



**Mémoire d'initiation à la recherche et d'ingénierie en
kinésithérapie
(Unité d'Enseignement : 28)
2ème Cycle : 2017-2019**

Évaluation du modèle de soin intégrant l'accès direct à la
physiothérapie pour les patients présentant une affection
musculosquelettique : revue de littérature

COTTIAS Joséphine

Mémoire dirigé par : MARTIN Sébastien
Date de la soutenance :



| | |
|--|-----------|
| 1. Introduction | 3 |
| 1.1. L'accès direct en physiothérapie | 3 |
| 1.2. Quel contexte en France avec la nouvelle stratégie nationale de santé | 5 |
| 1.3. L'impact des affections musculosquelettiques et la prise en charge kinésithérapique en France | 8 |
| 2. Matériels et méthodes..... | 12 |
| 2.1. Les sources de données et recherches | 12 |
| 2.2. Sélection des études..... | 12 |
| 2.3. Identification et extraction des données | 14 |
| 2.4. Synthèse et analyse des données..... | 14 |
| 3. Résultats | 15 |
| 3.1. Coût de santé | 22 |
| 3.2. Patient..... | 25 |
| 3.3. Efficacité et Sécurité | 27 |
| 4. Discussion..... | 33 |
| 4.1. Principaux résultats et implication pour la pratique..... | 33 |
| 4.2. Comparaison avec une précédente revue systématique | 34 |
| 4.3. Études récemment parues | 36 |
| 4.4. Forces et faiblesses de la revue | 37 |
| 4.5. Proposition pour l'évolution des pratiques et des savoirs en masso-kinésithérapie | 39 |
| 5. Conclusion..... | 40 |
| 6. Bibliographie..... | 42 |

1. Introduction

1.1. L'accès direct en physiothérapie

D'après la Confédération mondiale de la physiothérapie (World Confederation for Physical Therapy (WCPT)), l'accès direct en physiothérapie est un modèle de soin donnant la possibilité au patient de consulter directement un physiothérapeute afin de recevoir des soins sans consulter au préalable un autre professionnel de santé (c'est à dire sans référencement). La prise en charge par le physiothérapeute est réalisée en autonomie, il fait ses propres choix en fonction de ses compétences ainsi que de sa pratique. L'ensemble des responsabilités qui découlent de cette prise en charge est assumé en totalité par le physiothérapeute. De plus, le physiothérapeute prescrit le besoin d'examens complémentaires et réalise les bilans nécessaires mais il peut aussi, si besoin, réorienter le patient vers un médecin. Il décide aussi de son traitement sans prescription médicale ou d'indications de la part d'un tiers. Le terme de physiothérapeute sera utilisé pour désigner l'activité au niveau mondiale de la kinésithérapie (terme anglo-saxon).

Selon les modèles de soin existant à travers le monde, pour ceux offrant aux patients la possibilité d'accéder directement aux soins de physiothérapie sans référencement, la formation des physiothérapeutes (WCPT, 2011) leur permet d'être capable de réaliser un diagnostic d'exclusion, d'émettre des recommandations de triage, d'établir une évaluation kinésithérapique, de poser un pronostic et de définir le plan de traitement en absence totale de référence par un professionnel de santé ou un autre tiers. L'Australie et l'Angleterre, dans les années 1970 ont été les deux premiers pays à autoriser l'accès direct à la physiothérapie (Galley, 1975, 1976, 1977). Avec l'évolution du raisonnement clinique et l'augmentation de la quantité des connaissances des physiothérapeutes au cours de leur formation initiale, mais aussi l'introduction de la culture de la recherche scientifique (fondamentale ou appliquée), l'idée de supprimer un intermédiaire entre le patient et le physiothérapeute a été évoquée. Néanmoins, ce n'était pas la seule raison à son introduction, car avec l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, du vieillissement de la population et la répartition de la démographie médicale disparate, il paraissait nécessaire de trouver une alternative pour pallier ces multiples problèmes.

Ensuite, aux États-Unis, l'accès direct a été mis en place au sein des services de l'armée pour permettre aux militaires blessés d'accéder plus rapidement aux soins de physiothérapie et optimiser ainsi la prise en charge (Benson, Schreck, Underwood et Greathouse, 1995; Moore, McMillian, Rosenthal et Weishaar, 2005).

Depuis de nombreuses années, il est observé une augmentation de la population mondiale et en lien avec cette augmentation, une augmentation du recours aux services de santé (OMS, 2018). Du fait de contraintes financières, les services de santé et les pratiques de soin doivent de plus en plus être de qualité et efficaces. Ainsi, il est dans l'intérêt des systèmes de santé mais aussi des populations, de trouver des solutions afin de satisfaire les besoins cliniques des patients et les enjeux économiques. L'accès direct à la physiothérapie permet de réduire les obstacles de l'accès aux soins et confère aussi beaucoup d'avantages concernant la prise en charge. Plus spécifiquement, il permet d'améliorer l'accessibilité aux soins les plus adaptés à la situation du patient. La mise en place de l'accès direct permet au physiothérapeute de conduire des actions de prévention, de prendre en charge précocement des déficiences et des limitations pouvant affecter le patient atteint d'une affection musculo-squelettique. Ainsi, améliorer la précocité de l'intervention pourrait augmenter la qualité des soins. La majorité des affections musculo-squelettiques n'implique pas de pathologies graves. Un traitement conservateur sera généralement la meilleure des solutions pour le patient (Kise et al., 2016). De plus cela permettrait au physiothérapeute d'être plus autonome dans le choix de sa prise en charge et lui conférerait davantage de responsabilités, ce qui pourrait encourager davantage à la formation continue.

Ainsi, l'expérience des pays précurseurs ayant instauré l'accès direct peut s'avérer utile. Cela nous permet de récolter l'avis des patients, des physiothérapeutes, des autres professionnels de santé.

Concernant l'avis des physiothérapeutes, nous pouvons prendre pour exemple la Suisse avec l'étude de Scheemesser et al. (2012) (Scheemesser et al., 2012). Après la mise en place de la réforme de Bologne (2006) pendant laquelle le système de formation des physiothérapeutes a été modifié, la question de l'accès direct s'est posée. Cette étude a été réalisée sous forme de questionnaire où 27% des personnes interrogées ont répondu. Il a été observé que 86% des physiothérapeutes interrogés étaient favorable à l'installation de l'accès direct et 84% se considéraient en capacité d'assumer les conséquences de l'accès direct. Cependant, 60% des physiothérapeutes interrogés pensaient que le physiothérapeute doit avoir des qualifications supplémentaires. Les mots les plus cités sont : drapeaux rouges, diagnostic différentiel et participation à des formations continues. Une étude allemande montre également une attitude positive vis à vis de l'introduction de l'accès direct (Beyerlein, Stieger, & von Wietersheim, 2011).

Pour appuyer cela, une étude faite au Canada a mis en évidence que la précision diagnostique entre un physiothérapeute et un chirurgien était similaire ($\kappa = 0,7$) (MacKay,

Davis, Mahomed, & Badley, 2009). D'autres études ont montré qu'il n'y avait pas d'augmentation de risque à consulter un physiothérapeute plutôt qu'un médecin (G. D. Deyle et al., 2000; Gail D. Deyle et al., 2005). Un diagnostic différentiel compétent est aussi bien réalisé par un physiothérapeute qu'un médecin lors d'une prise en charge par un physiothérapeute en accès direct (Daker-White et al., 1999). Dans une étude rétrospective de soins de santé militaire, il a été observé que 45% des visites des physiothérapeutes étaient en accès direct avec aucune recommandation du médecin et aucun effet indésirable n'a été observé ou notifié après la prise en charge du physiothérapeute (Moore et al., 2005).

Les patients expriment également un avis favorable à l'accès direct en physiothérapie, lorsque les démarches pour y accéder leur sont indiquées (Webster, Holdsworth, McFadyen, et Little, 2008). Les patients utilisant l'accès direct à la physiothérapie ont des niveaux de satisfaction similaires voire supérieurs à ceux ayant été référés par un médecin (Daker-White et al., 1999).

La France est en plein remaniement de son système de santé et l'accès direct à la masso-kinésithérapie pourrait faire partie des changements introduits d'ici quelques années.

1.2. Quel contexte en France avec la nouvelle stratégie nationale de santé

Le 20 décembre 2017, la stratégie nationale de santé a été mise en place par le gouvernement avec l'aide de la ministre des solidarités et de la santé, Madame Agnès Buzyn. Cette stratégie mise en place pour la France sur la période de 2018-2022 a été construite afin de définir un cadre pour la politique de santé. Le Haut Conseil de la Santé Publique a effectué une analyse sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables pour apporter les connaissances nécessaires à la constitution de cette stratégie (HCSP, 2017). Le principe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) va également dans ce sens. En effet, l'OMS affirme que « *la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde* ». De plus, l'ensemble des grands défis de notre système de santé y sont posés, notamment ceux avancés par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP, 2017). Les trois grands défis sont :

- Les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques ; les risques d'exposition de la population aux risques infectieux ;
- Les maladies chroniques et leurs conséquences ;
- L'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologies et sociétaux.

A la lecture de la stratégie nationale de santé, plusieurs objectifs ressortent et pourraient s'inscrire dans l'idée d'un modèle de soin intégrant l'accès direct à la kinésithérapie (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018).

Dans un premier temps, l'un des objectifs est de garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, plus particulièrement renforcer la présence médicale en fonction des territoires. En effet le nombre de médecin généraliste diminue de façon continue (-9,1% des effectifs depuis 2007) (Bouet & Mourgues, 2017). Et les prévisions réalisées annoncent une nouvelle diminution de 11% pour 2025. De plus la répartition est inégale sur le territoire français. Tout d'abord, ces dix dernières années, la population de médecins de plus de 60 ans n'a cessé d'augmenter (27% en 2007 et 47% en 2017) alors que le nombre de médecins de moins de 40 ans n'a que très peu augmenté (13% en 2007 et 15% en 2017) (Bouet et Mourgues, 2017). La population de médecins est vieillissante et le nombre de départ à la retraite s'accroît et va s'intensifier durant les prochaines années. Il est possible d'observer ces phénomènes sur la figure 1.

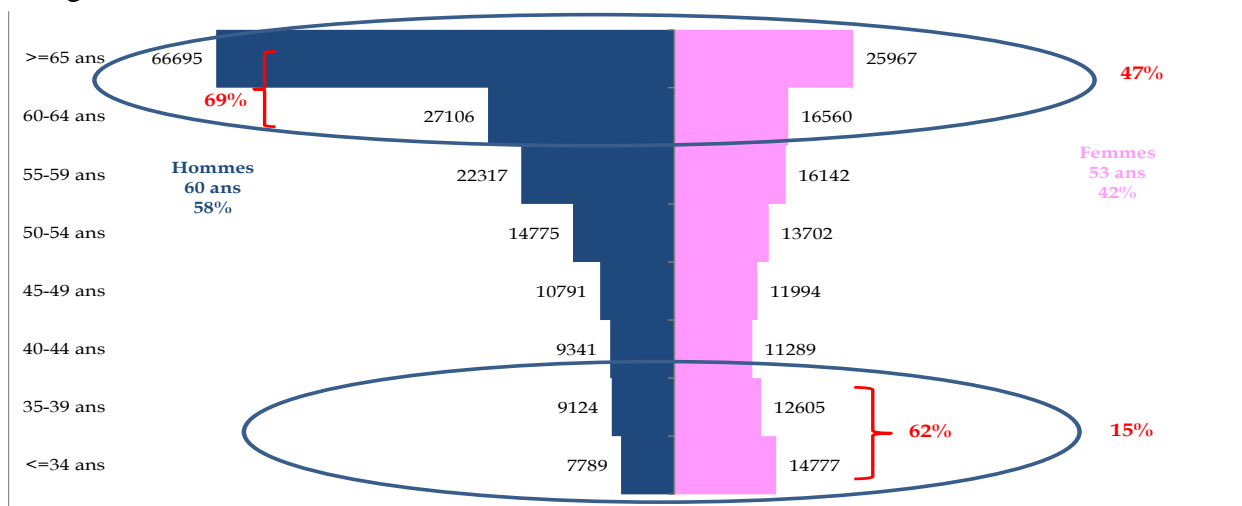


Figure 1 : Pyramide des âges de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre en 2017 (source : CNOM)

La figure 2 montre la densité des médecins-généralistes en activité durant l'année 2018. Nous pouvons remarquer de nombreuses zones ayant moins de 8,6 médecins pour 10 000 habitants, ce sont des zones qualifiées de désert médicaux. Ces zones-là vont donc présenter une accessibilité aux soins plus limitées, augmentant les inégalités face au système de soins ainsi qu'une perte de chance en termes de santé.

Ainsi, nous pouvons coupler cette carte avec la carte des effectifs des médecins généralistes (figure 3), tous modes d'exercices (activité libérale/mixte/salariée ou remplaçant), en activité régulière en 2018 (Cnom) sur laquelle le nombre de médecins n'est pas équitablement réparti sur l'ensemble du territoire français et de ce fait les habitants de certaines régions ont un accès restreint aux médecins généralistes.

