapacité pour les patients [8]. À long terme, cela se traduit par une augmentation de l'utilisation des ressources en santé et des coûts [9]. Dans le cas de la lombalgie aiguë, l'enjeu majeur réside dans une prise en charge rapide permettant d'identifier précocement les facteurs de risque de chronicité présentés par les patients [10-12]. Cela permet d'adapter le traitement et de prévenir l'évolution vers une forme chronique de la pathologie [13]. En ce sens, plusieurs dispositifs existent pour permettre d'améliorer l'accès aux soins de ces patients.

Parmi eux, l'accès aux kinésithérapeutes en première intention, sans consultation médicale préalable, est étudié en France comme à l'étranger [14-16].

D'après les recommandations récentes de la Haute Autorité de santé (HAS), les kinésithérapeutes sont des professionnels compétents pour le diagnostic et la gestion des patients souffrant de lombalgie [7]. Ils suivent une formation approfondie dans le champ musculosquelettique leur permettant de développer une expertise particulière dans la gestion de ce trouble [17, 18]. Dans plusieurs pays confrontés à des problématiques similaires d'accès aux soins, un élargissement du champ de compétences du kinésithérapeute pour la prise en charge des pathologies musculosquelettiques est déjà mis en œuvre [19, 20]. Les kinésithérapeutes sont ainsi en mesure de réaliser des actes initialement réservés aux médecins tels que l'élaboration d'un diagnostic médical, la prescription de médicaments ou d'imagerie. Plusieurs études ont évalué ces nouveaux modèles de soins dits en « pratique avancée ». Les auteurs rapportent que ces modèles semblent efficaces et sécuritaires dans le contexte de soin dans lequel ils sont déployés. Ils se traduisent notamment par une amélioration de qualité des soins, un allègement de la charge de travail des médecins ainsi qu'une satisfaction des patients identique, voire meilleure, sans que des événements indésirables ne soient rapportés [19, 20].

En France, l'amélioration de l'accès aux soins et le décloisonnement du système de santé figurent parmi les priorités du projet Ma Santé 2022, porté par le ministère des Solidarités et de la Santé [21]. Ce sont également des enjeux évoqués dans le Ségur de la santé. Les initiatives visant à améliorer la collaboration interprofessionnelle en soins primaires ont d'ailleurs un impact positif sur les résultats cliniques des patients qui en bénéficient [22]. Le décloisonnement du système de santé se traduit notamment par une réorganisation des professionnels et un renforcement du rôle des professions de santé non

médicales dans le cadre d'un exercice coordonné. La création de structures d'exercice coordonné telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les centres de santé (CDS) ou encore le déploiement des communautés pluriprofessionnelles et territoriales de santé (CPTS) est ainsi largement encouragée. Les autorités ont retenu ces organisations comme condition à la mise en place d'expérimentations de partage et de transfert de tâches entre les professionnels. Ces expérimentations prennent la forme de protocoles de coopération. À l'étranger, plusieurs modèles proposent également de recourir à des professionnels de santé non-médecins pour permettre de répondre à la demande de soins. Regroupés sous le terme de « *skill-mix* » ou « partage de compétences », ces modèles invitent les professionnels de santé à partager leurs expériences, savoirs et compétences et à les combiner en collaborant ou coopérant [23]. Tel qu'il a été décrit, le concept de « *skill-mix* » regroupe quatre catégories centrées sur le rôle de chaque profession : la délégation, la substitution, le renforcement et la supplémentation [23]. La redistribution des tâches qui en découle fait quant à elle émerger d'autres modèles se concentrant alors sur la tâche déléguée, substituée ou améliorée. Néanmoins, une distinction claire et cohérente entre les différents termes utilisés dans la littérature reste difficile à appréhender.

La présente étude vise, par le biais d'une revue narrative, à définir les notions utilisées pour décrire les modèles de partage des tâches impliquant les kinésithérapeutes en soins primaires pour la prise en charge des TMS. Dans un second temps, les différents modèles identifiés en France et à l'étranger seront décrits pour aboutir à des perspectives d'évolution des expérimentations françaises, inspirées par les exemples internationaux.

Matériel et méthodes

La méthode proposée ici a été élaborée en s'inspirant des directives pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* — PRISMA) [24-26]. Une recherche bibliographique a été conduite dans cinq bases de données (PubMed®, Embase, Cochrane, Google Scholar et Cairn) en juin 2022. Les principaux mots-clés de recherche utilisés étaient : « *physiotherapy* » ; « *physical therapy* » ; « *primary health care* » ; « *musculoskeletal disease* » ; « *task delegation* » ; « *ask shifting* » ; « *task sharing* » ; « *skill-mix* » ; « *advanced*

practice » ; « *extended scope of practice* ». Les termes « *physiotherapist* » et « *physical therapist* » ont été considérés comme équivalents au terme français « *kinésithérapeute* », selon les recommandations de standards de pratique de la Confédération mondiale de la physiothérapie (« physiothérapie » étant le terme employé à l'international pour désigner la profession que l'on nomme en France « kinésithérapie »), dans la recherche bibliographique menée. Le terme « kinésithérapeute » a néanmoins été choisi dans la suite de la revue pour désigner les professionnels, en France comme à l'international. La sélection des articles a été effectuée par deux des auteurs. Les critères d'inclusion des articles étaient les suivants : 1) étude traitant de la description, de l'application ou de l'évaluation des modèles de partage de compétences, de modification des rôles et de réattribution des tâches impliquant les kinésithérapeutes dans le champ clinique musculosquelettique, 2) étude réalisée en secteur de soins primaires incluant les services d'urgence, 3) articles rédigés en langue française, anglaise ou espagnole, 4) étude présentant une méthodologie qualitative ou quantitative. Les études faisant référence au secteur de soins secondaires ont été exclues. Une recherche de la littérature non publiée a été conduite, ainsi qu'une recherche d'études d'intérêt dans la liste des références des études sélectionnées.

L'extraction des données a été effectuée par un des auteurs. Une synthèse qualitative des résultats a été réalisée, exposée dans la présente revue. La première partie de cette synthèse vise à définir les termes employés dans la littérature, la deuxième partie a pour objet de décrire les modèles mis en place et d'exposer de manière non exhaustive les résultats des études ayant évalué ces modèles. La troisième partie se concentre sur la description des expérimentations françaises. Dans la discussion, les expérimentations françaises sont confrontées aux éléments décrits dans les deux premières parties.

