



EUK Centre
Val de Loire
*École universitaire
de kinésithérapie*



Accès direct à la kinésithérapie : avis des internes en médecine générale.

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du
Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

Rodolphe WAGEMANS
Sous la direction de Alice BELLLOT (MKDE)

Année universitaire 2020-2021

Résumé / Abstract

Résumé :

Introduction. – L'accès direct à la kinésithérapie en pratique courante est largement représenté à l'étranger. En France, l'accès direct est autorisé dans 2 cas : lors d'une urgence et depuis 2020 sous protocoles de coopération. Une extension à l'accès direct en pratique courante semble soutenue par les usagers et les kinésithérapeutes. L'objectif de cette étude est d'explorer l'avis des internes en médecine générale (IMGs) au sujet de l'accès direct à la kinésithérapie.

Méthode. – Une étude descriptive transversale à partir d'un questionnaire a été réalisée. Le questionnaire a été diffusé par l'intermédiaire des réseaux sociaux et des syndicats d'IMGs.

Résultats. – 575 réponses ont été retenues. 77,2 % des répondants se déclarent favorables à l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie. Le premier facteur qui pourrait faciliter l'instauration de l'accès direct selon les IMGs est l'envoi systématisé des bilans au médecin.

Discussion. – Ce travail nous permet d'explorer pour la première fois l'avis de futurs médecins concernant l'accès direct à la kinésithérapie. L'utilisation d'un questionnaire en ligne limite l'extrapolation des résultats. Des études complémentaires restent nécessaires pour explorer pleinement les avis relatifs à l'accès direct à la kinésithérapie en France.

Abstract:

Introduction. – Non-restricted direct access to physiotherapy is widely represented abroad. In France, direct access is possible in 2 cases: in case of an emergency and since 2020 with the use of cooperation protocols. French healthcare system users and physical therapists seem to support non-restricted direct access. The aim of this study is to explore the current opinion of family medicine residents regarding direct access to physiotherapy.

Method. – A cross-sectional descriptive study based on a questionnaire was carried out. The questionnaire was distributed through social networks and student unions.

Results. – 575 responses were included. 77.2% of the respondents were in favor of the introduction of direct access to physiotherapy. According to the family medicine residents, the main factor that could facilitate the implementation of direct access is the systematic sending of assessments to the physician.

Discussion. – This study allows us to explore future physician's opinion concerning direct access to physiotherapy for the first time. The use of an online questionnaire limits the extrapolation of the results. Further studies are still necessary to fully explore opinions regarding direct access to physiotherapy in France.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Alice Belliot, pour ses conseils, les nombreux échanges et les relectures attentives qui m'ont fait avancer tout au long de ce projet.

Je remercie les externes en médecine qui ont répondu au questionnaire avant sa finalisation et sa diffusion.

Je remercie les syndicats d'internes en médecine générale qui ont répondu favorablement à ma demande et m'ont aidé à diffuser mon enquête ainsi que les internes en médecine générale qui ont participé à la diffusion de l'enquête. Sans vous, ce travail n'aurait pas été possible.