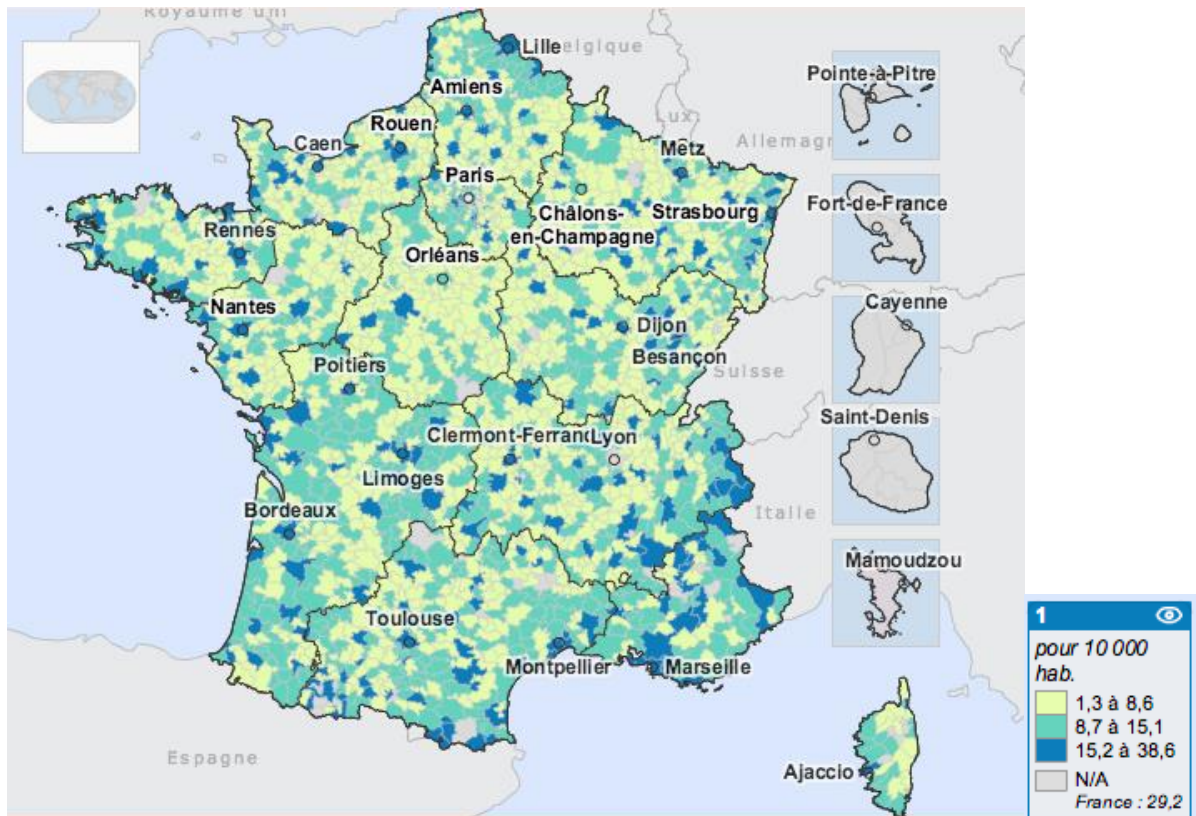


Figure 2 : Densité médicale des généralistes - activité totale, 2018 - source : Insee, Cnom

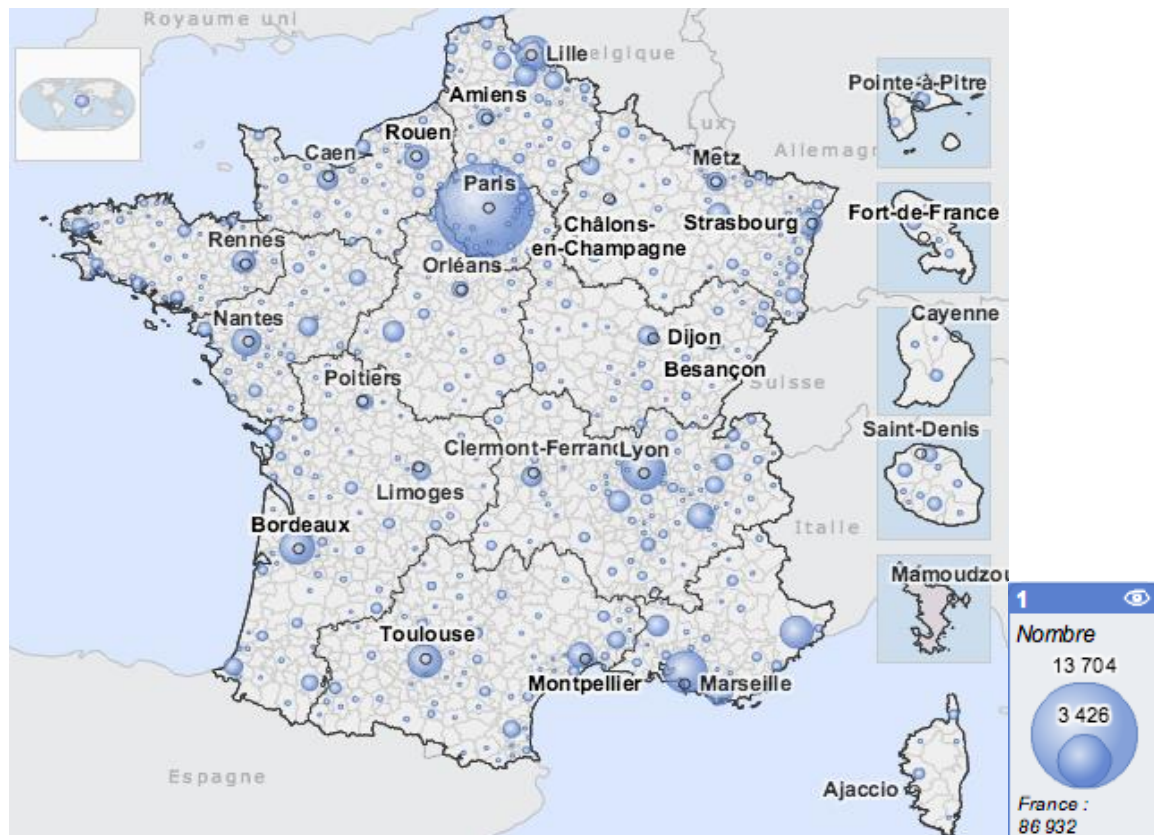


Figure 3 : Effectifs des médecins généralistes, tous modes d'exercice, en activité régulière, 2018 - source : Cnom

Cette stratégie de santé 2018-2022 met en avant le fait qu'il est important d'encourager la recherche et l'innovation en santé, et plus particulièrement de faciliter l'émergence et la diffusion des organisations innovantes pour la prise en charge du patient (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). Cette partie s'appuie sur le fait que les professionnels de santé sont en mesure de proposer des innovations en matière de délivrance de soin. Les masseurs-kinésithérapeutes pourraient proposer des solutions innovantes sachant qu'ils font partie du parcours du soin des patients.

Un autre objectif de la stratégie de santé 2018-2022, est de transformer l'offre de santé des territoires, plus particulièrement pour les soins primaires (premier secours, accessibilité, continuité et permanence des soins). Cette stratégie encourage la modernisation et l'adaptation des soins de premiers recours car la population vieillit de plus en plus et il est observé une augmentation des pathologies chroniques (comme certaines affections musculo-squelettiques). L'accès direct à la kinésithérapie pourrait être une modernisation du parcours de soin du patient. Cela pourrait aider à améliorer la prise en charge des patients en particulier pour un certain champ de pathologies tel que les pathologies musculo-squelettiques.

Enfin, un des derniers objectifs est d'agir au niveau européen et sur la scène internationale, plus spécifiquement sur l'échange d'expériences et de bonnes pratiques avec les autres pays. Comme depuis plusieurs années certains pays de l'union européenne ont instauré l'accès direct aux physiothérapeutes, la France pourrait s'inspirer de cette mise en place et l'instaurer dans son système de soins.

1.3. L'impact des affections musculosquelettiques et la prise en charge kinésithérapique en France

Actuellement, en France, les affections musculo-squelettiques sont en augmentation et la population est vieillissante (INVS, 2018). La prévalence de ces affections est un fait préoccupant en santé du travail. De ce fait, les troubles musculo-squelettiques (TMS) font partie des premières maladies professionnelles indemnisées. Ceux-ci se caractérisent par des affections de l'appareil locomoteur, touchant plusieurs structures et/ou fonctions. Parmi les affections musculo-squelettiques les plus fréquentes, nous pouvons citer la lombalgie et la cervicalgie. Ces troubles sont des pathologies d'étiologies multifactorielles et peuvent apparaître sans qu'une activité professionnelle ne soit en cause et pourtant il peut s'agir d'un problème de morbidité lié au travail.

En 2015, avec 44 349 cas, les TMS des membres et les lombalgies représentaient 87 % des maladies professionnelles, reconnues par le régime général (INVS, 2018). C'est la première

cause de journées de travail perdues du fait des arrêts de travail avec, en 2015, une perte de plus de dix millions de journées de travail. En conséquence à cela, ces troubles sont au 2^{ème} rang des causes médicales de mise en invalidité. De plus, ils occupent la première place des maladies professionnelles reconnues dans plusieurs pays d'Europe et constituent donc l'une des questions les plus préoccupantes en santé au travail dans les pays industrialisés (INVS, 2018).

Les troubles musculosquelettiques peuvent être favorisés par des contraintes professionnelles de 3 types différents (INVS, 2018) : physique (biomécanique), psychosocial et organisationnelle. Les contraintes physiques se caractérisent par les mouvements en force, les postures extrêmes, les mouvements à forte contrainte articulaire, la répétitivité élevée des gestes ou encore l'utilisation d'outils vibrants. Les aspects psychosocial ou organisationnel vont se caractériser, dans le cadre du travail, par des contraintes de temps. Une absence ou insuffisance de temps de repos, une forte demande psychologique, un faible soutien social ou encore un sentiment de peu de marges de manœuvre individuelles et collectives vont favoriser l'apparition de TMS.

En France, la profession de masseur-kinésithérapeute est réglementée par l'article L4321-1 du code de la santé publique par : « La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : (1) des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; (2) des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles. Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche. Le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21 ». Le masseur-kinésithérapeute peut prendre en charge différentes pathologies par la mise en place de moyens divers tels que des techniques manuelles, instrumentales et éducatives. Seul un titulaire d'un diplôme de masso-kinésithérapie peut effectuer des actes de rééducation ou d'éducation en masso-kinésithérapie tout en respectant le code de déontologie (Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, 2015). Les actions réalisées par le masseur-kinésithérapeute se font sous la prescription médicale d'un médecin permettant la prise en charge de patients. Lors de l'application de ces soins, sous prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute peut adapter sa thérapie d'après son expertise et les connaissances scientifiques avérées. Les prescriptions médicales peuvent être renouvelées, sauf indication contraire du médecin, si elles datent de moins d'un an. Le masseur-kinésithérapeute peut prendre en charge un patient consultant en urgence en l'absence de médecin et est autorisé à réaliser les premiers actes de soins mais il doit rendre compte de ses actions à un médecin dès son intervention.

Le masseur-kinésithérapeute intervient dans plusieurs domaines d'activités s'appliquant à différents champs cliniques et en collaboration avec d'autres professionnels de santé. Afin d'instaurer un cadre de réglementation, l'Ordre des masseur-kinésithérapeutes a établi un référentiel détaillant les actes réalisés par le masseur-kinésithérapeute. Il regroupe l'ensemble des activités, actes et compétences spécifiques au masseur-kinésithérapeute ainsi que ses activités génériques.

Avant 2015, le diplôme d'État était attribué au cours de 4 années d'études dont 1 année de sélection et 3 années validant 180 *système européen de transfert et d'accumulation de crédit* (ECTS) dans un Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK). La sélection s'effectuait au cours d'une année de formation-orientation-sélection (60 ECTS) devant comprendre des unités d'enseignements (UE) particulières (correspondant à des UE de l'actuelle Première Année Commune des Études de Santé – PACES). Au cours de cette année, l'étudiant construisait son savoir pour acquérir des compétences méthodologiques et conceptuelles communes avec les professions médicales et pharmaceutiques. A la fin de cette année, un examen-concours comportant un numérus clausus, permettait au ministère de la santé la sélection et la répartition des différents étudiants dans les écoles de masso-kinésithérapie.

Le 2 septembre 2015, à la suite du nouvel arrêté relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, la formation a connu un changement concernant le nombre d'année d'études. Cette réforme a été mise en place afin d'intégrer à la formation des masseurs-kinésithérapeutes un processus licence, master, doctorat. Ce processus doit s'intégrer dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie qui possèdent une convention avec une université disposant d'une composante santé et d'un conseil régional. Selon l'article 2 de l'arrêté « *La formation conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute dure quatre années. Elle est précédée d'une année universitaire validée conformément aux dispositions du décret 2015-1110 du 2 septembre 2015 susvisé* ». Par conséquent, l'obtention du diplôme d'État se fait après avoir suivi 5 années d'études. Elles se composent d'une année de sélection par la PACES et de 4 années en IFMK. Ces mêmes 4 années sont constituées de 8 semestres réparties sur 2 cycles. Le premier cycle (120 ECTS) est organisé autour de l'enseignement des savoirs fondamentaux en anatomo-physiologie ainsi que les concepts et technologies fondamentales en rééducation. Tandis que le second cycle (120 ECTS) est axé sur la pratique masso-kinésithérapique et la professionnalisation de l'étudiant. De plus le mémoire de fin d'étude est un mémoire d'ingénierie et d'initiation à la recherche. Ainsi, les étudiants acquièrent des notions de pratique basées sur les preuves, développent un esprit critique scientifique et de mise à jour des connaissances. A la fin de la formation, l'étudiant doit avoir acquis 240 ECTS répartis sur un

ensemble d'UE couvrant les 11 compétences différentes du masseur-kinésithérapeute. Une commission semestrielle d'attribution des crédits est organisée dans les IFMK sous la responsabilité du directeur de l'institut qui la dirige. Cette réforme a été mise en place afin de permettre aux masseurs-kinésithérapeutes français une meilleure mobilité et transparence internationale, ainsi que de permettre une reconnaissance académique et professionnelle.

Ainsi, dans cette dynamique d'amélioration du système de soin français, demandons nous si, pour les patients atteints d'affections musculo-squelettiques, l'accès direct à la kinésithérapie est efficace pour améliorer la qualité des soins, les résultats de la prise en charge du patient, la sécurité des patients mais aussi pour réduire le coût des soins et l'utilisation des ressources par rapport aux modèles de soins usuels ?

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une revue de littérature évaluant le modèle de soin intégrant l'accès direct la kinésithérapie pour les patients présentant une affection musculo-squelettique.

2. Matériels et méthodes

2.1. Les sources de données et recherches

Ce travail a été mené par une seule expérimentatrice à partir de l'extraction de données provenant de la base de données MEDLINE. Cette unique base de données a été privilégiée par rapport aux autres bases de données, comme EMBASE ou CINAHL, car c'est une des bases de données les plus complètes et sa couverture est essentiellement anglo-saxonne. L'expérimentatrice a suivi l'ensemble des items de la liste PRISMA pour cette revue de littérature, même si cette liste a été constituée pour la construction d'une revue systématique.

Une équation de recherche a été établie avec plusieurs mots clés tels que « direct access », « first intention », « primary care », « musculoskeletal system », « physical therapy », « physiotherapy » et « rehabilitation ». L'ensemble de ces mots clés a été intégré dans une équation de recherche (annexe 1) que l'expérimentatrice a constitué à l'aide d'une liste de mots clés (MeSH : Medical Subject Headings) pour permettre d'avoir une recherche fine et d'utiliser le vocabulaire disponible dans l'indexation de MEDLINE. L'équation a aussi été construite d'après un schéma précis d'une équation de recherche comprenant les opérateurs booléens afin d'inclure le plus d'études possible selon nos critères et portant sur le sujet.

2.2. Sélection des études

L'expérimentatrice a souhaité organiser sa recherche sur l'accès direct en trois critères de jugements principaux qui sont :

- Le coût économique et de santé vis-à-vis de l'installation de l'accès direct ;
- La sécurité et l'efficacité de la prise en charge par un physiothérapeute ;
- La satisfaction du patient vis à vis d'une prise en charge par un physiothérapeute.

