



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Institut Régional de Formation aux métiers de la Rééducation et
Réadaptation Pays de la Loire

54, rue de la Baugerie - 44230 SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE

Représentations et perception d'auto-efficacité des futurs masseurs-kinésithérapeutes concernant l'accès direct

Adrien GUEDON

Mémoire UE28

Semestre 10

Année scolaire : 2022-2023

REGION DES PAYS DE LA LOIRE



AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation masso-kinésithérapique. Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFM3R.

Je, soussigné Adrien Guedon,

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à Nantes Le 08/04/2023

Signature	
-----------	--

Remerciements

Je remercie ma famille pour leur soutien durant ces années d'études.

Je remercie aussi mes amis pour leur soutien durant ce travail et ces années.

Enfin je remercie mon directeur de mémoire pour son accompagnement durant tout le cheminement qui a permis la formation de ce document.

Résumé

Introduction : Dans un contexte de saturation des urgences, deux protocoles nationaux de coopération entre le médecin et le Masseur-Kinésithérapeute (MK) ont été publiés par arrêtés ministériels. Ils permettent au MK de réaliser des consultations en accès direct pour les traumatismes en torsion de cheville et les douleurs lombaires aiguës. Cela repose sur la délégation de tâches entre professionnels, possible par la maîtrise des compétences essentielles pour cette activité par les MK. Le but de ce mémoire est d'interroger le sentiment de compétence des futurs MK sur leur capacité à pratiquer l'accès direct dans le cas des protocoles de coopération. Il explore aussi la vision qu'ont les futurs MK sur l'impact que l'accès direct peut avoir sur le système de santé.

Méthode : Une enquête quantitative par questionnaire a été réalisée auprès des futurs masseurs-kinésithérapeute en dernière année de formation initiale en France.

Résultats : Les futurs professionnels en dernière année de formation en masso-kinésithérapie sont une grande majorité à se sentir capable de mettre en œuvre l'accès direct dans le cadre des protocoles de coopération. Ils sont aussi une majorité à se prononcer en faveur de ces mesures, et y voient des intérêts pour le temps d'attente des patients et leur accès aux soins.

Discussion : La perception d'auto-efficacité des futurs MK est largement positive sur les différentes capacités questionnées. Les capacités à appliquer une démarche de raisonnement clinique, ainsi qu'à dépister les facteurs de risques semblent être déterminants sur la perception d'auto-efficacité des futurs MK pour pratiquer l'accès direct. Ces perceptions concernant la lombalgie aiguë demanderaient des investigations supplémentaires. Les futurs MK sont, comme les autres acteurs de ce type de soins, favorables aux mesures d'accès direct. Des limites importantes ont été identifiées dans l'interprétation statistique de ces résultats, et la représentativité de l'échantillon ne permet pas de généraliser les conclusions.

Mots clés :

- Protocoles de coopération
- Accès direct
- Auto-efficacité
- Système de santé

Abstract :

Introduction: To face the context of emergencies saturation in France, two cooperation protocols were established by ministerial decree between physicians and physiotherapists, to provide direct access to physiotherapy for ankle twist trauma and acute low back pain. This delegation of tasks relies on the mastery of essential competencies. The purpose of this research was to investigate the self-efficacy perceptions of future physiotherapists, regarding direct access through cooperation protocols, and their perceptions of the impacts of direct access on the healthcare system.

Method: A quantitative survey using a questionnaire was conducted among final-year physiotherapy students in France.

Results: Most future physiotherapists believe they are capable of receiving patients in direct access through cooperation protocols and support these measures, citing benefits such as reduced waiting times for patients and improved access to healthcare.

Discussion: The perception of self-efficacy of future physiotherapists is largely positive on the different abilities questioned. The apply of clinical reasoning processes and the screening of risk factors in direct access scenarios seem to be determinants to these perceptions. Their self-efficacy regarding acute low back pain would require further investigations. Like other healthcare providers, future physiotherapists support direct access measures, although the study's limitations prevent generalization of the results due to a non-representative sample. And some bias limits the statistical interpretation.

Keywords

- Cooperation protocols
- Direct access
- Self-efficacy
- Healthcare system

Index des abréviations utilisées dans le document :

SAU : Service d'Accueil des Urgences

HAS : Haute Autorité de Santé

MK : Masseur-Kinésithérapeute

DLA : Douleur Lominaire Aiguë

TETC : Traumatisme En Torsion de Cheville

DREES : direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ARS : Agence Régionale de Santé

CPTS : Communauté Professionnelles Territoriales de Santé

ACI : Accord Cadre interprofessionnel

HSPT : Loi Hôpital Santé Patient et Territoire

BDK : Bilan Diagnostique Kinésithérapique

Sommaire

1) Introduction	1
2) Le cadre théorique.....	2
2.1. Les pathologies de cheville et lombaires dans le système de santé français	2
2.2. L'accès aux soins en France	3
2.3. L'accès direct au masseur-kinésithérapeute	4
2.3.1. Les acteurs du système de soins	5
2.3.2. Le cadre législatif autorisant l'accès direct	6
2.3.3. La rémunération des professionnels.....	9
2.3.4. Les avis des professionnels et des futurs professionnels.....	10
2.3.5. La première intention, moteurs et freins.....	11
2.4. La formation professionnelle en Masso-kinésithérapie	12
2.5. L'accès direct et les compétences nécessaires	14
2.5.1. Le référentiel de compétence spécifique à l'accès direct	14
2.5.2. Capacités non mobilisées en parcours classique, et référentiel professionnel	16
2.5.3. La perception d'auto-efficacité	18
3) Problématique.....	19
4) Matériel et méthode	20
4.1. Récolte des données	20
4.2. Le questionnaire	21
4.3. Moyens de diffusion, collecte et analyse des données.....	22
5) Résultats	23
5.1. Section A : éligibilité, présentation des réponses obtenues.....	23
5.2. Section B : Perception des effets de l'accès direct sur le système de soins	24
5.3. Section C : Perception des futurs MK sur leurs compétences.....	27
5.4. Section D : Opinion sur l'accès direct au MK.....	31
6) Discussion	32
6.1. Analyse des résultats et réponse aux hypothèses	32
6.2. Analyse méthodologique	37
6.3. Vision des futurs professionnels sur l'accès direct et leur perception d'auto-efficacité.....	39
6.4. Le nombre de structures pluriprofessionnelles et applicabilité	41
6.5. Les limites de l'évaluation de la perception d'auto-efficacité	41
6.6. Forces, intérêts et perspectives pour la formation initiale.....	43
7) Conclusion	45

Bibliographie et autres sources

Annexes

Cet écrit utilise la norme Vancouver

1) Introduction

Entre 1990 et 2020, le nombre de consultations aux urgences a fortement augmenté (1–3), provoquant une saturation de ces services. Pour diminuer le nombre de consultations, le pacte de refondation des urgences (4) a été publié en 2019. Les mesures qui y sont abordées visent à diminuer le nombre de consultation aux urgences qui pourraient être réalisées en médecine de ville. L'une des mesures permet aux Masseurs-Kinésithérapeute (MK) de recevoir en accès direct, donc sans prescription médicale, les patients se présentant pour un Traumatisme En Torsion de Cheville (TETC) et une Douleur Lombaire Aiguë (DLA). Ce sont deux pathologies qui représentent une part conséquente des consultations aux urgences, et que le MK semble capable de recevoir en accès direct. Deux protocoles nationaux de coopération entre le médecin et le MK ont ainsi été publiés au niveau national, pour chaque pathologie, et ne peuvent être mis en place qu'en structures pluriprofessionnelles (5,6).

L'une des conditions pour leur mise en pratique est que le MK doit être compétent pour réaliser ces consultations. Pour cela, il doit suivre une formation complémentaire qui permet d'uniformiser les pratiques et d'attester des compétences requises. Mais la formation initiale reste un socle permettant aussi la maîtrise de compétences importantes à l'accès direct (7).

Pour appréhender ce sujet, le cadre conceptuel explore d'abord l'impact du TETC et de la DLA sur le système de soins, pour ensuite comprendre les conditions d'exercices des protocoles de coopération. Les compétences nécessaires à cette pratique spécifique seront ensuite analysées, et comparées au référentiel de compétence professionnelle. Des éléments permettant la compréhension du concept d'auto-efficacité développé par Bandura seront ensuite présentés.

Le développement du cadre conceptuel a fait émerger des questionnements. D'abord sur l'auto-efficacité des futurs MK sur leurs compétences pour pratiquer l'accès direct. Mais aussi sur leurs perceptions des effets de ce mode d'accès aux soins. Dans cette démarche de recherche, un questionnaire a été produit à destination des étudiants en dernière année de formation de MK. Cela pour répondre à la problématique :

Comment les futurs masseurs-kinésithérapeutes perçoivent-ils l'accès direct et leurs compétences dans le cadre des protocoles nationaux de coopération pour la cheville et la lombalgie aiguë ?

2) Le cadre théorique

2.1. Les pathologies de cheville et lombaires dans le système de santé français

Les traumatismes de chevilles entraînent plus de 6 000 consultations par jour en France, et sont fréquents dans la pratique sportive (8). En parallèle, la lombalgie est un symptôme développé au moins une fois dans la vie de 84 % de la population (9). Ce sont des pathologies fréquentes, dont l'évolution peut entraîner une augmentation importante des besoins de soins.

En effet, l'entorse latérale de cheville est la blessure avec le taux de récurrence le plus important de tout le membre inférieur, de plus, les patients développeront dans 40 % des cas une instabilité chronique de cheville (10). Pour la lombalgie, 3,9 à 23,3 % des personnes âgées de 18 à 75 ans touchées par une lombalgie commune évolueront vers une forme chronique (11).

Pour limiter les conséquences de ces pathologies, et donc les besoins de soins, la précocité de prise en charge est importante. Selon les recommandations, le traitement fonctionnel de l'entorse de cheville doit être le plus précoce possible (12,13) en considérant la proprioception, le temps de réponse et la force musculaire (13). Pour la lombalgie, les marqueurs pronostics permettant d'évaluer le risque de chronicité doivent être explorés (9). Les facteurs psychosociaux en sont les marqueurs principaux. Ainsi, « les stratégies comportementales inadaptées », l'anxiété générale ou encore la « limitation fonctionnelle » pendant l'épisode sont des éléments importants à explorer (14). Le dépistage des facteurs de risque et la mise en place du traitement adapté précoce sont des éléments importants dans la diminution des risques de chronicité des patients lombalgiques (14).

Ainsi, la diminution des soins nécessaires pour ces deux pathologies permettrait une diminution des coûts qui leur sont attribués.

La récurrence de l'entorse de cheville entraîne des coûts liés au diagnostic, au traitement et à la perte de productivité. Ces coûts économiques ont été calculés à l'étranger et varient entre 360 et 1100 euros par patient (13). En France, les chiffres sont difficilement accessibles, mais le coût semble être de 1,2 million d'euros par jour (15,16).

Concernant la lombalgie, c'est un symptôme provoquant aussi des coûts directs et indirects, et dont le passage à la chronicité est un facteur d'augmentation important de ces coûts (9). Cela entraîne des dépenses de plus de 900 millions d'euros par an pour la sécurité sociale. Qui sont là aussi en lien avec des pertes de productivité, car elle représente 30 % des arrêts de travail de plus de 6 mois, et 20 % des accidents du travail (9).

Pour réaliser ces consultations, les médecins sont nécessaires, mais peuvent ne pas être disponibles rapidement. Certains patients décident alors de s'orienter vers les Services

d'Accueil des Urgences (SAU). Ainsi, selon la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2012, le nombre total de passage aux urgences pour traumatisme de cheville était compris entre 7 et 10%, en 2015 pour la lombalgie ce taux était de 1,12 % (9,17). Cela s'inscrit dans un contexte plus global d'augmentation du recours aux SAU par les patients au cours des dernières années.

En effet, le recours aux SAU a fortement augmenté, passant de 7 millions en 1990 (1) à 22 millions en 2019 (2,3). L'année 2020 a cependant enregistré une baisse de 17,3 % de la fréquentation par rapport à 2019 en lien avec la crise du Covid (18). Depuis cette crise jusqu'en 2023, aucun rapport ne semble avoir été publié sur le nombre de passage aux urgences en France. Ce contexte global de recours important aux SAU peut en partie expliquer les temps d'attente qui peuvent être conséquents.

Ainsi, en 2015 le temps de passage aux urgences a été estimé, avec en moyenne en France, entre 76 minutes d'attente si aucun soin complémentaire n'est apporté, et 106 minutes si une radio est réalisée (19,20). Le dernier rapport de la Cour des comptes s'intéressant aux services d'urgences, rapportait en 2019 un temps de passage médian de 2 heures pour la moitié des patients, avec des variations selon l'âge et la région, ce temps médian doublant pour les personnes âgées (2).

Selon l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), l'augmentation du recours aux urgences serait en lien avec 4 facteurs. Le premier est la préférence des patients à s'orienter vers une structure proposant tous les services au même endroit pour leur pathologie, en considérant les aspects socio-économiques. Les deux autres sont un recours plus important aux imageries, et la disponibilité des médecins de ville (2) qui serait diminuée.

2.2. L'accès aux soins en France

Selon la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), entre 2012 et 2018 le nombre de médecins total a progressé de 4,5%. Cependant le nombre de généralistes a stagné, avec une baisse de 2% de ces médecins exerçant en libéral. Parmi l'ensemble des médecins, 30% avaient plus de 60 ans en 2018, impliquant un départ à la retraite proche (21).

Concernant l'accessibilité aux soins en France, en 2018, il fallait selon la DREES, en moyenne 6 jours d'attente pour un patient afin qu'il obtienne une consultation chez un médecin généraliste (22). En 2020, 54% des médecins refusaient de nouveaux patients en tant que médecin traitant, et 28% étaient en mesure d'accepter les demandes de consultation non-programmées le jour même ou le lendemain (23).