Je remercie l'ensemble des répondant-es, votre participation est un réel encouragement pour un futur système de santé décloisonné et ouvert au travail en interprofessionnalité.

~~~~~

Je remercie également l'ensemble de l'équipe de l'EUK-CVL, les intervenant-es extérieur-es et tous les tuteurs et tutrices qui ont stimulé ma curiosité tout au long de ce cursus.

Je souhaite remercier mes ami-es à qui j'ai eu le plaisir d'expliquer à de nombreuses reprises en quoi consistait ce travail. Je remercie particulièrement mes ami-es d'enfance et de lycée qui, avec un regard parfois extérieur au monde de la santé, ont su poser les questions simples aux réponses difficiles.

Je remercie ma famille pour leur soutien et leurs encouragements que ce soit pour les études et en dehors.

Enfin, merci Alice pour tes corrections avisées, mais aussi et surtout pour ton soutien permanent.

Préambule :

Nous aurions souhaité rédiger l'intégralité de ce mémoire de fin d'études dans un langage épïcène afin de participer, à notre échelle, à une représentation égale des hommes et des femmes dans la langue.

Malheureusement, et à notre grand regret, ce choix d'écriture n'était pas compatible avec le standard de lisibilité que nous souhaitions. Les professionnel·les de santé, patient·es, étudiant·es et autres noms seront donc désigné·es par leurs homologues masculins dans la suite du texte.

## Sommaire

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introduction.....                                                                 | 1  |
| 1.1. L'accès aux soins et sa qualité : Ma Santé 2022 .....                           | 1  |
| 1.2. La kinésithérapie dans le parcours de soins .....                               | 1  |
| 1.2.1. Historique de la kinésithérapie : la part de l'influence médicale.....        | 1  |
| 1.2.2. La kinésithérapie dans le parcours de soins aujourd'hui .....                 | 4  |
| 1.2.3. La prescription médicale.....                                                 | 5  |
| 1.3. L'accès direct à la kinésithérapie en France.....                               | 5  |
| 1.3.1. En situation d'urgence .....                                                  | 6  |
| 1.3.2. Les protocoles de coopération .....                                           | 6  |
| 1.4. L'accès direct à la kinésithérapie à l'international.....                       | 7  |
| 1.4.1. Représentativité de l'accès direct à l'international .....                    | 7  |
| 1.4.2. Utilisateurs de l'accès direct à l'international.....                         | 8  |
| 1.4.3. Efficacité de l'accès direct à l'international.....                           | 9  |
| 1.4.4. Sécurité de l'accès direct à l'international .....                            | 10 |
| 1.4.5. Les freins et éléments facilitateurs à l'accès direct à l'international ..... | 10 |
| 1.5. Avis sur l'accès direct à la kinésithérapie en France .....                     | 11 |
| 1.5.1. Avis des masseurs-kinésithérapeutes.....                                      | 11 |
| 1.5.2. Avis des usagers du système de santé.....                                     | 13 |
| 1.5.3. Avis des médecins et des internes en médecine.....                            | 14 |
| 1.6. Les internes en médecine générale.....                                          | 15 |
| 1.6.1. Spécificités générationnelles des internes en médecine générale .....         | 16 |
| 1.6.2. Organisation des études .....                                                 | 16 |
| 1.6.3. Formation relative à la kinésithérapie.....                                   | 18 |

|        |                                                     |    |
|--------|-----------------------------------------------------|----|
| 1.7.   | Problématique.....                                  | 19 |
| 2.     | Méthodologie .....                                  | 20 |
| 2.1.   | Type d'étude.....                                   | 20 |
| 2.2.   | Objectifs de l'étude .....                          | 20 |
| 2.2.1. | Objectif principal .....                            | 20 |
| 2.2.2. | Objectifs secondaires .....                         | 20 |
| 2.3.   | Critères de jugement.....                           | 20 |
| 2.3.1. | Critère de jugement principal.....                  | 20 |
| 2.3.2. | Critères de jugement secondaires.....               | 21 |
| 2.4.   | Participants .....                                  | 21 |
| 2.4.1. | Critère d'inclusion .....                           | 21 |
| 2.4.2. | Critères de non-inclusion .....                     | 21 |
| 2.5.   | Population éligible et taille de l'échantillon..... | 22 |
| 2.6.   | Questionnaire .....                                 | 22 |
| 2.6.1. | Construction du questionnaire .....                 | 22 |
| 2.6.2. | Outil utilisé.....                                  | 23 |
| 2.6.3. | Organisation des parties .....                      | 23 |
| 2.6.4. | Pré-test .....                                      | 23 |
| 2.6.5. | Modalités de diffusion .....                        | 24 |
| 2.7.   | Analyses Statistiques.....                          | 24 |
| 2.7.1. | Analyse des questions fermées .....                 | 24 |
| 2.7.2. | Analyse des questions ouvertes .....                | 24 |
| 3.     | Résultats.....                                      | 25 |
| 3.1.   | Description de l'échantillon .....                  | 25 |
| 3.1.1. | Nombre de répondants .....                          | 25 |

|        |                                                                                          |    |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1.2. | Données socio-démographiques .....                                                       | 25 |
| 3.2.   | Analyse statistique descriptive .....                                                    | 26 |
| 3.2.1. | Métier de masseur-kinésithérapeute .....                                                 | 26 |
| 3.2.2. | Avis relatifs à l'accès direct à la kinésithérapie.....                                  | 27 |
| 3.2.3. | Avis sur l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie.....                       | 30 |
| 3.2.4. | Avis relatifs aux protocoles de coopération.....                                         | 31 |
| 3.3.   | Analyse statistique inférentielle .....                                                  | 31 |
| 3.4.   | Avis sur l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie : analyse thématique ..... | 32 |
| 4.     | Discussion.....                                                                          | 34 |
| 4.1.   | Analyse de l'échantillon.....                                                            | 34 |
| 4.2.   | Interprétation des résultats et comparaison avec la littérature .....                    | 34 |
| 4.2.1. | Avis sur l'instauration de l'accès direct.....                                           | 34 |
| 4.2.2. | Compétences des masseurs-kinésithérapeutes .....                                         | 35 |
| 4.2.3. | Avantages et inconvénients.....                                                          | 35 |
| 4.2.4. | Freins et éléments facilitateurs.....                                                    | 36 |
| 4.2.5. | Les protocoles de coopération .....                                                      | 38 |
| 4.3.   | Forces de l'étude .....                                                                  | 38 |
| 4.4.   | Limites de l'étude.....                                                                  | 39 |
| 4.5.   | Perspectives futures.....                                                                | 40 |
| 5.     | Conclusion .....                                                                         | 41 |
| 6.     | Bibliographie .....                                                                      | 42 |
| 7.     | Annexe .....                                                                             | 57 |

## Table des tableaux

|                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des internes en médecine générale .....                                       | 25 |
| Tableau 2 : Caractéristiques concernant le métier de masseur-kinésithérapeute.....                                              | 26 |
| Tableau 3 : Avis sur l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie .....                                                 | 30 |
| Tableau 4 : Résumé des facteurs en lien avec une réponse favorable à l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie ..... | 31 |

## Table des figures

|                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 : Flowchart.....                                                                                                        | 25 |
| Figure 2 : Compétences des masseurs-kinésithérapeutes selon les internes en médecine générale .....                              | 27 |
| Figure 3 : Avantages de l'accès direct à la kinésithérapie selon les internes en médecine générale .....                         | 28 |
| Figure 4 : Inconvénients de l'accès direct à la kinésithérapie selon les internes en médecine générale .....                     | 28 |
| Figure 5 : Facteurs pouvant freiner l'instauration de l'accès direct (en France) selon les internes en médecine générale.....    | 29 |
| Figure 6 : Facteurs pouvant faciliter l'instauration de l'accès direct (en France) selon les internes en médecine générale ..... | 30 |
| Figure 7 : Avis relatifs aux protocoles de coopération .....                                                                     | 31 |



## Sigles et acronymes

CSK : Conseil supérieur de la kinésithérapie

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DE : Diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute

IMG(s) : Interne(s) en médecine générale

MG(s) : Médecin(s) généraliste(s)

MK(s) : Masseur(s)-Kinésithérapeute(s)

MSP(s) : Maison(s) de santé pluriprofessionnelle(s)

TMS : Troubles musculo-squelettiques

WP : World Physiotherapy

## 1. Introduction

### 1.1. L'accès aux soins et sa qualité : Ma Santé 2022

Dès 2017, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn précise, dans son rapport sur l'accès territorial aux soins, que le problème de l'accès au soin est un défi majeur (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). En effet, la disponibilité des soignants pose un grand problème avec le vieillissement de la population et la prévalence des maladies chroniques.

En septembre 2018, c'est le Président de la République française accompagné de la Ministre de la Santé qui évoque la future stratégie nationale avec « Ma Santé 2022 » : l'accès au soin est défini comme objectif prioritaire au même titre que sa qualité (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018).

Ce plan s'accompagne de propositions permettant de favoriser la collaboration interprofessionnelle à travers des structures comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il évoque aussi une aide à la délégation de tâches et il est aussi précisé que les procédures d'élaboration et d'autorisation des protocoles de coopération vont être améliorées pour devenir plus fluides.

C'est chose faite pour les kinésithérapeutes le 2 mars 2020 avec les premiers protocoles de coopération qui permettent un accès direct sous conditions pour la prise en charge du traumatisme par torsion de la cheville et la prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines (Arrêtés du 6 mars 2020 (J.O. 8 mars 2020)).

C'est un premier pas en avant, mais la kinésithérapie dans le parcours de soins n'en reste pas moins dépendante du médecin comme nous allons le voir.

### 1.2. La kinésithérapie dans le parcours de soins

#### 1.2.1. Historique de la kinésithérapie : la part de l'influence médicale

##### 1.2.1.1. Des débuts sous emprise médicale

Au départ, la kinésithérapie est un mixte entre le massage et la gymnastique qui reste très empirique. Mais déjà au XIXème siècle, le corps médical s'oppose à certaines pratiques réalisées sans diplôme (Remondière, 2008).

S'en suit alors une médicalisation des pratiques avec une certaine appropriation des savoirs par le corps médical (Macron, 2015; Monet, 2011; Remondière, 2008).

À la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, une technicisation de la kinésithérapie se met en place. Le médecin délègue alors les pratiques à d'autres professionnels : les masseurs et les professeurs de gymnastique (Macron, 2015; Remondière, 2008). La kinésithérapie va progressivement être mise de côté par le corps médical, bien qu'il garde un contrôle des savoirs, de la pratique et de la formation (Remondière, 2008), et ce, notamment grâce à la loi sur l'exercice médical de 1892 qui judiciarise l'exercice illégal de la médecine (Monet, 2011).

#### 1.2.1.2. Institutionnalisation et création du métier de masseur-kinésithérapeute

Après la Seconde Guerre Mondiale, c'est le début d'une institutionnalisation des métiers de la rééducation et de la réadaptation. Le diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute (DE) est créé en 1946 par la fusion du diplôme de masseur médical et celui de professeur de gymnastique médicale (Loi n° 46.857 du 30 avril 1946, Titre Ier, articles 1 à 9 : Masseurs-Kinésithérapeutes, 1946).

Après des pouvoirs publics, c'est le conseil supérieur de la kinésithérapie (CSK) qui représente alors la profession, conseil constitué pour majorité de docteurs en médecine (Macron, 2015; Monet, 2011).

La dépendance à la prescription médicale pour tous les actes à visée thérapeutique est renforcée (Monet, 2011). La prescription médicale est alors descriptive, qualitative et quantitative. Le geste manuel est sous contrôle médical : le kinésithérapeute devient un technicien et sa formation correspond à leurs attentes (Remondière, 2008).

#### 1.2.1.3. Une diminution de l'emprise médicale à partir de 1969

La création d'un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur en 1967 et la 3<sup>ème</sup> année d'études devenue nécessaire à l'obtention du DE en 1969 signent une évolution de la profession (Monet, 2011). L'emprise médicale apparaît plus discrète, l'évolution de la kinésithérapie va davantage être conditionnée par des choix politiques et sociétaux (Macron, 2015).

L'évolution est en lien avec une harmonisation de la réglementation de l'ensemble des professions paramédicales. On peut par exemple noter que le CSK sera remplacé par le conseil supérieur des professions paramédicales (CSPP) en 1973 (Macron, 2015; Monet, 2011).

L'opposition des pouvoirs publics et la division des organisations professionnelles vont aussi influencer la profession et ralentir l'évolution pour la création d'un ordre des masseurs-kinésithérapeutes. L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes verra finalement le jour en 2004 suivi de la mise en place d'un code de déontologie de la profession en 2008 (Monet, 2011).

Dans le même temps, on voit apparaître un accroissement des responsabilités notamment à partir de l'année 2000 et la création du bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) (Remondière & Durafourg, 2014, 2018).

#### 1.2.1.4. La réforme de 2015, un nouveau diplôme vers une nouvelle définition du métier de masseur-kinésithérapeute

L'arrêté du 2 septembre 2015 (J.O. 4 septembre 2015) va ajouter une quatrième année de formation dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie et généraliser les conditions d'entrée par une année universitaire. La réforme a également permis d'engager une refonte complète de la maquette de formation et de la formation en elle-même qui se veut maintenant réflexive, « *à et par la recherche multi-référentielle* » (Gatto et al., 2016).

Cet arrêté ajoute le terme « *autonome* » et « *responsable* » à celui de réflexif lorsqu'il parle du futur professionnel de santé :

*« L'étudiant est ainsi amené à devenir un professionnel de santé autonome, responsable et réflexif c'est-à-dire un praticien capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions en mesurant les limites de ses compétences et de son rôle et de mener les interventions appropriées seul ou en équipe. »*

Cette citation montre déjà les nouveaux enjeux de la profession avec une mise en avant de l'autonomie. Cette autonomie reste cependant limitée comme nous allons le voir, et ce, malgré une redéfinition de la profession en janvier 2016 (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).

### 1.2.2. La kinésithérapie dans le parcours de soins aujourd'hui

Les compétences des masseurs-kinésithérapeutes (MKs), redéfinies en 2016, s'articulent autour de la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement « *des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne* » et « *des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles* » (Code de la santé publique Article L4321-1).

Aussi, les MKs sont autorisés à prescrire des dispositifs médicaux avec une première liste en 2006 (Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire (J.O. 13 janvier 2006)). Le dernier ajout est le droit de prescription de substituts nicotiques (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).

Les MKs français peuvent pratiquer dans différents lieux d'exercice : on retrouve principalement les hôpitaux, les centres de rééducation et à la grande majorité les cabinets libéraux. 85,3 % des MKs exercent en exercice mixte ou en libéral exclusif (CNOMK, 2021). On distingue 3 champs de pratique : neuro-musculaire, musculo-squelettique et cardio-vasculaire ; le champ musculo-squelettique étant le plus représenté en pratique libérale (Panchout et al., 2017).

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent un enjeu majeur dans leur prise en charge. La prise en charge en kinésithérapie est un élément essentiel dans la première ligne de traitement pour beaucoup de ces TMS conformément aux nombreuses recommandations de bonnes pratiques. Les TMS sont la première cause de douleur chronique et d'incapacité physique affectant plusieurs centaines de millions de personnes ; ils représentent des coûts directs et indirects majeurs pour les systèmes de santé (James et al., 2018; Woolf & Pfleger, 2003). Ces TMS pourraient augmenter le risque de maladies chroniques (Williams et al., 2018) et ils contribuent à la sur prescription d'opioïdes (Feldman et al., 2020; Moshfegh et al., 2019). De plus, les risques de chronicisation sont importants et doivent de ce fait être limités par une prise en charge adaptée et rapide. En France, les TMS sont d'abord pris en charge par les médecins généralistes ou dans les services d'urgences qui prescriront éventuellement de la kinésithérapie.

### 1.2.3. La prescription médicale

L'accès à la kinésithérapie reste donc sous la dépendance de la prescription médicale (Code de la santé publique Article R4321-2). Mais celle-ci n'est plus qualitative ni quantitative comme c'était le cas au départ (Arrêté du 22 février 2000 (J.O. 3 mars 2000)).

Ainsi, la prescription est nécessaire dans le parcours de soins du patient lorsqu'il doit accéder aux soins de kinésithérapie. Les principaux prescripteurs de kinésithérapie sont les médecins généralistes (MGs) (75,4 % en 2007) et ce malgré une méconnaissance avouée de la masso-kinésithérapie (Observatoire National de la Démographie des Professions en Santé, 2009). Lors d'une enquête réalisée auprès de MGs, 40 MGs sur les 112 interrogés n'étaient « pas du tout satisfaits » de leurs connaissances en matière de kinésithérapie (Dellandréa, 2013) ou encore 15 MGs sur 79 sur l'île de la Réunion affirmaient ne pas avoir de connaissances dans le domaine (Debarge, 2013). Tambour Modaine a, elle aussi, fait émerger par des entretiens qualitatifs auprès de 11 MGs une méconnaissance des missions du MK (Tambour Modaine, 2015).

On remarque aussi que le contenu de la prescription, bien qu'il soit défini par la loi, reste très hétérogène : certains médecins continuent à décrire les techniques à utiliser ou encore la fréquence et le nombre de séances (Debarge, 2013; Dellandréa, 2013; Tambour Modaine, 2015; Vigreux, 2016). Quant au diagnostic précis, il est loin d'être systématique (Debarge, 2013; Vigreux, 2016) ce qui implique une coopération indispensable entre les MKs et les médecins.

Cette dépendance à la prescription médicale s'arrête dès que l'on parle d'accès direct à la kinésithérapie.