Ces trois axes sont essentiels pour permettre d'analyser l'intérêt du modèle de soin intégrant l'accès direct à la kinésithérapie. Différentes équations de recherches ont été constituées à partir de l'équation de recherche de base (annexe 1) pour permettre de trier plus facilement les articles et les répartir selon ces trois axes. Des mots clés ont été ajoutés à la suite de celle-ci.

Afin d'être sélectionnées, les études devaient remplir des critères d'inclusion précis :

1. Tout type d'études de première référence ;
2. Écrites en anglais ou en français ;
3. Incluant des populations de patients présentant des affections musculo-squelettiques ;
4. Textes disponibles en version intégrale ;
5. Dates de recherche : de 1990 à septembre 2018 ;
6. Études ayant au minimum 85% de l'échantillon de patients inclus présentant une affection musculo-squelettique et pris en charge par un kinésithérapeute ;
7. Incluant des données quantitatives ou qualitatives originales dont au moins un groupe reçu en accès direct par le kinésithérapeute ou directement adressé sans avoir vu un médecin ;
8. Incluant des données quantitatives ou qualitatives originales dont au moins un groupe reçu par un kinésithérapeute après référencement d'un médecin ;
9. Incluant l'évaluation d'au moins un des critères de jugement suivant :
 - i. Sécurité (validité diagnostique et concordance thérapeutique) ;
 - ii. Coût économique ;
 - iii. Résultats des patients ;
 - iv. Autres résultats pouvant affecter le coût ou le résultat des patients (utilisation de ressource en santé : imagerie, nombre de consultations et satisfaction des patients).

Les critères d'exclusions sont :

1. Revue narrative, éditorial, commentaire clinique, opinion ou résumés de conférences ;
2. Revue systématique ou de la littérature ;
3. Études incluant une patientèle incluse dans une étude non musculo-squelettique,
4. Études incluant des physiothérapeutes en pratique avancée (APP : Advanced Practice Physiotherapy) ;
5. Études écrites dans une autre langue que l'anglais ou le français ;
6. Études non disponibles intégralement.

2.3. Identification et extraction des données

Dans un premier temps, l'équation de recherche décrite en annexe 1 a été introduite dans la barre de recherche MEDLINE. Un certain nombre d'articles a été identifié. D'autres ont été insérées par ajout manuel. Les doublons ont été retirés. Ensuite grâce à la base de données de MEDLINE, la recherche a pu être affinée à l'aide de filtres (langages, date de la période personnalisée...) permettant de réduire le nombre d'article à identifier pour la première étape de sélection selon la lecture du titre et du résumé.

Ensuite, un triage rigoureux a été effectué par la lecture du titre et du résumé, des études ont été retenues pour la lecture du texte intégral. Puis dans un deuxième temps, après cette lecture approfondie, des études ont été incluses et d'autres ont été exclues à partir des critères d'inclusion et d'exclusions préalablement posés. Chaque exclusion d'études sera justifiée et expliquée.

Les études incluses se verront attribuées un ou des critères de jugements, définis précédemment, afin de pouvoir les analyser au mieux et permettre une facilité de lecture. De plus, un niveau de preuve a été défini, selon les critères du Centre de médecine factuelle (« Centre for Evidence-based Medicine » (CEBM)) (annexe 2), pour chaque étude incluse. Les niveaux de preuve ont été répartis de 1 à 5 selon l'issue des résultats des études incluses.

2.4. Synthèse et analyse des données

L'ensemble des résultats obtenus ont été synthétisés dans plusieurs tableaux. L'analyse des études sera détaillée selon s'il existe une différence statistiquement significative entre les groupes étudiés et si cette différence favorise un groupe plus qu'un autre.

3. Résultats

Le nombre d'articles identifiés par la base donnée s'élevait à 5 312 articles. Trente-sept articles ont été insérés par ajout manuel. Après avoir retiré les doublons, le nombre d'articles éligibles était de 5 348.

Après exclusion par le titre et le résumé, 16 articles ont finalement été retenus pour l'étape finale de triage qui consiste à l'examen du texte intégral pour voir si les articles sélectionnés remplissaient les critères d'éligibilité (Bird, Thompson, & Williams, 2016; Bishop et al., 2017; Bornhöft, Larsson, & Thorn, 2015; Brooks, Dripchak, Vanbeveren, & Allaben, 2008; de Gruchy, Granger, & Gorelik, 2015; Goodwin & Hendrick, 2016; Holdsworth, Webster, & McFadyen, 2006, 2007; Ludvigsson & Enthoven, 2012; MacKay, Davis, Mahomed, & Badley, 2009; Mallett, Bakker, & Burton, 2014; Mintken, Pascoe, Barsch, & Cleland, 2015; Mitchell & de Lissovoy, 1997; Samsson, Bernhardsson, & Larsson, 2016; Swinkels et al., 2014; Taylor et al., 2011).

Après lecture intégrale des articles, 8 articles ont été inclus (Bird et al., 2016; Bishop et al., 2017 ; Bornhöft et al., 2015 ; Holdsworth et al., 2006, 2007 ; Ludvigsson & Enthoven, 2012; Mallett et al., 2014; Samsson et al., 2016; Taylor et al., 2011). Le diagramme de flux de cette revue de littérature est présenté à la figure 4.

Les huit articles exclus l'ont été au regard des critères d'inclusions et d'exclusions définis (Brooks, Dripchak, Vanbeveren, & Allaben, 2008; de Gruchy, Granger, & Gorelik, 2015; Goodwin & Hendrick, 2016; MacKay et al., 2009; Mintken, Pascoe, Barsch, & Cleland, 2015; Mitchell & de Lissovoy, 1997; Samsson, Bernhardsson, & Larsson, 2016; Swinkels et al., 2014). Les deux articles de Mintken et al. (2015) et Mitchell et al. (1997) n'ont pas été inclus car leur version en texte intégral n'a pas pu être obtenue. L'article de Gruchy et al. (2015) n'a pas été inclus car les physiothérapeutes inclus dans l'étude étaient des physiothérapeutes de pratique avancée. Dans l'étude de Brooks (2008), les patients ne consultaient pas le physiothérapeute en accès direct, mais consultaient toujours un médecin dans un premier temps puis un physiothérapeute. Le seul paramètre qui changeait entre les deux groupes était la prescription : soit le médecin n'y mettait aucune annotation, soit il donnait un diagnostic et un type de prise en charge. Dans l'étude de Samsson (2016), un triage était réalisé parmi la population sélectionnée par un médecin avant la répartition dans les groupes comparés, donc il n'y avait pas de physiothérapie de première intention. Enfin, les trois derniers articles exclus sont ceux de Swinkels et al., (2014), Goodwin et al., (2016) et Mackay et al., (2009) car aucun des trois ne présentaient de groupe contrôle incluant un médecin.

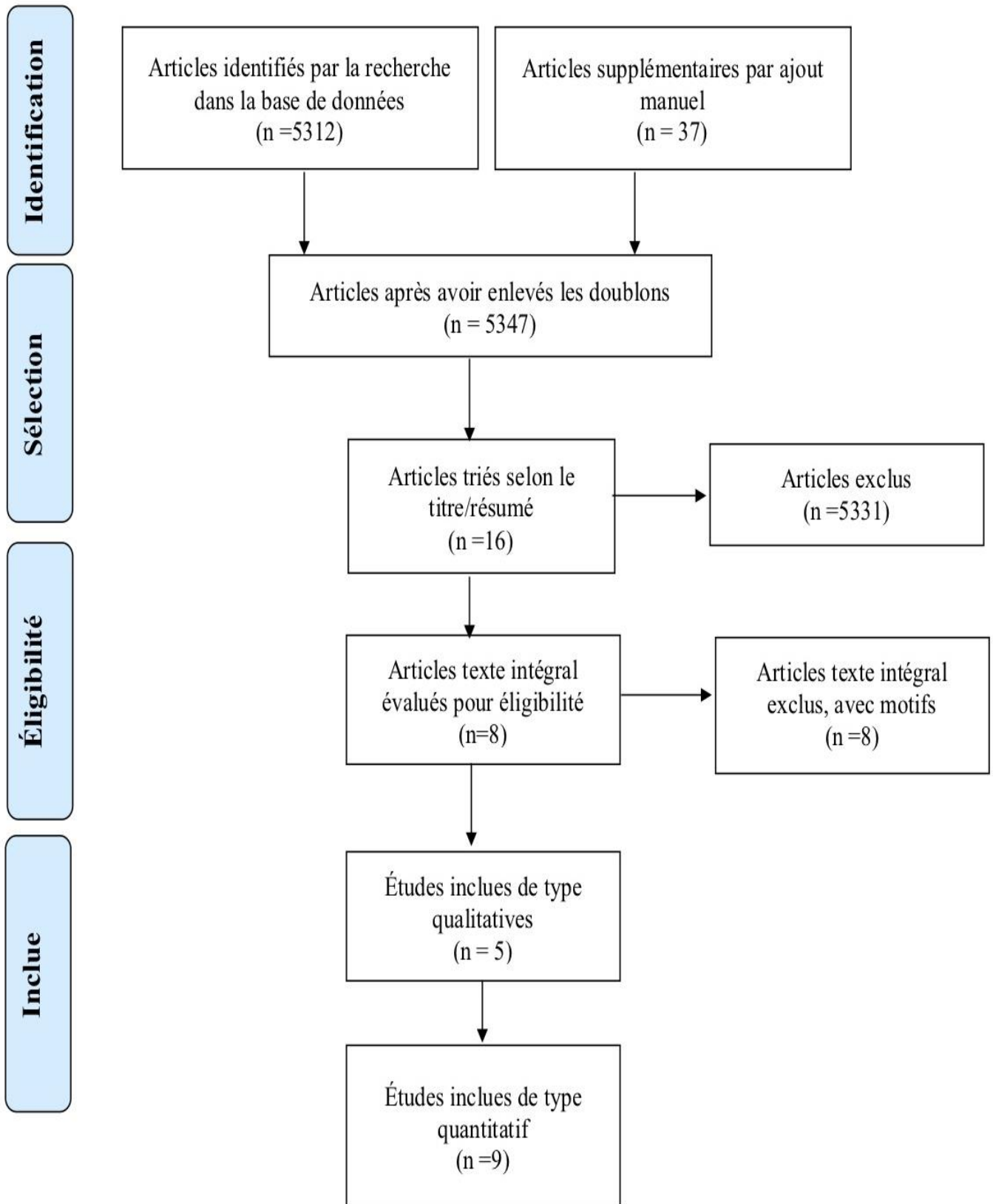


Figure 4 : Diagramme de flux

L'analyse des articles sélectionnés a permis d'identifier des items propres aux trois critères de jugements principaux. Concernant le coût économique et de santé vis-à-vis de l'installation de l'accès direct les items sont : le coût moyen par patient par épisode de soin, les dépenses associées à des référencement supplémentaires, les dépenses associées à des prescriptions d'antalgiques et les dépenses par épisode de soin (au niveau du système de santé publique).

Concernant la sécurité et l'efficacité de la prise en charge par un physiothérapeute les items sont le nombre de consultation supplémentaire prise chez le médecin traitant, le temps d'attente, la durée des symptômes, le nombre de jours absent au travail, la durée de séjour, le temps de traitement, le nombre de consultation chez le médecin traitant, le nombre d'orientation chez un spécialiste, le nombre de congé maladie, le nombre de prescription d'analgésique.

Concernant la satisfaction du patient vis à vis d'une prise en charge par un physiothérapeute, elle a été évaluée par des questionnaires de satisfaction.

Des tableaux de synthèse ont été réalisés afin de regrouper l'ensemble des études et les données pertinentes à extraire : le type d'étude, les critères de jugements correspondants, les populations étudiées, le cadre, le rôle du physiothérapeute et la taille de l'échantillon (tableaux I et II). Les huit études incluses sont :

- 2 études quasi-expérimentales (Bishop et al., 2017 ; Holdsworth et al., 2006) dont une contrôlée et randomisée (Bishop et al., 2017) ;
- 2 études observationnelles rétrospectives (Bornhöft, Larsson, & Thorn, 2015; Ludvigsson & Enthoven, 2012)
- 4 études longitudinales et comparatives (Bird, Thompson, & Williams, 2016; Holdsworth, Webster, & McFadyen, 2007; Mallett, Bakker, & Burton, 2014; Taylor et al., 2011)

Tableau I : Synthèse PICO des études incluses, partie 1

| Auteurs | Type d' étude | Critère(s) de jugement | Cadre | Rôle du physiothérapeute | Population | N |
|--------------------------|--|------------------------------------|--|--|---|----------------------------------|
| Bird et al. (2016) | Étude longitudinale et comparative | Sécurité | Service d'urgence dans 10 hôpitaux, 5 états, Australie | Physiothérapeute de premier contact (PPC) | Population se présentant aux urgences pour un problème musculosquelettique | 137 481 |
| Bishop et al. (2017) | Étude pilote d'essai contrôlée randomisé | Sécurité + Patient + Coût de santé | 4 centres de pratique générale, Cheshire, Angleterre | Prise en charge d'un patient en accès direct ou après visite chez un médecin généraliste | Age > 18 ans se présentant chez leur généraliste ou au service de physiothérapie pour un problème d'ordre musculosquelettique | 978 |
| Bornhoft et al. (2014) | Étude rétrospective | Sécurité | 2 Cliniques de soins de santé primaires Rothernburg, Suède | Prise en charge d'un patient en accès direct | Age entre 16 et 64 ans ayant un problème d'ordre musculosquelettique | 1918 sur 1 an et 2175 sur 6 mois |
| Holdsworth et al. (2006) | Étude quasi-expérimentale | Sécurité | 29 sites de pratique générale, Ecosse | Accès direct ou après suggestion d'un médecin généraliste | Age > 18 ans avec un problème d'ordre musculosquelettique | 3010 |

Tableau II: Synthèse PICO des études incluses, partie 2

| Auteurs | Type d' étude | Critère(s) de jugement | Cadre | Rôle du physiothérapeute | Population | N |
|--------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|---|--|------|
| Holdsworth et al. (2007) | Étude longitudinale et comparative | Coût de santé | 26 sites de pratique générale, Ecosse | Accès direct ou après suggestion d'un médecin généraliste | Patient jugé approprié pour une intervention du physiothérapeute | 3010 |
| Ludvigsson et al. (2012) | Étude observationnelle rétrospective | Patient + Sécurité | Centre de soins de santé primaires + Clinique d'évaluation en physiothérapie, Suède | Accès direct | Age > 18 ans ou sous accord parental avec des problèmes d'ordre musculosquelettique | 432 |
| Mallet et al. (2014) | Étude longitudinale et comparative | Patient + Sécurité + Coût de santé | Service de physiothérapie de soin primaire | Accès direct par téléphone puis en présentiel si besoin | Problème de l'ordre musculosquelettique | 194 |
| Taylor et al. (2011) | Étude longitudinale et comparative | Sécurité + Patient | Service d'urgence dans 3 hôpitaux métropolitains de Melbourne, Australie | Physiothérapeute de premier contact (PPC) ou physiothérapeute de contact secondaire (PCS) (après consultation d'un médecin) | Population âgée de >18 ans se présentant aux urgences pour un problème musculosquelettique | 315 |

Dans l'étude de Bishop et al. (2017), il y avait deux groupes différents. Le groupe interventionnel correspondait à une population de patients pris en charge par un physiothérapeute en accès direct puis suivi par un médecin généraliste et le physiothérapeute en question dans le temps. Le groupe contrôle correspondait à une population de patients ayant un entretien en accès direct avec le médecin généraliste puis suivi dans le temps par ce même médecin et un physiothérapeute.