Résultats

La recherche dans les cinq bases de données citées a permis d'identifier 1 285 articles. Après retrait des doublons et une sélection sur titre et résumé, 56 études ont été retenues. La sélection sur lecture complète des articles a ensuite permis de retenir 24 études [27-50]. Ces étapes de sélection ont été réalisées en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion susmentionnés et sont illustrées par la figure 1.

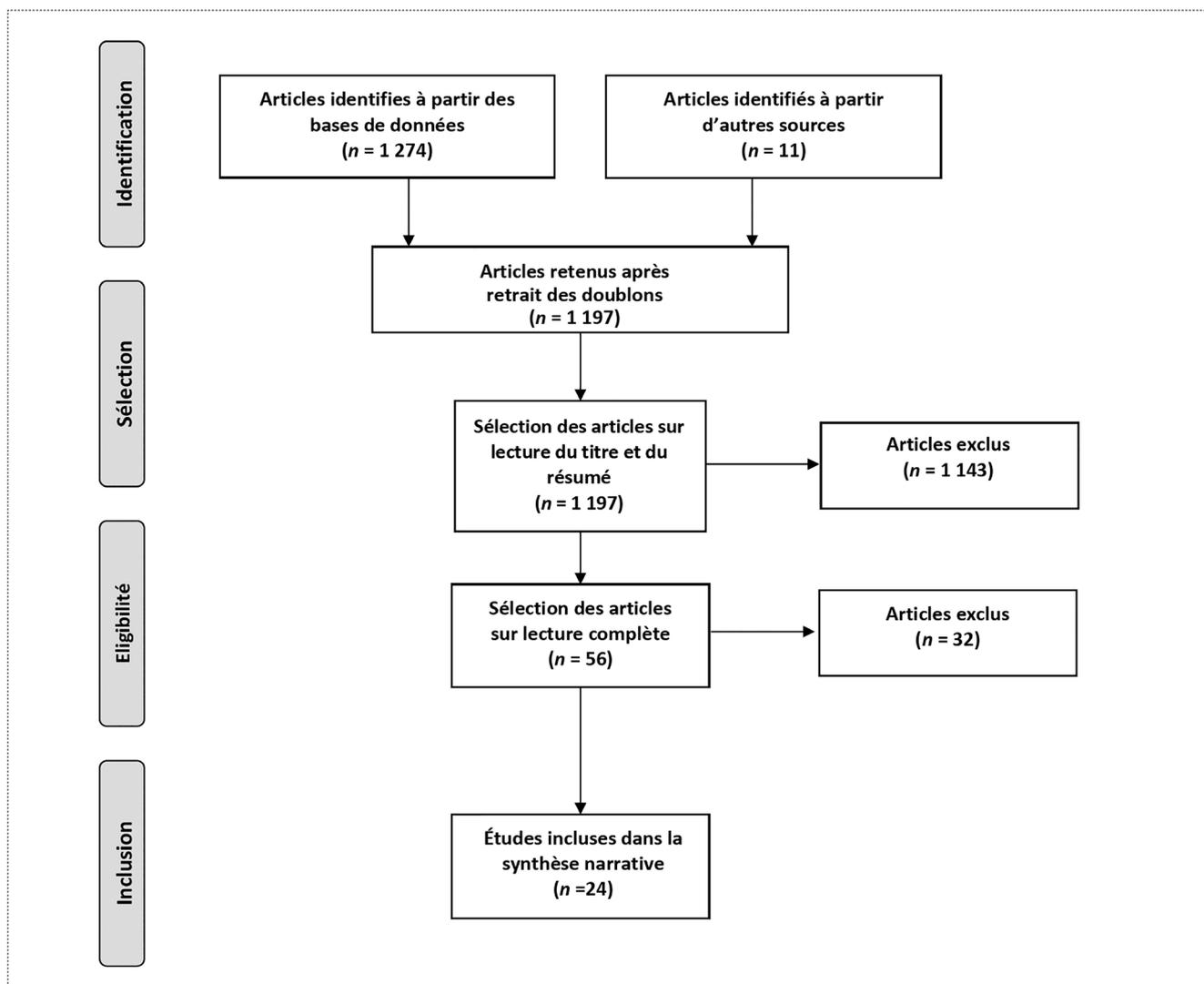


Figure 1 : Flowchart illustrant le processus de sélection des études retenues dans la revue narrative.

Première partie: définitions des modèles de partage des tâches

Plusieurs notions, souvent dérivées les unes des autres, ont été décrites dans la littérature pour évoquer les modèles de partage des tâches et de compétences communes entre les professionnels de santé. Cela conduit à la formulation de définitions proches, interconnectées et qui parfois se superposent les unes aux autres. Dans cette première partie, nous avons fait le choix d'exposer l'ensemble des définitions retrouvées dans la littérature pour évoquer ces modèles et de rapporter les divergences qui ont pu être retrouvées entre les auteurs. Ainsi, les notions de

« délégation », de « substitution », de « *task shifting* » (transfert de tâches) et de « *task sharing* » (partage de tâches) seront définies. Nous finirons par expliciter les notions de « supplémentation » ou de « renforcement de rôle », et de « pratique avancée en kinésithérapie ».

Délégation et substitution

Une revue systématique de 2014 définit la délégation comme un processus à sens unique, par lequel un professionnel hautement qualifié délègue certains de ses actes ou de sa démarche clinique à d'autres professionnels moins qualifiés [27]. En France, la délégation est également définie

comme « l'action par laquelle un professionnel de santé confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche ». La délégation comprend ainsi l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin dans une majorité des cas) reste engagée du fait de la décision de déléguer alors que la responsabilité du délégué (le professionnel non-médecin) est engagée dans la réalisation de l'acte [28, 29]. Pour certains auteurs, la délégation se distingue du transfert de tâches, qui est quant à lui l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation de cette tâche [27, 30]. Pour d'autres auteurs, les termes de délégation et de transfert sont utilisés de manière équivalente [31].

La substitution évoque pour sa part, une interchangeabilité entre les professionnels : un type de profession peut être échangé avec un autre type de profession [27]. La substitution correspond ainsi à une nouvelle répartition de tâches déjà existantes entre les professionnels. Les modèles de délégation et de substitution ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins, à efficacité égale et à moindre coût [27, 32-35].