Le contexte du système de soins indique une diminution de l'accessibilité à la médecine générale de ville, malgré une augmentation du nombre total de médecins au cours des dernières années, incitant les patients à consulter les SAU (1,2).

Pour diminuer ce recours aux SAU, le pacte de refondation des urgences a été présenté en 2019. Un des objectifs annoncés est de stopper la consultation banalisée aux SAU faute de solution plus efficace. En effet, il semblerait qu'entre 20% et 43% de ces consultations pourraient être réalisées en médecine de ville (2,24,25).

Le pacte de refondation prend en considération ces résultats, et devait inciter le législateur à modifier certaines conditions d'accès aux soins. Cela en s'appuyant sur l'interprofessionnalité et la coordination des acteurs, notamment libéraux, pour favoriser des consultations rapides et appropriées, en diminuant le recours aux services d'urgences (4).

Le pacte comprend 12 mesures qui doivent faciliter l'accès aux soins des Français, en favorisant le recours à la médecine de ville. La mesure 4 est une de celles-ci, elle permet « d'offrir aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients » (4). Cette mesure repose sur la mise en place des protocoles de coopération. Ces protocoles permettent l'accès en première intention au MK pour les traumatismes en torsion de cheville et les problématiques de lombalgie aiguë (4). Ceci est la première mesure permettant l'accès direct au MK dans un cadre défini en France, ce qui est proposé tardivement en comparaison aux autres pays du monde comme l'expose la World Physiotherapy.

2.3. L'accès direct au masseur-kinésithérapeute

L'organisme World Physiotherapy (WP), est un organisme qui représente plus de 600 000 physiothérapeutes dans le monde, ainsi que la profession de manière plus générale. A l'international, le terme de physiothérapeute est donc utilisé (26) pour désigner ce qui en France correspond au masseur-kinésithérapeute. Cependant, les évolutions de pratique, l'augmentation des responsabilités et de l'autonomie de la profession ont tendance à modifier cette appellation en faveur de « Physiothérapeute » (27).

La WP promeut la possibilité de l'accès direct dans tous les pays, à condition que les professionnels aient un niveau de formation adéquat. Pour cet organisme, l'accès direct et auto-orientation désignent les cas où « des services de physiothérapie sont disponibles pour les patients/clients sans que ces personnes n'aient besoin d'être envoyés par d'autres professionnels » (28).

L'accès direct existe ainsi depuis de nombreuses années dans 48 à travers le monde (29), avec des conditions variables en lien avec les variations de champs de compétences des MK selon les pays (26,30). Des écrits se sont intéressés aux potentiels intérêts de ce modèle, permettant la production de revues de la littérature qui présentent certains bénéfices (31,32). La transposition de ces bénéfices au système français et des acteurs de soins reste à évaluer car ce modèle est n'est apparu qu'en 2019 en France (5,6).

2.3.1. Les acteurs du système de soins

Depuis la création du système de santé actuel, le médecin a un rôle central dans le parcours de soins des patients. Il prescrit librement, en fonction des besoins qu'il estime et selon la nécessité, en veillant à la sécurité des soins à apporter selon les situations (33). Il est donc prescripteur de soins qui peuvent être réalisés par le MK. De plus, le conventionnement des professionnels permet le remboursement des actes réalisés dans un but thérapeutique, uniquement dans le cas où une prescription médicale a été produite (34,35).

Dans ce cadre, le MK intervient via un diagnostic kinésithérapique dans le traitement des troubles moteurs et fonctionnels des patients (34). Pour cela, il met en place des techniques manuelles et instrumentales, dans le but de promouvoir la santé, la « bonne forme physique et le mieux-être des personnes » (36). Il a donc un rôle dans le traitement, la promotion de la santé, et dans la prévention, intervenant donc quasi exclusivement sur des patients avec prescription.

Le Larousse définit un patient comme une « Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale ». Le statut de patient fait référence à se faire examiner ou subir une opération, mais aussi suivre un traitement. Il est donc à la fois observateur et acteur dans le parcours de soins, et doit donc être considéré dans le fonctionnement du système de soins.

Le patient a des droits que les professionnels de santé doivent respecter, ainsi, « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en « toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » (37). Toute personne quel que soit son statut social, doit pouvoir accéder aux soins dont il a besoin sans discrimination (37).

Lorsque le patient juge avoir besoin de soins, il décide du praticien qu'il souhaite consulter, en tenant compte des possibles freins tels que les raisons économiques (38) ou les facilités d'accès de praticien exerçant en libéral ou en milieu hospitalier (22).

Afin de permettre l'organisation des besoins de santé pour les patients et les professionnels, le législateur a encouragé la création d'entités interprofessionnelles telles que les Communautés Professionnelles et Territoriales de Santé (CPTS) (39).

Les CPTS ont pour objectif de déployer un projet de santé à destination d'une large population et sont axées sur la coordination territoriale de second niveau (40). Elles sont composées de professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, qui décident à leur initiative de se regrouper afin de mettre en place un projet de santé sur un territoire qu'ils définissent (41). Il existe aussi des structures de coordination territoriale de premier niveau, qui peuvent décider de rejoindre la CPTS et ses projets. Ces structures peuvent être déclinées en deux catégories, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et les Centres de santé (CS).

Ce sont des « structures sanitaires de premier recours et le cas échéant de second recours, exerçant de façon coordonnée sur la base d'un projet de santé » (39,42,43). Elles sont avec les CPTS, les principales formes d'exercice coordonné. Dans le cas des CS, les professionnels sont obligatoirement salariés (39), tandis que dans les MSP, ils sont en exercice libéral bien que le salariat reste possible.

Pour financer ces trois types d'exercice coordonné il existe deux possibilités. Ils sont composés pour une part, des subventions spécifiques. L'autre part de ces financements repose sur un système de calcul commun qu'est l'Accord Conventionnel Interprofessionnel(ACI) (44). Cet accord prévoit une rémunération forfaitaire des structures sur la base d'indicateurs d'accessibilité, de travail en équipe, et de partage d'informations. Cela permet une rémunération complémentaire pour soutenir la structure, ou valoriser économiquement les professionnels ayant participé à la mise en place des projets de la structure (45).

La mise en place des structures pluriprofessionnelles aurait des impacts positifs sur la gestion de l'augmentation des maladies chroniques et la « crise de la démographie médicale » (46,47), et pourraient répondre à ces nouveaux besoins du système de santé. Elles pourraient faire évoluer l'accessibilité aux soins, la prise en charge dans sa globalité et impacter l'organisation du travail en équipe (47). Ces structures sont donc des lieux d'exercices particulièrement propices au développement de protocoles de coopération, qui reposent sur la pluriprofessionnalité, et la délégation de tâche entre professionnels, permise par des évolutions législatives (5,6).

2.3.2. Le cadre législatif autorisant l'accès direct

Le premier texte ouvrant la possibilité d'accès direct est la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 (48). À titre dérogatoire, « les professionnels de santé peuvent

s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des patients » (48).

Un second texte permet dans un contexte d'urgence kinésithérapique, que le MK puisse agir sans prescription médicale, avec un compte-rendu envoyé au médecin dans un second temps(34).

Pour mettre en place des protocoles de coopération, les professionnels soumettent à l'Agence Régionale de Santé (ARS) le protocole, elle vérifie alors sa légitimité et le soumet ensuite à la Haute Autorité de Santé(HAS) (48).

Après l'annonce du pacte de refondation des urgences, deux arrêtés ont été publiés le 6 mars 2020. Ils autorisent la mise en place de protocoles de coopération pour le traitement du traumatisme en torsion de cheville (TETC) et de la Douleur Lombaire Aiguë (DLA). Ainsi, les MK exerçants dans un établissement pluriprofessionnel, peuvent exercer en première intention dans le cadre des TETC et des DLA (5). Cela a été rendu possible par la loi HSPT autorisant la délégation de tâche.

Le transfert d'acte se définit comme « l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre » (49), ceci comprend le transfert de responsabilité. Par cette délégation, le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche, avec « supervision », ce qui implique la responsabilité du délégant et du délégué(49). Cela n'est possible que si le professionnel délégué possède les compétences nécessaires à l'acte (49). Les arrêtés décrivent les protocoles de coopération pour les TETC et la DLA, et précisent les conditions d'exercice des MK dans ces domaines. Ils précisent alors les compétences spécifiques à la pratique de l'accès direct (5,6).

Pour la mise en place des protocoles, le médecin et le MK doivent être à l'initiative de cette coopération, exercer au sein d'une structure d'exercice pluriprofessionnel, et utiliser un logiciel commun pour communiquer des informations de santé (5,6).

Ces deux protocoles nationaux sont pré-écrits, et détaillés dans les deux arrêtés, et n'ont donc pas besoin d'être rédigé par la structure, à l'opposé des protocoles locaux de coopération. La validation par l'Agence Régionale de Santé (ARS) reste nécessaire (5,6). Les MK devront fournir à l'ARS des pièces administratives permettant leur reconnaissance et leur recensement. Les MK doivent également fournir un document attestant sur l'honneur qu'ils ont acquis les compétences nécessaires pour appliquer les protocoles. En effet, les MK ont un devoir de participation à une formation complémentaire de 10 heures pour chaque protocole, assurées par des médecins, pour valider l'acquisition de ces compétences. Le médecin devra quant à lui

rejoindre des groupes d'analyse pratique. Lorsque le protocole est mis en place, les MK doivent avoir une réévaluation de leurs connaissances à 3 mois pour la première, puis tous les 6 mois(5,6).

Dans ce cadre spécifique d'accès aux soins, le MK a un droit de prescription élargie. Il peut prescrire un arrêt de travail d'une durée maximale de 5 pour chaque pathologie. Les prescriptions d'arrêts de travail et d'examens complémentaires (radio) sont définies avec des fiches de recommandations à suivre pour chaque pathologie (5,6). Le MK peut aussi prescrire plusieurs dispositifs tels qu'une attelle de cheville, des médicaments anti-inflammatoire et du paracétamol (Annexe 1).

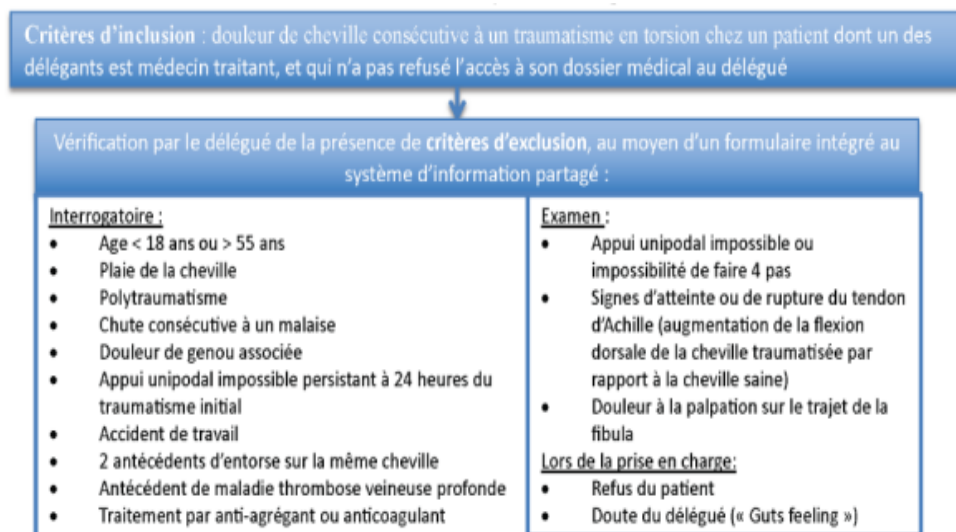
Si aucun critère de gravité n'est détecté, les protocoles prévoient la réalisation par le MK d'une seconde consultation 3 jours après l'évaluation initiale pour le TETC, et 2 à 4 semaines après pour la DLA. Le médecin devra être en mesure de recevoir le patient dans les 24 heures en cas de suspicion de pathologie grave. Les critères permettant de suspecter la présence d'une pathologie grave sont définis par liste dans les arrêtés (Tableaux I et II) (5,6).

Pour consulter en première intention, un patient doit présenter un TETC ou une DLA, être âgé de 18 à 55 ans pour un TETC, et de 20 à 55 ans pour une DLA. Il doit consulter un MK dont le médecin déléguant est le médecin traitant, et avoir accepté le partage du dossier médical.

Tableau I critère d'inclusion et d'exclusion du protocole de lombalgie(5)

Critères d'inclusion : douleur lombaire d'apparition brutale, depuis moins de 4 semaines, chez un adulte de 20 à 55 ans, dont un des déléguants est médecin traitant, et qui n'a pas refusé l'accès à son dossier médical au délégué	
Vérification par le délégué de la présence de critères d'exclusion, au moyen d'un formulaire intégré au système d'information partagé :	
Examen du dossier médical : - Antécédent de cancer, de chirurgie du rachis - Rhumatisme inflammatoire connu - Fragilité osseuse (ostéoporose, corticothérapie au long cours) - Risque infectieux (immuno-déficience, usage de drogues IV) - Grossesse Interrogatoire : - Altération de l'état général, perte de poids involontaire et inexpliquée - Fièvre ou signe d'infection. - Ponction lombaire < 14 jours - Douleur de type inflammatoire, non mécanique: douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit, qui diminue voire disparaît lors des mouvements et des activités, avec présence d'un dérouillage matinal - Douleur thoracique (rachialgies dorsales) - Traumatisme à forte cinétique - Irradiation dans un membre inférieur - Dysfonction urinaire - Déficit neurologique objectif - Accident de travail - 3^{ème} épisode dans les 12 derniers mois	Examen clinique : - Douleur irradiant dans les membres inférieurs - Troubles vasculaires aux membres inférieurs: pied blanc, froid, abolition des pouls périphériques - Symptômes neurologiques étendus (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval). - Paresthésies au niveau du pubis (ou périnée) ; Anesthésie en selle - Plaie à proximité du rachis - Douleur à la pression d'une épineuse - Déformation structurale importante du rachis Lors de la prise en charge: - Refus du patient - Doute du délégué (guts feeling)

Tableau II Critères d'inclusion et d'exclusion du protocole cheville(6)



Les critères d'exclusion décrits dans les protocoles de coopération (tableau I et II) reprennent le principe de drapeaux rouges. Ils correspondent à des signes et symptômes dont la présence induit un possible diagnostic différentiel nécessitant une prise en charge spécifique et/ou urgente (9). Ce sont ces critères que le thérapeute doit rechercher tout au long de l'interrogatoire et de l'examen clinique (5,6).