Dans l'étude de Bornhoft et al., (2014), il y avait deux cliniques qui représentaient les deux groupes. Dans la clinique A, les patients étaient pris en charge en accès direct par des physiothérapeutes. Dans la clinique B, les patients rencontraient en premier lieu un médecin généraliste puis étaient ré-orientés, si besoin, pour voir un physiothérapeute.

Dans l'étude de Bird et al., (2016), dans un service d'urgence, l'auteur comparait un groupe de patient pris en charge par un physiothérapeute en accès direct et un autre groupe de patient pris en charge par d'autres professionnels de santé.

Dans l'étude de Taylor et al., (2011), un premier groupe de patient était pris en charge par un physiothérapeute en accès direct et l'autre groupe était pris en charge par un physiothérapeute en deuxième intention après avoir vu un médecin.

Dans l'étude de Mallett et al., (2014), il y avait deux groupes de comparaison mais trois groupes d'études. La comparaison se faisait entre un groupe de patients pris en charge par un physiothérapeute en accès direct et un autre groupe suivant un parcours de soins classique avec un médecin généraliste. Mais nous pouvons discerner 3 groupes d'études :

- i. Patient allant vers le physiothérapeute en accès direct selon leur propre choix ;
- ii. Patient allant vers le physiothérapeute en accès direct sur recommandation de leur médecin ;
- iii. Patient allant voir directement leur médecin généraliste.

Dans l'étude de Ludvigsson et al., (2012), après que les patients aient appelé la clinique pour prendre rendez-vous en rapport avec un problème musculo-squelettique, deux groupes ont été constitués. Un premier était reçu par un physiothérapeute en première intention puis un deuxième voyait en premier un médecin généraliste comme groupe contrôle.

Dans l'étude de Holdsworth (2006), il y avait trois groupes de comparaison. Le premier était composé de patient venant voir un physiothérapeute en accès direct sans recommandation, le deuxième était composé de patients venant voir un physiothérapeute en accès direct après recommandation du médecin traitant, enfin le troisième était composé de patient allant voir leur médecin traitant qui fournissait une prescription pour consultation auprès d'un physiothérapeute si nécessaire.

Dans l'étude de Holdsworth (2007), ce sont les mêmes groupes qu'une année plus tôt sauf qu'il n'étudie que l'aspect économique de l'accès direct.

Un niveau de preuve a été attribué à chacune des études à partir de l'échelle CEBM, l'ensemble de cette attribution a été résumé dans le tableau III.

Tableau III : Niveau de preuve des études

| Auteurs | Niveau de preuve |
|--------------------------|-------------------------|
| Bird et al. (2016) | Niveau 4 |
| Bishop et al. (2017) | Niveau 2 |
| Bornhoft et al. (2014) | Niveau 4 |
| Holdsworth et al. (2006) | Niveau 3 |
| Holdsworth et al. (2007) | Niveau 4 |
| Ludvigsson et al. (2012) | Niveau 4 |
| Mallett et al. (2014) | Niveau 3 |
| Taylor et al. (2011) | Niveau 4 |

La présentation des résultats se fait selon trois parties distinctes qui correspondent aux critères de jugements principaux préalablement détaillés dans la partie méthodologie. Des tableaux de synthèse (tableaux V et VI) ont été réalisés à la fin de la description des résultats.

3.1. Coût de santé

Trois études ont évalué comme critère de jugement principal les coûts de santé. Dans une première étude, il était évalué entre les deux groupes la différence du nombre de visites chez le médecin traitant, du nombre d'examens complémentaires prescrits, du nombre de consultations avec d'autres spécialistes et du nombre de jours d'hospitalisation résultant de chirurgie (Bishop et al., 2017). La majorité des résultats cliniques sont descriptifs. L'étude n'était qu'un préambule (étude pilote) à la préparation d'une étude de plus grande envergure (i.e. étude contrôlée randomisée). Par conséquent, les auteurs n'ont pas insisté sur les valeurs de p pour les tests statistiques inférentiels réalisés. Ainsi, une différence a pu être observée entre les groupes mais la différence statistique n'a pas été évaluée. Dès lors, le résumé de ces résultats a été fait à partir des moyennes et des intervalles de confiance (IC) à 95%. Ainsi, concernant les coûts de santé, le groupe contrôle présentait plus de visites chez le médecin traitant, plus d'examens complémentaires, plus de consultations avec d'autres spécialistes et plus de jours d'hospitalisation résultant de chirurgie. Par contre, dans le groupe d'intervention, il y avait plus de visites chez le physiothérapeute. D'après cette même étude, les coûts moyens des services nationaux par patient étaient légèrement moins importants pour le groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct (940 £ dans le groupe intervention contre 951 £ dans le groupe contrôle) mais avec une incertitude très importante dans les estimations (IC à 95 % de différence -363,27 à +340,83). Ensuite, sur 12 mois, la proportion de patients ayant déclaré s'être absenté au travail à cause de leurs problèmes musculo-squelettiques était semblable entre les deux groupes. Cependant, il a été observé que le groupe interventionnel avait une diminution du nombre de jours de congés déclarés et une baisse des coûts au cours des 12 mois de suivi. Toutefois, la perte de productivité et les coûts découlant de la baisse de productivité au travail étaient plus élevés dans le groupe interventionnel.

Dans une deuxième étude (Mallett, 2014), les coûts de santé ont été évalués à partir du tarif convenu par les commissionnaires locaux. Une comparaison du coût moyen par patient par épisode de soins a été effectuée entre les deux groupes. L'étude a montré une différence statistiquement significative en faveur du groupe ayant reçu la physiothérapie en accès direct comparativement au groupe recevant la prise en charge usuelle dirigée par le médecin concernant le nombre d'absence aux premiers rendez-vous ($p = .016$) et le nombre moyen de

contact ($p < .001$). Effectivement une économie moyenne de 36,42 £ par patient et par épisode de soins a été calculée, mais il n'y a pas eu de calcul statistique pour montrer une différence significative. De plus, une analyse statistique des dépenses, utilisant des précédents modèles d'accès direct à la physiothérapie (Department of Health, 2008; Holdsworth et Webster, 2004) prévoyait aussi une économie par an entre 84 387.80 £ et 124 472.06 £ pour le service de physiothérapie, mais l'article ne présentait ni les données prises en compte ni les calculs effectués.

Enfin, dans une troisième étude (Holdsworth et al., 2007), les données en rapport avec les dépenses du système de la santé publique d'Angleterre ont été identifiées et mis en lien avec les données cliniques obtenues au cours de l'étude, le coût de chaque acte ou élément est référencé dans le tableau IV (Chartered Society of Physiotherapy, 2005b, 2005a; Ed (2205), 2005; Scottish Health Service, 2004a, 2004b, 2004c). Les coûts associés à chacun de ces actes ou éléments ont été obtenus à partir de sources nationales validées, les corps de métier et de la *division de l'information et de la statistique de l'exécutif écossais* (Statistics Division of the Scottish Executive (ISD)). A partir de renseignements, datant de 2004, l'année de mise en place de l'accès direct en Ecosse, ces coûts ont pu être établis. Les médicaments choisis comme référence pour la prescription de médicaments sont les anti-inflammatoire non stéroïdiens et les antalgiques car ce sont les médicaments les plus couramment prescrits pour des troubles musculo-squelettiques (Scottish Health Service, 2004b) mais les auteurs ont pris aussi en compte les médicaments prescrits par les physiothérapeutes. Pour les principaux groupes de médicaments, des tarifs nationaux existent. Ils sont calculés annuellement par la ISD et ont été utilisés dans cette analyse. Les coûts associés aux rendez-vous chez le médecin traitant sont établis chaque année par les organisations du ministère de la Santé du Royaume-Uni. Le calcul tient compte des coûts salariaux et des frais généraux des praticiens répartis sur 40 semaines par année. Il a été établi pour celui de 2004. Par contre, en ce qui concerne les dépenses pour une prise en charge en physiothérapie externe, les auteurs ont dû faire un calcul en fonction des coûts salariaux moyens pour 2004, évidemment avec la même méthode que celle pour calculer les dépenses pour un rendez-vous chez le médecin traitant. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour analyser les dépenses des interventions ou approches en matière de soins. Dans cette étude, lorsque qu'il n'y a pas de différence statistique entre les résultats, la méthode choisie est la minimisation des coûts qui se concentre seulement sur la différence de dépense. Les résultats obtenus au cours de l'étude montrent une différence statistiquement significative pour la quantité de référencements supplémentaires ($p < .001$) dans l'intérêt du groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct. Plus spécifiquement, il a été relevé une

diminution d'examens complémentaires tels que la radiographie (7,3% pour le groupe intervention avec un physiothérapeute en accès direct (sans suggestion) vs 13,6% pour le groupe contrôle avec un médecin généraliste) et une diminution de la quantité de prescription pour des rendez-vous chez d'autres professionnels (1,4% pour le groupe intervention avec un physiothérapeute en accès direct vrai versus 3,1 % pour le groupe contrôle avec un médecin généraliste) pour le groupe de patient pris en charge par un physiothérapeute en accès direct (groupe interventionnel). Une différence statistiquement significative a été aussi observée en rapport avec la prescription d'anti-inflammatoire non stéroïdiens et d'antalgiques ($p < .0001$), toujours en faveur du groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct. Les patients étant dans le groupe interventionnel se faisaient prescrire beaucoup moins de médicaments que le groupe pris en charge en première intention par leur médecin traitant (32,2 % pour le groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct sans suggestion versus 42,7% pour le groupe pris en charge en première intention par un physiothérapeute après suggestion de leur médecin et 44,1% pour le groupe pris en charge par leur médecin traitant). Les dépenses par épisode de soins ont été calculées en appliquant la tableau IV en incluant les proportions obtenues des résultats précédents. D'après les résultats, les dépenses étaient moins importantes dans le groupe d'accès direct de physiothérapie sans recommandation que dans les deux autres groupes comprenant l'accès direct par recommandation du médecin traitant et le groupe accès direct par médecin traitant (£ 66.31, £ 79.50 et £ 89.99, respectivement). Par contre, aucune information concernant une différence statistique significative n'a été précisée à propos de ces dépenses. Ainsi, même si les résultats sont en faveur du groupe avec un physiothérapeute en accès direct, nous ne pouvons pas conclure en faveur du groupe ayant un physiothérapeute en accès direct.

Tableau IV : Données clés relatives aux coûts pour le service national de santé (NHS) d'Écosse en 2004

| Élément de coût/nature comptable | Coût |
|---|--------------------|
| Frais de rendez-vous chez le médecin généraliste par rendez-vous | Coût moyen = £18 |
| Frais de physiothérapie par contact | Coût moyen = £9.10 |
| Imagerie par résonance magnétique (IRM) : coût par élément | £152.35 |
| Radiographie : coût par élément | £54.50 |
| Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens (AINS) : coût moyen par article | £10.39 |
| Analgesie : coût moyen par article | £7.50 |
| Orientation vers les soins secondaires : coût par référence ambulatoire | £82 |

3.2. Patient

Au cours des études de Ludvigsson (2012), Bishop (2017), les caractéristiques des patients ont été comparées entre les groupes (Bishop et al., 2017; Ludvigsson & Enthoven, 2012). Une différence statistiquement significative était observée dans la population de l'étude de Ludvigsson (2012) pour le nombre de femmes ($p = .012$). Par contre, il n'y avait pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne la moyenne d'âge ($p = .132$), la durée du problème actuel ($p = .940$), la localisation de la douleur (cervicale ($p = .939$), épaule/bras ($p = .509$), lombaire ($p = .176$), hanche/jambe ($p = .192$)). Ces résultats nous montrent que la population présentait un signe d'hétérogénéité.

Comme expliqué dans la partie précédente, l'étude de l'équipe de Bishop et al. (2017) est une étude pilote précédant la préparation d'une étude de plus grande échelle, ainsi aucune valeur de p n'a été calculée. De ce fait, l'étude ne décrit que les caractéristiques des patients. Les groupes avaient des caractéristiques similaires mais aucun intervalle de confiance n'a été donné pour appuyer ces affirmations.

La satisfaction des patients a été évaluée dans plusieurs études telles que celle de Mallett et al. (2014), Taylor et al. (2011) et Ludvigsson et al. (2012).

Au cours de son étude l'équipe de Mallett (2014) a choisi, sous recommandation de la société de physiothérapie agréé (Chartered Society of Physiotherapy - CSP), le questionnaire EQ-5D-5L (qui est construit à partir du questionnaire original EQ-5D-3L) pour évaluer la satisfaction des patients. Ce questionnaire est réparti en deux sections :

1. Cinq dimensions de la santé (mobilité, auto-soins, activités habituelles, douleur ou inconfort, et anxiété ou dépression) sont évaluées par le participant selon une échelle de *likert* de cinq points (aucun problème, problèmes légers, problèmes modérés, problèmes graves et problèmes extrêmes) qui décrit au mieux sa santé. La combinaison de ces catégories définit un total de 3 125 états de santé. Chaque état de santé est converti en une valeur d'indice unique de santé théorique comprise entre -1 et +1 en appliquant une formule (référence) qui est facilement accessible à l'aide de la calculatrice produite par CSP (référence)
2. Le participant enregistre sa santé globale sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 0 à 100, indiquant un score entre son état de santé le plus mauvais et le meilleur qu'on puisse imaginer.

Les résultats du questionnaire EQ-5D-5L entre les deux groupes sont similaires dans cette étude et aucun calcul statistique n'a été fait.