### 1.3. L'accès direct à la kinésithérapie en France

L'accès direct désigne « *par et pour le malade, la procédure qui consiste à consulter spontanément le kinésithérapeute sans passer par le médecin* » (Remondière & Durafourg, 2014). La World Physiotherapy (WP) citée par Demont et al. va même plus loin en redéfinissant l'accès direct 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* » (2020).

En France, l'accès direct à la kinésithérapie est autorisé, à ce jour, dans 2 cas.

### 1.3.1. En situation d'urgence

L'accès direct à la kinésithérapie est autorisé par l'article L4321-1 depuis le 26 janvier 2016 sous certaines conditions : « *En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention* » (Code de la santé publique Article L4321-1). On parle ici de « *premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie* » et non plus d'« *accomplir les gestes de secours* » comme c'était le cas auparavant (Jean, 2019).

Mais la définition de l'urgence dans le cadre de la kinésithérapie reste ambiguë (Carbonaro & Latruffe, 2017; Mangematin, 2019; Monnoyer, 2019; Rocton, 2019). L'interprétation de la loi est ici fondamentale : l'urgence renvoie à l'idée de « *préjudice dans le retard* » (Jean & Rocton, 2017). Aussi Carbonaro & Latruffe (2017) précisent que la loi ne parle pas de rééducation mais d'actes de soins de kinésithérapie. Les limites sont floues et la responsabilité des MKs pourrait être engagée avec des poursuites pénales (Carbonaro & Latruffe, 2017; Cazalbou, 2019; Rocton, 2019).

### 1.3.2. Les protocoles de coopération

Dès septembre 2019, Agnès Buzyn évoquait la possibilité d'un accès direct pour les patients atteints d'entorse de cheville ou de lombalgie sous protocole de coopération d'ici fin 2019<sup>1</sup>. Cette proposition était en accord avec le rapport « Assurer le premier accès aux soins » remis en mai 2018 par le député Thomas Mesnier (Mesnier, 2018).

Créé par la loi hôpital patient santé territoire (HPST) et son article 51, le protocole de coopération a une définition réglementaire très stricte avec des exigences de qualité et de sécurité permettant son autorisation (Code de la santé publique Article L4321-1, s. d.; Décret n° 2019-1482 du 27 décembre 2019 (J.O. 29 décembre 2019)).

Comme décrit précédemment, les arrêtés du 6 mars 2020 (J.O. 8 mars 2020) permettent la mise en place de protocoles de coopération pour respectivement la prise en charge du

---

<sup>1</sup> <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/09/flash-actu-09-2019-acces-direct.pdf> (consulté le 17/02/2021)

traumatisme par torsion de la cheville et la prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

Déjà, nous pouvons évoquer le cadrage du protocole dès son intitulé avec la notion de « *structures pluri-professionnelles* ». La structure doit rentrer dans le cadre de l'arrêté : soit physiquement, c'est-à-dire être dans le respect des exigences de proximité comme une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) monosite ou multisite, soit par l'intermédiaire d'une association territoriale qui rassemble ces professionnels comme une CPTS qui devient alors porteuse de l'expérimentation.

On peut y ajouter de nombreuses conditions spécifiques telles que : une formation de 10 heures, des délégués et des délégants précisés lors du protocole, des critères d'inclusion stricts et l'utilisation d'un arbre décisionnel par exemple.

Les conditions complètes relatives à la mise en place de ces protocoles sont explicitées en annexe des arrêtés du 6 mars 2020.

Ces deux protocoles permettent la mise en place d'autres actes dérogatoires au-delà de l'accès direct à la kinésithérapie tels que la prescription d'une radiographie de cheville, d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), de paracétamol, de kinésithérapie et la prescription d'un arrêt de travail.

Au-delà de ces protocoles s'appuyant sur un arrêté existant, des expérimentations dans les services d'urgences pourraient être mis en place. Bien que les urgences soient des structures pluriprofessionnelles, il n'existe en France aucune expérimentation dans un tel lieu à ce jour.

#### 1.4. L'accès direct à la kinésithérapie à l'international

Confiné au cadre de l'urgence et aux protocoles de coopération en France comme nous l'avons vu, l'accès direct en pratique courante est largement répandu en Europe et dans le monde.

##### 1.4.1. Représentativité de l'accès direct à l'international

L'accès direct a d'abord été implanté en Australie en 1976 puis s'est largement développé principalement dans les pays anglo-saxons (Boyce, 2005; Kruger, 2010).



Entre 2010 et 2011, 58 % des pays répondant à une enquête de la WP affirment que l'accès direct est possible dans leur pays (T. Bury & Stokes, 2012). Ils sont 54 % (48 pays) à l'affirmer dans la dernière enquête de 2018<sup>2</sup>. Il y a une large disparité dans sa mise en place avec différents types de pratique (privée, publique) et un remboursement des soins qui varie (T. Bury & Stokes, 2012).

Au niveau européen, l'accès direct est possible dans 52 % des pays. La législation est présente dans 96 % des pays répondants (T. J. Bury & Stokes, 2013). Mais comme à l'international, on retrouve une différence entre le secteur privé et public.

#### 1.4.2. Utilisateurs de l'accès direct à l'international

Les malades qui utilisent l'accès direct sont en général plus jeunes comparativement aux patients qui consultent les MKs après un avis médical (Holdsworth & Webster, 2004; Lankhorst et al., 2017; Leemrijse et al., 2008; Pendergast et al., 2012).

Certaines études avancent un niveau d'éducation plus élevé chez les utilisateurs de l'accès direct (Lankhorst et al., 2017; Leemrijse et al., 2008; Scheele et al., 2014).

Aussi, les patients ayant déjà consulté un MK ont plus tendance à se tourner vers l'accès direct (Leemrijse et al., 2008; Scheele et al., 2014).

Enfin, ce sont principalement des personnes atteintes de pathologies musculo-squelettiques (Holdsworth et al., 2006; Pendergast et al., 2012; Swinkels et al., 2014). La prépondérance de la localisation rachidienne (cervicalgie, lombalgie) est aussi rapportée (Holdsworth et al., 2006; Leemrijse et al., 2008). La prévalence du champ musculo-squelettique s'explique par la prévalence de ces pathologies dans les prises en charge libérales (Panchout et al., 2017) et aussi par l'expertise des MKs dans ce champ de pratique où la kinésithérapie est souvent le traitement de première ligne. Il paraît cependant compliqué de classer les pathologies des patients dans un champ en l'absence d'un bilan clinique ; dans ce sens, la restriction de l'accès direct à un champ de pratique paraît difficilement applicable.

---

<sup>2</sup> <https://world.physio/news/surveys-reveal-global-state-of-the-physical-therapy-profession> (consulté le 17/02/2021)

### 1.4.3. Efficacité de l'accès direct à l'international

Plusieurs revues systématiques ont été rédigées au sujet de l'efficacité de l'accès direct (Babatunde et al., 2020; Demont et al., 2019; Ojha et al., 2014; Piscitelli et al., 2018) ainsi que deux revues de littérature (Demont et al., 2020; Piano et al., 2017). La plus récente (2020) incluait également les modèles d'accès direct en service d'urgences.

Différents grades de preuves sont évoqués dans la revue systématique de Demont et al. (2019), se basant sur la classification des recommandations de l'Oxford CEBM (Centre of Evidence-Based Medicine). Les grades de recommandation vont de A (le plus élevé) à D. Les grades sont dépendants du nombre d'études et de leurs qualités méthodologiques.

La satisfaction du patient semble être plus importante avec une prise en charge par accès direct comparé à un patient référé par un médecin (grade B) (Demont et al., 2019), il y a notamment une plus grande satisfaction en terme d'informations reçues (Ludvigsson & Enthoven, 2012).

Il n'y pas de preuves en faveur d'une diminution des douleurs, mais la fonction semble s'améliorer davantage avec l'accès direct (grade C) (Demont et al., 2019) avec par exemple des arrêts de travail moins nombreux (Holdsworth et al., 2006) et une durée des symptômes moins longue (Lankhorst et al., 2017).

Le délai de prise en charge, autrement dit, le temps d'attente avant d'avoir accès à une rééducation, semble diminué par l'accès direct (grade B) (Demont et al., 2019). De nombreuses études ont montré les avantages d'une prise en charge précoce notamment dans les pathologies musculo-squelettiques que ce soit des blessures au niveau des membres (Mohtadi, 2005; Nash et al., 2004) ou encore des lombalgies (Arnold et al., 2019; Ojha et al., 2016).

Il y a une diminution des prescriptions médicamenteuses (AINS et antalgiques) (grade B) ainsi qu'une diminution de la prescription d'imagerie (grade C). La compliance, quant à elle, se voit améliorée (grade B), les patients ont davantage tendance à finir leur traitement. Le nombre de visites chez le médecin après et pendant la prise en charge est lui aussi diminué (grade B) (Demont et al., 2019).

Enfin, il y a une diminution des coûts rapportée par 4 études (grade B) (Demont et al., 2019). Comme le rappellent Piscitelli et al. ainsi que Babatunde et al., l'ensemble des paramètres évoqués ci-dessus a un effet positif sur les coûts (Babatunde et al., 2020; Piscitelli et al., 2018).

Il est cependant intéressant de noter que l'impact d'un tel modèle sur le nombre de consultations médicales de patients atteints de troubles musculo-squelettiques n'a été que peu évalué. Dans la dernière étude en date réalisée sur une durée de 6 ans, aucune différence n'a été mise en évidence (Bishop et al., 2020).

#### 1.4.4. Sécurité de l'accès direct à l'international

Il y a peu d'études qui traitent exclusivement de la sécurité de l'accès direct. Pour autant, de nombreuses études n'ont reporté aucun événement indésirable pour un total de 64 351 patients (grade C) (Demont et al., 2019).

Une étude s'est intéressée aux patients ayant consulté un médecin pendant ou après la rééducation : aucun n'avait de pathologie grave (Ludvigsson & Enthoven, 2012). De plus, tous les patients se trouvant avoir une pathologie grave sous-jacente ont été identifiés puis réorientés par les MKs.

Finalement, une série de cas publiée en 2012 nous rappelle le rôle joué par les MKs dans la réorientation des patients même chez ceux ayant déjà consulté un médecin. En effet, dans cette série de cas, 74,4 % des patients réorientés par un kinésithérapeute avaient auparavant été vus par un médecin (Boissonnault & Ross, 2012).

#### 1.4.5. Les freins et éléments facilitateurs à l'accès direct à l'international

On distingue 2 types de frein : culturel, par la relation de la profession avec le corps médical, et structurel, souvent associé aux moyens de remboursement des soins (Kruger, 2010).

Le remboursement des séances reste un frein majeur à l'utilisation de l'accès direct que ce dernier soit légal (T. Bury & Stokes, 2012; Crout et al., 1998; Kruger, 2010; McCallum & DiAngelis, 2012) ou lorsqu'il ne l'est pas (T. J. Bury & Stokes, 2013).

La barrière culturelle est largement évoquée lorsqu'on interroge les kinésithérapeutes, elle va parfois plus loin que l'unique relation avec le corps médical. Elle intègre aussi les avis

politiques, la législation et le manque d'autonomie (T. J. Bury & Stokes, 2013), voire le regard de la population sur la profession comme c'est le cas en Grèce (Chanou & Sellars, 2009).

Enfin, la nécessité d'une formation qui prépare à la prise en charge en première intention peut être une barrière dans les pays où la formation initiale n'intègre pas ces compétences (T. Bury & Stokes, 2012).

Les éléments facilitateurs sont parfois parallèles aux freins : le soutien médical, le support des politiques, la législation, l'autonomisation de la profession. Mais d'autres éléments sont rapportés : le soutien des usagers du système de santé, des évidences qui supporteraient son efficacité dans le pays, l'appui d'une organisation professionnelle de kinésithérapie, des compétences spécifiques, un niveau de formation minimal, les considérations économiques, le modèle de remboursement et le temps d'attente pour accéder aux soins (T. J. Bury & Stokes, 2013; T. Bury & Stokes, 2012).

#### 1.5. Avis sur l'accès direct à la kinésithérapie en France

Les freins et éléments facilitateurs évoqués à l'international supportent la nécessité de connaître l'avis des décideurs (gouvernement, politiques, etc.), des financeurs (sécurité sociale, organismes complémentaires, etc.), des professionnels de santé et des patients.

Les avis des MKs et des usagers du système de santé ont été explorés par des études récentes. L'avis des médecins généralistes repose, à ce jour, sur un mémoire de fin d'études et sur les communiqués de syndicats ou d'organismes professionnels.

##### 1.5.1. Avis des masseurs-kinésithérapeutes

Les MKs sont en faveur du modèle de l'accès direct : 87,17 % le considèrent comme un modèle pertinent (Quentin & Rall, 2019). Ces chiffres se rapprochent des avis des MKs dans des pays frontaliers à la législation similaire : 86 % en Suisse (Scheermesser et al., 2012) et 75,7 % en Allemagne (Beyerlein et al., 2011).

La majorité des MKs (92,03 %) se sentent prêts à recevoir des patients en accès direct (Quentin & Rall, 2019), 76 % dans le cas de patients lombalgiques (Vervaeke, 2019). Sur 119 questionnaires envoyés à des MKs, 94,1 % des répondants se sentent prêt à se former afin d'intégrer l'accès direct à leur pratique professionnelle (Mangot, 2019).

Les freins évoqués sont principalement économiques (Lemersre, 2019; Mangot, 2019; Novena et al., 2019).

Lemersre a interrogé plusieurs kinésithérapeutes experts sur le sujet de l'accès direct à la kinésithérapie dans son étude préliminaire : trois avaient réalisé des travaux de recherche sur le sujet, un était directeur d'un institut de formation en masso-kinésithérapie, un dernier était représentant du conseil national de l'ordre des MKs (Lemersre, 2019). Quatre experts évoquent le corps médical, qu'ils distinguent des médecins dits « de terrain », comme un frein à l'implantation de l'accès direct. L'ensemble des experts cite aussi l'absence de volonté des pouvoirs publics, de même que la division des syndicats de kinésithérapie. Ils parlent aussi de la nécessité d'expérimentation en France pour produire des données scientifiques indispensables à une nouvelle législation en faveur de l'accès direct. Cela correspond aux freins évoqués à l'étranger comme nous l'avons vu précédemment.

Pour les MKs ne considérant pas la pertinence de l'accès direct, les freins évoqués sont une trop grande responsabilité, un manque de formation, l'inadéquation avec la pratique quotidienne et enfin l'absence de difficulté à l'accès au soin dans le territoire concerné (Lemersre, 2019).

Les compétences nécessaires à l'accès direct rapportées par les MKs sont le diagnostic différentiel et le diagnostic d'exclusion, la capacité de triage, de traitement et de conseil (Novena et al., 2019). Les experts interrogés, eux, évoquent les compétences de raisonnement clinique, d'une prise en charge globale du patient ainsi que les compétences pluriprofessionnelles (Lemersre, 2019).

Or, comme le rappellent certains experts, le référentiel de formation avant la réforme de 2015 ne préparait pas à ces compétences et de ce fait à l'accès direct (Lemersre, 2019). C'est ce que confirme en partie Vallet à l'issue de 9 entretiens où il conclut que les compétences interprofessionnelles semblent insuffisantes chez les MKs interrogés (Vallet, 2019). De la même manière, la capacité de triage des MKs est « *encore parfois insuffisante* » dans le cadre d'une prise en charge des patients atteints de lombalgie (Vervaeke, 2019).

Enfin, l'accès au soin représenterait un élément facilitateur à l'implantation de l'accès direct compte tenu du maillage territorial des kinésithérapeutes de même que l'implication des médecins dits « de terrain » (Lemersre, 2019).

Au niveau du conseil national de l'ordre des MKs, l'accès direct est largement soutenu, dès 2017 avec le colloque « Osons l'accès direct »<sup>3</sup> ou plus récemment avec l'article<sup>4</sup> du Figaro rédigé par Pascale Mathieu, présidente de l'ordre des MKs. Les 2 principaux syndicats : la fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)<sup>5</sup> et le syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes (SNMKR)<sup>6</sup> soutiennent eux aussi l'accès direct de même que le collège de masso-kinésithérapie (CMK) qui titre dans un communiqué « *Accès direct : une étape de franchise* »<sup>7</sup> en 2019 à la suite des annonces d'Agnès Buzyn.

#### 1.5.2. Avis des usagers du système de santé

Sur un échantillon de 1122 personnes, 90,2 % ont répondu favorablement à l'instauration de l'accès direct et 92 % l'utiliseraient si cela était possible. Parmi ces 92 %, 26,2 % l'utiliseraient même s'il n'étaient pas remboursés (Hery-Goisnard et al., 2019).

Les avantages de l'accès direct cités par les répondants sont le gain de temps, les économies potentielles pour le système de santé, ainsi que la possibilité de libérer du temps médical. Au niveau des inconvénients, on retrouve le plus souvent cité l'erreur diagnostique et le risque d'augmentation du nombre de patients (Hery-Goisnard et al., 2019).

Les répondants estiment que les MKs sont capables d'identifier des troubles du domaine musculo-squelettique, d'établir un plan de traitement, et ce, sans prescription médicale, et d'identifier si le motif de consultation relève d'une prise en charge kinésithérapique. Ils sont légèrement moins nombreux à avoir accordé un oui à l'item de repérage de problème grave (Hery-Goisnard et al., 2019).

---

<sup>3</sup> <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/colloque-du-conseil-national-le-21-septembre/> (consulté le 17/02/2021)

<sup>4</sup> <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/05/-le-figaro-06-05-2019.pdf> (consulté le 17/02/2021)

<sup>5</sup> [https://www.ffmkr.org/\\_upload/ressources/communiqués\\_de\\_presse/urgences\\_accès\\_direct.pdf](https://www.ffmkr.org/_upload/ressources/communiqués_de_presse/urgences_accès_direct.pdf) (consulté le 17/02/2021)

<sup>6</sup> <https://www.snmkr.fr/accès-direct-CMK> (consulté le 17/02/2021)

<sup>7</sup> <http://www.college-mk.org/accès-direct-etape-de-franchise/> (consulté le 17/02/2021)

Enfin, il est aussi intéressant de noter qu'il y a une grande méconnaissance de la réglementation en vigueur de la part des répondants (Hery-Goisnard et al., 2019).

### 1.5.3. Avis des médecins et des internes en médecine

L'avis des médecins concernant l'accès direct a été exploré dans un mémoire qui a recueilli 151 réponses (Fraboulet, 2020). Parmi ces 151 répondants, 25 % étaient des internes en médecine générale (IMGs) et 62 % exerçaient la médecine générale depuis moins de 10 ans. Bien que cette population ne soit pas représentative, les avis recueillis restent intéressants. Pour recontextualiser, cette étude a été réalisée avant les arrêtés relatifs aux protocoles de coopération. Pour autant, 40,7 % pensaient l'accès direct possible en France, et parmi ces 40,7 %, 34,4 % affirmaient que c'était possible pour toutes les pathologies.

L'avis sur l'accès direct est ambigu. 50,3 % pensent que le MK est compétent pour prendre en charge en accès direct les entorses de chevilles et ils sont 46,4 % à le penser dans le cadre des pathologies du sportif. Mais dans le même temps, ils sont nombreux à mettre en avant le manque de connaissances des MKs concernant les diagnostics différentiels (58,4 % sur 111 répondants) ou à penser que la démarche diagnostique médicale initiale est nécessaire (27 % sur 111 répondants). Ils y voient tout de même des avantages : le gain de temps dans le parcours de soins (63,6 %), la réduction de la surcharge de travail des cabinets médicaux (41,7 %), la diminution du nombre d'exams complémentaires et de prescriptions de médicaments anti-douleurs (40,4 %) mais aussi des inconvénients : l'erreur de diagnostic des MKs (77,5 %), la saturation des cabinets (60,9 %), le coût associé aux consultations excessives des patients (45,7 %). Les médecins interrogés ont aussi mis en avant 3 conditions à la mise en place de l'accès direct : la limiter à certains champs de pratique (72,8 %), permettre au médecin de suivre l'évolution du patient grâce à des bilans (66,2 %), et avoir suivi une formation en diagnostic différentiel (59,6 %). Finalement, 4,6 % pensent qu'aucune condition ne serait nécessaire à l'accès direct, là où 2 % pensent que l'accès direct ne peut pas être autorisé.