Les drapeaux jaunes sont des facteurs de « risque psychosociaux » (9), qui permettent le dépistage des patients à risque de chronicisation. Ces facteurs de risque peuvent être identifiés dans l'interrogatoire. La recherche de ces facteurs permet d'adapter la prise en charge et le discours à tenir au patient, et ce de façon précoce (9). Dans le cadre des protocoles de coopération, notamment pour la lombalgie, le MK doit être en mesure de mettre en place un comportement et un discours adapté au patient et aux facteurs de risques identifiés (5).

Ces facteurs de risques sont importants à identifier car la chronicisation des patients entraîne des coûts importants pour le système de santé, et leur considération précoce, notamment pour la lombalgie, diminue ce risque de chronicité (9,12,13).

Les coûts directs sont en partie dus aux rémunérations des professionnels, et semble donc être un facteur important à considérer.

2.3.3. La rémunération des professionnels

La rémunération des deux professionnels est commune, elle est reversée intégralement à la structure via l'Accord Cadre Interprofessionnel (ACI). Les consultations sont donc réglées en tiers payant, la répartition de la somme totale est libre entre les professionnels (50,51).

Pour chaque pathologie, la consultation initiale par le MK est rémunérée 25 euros, cette somme comprend l'éventuelle consultation médicale qui s'en suit si des marqueurs de pathologies graves sont identifiés. Dans le cas contraire, une seconde consultation est réalisée à J+3 pour un TETC, et 2 à 4 semaines après pour la DLA, la rémunération est cette fois de 25 euros pour la cheville, et 20 euros pour la lombalgie (Tableau III). Cette somme comprend là aussi une consultation éventuelle du médecin généraliste si la situation l'impose (5).

Tableau III tableau récapitulatif des tarifs et conditions de rémunération(52)

	1 ^{ère} consultation	2 ^{ème} consultation : réévaluation
Douleur lombaire aiguë	25€ par patient, comprenant, le cas échéant, l'intervention du médecin délégué, le jour même, ou le lendemain	Entre J15 et J30 20€ par patient, ne comprenant pas l'éventuelle intervention du médecin délégué
Entorse de la cheville	25€ par patient, comprenant, le cas échéant, l'intervention du médecin délégué, le jour même, ou le lendemain	À J3 25€ par patient, comprenant, le cas échéant l'intervention du médecin délégué

En comparaison de ces niveaux de rémunération, en 2023, les honoraires pour la réalisation d'un bilan en kinésithérapie musculosquelettique se cote en AMS 10.7, soit 23,01€ (53). La réalisation d'un bilan médical chez un médecin généraliste est de 25€ (54).

Dans le cadre des protocoles de coopération, la rémunération commune de 25€ pour les 2 professionnels induit la somme de 12,5€ chacun dans le cas d'un partage équitable.

Ces modes de financement peuvent influencer l'acceptabilité de ce modèle, mais ne sont pas les seuls déterminants, dont l'opinion des professionnels peut avoir une influence.

2.3.4. Les avis des professionnels et des futurs professionnels

L'acceptabilité par les deux professions est nécessaire afin de mettre en place le modèle de soins en première intention, elle est influencée par la perception des rôles et des compétences des professionnels en soins (55–57). Différents travaux ont questionné cette acceptabilité par les différents professionnels impliqués dans le modèle.

Ainsi, concernant les mesures d'accès direct, en 2022, 77,2% des internes en médecine étaient favorables à la première intention pour la masso-kinésithérapie. Mais 56,7% des internes craignent des abus de prestations non-nécessaires, ou encore des risques médicaux légaux. Pour

73%, un facteur susceptible de faciliter l'instauration de l'accès direct serait l'envoi systématique des bilans au médecin (58).

Des médecins et des MK ayant déjà mis en place le protocole d'accès direct pour la DLA ont été interrogés en 2021 en Auvergne-Rhône-Alpes. Les deux professions étaient majoritairement d'accord pour dire que ce modèle améliorerait la qualité des soins. Ils pensent que cela réduirait la charge de travail des médecins, diminuerait les sollicitations des services d'urgence et favoriserait la collaboration interprofessionnelle. Concernant le temps d'attente des patients, la moitié des praticiens pensent qu'il ne sera pas diminué alors que l'autre moitié pense qu'il le sera (55) (Annexe 2). Les perceptions de compétences des MK à recevoir les patients avec DLA en première intention avaient aussi été questionnées et les MK s'en pensaient majoritairement compétents. Les médecins étaient une proportion plus importante que les MK à les juger « très compétents » pour réaliser cet acte pour la lombalgie (Annexe 3) (55). Concernant la confiance des médecins et des MK, en les MK pour effectuer les tâches déléguées dans le protocole, la majorité ont confiance en les MK pour diagnostiquer une lombalgie aiguë, la réorienter vers le médecin en cas de doute, et proposer une thérapie adaptée. Pour la prescription d'antalgiques, anti-inflammatoires et d'arrêts de travail, les professionnels sont majoritairement confiants sur les capacités des MK (55) (Annexe 3).

À l'échelle nationale, et concernant plus largement l'accès direct sans notion de pathologie spécifique, des MK ont été interrogés. Ainsi, 86,17% des MK exerçant en libéral et en salariat en France sont favorables à l'introduction de l'accès direct, avec une relation positive entre l'augmentation du taux de professionnels favorables et le niveau d'expérience (59).

Enfin, concernant les usagers du système de santé, ils sont 90,2% à être favorables à l'instauration de l'accès direct, et 92% d'entre eux déclarent « qu'ils utiliseraient l'accès direct s'il était disponible en cas de nécessité », dans la limite du remboursement des soins (60).

L'instauration de l'accès direct pourrait donc s'appuyer sur des usagers prêts à sa mise en place et son utilisation, et pourrait être un moteur du déploiement de cet accès aux soins, qui seront à confronter aux freins éventuels.

2.3.5. La première intention, moteurs et freins

Les principaux obstacles évoqués par les professionnels sont la difficulté des MK à fournir des rendez-vous rapidement, et le manque de temps pour mettre en place ces mesures en lien avec l'augmentation des tâches administratives que le modèle engendre (55). D'autres freins potentiels sont évoqués par les MK, tels que l'augmentation des responsabilités, le manque de formation des MK, l'inadéquation avec la pratique quotidienne ou encore l'absence de difficulté

d'accès aux soins des patients (59). Deux autres freins sont identifiés, les médecins ne seraient pas toujours prêts à déléguer certaines tâches aux kinésithérapeutes, et ils ne seraient pas toujours sûrs de leurs compétences (55). Enfin, l'aspect financier peut être un frein car les MK considèrent qu'un acte en accès direct doit être plus rémunéré qu'un acte classique(59).

En parallèle, l'augmentation des quotas de formation en 2005 prépare une augmentation du nombre de MK de 57% entre 2016 et 2040 (61), ce sont des chiffres qui dépasseraient la demande de soins. L'accessibilité des patients à la kinésithérapie semble déjà en cours d'amélioration et devrait donc continuer cette dynamique (61,62). Cela leur permettrait de libérer du temps pour les consultations en accès direct et de diminuer le temps d'attente des patients.

Les bénéfices ont été étudiés à l'étranger, notamment dans le champ musculosquelettique, et ont permis la production de revues systématiques et méta-analyse (31,32). Les coûts induits par les soins des patients bénéficiant de l'accès direct seraient inférieurs au parcours médecins, et leur satisfaction serait plus importante que dans le parcours classique. Ces accès provoqueraient une diminution du nombre de séances de physiothérapie, moins de consultations chez le médecin, de prescriptions médicales et d'imageries. Ceci participant à la réduction des coûts de prise en charge globale (31,32).

Lorsque des médecins et MK français sont interrogés sur les éléments qui faciliteraient la mise en place de l'accès direct (55), ils mettent en avant que l'appui sur des structures pluriprofessionnels est un atout. Les échanges interprofessionnels, les réunions régulières et des soins en collaboration peuvent faciliter la mise en place du modèle. Ils soulignent que la motivation, l'adhésion et la confiance des professionnels entre eux sont importants (55).

La confiance en les compétences entre professionnels est donc importante, or la formation initiale semble être le premier déterminant des compétences réelles.

2.4. La formation professionnelle en Masso-kinésithérapie

Une formation professionnelle peut être initiale, ou continue et se définit comme « un processus d'acquisition de connaissances et de compétences requises dans des métiers spécifiques ou plus largement sur le marché de l'emploi » (63).

Depuis 2015, la formation initiale de MK est composée de 4 années d'études en institut, précédées d'une année universitaire. Cela permet l'obtention du grade master et permet la pratique de la recherche scientifique aux MK (64).

La formation initiale est une formation en alternance, entre cours en institut comprenant l'apprentissage de savoirs théoriques et pratiques, et stages cliniques permettant l'application de ces savoirs, et d'acquérir de l'expérience en situation. Ces savoirs sont transmis, évalués et validés progressivement durant la formation, afin que l'étudiant puisse être présenté aux instances responsables de la délivrance du diplôme (7). Cela est décidé par arrêté ministériel qui définit le référentiel de compétence MK (7).

La formation initiale permet ainsi la construction des compétences professionnelles nécessaires pour exercer (7). Cette notion de compétence peut être définie comme « la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation » (65–68). En santé, la HAS définit la compétence d'un professionnel comme la capacité à « savoir agir en situation » (69).

Les futurs MK doivent donc acquérir les 11 compétences du référentiel professionnel (Annexe 4). La maîtrise de celles-ci doit permettre de faire des étudiants, des futurs « praticiens de première ligne » (64), qui connaissent leur champ de compétences et leurs rôles, afin qu'ils agissent en situation en prenant des décisions seuls de façon raisonnée et coordonnée (7).

Dans ce contexte de pratique raisonnée, le MK diplômé a le devoir d'organiser son développement professionnel continu durant toute sa carrière (70).

Le praticien peut se former sur tous les thèmes qu'il souhaite au sein du métier. Les apports doivent toujours être « conformes aux données de la science » (71), c'est par ailleurs une condition au financement des structures et organismes agréés qui délivrent les formations (71). Le MK a donc l'obligation d'avoir une pratique renouvelée et prouvée scientifiquement. C'est une démarche qui s'inscrit dans un courant plus global au sein de la médecine, autour de l'Evidence Based Practice (EBP) (72). Chaque professionnel doit alors pratiquer son art selon les préférences du patient, en adoptant une pratique qui repose sur des données probantes, et en tenant compte du contexte et de ses expériences en tant que professionnel (73).

Cela souligne l'importance de la capacité à rechercher, comprendre, et appliquer de façon critique les données de la littérature, qui est indispensable quelle que soit la pratique en masso-kinésithérapie.

Le référentiel professionnel, et l'obligation d'une pratique prouvée orientent la profession vers une émancipation et une autonomie du MK, en tenant compte du besoin de coordination entre les acteurs de santé. Ce sont des éléments qui semblent pouvoir participer à la mise en place de l'accès direct pour la profession.

2.5. L'accès direct et les compétences nécessaires

2.5.1. Le référentiel de compétence spécifique à l'accès direct

Via les deux arrêtés du 6 mars 2020, le législateur a donc permis aux MK et aux médecins la mise en place des protocoles de coopération d'accès direct au MK (5,6). Pour leur application, le principe de délégation de tâche est utilisé, or cette délégation induit que les professionnels aient les compétences nécessaires à la tâche déléguée (49). Les MK devraient donc avoir les compétences nécessaires à la pratique de l'accès direct, dans le cadre des protocoles de coopération pour traumatisme en torsion de cheville (TETC), et de la Douleur Lominaire Aiguë (DLA).

Cependant, une formation complémentaire de 10 heures pour chaque protocole est obligatoire. Ces formations permettent l'acquisition de 3 « compétences » pour chaque protocole, soit 6 « compétences » au total. Leur acquisition permet selon le législateur « l'harmonisation des pratiques » (5,6), ces compétences sont les suivantes :

Compétences dans le cadre du Traumatisme en Torsion de Cheville (TETC) :

- « Capacité à diagnostiquer une entorse de cheville et à repérer les signes cliniques faisant suspecter une fracture
- Capacité à grader la gravité du traumatisme
- Repérage des antécédents dans le dossier médical partagé du patient »(6)

Compétences dans le cadre de la Douleur Lominaire Aiguë (DLA) :

- « Capacité à identifier les critères/symptômes pour lesquels la réponse à la douleur lominaire doit être médicale et ne peut être déléguée
- Information et sensibilisation du patient sur la lombalgie, recherche des drapeaux jaunes et prescription de séances de Masso-kinésithérapie
- Capacité à identifier la molécule à prescrire et la posologie et la durée adéquate d'un arrêt de travail »(5)

L'analyse de ces 6 compétences met en avant des capacités à effectuer des tâches en situation d'accès direct.