Dans l'étude de Taylor et al. (2011), la satisfaction des patients a été évaluée à partir d'un questionnaire d'enquête établi par McClellan et al. (McClellan, Greenwood, & Benger, 2006). Ce questionnaire est réparti en sept points sur lesquels il est calculé le pourcentage de personnes « tout à fait d'accord ». Ces sept points sont :

1. J'ai eu le sentiment d'avoir reçu de bons conseils et de l'information sur mon état de santé ;
2. J'ai eu assez de temps pour poser des questions et discuter de ma blessure ;
3. Je me sentais confiant que le membre du personnel pourrait s'occuper de mon état ;
4. J'étais confiant que le membre du personnel aurait obtenu un deuxième avis si nécessaire ;
5. Le membre du personnel a expliqué les résultats de son évaluation ;
6. Le membre du personnel m'a expliqué ce qui se passerait ensuite en ce qui concerne ma blessure ;
7. Dans l'ensemble, j'ai été satisfait du traitement que j'ai reçu.

Pour chaque point, il est remarquable que le groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct présente des pourcentages plus élevés que le groupe contrôle. Mais, il n'y a une différence statistiquement significative ($p < .05$) que pour les points 2, 4 et 5. Aucune autre donnée statistique n'a été fournie pour appuyer le questionnaire.

Ludvigsson et al. (2012) ont utilisé le questionnaire EQ-D5 pour évaluer la satisfaction des patients. C'est un questionnaire fiable et valide qui se compose de cinq éléments convertis en un indice sommaire et une échelle visuelle analogique (EQ EVA) enregistrant l'état de santé auto-évalué du répondant sur une échelle allant de 0 à 100 (Brazier, Jones, & Kind, 1993; van Agt, Essink-Bot, Krabbe, & Bonsel, 1994). Il y avait une échelle à 5 niveaux pour évaluer, à l'égard des soins, le niveau de confiance perçu par le patient pour le physiothérapeute ou le médecin traitant mais aussi pour évaluer le trouble actuel, l'obtention de renseignements suffisants sur leur trouble actuel et les soins auto-administrés, et la capacité de la personne à affecter son trouble actuel. L'étude montre une différence statistiquement significative en faveur du groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct pour seulement trois points du questionnaire qui sont :

1. Confiance totale en la capacité d'évaluer le trouble ($p = .002$),
2. Renseignements suffisants sur le trouble ($p < .001$),
3. Suffisamment d'information sur ces soins personnels ($p < .001$).

L'étude montrait que le groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct donnait des meilleurs scores pour chaque question mais aucune valeur statistique n'était donnée.

3.3. Efficacité et Sécurité

Le nombre de patient ayant eu des rendez-vous supplémentaires chez le médecin traitant a été évalué dans l'étude de Ludvigsson (Ludvigsson & Enthoven, 2012) en suivant le dossier médical du patient au cours des 3 mois de suivi. Une différence statistiquement significative a été observée entre les deux groupes ($p < .001$) soutenant le groupe pris en charge par le physiothérapeute en accès direct qui avait moins de rendez-vous supplémentaires chez le médecin traitant.

Les temps d'attentes ont été évalués dans l'étude de Taylor, Mallett, Bird et Holdsworth (2006). Premièrement, dans l'étude de Taylor (2011), le temps d'attente était défini comme la différence entre l'heure d'arrivée et l'heure de l'évaluation médicale ou « physiothérapeutique » initiale. Ce temps d'attente était inférieur de 25 minutes pour le groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct par rapport au groupe contrôle (95% IC 12,1 à 38,0 minutes), aucune valeur de p n'était donnée pour ce résultat. Par contre, le temps d'attente n'était pas le même en fonction de la catégorie dans laquelle se trouvait le patient. Les patients étaient répartis selon plusieurs groupes de catégories en fonction de l'Échelle de Triage Australienne (Australasian College for Emergency Medicine, West Melbourne (Australia), 2013) qui trie les patients selon 5 catégories. La catégorie 1 fait partie des urgences à gérer immédiatement, la catégorie 4 fait partie des cas où les urgences doivent être traitées en moins de 60 min et la catégorie 5 en moins de 120 min. Une différence statistiquement significative a été remarquée pour un temps d'attente inférieur à 120 min pour un patient de catégorie 5 ($p < .05$) en faveur du groupe pris en charge par un physiothérapeute mais statistiquement non significative pour un temps d'attente inférieur à 60 min pour un patient de catégorie 4 ($p > .05$). Ainsi le temps d'attente pour un patient de catégorie 5 pris en charge par un physiothérapeute en accès direct a été statistiquement inférieur à celui d'un patient de catégorie 5 pris en charge par un physiothérapeute en deuxième intention, la différence n'a pas pu être montrée pour le groupe de patient de catégorie 4

Par la suite, dans l'étude de Mallett (2014), le temps d'attente n'a pas été défini de manière explicite. Mais, à l'interprétation du texte, il correspondait à la différence entre le jour de prise de rendez-vous par téléphone et le jour du rendez-vous pour la première rencontre avec le professionnel en fonction du groupe auquel le patient est attribué. La différence du temps d'attente était statistiquement significative ($p < .001$) en faveur du groupe pris en charge par un

physiothérapeute en accès direct avec une moyenne de 3,55 jours pour le groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct contre 30,99 jours pour le groupe contrôle.

Bird et al. (2016) ont défini le temps d'attente par le temps écoulé entre la présentation au service et le début de la prise en charge, le tout exprimé en minutes. L'étude montre que dans chaque site où la comparaison entre les deux groupes était faite, le groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct avait un temps d'attente réduit par rapport à l'autre. Malheureusement, aucun calcul statistique n'a été réalisé donc il n'est pas possible, avec les données actuelles, de savoir s'il existe une différence statistiquement significative.

Enfin, dans la quatrième étude le temps d'attente n'était, encore une fois, pas explicitement défini mais à la lecture de l'étude de Holdsworth et al. (2006), il correspondait à la différence entre le jour de prise de rendez-vous par téléphone et le jour du rendez-vous pour la première rencontre avec le professionnel en fonction du groupe auquel le patient est attribué. La mesure du temps d'attente entre les deux groupes montrait qu'il existait une différence statistiquement significative ($p < .001$) en faveur du groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct en absence de suggestion du médecin traitant. Ainsi le temps d'attente est moins important pour le groupe pris en charge par le physiothérapeute en accès direct.

La durée du séjour a été caractérisée comme étant la différence entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ par Taylor et al. (2011). Pour observer une diminution de la durée de séjour, il faut que le temps soit inférieur à 60 minutes (référence 8). Ainsi au cours de l'étude, il a été observé une réduction de 59,5 minutes (95% IC de 38,4 à 80,5 minutes) pour les patients pris en charge par un physiothérapeute en accès direct par rapport au groupe de patient pris en charge par un médecin traitant. De plus, il y avait une réduction de la durée du séjour de 58,3 minutes pour les patients de la catégorie 4 (95% IC 35,3 à 81,3 minutes) et de 46,2 minutes pour les patients de la catégorie 5 (95% IC 5,4 à 87,1 minutes). Mais, concernant ces résultats, la valeur de p n'a été évoqué pour aucun. Par contre, il a été observé que pour une durée de séjour inférieur à 240 minutes (temps standard pour les patients non admis dans un lit), il y avait une différence statistiquement significative en faveur du groupe d'intervention ($p < .05$), ce qui signifie qu'une plus grande proportion des patients pris en charge par un physiothérapeute en accès direct avait une durée de séjour inférieur à 240 minutes.

Dans l'étude de Holdsworth de 2006, la durée des symptômes a été prise en compte, mais ces caractéristiques n'ont pas été définies. Malgré cela, il a été constaté une différence statistiquement significative ($p = .011$) pour le groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct. De plus, dans cette même étude, le nombre de jours d'absence au travail était

mesuré. Il a été observé une différence statistiquement significative ($p = .048$) en faveur du groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct. Il en est de même pour le groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct sans suggestion du médecin traitant, qui était le groupe dans lequel le nombre de jours d'absence au travail était le plus bas (20% patient auto-référencé, 28% patient référencé à la physiothérapie sous suggestion du médecin et 28% patient pris en charge par un médecin).

De même, dans l'étude de Holdsworth et al. (2006), il a été comparé la proportion de patient dans chaque groupe qui complétait leur programme de rééducation. Par contre, aucun critère particulier ne définissait la fin d'un programme de rééducation. Mais une différence statistiquement significative ($p = .002$) était observable entre les groupes toujours en faveur du groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct, plus spécifiquement le groupe pris en charge sans suggestion d'un médecin traitant.

Le temps de traitement a été mesuré au cours de deux études : celle de Bird et al. (2016) et celle de Taylor et al. (2011). Dans l'étude de Bird et al. (2016), le temps de traitement a été défini comme le temps écoulé entre le début de la prise en charge et la fin de celle-ci. La conclusion de l'étude sur le temps de traitement est que la prise en charge par un physiothérapeute en première intention est plus rapide que celle d'un médecin traitant, mais aucune donnée statistique n'a été donnée pour soutenir cette information.

Dans celle de Taylor et al. (2011), le temps de traitement était défini comme la différence entre l'évaluation médicale ou de physiothérapie et l'heure de départ. Il était montré le temps de traitement était inférieur de 34,9 min (95% IC 16,2 à 53,6 minutes) pour le groupe pris en charge par un physiothérapeute en première intention, mais aucune donnée statistique, à part l'intervalle de confiance, n'a été donnée pour appuyer ce résultat. Également, toujours dans cette même étude les re-consultations aux urgences dans les quatre semaines qui suivent la prise en charge ainsi que le nombre d'orientations vers la radiologie ont été mesurés. Il a été estimé que les résultats étaient semblables entre les deux groupes pour ces deux critères d'évaluations. Encore une fois aucune donnée statistique n'a été fournie pour confirmer cette similarité.

Le temps avant le congé a été calculé, dans l'étude de Bird et al. (2016), comme le temps en minute entre la présentation dans le service et le congé du service d'urgence. L'étude présentait que 92,7% des patients pris en charge par un physiothérapeute en accès direct avaient reçu leurs congés du service en moins de quatre heures contre 74,5% pour les patients pris en charge par un médecin traitant. Toutefois, aucune analyse statistique n'a été réalisée pour démontrer une différence statistiquement significative.

Dans l'étude de Bornhoft et al. (2014), plusieurs critères d'évaluation ont été utilisés pour mesurer l'efficacité et la sécurité de la prise en charge d'un physiothérapeute en accès direct. Ces critères d'évaluations sont le nombre de visites chez le médecin traitant, le nombre de renvois chez un spécialiste, le nombre de congé maladie et le nombre de prescriptions d'analgésiques. Ces mesures ont été faites sur 6 mois de suivi puis sur 12 mois de suivi. Sur 6 mois, pour l'ensemble des critères, les chercheurs ont trouvé une différence statistiquement significative en faveur du groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct pour le nombre de visite chez le médecin traitant ($p < .001$), le nombre de renvois chez un spécialiste ($p < .001$), le nombre de congés maladie ($p < .001$) et le nombre de prescriptions d'analgésiques ($p < .001$). De plus, sur 12 mois de suivi, les auteurs ont de nouveau trouvé une différence statistiquement significative, toujours en faveur du groupe pris en charge par le physiothérapeute en accès direct sur l'ensemble des quatre critères d'évaluations pour le nombre de visite chez le médecin ($p < .001$), le nombre de renvois chez un spécialiste ($p < .001$), le nombre de congé maladie ($p < .001$) et le nombre de prescriptions d'analgésiques ($p < .001$).

Enfin dans l'étude de Bishop et al. (2017), la fonction physique a été évalué dans le temps à partir du questionnaire SF-36 PCS *résumé de la composante physique* (Physical Component Summary (PCS)). Ce questionnaire pose 36 questions pour mesurer la santé fonctionnelle et le bien-être du point de vue du patient. C'est une mesure pratique, fiable et valide de la santé physique et mentale qui peut être effectuée en cinq à dix minutes (Angst, Aeschlimann, & Stucki, 2001; Kosinski, Zhao, Dedhiya, Osterhaus, & Ware, 2000; Norman, Sloan, & Wywich, 2003; Ware, Kosinski, & Bjorner, 2007). Les résultats obtenus par les auteurs au cours du temps entre les deux groupes étaient similaires, mais aucun calcul statistique n'a été réalisé pour le démontrer.

Tableau V : Synthèse résultats, partie 1

* $p < .05$

** $p < .01$

† pas de justification statistique

pas de différence statistiquement significative

| Auteurs | Type de comparaison évaluées | Principaux résultats à partir des résultats de mesure |
|--------------------------|---|--|
| Bird et al. (2016) | <p>Efficacité et Sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps d'attente - Temps de traitement - Proportion de patient en congé du service en moins de 4h | <p>Efficacité et Sécurité : Pour le groupe physiothérapeute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente inférieur† • Temps de traitement inférieur† • Proportion plus importante de patient en congé du service en moins de 4h† |
| Bishop et al. (2017) | <p>Coût de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de visites chez le médecin traitant - Nombre de visites chez le physiothérapeute - Nombre d'examen complémentaires prescrits - Nombre de consultations avec d'autres spécialistes - Nombre de jours d'hospitalisation résultant de chirurgie - Coût moyen aux services nationaux par patient <p>Patient : Caractéristiques des patients</p> <p>Efficacité et Sécurité : Fonction physique (questionnaire SF-36v2)</p> | <p>Coût de santé : Pour le groupe physiothérapeute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de visites chez le médecin traitant inférieur† • Nombre d'examen complémentaires prescrits inférieur† • Nombre de consultations avec d'autres spécialistes inférieur† • Nombre de jours d'hospitalisation résultant de chirurgie inférieur† • Coût moyen aux services nationaux par patient inférieur† • Nombre de visites chez le physiothérapeute supérieur† <p>Patient : Caractéristiques similaires des patients similaires entre les deux groupes†</p> <p>Efficacité et Sécurité : Résultats similaires pour la fonction†</p> |
| Bomhoff et al. (2014) | <p>Efficacité et Sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de visite chez le médecin traitant - Nombre de renvoi chez un spécialiste - Nombre de congé maladie - Nombre de prescription d'analgésique | <p>Efficacité et Sécurité : Pour le groupe physiothérapeute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de visite inférieure** • Nombre de renvoi chez un spécialiste inférieur** • Nombre de congé maladie inférieur** • Nombre de prescription d'analgésique inférieur** |
| Holdsworth et al. (2006) | <p>Efficacité et Sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps d'attente - Durée des symptômes - Nombre de jour absent au travail - Proportion des patients complétant leurs programmes de rééducation | <p>Efficacité et Sécurité : pour le groupe physiothérapeute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente inférieur** • Durée symptômes inférieur* • Plus grande proportion de patients complétant leurs programmes de rééducation* • Nombre de jour absent au travail inférieur* |