En dehors de ce mémoire réalisé sur 151 répondants, il n'existe pas, à notre connaissance, d'études traitant ce sujet. Nous avons donc fait le choix de compléter ces avis en consultant les syndicats représentatifs de la profession ; même-si comme le rappelle Lemersre, il faut distinguer « *médecin de terrain* » et « *corps médical* » (Lemersre, 2019). Les syndicats

représentant les médecins généralistes sont largement opposés à l'accès direct même au sein des protocoles de coopération ; que ce soit le syndicat des médecins libéraux (SML)<sup>8</sup>, la fédération française des médecins généralistes (MG France)<sup>9</sup> ou la fédération des médecins France (FMF)<sup>10</sup>. Cette opposition va même au-delà des syndicats avec par exemple la conférence nationale des unions régionales des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux qui s'inquiète des protocoles de coopération « *car la difficulté du diagnostic est d'éliminer l'ensemble des diagnostics différentiels pour lesquels les professionnels non-médecins n'ont pas été formés* »<sup>11</sup>.

L'avis des syndicats des internes en médecine est au contraire en soutien des évolutions en faveur d'une interprofessionnalité. L'inter-syndical des internes en médecine (ISNI) écrit : « *Il faut sortir des dogmes et réfléchir en interprofessionnel* »<sup>12</sup>, l'intersyndical nationale autonome représentative des internes de médecine générale (INSAR-IMG) voit dans les nouvelles coopérations un moyen de répondre aux soins non-programmés<sup>13</sup>. Un dossier intitulé « Accès aux soins » paru en 2019 regroupant les principales associations étudiantes en médecine émettait la volonté de « *refondre le rôle de chacun pour une pratique interprofessionnelle afin de renforcer la collaboration entre personnel médical et paramédical* »<sup>14</sup>.

#### 1.6. Les internes en médecine générale

Les MKs et des usagers du système de santé soutiennent l'instauration de l'accès direct. L'avis des médecins est assez ambigu ; le corps médical est en franche opposition, mais les IMGs qui représentent une nouvelle génération pourraient avoir un avis propre qui diffère de celui de leurs futurs confrères.

---

<sup>8</sup>[http://www.lesml.org/files/standard/public/p3\\_46e166854bf228ca3883156983e91cf5SML\\_-\\_NOTE\\_DE\\_PRESSE\\_22.01.2020.pdf](http://www.lesml.org/files/standard/public/p3_46e166854bf228ca3883156983e91cf5SML_-_NOTE_DE_PRESSE_22.01.2020.pdf) (consulté le 17/02/2021)

<sup>9</sup><https://www.mgfrance.org/actualites/2328-delegations-de-taches-ne-mettons-pas-la-charrue-avant-les-boeufs> (consulté le 17/02/2021)

<sup>10</sup><https://www.fmfpro.org/le-covid-19-est-il-l-auxiliaire-secret-du-gouvernement.html> (consulté le 17/02/2021)

<sup>11</sup> [https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2020/01/200113\\_CN\\_Communiq%C3%A9-PC-article-51.pdf?x37326](https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2020/01/200113_CN_Communiq%C3%A9-PC-article-51.pdf?x37326) (consulté le 17/02/2021)

<sup>12</sup> <https://isni.fr/wp-content/uploads/2019/11/Ma-sante%CC%81-2022-lengagement-au-crible-des-internes.pdf> (consulté le 17/02/2021)

<sup>13</sup> <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/180919-Communiq%C3%A9-ISONAR-IMG-STSS.pdf> (consulté le 17/02/2021)

<sup>14</sup> <https://www.anemf.org/dossiers-de-presse-2/> (consulté le 17/02/2021)



### 1.6.1. Spécificités générationnelles des internes en médecine générale

Les IMGs représentent les futurs médecins généralistes bien que certains se tournent ensuite vers d'autres postes (urgence, gériatrie, salariés non hospitaliers, etc.) (Bloy, 2011; Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2014). Leur moyenne d'âge est estimée à 26,8 ans (ISNAR-IMG, 2013).

L'approche générationnelle postule que les personnes ayant vécu les mêmes expériences socio-culturelles tendent vers des caractéristiques communes (Howell et al., 2009; Twenge et al., 2012). Les IMGs en 2020 font, pour la plupart, parties de la génération « Y » aussi appelée en anglais « The Millennials » nés entre 1982 et 2005 (Howell et al., 2009). La génération Y se caractérise notamment par une habitude au travail d'équipe et ce depuis l'enfance (Boulé, 2012; Howell et al., 2009). La dynamique du travail en groupe a déjà commencé (Chaput et al., 2019) en particulier chez les jeunes médecins généralistes (Baudier et al., 2010; Lévy, 2011). Certains kinésithérapeutes-experts en viennent ainsi à penser que « *les changements générationnels influenceraient les possibilités d'évolution des parcours de soin avec des nouvelles générations de professionnels plus ouvertes au travail en inter-professionnalité et au partage de compétences* » (Lemersre, 2019).

L'organisation de leurs études et de leur formation relative à la kinésithérapie va être abordé pour comprendre la construction de leurs compétences et de leurs savoirs relatifs à la kinésithérapie.

### 1.6.2. Organisation des études

Les études médicales ont une durée minimale de 9 ans, réparties en 3 cycles de 3 ans chacun.

Avant 2020, l'entrée en deuxième année de médecine se faisait par l'intermédiaire de la première année commune aux études de santé (PACES) avec un *numerus clausus* par université. Ce *numerus clausus* a été supprimé et depuis la rentrée 2020, l'entrée en deuxième année se fait par l'intermédiaire du portail santé.

Le premier cycle se concentre sur les sciences fondamentales, la sémiologie et une initiation aux fonctions hospitalières à partir de la deuxième année. A l'issue de la 3<sup>ème</sup> année d'étude est délivré un diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM) reconnu

niveau licence (Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 2011).

Le second cycle est une alternance entre les enseignements théoriques et la participation à l'activité hospitalière, avec en plus en 4<sup>ème</sup> année un stage chez un médecin généraliste. Ainsi, la pratique hospitalière reste largement majoritaire. Ce cycle se termine par les épreuves classantes nationales informatisées (ECNi). En fin de 6<sup>ème</sup> année, un diplôme de formation approfondie en sciences médicales reconnu niveau master est délivré (Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 2013).

Le troisième cycle est le cycle de la spécialisation permettant l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées (DES), il dure entre 3 et 5 ans avec un choix entre différentes spécialités à l'issue de l'ECNi.

La spécialisation en médecine générale (créée en 2004) dure 3 ans avec une phase « socle » de 2 semestres et une phase d'approfondissement de 4 semestres. Il est en plus possible de candidater à une formation spécialisée transversale (FST) anciennement appelée diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC). Les FST dites « d'intérêt » en médecine générale sont : l'addictologie, la douleur, l'expertise médicale - le préjudice corporel, la médecine du sport, la médecine scolaire et les soins palliatifs. Choisir une FST rajoute 2 semestres supplémentaires donc une année d'internat (Arrêté du 21 avril 2017 (J.O. 28 avril 2017)).

L'arrêté cité précise les stages à réaliser. Il y a 2 stages à réaliser durant la phase « socle » :

*« - 1 stage en médecine générale auprès d'un ou plusieurs praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) à titre principal en médecine générale (stage de niveau 1)  
- 1 stage en médecine d'urgence dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en médecine d'urgence et/ou à titre complémentaire en médecine générale »*

En phase de « consolidation », ce sont des stages de niveau 2 à savoir : un stage en médecine polyvalente en hôpital (au cours d'un des deux premiers semestres), un stage en santé de l'enfant et un stage en santé de la femme (ou bien un stage couplé santé de la femme et santé de l'enfant), un stage en soins premiers en autonomie supervisée (au cours des deux derniers semestres) et enfin un stage libre.

À l'issue de leur formation, les IMGs seront titulaires du diplôme de médecine générale.

### 1.6.3. Formation relative à la kinésithérapie

Pour le premier cycle, aucun objectif ou item de formation décrit dans l'arrêté du 22 avril 2011 (paru au journal officiel le 13 avril 2011) ne parle de la kinésithérapie ou des professionnels paramédicaux. Cependant, il est précisé que l'annexe de l'arrêté relatif au DFGSM ne fait pas office de « *définition stricte d'un programme* » (Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 2011).

Pour le deuxième cycle, on voit apparaître une fois la notion de kinésithérapie et rééducation dans le tronc commun des objectifs attendus précisé par l'arrêté du 8 avril 2013 (paru au journal officiel le 23 avril 2013) (Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 2013).

*Unité d'Enseignement (UE) 5 « Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs – Accompagnement »*

*N° 118. Principales techniques de rééducation et de réadaptation :*

- *Argumenter les principes d'utilisation des principales techniques de rééducation et de réadaptation, en planifier le suivi médical et argumenter l'arrêt de la rééducation.*
- *Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.*
- *Connaître le rôle et les principales compétences des différents professionnels de santé dans le projet de rééducation-réadaptation d'une personne en situation de handicap.*

Pour le troisième cycle des IMGs, il est précisé le futur rôle de coordination du médecin avec la compétence 5 « *Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient* » mais il n'est pas évoqué directement le terme rééducation ou kinésithérapie (Arrêté du 21 avril 2017 (J.O. 28 avril 2017)).

Le peu de formation relative à la kinésithérapie explique en partie la méconnaissance de la kinésithérapie déjà évoquée des MGs et supposée des IMGs. Les savoirs relatifs à la kinésithérapie des MGs semblent plus se construire par de la « *curiosité* », par le fait « *d'avoir été patient* » et par l'intermédiaire de « *l'entourage* » (Debarge, 2013) ou encore par l'expérience professionnelle et la communication avec les MKs (Dellandréa, 2013).

### 1.7. Problématique

Nous avons vu que la kinésithérapie s'est construite sous l'influence médicale, et le MK est toujours dépendant de la prescription médicale malgré une redéfinition de la profession en 2016. L'accès direct, largement représenté en pratique courante à l'internationale, est cantonné à l'urgence et aux protocoles de collaboration en France. Pourtant, son efficacité de même que sa sécurité a été montrée à l'international. Les barrières et éléments facilitateurs à son implantation à l'international sont similaires à celles évoquées par les MKs français. En France, les MKs et les usagers soutiennent l'instauration de l'accès direct. Les syndicats médicaux sont en opposition franche ; ce n'est pas le cas des syndicats étudiants qui mettent en avant le partage des compétences. Cependant, partage de compétences ne signifie pas accès direct à la kinésithérapie, et l'avis des IMGs, les futurs médecins généralistes, n'a, à ce jour, pas été recueilli.

Ainsi, nous pouvons nous demander : quel est l'avis des internes en médecine générale français sur l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie ?

## 2. Méthodologie

### 2.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective avec un mode de recueil de données transversal à partir d'un questionnaire.

### 2.2. Objectifs de l'étude

#### 2.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de connaître l'avis des IMGs sur l'accès direct en kinésithérapie.

#### 2.2.2. Objectifs secondaires

Le premier objectif secondaire était de voir si certains facteurs étaient en lien avec les avis des IMGs en faveur ou en défaveur de l'accès direct. Les facteurs étudiés ont été les suivants : le sexe, l'année d'internat en cours, la réalisation du stage chez le praticien de niveau 1, le niveau de connaissances subjectives du métier de MK, le fait d'avoir suivi des séances de rééducation avec un MK.

Le second était de connaître de façon plus spécifique l'avis relatif à l'accès direct à la kinésithérapie des IMGs par l'intermédiaire de leur avis sur : les compétences des MKs notamment sans prescription médicale, les avantages et inconvénients à une mise en place de l'accès direct et enfin les freins et les éléments facilitateurs à une mise en place de l'accès direct.

Enfin, le troisième objectif était de connaître l'avis des IMGs sur les protocoles de coopération relatifs à la kinésithérapie.

### 2.3. Critères de jugement

#### 2.3.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal a été recueilli de façon déclarative par une question à réponse binaire : « Seriez-vous favorable à l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie ? Oui/Non »

Le critère de jugement principal a également été recueilli de façon déclarative par une question ouverte (facultative) à la suite de la question fermée selon la formule : « Vous pouvez préciser votre réponse ici ».

### 2.3.2. Critères de jugement secondaires

Les variables recueillies de façon déclarative par des questions à réponses fermées ont été les suivantes :

- Données socio-démographiques : sexe, âge, année d'internat en cours, la réalisation du stage chez le praticien de niveau 1
- Métier du MK : avoir déjà été pris en charge en rééducation par un MK, le niveau de connaissances subjectives des compétences du métier de MK (échelle de Likert en 4 points)
- Avis relatifs à l'accès direct : compétences des MKs (repérer un problème grave, repérer si un motif de consultation nécessite des soins de kinésithérapie sans prescription médicale, identifier un trouble musculo-squelettique sans prescription médicale, élaboration d'un plan de traitement kinésithérapique sans prescription médicale), avantages et inconvénients de l'accès direct, freins et éléments facilitateurs à la mise en place de l'accès direct
- Avis spécifiques relatifs aux protocoles de coopération : connaissance des protocoles, instauration de ces protocoles, future utilisation de ces protocoles

Les variables recueillies de façon déclarative par questions ouvertes ont été les suivantes :

- Propositions « Autre » pour les avantages et inconvénients de l'accès direct et les freins et éléments facilitateurs à la mise en place de l'accès direct

## 2.4. Participants

La population cible de cette étude était l'ensemble des IMGs français.

### 2.4.1. Critère d'inclusion

Le critère d'inclusion était le suivant : être IMG à la date de diffusion du questionnaire.

### 2.4.2. Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion étaient les suivants : être interne en médecine d'une autre filière, être titulaire d'un doctorat en pharmacie ou en chirurgie dentaire, être titulaire du diplôme d'état de MK, être titulaire d'un diplôme d'état d'une profession paramédicale ou d'un diplôme d'état de sage-femme.

## 2.5. Population éligible et taille de l'échantillon

Nous avons pu estimer le nombre d'IMGs grâce aux arrêtés relatifs à l'affectation des étudiants après l'ECNi (Arrêtés relatifs à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2019-2020 (J.O. 17 octobre 2019), 2018-2019 (J.O. 25 octobre 2018), 2020-2021 (J.O. 7 octobre 2020)).

La somme du nombre d'étudiants affectés en 2018, 2019 et 2020 était de 10 540. Ce qui correspond aux étudiants en 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année de spécialisation en médecine générale. N'étaient pas inclus dans ce chiffre les étudiants ayant redoublé une année d'internat ou n'ayant pas soutenu leur thèse à la date de la diffusion du questionnaire, ainsi que les étudiants en FST issus de la « promotion » 2017.

La taille de l'échantillon minimum nécessaire pour être représentatif d'un point de vue statistique a pu ainsi être calculé ([Annexe I](#)). Avec une marge d'erreur fixée à 4 % et un niveau de confiance de 95 %, la taille de l'échantillon requis était de 568 personnes.

## 2.6. Questionnaire

### 2.6.1. Construction du questionnaire

La construction du questionnaire s'est appuyée sur plusieurs enquêtes d'opinion déjà réalisées ainsi que sur la littérature relative à l'accès direct en kinésithérapie.

Les données socio-démographiques recueillies ainsi que l'item « Connaissance subjective des compétences du métier de MK » ont été inspirés d'une enquête auprès des IMGs sur la formation en médecine générale (ISNAR-IMG, 2013).

Les questions relatives à l'avis sur l'accès direct ont été inspirées d'une enquête auprès des usagers du système de santé sur l'accès direct en kinésithérapie (Hery-Goisnard et al., 2019).

Les avantages et inconvénients proposés étaient issus de la littérature relevant de l'efficacité de l'accès direct (Demont et al., 2019), des occurrences repérées lors de l'interrogation des usagers du système de santé (Hery-Goisnard et al., 2019) ainsi que des arguments d'opposition exposés par les syndicats de médecins.

Les freins et éléments facilitateurs à l'instauration de l'accès direct proposés étaient issus des enquêtes et entretiens réalisés en France (Fraboulet, 2020; Hery-Goisnard et al., 2019; Lemersre, 2019; Mangot, 2019; Novena et al., 2019), à l'étranger (T. J. Bury & Stokes, 2013; T. Bury & Stokes, 2012) ainsi que des éléments exposés par les syndicats.

Dans le cadre des avis spécifiques relatifs aux protocoles de coopération, une explication succincte et un lien vers l'article de loi étaient proposés aux répondants pour leur permettre une appréciation en connaissance de cause.

#### 2.6.2. Outil utilisé

L'outil Google Forms® a été utilisé.

#### 2.6.3. Organisation des parties

L'organisation des parties est à mettre en relation avec les critères de jugement. Le consentement a été recueilli au début du questionnaire. Le questionnaire a été organisé en 4 parties distinctes. La première partie correspondait au recueil des données socio-démographiques, la seconde à l'avis sur les compétences du MK, la troisième à l'avis sur l'accès direct et la quatrième à l'avis sur les protocoles de coopération.

#### 2.6.4. Pré-test

Une première version du questionnaire a été testée auprès de 2 étudiantes externes en sixième année de médecine et 3 étudiants externes en cinquième année de médecine.

Des modifications mineures ont été effectuées (reformulations, apport de précisions).

Deux modifications majeures ont également été apportées.

Les questions relatives aux freins et éléments facilitateurs à l'instauration de l'accès direct étaient sous forme de questions ouvertes. Nous avons fait le choix de les modifier en questions fermées. Les testeurs ne parvenaient pas à faire la distinction entre avantages/inconvénients et freins/éléments facilitateurs.

Nous avons ajouté une question relative aux compétences des MKs : « Estimez-vous qu'un-e masseur-kinésithérapeute est capable d'identifier un trouble musculo-squelettique sans prescription médicale ? ». Cette question, déjà proposée par Hery-Goisnard et al. (2019), n'avait pas été sélectionnée au départ pour ne pas influencer les questions ouvertes modifiées.



La deuxième version du questionnaire ([Annexe II](#)) a été testée auprès des mêmes personnes. Aucune nouvelle modification n'a été apportée.

#### 2.6.5. Modalités de diffusion

La diffusion s'est faite par l'intermédiaire des syndicats locaux et des groupes Facebook® privés d'IMGs. Le questionnaire a ainsi été diffusé en ligne sur le réseau social Facebook® pendant 2 mois (du 22 octobre au 22 décembre 2020).

Un mail a été envoyé à tous les syndicats locaux d'IMGs. L'absence de réponse dans les deux semaines était suivie d'une relance par la messagerie instantanée Facebook Messenger® aux responsables des groupes Facebook® des syndicats. Une relance par mail était faite au même moment. Une demande d'accès aux groupes Facebook® a aussi été réalisée pour les syndicats qui n'avaient pas répondu après cette relance.

Le questionnaire a en plus été mis en ligne sur deux sites de syndicats locaux d'IMGs (section annonces) et par une mailing list pour un syndicat local.

### 2.7. Analyses Statistiques

#### 2.7.1. Analyse des questions fermées

L'analyse statistique des questions fermées a été réalisée avec le logiciel Excel®.

Une étude statistique descriptive a été réalisée. Une présentation sous forme de proportion a été réalisée.

Une étude statistique inférentielle a été réalisée pour la recherche de liens entre l'avis sur l'accès direct et les variables suivantes : le sexe, l'année d'internat en cours, la réalisation du stage chez le praticien de niveau 1, la connaissance subjective du métier de MK, avoir eu des séances de rééducation avec un MK.