La combinaison entre les processus de délégation et de substitution en santé se retrouve dans le modèle de « *task shifting* » et de « *task sharing* ». Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le modèle de « *task sharing and shifting* » (TS/S) se définit comme la délégation ou le transfert des tâches spécifiques de professionnels de santé hautement qualifiés ou entraînés vers des professionnels de santé ayant une formation plus courte et moins de qualifications, afin d'utiliser plus efficacement les ressources humaines disponibles pour la santé et de répondre aux problématiques d'accès aux soins [36, 37]. Il est important de noter que l'acte ou l'intervention doit être délivré(e) avec le même niveau d'efficacité qu'avec un professionnel plus qualifié ou entraîné, de niveau ou de compétences différentes. En conséquence, le professionnel de santé moins qualifié peut être amené à collaborer ou coopérer avec un autre professionnel plus qualifié dans un contexte de transfert ou de partage de la responsabilité selon la tâche concernée [36, 37].

Supplémentation et pratique avancée

Les procédés de supplémentation ou de renforcement du rôle des professionnels de santé se rapportent quant à eux au fait « d'augmenter l'étendue d'un travail en élargissant

le rôle ou les compétences d'un groupe particulier » [38]. Ceux-ci, élaborés en équipe, ont pour objectif de proposer à la fois une gamme de soins plus étendue aux professionnels concernés, et d'améliorer la qualité des soins prodigués au patient. La littérature recense différents termes en rapport avec le renforcement du rôle des professions de santé non médicales, notamment des kinésithérapeutes. Les termes les plus utilisés sont « *advanced practice* » ou pratique avancée et « *extended scope of practice* » ou champ d'exercice étendu.

La confédération mondiale de la physiothérapie a reconnu en 2019 la pratique avancée en kinésithérapie comme une « [...] forme de pratique clinique qui implique un niveau supérieur de pratique, de fonctions, de responsabilités, d'activités et de capacités [...] exige une combinaison de compétences et de connaissances cliniques et analytiques avancées et nettement améliorées, de raisonnement clinique, d'attitudes et d'expériences » [39]. La pratique avancée s'inscrit dans le cadre des fonctions reconnues comme faisant partie du champ d'exercice de la profession, mais qui peuvent être traditionnellement réalisées par d'autres professions [41]. Le kinésithérapeute peut ainsi être amené à réaliser des actes initialement réservés aux professions médicales, comme l'élaboration d'un diagnostic, la prescription de thérapeutiques médicamenteuses, l'orientation vers d'autres professionnels de santé ou la prescription d'imagerie [39, 41]. La plupart des modèles étudiés à l'international s'intéressent à la mise en place des pratiques avancées dans un contexte de soins primaires tels que les services d'urgence, ou de soins secondaires tels que les services d'orthopédie ou de rhumatologie. Selon le lieu de mise en œuvre de ces modèles, les actes mentionnés peuvent par exemple être transférés au kinésithérapeute par l'urgentiste, l'orthopédiste ou le rhumatologue [19]. L'étendue des actes et compétences transférés ainsi que la responsabilité qui en découle dépend des spécificités de chaque pays notamment en termes de législation, de politiques de santé, de formation des professionnels et de contexte de soins.

Deuxième partie : description et évaluation des modèles

Dix études visant à explorer qualitativement ou à évaluer quantitativement les modèles de modification des rôles et des tâches des professionnels de santé en soins primaires pour la prise en charge des troubles musculosquelettiques ont été incluses dans la présente revue [29, 42-50]. Ces études ciblent majoritairement la délégation de tâches et les modèles de pratique avancée en kinésithérapie.

Délégation de tâches en soins primaires

Une étude qualitative française interroge les médecins généralistes et les professionnels non-médecins sur la délégation de tâches [29]. Les résultats de cette étude soulignent que d'un côté, les professionnels non-médecins perçoivent les délégations d'actes médicaux comme le reflet d'une reconnaissance de compétences qu'ils estiment être au cœur de leur métier. De l'autre côté, les médecins généralistes accueillent positivement la délégation de tâches dans le cadre d'un exercice coordonné. Ils y sont favorables et évoquent un gain de temps ainsi que la possibilité de se concentrer sur des activités plus complexes. La valeur attribuée aux tâches déléguées diffère, allant d'une tâche considérée comme accessoire, à la volonté de valoriser l'expertise spécialisée des professionnels délégués [29]. Une seconde étude réalisée en France rapporte une bonne acceptabilité de la part des professionnels vis-à-vis d'un protocole de coopération entre les médecins généralistes et des kinésithérapeutes travaillant au sein de structures pluriprofessionnelles de santé pour la prise en charge de la lombalgie aiguë. Cette étude met en évidence un niveau de confiance élevé des médecins généralistes en la capacité du kinésithérapeute à prendre en charge un patient souffrant de lombalgie aiguë en première intention et à réaliser des actes médicaux délégués tels que l'établissement d'un diagnostic, la prescription d'antalgiques, d'arrêt de travail et de séances de kinésithérapie [42]. Ce modèle de soins est plus précisément décrit dans la 3^e partie de cette revue. Enfin, une troisième étude réalisée au Danemark rapporte qu'un niveau élevé de délégation semble être associé à une plus grande satisfaction de la part des professionnels délégants [43]. Le degré de délégation est cependant variable et dépend en particulier du niveau de formation des professionnels.

Les pratiques avancées en soins primaires

L'impact de modèles de soins intégrant les kinésithérapeutes en pratique avancée ou en pratique étendue en soins primaires sur la qualité des soins a fait l'objet de plusieurs études, notamment au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Une étude observationnelle menée au sein de plusieurs centres de soins incluant un « centre de santé familial » aux États-Unis a permis d'introduire des kinésithérapeutes dans un rôle avancé en soins primaires pour la prise en charge des patients souffrant de TMS. Dans ce modèle, les kinésithérapeutes peuvent recevoir le patient en première intention, sans référence médicale préalable, réaliser un diagnostic médical, traiter le patient de manière autonome, prescrire des imageries ou des tests de laboratoires si cela