Tableau VI : Synthèse résultats, partie 2

* p<.05

** p<.01

† pas de justification statistique

pas de différence statistiquement significative

| Auteurs | Type de comparaison évaluées | Principaux résultats à partir des résultats de mesure |
|--------------------------|--|--|
| Holdsworth et al. (2007) | <p>Coût de santé : Dépenses du système de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de référencement supplémentaires - Nombre de prescription d' antalgiques - Dépenses par épisode de soin | <p>Coût de santé : Pour le groupe physiothérapeute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de référencement supplémentaire inférieur** • Prescription d' antalgiques inférieure** • Dépense par épisode de soin inférieur† |
| Ludvigsson et al. (2012) | <p>Patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristique des patients - Questionnaire de satisfaction patient (EQ-D5) <p>Efficacité et Sécurité :</p> <p>Nombre de rendez-vous supplémentaire pris chez le médecin traitant</p> | <p>Patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plus grande proportion de femme pour le groupe physiothérapeute* • Caractéristiques similaires entre les deux groupes selon d' autres critères# • Meilleurs scores au questionnaire pour le groupe physiothérapeute† <p>Efficacité et Sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rendez-vous supplémentaire pris chez le médecin traitant inférieur pour le groupe physiothérapeute** |
| Mallett et al. (2014) | <p>Coût de santé : Coût moyen par patient par épisode de soin</p> <p>Patient : Questionnaire satisfaction patient (EQ-5D-5L)</p> <p>Efficacité et Sécurité : Temps d' attente</p> | <p>Coût de santé : Diminution du coût moyen par patient par épisode de soin pour le groupe physio†</p> <p>Patient : Résultats similaires au questionnaire entre les 2 groupes†</p> <p>Efficacité et Sécurité : Temps d' attente inférieur pour le groupe physio**</p> |
| Taylor et al. (2011) | <p>Patient : Questionnaire satisfaction patient (McClellan)</p> <p>Efficacité et Sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps d' attente - Durée de séjour - Temps de traitement | <p>Patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meilleurs scores au questionnaire pour le groupe physio† <p>Efficacité et sécurité : Pour le groupe physio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps d' attente inférieur† • Durée de séjour inférieur† • Temps de traitement inférieur† |

4. Discussion

4.1. Principaux résultats et implication pour la pratique

L'objectif de cette revue fut d'évaluer le modèle de soin intégrant l'accès direct à la kinésithérapie pour les patients présentant une affection musculo-squelettique. Ainsi, nous nous sommes intéressés aux critères de jugements et aux items de ceux-ci, qui sont, la qualité des soins, les résultats de la prise en charge, la sécurité des patients, le coût des soins et l'utilisation des ressources par rapport aux soins usuels.

D'un point de vue économique, les études semblent mettre en évidence que la prise en charge de patients présentant une affection musculo-squelettique par un physiothérapeute en accès direct permet de réduire les coûts de santé par la diminution du nombre de prescription d'exams complémentaires, du nombre de visites chez le médecin, du nombre de prescription médicamenteuse et des dépenses liées au nombre d'épisode de soins. De plus, cet accès direct semble diminuer le nombre de consultation chez le médecin traitant mais semble augmenter le nombre de consultation chez le physiothérapeute. Cependant, l'ensemble des coûts associés à ces consultations semblent inférieur au groupe ayant été référencé par le médecin traitant (voir tableau VI), bien qu'il soit nécessaire de prendre ces résultats avec parcimonie car les résultats statistiques n'ont pas été communiqués.

Du point de vue du patient, la satisfaction vis à vis de la prise en charge par un physiothérapeute en accès direct semblait supérieure à celle d'un médecin généraliste.

Enfin, d'un point de vue de la sécurité, l'accès direct à la physiothérapie ne semble pas présenter de risque pour la santé du patient en termes de diagnostic différentiel par rapport à une consultation médicale. De plus, les temps d'attente et de prise en charge (temps de traitement) ont été diminués, le suivi de la rééducation fût de meilleure qualité et le nombre de congé maladie et de jours d'absent ont été également diminué.

Il est important de garder à l'esprit que ces études ont été réalisées dans différents pays : Ecosse, Angleterre, Suède et Australie. Le système de santé n'est pas le même qu'en France. Cela peut donc influencer les interprétations que nous pourrions faire. De plus, le système de formation des masseurs-kinésithérapeute reste différent même si aujourd'hui, la réforme de santé de 2015, permet de se rapprocher d'un système de formation équivalent à ces pays.

De ce fait, les systèmes de soins étant différents au sein de ces pays nous pouvons nous demander si les résultats de ces études sont transposables au système de santé français bien que nous pouvons tout de même nous inspirer de leurs résultats.

4.2. Comparaison avec une précédente revue systématique

En 2014, une revue systématique (Ojha, Snyder et Davenport, 2014) exprime l'idée selon laquelle l'accès direct auprès des physiothérapeutes permettrait une diminution des soins et une amélioration des problèmes de santé des patients. L'objectif de cette étude était d'analyser les dépenses de soins et les problèmes de santé des patients avec un physiothérapeute en accès direct comparativement à de la physiothérapie prescrite par un médecin généraliste.

Dans un premier temps, les auteurs ont posé les sources de données dans lesquelles ils ont effectué leurs recherches : Ovid MEDLINE, CINAHL (EBSCO), Web of Science et PEDro. Ensuite les critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis. Les auteurs ont utilisé *Oxford 2011 Centre of Evidence-Based Medicine (CEBM) recommendations* pour noter chaque article selon le niveau d'évidence et *Downs and Black checklist* pour évaluer leur qualité méthodologique. Le niveau des études n'a pas été pris en compte pour les critères d'exclusion car ils avaient déjà très peu d'études.

Après introduction de leur équation de recherche, 1 527 articles sont sortis puis un tri selon le titre a été effectué et 171 articles ont été retenus. Un second triage a été effectué d'après le résumé et l'équipe a sélectionné 146 articles. Enfin, les articles ont été étudiés dans leur intégralité et le nombre final d'articles correspondant à l'ensemble des critères d'inclusion s'élevait à 8 articles (Hackett, Bundred, Hutton, O'Brien, & Stanley, 1993; Holdsworth & Webster, 2004; Holdsworth, Webster, & McFadyen, 2007; Leemrijse, Swinkels, & Veenhof, 2008; Mitchell & de Lissovoy, 1997; Moore et al., 2005; Pendergast, Kliethermes, Frebarger, & Duffy, 2012; Webster et al., 2008). Aucune des études rentrant dans les critères d'inclusion n'était randomisée.

Parmi les 8 études non randomisées, quatre étaient longitudinales et quatre autres étaient rétrospectives. Plusieurs points ont été étudiés et mesurés au cours des études, voici les résultats de la lecture de ces articles.

Du point de vue économique, dans l'ensemble des 6 études une prise en charge par un physiothérapeute en accès direct entraînerait des soins moins chers (Hackett et al., 1993; Holdsworth et al., 2007; Mitchell & de Lissovoy, 1997; Pendergast et al., 2012).

Du point de vue du nombre de visite auprès un physiothérapeute, les visites étaient beaucoup moins nombreuses dans le groupe d'accès direct dans 4 études (Holdsworth & Webster, 2004; Leemrijse et al., 2008; Mitchell & de Lissovoy, 1997; Pendergast et al., 2012). Aucune différence n'était observée dans 2 études (Hackett et al., 1993; Holdsworth et al., 2007).

Pour les 3 études (Hackett et al., 1993; Holdsworth et al., 2007; Mitchell & de Lissovoy, 1997) évaluant les tests et interventions complémentaires (interventions d'imagerie et pharmacologiques), la différence entre les 2 groupes était significative en faveur du groupe en

accès direct : moins de demande de médicaments (Mitchell & de Lissovoy, 1997), moins de prescriptions pour des médicaments (Hackett et al., 1993) et moins de prise de médicaments anti-inflammatoire non stéroïdien ou analgésiques (Holdsworth et al., 2007).

Vis à vis des rendez-vous avec les médecins généralistes, les services de consultation et les admissions à l'hôpital, 3 études ont mesuré ces critères (Hackett et al., 1993; Holdsworth & Webster, 2004; Webster et al., 2008). Le groupe ayant un physiothérapeute en accès direct voit moins souvent les autres professionnels de santé que le groupe ayant un physiothérapeute référé sous entendant que les patients restent en contact avec les autres professionnels de santé même s'ils ont un accès direct à la physiothérapie.

Concernant la satisfaction des patients, les études ont montré une meilleure satisfaction avec un physiothérapeute en accès direct (Hackett et al., 1993; Webster et al., 2008).

Au sujet du problème de santé du patient et de son dommage, 4 études l'ont évalué (Hackett et al., 1993; Holdsworth & Webster, 2004; Holdsworth et al., 2007; Leemrijse et al., 2008). Les patients aboutissaient à de meilleurs résultats à leurs sorties lorsqu'ils étaient pris en charge par un physiothérapeute en accès direct en comparaison avec le groupe contrôle. Bien que toutes ces études aient noté une différence entre les deux groupes, seulement deux études montraient des résultats significatifs (Holdsworth & Webster, 2004; Leemrijse et al., 2008).

Cette revue systématique a montré qu'il n'y a pas de différence de prix entre accès direct et référé, mais aussi que les physiothérapeutes en accès direct ne donnent pas plus de séance que les physiothérapeutes n'ayant pas l'accès direct. Il a été aussi remarqué qu'aucun tort n'était fait sur les patients et qu'une amélioration des problèmes de santé des patients était visible. Enfin, même si le physiothérapeute était en accès direct, le patient continuait d'aller voir les autres spécialistes. Évidemment, il était notable que l'ensemble des études retenues avait un faible voire très faible niveau de preuve.

En comparaison à notre étude, les résultats en termes de coût de santé, de satisfaction des patients, de l'efficacité et de la sécurité des soins sont similaires bien que nous ayons trouvés que le nombre de consultations chez le physiothérapeute était plus importante pour le groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct. Les études incluses ne sont pas exactement les mêmes car ils ont utilisé davantage de bases de données de recherche et que l'équation de recherche était certainement différente. Cependant les conclusions apportées sont sensiblement les mêmes.

4.3. Études récemment parues

Les recherches de notre état de la littérature ont été effectuées jusqu'à septembre 2018, mais de nouvelles études sont parues récemment. Ces études corroborent en partie nos résultats et il convient de détailler les résultats de ces articles.

Deux études, Frogner et al. (2018) aux États-Unis et Downie et al. (2019) en Angleterre, confirment les résultats de notre étude. En effet, les patients ayant accès au groupe de physiothérapeutes en accès direct se voient prescrire moins d'imagerie (Downie, McRitchie, Monteith, & Turner, 2019; Frogner, Harwood, Andrilla, Schwartz, & Pines, 2018). Frogner et al. (2018) confirme ces résultats en observant une différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p < .001$). Downie et al. (2019) observe seulement ces résultats, il ne les justifie pas par des statistiques inférentielles.

Dans l'étude de Frogner et al. (2019), les dépenses des patients pris en charge par un physiothérapeute en première intention étaient beaucoup moins importantes (frais remboursables, coûts pour les fournisseurs, coût ambulatoire, coût en pharmacie, $p < .001$). Ce qui concorde avec nos précédents résultats.

De plus ces deux mêmes études évaluaient des critères différents de ceux que nous avons pu retrouver dans notre étude. Dans celle de Frogner et al. (2019) le groupe pris en charge par un physiothérapeute en première intention avait moins de chance d'avoir de prescription pour des opioïdes et de visite aux urgences ($p < .001$) mais était plus susceptible de subir une hospitalisation ($p < .001$). Dans celle de Downie et al. (2019), la majorité des patients pris en charge en première intention par un physiothérapeute n'avaient besoin que d'éducation thérapeutique (conseils, informations, ou intervention brève).

Un auteur, Bornhöft et al. (2019), a évalué en Suède, des critères différents de ceux trouvés au cours de notre revue de littérature (Bornhöft, Larsson, Nordeman, Eggertsen, & Thorn, 2019). Le triage en première intention par des physiothérapeutes a optimisé la qualité de vie liée à la santé à 26 semaines de suivi et a montré des résultats visibles cliniquement mais non significatifs statistiquement concernant la réduction de la douleur dans la vie courante, de la douleur moyenne des trois derniers mois, de l'incapacité fonctionnelle et du risque de développer une douleur chronique comparativement aux traitements classiques.

4.4. Forces et faiblesses de la revue

Au cours de cette étude, plusieurs forces et faiblesses ont pu être observées. Tout d'abord, il a été souhaité de se baser selon les critères PRISMA correspondant aux critères d'une revue systématique ou d'une méta-analyse mais pas pour une revue de littérature. Ce qui donne à cette revue de littérature une qualité méthodologique supérieure.

Une des forces de cette étude est que les niveaux de preuve de chaque étude incluse était définie à partir d'une échelle reconnue et validée (CEBM) (annexe 2), ce qui n'est habituellement pas le cas pour une revue de littérature.

Concernant les limites, une première limite est qu'une seule base de données a été utilisée. En effet, cela a pu entraîner l'omission de certaines études bien que la base de données MEDLINE est tout de même une des bases de données les plus importantes.

Ensuite, il est possible que l'équation de recherche ait été trop stricte. En effet, nous remarquons que d'autres études ont été incluses dans la revue systématique de Ojha et al. (2014). Malgré cela, nos résultats tendent à aller dans le même sens. De ce fait, nos études sont complémentaires. Précisons que le travail effectué pour notre revue de littérature n'a pas bénéficié d'une collaboration.

De plus, parmi les huit études un seul essai contrôlé randomisé (ECR) a été inclus. Ce qui diminue la puissance méthodologique de cette revue. Effectivement, les études rétrospectives sont d'un faible niveau de preuve scientifique, mais dans le cas de l'accès direct, elles sont nécessaires afin de comparer la situation avant et après l'installation de l'accès direct en physiothérapie. En ajout à cela, du fait du sujet qu'est l'accès direct, il reste difficile de mettre en place un ECR car le patient doit être le seul décideur à consulter directement un physiothérapeute. Le patient doit être libre de choisir l'accès direct d'un physiothérapeute et ne peut être contraint à être réparti dans un groupe de manière aléatoire comme le veut un ECR. Par conséquent la puissance méthodologique des études et leur porté scientifique est nécessairement moins importante.