Un test du  $\chi^2$  a été réalisé pour les variables nominales. Un Z test de comparaison de proportions avec une hypothèse bilatérale a été réalisé pour les variables binomiales. Le risque  $\alpha$  a été fixé à 5 %.

#### 2.7.2. Analyse des questions ouvertes

Les réponses aux questions ouvertes ont été classées par thèmes et listées par fréquence d'apparition via le logiciel QDA Miner Lite version gratuite 2.0.8.

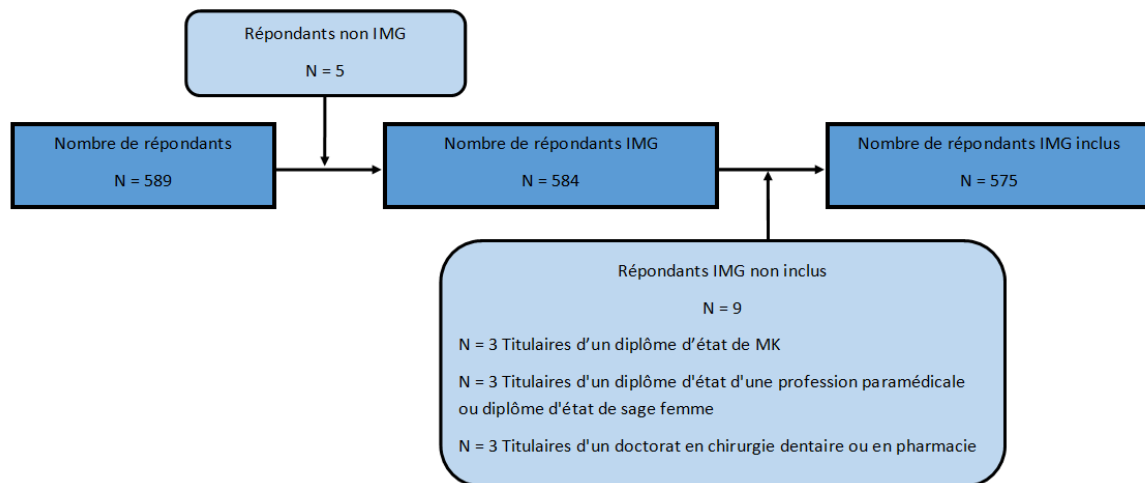
### 3. Résultats

#### 3.1. Description de l'échantillon

##### 3.1.1. Nombre de répondants

589 personnes ont répondu au questionnaire. Après les questions d'inclusion et de non-inclusion, 575 répondants ont été inclus dans l'échantillon conformément au flowchart ci-dessous (Figure 1).

Figure 1 : Flowchart



##### 3.1.2. Données socio-démographiques

L'échantillon retenu comptait 77,6 % de femmes. L'âge médian était de 26 ans. 36,5 % étaient des internes de première année, 23,7 % de deuxième année, 29,6 % de troisième année et 10,3 % étaient des internes de quatrième année ou plus. 84,2 % avait réalisé le stage de niveau 1 chez un praticien libéral (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques

| Paramètres                    | Répondants |      |
|-------------------------------|------------|------|
|                               | n          | %    |
| <b>Genre</b>                  |            |      |
| Femmes                        | 446        | 77,6 |
| Hommes                        | 128        | 22,3 |
| Ne souhaitant pas préciser    | 1          | 0,02 |
| <b>Âge (Médiane = 26 ans)</b> |            |      |
| 23 ans                        | 19         | 3,3  |
| 24 ans                        | 48         | 8,3  |
| 25 ans                        | 168        | 29,2 |

|                                                                        |     |      |
|------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| 26 ans                                                                 | 132 | 23   |
| 27 ans                                                                 | 93  | 16,2 |
| 28 ans                                                                 | 61  | 10,6 |
| 29 ans                                                                 | 20  | 3,5  |
| 30 ans                                                                 | 8   | 1,4  |
| Plus de 30 ans                                                         | 25  | 4,3  |
| <b>Année d'internat</b>                                                |     |      |
| Première                                                               | 210 | 36,5 |
| Deuxième                                                               | 136 | 23,7 |
| Troisième                                                              | 170 | 29,6 |
| Quatrième ou plus                                                      | 59  | 10,3 |
| <b>Stage de niveau 1 réalisé chez un-e praticien-ne libéral-e</b>      |     |      |
| Oui                                                                    | 484 | 84,2 |
| Non                                                                    | 91  | 15,8 |
| <i>n = effectif, % = pourcentage, nombre total de répondants = 575</i> |     |      |

### 3.2. Analyse statistique descriptive

#### 3.2.1. Métier de masseur-kinésithérapeute

52,5 % des répondants avaient déjà été pris en charge en rééducation par un MK. Concernant le sentiment de connaître les compétences des MKs, les réponses sont allées du « pas du tout » (item 1) pour 7,5 % des répondants au « tout à fait » (item 4) pour 6,3 %. La majorité des répondants ont choisi l’item 2 (42,6 %) et l’item 3 (43,7 %) qui correspondent aux intermédiaires (Tableau 2).

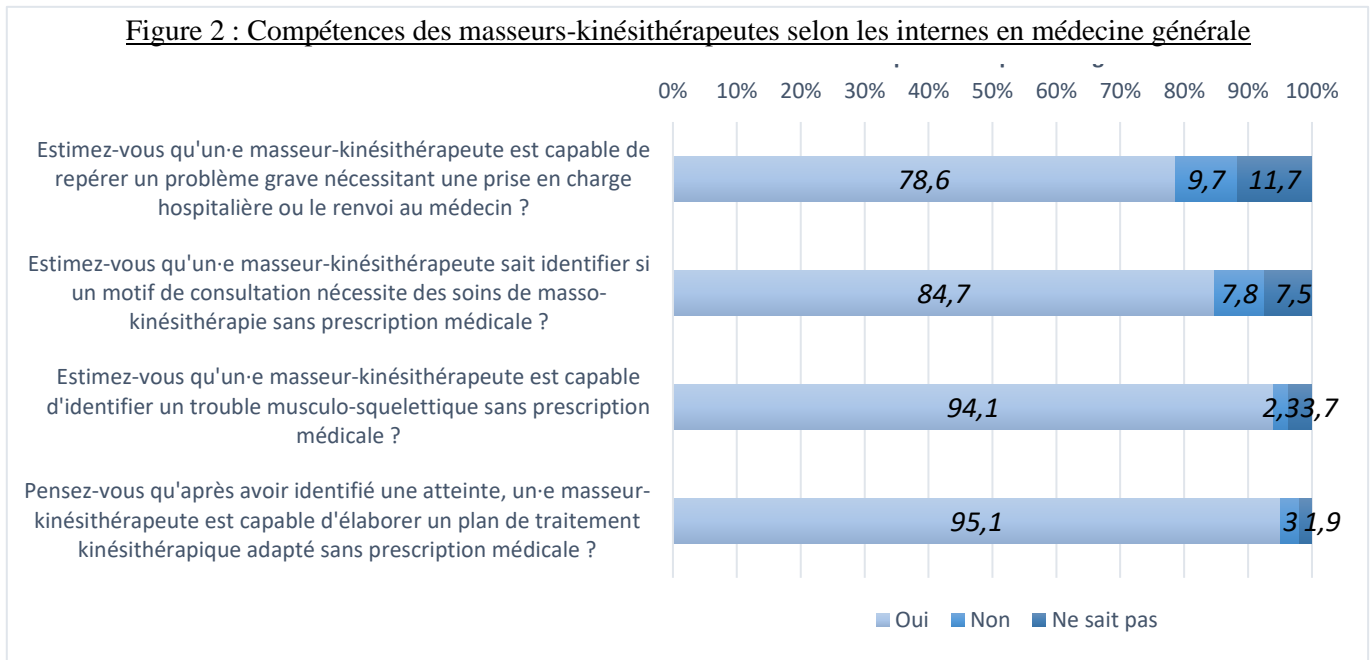
Tableau 2 : Caractéristiques concernant le métier de masseur-kinésithérapeute

| Paramètres                                                                                  | Répondants |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
|                                                                                             | n          | %    |
| <b>Avez-vous déjà été pris-e en charge en rééducation par un-e masseur-kinésithérapeute</b> |            |      |
| Oui                                                                                         | 302        | 52,5 |
| Non                                                                                         | 273        | 47,5 |
| <b>Avez-vous le sentiment de connaître les compétences des masseurs-kinésithérapeutes ?</b> |            |      |
| 1 (Pas du tout)                                                                             | 43         | 7,5  |
| 2                                                                                           | 245        | 42,6 |
| 3                                                                                           | 251        | 43,7 |
| 4 (Tout à fait)                                                                             | 36         | 6,3  |
| <i>n = effectif, % = pourcentage, nombre total de répondants = 575</i>                      |            |      |

### 3.2.2. Avis relatifs à l'accès direct à la kinésithérapie

#### 3.2.2.1. Compétences des masseur-kinésithérapeutes

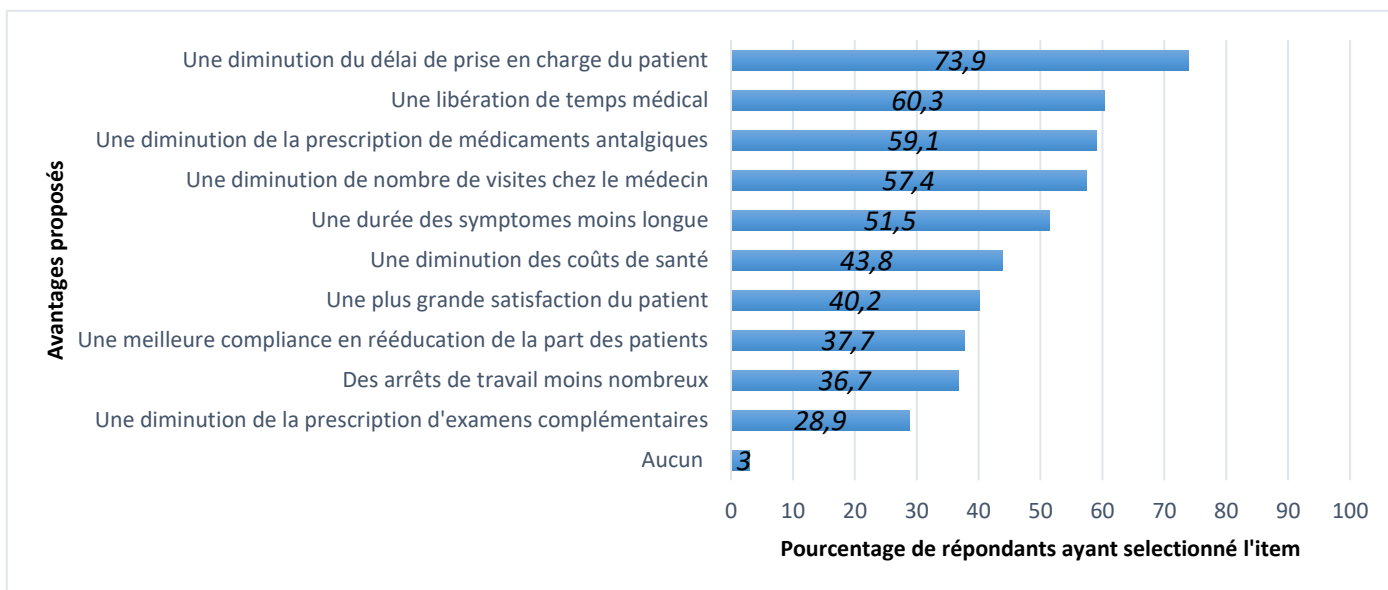
78,6 % des répondants estimaient qu'un MK était capable de repérer un problème grave nécessitant une prise en charge hospitalière ou le renvoi au médecin. Ce pourcentage augmentait à 84,7 % pour l'identification d'un motif de consultation nécessitant des soins de masso-kinésithérapie, à 94,1 % pour l'identification d'un trouble musculo-squelettique et à 95,1 % pour l'élaboration d'un plan de traitement kinésithérapique. 11,7 % des répondants ne savaient pas si un MK était capable de repérer un problème grave nécessitant une prise en charge hospitalière ou le renvoi au médecin (Figure 2).



#### 3.2.2.2. Avantages et inconvénients de l'accès direct

Parmi les avantages proposés, c'est la diminution du délai de prise en charge du patient qui a été le plus souvent sélectionné (73,9 %) suivi de la libération de temps médical (60,3 %), de la diminution de la prescription de médicaments antalgiques (59,1 %) et de la diminution du nombre de visites chez le médecin (57,4 %). L'item « Aucun » a été sélectionné par 3 % des répondants (Figure 3).

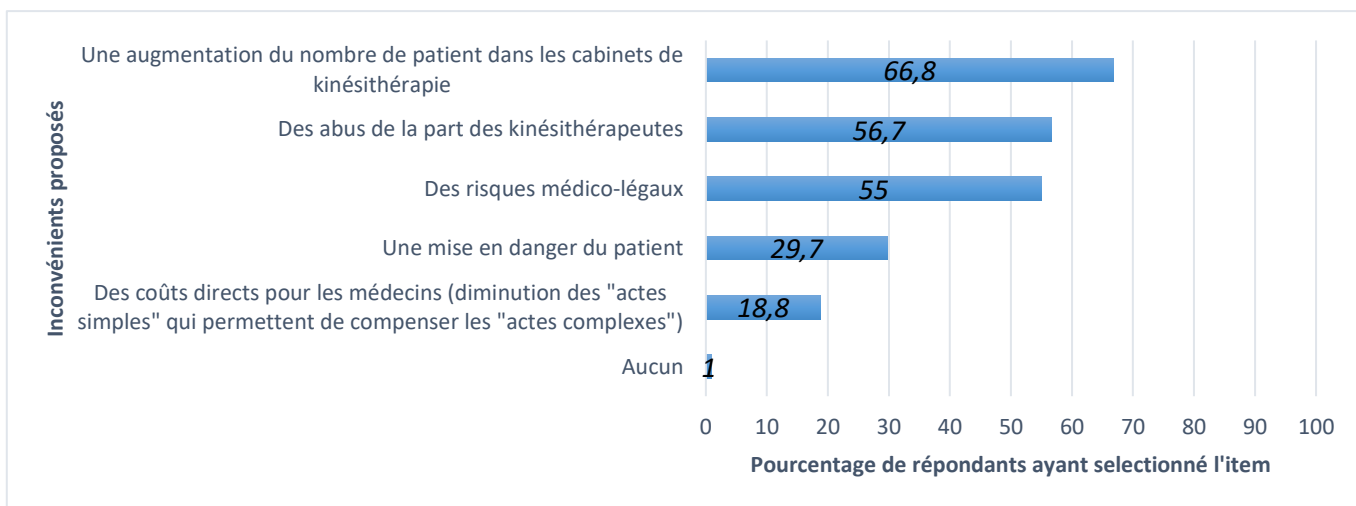
Figure 3 : Avantages de l'accès direct à la kinésithérapie selon les internes en médecine générale



Quatre avantages ont été proposés par les répondants : des arrêts de travail plus courts (n = 1), de meilleurs diagnostics (n = 1), une amélioration de l'identification des patients qui pourraient bénéficier de soins de kinésithérapie (n = 1) et enfin une amélioration la relation médecins-professionnels para-médicaux (n = 1).

Parmi les inconvénients proposés, c'est l'augmentation du nombre de patients dans les cabinets qui a été le plus sélectionné (66,8 %), suivi des abus de la part des kinésithérapeutes (56,7 %) et des risques médico-légaux (55 %) (Figure 4).

Figure 4 : Inconvénients de l'accès direct à la kinésithérapie selon les internes en médecine générale

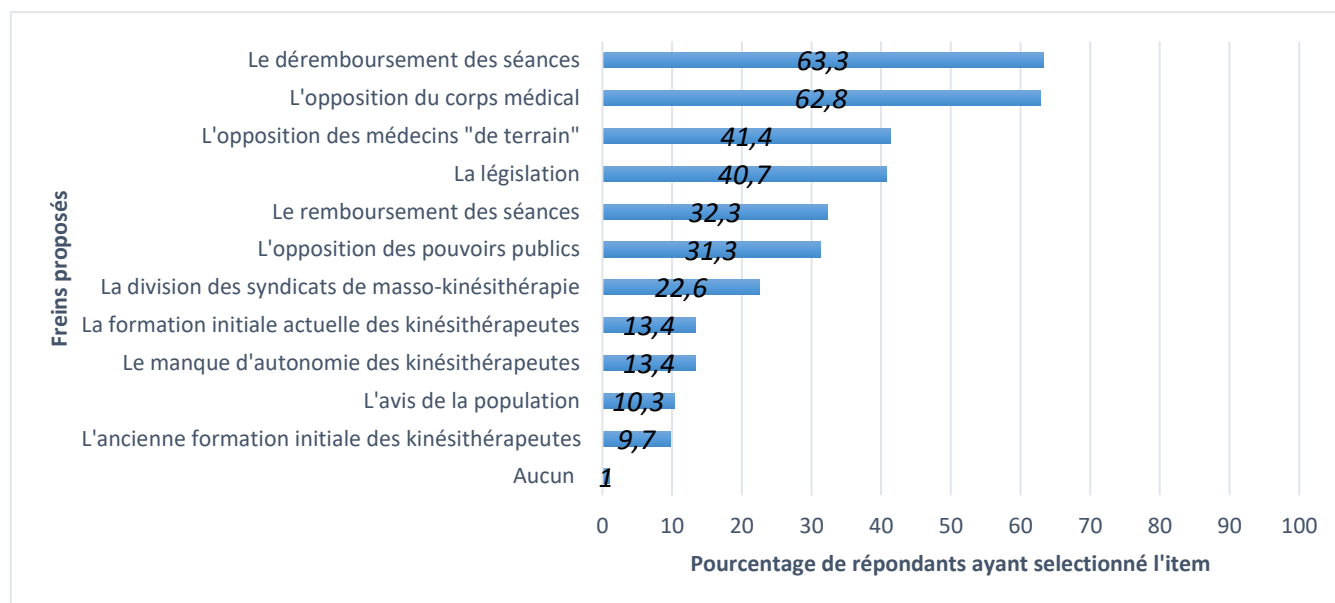


De nombreux autres inconvénients ont été proposés. Après répartition par thèmes, c'est la surconsommation de soins (n = 24), les retards ou erreurs diagnostiques pouvant entraîner un retard de prise en charge (n = 22), le défaut de coordination des soins (n = 19) et la difficulté d'accès à des soins de masso-kinésithérapie (n = 11) qui ont été le plus souvent proposés. La non-possibilité d'explorations complémentaires (n = 5), le risque d'automédication (n = 1) et la non-utilisation du service sans avis médical par les patients (n = 1) ont aussi été rapportés.

### 3.2.2.3. Freins et éléments facilitateurs à la mise en place de l'accès direct

Parmi les freins proposés, c'est le déremboursement des séances (63,3 %) et l'opposition du corps médical (62,8 %) qui ont été les plus sélectionnés. L'avis de la population a été sélectionné par 10,3 % des répondants (Figure 5).

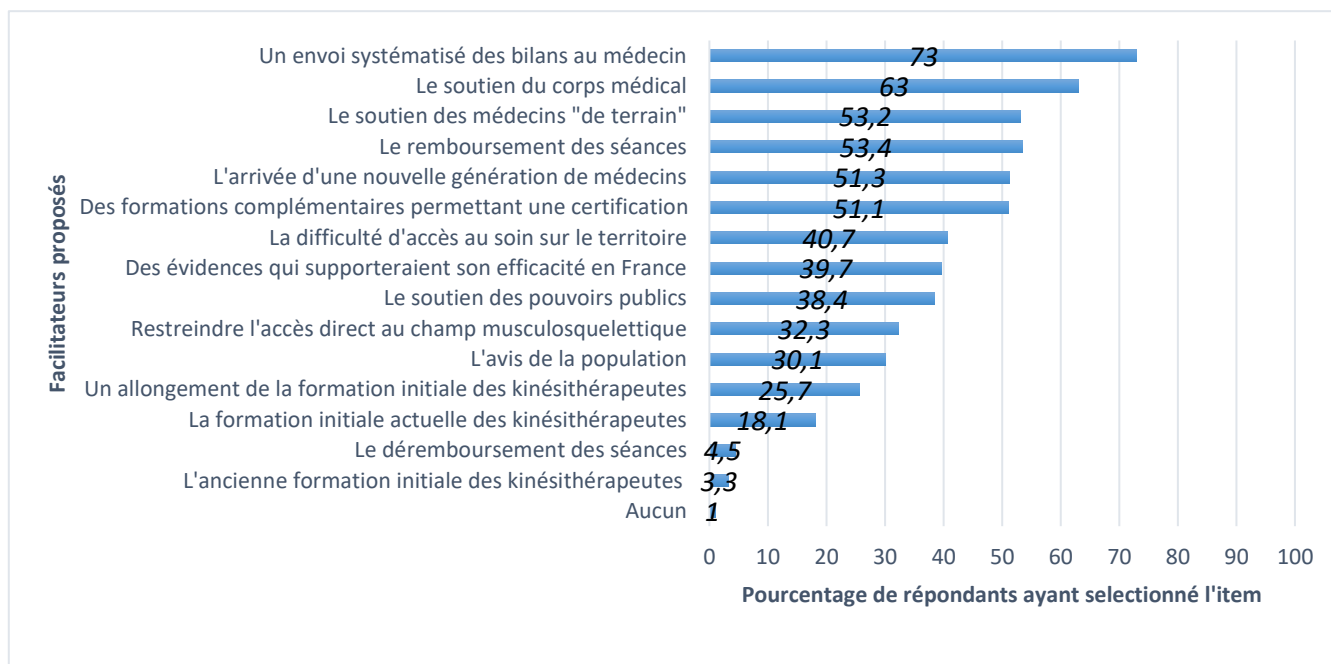
Figure 5 : Facteurs pouvant freiner l'instauration de l'accès direct (en France) selon les internes en médecine générale



En dehors de ces freins, les répondants ont aussi évoqué la difficulté d'accès aux soins de kinésithérapie (n = 7), l'impossibilité de réaliser des examens complémentaires pour les MKs (n = 2) ainsi que l'impossibilité de prescrire des antalgiques et des arrêts de travail (n = 1), le manque d'éducation médicale des patients (n = 2), le manque de confiance entre médecins et MKs (n = 2), l'opposition des ostéopathes (n = 1), les coûts pour la sécurité sociale (n = 1), les inégalités de prise en charge (n = 1) et la responsabilité du kiné (n = 1). Aussi, 2 répondants ont répondu « *Ne sait pas* ».

Parmi les facteurs pouvant faciliter l'instauration de l'accès direct, c'est l'envoi systématisé des bilans au médecin qui a été le plus sélectionné (73 %), suivi du soutien du corps médical (63 %). « L'arrivée d'une nouvelle génération de médecins » a été choisi par 51,3 % des répondants (Figure 6).

Figure 6 : Facteurs pouvant faciliter l'instauration de l'accès direct (en France) selon les internes en médecine générale



En plus de ces propositions, il a aussi été évoqué la limitation de cet accès direct à un cadre strict (n = 1), faciliter les échanges directs et les formations interdisciplinaires (n = 1), garantir un suivi patient autour du médecin généraliste (n = 1). Un répondant a indiqué ne pas savoir.

### 3.2.3. Avis sur l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie

77,2 % (n = 444) des répondants ont répondu favorablement à l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie (Tableau 3).

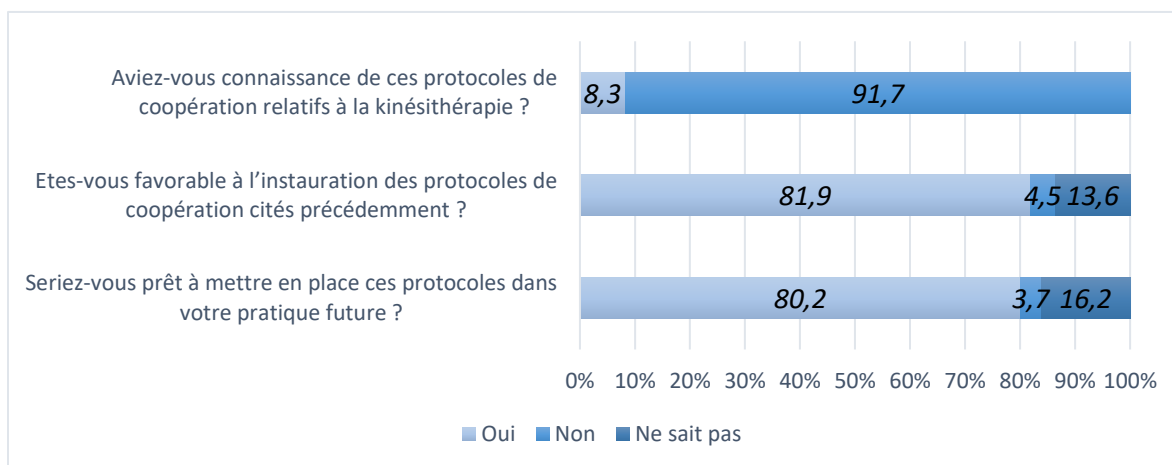
Tableau 3 : Avis sur l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie

| Paramètre                                                                             | Répondants |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
|                                                                                       | n          | %    |
| <b>Seriez-vous favorable à l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie ?</b> |            |      |
| Oui                                                                                   | 444        | 77,2 |
| Non                                                                                   | 131        | 22,8 |
| <i>n = effectif, % = pourcentage, nombre total de répondants = 575</i>                |            |      |

### 3.2.4. Avis relatifs aux protocoles de coopération

91,7 % des répondants n'avaient pas connaissance des protocoles de coopération relatifs à la kinésithérapie. 81,9 % étaient favorables à l'instauration de ces protocoles, 13,6 % ne savaient pas. 80,2 % se disaient prêts à mettre en place ces protocoles dans leur pratique future, 16,2 % ne savaient pas (Figure 7).

**Figure 7 : Avis relatifs aux protocoles de coopération**



### 3.3. Analyse statistique inférentielle

Seul le facteur « sexe » et le facteur « réalisation du stage chez le praticien de niveau 1 » a montré une différence significative au risque  $\alpha$  de 5 % sur un avis favorable à l'accès direct à la kinésithérapie. Les femmes ont plus tendance à être favorables à l'accès direct à la kinésithérapie ( $p = 0,0012$ ) de même que les étudiants n'ayant pas réalisé leur stage de niveau 1 chez le praticien ( $p = 0,0173$ ) (Tableau 4).

**Tableau 4 : Résumé des facteurs en lien avec une réponse favorable à l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie**

| Paramètre               | Répondants favorables à l'instauration de l'accès direct |       | p value           |
|-------------------------|----------------------------------------------------------|-------|-------------------|
|                         | n                                                        | %     |                   |
| <b>Sexe*</b>            |                                                          |       |                   |
| Femme                   | 358                                                      | 80,27 | $p = 0,0012^{**}$ |
| Homme                   | 86                                                       | 66,67 |                   |
| <b>Année d'internat</b> |                                                          |       |                   |
| Première année          | 166                                                      | 79,05 | $p = 0,4303$      |
| Deuxième année          | 101                                                      | 74,26 |                   |
| Troisième année         | 135                                                      | 79,41 |                   |
| Quatrième année ou plus | 42                                                       | 71,19 |                   |



| <b>Réalisation du stage chez le praticien de niveau 1</b>                                                                                   |     |       |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|--------------|
| Oui                                                                                                                                         | 365 | 75,41 | p = 0,0173** |
| Non                                                                                                                                         | 79  | 86,81 |              |
| <b>Déjà été pris-e en charge en rééducation par un-e masseur-kinésithérapeute</b>                                                           |     |       |              |
| Oui                                                                                                                                         | 233 | 77,15 | p = 0,9688   |
| Non                                                                                                                                         | 211 | 77,29 |              |
| <b>Connaissance subjective du métier de MK</b>                                                                                              |     |       |              |
| 1 (Pas du tout)                                                                                                                             | 30  | 69,77 | p = 0,0782   |
| 2                                                                                                                                           | 198 | 80,82 |              |
| 3                                                                                                                                           | 193 | 76,89 |              |
| 4 (Tout à fait)                                                                                                                             | 23  | 63,89 |              |
| <i>n = effectif, % = pourcentage, * a été exclue la réponse « Je ne souhaite pas préciser » (n = 1), ** résultat significatif p&lt;0,05</i> |     |       |              |

3.4. Avis sur l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie : analyse thématique  
192 répondants (33,4 %) ont souhaité préciser leur réponse à la question relative à l'avis sur l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie (Tableau 3). 129 avaient répondu « Oui », 63 « Non ».

Différents thèmes ont émergé ([Annexe III](#)) : le plus fréquent est celui des conditions à l'exercice en accès direct avec d'abord la nécessité d'un cadre strict, et ensuite la question des pathologies à inclure dans ce dispositif. Certains répondants ont évoqué la condition d'un dispositif « *bien encadré et bien contrôlé* » ou encore d'un « *cadre nosologique précis* ». La notion de champ musculo-squelettique a aussi été abordé plusieurs fois. Aussi, des répondants ont évoqué la nécessité d'une formation complémentaire ou d'être « *bien formé sur les diagnostics urgents* », même si pour d'autres « *la formation actuelle [est] largement suffisante pour évaluer gravité et nécessité de réorientation* ». Les notions d'expérimentation sur le territoire et de certification ont aussi été exprimées par des répondants.

Le second thème est celui de la coopération médecin-kinésithérapeute. Pour beaucoup c'est une condition nécessaire avec l'idée d'un envoi d'un bilan systématisé ou d'un compte-rendu pour suivre l'évolution du patient. On peut citer un répondant qui précise sa réponse « oui » avec « *une généralisation de l'envoi des bilans au MT [médecin traitant]* ». Pour d'autres, l'insuffisante coopération à l'heure actuelle justifie l'opposition à la mise en place de l'accès direct. Enfin, pour certains opposants, l'accès direct pourrait nuire à cette coopération.

Le troisième thème est celui de la question du triage et du diagnostic. De nombreux répondants ayant répondu « non » justifient leur réponse en mettant en avant le rôle diagnostic du médecin : « *le médecin a la mission de diagnostiquer* » et aussi et surtout son rôle dans le diagnostic différentiel : « *Je pense que la consultation initiale médicale pour le diagnostic et le repérage des "red flags" ou signes de gravité est indispensable avant de passer chez le kiné* ». La crainte que les MKs puissent « *passer à côté d'un diagnostic médical urgent* » a aussi été mise en avant. Mais pour certains, les MKs « *sont capables de réorienter le patient vers un médecin en cas de signes de gravité nécessitant des examens complémentaires* ». Aussi, la compétence des MKs dans le diagnostic et la prise en charge des pathologies musculo-squelettiques a été plusieurs fois mise en avant. Certains évoquaient même une compétence des MKs supérieure à celui des médecins dans ce domaine : « *les kinés sont plus pointus que beaucoup de médecins pour les troubles musculo-squelettiques* ».

Le quatrième thème justifiant les réponses est celui des avantages et inconvénients à l'accès direct à la kinésithérapie. Au niveau des inconvénients qui ont été les plus cités, c'est d'abord la crainte d'une surconsommation de soins de la part des patients qui « *viendraient pour n'importe quoi* » ne laissant pas la place aux patients « *qui en ont vraiment besoin* ». S'ensuivent la peur d'un abus de la part des MKs et enfin le manque de MKs sur le territoire : « *Quand je fais une pres[cription] de kiné les patients galèrent à avoir des rdv* ». Au niveau des avantages les plus cités, c'est d'abord le gain de temps dans la prise en charge et la mise en valeur des compétences des kinésithérapeutes : « *Ça éviterait les consultations juste pour avoir de la kiné. Ce serait le kiné qui poserait l'indication de kiné* ». Certains évoquent une meilleure compliance du patient ou encore que cela permettrait d'éviter les séances d'ostéopathie.

Enfin, d'autres thèmes moins fréquents ont également été abordés : la question relative au reste de la prise en charge « *La kinésithérapie est certes très importante. Pour autant elle ne constitue pas l'ensemble de la prise en charge* ». La question de la prescription d'examen complémentaires a elle aussi été soulevée. Aussi, le risque de perdre le rôle de coordination du médecin généraliste qui est là pour « *orienter vers les spécialistes* ». Enfin, la question de l'éducation nécessaire des acteurs, en particulier des patients, et la question du remboursement ou non des séances ont été rappelés par certains répondants.

## 4. Discussion

### 4.1. Analyse de l'échantillon

Notre population est représentative statistiquement (575 répondants inclus). L'âge médian de 26 ans se rapproche de celui observé par l'enquête de l'ISNAR-IMG (2013) qui retrouvait un âge médian de 27 ans. Les femmes semblent légèrement sur-représentées dans l'étude (77,6 %) quand elles sont 70,7 % parmi les médecins généralistes de moins de 30 ans en 2018 (DREES<sup>15</sup>). On observe aussi une plus faible représentation des IMGs de deuxième année (23,7 % des répondants).

### 4.2. Interprétation des résultats et comparaison avec la littérature

#### 4.2.1. Avis sur l'instauration de l'accès direct

Cette étude permet de montrer que 77,2 % des IMGs sont favorables à l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie. Les usagers du système de santé étaient plus nombreux à le penser (90,2 %) (Hery-Goisnard et al., 2019) ainsi que les MKs qui étaient 87,17 % à considérer l'accès direct comme un modèle pertinent (Quentin & Rall, 2019).