s'avère nécessaire, prescrire certains médicaments et référer le patient au chirurgien orthopédique si besoin. Cette étude rapporte une sécurité équivalente de ce nouveau modèle de soins par rapport aux soins usuels [44]. Une seconde étude observationnelle réalisée au Royaume-Uni évalue également l'intervention des kinésithérapeutes recevant les patients souffrant de TMS à la place du médecin généraliste. Dans ce modèle, les kinésithérapeutes reçoivent le patient en première intention et sont en mesure de l'orienter vers une prise en charge rééducative, de prescrire une imagerie ou des analyses sanguines, de le référer vers le médecin généraliste ou vers les soins secondaires. Cette étude rapporte une prise en charge adaptée, efficace et sécuritaire pour une cohorte de 8 417 patients [45]. Enfin, une récente étude de faisabilité également réalisée au Royaume-Uni rapporte une perception positive et un haut niveau de satisfaction de la part des patients vis-à-vis du rôle des kinésithérapeutes en pratiques avancées en soins primaires pour la prise en charge de la lombalgie [46]. Dans ce modèle, les kinésithérapeutes en pratique avancée réalisent l'examen clinique du patient en première intention et sont autorisés à prescrire des médicaments antalgiques [46]. Du point de vue des médecins, une étude qualitative souligne que ceux-ci reconnaissent l'expertise des kinésithérapeutes dans le champ musculosquelettique, tout en mentionnant qu'un changement culturel est nécessaire pour la bonne implantation de ces modèles [47]. Selon Moffatt *et al.*, la vision usuelle du médecin généraliste comme acteur principal des soins primaires doit être modifiée au profit d'une vision d'équipe impliquant tout autant les autres professionnels de santé dans la gestion du parcours de soins des patients [47]. Ceci peut être facilité par la mise en œuvre d'un exercice coordonné entre les différents acteurs. Les résultats de l'ensemble de ces études doivent néanmoins être considérés au regard du contexte de soins spécifique du pays dans lequel ils sont implantés.

Spécificités des pratiques avancées en service d'urgence

À l'international, plusieurs pays mettent en place de nouveaux modèles de soins intégrant les kinésithérapeutes en pratique avancée au sein des services d'urgence pour la prise en charge des patients souffrant de TMS. Au sein de ces services d'urgence, les patients souffrant de TMS consultent le kinésithérapeute en première intention [48]. Celui-ci réalise l'examen clinique du patient de manière autonome et peut prescrire des médicaments et des examens complémentaires si cela s'avère nécessaire [48].

Dans la plupart des pays dans lesquels ces modèles sont mis en place, le plan de traitement médical (prescription d'examen complémentaires et de médicaments) est réalisé en collaboration avec l'urgentiste : ce dernier vérifie et valide le plan de traitement initialement proposé par le kinésithérapeute. Ces modèles n'existent pour le moment pas en France.

Une revue systématique vise à évaluer l'impact de cette organisation innovante [48]. Les auteurs concluent que les soins du kinésithérapeute travaillant en collaboration avec l'urgentiste sont aussi efficaces que les soins usuels pour réduire le niveau de douleur et d'incapacité des patients, avec une satisfaction rapportée équivalente, voire supérieure, et sans augmentation significative des dépenses de santé. Pour ce qui est de l'utilisation des ressources, le kinésithérapeute ne prescrit pas plus voire moins d'imagerie par rapport aux médecins, et permet une diminution des délais de prise en charge [48]. Deux études qualitatives ont exploré la perception des patients et des médecins urgentistes vis-à-vis du rôle des kinésithérapeutes en pratique avancée au sein des services d'urgence du Royaume-Uni et des États-Unis. Ces études rapportent une bonne acceptabilité et un haut niveau de satisfaction de la part des patients et des professionnels interrogés [49, 50]. Les participants soulignent néanmoins que la mise en œuvre de ces modèles nécessite une bonne connaissance du rôle et des compétences des kinésithérapeutes par les patients et les autres professionnels, ainsi qu'une formation approfondie et appropriée de ces derniers [49, 50]. De nouveau ici, les résultats présentés sont dépendants du contexte de soins des pays dans lesquels les études ont été menées et ne peuvent être généralisés à l'ensemble des services d'urgence à travers le monde.

Troisième partie : Coopérations entre professionnels de santé en France

À l'instar des modèles décrits à l'international, de nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé s'inscrivent depuis quelques années dans une logique d'amélioration de l'offre de soins en France. Celles-ci ont pour but d'offrir une perspective de réponse aux difficultés d'accès aux soins actuelles et à venir sur le territoire [28]. Elles prennent la forme de protocoles de coopération.

Le dispositif de protocole de coopération

Les travaux à ce sujet ont été initiés par le ministère chargé de la santé dès 2003, à la suite d'un rapport

concernant la démographie des professions de santé [51]. Plusieurs projets d'expérimentations portés par des équipes de soins volontaires ont alors vu le jour. Le rapport d'évaluation de ces expérimentations, publié en 2006, conclut à la sécurité du dispositif qui nécessite toutefois une réorganisation des processus de travail et une étroite collaboration entre les professionnels [52]. La HAS est alors chargée d'assurer l'évaluation de ces expérimentations. Ces nouvelles formes de coopération définissent soit une nouvelle répartition des tâches dans une logique de substitution, soit une répartition de nouvelles tâches impliquant qu'un professionnel étende son champ de compétence, dans une logique de supplémentation [27, 35, 53].

Un peu plus tard, c'est la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui promeut, dans son article 51, de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : « Par dérogation, les professionnels de santé (cités à l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. » La coopération est alors majoritairement abordée sous l'angle de la substitution, et non de la supplémentation [53].

Le dispositif de protocole de coopération, initié par la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST) en 2009, a été rénové et simplifié en 2019 par la loi d'organisation et de transformation du système de santé [54]. Les objectifs sont de promouvoir un parcours de soins coordonné et une prise en charge efficace pour les patients, d'améliorer l'accès aux soins, d'offrir la possibilité aux professionnels paramédicaux d'évoluer dans leur pratique et d'élargir leur champ d'intervention et de libérer du temps aux professionnels médicaux pour les actes qui nécessitent leur expertise [55]. Bien que pour le moment faiblement déployées à l'échelle nationale, ces coopérations ont pour objectif d'être largement étendues et se présentent comme des leviers à la transformation de l'offre de soins [56].

Les protocoles de coopération entre médecin généraliste et kinésithérapeute

Une cinquantaine de protocoles de coopération nationaux sont aujourd'hui mis en place sur tout le territoire, comprenant les soins de ville et le secteur hospitalier. Six d'entre eux sont spécifiques aux soins non programmés en ville, dont deux concernent la délégation de la consultation du médecin généraliste au kinésithérapeute pour les

patients souffrant de TMS bénins: l'entorse de cheville et la lombalgie aiguë [57, 58]. À titre d'exemple, le protocole

de coopération pour la lombalgie aiguë est présenté dans la figure 2.



Figure 2: Illustration du Protocole de coopération national pour la douleur lombaire aiguë.