Enfin, une combinaison des résultats des études n'a pas été effectuée par manque de connaissances et de moyens. Mais une analyse des niveaux d'études a été réalisée, grâce à l'échelle de qualité méthodologique CEBM.

Il est important de noter que les études sélectionnées comportaient différents biais que nous allons détailler afin d'être le plus transparent possible.

Dans l'étude de Bishop et al. (2017), de Ludvigsson et al. (2012), Holdsworth et al. (2007), les physiothérapeutes choisis pour participer à l'étude avaient plus ou moins de l'expérience dans certain domaine ou recevait une formation spéciale avant la prise en charge

en accès direct, il n'empêche que c'est un facteur difficile à gérer car chaque physiothérapeute n'a pas la même expérience et qu'il y aura forcément des variables incontrôlables.

Dans l'étude de Bishop et al. (2017), La taille de la population n'était pas suffisante pour montrer une différence de coût entre les deux groupes observés.

Dans l'étude de Mallett et al. (2014), la répartition sur les trois groupes n'était pas égale et les groupes n'étaient pas homogènes concernant le sexe.

Dans l'étude de Ludvigsson et al. (2012), l'allocation dans les groupes se faisait par une infirmière, ainsi il n'y avait pas de libre choix de la part du patient. De plus, l'infirmière pouvait inconsciemment envoyer les cas de pathologies plus lourdes au groupe pris en charge par le médecin généraliste en première intention. Les groupes comparés n'étaient pas homogènes. En effet, le groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct comportait une plus grande proportion de femme. De plus, le temps de consultation par un physiothérapeute en accès direct était beaucoup plus long (60 minutes) que celui d'une prise en charge par un médecin généraliste (30 minutes).

Dans l'étude Holdsworth et al. (2006), les données ont été recueillies dans différentes régions en Ecosse dont certaines étaient plus familières avec le système de l'accès direct. Un des biais est que certaines populations n'étaient pas familières avec l'accès direct en physiothérapie et elles ont donc pu être exclues de l'échantillon.

Dans l'étude de Bornhoft et al. (2014), les deux groupes de comparaison étaient répartis dans deux cliniques différentes, ce qui a constitué la répartition des groupes. Ainsi les interventions n'ont pas été centralisées, ce qui peut avoir entraîné un biais. De plus, le triage pour obtenir des patients avec des pathologies musculosquelettiques était fait par des infirmières. Ainsi, nous retrouvons le même biais que dans l'étude de Ludvigsson et al. (2012). Enfin, les groupes comparés n'étaient pas homogènes en termes de sexe et d'âge. En effet, un groupe avait une moyenne d'âge plus élevée et pouvait par conséquent avoir un état de santé plus fragile.

L'étude de Bird et al. (2016) était effectuée sur différents sites mais ces sites n'avaient pas un fonctionnement similaire. L'étude n'a pas pu contrôler le personnel médical et les horaires d'ouvertures des sites.

Dans l'étude de Taylor et al. (2011), le service qui proposait de la physiothérapie en accès direct n'était pas toujours ouvert pour recevoir des patients. En fonction des sites, le service n'était ouvert qu'une fois sur deux le Lundi Mardi et Vendredi pour le premier site, et le Lundi Mardi Mercredi pour le deuxième site. Le troisième site ne proposait qu'un service en

physiothérapie en accès direct. Cette irrégularité d'ouverture des services peut être un biais s'il y a une perte de patientèle ou une variabilité dans les caractéristiques de la patientèle.

Dans certaines études (Bird et al., 2016; Bishop et al., 2017; Bornhöft, Larsson, & Thorn, 2015; Ludvigsson & Enthoven, 2012) la distinction entre vrai auto-référencement et référencement sous conseil du médecin n'a pas été faite donc certaines différences n'ont pas pu être évaluées alors qu'elles étaient possiblement présentes.

Malgré les limites de ce travail, nous trouvons des résultats cohérent et fiable avec la littérature actuelle sur le sujet. Ce travail peut être le prolégomènes à des futurs travaux ayant une qualité méthodologique supérieure en réalisant une revue systématique ou une méta-analyse. De plus, ces travaux se devront de tester concrètement la mise en place de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes en France. Il est important de remarquer que les résultats obtenus s'appliquent à des systèmes de soins différents de celui appliquée en France.

4.5. Proposition pour l'évolution des pratiques et des savoirs en masso-kinésithérapie

La France fait et fera face à de nouvelles problématiques de santé dans les années futures. La diminution du nombre de médecin et la mauvaise répartition territoriales de l'offre de soin sont des problématiques qui tendent à s'accroître. Les réformes actuelles du système de santé dont la stratégie nationale de santé de 2018 tendent à remanier le système de santé français. L'augmentation de la prévalence des troubles musculosquelettiques et le vieillissement de la population implique une nouvelle gestion de ces problèmes de santé.

Nous avons observé, à travers cette revue de la littérature des systèmes de soins intégrant l'accès direct à travers le monde. Nous avons pu observer que d'un point de vue économique il y avait une diminution des coûts en termes de nombre prescription, d'examen complémentaires, de visites médicales, de prescription médicamenteuse, ainsi qu'une diminution du nombre de consultations médicales mais cependant une augmentation du nombre de consultation chez le physiothérapeute ce qui est cohérent avec un système intégrant l'accès direct à la physiothérapie. De plus, les patients étaient plus satisfaits de ce type de prise en charge. Enfin, l'accès direct à la physiothérapie ne présentait pas de risque supérieur par rapport au diagnostic différentiel et on constatait une diminution du temps d'attente et de prise en charge ainsi qu'un meilleur suivi et qualité de la rééducation.

En pratique clinique, l'accès direct à la kinésithérapie pourrait d'une part permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de faire un état des lieux de leurs connaissances, de se maintenir informé à travers la littérature scientifique tout en améliorant leurs compétences

professionnelles. L'accès direct à la kinésithérapie pourrait permettre par la même occasion de revaloriser la profession. D'autre part, concernant les patients cela pourrait diminuer les intermédiaires auxquels est confronté le patient, diminuer le retard de prise en charge ainsi que faciliter celle-ci dans le champ musculo-squelettique. Cela pourrait aussi diminuer le nombre de prescription d'examen complémentaires ainsi que la prescription de médicaments. L'accès direct à la kinésithérapie pourrait permettre également de favoriser une prise en charge plus conservatrice dans le champ musculo-squelettique. Cependant, il faut rester prudent et s'assurer que les masseurs-kinésithérapeutes français aient les compétences nécessaires pour pratiquer l'accès direct. Ainsi il faudrait réfléchir à un moyen d'évaluation de ces compétences.

Dans notre pratique professionnelle, l'accès direct à la kinésithérapie permettrait de mettre en place une prise en charge plus rapidement et de gagner un temps précieux dans la rééducation d'atteintes musculo-squelettiques, parfois perdu lors du long parcours de soin du patient. De plus, en réduisant le nombre d'intermédiaires, cela permettrait de réduire le nombre d'examen complémentaires et d'avis parfois divergeant qui peuvent altérer la qualité et l'efficacité des soins délivrés en masso-kinésithérapie. Cela permettrait également de favoriser les prises en charge conservatrices dans le champ musculo-squelettique. Enfin, de par notre formation au diagnostic clinique de qualité cela permettrait de renforcer notre lien et dialogue avec les médecins dans le but d'assurer une qualité de soin optimale au patient. Finalement, l'accès direct à la kinésithérapie permettrait aux masseurs-kinésithérapeutes d'avoir davantage de responsabilités et de considération de la part des patients.

5. Conclusion

La diminution du nombre de médecin, la mauvaise répartition territoriale de l'offre de santé et l'augmentation des troubles musculo-squelettiques engendrent de nouvelles problématiques. La stratégie nationale de santé 2018-2022 a été mise en place pour permettre en partie de répondre à ces problèmes de Santé Publique. En parallèle, la formation des masseurs-kinésithérapeutes a été remodelée dès 2015 en l'intégrant à une formation universitaire afin de favoriser la recherche et améliorer les compétences des masseurs-kinésithérapeutes par l'application de l'*Evidence Based Practice*. La réforme de 2015 a été aussi instaurée afin de permettre l'équivalence du diplôme d'État français à l'étranger et ainsi faciliter la mobilité internationale. Sachant que d'autres pays européens ont autorisé l'accès direct à la physiothérapie, il est intéressant de se questionner quant à son application en France.

C'est pourquoi cette revue de la littérature a été mise en place pour évaluer chez les patients atteints d'affections musculo-squelettiques, si l'accès direct à la kinésithérapie est efficace pour améliorer la qualité des soins, les résultats de la prise en charge du patient, la sécurité des patients mais aussi pour réduire le coût des soins et l'utilisation des ressources par rapport aux modèles de soins usuels. Pour parvenir à une réponse, un état de la littérature a été mené après avoir établi une équation de recherche et posé des critères d'inclusion et d'exclusion. De plus, une échelle de qualité méthodologique (CEBM) a été utilisée pour coté les études incluses.

Les résultats de cette étude tendent à montrer une diminution des coûts de santé par une diminution du nombre de prescription, d'examens complémentaires, du nombre de visites médicales et de prescription de médicaments. On note également une diminution du nombre de consultation chez le médecin mais une augmentation des consultations chez le physiothérapeute. Les patients semblent en effet plus satisfaits de la prise en charge effectuée par le physiothérapeute. Enfin, la sécurité des patients ne semble pas compromise car il n'y a pas de risque supplémentaire en accès direct au physiothérapeute. Finalement, en termes d'efficacité, le temps d'attente de consultation et de prise en charge s'avère plus court et le suivi et la qualité de la rééducation semble meilleur. Cependant, ces résultats sont issus de pays étrangers, n'ayant pas le même système de santé que le nôtre. Il convient donc de rester prudent quant à l'interprétation de ces résultats. De futurs études pourraient être menées en améliorant la qualité méthodologique notamment en réalisant une revue systématique ou une méta-analyse sur le sujet.

L'analyse de la littérature anglo-saxonne et les conclusions que nous pouvons en tirer semblent prometteuses mais est-ce que le système de soin français est prêt à accepter un tel changement ? De plus, est-ce que le niveau de compétence des masseurs-kinésithérapeutes est suffisant pour garantir l'accès direct en toute efficacité et sécurité pour les patients ? Pour cela, il faudrait réaliser des études en France testant l'accès direct à la kinésithérapie à petite échelle dans un premier temps.

6. Bibliographie

- Angst, F., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2001). Smallest detectable and minimal clinically important differences of rehabilitation intervention with their implications for required sample sizes using WOMAC and SF-36 quality of life measurement instruments in patients with osteoarthritis of the lower extremities. *Arthritis and Rheumatism*, 45(4), 384–391. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200108\)45:4<384::AID-ART352>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200108)45:4<384::AID-ART352>3.0.CO;2-0)
- Australasian College for Emergency Medicine, West Melbourne (Australia). (2013, Juillet). *Policy document: policy on the Australasian triage scale; 2010*. Retrieved from <https://acem.org.au/getmedia/484b39f1-7c99-427b-b46e-005b0cd6ac64/P06-Policy-on-the-ATS-Jul-13-v04.aspx>
- Benson, C. J., Schreck, R. C., Underwood, F. B., & Greathouse, D. G. (1995). The role of Army physical therapists as nonphysician health care providers who prescribe certain medications: observations and experiences. *Physical Therapy*, 75(5), 380–386.
- Beyerlein, C., Stieger, A., & von Wietersheim, J. (2011). Direktzugang in der Physiotherapie - Welche Faktoren beeinflussen die Einstellung zum Direktzugang? *Manuelletherapie*, 15, 3–9. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1246018>
- Bird, S., Thompson, C., & Williams, K. E. (2016). Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: an observational study. *Journal of Physiotherapy*, 62(4), 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.08.005>
- Bishop, A., Ogollah, R. O., Jowett, S., Kigozi, J., Tooth, S., Protheroe, J., ... STEMS study team. (2017). STEMS pilot trial: a pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open*, 7(3), e012987. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012987>

- Bornhöft, L., Larsson, M. E. H., & Thorn, J. (2015). Physiotherapy in Primary Care Triage - the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(1), 45–52. <https://doi.org/10.3109/09593985.2014.932035>
- Bornhöft, L., Larsson, M. E., Nordeman, L., Eggertsen, R., & Thorn, J. (2019). Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 11, 1759720X19827504. <https://doi.org/10.1177/1759720X19827504>
- Bouet, P., & Mourgues, J. M. (2017, January). *Atlas national de la démographie médicale en France*. Retrieved from https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
- Brazier, J., Jones, N., & Kind, P. (1993). Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 2(3), 169–180.
- Brooks, G., Dripchak, S., Vanbeveren, P., & Allaben, S. (2008). Is a prescriptive or an open referral related to physical therapy outcomes in patients with lumbar spine-related problems? *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 38(3), 109–115. <https://doi.org/10.2519/jospt.2008.2591>
- Chartered Society of Physiotherapy. (2005a). *Payment by results: the new funding system for the NHS in England: practical support for allied health professionals*. p18.
- Chartered Society of Physiotherapy. (2005b). *Physiotherapy Salary Scales Information Paper (Whitely Council), 2004*.
- Daker-White, G., Carr, A. J., Harvey, I., Woolhead, G., Bannister, G., Nelson, I., & Kammerling, M. (1999). A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(10), 643–650.