Plusieurs capacités sont retrouvées au sein de chaque compétence, leur recensement est le suivant (tableau IV) :

Tableau IV : Contenance des 10 heures de formation complémentaire : Capacités à maîtriser par les MK pour mettre en place les protocoles de coopération

<u>Capacités à maîtriser par les futurs MK pour le protocole de traumatisme en torsion de cheville</u>	<u>Capacités à maîtriser par les futurs MK pour le protocole de lombalgie aiguë</u>
- Capacité à diagnostiquer une entorse de cheville - Capacité à repérer les signes cliniques faisant suspecter une fracture - Capacité à grader la gravité d'un traumatisme - Capacité à repérer les antécédents dans le dossier médical partagé	- Capacité à identifier les critères/symptômes pour lesquels la réponse à la douleur lombaire doit être médicale et non déléguée - Capacité à informer et sensibiliser le patient sur la lombalgie - Capacité à repérer les drapeaux jaunes - Capacité à prescrire des séances de Masso-kinésithérapie - Capacité à identifier la molécule à prescrire et la posologie - Capacité à prescrire la durée adéquate d'un arrêt de travail

Ces capacités sont donc nécessaires à la validation des compétences spécifiques aux protocoles de coopération. Certaines de ces capacités semblent relatives au domaine médical dans le parcours classique. Elles feraient donc partie des capacités déléguées par le médecin dans les protocoles d'accès direct. Tandis que les autres capacités semblent déjà mobilisées par les MK dans le parcours classique car elles sont retrouvées dans le référentiel professionnel (Tableau V).

Tableau V : Capacités à maîtriser, retrouvées dans le référentiel professionnel, ou non retrouvées dans le référentiel

Capacités non mobilisées par le MK en parcours classique	Capacités mobilisées par le MK en parcours classique(7)
- Capacité à diagnostiquer une entorse de cheville(74) - Capacité à prescrire des séances de Masso-Kinésithérapie(34,35) - Capacité à prescrire des molécules médicamenteuse(75) - Capacité à prescrire un arrêt de travail(76)	- Capacité à repérer les signes cliniques faisant suspecter une fracture de cheville - Capacité à repérer les antécédents dans le dossier médical partagé - Capacité à identifier les critères/symptômes pour lesquels la réponse à la DLA doit être médicale - Capacité à sensibiliser le patient sur la lombalgie - Capacité à repérer les drapeaux jaunes sur la DLA

Une des capacités n'est pas retrouvée dans les textes est la capacité à grader la gravité de l'entorse de cheville. Celle-ci pourrait être un élément du diagnostic médical relevant donc du médecin. Cependant, la compétence 1 du référentiel professionnel indique que le MK doit être capable d'apprécier l'urgence et la gravité d'un trouble (7). L'attribution du rôle des deux professionnels dans le parcours classique sur cette capacité ne semble pas possible via les textes.

Cette analyse met en avant 5 capacités qui ne seraient pas mobilisées par les MK en parcours classique mais qui sont nécessaires à l'accès direct. Cependant, dans les protocoles de

coopération ces capacités sont mobilisées par les MK par délégation de tâche. Ils devraient donc avoir les compétences pour cela (49). La comparaison entre ces capacités non-attribuées au MK en parcours classique, et le référentiel professionnel permet de déterminer si le MK est compétent dans leur application.

2.5.2. Capacités non mobilisées en parcours classique, et référentiel professionnel

Concernant la capacité à diagnostiquer l'entorse de cheville, selon la compétence 1 du référentiel professionnel, le MK réalise un Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK). Il permet la compréhension de la situation, en s'appuyant sur un interrogatoire et un examen clinique (7). Le MK met alors en œuvre des capacités de raisonnement clinique qui lui permettent d'identifier une entorse de cheville, afin de mettre en place un traitement approprié, tout en restant vigilant sur les risques de diagnostics différentiels (7).

Le MK est donc compétent pour diagnostiquer une entorse de cheville via la mobilisation du raisonnement clinique. De plus, il doit être capable d'évaluer la gravité d'un trouble (7), il serait donc là aussi compétent pour grader la gravité d'une entorse.

La compétence 1 du référentiel permet aussi d'aborder les connaissances des médicaments, les classes médicamenteuses et leurs voies d'administration (7). Le MK aurait donc les compétences nécessaires pour décider des molécules à administrer, dans les cas de lombalgies et d'entorse latérale, mais sa capacité à déterminer la posologie reste questionnable.

Concernant la capacité du MK à prescrire des séances de masso-kinésithérapie, la compétence 1 permettrait au MK de mettre en place cette tâche. Le BDK et le raisonnement clinique permettent au professionnel d'obtenir une représentation de la situation globale du patient et déterminer les besoins des soins de kinésithérapie (7). Le MK serait alors capable de déterminer les besoins de soins d'une personne via son diagnostic.

Concernant la capacité à prescrire un arrêt de travail, le référentiel de compétence professionnelle aborde peu cette notion. Au sein de la compétence 1, les futurs professionnels doivent aborder les notions de santé au travail et des maladies liées à celle-ci (7). Cependant, il est difficile d'en conclure que les MK seront capables de prescrire un arrêt de travail sans formation additionnelle.

Le MK semble globalement compétent pour mobiliser les capacités issues du référentiel de compétence spécifique à l'accès direct (Tableau VI). Avec des interrogations sur la capacité de prescription médicamenteuse et d'arrêt de travail.

	Compétences du référentiel de formation professionnel			
	Compétence 1 : Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique	Compétence 3 : Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage	Compétence 8 : maîtrise de la recherche, du traitement et de l'analyse des données professionnelles et scientifiques	Compétence 10 : Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs
<u>Capacités à maîtriser par les MK pour pratiquer l'accès direct</u>	-Capacité à diagnostiquer une entorse de cheville et à repérer les signes cliniques faisant suspecter une fracture. (UE5/UE3/UE15/UE30) -Capacité à identifier les critères/symptômes pour lesquels la réponse à la douleur lombaire doit être médicale et non déléguée. (UE5/UE3/UE15/UE30) -Capacité à grader la gravité d'un traumatisme (UE15) -Capacité à identifier la molécule à prescrire et la posologie et la durée adéquate d'un arrêt de travail (UE3) - Repérage des antécédents dans le dossier médical partagé du patient (UE22) -La maîtrise du raisonnement clinique (UE15/UE16/UE17/UE18)	-Information et sensibilisation du patient sur la lombalgie, recherche des drapeaux jaunes et prescription de séances de Masso-kinésithérapie (UE24/UE30)	- Agir selon une pratique prouvée reposant sur la compréhension de la recherche scientifique (UE8 /UE27/28)	-Repérage des antécédents dans le dossier médical partagé du patient (UE22)

Tableau VI récapitulatif : Liens entre capacités nécessaires pour l'accès direct, et compétences retrouvées dans le référentiel de formation initiale

En reprenant les éléments précédemment évoqués (tableau VI), la maîtrise des compétences 1, 3, 8, et 10 du référentiel professionnel semblent spécifiquement requises à l'application des protocoles de coopération d'accès direct au MK (5,6).

L'analyse du référentiel spécifique aux protocoles nationaux de coopération indique des besoins de compétences, qui peuvent être mis en lien avec les compétences que la World Physiotherapy considèrerait comme essentielles à cette pratique en 2019. Elles incluent le raisonnement clinique, la connaissance des pathologies musculosquelettiques, l'évaluation des signes d'alerte et la pratique en collaboration avec d'autres professionnels (77)(Cité par Demont. Et al. Citant la WCPT). En parallèle, le référentiel de formation des futurs MK doit permettre la maîtrise des compétences inscrites dans le référentiel professionnel. La formation initiale en Masso-kinésithérapie doit donc permettre aux futurs MK l'acquisition des compétences utiles à la pratique de l'accès direct dans le cadre des protocoles de coopération (7). Ces compétences seront mobilisées pour effectuer les tâches déléguées via à l'apport de connaissances durant les 10 heures de formation.

Lors de ces formations complémentaires de 10 heures, les MK sont évalués grâce à des cas pratiques et jeux de rôles(5,6). Alors qu'en formation initiale les étudiants sont évalués sur leurs connaissances sous forme d'écrits, d'oraux, ou de dossiers. Enfin, les stages cliniques doivent permettre d'évaluer les capacités des étudiants à agir en situation réelle, en évaluant leurs compétences(7).

L'ensemble des évaluations dans le contexte professionnel, ou professionnalisant sont orientées vers l'appréciation des compétences et des savoirs, qui doivent être mobilisables en situation. Cela doit permettre de prédire les comportements des MK en contexte clinique, pour qu'ils agissent en autonomie. La prédiction des comportements est un champ de recherche exploré dans la littérature. Les notions de compétence et de savoir semblent bien avoir un impact sur les comportements, mais ne sont pas les seuls déterminants.

En effet, différents facteurs peuvent l'influencer et ont été décrits dans différents travaux. Un ensemble de chercheurs a produit un modèle autour du « Theoretical Domains Framework »(78). Leur modèle propose 14 domaines ayant un impact sur les comportements, dont « les connaissances » et « les compétences », mais également « la croyance en les capacités » ou encore « les émotions » (78). Parmi ces domaines est retrouvée la croyance en les capacités, c'est une notion qui a été développée notamment par A. Bandura, qu'il nomme « perception d'auto-efficacité » (79,80).

2.5.3. La perception d'auto-efficacité

La notion de perception d'auto-efficacité est abordée dans les théories sociales cognitives, l'expression de « Perceived self-efficacy » est utilisée en anglais. La traduction littérale correspond à la « perception d'auto-efficacité ». Elle « fait référence à la croyance en ses capacités à organiser et exécuter les actions nécessaires à la gestion des situations prospective »(79).

Selon Bandura l'auto-efficacité perçue a donc un rôle important dans la prédiction des comportements et donc des actions réellement mise en place par les individus. L'auto-efficacité permettrait de mieux prédire la performance, que ce dont les personnes seraient en capacité de produire, si toutes les compétences qu'ils possèdent étaient utilisées pour l'action. De manière générale, la perception d'auto-efficacité influence les comportements des personnes, et donc leurs actions en situation (80). Le choix des actes est alors influencé par la croyance en les compétences, et donc malgré les compétences réelles, la variation de comportement induit par les croyances provoquera des résultats différents.

La part des croyances est donc importante à prendre en considération dans la prédiction des comportements. Elles se définissent en sciences de l'éducation comme « à la fois probantes et non probantes, statiques, liées émotionnellement, organisées en systèmes et développées épisodiquement » (81,82). Ainsi, alors qu'un comportement dépend des croyances en les capacités, ces mêmes croyances ne sont pas nécessairement véridiques et sont liées à d'autres facteurs tels que les émotions, elles peuvent donc être modifiées selon les situations.

3) Problématique

En France, dans un contexte où le nombre de médecins généralistes évolue peu (21), le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous médical est parfois important (22). Les patients ont donc de plus en plus recours aux urgences, faute d'accès aux soins plus rapide, alors que leurs capacités d'accueil annuelles arrivent à saturation. Des mesures ont été mises en place pour répondre à ces évolutions via le pacte de refondation des urgences (4).

De par leurs compétences, les masseur-kinésithérapeutes semblent avoir un rôle dans cette répartition des soins de premier recours. Deux modèles de prise en charge en première intention existent via des protocoles nationaux de coopération, et sont accessibles aux MK en structures pluriprofessionnels (4).

La comparaison entre les compétences spécifiquement nécessaires à cette pratique, et le référentiel professionnel indique que les futurs MK doivent avoir les compétences pour appliquer les tâches déléguées (7,49).

Leur maîtrise est un élément nécessaire, dont l'évaluation est assurée par différents acteurs du système de formation. Mais la capacité des individus à agir en situation réelle est influencée par plusieurs déterminants (78), dont la perception d'auto-efficacité qui semble être un moyen efficace de prédire les comportements des individus (79).

Le contexte dans lequel s'est développé l'accès direct au MK, et les besoins de compétences pour exercer dans ce cadre font émerger le questionnement suivant :

Comment les futurs masseurs-kinésithérapeutes perçoivent-ils l'accès direct et leurs compétences dans le cadre des protocoles nationaux de coopération pour la cheville et la lombalgie aiguë ?

L'avis de futurs professionnels de la médecine (58) et des MK diplômés (55,59), mis en relation avec les recherches autour de ce sujet, permettent la formation d'hypothèses.

H1 : Les futurs MK pensent majoritairement que l'accès direct est un mode de prise en charge qui serait bénéfique pour l'accès aux soins des patients.

H2 : Dans le cas d'une consultation en accès direct, les futurs MK estiment que la rémunération doit être plus élevée qu'en parcours classique.

H3 : Les futurs MK se pensent compétent dans la prise en charge en accès direct des patients présentant une lombalgie aiguë et un traumatisme en torsion de cheville.

H4 : Les futurs MK ayant vécu des expériences de réorientation pour suspicion de pathologie graves se sentent compétent dans la prise en charge en accès direct des deux pathologies citées.

H5 : Les futurs MK qui ne se sentent pas compétents, dans la prise en charge en accès direct des patients pour une des deux pathologies, ne se sentent pas compétents dans au moins une des 5 capacités évaluées dans le questionnaire.

H6 : Les futurs MK pensent avoir besoin de formations complémentaires pour exercer en accès direct.

H7 : Les futurs MK connaissant les mesures permettant l'accès direct au MK sont favorables aux mesures d'accès direct.

La réponse à ces hypothèses en discussion permettra une meilleure compréhension des résultats obtenus et d'apporter des éléments de réponse à la problématique. Pour y répondre, un questionnaire a été produit via une méthodologie reposant sur des recherches documentaires orientées vers le sujet.

4) Matériel et méthode

4.1.Récolte des données

La méthodologie utilisée était un sondage, sous la forme d'un questionnaire, il s'agit donc d'une méthode quantitative, transversale, non interventionnelle.

Le choix de cette méthode se justifie par l'intention de répondre à une question relative à des croyances subjectives et à la prédiction du comportement des individus (83). Elle permet d'interroger un nombre important de personnes sans restrictions géographiques (84). La diffusion du questionnaire auto-administré en ligne permet d'obtenir une diffusion rapide et large, une facilité de réponse pour les participants, et des coûts de recherche limités (84,85).