Dans ces protocoles, un patient présentant un traumatisme en torsion de cheville ou une douleur lombaire depuis moins de quatre semaines, vérifiant les critères d'inclusion du protocole concerné (âge et motif de consultation) peut

consulter le kinésithérapeute en première intention sans être référé par le médecin généraliste. Le kinésithérapeute vérifie tout d'abord l'absence de critère justifiant une réorientation chez le médecin. Ces critères sont l'identification de drapeaux

rouges dans le dossier médical du patient, lors de l'interrogatoire ou de l'examen clinique, un doute de la part du kinésithérapeute ou un refus de la part du patient. Le kinésithérapeute réalise ensuite la consultation dite « déléguée ». La démarche thérapeutique mise en œuvre lui permet de prescrire des antalgiques de classe 1, un arrêt de travail de un à cinq jours, une imagerie pour l'entorse de cheville, et des séances de kinésithérapie. Le kinésithérapeute met également en place une démarche thérapeutique non médicamenteuse, en identifiant les facteurs de risque de chronicisation ou de récurrence, en prodiguant des conseils et en réalisant une éducation adaptée visant par exemple à sensibiliser le patient aux bienfaits de l'activité physique dans le cadre de la douleur lombaire. Cette consultation est rémunérée à la hauteur de vingt-cinq euros. La rémunération doit être partagée entre le kinésithérapeute et le médecin généraliste en cas de réorientation du patient vers le médecin [57].

Ces protocoles doivent être mis en place au sein de structures pluriprofessionnelles de santé agréées par l'agence régionale de santé (ARS) comme les MSP ou les CDS équipés d'un logiciel d'information partagé. Plusieurs étapes préalables sont nécessaires. Tout d'abord, une formation interprofessionnelle d'environ dix heures est mise en place entre les médecins généralistes délégués et les kinésithérapeutes délégués afin de permettre à ces derniers d'acquérir les compétences nécessaires à la réalisation des actes dérogeant à leur pratique usuelle. L'équipe doit ensuite être déclarée sur une plate-forme nationale. Une fois que le protocole est en place, les professionnels délégués et délégués doivent se réunir de manière trimestrielle pour analyser leurs pratiques et mesurer les indicateurs de suivi du protocole de coopération (taux de réorientation, événements indésirables, délai de prise de rendez-vous, taux de prescriptions, etc.). Ces protocoles de coopération ont pour objectif d'améliorer l'accès et la qualité des soins pour les patients souffrant de ces TMS, de diminuer le recours aux services d'urgence, de libérer du temps médical pour des missions d'expertise complexe et de valoriser la profession de kinésithérapeute par l'extension du champ de pratique de ces derniers. En effet, les actes médicaux transférés au kinésithérapeute ne font pas partie de son cadre usuel d'exercice et constituent ainsi un élargissement de son champ d'intervention.

Discussion

L'objectif de la présente revue était de définir les différentes notions employées pour mentionner les modèles de

partage de compétences et de réattribution des tâches impliquant les kinésithérapeutes pour la prise en charge des TMS en soins primaires, puis de les illustrer en exposant de manière non exhaustive les études qui évaluent chacun de ces modèles.

Synthèse et analyse des définitions retrouvées dans la littérature

Les définitions des modèles de partage de compétences et de réattribution des tâches entre professionnels retrouvées dans la littérature sont proches les unes des autres et se superposent à plusieurs égards. Des divergences sont parfois retrouvées entre les auteurs. Ainsi, une distinction claire entre les modèles n'a pas toujours pu être formulée. Cela s'explique notamment par le fait que les contextes de soin dans lesquels ces notions sont employées diffèrent d'un pays à l'autre, et que les définitions de ces notions varient parfois au sein même du pays dans lequel elles sont employées. Aucun consensus d'autorités nationales ou internationales sur ce sujet n'a été retrouvé dans la littérature étudiée. Cela peut être source de confusion pour le public et les décideurs des politiques de santé.

Malgré le manque de précisions sur les définitions retrouvées dans la littérature, l'analyse des données françaises et internationales présentées dans la première partie de la revue permet de distinguer deux notions clés qui sont la substitution et la supplémentation. Le processus de substitution correspond au remplacement d'un professionnel par un autre, et répond à un objectif d'amélioration de l'accès aux soins et de réduction des coûts [27, 28, 35]. Le processus de supplémentation correspond quant à lui à l'élargissement du champ de compétence d'un professionnel qui vient compléter ou « supplémer » les soins qui pourraient être prodigués par un autre professionnel. Le patient bénéficie alors d'une gamme de soins plus étendue, qui peuvent être réalisés par un seul et même professionnel. Ce processus répond donc à un objectif d'amélioration de la qualité des soins reçus par le patient [27, 28, 35].

En ce qui concerne les notions de « délégation » et de « transfert », la distinction est moins claire dans la littérature. Il semblerait cependant que, dans le cas d'une délégation, la responsabilité reste celle du professionnel qui délègue, tandis que dans le cas d'un transfert, la responsabilité soit transférée au professionnel qui réalise l'acte [30]. En France, la HAS recommande de préférer le terme de « substitution » aux termes « délégation » et « transfert », ces derniers engendrant plus de confusions au sujet de la responsabilité associée [28].

Réflexions et perspectives d'évolution des modèles de coopération entre médecins généralistes et kinésithérapeutes en France

D'après leur définition, les protocoles de coopération doivent permettre de transférer un acte de soin d'un professionnel vers un autre. Si l'on se réfère à la HAS, cela implique également un transfert de la responsabilité associée à l'acte de soins [28]. Dans les faits et en s'appuyant sur l'exemple des protocoles de coopération entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute, les actes de prescriptions autorisés de manière dérogatoire aux kinésithérapeutes (antalgiques, arrêts de travail, imagerie et séances de kinésithérapie), doivent être établis sur des ordonnances types co-signées par le médecin délégant et le kinésithérapeute délégué. La responsabilité engagée n'est alors pas entièrement transférée au kinésithérapeute et revient en partie au médecin délégant. Un récent rapport de l'inspection générale des Affaires sociales (IGAS) souligne en ce sens que la délégation de tâches s'effectue sous la « supervision » du médecin délégant, ce qui semble contradictoire avec la définition même des protocoles de coopération et constitue l'un des freins majeurs à la mise en œuvre des protocoles de coopération sur le terrain [59]. Une des perspectives d'évolution de ces protocoles réside en un véritable transfert de l'acte de soin, et de la responsabilité associée, d'un professionnel vers l'autre. Cela pourrait se traduire en pratique par un acte de prescription autonome réalisée par le kinésithérapeute. Les données récentes de la littérature à ce sujet rapportent que les médecins généralistes et les kinésithérapeutes impliqués dans ces modèles y sont prêts [43, 46]. De plus, le partage de la rémunération de la consultation sous protocole de coopération entre les professionnels en cas de réorientation des patients et les modalités complexes de versement des indemnités aux professionnels de santé semblent être des freins majeurs au déploiement des protocoles de coopération. L'évolution de ces dispositions financières semble nécessaire en vue de permettre l'implantation de ces nouveaux modèles. Le suivi du déploiement des protocoles de coopération nationaux est confié au comité national des coopérations interprofessionnelles. D'après l'article 66 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, il revient à ce comité de proposer l'intégration des actes dérogatoires réalisés dans le cadre des protocoles de coopération dans les compétences réglementaires des professions concernées. Le comité peut proposer des modalités de financement et de rémunération par leur inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale. Cela pourrait être un moyen de pérenniser la reconnaissance et la valorisation des nouvelles compétences mises en œuvre notamment par les