Au niveau des thèmes qui émergent, nous retrouvons les conditions évoquées par les médecins interrogés par Fraboulet à savoir : limiter l'accès direct à certains champs de pratique, permettre au médecin de suivre l'évolution du patient grâce à des bilans et avoir une formation en diagnostic différentiel (Fraboulet, 2020). La question du triage et du diagnostic différentiel avait aussi été évoquée par les MKs (Novena et al., 2019) ainsi que les compétences pluriprofessionnelles et la nécessité d'une prise en charge globale du patient (Lemersre, 2019).

Les résultats montrent aussi que ce sont les femmes et les étudiants n'ayant pas réalisé leur stage de niveau 1 chez le praticien qui ont plus tendance à être favorables à l'accès direct à la kinésithérapie. Le premier stage de médecine générale du DES pourrait donc influencer de façon négative l'avis sur l'instauration de l'accès direct des IMGs. Le fait d'avoir déjà été pris en charge par un MK ne semble pas du tout influencer l'avis sur l'accès direct à la kinésithérapie. Cela avait pourtant favorablement influencé l'utilisation de l'accès direct chez

---

<sup>15</sup> <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792> (consulté le 17/02/2020)

les patients (Leemrijse et al., 2008; Scheele et al., 2014) et la connaissance de la kinésithérapie selon les MGs (Debarge, 2013).

#### 4.2.2. Compétences des masseurs-kinésithérapeutes

Comme c'était le cas pour les usagers du système de santé (Hery-Goisnard et al., 2019), la majorité des IMGs estiment que les MKs sont capables d'identifier des troubles du domaine musculo-squelettique, d'établir un plan de traitement, et ce, sans prescription médicale, et d'identifier si le motif de consultation relève d'une prise en charge kinésithérapique. Ils sont, là aussi, légèrement moins nombreux à avoir accordé un « oui » à l'item de repérage de problème grave.

#### 4.2.3. Avantages et inconvénients

L'avantage le plus cité par les répondants (la diminution du délai de prise en charge du patient) est aussi celui mis largement en avant dans la littérature (Demont et al., 2019). Il est aussi intéressant de noter que les items les moins sélectionnés (arrêts de travail moins nombreux et diminution de la prescription d'examen complémentaire) sont les items avec un niveau de preuve plus faible dans la littérature (Demont et al., 2019, Holdsworth et al., 2006).

L'augmentation du nombre de patients dans les cabinets (l'inconvénient le plus sélectionné) est une crainte qui semble légitime ; elle a d'ailleurs été évoquée par les patients (Hery-Goisnard et al., 2019), les MKs (Quentin & Rall, 2019) et les médecins (Fraboulet, 2020). Cette crainte fait souvent suite à la notion d'abus de la part des patients et/ou des MKs.

Malgré cette crainte, une large part des IMGs interrogés a estimé qu'un MK sait identifier si un motif de consultation nécessite des soins de masso-kinésithérapie sans prescription médicale. Ainsi, les MKs devront faire preuve de professionnalisme et ne pas proposer systématiquement de traitements kinésithérapiques si cela ne s'avère pas nécessaire comme cela a pu être observé dans l'étude de Swinkels et al. où 13,1 % des patients vus en première intention par un MK n'ont pas reçu de traitement kinésithérapique après leur visite initiale (Swinkels et al., 2014).

L'erreur diagnostique proposée par les répondants comme inconvénient de l'accès direct avait également été décrite par les médecins et usagers français (Fraboulet, 2020; Hery-Goisnard et al., 2019). Pour autant, 78,6 % des IMGs estiment qu'un MK est capable de

repérer un problème grave nécessitant une prise en charge hospitalière ou le renvoi au médecin. Les MKs diplômés depuis la réforme de 2015 sont théoriquement formés au diagnostic différentiel et au repérage des « red flags », ce n'est pas le cas des professionnels formés avec les anciennes maquettes (Lemersre, 2019). Mais il est intéressant de rappeler que la majorité des MKs est prête à se former (Mangot, 2019) ; c'est d'ailleurs ce qui pourrait faciliter l'instauration de l'accès direct pour plus d'un IMG interrogé sur deux.

Cependant, on peut se questionner sur les modalités de formation qui pourraient permettre à certains MKs de pratiquer en accès direct : une formation par qui ? Comment ? Sous quel contrôle ? La notion de certification pourrait alors voir le jour comme cela a été proposé par des répondants. « *Toute prérogative est conditionnée par des contraintes* » nous rappelle Gedda (2019). Mais ces contraintes seront-elles obligatoires pour tous et ainsi permettre un accès direct à l'ensemble des MKs ou au contraire verrait-on apparaître des MKs pratiquant l'accès direct et des MKs ne le pratiquant pas. Cela signerait sans doute une nouvelle complexification pour les patients qui manquent déjà de connaissance sur la place des MKs dans le parcours de soins et la réglementation (Hery-Goisnard et al., 2019).

#### 4.2.4. Freins et éléments facilitateurs

Le déremboursement des séances et l'opposition du corps médical (les freins les plus sélectionnés) sont identiques aux 2 types de freins rencontrés à l'international, à savoir le frein culturel et le frein structurel (souvent associé aux moyens de remboursement) (Kruger, 2010). Cependant, à l'international, c'est plus souvent le remboursement qui apparaît comme un frein ; or 3 fois plus d'IMGs considèrent le déremboursement comme un frein en comparaison au remboursement. Cette différence avec l'international pourrait s'expliquer par le système de santé français où les soins de kinésithérapie sont conventionnés avec la sécurité sociale qui rembourse une partie des séances. La part restante est prise en charge par la mutuelle du patient. Il existe de nombreuses spécificités : affections de longue durée, patients bénéficiant d'une complémentaire santé solidaire, accidents de travail, etc. Un déremboursement des séances par la sécurité sociale pourrait introduire un système à deux vitesses avec les personnes aisées ayant des mutuelles ou des complémentaires santé qui pourraient se faire rembourser les soins de kinésithérapie en accès direct et les personnes n'ayant pas accès à ces organismes par manque de revenu.

Aussi, de la même manière qu'à l'international avec les enquêtes auprès des MKs de la WP (T. J. Bury & Stokes, 2013; T. Bury & Stokes, 2012), l'avis des médecins et du corps médical est à la fois vu comme un possible frein ou comme un possible facilitateur par les IMGs.

La distinction faite par les MKs experts entre médecins de terrain et corps médical (Lemersre, 2019) se retrouve chez les IMGs et plus particulièrement lorsqu'on évoque les freins. Le corps médical est vu de façon 20 % plus importante comme un possible frein que les médecins de terrains.

Ils sont plus d'un sur deux à penser que l'arrivée d'une nouvelle génération de médecins pourrait faciliter l'instauration de l'accès direct, ce que confirment en partie les MKs experts qui attendent des « *nouvelles générations de professionnels plus ouvertes au travail en inter-professionnalité et au partage de compétences* » (Lemersre, 2019).

Ce travail en interprofessionnalité se retrouve dans l'élément facilitateur le plus sélectionné par les IMGs (73 %) : l'envoi systématisé des bilans au médecin. Cette idée d'envoi de bilan a en plus été largement rappelée dans la question ouverte facultative. Le bilan pourrait être un moyen de « rassurer » les médecins quant au risque d'erreur diagnostique déjà évoquée plus haut, et surtout permettre un suivi du patient par les médecins. Les compétences dans la collaboration et l'échange d'informations étaient déjà décrites comme essentielles à l'accès direct par les MKs experts (Lemersre, 2019). Malheureusement, la collaboration et communication interprofessionnelle sont bien souvent insuffisantes voire absentes à l'heure actuelle (Delaunay, 2009; Dellandréa, 2013; Tambour Modaine, 2015; Vallet, 2019). Des outils tels que des fiches de synthèse ont pourtant déjà fait l'objet d'une recherche (Tatin, 2017).

La fluidification du travail en interprofessionnalité passe aussi par une meilleure connaissance des compétences de chacun. Ainsi, généraliser la formation des professionnels de santé sur les différentes compétences des uns et des autres devrait faire partie des maquettes de formations de l'ensemble des universités. Aussi, il semble important de favoriser les échanges interprofessionnels par d'autres biais tels que la formation continue ou encore l'adhésion à des structures pluriprofessionnelles comme les MSPs ou les CPTSs.

Enfin, « restreindre l'accès direct au champ musculo-squelettique » a seulement été le 10<sup>ème</sup> item dans l'ordre de sélection comme facteur pouvant faciliter la mise en place de l'accès direct. Cela pourrait s'expliquer par l'idée évoquée en introduction d'une difficulté de catégorisation de champ avant de réaliser un bilan. Aussi, cela rappelle la distinction à faire dans les réponses ouvertes des répondants entre la notion de « cadre strict », largement citée, et la notion de « pathologies spécifiques ». On peut supposer que la notion de « cadre strict » ne renvoyait pas forcément à l'idée de champs cliniques stricts mais plus largement à la nécessité d'une législation. La législation est d'ailleurs vue comme un possible frein pour 40,7 % des IMGs.

Il est intéressant de rappeler que la législation relative au cadre de l'accès direct est très hétérogène à l'international. Rien qu'aux États-Unis, selon les États, l'accès direct est possible sans aucune restriction, avec des restrictions (seuls certains patients) ou encore sous certaines dispositions (nombre de séances limité, courrier au médecin obligatoire, recueil du contentement du patient stipulant les limites des compétences du MK, etc.)<sup>16</sup>. Le « cadre strict » proposé par les répondants en réponse ouverte devrait donc être davantage exploré pour cibler les attentes des IMGs.

#### 4.2.5. Les protocoles de coopération

Malgré une méconnaissance des protocoles de coopération, les IMGs y sont favorables et prêts à les mettre en place. Ces protocoles remplissent les conditions à l'accès direct évoquées par beaucoup de répondants à la question ouverte ce qui pourrait expliquer le très grand nombre d'avis favorables (81,9 %). On peut distinguer 2 aspects importants. Le premier réside dans l'obligation à un travail en interprofessionnalité qui semble être un point central dans la mise en place de l'accès direct. Le second repose sur la restriction à certaines pathologies et des critères d'inclusions stricts qui semblent rassurer les IMGs craignant les erreurs diagnostiques ou le retard de prise en charge de pathologies graves.

#### 4.3. Forces de l'étude

Le nombre important de répondants inclus (575) est le principal point fort de cette étude. Un pré-test a été réalisé conformément aux recommandations (Lugen, 2015; Salès-Wuillemin,

---

<sup>16</sup> <https://www.apta.org/advocacy/issues/direct-access-advocacy/direct-access-by-state> (consulté le 17/02/2021)

2006). Le questionnaire a été construit en se basant sur des questionnaires déjà utilisés dans la littérature. L'ordre des propositions dans les questions à choix multiples était aléatoire pour limiter l'effet de primauté. Le questionnaire comprenait principalement des questions fermées mais des réponses ouvertes facultatives étaient possibles, ce qui a permis aux répondants d'expliquer leurs choix et/ou de nuancer leurs réponses.

#### 4.4. Limites de l'étude

Bien que le questionnaire ait été réalisé en se basant sur des questionnaires déjà utilisés, le questionnaire utilisé n'a pas fait l'objet d'une validation scientifique. Au niveau de sa construction, le second pré-test a été réalisé sur les mêmes testeurs que le premier : un second test auprès d'autres étudiants aurait été préférable.

Par rapport aux données socio-démographiques, il aurait été intéressant d'explorer la subdivision d'internat des répondants pour étudier l'homogénéité géographique.

Au niveau des biais internes au questionnaire, on peut d'abord relever que le critère de jugement principal a été évalué par une question binaire Oui/Non, or il existe un biais de positivité : « acquiescence effect » (Hinz et al., 2007) entraînant une tendance à répondre oui ; on évoque parfois la notion de « choix forcé » (Choi & Pak, 2005). Il aurait été possible de proposer une échelle de Likert pour limiter ce biais mais cela aurait impacté la puissance des statistiques inférentielles. Les effets dits de cadrage ou « framing effects » (Choi & Pak, 2005) ont pu induire des réponses positives ou négatives. Les répondants savaient que les questions étaient posées par un étudiant en kinésithérapie. L'effet de « Halo » (Choi & Pak, 2005) a pu modifier les réponses à la question relative à l'avis sur l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie (dernière question avant la partie concernant les protocoles de collaboration). On peut supposer que les répondants aient structuré leur pensée en distinguant le favorable du défavorable induits des questions et réponses précédentes. Un ordre aléatoire des questions aurait pu permettre de limiter cet effet, mais nous n'avons pas fait ce choix en faveur d'une cohérence dans le déroulement du questionnaire. Enfin, l'interprétation des réponses ouvertes par questionnaire est difficile en comparaison à des schémas d'études plus qualitatives où le temps de parole est plus important (entretiens, focus groups, etc.) (Foddy cité dans Choi & Pak, 2005).



Une des limites se trouve aussi dans le mode de diffusion du questionnaire, qui était principalement le réseau social Facebook®. Ainsi, l'échantillonnage est en partie biaisé étant donné que les personnes n'ayant pas ce réseau social avaient une probabilité largement inférieure d'accéder au questionnaire. Pour autant, de plus en plus d'informations circulent par les groupes Facebook® au sein des promotions (échange de gardes, informations d'ordre organisationnel), d'où le nombre important d'étudiants présents dans ces groupes, ce qui laisse penser que la majorité des IMGs ont pu avoir accès à ce questionnaire.

Enfin, on peut se questionner sur la représentativité de l'échantillon. Malgré le nombre important de répondants, il y a une plus faible représentation des IMGs de deuxième année et une possible sur-représentation des femmes. Aussi, la notion de représentativité de l'échantillon reste questionnable puisque l'utilisation d'un questionnaire en ligne entraîne nécessairement une « auto-sélection » des répondants (Fripiat & Marquis, 2010). Ainsi, l'interprétation des résultats devrait se faire avec prudence notamment dans leur extrapolation à l'ensemble de la population des IMGs.

#### 4.5. Perspectives futures

En termes de recherche, il est nécessaire d'explorer l'avis des IMGs et des médecins par d'autres méthodes. Une méthode par entretien pourrait permettre d'approfondir la compréhension des avis concernant la mise en place de l'accès direct à la kinésithérapie en France. Mais l'avis des professionnels de santé ne suffit pas ; l'avis des décideurs et des financeurs devront aussi faire l'objet de recherches.

En plus de ces avis, il serait nécessaire de produire des études explorant l'efficacité et la sécurité pour les patients d'un tel modèle en France ainsi que des études sur son efficacité, notamment en termes de coût, dans le système de soin français.

En pratique, les protocoles de coopération semblent être le parfait tremplin pour permettre d'étudier l'impact de l'accès direct dans le système de santé français. Tremplin, puisque l'on peut supposer qu'une mise en évidence de leur efficacité permettrait un élargissement de l'accès direct en France à d'autres pathologies ou d'autres lieux, notamment les services d'urgences.

## 5. Conclusion

Cette étude a permis de montrer qu'une majorité des IMGs est favorable à l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie (77,2 % des répondants). Ce sont davantage les femmes et les étudiants IMGs n'ayant pas réalisé leur stage de niveau 1 chez le praticien qui y sont favorables.

Les IMGs y voient de nombreux avantages, mais aussi des inconvénients et des conditions à sa mise en place. Le principal facteur qui pourrait faciliter la mise en place de l'accès direct à la kinésithérapie selon les IMGs semble être l'envoi systématisé d'un bilan au médecin. La volonté de communication exprimée par les IMGs avec l'intermédiaire du bilan kinésithérapique n'est pas anodin et se doit d'être saisi par les MKs.

Malgré les conditions évoquées quant à la mise en place de l'accès direct, les IMGs interrogés semblent avoir confiance dans les compétences des MKs dans : le repérage de problème grave, l'établissement d'un plan de traitement kinésithérapique, l'identification des motifs de consultation nécessitant de la kinésithérapie et l'identification des troubles du domaine musculo-squelettique.

Enfin, les protocoles de coopération sont méconnus pour la grande majorité des IMGs. Pour autant, les IMGs y sont favorables (81,9 % des répondants) et beaucoup se disent même prêts à les mettre en place dans leur pratique future (80,2 % des répondants).

Les protocoles de coopérations semblent bien être le futur tremplin dans une mise en place de l'accès direct en France à l'échelle locale. Les kinésithérapeutes souhaitant développer l'accès direct vont devoir se saisir de cette opportunité en partenariat avec les médecins généralistes déjà installés sur le territoire et les futurs médecins généralistes bientôt installés, à savoir les IMGs.

## 6. Bibliographie

Arnold, E., La Barrie, J., DaSilva, L., Patti, M., Goode, A., & Clewley, D. (2019). The Effect of Timing of Physical Therapy for Acute Low Back Pain on Health Services Utilization : A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.11.025>

Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (J.O. 4 septembre 2015). Consulté 11 février 2020, à l'adresse <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/BO.pdf>

Arrêté du 4 octobre 2019 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2019-2020 (J.O. 17 octobre 2019). Consulté 13 mars 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039229737&categorieLien=id>

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 » (J.O. 8 mars 2020). Consulté 15 mars 2020, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0C4FEA71D87ACA5441F04A1ED804C625.tplgfr28s\\_2?cidTexte=JORFTEXT000041697989&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000041697875](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0C4FEA71D87ACA5441F04A1ED804C625.tplgfr28s_2?cidTexte=JORFTEXT000041697989&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000041697875)

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 » (J.O. 8 mars 2020). Consulté 15 mars 2020, à

l'adresse

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0C4FEA71D87ACA5441F04A1ED804C625.tplgfr28s\\_2?cidTexte=JORFTEXT000041697945&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000041697875](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0C4FEA71D87ACA5441F04A1ED804C625.tplgfr28s_2?cidTexte=JORFTEXT000041697945&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000041697875)

Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire. Consulté 10 février 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000635168&categorieLien=id>

Arrêté du 18 octobre 2018 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2018-2019 (J.O. 25 Octobre 2018). Consulté 13 mars 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037523753&categorieLien=id>

Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins (J.O. 3 Mars 2000). Consulté 5 février 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000581393&categorieLien=id>

Arrêté du 28 septembre 2020 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2020-

2021 (J.O. 7 octobre 2020). Consulté 10 octobre 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042402100>

Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine (J.O. 28 avril 2017). Consulté 14 février 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034502881&fastPos=1&fastReqId=278927322>

Babatunde, O. O., Bishop, A., Cottrell, E., Jordan, J. L., Corp, N., Humphries, K., Hadley-Barrows, T., Huntley, A. L., & van der Windt, D. A. (2020). A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLOS ONE*, *15*(7), e0235364. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235364>