En accord avec les recommandations de réalisation d'un questionnaire (83), celui-ci a été produit en se référant à la littérature existante sur le sujet abordé. Cette littérature est en lien avec les compétences nécessaires pour les MK à la pratique de l'accès direct (5,6) et les notions de perception d'auto-efficacité (79,80). Ce questionnaire comprend aussi des éléments relatifs aux effets de l'accès direct sur le système de soins et sur sa mise en place (31,59).

Les capacités requises pour mettre en place les protocoles de coopération ne sont pas toutes spécifiquement abordées en formation initiale selon le référentiel de compétences professionnelles. C'est pourquoi les futurs MK ont été questionnés sur leur sentiment de compétence à propos de capacités nécessaires et qui sont décrites dans le référentiel.

4.2. Le questionnaire

Le questionnaire comprend 21 questions réparties en quatre sections (Annexe 5).

Section A : Cette section est relative à l'éligibilité des participants et la familiarité sur l'accès direct. L'objectif était de s'assurer que les répondants correspondent à la population cible et de connaître leur niveau de familiarité sur l'accès direct.

Section B : La seconde partie recueillait la perception des effets de l'accès direct sur le système de soins et l'accès aux soins. L'objectif était d'identifier la vision qu'ont les futurs MK de ce mode d'exercice.

Section C : La troisième partie recueillait la perception de compétence qu'ont les futurs MK sur leurs capacités pour pratiquer l'accès direct, dans le cadre des protocoles de coopération. Cette section avait pour objectif d'identifier si les futurs MK étaient aptes à mettre en place les protocoles de coopération, et d'identifier quelles capacités devraient davantage être développées en formation initiale.

Section D : La dernière partie recueillait l'opinion des futurs MK sur l'accès direct.

Les questions posées étaient des « questions fermées », à variables de réponse nominales dichotomique pour les deux premières sections. Pour les deux autres, elles étaient ordinales sur le principe d'échelles de Likert (83). L'intérêt d'une méthode à questions fermées était d'obtenir un questionnaire rapide à répondre et une facilité d'analyse des données. Les réponses possibles ont été présentées au répondant sous forme sémantique.

Les échelles de Likert ont été utilisées car elles permettent d'explorer l'attitude/le comportement et les opinions des individus sur un sujet donné (83). Dans les échelles de Likert, aucune proposition neutre n'a été proposée afin d'obliger le répondant à se positionner.

La qualité des réponses obtenues dépend des questions initiales, les premières questions doivent être « simples, objectives et intéressantes alors que les questions sensibles et émotionnelles doivent être placées en fin de questionnaires » (84). C'est le choix qui a été appliqué pour l'ordre d'apparition dans ce questionnaire en plaçant les questions sur l'opinion pour conclure.

Les réponses sont apparues aux répondants bloc par bloc. Le retour en arrière aux questions n'a pas été rendu possible pour favoriser la spontanéité des réponses. Toutes les questions ont été rendues obligatoires pour limiter le risque de questionnaire incomplet.

Les questions relatives aux compétences ont été formulées en suivant les trois aspects nécessaires pour mesurer l'auto-efficacité : des questions orientées vers l'avenir, qui se concentrent sur les croyances en les capacités à réaliser un plan d'action, et des questions orientées vers un domaine particulier (86).

4.3.Moyens de diffusion, collecte et analyse des données

La population étudiée était constituée d'étudiants en dernière année de formation initiale en masso-kinésithérapie en France. Ceci représente le seul critère d'inclusion.

Les critères d'exclusion étaient : ne pas être étudiant en dernière année de formation en masso-kinésithérapie, ainsi que rendre un questionnaire incomplet.

Le questionnaire a été transmis au syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie, avec la demande de le diffuser aux différents instituts de formation initiale en France. Cela afin que les étudiants le reçoivent ensuite par e-mail. Le questionnaire a également été publié dans 13 groupes de promotion formés sur le réseau social Facebook, correspondant à 13 instituts différents. Il n'a été diffusé que dans ces 13 groupes de promotion, et non dans tous les groupes correspondant à chaque institut de formation en France, en raison de l'absence de réponses, ou de contacts des étudiants d'autres instituts.

Le questionnaire a été ouvert du 21 février jusqu'au 7 mars 2023, il est resté en ligne pour une durée de 2 semaines, qui serait la durée requise pour recevoir la plupart des réponses à un envoi par e-mail (84). Il a été diffusé en début semaine pour maximiser le nombre de réponses (87).

Les données ont été recueillies avec l'autorisation des participants, qui ont été informés de la confidentialité et de l'anonymat des réponses. L'outil a été créé avec le logiciel LimeSurvey.

En fin de période de recueil, les données ont été transférées du logiciel LimeSurvey et exportées vers un tableur sur Microsoft Office Excel pour l'analyse statistique descriptive, et le logiciel JASP a été utilisé pour l'analyse statistique inférentielle.

Les données recueillies à partir de variables nominales ont été traitées de façon descriptive via la fréquence (%), et de façon inférentielle via le test de Khi2, ou de Fisher lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5 (88).

Les données à variable ordinales ont été analysées via la fréquence (%), le mode et la médiane par codification des données en variables numérique. Ensuite, les tests de Khi2 et de Fisher ont été utilisés pour étudier les relations entre les variables. Pour cela, les données des échelles de Likert ont été regroupées en classes pour obtenir des variables nominales en deux groupes. Cette approche induit des biais présentés en discussion. Ces regroupements donnaient :

« Pas capable » + « peu capable » = « non capable » ET « Capable » + « totalement capable » = « capable »

« Pas du tout favorable » + « pas favorable » = « non favorable » ET « Favorable » + « très favorable » = « favorable »

Les tests statistiques ont été appliqués avec un seuil de décision, c'est-à-dire un risque d'erreur de 0,05%, correspondant à la norme en recherche biomédicale (89).

5) Résultats

Au total le questionnaire a permis de recueillir 131 réponses. Parmi celles-ci, 23 étaient incomplètes, donnant un nombre de réponses complètes de 108.

Les sections A et B sont composées de questions à variables nominales offrant 2 possibilités de réponses, « oui » ou « non », exceptée la dernière question de la section 2 dont les réponses possibles sont « équivalent » ou « supérieur ».

Les sections C et D sont composées de questions à variable ordinale sous forme d'échelles de Likert avec 4 réponses possibles :

Pour la section C : « pas capable », « peu capable », « capable », « totalement capable ».

Pour la section D : « pas du tout favorable », « pas favorable », « favorable », « très favorable ».

5.1. Section A : éligibilité, présentation des réponses obtenues

La question A1 permettait d'inclure ou non les répondants à l'étude, elle était :

Question A1 : Êtes-vous étudiant en dernière année de formation en masso-kinésithérapie en France ?

Cette question a obtenu 107 réponses positives et 1 réponse négative. Ceci donnant un échantillon pour l'analyse des résultats de 107 répondants.

Question A2 : Connaissez-vous les mesures permettant au Masseur- Kinésithérapeute (MK) la mise en place de l'accès direct dans le cadre du traumatisme en torsion de cheville et de la lombalgie aiguë ?

Près de 3 étudiants sur 4 (70%) qui ont répondu au questionnaire connaissent les mesures permettant l'accès direct au Masseur-kinésithérapeute (MK) pour le traitement du traumatisme en torsion de cheville et de la lombalgie aiguë.

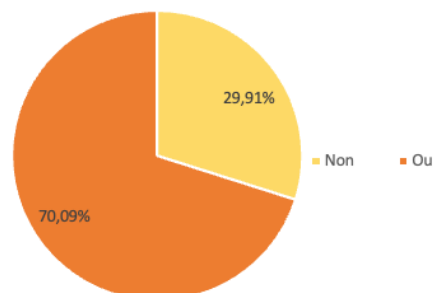


Figure 1 Diagramme en secteur 1 : Connaissances sur les mesures d'accès direct au MK

Question A3 : Durant vos stages de formation clinique, avez-vous déjà été confronté à des situations relevant d'une réorientation vers le médecin prescripteur dans le cas de pathologies de cheville ou lombaire ?

Plus de la moitié (56%) des futurs professionnels n'ont jamais été confrontée à une situation relevant d'une réorientation vers le médecin en stage pour une des deux pathologies des protocoles de coopération.

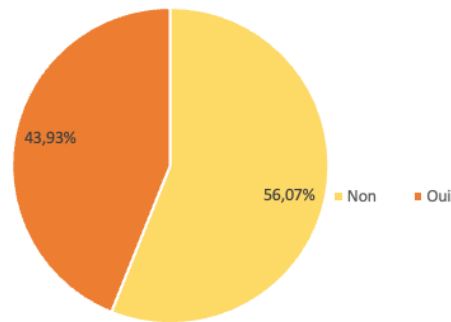


Figure 2 : Diagramme en secteur 2 : expérience de situation de réorientation sur les deux pathologies citées

5.2. Section B : Perception des effets de l'accès direct sur le système de soins

Question B1 : Dans le cas du traumatisme en torsion de cheville, pensez-vous que l'accès direct au MK permet d'améliorer le parcours de soins du patient par rapport à celui précédé de la prescription médicale ?

Une grande majorité de futurs MK (94,4 %) estime que l'accès direct au MK serait bénéfique pour le parcours de soins des patients atteints de traumatisme en torsion de cheville.

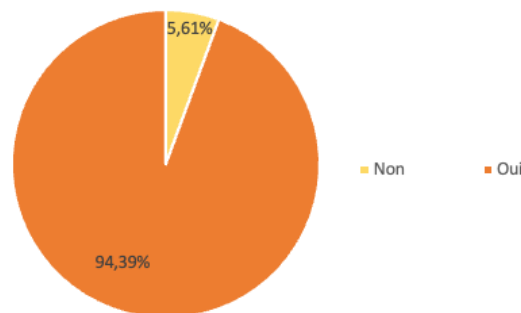


Figure 3 : Diagramme en secteur 3 : Impact de l'accès direct pour le traumatisme en torsion de cheville sur le parcours de soins du patient

Question B2 : Dans le cas de la lombalgie aiguë, pensez-vous que l'accès direct au MK permet d'améliorer le parcours de soins du patient par rapport à celui précédé de la prescription médicale ?

Une majorité de futurs MK (82,2 %) pense que l'accès direct au MK améliorerait le parcours de soins des patients atteints de lombalgie aiguë avec une DLA.

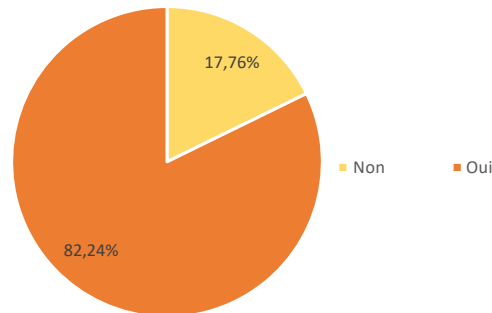


Figure 4 : Diagramme en secteur 4 : impact de l'accès direct sur la lombalgie aiguë sur le parcours de soins du patient

Question B3 : Pensez-vous que l'accès direct au MK ait un impact sur le temps d'attente des patients pour avoir accès aux soins ?

Les futurs MK pensent majoritairement (86%) que l'accès direct permettrait de réduire le temps d'attente des patients pour avoir accès aux soins.

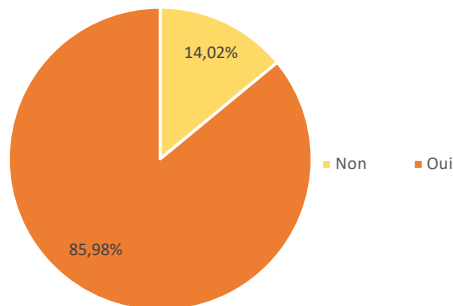


Figure 5 : Diagramme en secteur 5 : impact de l'accès direct sur le temps d'attente du patient

Question B4 : Dans le cas du traumatisme en torsion de cheville, pensez-vous que l'accès direct au MK soit sans risque supplémentaire pour la santé des patients par rapport au parcours précédé de la prescription médicale ?

La plupart des futurs MK (80,4 %) considèrent que l'accès direct au MK pour le traitement du traumatisme en torsion de cheville ne présente pas de risque supplémentaire par rapport au

parcours de soins classique. Cependant, presque 1 étudiant sur 5 pense que cet accès aux soins n'est pas sans risque additionnel.

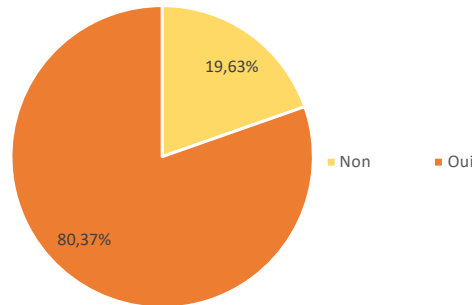


Figure 6 : Diagramme en secteur 6 : accès direct pour traumatisme en torsion de cheville et risque supplémentaire pour le patient

Question B5 : Dans le cas de la lombalgie aiguë, pensez-vous que l'accès direct au MK soit sans risque supplémentaire pour la santé des patients par rapport au parcours précédé de la prescription médicale ?

Les futurs MK sont une majorité (60,7%) à penser que l'accès direct dans le cas de la DLA est sans risque additionnel pour le patient. Cela représente 4 étudiants sur 10 qui estiment qu'il y a un risque supplémentaire pour le patient à pratiquer l'accès direct dans le cas d'une DLA.