kinésithérapeutes dans le cadre de la prise en charge des patients souffrant de lombalgie aiguë ou d'entorse de cheville par l'intermédiaire des protocoles de coopération.

Les modèles de pratique avancée en kinésithérapie, tels que mis en place à l'international, semblent plutôt relever d'un processus de supplémentation que de substitution. Dans ces modèles, les kinésithérapeutes élargissent leur champ d'intervention en vue d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients. À la lecture des arrêtés décrivant les modalités de mise en œuvre des protocoles, notons qu'il est demandé au kinésithérapeute de se « substituer » au médecin sans qu'il ait l'opportunité de réaliser un examen clinique conduisant à l'élaboration d'un diagnostic kinésithérapique et à la conception d'un projet thérapeutique en kinésithérapie adapté au patient et à sa situation. En pratique, le kinésithérapeute mobilise nécessairement ces compétences au cours de la consultation déléguée, puisqu'elles sont au cœur de la définition même de l'exercice de ses fonctions. Le modèle initialement décrit comme un modèle de « substitution » tend donc à devenir un modèle de « supplémentation », puisqu'il permet l'intégration de compétences nouvelles, qui, lorsqu'elles sont mobilisées, s'associent aux compétences usuelles du professionnel. En vue d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients et en s'appuyant sur les résultats encourageants des modèles de pratique avancée en physiothérapie en soins primaires évalués à l'international, l'une des pistes d'évolution possible des protocoles de coopération serait de les redéfinir comme des modèles de supplémentation permettant aux professionnels de santé non-médecins de mobiliser leurs compétences pleines et entières en les associant à des compétences nouvelles et étendues.

En France, le Code de la santé publique pose depuis 2016 le cadre de la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux. La loi prévoit qu'un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical les domaines d'intervention, conditions et règles d'exercice en pratique avancée. À ce jour, seule la profession d'infirmier a bénéficié de la publication de textes réglementaires permettant un exercice en pratique avancée. En considérant les bénéfices qu'apportent les modèles de pratiques avancées pour la prise en charge des patients souffrant de TMS à l'international, le développement de la pratique avancée en kinésithérapie en France, basée sur un modèle de supplémentation, semble souhaitable. En vue de son déploiement, un second rapport de l'IGAS alerte cependant sur les risques de superpositions et de concurrence entre les différents dispositifs visant à faire évoluer les partages de compétences entre les

professionnels de santé (60). Pour éviter cela, le rapport propose notamment de « mieux différencier la vocation des protocoles de coopération par rapport à celle de la pratique avancée », et de « mettre en œuvre une articulation plus étroite du pilotage de ces deux dispositifs ».

En ce qui concerne la formation des professionnels de santé, et notamment des kinésithérapeutes, le développement et la maîtrise des compétences nécessaires à l'exercice en première intention ont été anticipés lors de la réingénierie de la formation initiale du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, instaurée par le décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015. Cette réforme inscrit la formation dans le processus de Bologne, ouvrant vers une universitarisation en quatre ans, constituée de deux cycles. De par l'augmentation du niveau et du temps de formation, recommandée par la World Physiotherapy, cette réforme légitime une révision de la place du kinésithérapeute dans l'offre de soins française. Les kinésithérapeutes acquièrent notamment des connaissances sémiologiques, et des compétences de diagnostic d'exclusion, indispensables à la prise en charge d'un patient en première intention. L'enseignement et la certification de ces connaissances et compétences doivent également être proposés aux professionnels diplômés avant la réingénierie par le moyen de la formation continue afin de pérenniser ce nouveau positionnement [59]. Une formation universitaire adaptée et approfondie doit néanmoins être proposée pour permettre aux kinésithérapeutes d'acquérir les compétences nécessaires à un exercice dans un rôle étendu impliquant la réalisation de tâches médicales. Cette formation pourrait être concomitante à l'émergence d'un cadre légal et réglementaire pour l'exercice de la pratique avancée en kinésithérapie.

Concernant les lieux d'exercice, ces nouvelles expérimentations peuvent principalement être mises en place au sein des MSP et des CDS. Les territoires ne sont néanmoins pas encore entièrement couverts et de manière homogène par les MSP et CDS, l'exercice isolé reste majoritaire pour les médecins comme pour les kinésithérapeutes. En tenant compte du faible nombre de professionnels exerçant au sein de structures d'exercice coordonné, l'objectif d'amélioration globale de l'accès aux soins pour les patients souffrant de TMS ne pourrait être que partiellement atteint par le déploiement de ces expérimentations au sein des seules structures d'exercice coordonné que sont les MSP et les CDS. La promotion des projets territoriaux et le développement de l'offre hospitalière ouverte sur la ville ont notamment fait naître d'autres organisations telles que les CPTS, qui pourraient être propices au soutien et au déploiement de ces expérimentations si cela est durablement inscrit dans les textes de loi.

Limites et perspectives de la revue

Pour élaborer cette revue narrative, une stratégie de recherche non systématique a été conduite. Des études d'intérêt pourraient ainsi ne pas avoir été identifiées, bien que les auteurs aient interrogé cinq bases de données, consulté la littérature grise et recherché d'autres études d'intérêt dans la liste des références des études sélectionnées. Pour réduire la probabilité de manquer une étude lors de l'étape de sélection, celle-ci a été réalisée par deux auteurs.