Baudier, F., Bourgueil, Y., Evrard, I., Gautier, A., Fur, P. L., & Mousquès, J. (2010). La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé*, *157*, 6. <https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>

Beyerlein, C., Stieger, A., & Wietersheim, J. (2011). Direktzugang in der Physiotherapie – Welche Faktoren beeinflussen die Einstellung zum Direktzugang? *manuelletherapie*, *15*(01), 3-9. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1246018>

Bishop, A., Chen, Y., Protheroe, J., Ogollah, R. O., Bailey, J., Lewis, M., Jordan, K., & Foster, N. E. (2020). Providing patients with direct access to musculoskeletal physiotherapy: The impact on general practice musculoskeletal workload and

- resource use. The STEMS-2 study. *Physiotherapy*, S0031940620303400.  
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.04.006>
- Bloy, G. (2011). Jeunes diplômés de médecine générale : Devenir médecin généraliste ... Ou pas ? *Étude et Résultats*, 104. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud104.pdf>
- Boissonnault, W. G., & Ross, M. D. (2012). Physical Therapists Referring Patients to Physicians : A Review of Case Reports and Series. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 42(5), 446-454. <https://doi.org/10.2519/jospt.2012.3890>
- Boulé, F. (2012). Hautement différente : La génération Y, un défi de taille pour l'enseignement médical. *Pédagogie Médicale*, 13(1), 9-25.  
<https://doi.org/10.1051/pmed/2012004>
- Boyce, R. (2005). Direct access physiotherapy in Australia. *Physiotherapy*, 91(1), 61.  
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2004.12.002>
- Bury, T. J., & Stokes, E. K. (2013). Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy : A review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy*, 99(4), 285-291. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2012.12.011>
- Bury, T., & Stokes, E. (2012). A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy : Implications for the Profession. *Physical Therapy*, 93, 11.  
<https://doi.org/10.2522/ptj.20120060>
- Carbonaro, R., & Latruffe, C. (2017). Quelle urgence en kinésithérapie ? *Kinésithérapie, la Revue*, 17(191), 26-30. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.08.017>
- Cazalbou, P. (2019). De la responsabilité pénale du masseur-kinésithérapeute face à l'urgence. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(210), 23-26.  
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.03.007>

- Chanou, K., & Sellars, J. (2009). The perceptions of Athenian physiotherapists on the referral service in Greece and its impact on professional autonomy. *Physiotherapy Research International*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/pri.438>
- Chaput, H., Monziols, M., Fressard, L., Verger, P., Ventelou, B., & Zaytseva, A. (2019). Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. *Étude et Résultats*, 1114. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1114.pdf>
- Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2005). A Catalog of Biases in Questionnaires. *Prev Chronic Dis*, 2(1), 13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15670466/>
- CNOMK. (2021). *Démographie des kinésithérapeutes 2020* (p. 28). Observatoire de la démographie du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2021/03/rapportdemographiemk.pdf>
- Code de la santé publique Article L4321-1, L4321-1 Code de la santé publique. Consulté 5 février 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031930031&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>
- Code de la santé publique—Article R4321-2. Consulté 5 février 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020953322&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090803>
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. (2014). *La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale : Etude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité*. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf)

- Crout, K. L., Hodgkins Tweedie, J., & Miller, D. J. (1998). Physical Therapists' Opinions and Practices Regarding Direct Access. *Physical Therapy*, 78(1), 52-61. <https://doi.org/10.1093/ptj/78.1.52>
- Debarge, A. (2013). *La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion : Enquête auprès de 79 médecins généralistes* [Médecine humaine et pathologie, Bordeaux 2]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955507>
- Décret n° 2019-1482 du 27 décembre 2019 définissant les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé (J.O. 29 décembre 2019). Consulté 15 mars 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039684544&categorieLien=id>
- Delaunay, E. (2009). *Relations médecins traitants-kinésithérapeutes : Une évaluation des perceptions des kinésithérapeutes libéraux par la méthode du focus group* [Faculté de médecine, Nantes]. [https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/kines\\_et\\_medecins\\_generalistes\\_peut\\_mieux\\_faire\\_une\\_enquete\\_qualitative\\_e\\_n\\_pays\\_de\\_la\\_loire\\_285192/article.phtml](https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/kines_et_medecins_generalistes_peut_mieux_faire_une_enquete_qualitative_e_n_pays_de_la_loire_285192/article.phtml)
- Dellandréa, A. (2013). *Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains.* (hal-01732013) [Médecine humaine et pathologie, Lorraine]. hal-01732013. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732013/document>
- Demont, A., Quentin, J., & Bourmaud, A. (2020). Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : Revue de la



- littérature. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 68(5), 306-313.  
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.08.001>
- Demont, Anthony, Bourmaud, A., Kechichian, A., & Desmeules, F. (2019). 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 and Rehabilitation*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1674388>
- Feldman, D. E., Carlesso, L. C., & Nahin, R. L. (2020). Management of Patients with a Musculoskeletal Pain Condition that is Likely Chronic : Results from a National Cross Sectional Survey. *The Journal of Pain*, 21(7), 869-880.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.11.014>
- Fraboulet, C. (2020). *L'accès direct en masso- kinésithérapie L'opinion des médecins généralistes français sur les compétences et l'accès direct des masseurs-kinésithérapeutes* [Mémoire de kinésithérapie]. IFPEK.
- Frippiat, D., & Marquis, N. (2010). Les enquêtes par Internet en sciences sociales : Un état des lieux. *Population*, 65(2), 309. <https://doi.org/10.3917/popu.1002.0309>
- Gatto, F., Vincent, S., & Michel, S. (2016). Pourquoi la nouvelle formation initiale des kinésithérapeutes est une formation «à et par la recherche» multi-référentielle (qualitative et quantitative), indispensable pour une professionnalisation de qualité et pour une approche globale des patients ? *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 24-31.  
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.003>
- Gedda, M. (2019). L'accès direct, l'effort de tous. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(216), 10-12.  
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.10.002>
- Hery-Goisnard, M., Panchout, É., Hoarau, S., Desneux, M., & Langlais, L. (2019). Accès direct au masseur-kinésithérapeute : L'avis des usagers du système de santé français.

- Étude exploratoire. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(216), 33-38.  
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.009>
- Hinz, A., Michalski, D., Schwarz, R., & Herzberg, P. (2007). The acquiescence effect in responding to a questionnaire. *GMS Psychosoc Med*, 4(Doc07).  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736523/>
- Holdsworth, L. K., & Webster, V. S. (2004). Direct access to physiotherapy in primary care : Now?—and into the future? *Physiotherapy*, 90(2), 64-72.  
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2004.01.005>
- Holdsworth, L. K., Webster, V. S., & McFadyen, A. K. (2006). Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. *Physiotherapy*, 92(1), 26-33.  
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2005.11.002>
- Howell, L. P., Joad, J. P., Callahan, E., Servis, G., & Bonham, A. C. (2009). Generational Forecasting in Academic Medicine : A Unique Method of Planning for Success in the Next Two Decades: *Academic Medicine*, 84(8), 985-993.  
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181acf408>
- ISNAR-IMG. (2013). *Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale*. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global

- Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Jean, S. (2019). Propos introductifs relatifs à l'urgence en kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(210), 13-16. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.03.005>
- Jean, S., & Rocton, R. (2017). De l'urgence à définir l'urgence en Kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue*, 17(192), 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.09.075>
- Kruger, J. (2010). Patient referral and the physiotherapist : Three decades later. *Journal of Physiotherapy*, 56(4), 217-218. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(10\)70001-1](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(10)70001-1)
- Lankhorst, N. E., Barten, J. A., Meerhof, R., Bierma-Zeinstra, S. M. A., & van Middelkoop, M. (2017). Characteristics of patients with knee and ankle symptoms accessing physiotherapy : Self-referral vs general practitioner's referral. *Physiotherapy*.  
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.03.008>
- Leemrijse, C. J., Swinkels, I. C., & Veenhof, C. (2008). Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands : Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy. *Physical Therapy*, 88(8), 936-946. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070308>
- Lemersre, P. (2019). Les facteurs susceptibles d'influencer la mise en place de l'accès direct en masso-kinésithérapie en France. Étude exploratoire. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(216), 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.008>
- Lévy, D. (2011). Le métier de médecin aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*, 1(2), 297. <https://doi.org/10.3917/rfas.112.0297>
- Loi n° 46.857 du 30 avril 1946, Titre Ier, articles 1 à 9 : Masseurs-Kinésithérapeutes, (1946).
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Consulté 10 février 2020, à l'adresse

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id#JORFSCTA000031912682>

- Ludvigsson, M. L., & Enthoven, P. (2012). Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy*, 98(2), 131-137. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2011.04.354>
- Lugen, M. (2015). *Petit guide de méthodologie de l'enquête*. ULB. [https://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/publications/Enseignement/Petit\\_guide\\_de\\_me%CC%81thodologie\\_de\\_l\\_enque%CC%82te.pdf](https://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/publications/Enseignement/Petit_guide_de_me%CC%81thodologie_de_l_enque%CC%82te.pdf)
- Macron, A. (2015). *La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30 avril 1946 : Genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée* [Thèse de doctorat, Montpellier]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01342656>
- Mangematin, C. (2019). La responsabilité civile du masseur-kinésithérapeute dans le cadre de l'urgence de l'article L. 4321-1 du Code de la santé publique. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(210), 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.03.006>
- Mangot, A. (2019). L'accès direct en France : Avis des masseurs-kinésithérapeutes libéraux concernant un besoin de formation quant à sa mise en place. Étude exploratoire. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(216), 13-17. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.006>
- McCallum, C. A., & DiAngelis, T. (2012). Direct Access : Factors That Affect Physical Therapist Practice in the State of Ohio. *Physical Therapy*, 92(5), 688-706. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100358>
- Mesnier, T. (2018). *Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)
- Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2011). *Bulletin officiel n°17 du 28 avril 2011 : Diplôme de formation générale en sciences médicales*.

- Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.  
[//www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html)
- Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2013). *Bulletin officiel n° 20 du 16 mai 2013 : Études médicales*. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. [//www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html)
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Dossier de Presse Renforcer l'accès territorial aux soins*. [https://www.ars.sante.fr/system/files/2017-10/2017-10-13\\_DP%20Plan%20Renforcer%20l%27acc%C3%A8s%20territorial%20aux%20soins.pdf](https://www.ars.sante.fr/system/files/2017-10/2017-10-13_DP%20Plan%20Renforcer%20l%27acc%C3%A8s%20territorial%20aux%20soins.pdf)
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Dossier de Presse Stratégie de transformation du système de Santé*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_transformation\\_du\\_systeme\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_transformation_du_systeme_de_sante.pdf)
- Mohtadi, N. (2005). Injured limbs recover better with early mobilization and functional bracing than with cast immobilization. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 87(5), 1167. <https://doi.org/10.2106/JBJS.8705.ebo3>
- Monet, J. (2011). La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible. In *Le Livre vers ... De la masso-kinésithérapie* (CNOMK, p. 5-35).
- Monnoyer, M.-C. (2019). Introduction au colloque « L'urgence en kinésithérapie : Risques et enjeux pour la profession ». *Kinésithérapie, la Revue*, 19(210), 10-12. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.03.004>
- Moshfegh, J., George, S. Z., & Sun, E. (2019). Risk and Risk Factors for Chronic Opioid Use Among Opioid-Naive Patients With Newly Diagnosed Musculoskeletal Pain in the

- Neck, Shoulder, Knee, or Low Back. *Annals of Internal Medicine*, 170(7), 504.  
<https://doi.org/10.7326/M18-2261>
- Nash, C. E., Mickan, S. M., Mar, C. B. D., & Glasziou, P. P. (2004). *Resting injured limbs delays recovery : A systematic review*. 53(9), 7. <https://doi.org/15353159>
- Novena, F., Nenert, P., & Choplin, A. (2019). Potentiels et freins à promouvoir l'accès direct en France : Analyse des pratiques professionnelles auprès des kinésithérapeutes libéraux des Alpes-Maritimes. Étude exploratoire. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(216), 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.003>
- Observatoire National de la Démographie des Professions en Santé. (2009). *La prescription de masso-kinesitherapie par les medecins generalistes et rhumatologues liberaux*.  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_prescription\\_de\\_masso-kinesitherapie\\_par\\_les\\_medecins\\_generalistes\\_et\\_rhumatologues\\_liberaux\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso-kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf)
- Ojha, H. A., Snyder, R. S., & Davenport, T. E. (2014). Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care : A Systematic Review. *Physical Therapy*, 94(1), 14-30. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130096>
- Ojha, H. A., Wyrsta, N. J., Davenport, T. E., Egan, W. E., & Gellhorn, A. C. (2016). Timing of Physical Therapy Initiation for Nonsurgical Management of Musculoskeletal Disorders and Effects on Patient Outcomes : A Systematic Review. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 46(2), 56-70.  
<https://doi.org/10.2519/jospt.2016.6138>
- Panchout, E., Doury-Panchout, F., Launay, F., & Coulliandre, A. (2017). Prévalence des pathologies rencontrées en kinésithérapie libérale : Un outil pour repenser l'enseignement en kinésithérapie ? *Kinésithérapie, la Revue*, 17(192), 3-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.09.071>

- Pendergast, J., Kliethermes, S. A., Freburger, J. K., & Duffy, P. A. (2012). A Comparison of Health Care Use for Physician-Referred and Self-Referred Episodes of Outpatient Physical Therapy. *Health Services Research*, 47(2), 633-654. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01324.x>
- Piano, L., Maselli, F., Viceconti, A., Gianola, S., & Ciuro, A. (2017). Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(8), 1463-1471. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.1463>
- Piscitelli, D., Furmanek, M. P., Meroni, R., Caro, W. D., & Pellicciari, L. (2018). Direct access in physical therapy : A systematic review. *La Clinica Terapeutica*, 169(5), e249-e260. <https://doi.org/10.7417/CT.2018.2087>
- Quentin, J., & Rall, G. (2019). Accès direct à la masso-kinésithérapie en France : Une enquête d'opinion auprès des masseurs-kinésithérapeutes français. Étude exploratoire. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(216), 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.004>
- Remondière, R. (2008). Histoire des savoirs et des pratiques en kinésithérapie. *EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation*, 4(4), 1-15. [https://doi.org/10.1016/S1283-0887\(08\)49478-1](https://doi.org/10.1016/S1283-0887(08)49478-1)
- Remondière, R., & Durafourg, M.-P. (2014). L'accès libre à la kinésithérapie : Un processus à inventer pour la France. *Santé Publique*, 26(5), 669. <https://doi.org/10.3917/spub.145.0669>
- Remondière, R., & Durafourg, M.-P. (2018). Regards sur la kinésithérapie en 2018. *Santé Publique*, 30(6), 869. <https://doi.org/10.3917/spub.187.0869>
- Rocton, R. (2019). L'urgence en kinésithérapie, point de vue de l'expert. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(210), 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.03.008>

- Salès-Wuillemin, E. (2006). Méthodologie de l'enquête. *Psychologie Sociale 1*, Presses Universitaires de France 45-77. [https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/903244/filename/SALES-WUILLEMIN\\_DRAFT\\_METHODODOLOGIE\\_DE\\_L\\_ENQUETE\\_PUF\\_2006.pdf](https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/903244/filename/SALES-WUILLEMIN_DRAFT_METHODODOLOGIE_DE_L_ENQUETE_PUF_2006.pdf)
- Scheele, J., Vijfvinkel, F., Rigter, M., Swinkels, I. C. S., Bierman-Zeinstra, S. M. A., Koes, B. W., & Luijsterburg, P. A. J. (2014). Direct Access to Physical Therapy for Patients With Low Back Pain in the Netherlands: Prevalence and Predictors. *Physical Therapy*, 94(3), 363-370. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120330>
- Scheermesser, M., Allet, L., Bürge, E., Stegen, C., Nast, I., & Schämamm, A. (2012). Accès direct à la physiothérapie en Suisse: Validation linguistique et culturelle d'un questionnaire et position des physiothérapeutes. *Kinésithérapie, la Revue*, 12(124), 29-37. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(12\)75312-3](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(12)75312-3)
- Swinkels, I. C. S., Kooijman, M. K., Spreeuwenberg, P. M., Bossen, D., Leemrijse, C. J., van Dijk, C. E., Verheij, R., de Bakker, D. H., & Veenhof, C. (2014). An Overview of 5 Years of Patient Self-Referral for Physical Therapy in the Netherlands. *Physical Therapy*, 94(12), 1785-1795. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130309>
- Tambour Modaine, E. (2015). *Connaissance et utilisation des fiches de synthèse kinésithérapiques par les médecins généralistes*. [Médecine humaine et pathologie, Reims]. <https://reims.cnge.fr/IMG/pdf/These.pdf>
- Tatin, M. (2017). *Collaboration entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes : Élaboration d'un outil de communication* [Médecine humaine et pathologie]. Paris Descartes. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01891480/document>
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Freeman, E. C. (2012). Generational differences in young adults' life goals, concern for others, and civic orientation, 1966–2009. *Journal of*



- Personality and Social Psychology*, 102(5), 1045-1062.  
<https://doi.org/10.1037/a0027408>
- Vallet, É. (2019). Accès direct à la masso-kinésithérapie en France : Évaluation des compétences de raisonnement clinique et de collaboration interprofessionnelle des MK. Étude exploratoire. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(216), 24-27.  