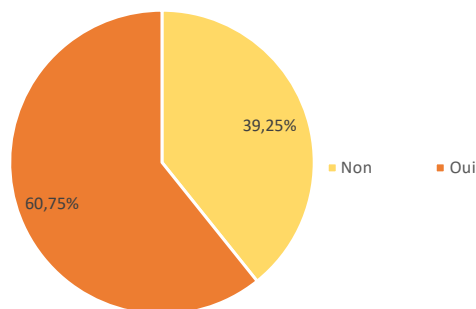


Figure 7 : Diagramme en secteur 7 : accès direct pour la lombalgie aiguë et risque supplémentaire pour le patient

Question B6 : Le tarif d'un bilan kinésithérapique dans un parcours de soins classique dans le champ musculosquelettique est actuellement de 23,01 €

Pensez-vous que le tarif d'un bilan en accès direct doit être ? Équivalent/Supérieur

La majorité (86%) des futurs professionnels estime devoir être rémunéré à un tarif supérieur à 23,01€, qui correspond au tarif d'un bilan dans le champ musculosquelettique, pour réaliser une consultation en accès direct.

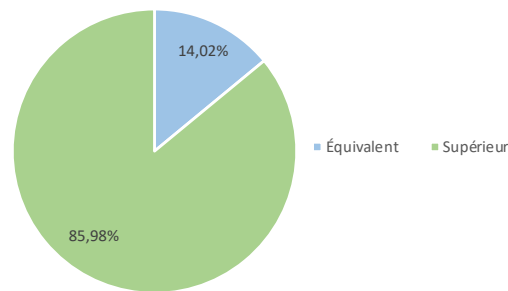


Figure 8 : Diagramme en secteur 8 : La rémunération d'un bilan en accès direct comparé au bilan en musculosquelettique

5.3. Section C : Perception des futurs MK sur leurs compétences

Questions C1 et C2 :

C1 : Dans le cas du traumatisme en torsion de cheville, pensez-vous être capable de recevoir des patients en accès direct ?

C2 : Dans le cas de la lombalgie aiguë, pensez-vous être capable de recevoir des patients en accès direct ?

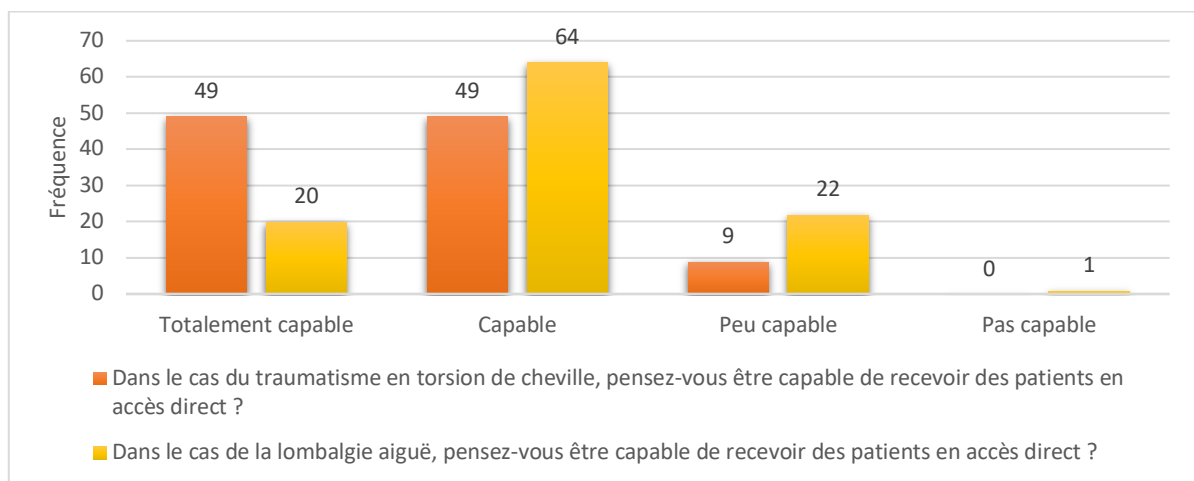


Figure 9 : Histogramme 1 : perception d'auto-efficacité à recevoir les patients en accès direct pour chaque protocole

Que ce soit pour le Traumatisme En Torsion de Cheville (TETC) ou la Douleur Lombaire Aiguë (DLA), le mode et la médiane obtenus se situent à la valeur « capable ». La majorité des futurs MK, soit 78,5% pour la DLA et 91,5% pour le TETC, se sent « capable » et « totalement capable » de recevoir des patients en accès direct. Pour la DLA, 22 personnes se sentent « peu capable » de réaliser une consultation en première intention, et une ne s'en sent pas capable. Ces deux valeurs représentent 21,5% de l'échantillon, soit plus d'un étudiant sur cinq.

Questions C3 et C4 :

C3 : Dans le cas du traumatisme en torsion de cheville, pensez-vous être capable de mettre en place une démarche de raisonnement clinique pour l'évaluation d'un patient en accès direct ?

C4 : Dans le cas d'une lombalgie aiguë, pensez-vous être capable de mettre en place une démarche de raisonnement clinique pour l'évaluation d'un patient en accès direct ?

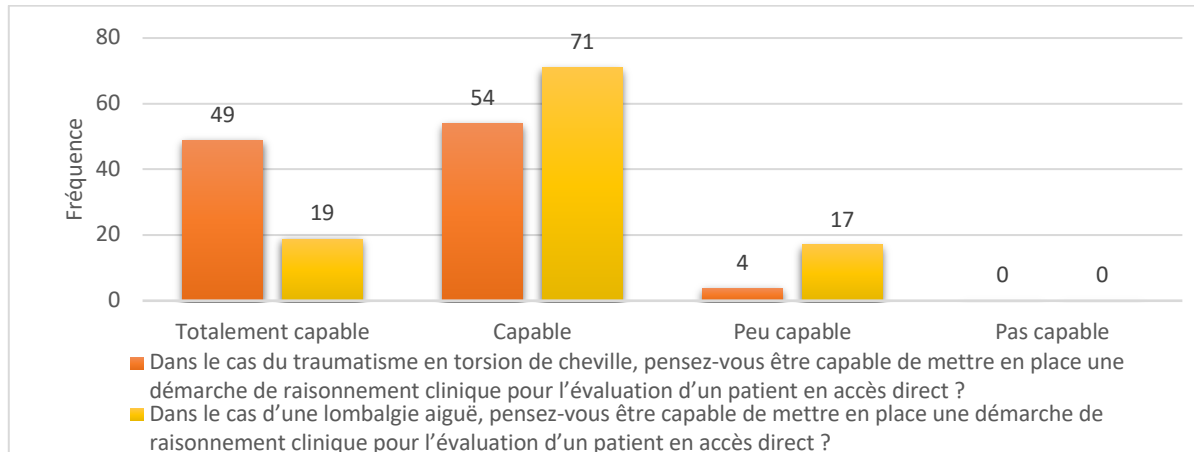


Figure 10 : Histogramme 2 : perception d'auto-efficacité à mettre en place une démarche de raisonnement clinique pour chaque pathologie

Le mode et la médiane sont à l'item « capable » pour chaque pathologie, les futurs MK sont donc majoritairement « capable » de mettre en place une démarche de raisonnement clinique dans le cadre de l'accès direct. Au total 1 étudiant sur 2 se dit « capable » pour le TETC, l'autre moitié se place comme « totaletement capable », 3% d'étudiant sont alors « peu capable ». Pour la DLA plus de 6 étudiants sur 10 se disent « capable », et moins de 2 sur 10 se disent « totaletement capable ». Moins de 2 sur 10 des futurs MK se sentent aussi « peu capable » de mettre en place une démarche de raisonnement clinique pour une DLA.

Question C5 : Dans le cadre de l'accès direct, pensez-vous être capable d'effectuer des recherches, comprendre et appliquer les résultats des données probantes dans l'objectif d'améliorer votre pratique professionnelle ?

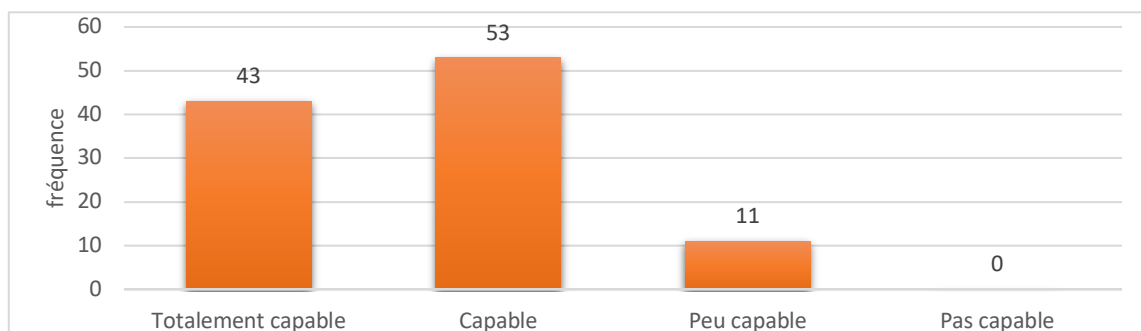


Figure 11 : Histogramme 3 : capacité à rechercher, comprendre et appliquer des résultats de la recherche pour l'accès direct

Au total, 11 répondants se sentent « peu capable » de mettre en place une démarche de recherche scientifique et comprendre et appliquer les résultats dans le cadre de l'accès direct. Alors que 53, et 43 futurs MK se sentent respectivement « capable » ou « Totalelement capable » de réaliser cette démarche, ce qui représente 9 répondants sur 10 dans l'échantillon.

Question C6 : Dans le cadre de l'accès direct au MK, pensez-vous être capable de communiquer avec le médecin sur la situation clinique du patient ?

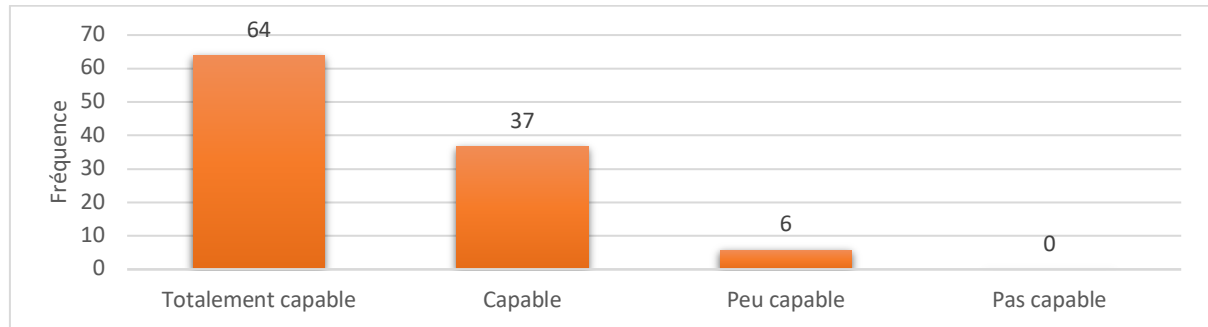


Figure 12 : Histogramme 4 : capacité à communiquer à propos du patient avec le médecin dans le cadre de l'accès direct

Concernant la capacité à communiquer avec le médecin autour du patient, la médiane et le mode se situent à l'item « totalement capable ». Cela met en avant un sentiment de compétence élevé de la majorité des étudiants, ainsi, seuls 5,6% des futurs professionnels se sentent « peu capables » de réaliser cette tâche.

Question C7 : Dans le cadre de l'accès direct au MK, pensez-vous être capable d'informer le patient sur sa pathologie ?

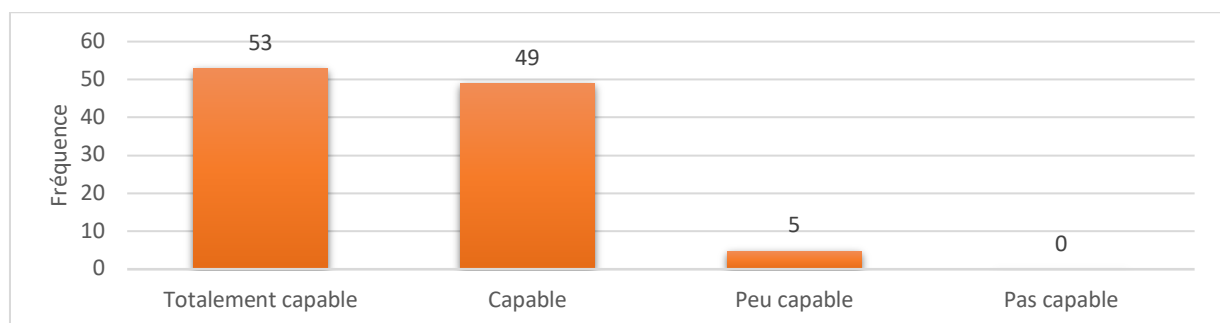


Figure 13 : Histogramme 5 : Capacité à informer le patient sur sa pathologie

Concernant la capacité des futurs MK à informer le patient sur sa pathologie, le mode obtenu est à l'item « totalement capable », et la médiane est à l'item « capable ». Cela signifie que la majorité (49,5%) des répondants se sent « totalement capable » d'effectuer cette tâche. La quasi-totalité des répondants (95,3%) se sent « capable » ou « totalement capable » de cela.

Question C8 et C9 :

C8 : Dans le cas du traumatisme en torsion de cheville en accès direct, pensez-vous être capable de dépister les marqueurs de pathologies graves (red flags) et de risque de chronicité (yellow flag)?

C9 : Dans le cas de la lombalgie aiguë en accès direct, pensez-vous être capable de dépister les marqueurs de pathologies graves (red flags) et de risque de chronicité (yellow flag)?