- de Gruchy, A., Granger, C., & Gorelik, A. (2015). Physical Therapists as Primary Practitioners in the Emergency Department: Six-Month Prospective Practice Analysis. *Physical Therapy*, 95(9), 1207–1216. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130552>
- Department of Health. (2008). *Self-referral pilots to musculoskeletal physiotherapy and the implications for improving access to other AHP services* (p. 32).
- Deyle, G. D., Allison, S. C., Matekel, R. L., Ryder, M. G., Stang, J. M., Gohdes, D. D., ... Garber, M. B. (2005). Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus a home exercise program. *Physical Therapy*, 85(12), 1301–1317.
- Deyle, G. D., Henderson, N. E., Matekel, R. L., Ryder, M. G., Garber, M. B., & Allison, S. C. (2000). Effectiveness of manual physical therapy and exercise in osteoarthritis of the knee. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 132(3), 173–181.
- Downie, F., McRitchie, C., Monteith, W., & Turner, H. (2019). Physiotherapist as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions: a 2-year service evaluation of UK primary care data. *Br J Gen Pract*, bjpgp19X702245. <https://doi.org/10.3399/bjpgp19X702245>
- Ed (2205). (2005). *Missing million GP appointments* (No. 44; p. 4). Scottish Primary Care.
- Frogner, B. K., Harwood, K., Andrilla, C. H. A., Schwartz, M., & Pines, J. M. (2018). Physical Therapy as the First Point of Care to Treat Low Back Pain: An Instrumental Variables Approach to Estimate Impact on Opioid Prescription, Health Care Utilization, and Costs. *Health Services Research*, 53(6), 4629–4646. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12984>
- Galley, P. (1975). Ethical principles and patient referral. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 21(3), 97–100. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)61213-7)
- Galley, P. (1976). Patient referral and the physiotherapist. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 22(3), 117–120. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)61008-4](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)61008-4)

- Galley, P. (1977). Physiotherapists as first-contact practitioners--New challenges and responsibilities in Australia. *Physiotherapy*, 63(8), 246–248.
- Goodwin, R. W., & Hendrick, P. A. (2016). Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? *Primary Health Care Research & Development*, 17(5), 489–502. <https://doi.org/10.1017/S1463423616000189>
- Hackett, G. I., Bundred, P., Hutton, J. L., O'Brien, J., & Stanley, I. M. (1993). Management of joint and soft tissue injuries in three general practices: value of on-site physiotherapy. *The British Journal of General Practice*, 43(367), 61–64.
- HCSP. (2017). *Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique*. Retrieved from Haut Conseil de la Santé Publique website: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=626>
- Holdsworth, L. K., & Webster, V. (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>
- Holdsworth, L. K., Webster, V. S., & McFadyen, A. K. (2007). What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy*, 93(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2006.05.005>
- INVS. (2018, September 10). Troubles musculo-squelettiques / Travail et santé / Dossiers thématiques / Accueil. Retrieved May 1, 2019, from <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Troubles-musculo-squelettiques>

- Kise, N. J., Risberg, M. A., Stensrud, S., Ranstam, J., Engebretsen, L., & Roos, E. M. (2016). Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up. *British Journal of Sports Medicine*, 50(23), 1473–1480. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-i3740rep>
- Kosinski, M., Zhao, S. Z., Dedhiya, S., Osterhaus, J. T., & Ware, J. E. (2000). Determining minimally important changes in generic and disease-specific health-related quality of life questionnaires in clinical trials of rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 43(7), 1478–1487. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200007\)43:7<1478::AID-ANR10>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200007)43:7<1478::AID-ANR10>3.0.CO;2-M)
- Leemrijse, C. J., Swinkels, I. C. S., & 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>
- 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>
- MacKay, C., Davis, A. M., Mahomed, N., & Badley, E. M. (2009). Expanding roles in orthopaedic care: a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(1), 178–183. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.00979.x>
- Mallett, R., Bakker, E., & Burton, M. (2014). Is physiotherapy self-referral with telephone triage viable, cost-effective and beneficial to musculoskeletal outpatients in a primary care setting? *Musculoskeletal Care*, 12(4), 251–260. <https://doi.org/10.1002/msc.1075>
- McClellan, C. M., Greenwood, R., & Benger, J. R. (2006). Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 23(5), 384–387. <https://doi.org/10.1136/emj.2005.029231>

- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Stratégie nationale de santé 2018-2022 La synthèse*. Retrieved from https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_synthesev6-10p.pdf
- Mintken, P. E., Pascoe, S. C., Barsch, A. K., & Cleland, J. A. (2015). Direct Access to Physical Therapy Services Is Safe in a University Student Health Center Setting. *Journal of Allied Health, 44*(3), 164–168.
- Mitchell, J. M., & de Lissovoy, G. (1997). A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical Therapy, 77*(1), 10–18.
- Moore, J. H., McMillian, D. J., Rosenthal, M. D., & Weishaar, M. D. (2005). Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy, 35*(10), 674–678. <https://doi.org/10.2519/jospt.2005.35.10.674>
- Norman, G. R., Sloan, J. A., & Wywich, K. W. (2003). Interpretation of changes in health-related quality of life: the remarkable universality of half a standard deviation. *Medical Care, 41*(5), 582–592. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000062554.74615.4C>
- 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>
- OMS. (2018, février). Vieillesse et santé. Retrieved from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. (2015). *Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes - 3e édition 2015*.
- 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>

- Samsson, K. S., Bernhardsson, S., & Larsson, M. E. H. (2016). Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: a randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *17*, 257. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1112-x>
- 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. */data/revues/17790123/00120124/29/*. Retrieved from <http://www.em-consulte.com/en/article/711298>
- Scottish Health Service. (2004a). Scottish Health Statistics Information & Statistics Division. Retrieved from http://www.isdscotland.org/isd/files/Costs_Section6_2004.pdf
- Scottish Health Service. (2004b). Scottish Health Statistics Information & Statistics Division. Retrieved from http://www.isdscotland.org/ISD_DT_SearchResults_2.jsp/?submit.y=7&submit.x=15&pGetContentLength=250&pType=Pages&pStatus=PUBLISHED&pText=prescribing%20costs&pSearchBy=content-all&papplic=CCC&pservice=Front.search&
- Scottish Health Service. (2004c, access). Scottish Health Statistics Information & Statistics Division. Retrieved from http://www.isdscotland.org/isd/files/Costs_Section9_2004.pdf
- Swinkels, I. C. S., Kooijman, M. K., Spreeuwenberg, P. M., Bossen, D., Leemrijse, C. J., van Dijk, C. E., ... 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>
- Taylor, N. F., Norman, E., Roddy, L., Tang, C., Pagram, A., & Hearn, K. (2011). Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiotherapy*, *97*(2), 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2010.08.011>

- van Agt, H. M., Essink-Bot, M. L., Krabbe, P. F., & Bonsel, G. J. (1994). Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. *Social Science & Medicine* (1982), 39(11), 1537–1544.
- Ware, J., Kosinski, M., & Bjorner, J. (2007). *User's manual for the SF-36v2 health survey*. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- WCPT. (2011). WCPT guideline for physical therapist professional entry level education | World Confederation for Physical Therapy. Retrieved February 11, 2019, from <https://www.wcpt.org/guidelines/entry-level-education>
- Webster, V. S., Holdsworth, L. K., McFadyen, A. K., & Little, H. (2008). Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes—results of a national trial. *Physiotherapy*, 94(2), 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.11.003>

ANNEXES

Annexe I: Équation de recherche

Annexe II: La Table des niveaux de preuves du Centre d'Evidence-Based Medicine d'Oxford (version 2011)

Annexe I: Équation de recherche

(Direct access OR first intention OR primary care OR health service accessibility OR referral and consultation OR delegation OR advanced practice OR clinical competence OR gatekeeping OR first point of contact OR prompt access OR primary health care OR first management OR primary care setting OR self-referral) AND (musculoskeletal system OR musculoskeletal injuries OR musculoskeletal diseases OR musculoskeletal diagnosis OR musculoskeletal rehabilitation OR orthopedics OR musculoskeletal pain) AND (physical therapy OR physiotherapy OR rehabilitation OR management OR physical therapies modalities OR physical therapy specialty)

Annexe II : La Table des niveaux de preuves du Centre d'Evidence-Based Medicine d'Oxford (version 2011)

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence - Traduction française

La Table des niveaux de preuves du Centre d'Evidence-Based Medicine d'Oxford (version 2011)

| Question | Etape 1 (Niveau 1*) | Etape 2 (Niveau 2*) | Etape 3 (Niveau 3*) | Etape 4 (Niveau 4*) | Etape 5 (Niveau 5) |
|--|---|---|--|--|--|
| Quelle est la fréquence du problème ? | Etude récente et locale sur des échantillons aléatoires (ou recensement) | Revue systématique d'études dont les conditions sont proches mais non identiques aux conditions locales** | Etude locale sur des échantillons non aléatoires** | Série de cas** | / |
| Le diagnostic ou le test de contrôle est-il exact ? (Diagnostic) | Revue systématique d'études transversales menées en aveugle et utilisant un standard de référence appliqué de manière constante | Etude transversale menée en aveugle et utilisant un standard de référence appliqué de manière constante | Série de cas à recrutement non consécutif ; étude transversale sans standard de référence appliqué de manière constante ** | Etude cas-témoins ; étude avec un standard de référence non-indépendant ou de faible qualité ** | Raisonnement déductif basé sur la pathophysiologie |
| Que se passera-t-il si aucun traitement n'est appliqué ? (Prognostic) | Revue systématique d'études de cohortes où les patients sont inclus au début de leur maladie (<i>inception cohort</i>) | Etude de cohorte où les patients sont inclus au début de leur maladie (<i>inception cohort</i>) | Etude de cohorte ; considération du groupe contrôlé (non traité) dans un essai contrôlé randomisé | Série de cas ; étude cas-témoins ; étude de cohorte pronostique de pauvre qualité ** | / |
| Cette intervention est-elle bénéfique ? (Bénéfices du traitement) | Revue systématique d'essais contrôlés randomisés ou d'essais de taille 1 (<i>n-of-1 trials</i>) | Essai contrôlé randomisé ; étude d'observation avec effet majeur | Etude de cohorte non randomisée** | Série de cas ; étude cas-témoins ; étude contrôlée pour laquelle la collecte des données du groupe contrôle a précédé celle du groupe étudié** | Raisonnement déductif basé sur la pathophysiologie |
| Quels sont les effets indésirables fréquents ? (Effets indésirables du traitement) | Revue systématique d'essais contrôlés randomisés ; revue systématique d'études cas-témoins recrutés dans la population d'une étude de cohorte ; revue systématique d'essais de taille 1 (<i>n-of-1 trials</i>) ; revue systématique d'études d'observation avec un effet majeur | Essai contrôlé randomisé ; (exceptionnellement) étude d'observation avec effet majeur | Etude de cohorte contrôlée non randomisée (surveillance post-commercialisation) à condition qu'il y ait un nombre suffisant de patients par rapport à la fréquence de l'événement (pour les effets à long terme, la durée du suivi doit être suffisante)** | Série de cas ; étude cas-témoins ; étude contrôlée pour laquelle la collecte des données du groupe contrôle a précédé celle du groupe étudié** | Raisonnement déductif basé sur la pathophysiologie |
| Quels sont les effets indésirables rares ? (Effets indésirables du traitement) | Revue systématique d'essais contrôlés randomisés ou d'essais de taille 1 (<i>n-of-1 trials</i>) | Essai contrôlé randomisé ; (exceptionnellement) étude d'observation avec effet majeur | Etude de cohorte contrôlée non randomisée** | Série de cas ; étude cas-témoins ; étude contrôlée pour laquelle la collecte des données du groupe contrôle a précédé celle du groupe étudié** | Raisonnement déductif basé sur la pathophysiologie |
| Ce test (détection précoce) en vaut-il la peine ? (Dépistage) | Revue systématique d'essais contrôlés randomisés | Essai contrôlé randomisé | Etude de cohorte contrôlée non randomisée** | Série de cas ; étude cas-témoins ; étude contrôlée pour laquelle la collecte des données du groupe contrôle a précédé celle du groupe étudié** | Raisonnement déductif basé sur la pathophysiologie |

* Le niveau de preuve d'une étude peut être rétrogradé sur base des faiblesses intrinsèques de l'étude, d'imprécisions, du caractère indirect de la preuve, à cause de l'incohérence entre études, ou à cause de la taille de l'effet absolu qui est très petit ; le niveau de preuve peut être mieux classé si la taille de l'effet est grande ou très grande.

** Une revue systématique est généralement meilleure qu'une étude individuelle.

Comment citer la Table des niveaux de preuves ?

OCEBM Levels of Evidence Working Group*. *The Oxford 2011 Levels of Evidence*. Trans Durieux N, Pasleau F, Howick J. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>

* OCEBM Table of Evidence Working Group = Jeremy Howick, Iain Chalmers (James Lind Library), Paul Glasziou, Trish Greenhalgh, Carl Heneghan, Alessandro Liberati, Ivan Moschetti, Bob Phillips, Hazel Thornton, Olive Goddard and Mary Hodgkinson

Résumé

Introduction : L'incidence importante des pathologies musculo-squelettique et la dégradation de l'offre de soin sur le territoire français sont des problèmes de santé publique. Depuis de nombreuses années, plusieurs pays étrangers ont intégré l'accès direct à la physiothérapie dans leur système de soins.

Objectif : Le but de cette étude est de réaliser un état de la littérature de l'accès direct à la physiothérapie, pour les affections musculo-squelettiques, en évaluant la satisfaction des patients, les coûts de santé, l'efficacité et la sécurité de la prise en charge par un physiothérapeute comparativement à de la physiothérapie référée par un médecin.

Méthode : Les données sont issues de MEDLINE ainsi que d'un ajout manuel. Les articles inclus devaient comparer un groupe pris en charge par un physiothérapeute en accès direct et un groupe référencé à la physiothérapie par un médecin en fonction des coûts de santé engendrée, de la satisfaction des patients, de l'efficacité et de la sécurité de la prise en charge. Des niveaux de preuves ont été attribué aux études avec la *Centre for Evidence-Based Medicine* (CEBM).

Résultats : 5348 articles ont été identifiés. Seulement 8 articles ont rempli l'ensemble des critères d'inclusion, dont une de niveau 2 et sept de niveau 3 et 4 (CEBM). Il a été observé que le groupe pris en charge par un physiothérapeute avait une meilleure satisfaction, une diminution des coûts de santé et de prescription d'examen complémentaires ainsi qu'une diminution du temps d'attente.

Conclusion : D'autres études confirment nos résultats bien que nous devons prendre en compte le manque de données statistiques et le faible niveau de preuve de ces études. D'autres études de qualité méthodologique supérieure devraient être mises en place afin de confirmer les résultats observés.

Mots clés : accès direct, soins de santé primaires, musculo-squelettique, physiothérapie, réadaptation

Abstract

Introduction: The high incidence of musculoskeletal pathologies and the deterioration in the offer of care in France are public health problems. For many years, several foreign countries have integrated direct access to physiotherapy into their healthcare systems.

Objective: The purpose of this study is to conduct a literature review of direct access to physiotherapy for musculoskeletal conditions by assessing patient satisfaction, health costs, effectiveness and safety of physiotherapy management compared to physician-referred physiotherapy.

Method: The data are taken from MEDLINE as well as from a manual addition. The articles included were to compare a group managed by a direct access physiotherapist and a group referred to physiotherapy by a physician based on health costs, patient satisfaction, effectiveness and safety of management. Levels of evidence have been attributed to studies with the Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM).

Results: 5348 articles were identified. Only 8 articles met all the inclusion criteria, including one level 2 and seven level 3 and 4 (CEBM). It was observed that the group managed by a physiotherapist had better satisfaction, lower health costs, lower prescription costs for additional investigations and shorter waiting times.

Conclusion: Other studies confirm our results even though we must take into account the lack of statistical data and the low level of evidence in these studies. Other studies of superior methodological quality should be conducted to confirm the observed results.

Key words : direct acces, primary care, musculoskeletal, physiotherapy, rehabilitation