Les études sélectionnées présentent une forte hétérogénéité en termes de designs, d'interventions et de contextes de soins. Une synthèse qualitative a pu être réalisée. Cependant, aucun consensus ne peut être formulé sur les définitions des termes employés pour décrire les modèles de partage de tâches entre les professionnels de santé en soins primaires. De plus, l'objectif principal de la revue étant de définir les notions utilisées pour décrire les modèles de partage des tâches, celle-ci ne rapporte que de manière non exhaustive les résultats de quelques études qui ont évalué l'efficacité clinique et la sécurité de ces modèles. La méthodologie employée ne permet pas de tirer de conclusion rigoureuse au sujet de l'efficacité de ces modèles de soins. De même, la description des modèles en termes de contexte de soins, d'outils de communication utilisés, de collaboration interprofessionnelle manque parfois de précision, cela pouvant être dû au manque d'information à ce sujet dans les études rapportées.

Cette revue narrative permet néanmoins de mettre en évidence des perspectives de recherche futures. Ainsi, un consensus national ou international d'experts au sujet des différents modèles de partage des tâches existants et de leurs définitions pourrait être élaboré. Davantage d'études de haute qualité méthodologique sont nécessaires pour évaluer l'efficacité, la sécurité et le bénéfice médico-économique de ces modèles de partage des tâches notamment dans le contexte français. Enfin, le recueil de l'expérience des patients et des professionnels de santé impliqués à travers des études s'intéressant à des échantillons plus larges semble fondamental afin de mieux représenter les différentes opinions sur le sujet.

Conclusion

En conclusion, cette revue a permis de définir les notions employées pour mentionner les modèles de partage de

compétences et de réattribution des tâches impliquant les kinésithérapeutes pour la prise en charge des TMS en soins primaires. Les résultats des études menées à l'international pour évaluer ces nouveaux modèles de soins sont encourageants et soulignent leur intérêt dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins des patients souffrant de TMS.

Afin de répondre à l'engorgement actuel des services de soins primaires en France et d'appréhender son exacerbation future, il semble intéressant de poursuivre les expérimentations de partage de compétences et de réattribution des tâches entre les professionnels de santé. Pour la prise en charge des TMS, les kinésithérapeutes pourraient être impliqués dans de nouveaux modèles de soins impliquant un élargissement de leurs compétences. Actuellement mises en œuvre à travers le dispositif de protocole de coopération, ces innovations organisationnelles gagneraient à être repensées au regard des freins identifiés sur le terrain. Un cadre légal d'exercice de la pratique avancée en kinésithérapie pourrait notamment être élaboré en s'inspirant des recommandations internationales émises à ce sujet.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). Affections ostéo-articulaires et musculaires [Internet]. 2021 Feb 8. [Visité le 31/07/2022]. En ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>.
2. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, *et al*. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-22.
3. Mattiuzzi C, Lippi G, Bovo C. Current epidemiology of low back pain. *J Hosp Manag Health Policy*. 2020;4:15.
4. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, *et al*. Low back pain: a call for action. *Lancet*. 2018;391(10137):2384-8.
5. Maisonneuve M. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : résultats issus de l'étude ECOGEN [Internet] [Thèse de sciences médicales et biologiques]. Grenoble: Université Grenoble-Alpes; 2017. [Visité le 23/03/2022]. En ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01514479>.
6. Société française de médecine générale (SFMG). Lomalgies communes en soins premiers [Internet]. [Visité le 31/07/2022]. En ligne : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1366/fichier_lomalgie_commune_en_soins_premiers_cnamtse1dca.pdf
7. Karine P. Fiche mémo HAS: Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. p. 178.
8. 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*. 2015;15(1):150.
9. Ritzwoller DP, Crouse L, Shetterly S, Rublee D. The association of comorbidities, utilization and costs for patients identified with low back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2006;7(1):72.
10. Pinnington MA, Miller J, Stanley I. Evaluation of prompt access to physiotherapy in the management of low back pain in primary care. *Fam Pract*. 2004;21(4):372-80.
11. Fritz JM, Kim M, Magel JS, Asche CV. Cost-Effectiveness of primary care management with or without early physical therapy for acute low back pain: Economic evaluation of a randomized clinical trial. *Spine*. 2017;42(5):285-90.
12. Fritz JM, Magel JS, McFadden M, Asche C, Thackeray A, Meier W, *et al*. Early physical therapy vs usual care in patients with recent-onset low back pain: A randomized clinical trial. *J Am Med Assoc*. 2015;314(14):1459-67.
13. Bailly F, Trouvin AP, Bercier S, Dadoun S, Deneuille JP, Faguer R, *et al*. Recommandations et arbre décisionnel sur la prise en charge de la lombalgie avec ou sans radiculalgie. *Rev Rhum [Internet]*. 2021 Oct 28 [Visité le 18/05/2022]. En ligne : <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S1169833021008425>.
14. Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil*. 2021;43(12):1637-48.
15. Nunn ML, Hayden JA, Magee K. Current management practices for patients presenting with low back pain to a large emergency department in Canada. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1):92.
16. Blackburn MS, Nall C, Cary B, Cowan SM. Physiotherapy-led triage clinic for low back pain. *Aust Health Rev*. 2009;33(4):663-70.
17. Carey TS, Freburger J. Physical therapy for low back pain: What is it, and when do we offer it to patients? *Ann Fam Med*. 2014;12(2):99-101.
18. Fritz J, Childs J, Wainner R, Flynn T. Primary care referral of patients with low back pain to physical therapy: impact on future health care utilization and costs. *Spine*. 2012;37(25):2214-21.
19. Desmeules F, Roy JS, MacDermid JC, Champagne F, Hinse O, Woodhouse LJ. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;21(13):107.
20. Oakley C, Shacklady C. The Clinical Effectiveness of the Extended-Scope Physiotherapist Role in Musculoskeletal Triage: A Systematic Review. *Musculoskeletal Care*. 2015;13(4):204-21.
21. Ministère de la Santé et de la Prévention. Assurer le premier accès aux soins : Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. 2023 [Visité le 22/06/2023]. En ligne : <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>.
22. Saint-Pierre C, Herskovic V, Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Fam Pract*. 2018;35(2):132-41.
23. Nelson P, Martindale AM, McBride A, Checkland K, Hodgson D. Skill-mix change and the general practice workforce challenge. *Br J Gen Pract*. 2018;68(667):66-67.

24. Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, *et al.* PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. *Syst Rev.* 2021;10(1):39.
25. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73.
26. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, *et al.* Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2007;7(1):10.
27. Niezen MGH, Mathijssen JJP. Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy.* 2014;117(2):151-69.
28. Haute Autorité de santé (HAS). Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? *Droit Déontologie Soin.* 2008;8(3):278-330.
29. Moyal A. L'exercice pluriprofessionnel en MSP: une division du travail sous contrôle médical. *Rev Fr Aff Soc.* 2020;1:103-23. [Visité le 9/03/2022]. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-103.htm>.
30. Buff A. Transferts de compétences entre professionnels de santé : état des connaissances théoriques et exemples d'expérimentations. p. 50.
31. Dubois CA, Singh D. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Hum Resour Health.* 2009;7(1):87.
32. Marks D, Comans T, Bisset L, Scuffham PA. Substitution of doctors with physiotherapists in the management of common musculoskeletal disorders: a systematic review. *Physiotherapy.* 2017;103(4):341-51.
33. Riisgaard H, Nexøe J. Successful task delegation in general practice – a way to maintain primary health care in the future. *Scand J Prim Health Care.* 2017;35(2):111-2.
34. Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, *et al.* Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:214.
35. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 avr 2005;(2):CD001271.
36. Orkin AM, Rao S, Venugopal J, Kithulegoda N, Wegier P, Ritchie SD, *et al.* Conceptual framework for task shifting and task sharing: an international Delphi study. *Hum Resour Health.* 2021;19(1):61.
37. World Health Organization (WHO), PEPFAR, UNAIDS. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. Geneva (Switzerland): WHO; 2007.
38. Kersten P, McPherson K, Lattimer V, George S, Breton A, Ellis B. Physiotherapy extended scope of practice – who is doing what and why? *Physiotherapy.* 2007;93(4):235-42.
39. World Physiotherapy. Énoncé de politique : pratique de la physiothérapie avancée [Internet]. 2019 [Visité le 23/03/2022]. En ligne : <https://world.physio/sites/default/files/2021-05/PS-2019-APTP-French.pdf>.
40. Australian Physiotherapy Association (APA). Position Statement: Scope of practice [Internet]. 2009 [Visité le 05/07/2023]. En ligne : https://australian.physio/sites/default/files/RESOURCES/Advocacy_Position_Scope_of_Practice_2009.pdf
41. Pierce E, Belling R. Advanced practitioner roles: relevance and sustainability in a “liberated” NHS. *FoNS Int Pract Dev J.* 2011;1(2):1-12.
42. Kechichian A, Desmeules F, Girard P, Pinsault N. Acceptability of a task sharing and shifting model between family physicians and physiotherapists in French multidisciplinary primary healthcare centres: a cross-sectional survey. *Fam Med Community Health.* 2022;10(2):001644.
43. Riisgaard H, Le JV, Søndergaard J, Munch M, Ledderer L, Pedersen LB. Associations between degrees of task delegation and adherence to COPD guidelines on spirometry testing in general practice - a national cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):464.
44. Mabry LM, Notestine JP, Moore JH, Bleakley CM, Taylor JB. Safety Events and Privilege Utilization Rates in Advanced Practice Physical Therapy Compared to Traditional Primary Care: An Observational Study. *Mil Med.* 2020;185(1-2):e290-7.
45. 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 J R Coll Gen Pract.* 2019;69(682):e314-20.
46. Noblet T, Marriott J, Hensman-Crook A, O'Shea S, Friel S, Rushton A. Independent prescribing by advanced physiotherapists for patients with low back pain in primary care: A feasibility trial with an embedded qualitative component. *PLoS One.* 2020;15(3):e0229792.
47. 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.* 2018;19(2):121-30.
48. 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 Sep 1;99(9):1150-1166.
49. Harding P, Prescott J, Block L, O'Flynn AM, Burge AT. Patient experience of expanded-scope-of-practice musculoskeletal physiotherapy in the emergency department: a qualitative study. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* 2015;39(3):283-9.
50. Lebec M, Cernohous S, Tenbarge L, Gest C, Severson K, Howard S. Emergency Department Physical Therapist Service: A pilot study examining physician perceptions. *Internet J Allied Health Sci Pract [Internet].* 2010;8(1). En ligne : <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol8/iss1/8>.
51. Berland Y, Gausseron T. Mission démographie des professions de santé [Internet]. 2023 [Visité le 22/06/2023]. En ligne : <http://www.vie-publique.fr/rapport/25827-mission-demographie-des-professions-de-sante>.
52. Berland Y, Gausseron T. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé [Internet]. 2006 [Visité le 22/06/2023]. En ligne : <http://www.vie-publique.fr/rapport/29189-cinq-experimentations-de-cooperation-et-de-delegation-de-taches-entre-pr>.
53. HAS. Protocole de coopération entre professionnels de santé. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2021. [Visité le 05/08/2022]. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante.
54. Ministère de la Santé et de la Prévention. Les protocoles de coopération [Internet]. 2023 [Visité le 22/06/2023]. En ligne : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante>

- medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation.
55. HAS. Coopération entre professionnels de santé : Guide méthodologique. Tome 2 : Élaboration d'un protocole de coopération Article 51 de la loi HPST. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2010.
 56. HAS. Décision no 2019.0089/DC/SA3P du 24 avril 2019 du collège de la Haute Autorité de santé adoptant le document intitulé « Coopération entre professionnels de santé (Art. 51 de la loi HPST) : Bilan 2010-2018 » [Internet]. 2019 Nov 5. [Visité le 22/06/2023]. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116439/fr/decision-n-2019-0089/dc/sa3p-du-24-avril-2019-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-adoptant-le-document-intitule-cooperation-entre-professionnels-de-sante-art-51-de-la-loi-hpst-bilan-2010-2018.
 57. République française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». JORF no 0058 du 8 mars 2020. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697989>.
 58. République française. 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 ». JORF no 0058 du 8 mars 2020. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697945>.
 59. Bruant-Bisson A, Laffon P, Marty M Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie [Rapport]. Paris : Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) ; 2022 Feb. [Visité le 22/06/2023]. En ligne : <https://www.igas.gouv.fr/Experimentation-de-l-acces-direct-aux-actes-de-masso-kinesitherapie.html>.
 60. Bohic N, Josselin A, Sandeau-Gruber AC, Siahmed H, IGAS. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Paris : Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) ; 2021 Nov. [Visité le 22/06/2023]. En ligne : <https://www.igas.gouv.fr/Trajectoires-pour-de-nouveaux-partages-de-competences-entre-professionnels-de.html>.