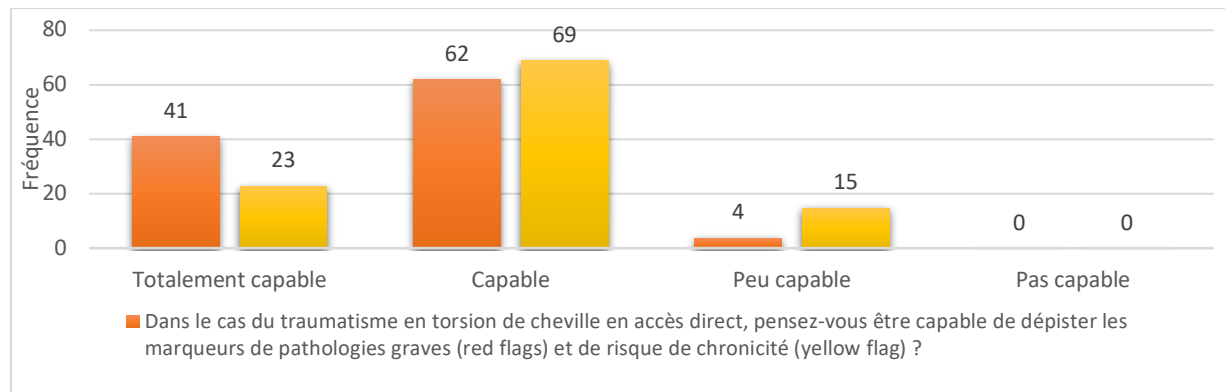


Figure 14 : Histogramme 6 : capacité à dépister les drapeaux rouges et jaunes

Pour les deux questions, les modes et médianes se situent tous à l'item « capable ». Montrant une majorité de personnes capables de dépister les drapeaux rouges et jaunes dans la population étudiée. Ainsi, 86% de l'échantillon pour la DLA, et 96% pour le TETC se pensent « capable » « totalelement capable » de dépister les drapeaux rouges et jaunes. Tandis que 14% des futurs professionnels se sentent « peu capable » de faire cela.

Question C10 : Quelle est votre opinion sur l'énoncé suivant : j'aurai besoin de formations complémentaires pour pratiquer l'accès direct dans le cadre des protocoles de coopération.

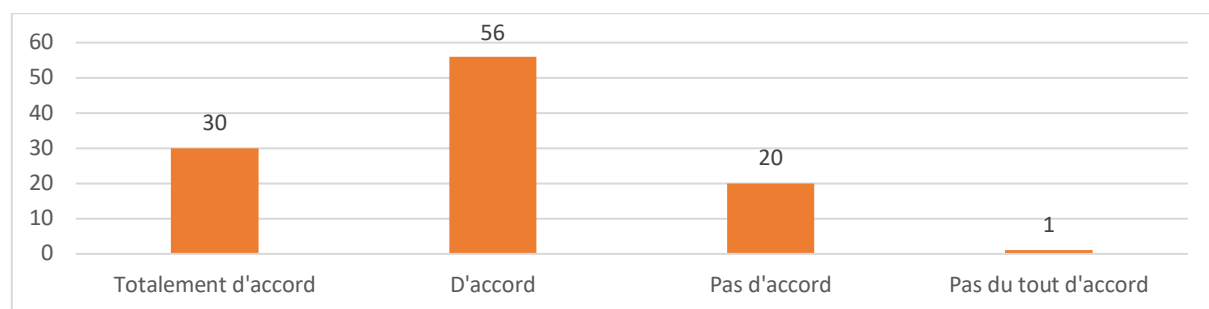


Figure 15 : Histogramme 7 : opinion sur l'énoncé "j'aurai besoin de formation complémentaire pour pratiquer l'accès direct dans le cadre des protocoles de coopération"

Le mode et la médiane se situent à l'item « d'accord », en effet 80,4% des futurs professionnels se disent « d'accord » ou « totalelement d'accord » avec l'affirmation. Une large majorité pense

donc avoir besoin de formation complémentaire pour mettre en place l'accès direct. Et donc seul 1 étudiant sur 5 pense que la formation initiale leur est suffisante pour cela.

5.4. Section D : Opinion sur l'accès direct au MK

Questions D1 et D2 :

D1 : Êtes-vous favorable à l'accès direct au MK en France pour le traumatisme en torsion de cheville ?

D2 : Êtes-vous favorable à l'accès direct au MK en France pour la lombalgie aiguë ?

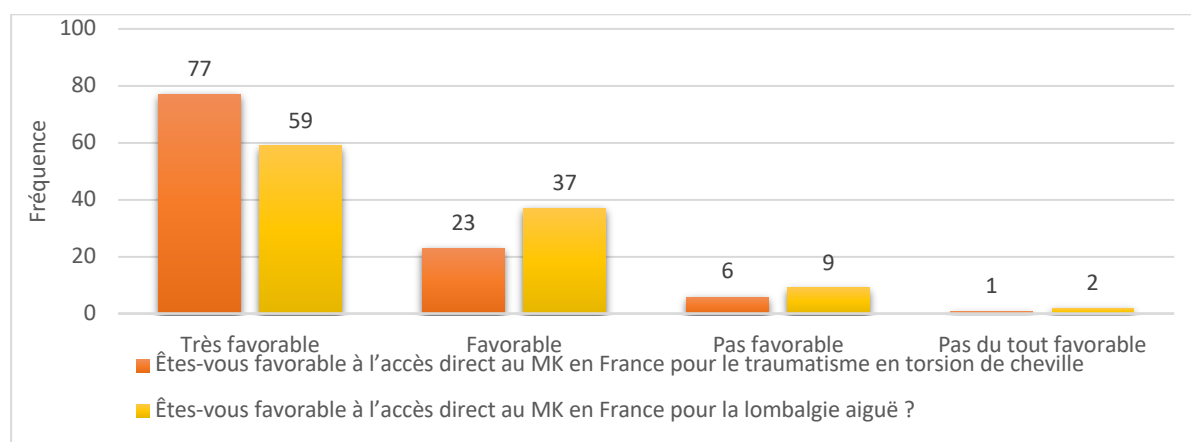


Figure 16 : Histogramme 8 : Opinion sur la favorabilité des mesures permettant l'accès direct aux deux pathologies citées

Pour cette question, la médiane et le mode se situent à l'item « très favorable ». Ainsi, 89,7% des répondants pour la DLA et 93,4% pour le TETC se disent « favorable » ou « très favorables » à ce mode d'accès au soin. Plus de 10% des répondants ne sont « pas favorable » ou « pas du tout favorable ».

6) Discussion

6.1. Analyse des résultats et réponse aux hypothèses

La méthodologie utilisée pour diffuser ce questionnaire est considérée comme un sondage aléatoire simple (90). Le sondage interroge dans les sections A et B la présence d'un caractère, ce qui peut assimiler cela à une loi binomiale, de plus l'échantillon $n=107$ représente moins de 10% de la population totale ($N=2854$) (91)). Cela permet d'appliquer le calcul d'une marge d'erreur dans les résultats obtenus via le calcul de l'intervalle de fluctuation (IF) (90) (Annexe 6).

Pour étudier la relation entre les variables, des méthodes statistiques inférentielles ont été utilisées via les tests de Khi2, ou de Fisher lorsqu'il était nécessaire.

Ces modes d'analyse statistiques inférentielles et descriptives ont été utilisés pour répondre aux hypothèses

L'hypothèse H1 supposait que les futurs MK pensent majoritairement que l'accès direct est un mode de prise en charge qui serait bénéfique pour l'accès aux soins des patients.

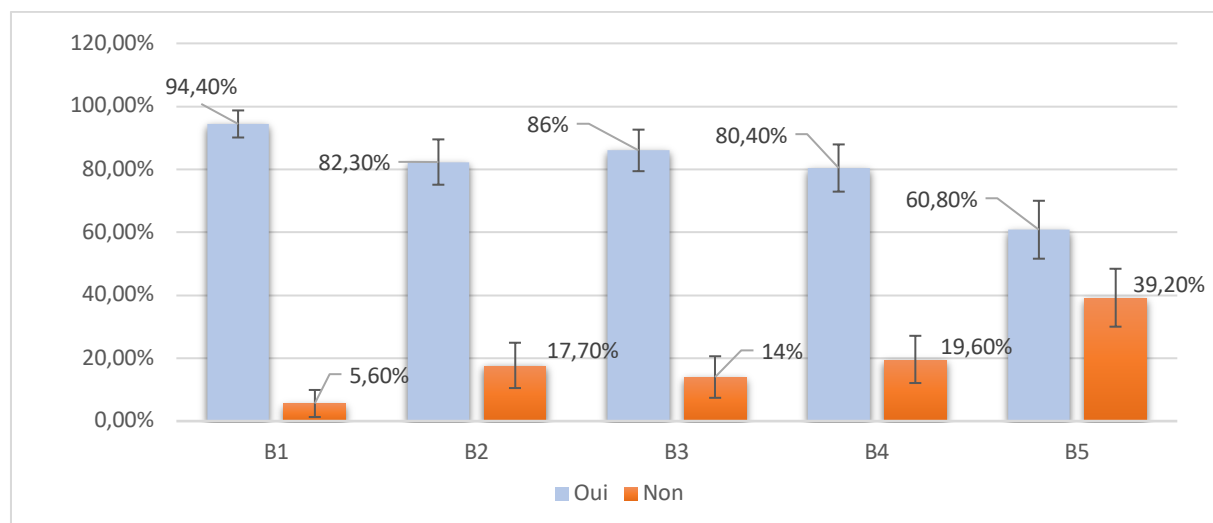


Figure 17 : Histogramme 9 : réponses aux questions : B1, B2, B3, B4, B5

En se référant à l'ensemble des réponses, l'hypothèse H1 est en partie validée grâce aux données de la marge d'erreur, mais à nuancer à propos de la sécurité de l'accès direct pour la DLA (B5).

En effet, dans le cadre de l'accès direct pour un Traumatisme En Torsion de Cheville (TETC) et la Douleur Lominaire Aiguë (DLA), des bénéfices potentiels ont été identifiés. Selon les futurs MK, l'impact de l'accès direct serait bénéfique sur l'accès aux soins des patients pour chaque pathologie (B1/B2), et sur leur temps d'attente pour y accéder (B3).

Pour le TETC, l'accès direct ne présenterait selon eux pas de risque augmenté pour les patients (B4), cependant pour la DLA (B5) l'interprétation des résultats via l'intervalle de Fluctuation (IF) n'est pas fiable. En effet à la réponse « Oui » on obtient un IF= [51,6 ; 70], et à la réponse « Non » un IF= [30 ; 48,4]. Cela est à associer à un risque d'erreur d'échantillonnage élevé due à l'absence de données vérifiant la représentativité de l'échantillon. Il n'est donc pas possible de valider l'hypothèse selon laquelle la plupart des futurs MK considèrent que l'accès direct pour les DLA serait sans risque pour les patients.

Ceci met en avant une possible augmentation de la responsabilité perçue par les futurs MK dans le cas de la DLA. Elle interrogerait alors la rémunération de ces actes à plus forte responsabilité.

C'est pourquoi l'hypothèse H2 présumait que dans le cas d'une consultation en accès direct, les futurs MK estiment que la rémunération doit être plus élevée qu'en parcours classique.

L'hypothèse H2 peut être validée grâce au taux de réponses « supérieur » comparé au taux de réponse « équivalent » à la question interrogeant la rémunération (B6). L'item « inférieur » n'a pas été proposé car il est peu probable que les répondants souhaitent être moins rémunérés. Au total 86% des futurs MK pensent que la rémunération d'une consultation en accès direct doit être supérieure au prix d'un bilan en musculosquelettique. La marge d'erreur calculée est de $\pm 7,2\%$ et donc un IF= [78,8 ; 93,2], permettant de soutenir la validité de l'hypothèse.

La question de la rémunération soulève la question de la compétence des MK à effectuer des consultations en accès direct en toute sécurité pour justifier des honoraires plus élevés.

C'est pourquoi l'hypothèse H3 supposait que les futurs MK se considèrent majoritairement compétents dans la prise en charge en accès direct des patients présentant une lombalgie aiguë et un traumatisme en torsion de cheville.

L'hypothèse H3 peut être validée grâce à l'analyse des réponses obtenues aux questions interrogeant le sentiment de compétence pour le TETC (C1) et la DLA (C2). Au total, 78,5% des répondants pour la DLA et 91,5% pour le TETC, se sentent « capable » ou « totalement capable » de recevoir des patients en accès direct. La marge d'erreur calculée pour la DLA est de $\pm 7,8\%$ et ce qui correspond à un IF= [70,8 ; 86,3], pour le TETC la marge d'erreur est de $\pm 5,3$ et donc un IF= [86,2 ; 96,8], permettant de soutenir la validité de l'hypothèse.

Ce sentiment de compétence peut être influencé par différents facteurs tels que les expériences vécues antérieurement(92).

C'est pourquoi l'hypothèse H4 supposait que les futurs MK ayant vécu des expériences de réorientation pour suspicion de pathologies graves se sentent compétents dans la prise en charge en accès direct des deux pathologies citées.

L'hypothèse H4 peut être réfutée grâce à l'analyse de la relation entre l'expérience professionnelle (A2) et le sentiment de compétence à réaliser des consultations en accès direct pour chaque pathologie (C1 et C2). Une analyse statistique a été effectuée pour chaque relation en utilisant un test d'hypothèse pour évaluer l'indépendance (H0) et la dépendance (H1) entre les variables.

Les p-value obtenues aux tests de Fisher (A2/C1) et au test du Khi2 (A2/C2) étaient supérieures au seuil de significativité de 0,05, ce qui indique qu'il n'y a pas de relation significative entre l'expérience professionnelle (A2) et le sentiment de compétence pour chaque pathologie (C1 et C2). H0 ne peut donc pas être rejetée pour les deux relations.

Ainsi, il n'y a pas de relation statistiquement significative entre la variable indépendante d'exposition à une situation de réorientation pour l'une des deux pathologies (A2) et la variable dépendante représentée par le sentiment de compétence à réaliser une consultation en accès direct pour chaque pathologie (C1 et C2).

D'autres variables d'intérêt ont également été explorées dans le questionnaire pour évaluer le sentiment de compétence.