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.005>
- Vervaeke, R. (2019). Perspective d'une prise en charge en accès direct de la lombalgie : Enquête de pratique sur l'examen subjectif des masseurs-kinésithérapeutes français libéraux. Étude exploratoire. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(216), 44-49.  
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.002>
- Vigreux, L. (2016). *La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de la somme*. [Médecine humaine et pathologie, Amiens].  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01323539/document>
- Williams, A., Kamper, S. J., Wiggers, J. H., O'Brien, K. M., Lee, H., Wolfenden, L., Yoong, S. L., Robson, E., McAuley, J. H., Hartvigsen, J., & Williams, C. M. (2018). Musculoskeletal conditions may increase the risk of chronic disease : A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMC Medicine*, 16(1), 167.  
<https://doi.org/10.1186/s12916-018-1151-2>
- Woolf, A. D., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9), 646-656.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14710506/>

7. Annexe

|                                                         |      |
|---------------------------------------------------------|------|
| Annexe I : Calcul de la taille de l'échantillon.....    | I    |
| Annexe II : Questionnaire.....                          | II   |
| Annexe III : Codage de la question ouverte.....         | XII  |
| Annexe IV : Poster de présentation de la recherche..... | XIII |

I. Annexe : Calcul de la taille de l'échantillon

Z-score = 1,96 (déterminé à partir du niveau de confiance, ici fixé à 95%)

p = 0,5 (proportion attendue, ici non connue donc fixée à 50%)

m = 0,04 (marge d'erreur, fixée à 4%)

n = échantillon sans ajustement

Un ajustement a été réalisé puisque nous avons une population totale estimée de 10 540 IMG.

$$n = [(Z\text{-score})^2 * p * (1-p)] / m^2 \simeq 600,25$$

**Taille de l'échantillon ajustée =  $(n / 1) / [(n - 1) / \text{population totale}] + 1 \simeq 567,90$  soit  
568 personnes.**

## II. Annexe : Questionnaire

<https://drive.google.com/drive/folders/1PzYMUZBoZywRhvBUHspiqQmXScxkp4B0?usp=sharing>

26/04/2021

Avis des internes en médecine générale : Accès direct en kinésithérapie

### Avis des internes en médecine générale : Accès direct en kinésithérapie

Merci d'avoir cliqué sur ce lien pour répondre à ce questionnaire.

Ce questionnaire s'intéresse à l'avis des internes en médecine générale sur l'accès direct en kinésithérapie. Il a été réalisé dans la cadre d'un mémoire de recherche par un étudiant en dernière année de kinésithérapie.

Toutes les réponses sont les bienvenues même si vous pensez n'avoir aucune connaissance relative à la kinésithérapie.

Ce questionnaire est anonyme. La durée de remplissage est estimée à 6 minutes.

**\*Obligatoire**

#### 1. Consentement \*

*Une seule réponse possible.*

- Je refuse que mes réponses soient utilisées dans le cadre de l'étude présentée.  
*Passer à la section 9 (null).*
- J'ai lu les informations ci-dessus et autorise l'utilisation de mes réponses dans le cadre de l'étude présentée.

Critères d'inclusion :

#### 2. Êtes-vous étudiant-e interne en médecine générale ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non *Passer à la section 9 (null).*

Critères d'inclusion :

## 3. Cochez l'item qui vous correspond : \*

*Une seule réponse possible.*

- Je suis titulaire d'un diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute  
*Passer à la section 9 (null).*
- Je suis titulaire d'un diplôme d'état d'une profession para-médicale ou diplôme d'état de sage femme *Passer à la section 9 (null).*
- Je suis titulaire d'un doctorat en chirurgie dentaire ou en pharmacie  
*Passer à la section 9 (null).*
- Aucune des réponses précédentes

## Données socio-démographiques

## 4. Quel est votre genre ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Homme
- Femme
- Je ne souhaite pas le préciser

5. Quel est votre âge ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Moins de 22 ans
- 22 ans
- 23 ans
- 24 ans
- 25 ans
- 26 ans
- 27 ans
- 28 ans
- 29 ans
- 30 ans
- Plus de 30 ans

6. En quelle année d'internat êtes-vous ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Première année
- Deuxième année
- Troisième année
- Quatrième année ou plus (cursus terminé mais thèse non soutenue ; formation spécialisée transversale en cours)

7. Avez-vous réalisé le stage de niveau 1 chez un-e praticien-ne libéral-e ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

Métier de masseur-kinésithérapeute

8. Avez-vous le sentiment de connaître les compétences des masseurs-kinésithérapeutes ? \*

*Une seule réponse possible.*

|             | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |             |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| Pas du tout | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tout à fait |

9. Avez-vous déjà été pris-e en charge en rééducation par un-e masseur-kinésithérapeute ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

Compétences des masseurs-kinésithérapeutes :

10. Estimez-vous qu'un-e masseur-kinésithérapeute est capable de repérer un problème grave nécessitant une prise en charge hospitalière ou le renvoi au médecin ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

11. Estimez-vous qu'un-e masseur-kinésithérapeute sait identifier si un motif de consultation nécessite des soins de masso-kinésithérapie sans prescription médicale ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

12. Estimez-vous qu'un-e masseur-kinésithérapeute est capable d'identifier un trouble musculo-squelettique sans prescription médicale ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

13. Pensez-vous qu'après avoir identifié une atteinte, un-e masseur-kinésithérapeute est capable d'élaborer un plan de traitement kinésithérapique adapté sans prescription médicale ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Accès direct  
à la  
kinésithérapie

L'accès direct à la kinésithérapie désigne « par et pour le malade, la procédure qui consiste à consulter spontanément le kinésithérapeute sans passer par le médecin » (Remondière & Durafourg, 2014, p671).

Autrement dit, les patients peuvent consulter un-e kinésithérapeute sans la nécessité d'une prescription médicale.

Remondière, R., & Durafourg, M.-P. (2014). L'accès libre à la kinésithérapie : Un processus à inventer pour la France. Santé Publique, 26(5), 669.  
<https://doi.org/10.3917/spub.145.0669>



14. Selon vous quels pourraient être les avantages de l'accès direct à la kinésithérapie ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Une diminution du délai de prise en charge du patient
- Une plus grande satisfaction du patient
- Des arrêts de travail moins nombreux
- Une durée des symptômes moins longue
- Une diminution de nombre de visites chez le médecin
- Une meilleure compliance en rééducation de la part des patients
- Une diminution des coûts de santé
- Une diminution de la prescription d'examens complémentaires
- Une diminution de la prescription de médicaments antalgiques
- Une libération de temps médical
- Aucun

Autre :  \_\_\_\_\_

15. Selon vous quels pourraient être les inconvénients de l'accès direct à la kinésithérapie ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Des abus de la part des kinésithérapeutes
- Une mise en danger du patient
- Une augmentation du nombre de patient dans les cabinets de kinésithérapie
- Des risques médico-légaux
- Des coûts directs pour les médecins (diminution des "actes simples" qui permettent de compenser les "actes complexes")
- Aucun

Autre :  \_\_\_\_\_

16. Selon vous, quels facteurs peuvent freiner l'instauration de l'accès direct (en France) ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- L'opposition du corps médical
  - L'opposition des médecins "de terrain"
  - L'opposition des pouvoirs publics
  - L'avis de la population
  - La législation
  - Le manque d'autonomie des kinésithérapeutes
  - Le remboursement des séances
  - Le déremboursement des séances
  - La division des syndicats de masso-kinésithérapie
  - La formation initiale actuelle des kinésithérapeutes
  - L'ancienne formation initiale des kinésithérapeutes (L'arrêté du 2 septembre 2015 a ajouté une quatrième année de formation dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) et généraliser les conditions d'entrée par une année universitaire. La réforme a également permis d'engager une refonte complète de la maquette de formation.)  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031127778/>
  - Aucun
- Autre :  \_\_\_\_\_

17. Selon vous, quels facteurs peuvent faciliter l'instauration de l'accès direct (en France) ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Le soutien du corps médical
- Le soutien des médecins "de terrain"
- Le soutien des pouvoirs publics
- L'avis de la population
- Des évidences qui supporteraient son efficacité en France
- Le déremboursement des séances
- Le remboursement des séances
- La difficulté d'accès au soin sur le territoire
- L'arrivée d'une nouvelle génération de médecins
- Un allongement de la formation initiale des kinésithérapeutes
- Des formations complémentaires permettant une certification par l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes
- La formation initiale actuelle des kinésithérapeutes
- L'ancienne formation initiale des kinésithérapeutes (L'arrêté du 2 septembre 2015 a ajouté une quatrième année de formation dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) et généraliser les conditions d'entrée par une année universitaire. La réforme a également permis d'engager une refonte complète de la maquette de formation.)  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031127778/>
- Restreindre l'accès direct au champ musculosquelettique
- Un envoi systématisé des bilans au médecin
- Aucun
- Autre :  \_\_\_\_\_

18. Seriez-vous favorable à l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

19. Vous pouvez préciser votre réponse ici :

\_\_\_\_\_

Protocoles de  
coopération  
relatifs à la  
kinésithérapie

En France, l'accès direct à la kinésithérapie est autorisé sous protocole de coopération pour respectivement :

- la prise en charge du traumatisme par torsion de la cheville
- la prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines

Il y a des conditions spécifiques telles que : une formation de 10 heures, des délégués et des délégants précisés lors du protocole, des lieux de mise en place restreints à des structures pluri-professionnelles, des critères d'inclusion stricts, etc.

Les conditions complètes relatives à la mise en place de ces protocoles sont explicitées en annexe des arrêtés du 6 mars 2020.

[https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000041697945](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000041697945)  
[https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000041697989](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000041697989)

20. Avez-vous connaissance de ces protocoles de coopération relatifs à la kinésithérapie ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

21. Etes-vous favorable à l'instauration des protocoles de coopération cités précédemment ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

22. Seriez-vous prêt à mettre en place ces protocoles dans votre pratique future ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

### Confirmation d'envoi

Merci de votre participation,

Si vous êtes intéressé-e par la lecture de mon mémoire ou pour toute autre remarque, je vous invite à me contacter par mail :

[rde.wagemans.kine@gmail.com](mailto:rde.wagemans.kine@gmail.com)

N'oubliez pas de cliquer sur "Envoyer".

### Confirmation d'envoi

Merci de votre participation,

Malheureusement, vous ne remplissez pas les conditions nécessaires pour compléter l'intégralité du questionnaire.

Cependant, si vous êtes intéressé-e par la lecture de mon mémoire ou pour toute autre remarque, je vous invite à me contacter par mail :

[rde.wagemans.kine@gmail.com](mailto:rde.wagemans.kine@gmail.com)


N'oubliez pas de cliquer sur "Envoyer".

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.


Google Forms

### III. Annexe : Codage de la question ouverte


|                                                                                                                           | Fréquence | % Codes |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|
|  Coopération médecin - kiné              |           |         |
| • Bilan du MK au Médecin                                                                                                  | 9         | 3,1%    |
| • Echange avec le médecin généraliste                                                                                     | 37        | 12,7%   |
|  Conditions à l'exercice en accès direct |           |         |
| • Cadre strict                                                                                                            | 34        | 11,6%   |
| • Lieux restrictifs                                                                                                       | 2         | 0,7%    |
| • Champ clinique musculo-squelettique                                                                                     | 8         | 2,7%    |
| • Formation                                                                                                               | 12        | 4,1%    |
| • Certification                                                                                                           | 2         | 0,7%    |
| • Expérimentation avec élargissement                                                                                      | 3         | 1,0%    |
| • Certaines pathologies                                                                                                   | 22        | 7,5%    |
|  La question du triage / diagnostic      |           |         |
| • Rôle diagnostic du médecin                                                                                              | 13        | 4,5%    |
| • Rôle diagnostic différentiel du médecin                                                                                 | 10        | 3,4%    |
| • Erreur / retard diagnostic du kiné                                                                                      | 15        | 5,1%    |
| • MK plus compétent en MS                                                                                                 | 12        | 4,1%    |
| • Risque pour le patient                                                                                                  | 3         | 1,0%    |
| • Compétence du MK de réorientation                                                                                       | 3         | 1,0%    |
|  Craintes et arguments d'opposition    |           |         |
| • Abus des kinés                                                                                                          | 6         | 2,1%    |
| • Surconsommation de soin des patients                                                                                    | 19        | 6,5%    |
| • Surplus de patient                                                                                                      | 7         | 2,4%    |
| • Manque de kiné                                                                                                          | 7         | 2,4%    |
| • Coût direct pour les médecins                                                                                           | 2         | 0,7%    |
| • Pas de gain de temps                                                                                                    | 1         | 0,3%    |
| • Risques médico-légaux                                                                                                   | 2         | 0,7%    |
|  Avantages reconnus                    |           |         |
| • Gain de temps                                                                                                           | 8         | 2,7%    |
| • Kiné expert                                                                                                             | 14        | 4,8%    |
| • Avancer les prises en charge                                                                                            | 3         | 1,0%    |
| • Meilleure compliance                                                                                                    | 2         | 0,7%    |
| • Diminuer la durée des symptômes                                                                                         | 1         | 0,3%    |
| • Limiter les consultations chez l'ostéopathe                                                                             | 1         | 0,3%    |
|  Quid du reste de la PEC               |           |         |
| • Rôle de coordination du médecin généraliste                                                                             | 9         | 3,1%    |
| • Kiné ne constitue pas l'ensemble de la PEC                                                                              | 4         | 1,4%    |
| • AINS, examens complémentaires                                                                                           | 12        | 4,1%    |
|  Question du remboursement             |           |         |
| • Remboursement                                                                                                           | 5         | 1,7%    |
|  Education nécessaire                  |           |         |
| • Education des acteurs                                                                                                   | 4         | 1,4%    |

IV. Annexe : Poster de présentation de la recherche


✉ rodolphe.wagemans@etu.univ-orleans.fr  
alice.belliott@univ-orleans.fr



UNIVERSITÉ D'ORLÉANS



EUK Centre Val de Loire  
École universitaire de kinésithérapie



Centre-Val de Loire

# DIRECT ACCESS TO PHYSICAL THERAPY: AN OPINION SURVEY OF FRENCH FAMILY MEDICINE RESIDENTS


RODOLPHE WAGEMANS (PT STUDENT) UNDER THE DIRECTION OF ALICE BELLIOTT (PT)

## INTRODUCTION

DIRECT ACCESS

MEDICAL RESIDENTS

Everywhere around the world<sup>(1)</sup>  
Effective and safe<sup>(2)</sup>  
Could reduce health care costs<sup>(2)</sup>



Restricted... but supported by:  
90% of healthcare system users<sup>(3)</sup>  
87% of physiotherapists<sup>(4)</sup>

➔ **WHAT IS THE CURRENT ATTITUDE  
OF FAMILY MEDICINE RESIDENTS  
TOWARDS DIRECT ACCESS TO PHYSIOTHERAPY?**

## METHODOLOGY


Exploratory Studies

QUESTIONNAIRE

Surveys

Demographic data  
Physiotherapy knowledge  
Opinions on physiotherapists' skills  
Opinions on Direct Access  
Opinions on cooperation protocols

PRE-TEST



**SELF-ADMINISTERED  
ONLINE SURVEY**

**STATISTICAL ANALYSIS**

- Proportions
- Inferential Statistics

[ $\chi^2$  AND Z TESTS]

## RESULTS / DISCUSSION

**RESULTS**

**% of support for Direct Access**

+

What factors influence this support  
Barriers and facilitators  
Advantages and disadvantages

+

**% of support for cooperation protocols**

**DISCUSSION**

Comparison with:

- other surveys
- qualitative studies

Limitations: online survey, number of respondents?  
Expected impact: helping the implementation of Direct Access

(1) T. Berg, T. A. & Stokes, S. (2010). A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession. *Physical Therapy*, 90, 11. <https://doi.org/10.2523/pt.2010.096>

(2) Demont, A., Boumaud, A., Kocichian, A., & Desmoules, F. (2019). 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 and Rehabilitation*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/09638238.2019.1634388>

(3) Henry-Gonnard, M., Pascheut, L., Hureau, S., Demouge, M., & Langlais, L. (2019). Accès direct au masso-kinésithérapeute: L'avis des usagers du système de santé français. *Etude exploratoire. Kinésithérapie, la Revue*, 19(176), 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.009>

(4) Quémener, J., & Bellot, S. (2019). Accès direct à la rééducation kinésithérapique en France: Une enquête d'opinion auprès des masso-kinésithérapeutes français. *Etude exploratoire. Kinésithérapie, la Revue*, 19(176), 35-37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.004>