L'hypothèse H5 présumait alors que les futurs MK qui ne se sentent pas compétents dans la prise en charge en accès direct des patients pour une des deux pathologies, ne se sentent pas compétents dans au moins une des 5 capacités évaluées dans le questionnaire.

Cette hypothèse peut être validée (Tableau VIII), limitée par des biais méthodologiques liés au rassemblement des 4 items de réponses en 2 classes pour l'analyse.

Tableau VII : Résultats aux tests d'hypothèses

Relation entre le sentiment de compétence à :	Recevoir en consultation un TETC (C1)	Recevoir en consultation une DLA (C2)
Appliquer une démarche de raisonnement clinique pour un TETC (C3)	Test de Fisher = 0,34 Relation significative : OUI	
Appliquer une démarche de raisonnement clinique pour une DLA (C4)		Test de Khi2<0,01 Relation significative : OUI
Rechercher, comprendre et appliquer des données scientifique (C5)	Test de Fisher = 0,594 Relation significative : NON	Test de Fisher = 0,451 Relation significative : NON
Communiquer avec le médecin sur la situation clinique du patient (C6)	Test de Fisher = 0,414 Relation significative : NON	Test de Fisher = 1,0 Relation significative : NON
Informé le patient sur sa pathologie (C7)	Test de Fisher = 0,358 Relation significative : NON	Test de Fisher = 0,064 Relation significative : NON
Dépister les drapeaux rouges et jaunes pour un TETC (C8)	Test de Fisher = 1,0 Relation significative : NON	
Dépister les drapeaux rouge et jaune pour une DLA (C9)		Test de Khi2<0,01 Relation significative : OUI

Les tests de Fisher ou de Khi2 ont été utilisés pour chaque relation en fonction des tableaux de contingences, pour effectuer un test d'hypothèse. L'hypothèse nulle H_0 , et l'hypothèse alternative H_1 ont été définies pour confirmer une relation significative entre les variables.

Une seule relation statistiquement significative a été trouvée en ce qui concerne le traumatisme en torsion de cheville (TETC). Cette relation rejette l'hypothèse nulle H_0 et valide l'hypothèse alternative H_1 sur la relation C1/C3. Par conséquent, il existe une association statistiquement significative entre le sentiment de compétence à prendre en charge un patient pour TETC en accès direct et le sentiment de compétence à appliquer une démarche de raisonnement clinique pour évaluer ce type de patient.

Deux relations statistiquement significatives ont été trouvées concernant la Douleur Lombaire Aiguë (DLA). Ces relations rejettent l'hypothèse nulle H_0 pour les relations C2/C4 et C2/C9.

Par conséquent, il existe une association statistiquement significative entre le sentiment de compétence à prendre en charge un patient pour DLA en accès direct et le sentiment de compétence à utiliser une démarche de raisonnement clinique dans cette situation.

Il y a également une association statistiquement significative entre le sentiment de compétence à prendre en charge un patient pour DLA en accès direct et le sentiment de compétence à dépister les marqueurs de pathologies graves et de risques de chronicité.

La comparaison des effectifs attendus comparés aux effectifs observés des tableaux de contingences pour les relations entre C1 et C3 (Annexe 7) ainsi qu'entre C2 et C4/C9 (Annexe8)

permet l'interprétation des relations. Dans chacune, les répondants « pas capables » à la variable indépendante (C1 ou C2), étaient plus nombreux qu'attendus à être « pas capable » pour la variable dépendante (C4/C9 ou C3). Pour les répondants « capable » à la variable indépendante, ils étaient plus nombreux qu'attendus à être « capable » à la variable dépendante. Il y aurait donc une relation entre ne pas se sentir capable de réaliser une consultation en accès direct pour une des deux pathologies, et ne pas se sentir capable dans une des 5 capacités interrogées. Mais cette approche et des biais importants limitent fortement l'interprétation.

Ces éléments questionnent alors le besoin de formation complémentaire à la formation initiale.

C'est pourquoi l'hypothèse H6 supposait que les futurs MK pensent majoritairement avoir besoin de formations complémentaires pour exercer en accès direct. L'hypothèse H6 peut être validée, en tenant compte du biais méthodologique utilisé permettant de rassembler les 4 items de réponses en 2 classes pour l'analyse, qui nuance cette interprétation. La réponse à cette hypothèse repose sur une analyse statistique descriptive de la question interrogeant le besoin de formations complémentaires pour pratiquer l'accès direct dans le cadre des protocoles (C10).

À cette question, 80,3% des futurs professionnels sont « d'accord » et « totalement d'accord » avec le fait d'avoir besoin de formation complémentaire pour cette pratique. La marge d'erreur obtenue est $\pm 7,5\%$ ce qui correspond à un IF= [72,8 ; 87,8] pour le groupe formé par les réponses « d'accord » et « totalement d'accord ».

Enfin, l'opinion des répondants pourrait influencer la pratique de l'accès direct.

C'est pourquoi l'hypothèse H7 présumait que les futurs MK connaissant les mesures permettant l'accès direct au MK y sont favorables. L'hypothèse H7 semble être rejetée après analyse des réponses avec des nuances liées à la méthodologie.

Comme pour l'hypothèse 6, un rassemblement des 4 opinions en 2 classes a été effectué pour les tests d'indépendance entre la question interrogeant la connaissance des mesures en vigueur (A2) avec la favorabilité à ces mesures pour chaque pathologie (D1 et D2). Le test exact de Fisher a été réalisé dans chaque cas pour tester les deux relations, testant l'hypothèse nulle H0.

Le test de Fisher indique une p-value de 1.0 pour A2/D1 et de 0.425 pour A2/D2. Les hypothèses nulles H0 ne peuvent être rejetées. Il n'y a donc pas de relation statistiquement significative entre la connaissance des mesures et la favorabilité envers elle des futurs MK.

6.2. Analyse méthodologique

La méthodologie utilisant un questionnaire a été employée pour recueillir les croyances subjectives des répondants et les données nécessaires à la prédiction des comportements des futurs MK (83). Les traitements statistiques ont été utilisés pour répondre aux hypothèses de la manière la plus objective possible, en fonction des connaissances permettant ce travail d'initiation à la recherche.

Cependant, cette méthode présente des biais, car elle ne permet pas d'explorer avec précision et nuance les croyances des répondants, étant donné qu'elle ne donne pas la possibilité au répondant de développer ses réponses. Une approche complémentaire telle que la réalisation d'entrevues semi-directifs préalables aurait pu être utilisée pour influencer la composition du questionnaire et la compréhension de la population étudiée.

La création de ce questionnaire a reposé sur les recherches relatives au cadre conceptuel, mais celui-ci aurait pu être amélioré en prenant en considération des informations supplémentaires. Notamment le lieu de formation initiale, et la réalisation ou non du clinicat au moment des réponses afin d'utiliser ces données comme variables indépendantes. La représentativité de l'échantillon aurait aussi dû être questionnée par l'âge ou le genre par exemple, ce qui présente un biais important pour l'interprétabilité des résultats.

L'absence de proposition de réponse neutre a permis une analyse simplifiée des données, incitant le répondant à se positionner, mais a augmenté le risque de biais de non réponse (83).

L'analyse des réponses incomplètes semble indiquer que ça n'a pas été le facteur principal de fin précipitée du questionnaire car d'autres facteurs semblent avoir été prépondérants. L'analyse des questionnaires inachevés indique que la longueur et la complexité de certaines formulations ont été préjudiciables, et ont engendré des réponses incomplètes. Bien que le vocabulaire utilisé ait été choisi pour être compréhensible par la population touchée, les questions auraient pu être raccourcies et regroupées en sections relatives à chaque pathologie. Ceci est observable, car sur 131 réponses obtenues au total, 23 étaient incomplètes, 9 personnes ont affiché la section A sans apporter de réponse, 14 y ont répondu et ont pu arriver à la section B, 10 personnes parmi elles se sont arrêtées à cette section sans donner de réponses, les 4 derniers répondants se sont tous stoppés à la section C.

Des biais de formulations peuvent être retrouvés tels qu'à la question B4, où dans le cas d'un TETC, la question était « pensez-vous que l'accès direct au MK soit sans risque supplémentaire pour la santé des patients par rapport au parcours précédé de la prescription médicale ? ». La

formulation « soit sans risque supplémentaire » invite le répondant à aller dans le sens de l'indication et à répondre favorablement.

Ensuite, les capacités qui ont été questionnées ont reposé sur l'analyse des arrêtés publiés par le gouvernement (5,6). Interroger les capacités nécessaires à l'accès direct est une démarche intéressante, cependant un niveau de preuve et une quantité de littérature plus élevés auraient été nécessaires.

Concernant la diffusion du questionnaire elle s'est établie sur 2 semaines, il aurait pu être intéressant de proposer une durée plus importante aux répondants car l'envoi par mail d'un questionnaire sans pré-notification et sans relance demande une période d'au moins 3 semaines d'attente (84). De plus, la diffusion du questionnaire aurait pu toucher une plus large population si cela avait été proposé dans plus de groupes de promotion sur les réseaux sociaux, mais il n'a été proposé que dans 13 groupes en raison de difficultés à contacter les étudiants d'autres instituts. Bien que la transmission puisse être considérée comme nationale grâce à l'envoi par e-mail aux différents instituts de formation, il n'y a pas eu les mêmes conditions de transmission, avec une double information transmise pour certains, contre une simple pour d'autres.

De plus, le questionnaire a été transmis avec un message présentant le nom de l'investigateur, ce qui a pu favoriser des réponses plus nombreuses des élèves issus de l'institut de formation dans lequel ce travail est réalisé. Cela vient là aussi justifier l'intérêt d'une question demandant l'institut de formation du répondant.

Un biais d'autosélection doit aussi être considéré(93), donnant une situation où les répondants sont majoritairement ceux qui sont les plus intéressés par le sujet, ce qui remet en question la représentativité de l'échantillon par rapport à la population totale.

Bien qu'il soit possible qu'il y ait un biais lié à la maîtrise des outils technologiques (93), ce risque reste limité en considérant la population qui est jeune et donc plus susceptible de maîtriser ces outils.

La taille totale de l'échantillon est aussi une limite, car 107 réponses semblent trop peu en comparaison de la population totale de 2854 individus. Bien que la marge d'erreur ait été utilisée pour limiter le risque d'erreur d'échantillonnage, la taille de l'échantillon reste insuffisante. Cela se constate dans plusieurs analyses d'hypothèses où la réalisation d'un test exact de Fisher a été nécessaire en raison du faible effectif de certaines catégories.

De plus, ces effectifs étaient pour certains très bas tels que dans le test de l'hypothèse H5 où une case contient un effectif de 2. Les effectifs très réduits peuvent avoir un impact sur la production des tests et leurs résultats. L'interprétation est donc limitée malgré des p-values

obtenues significatives. Pour améliorer la qualité des tests, il faudrait avoir des échantillons plus importants, permettant d'obtenir potentiellement dans chaque catégorie des effectifs importants, et donc des interprétations plus solides.

Concernant l'analyse statistique, un biais majeur doit être considéré. Pour effectuer des tests d'hypothèses, les tests de Khi2 ou le test exact de Fisher ont été utilisés, mais pour cela la nature des variables a été modifiée. Les données de l'échelle de Likert ont été regroupées en classes pour correspondre à des variables nominales. Cela crée un biais important car pour que cette approche soit valide, il faudrait démontrer que les personnes qui ont été classées dans une catégorie nominale, auraient répondu la même réponse que celle qui leur a été attribuée si elle leur avait été proposée dans le questionnaire. Toutefois, l'utilisation d'échelles de Likert était nécessaire, car les réponses aux questions qui utilisaient cette approche ne pouvaient pas uniquement se résumer à deux catégories, une nuance dans les réponses devait être proposée.

6.3. Vision des futurs professionnels sur l'accès direct et leur perception d'auto-efficacité

La comparaison entre les perceptions des futurs professionnels et des professionnels diplômés est intéressante car elles sont similaires. Les futurs MK ont une opinion majoritairement positive sur l'accès direct pour le Traumatisme En Torsion de Cheville (TETC) et la Douleur Lominaire Aiguë (DLA), estimant que cela améliore le parcours de soins du patient en réduisant le temps d'attente, sans augmenter le risque pour le patient atteint de TETC. Toutefois, des questions subsistent quant aux risques pour la santé du patient dans le cas de l'accès direct pour la DLA. La sécurité est déjà plus généralement une question à laquelle il semble difficile d'apporter une réponse dans les travaux scientifiques antérieurs. Certains travaux ne se prononcent pas sur cette sécurité (31) tandis que d'autres plus récents considèrent qu'il est possible d'affirmer que l'accès direct est sécuritaire pour le patient (94).

Concernant l'opinion des futurs MK, elle est en faveur des mesures permettant l'accès direct au MK pour le TETC et la DLA. Ceci est dans la continuité d'une orientation plus généralement partagée des acteurs de santé. Différentes études ont questionné l'opinion de ces acteurs à propos de l'accès direct sans spécificité de pathologie, et ont montré que 86,17% des MK en exercice (59), 77,2% des internes en médecine en 2022 (58) et 90,2% des usagers du système de santé (60) se disent favorables à l'accès direct au MK en France. Toutefois, la qualité scientifique de ces articles est peu élevée, mais cela témoigne d'une tendance observée et qui est partagée entre futurs professionnels, professionnels et usagers (55,58–60).

Ces opinions sont des éléments importants qui montrent que les différents acteurs sont prêts à l'accès direct au MK. Ce qui pourrait encourager davantage au développement de l'accès direct,

alors que ce modèle améliorerait l'accès aux soins pour les patients, et aurait des avantages économiques pour la société (31,94). Cependant, il convient de modérer ces résultats quant à leur applicabilité en France étant donné que chaque système de soins a ses spécificités, et que les preuves sur lesquelles ils reposent sont de qualité modérée (31,94).

Concernant la perception des futurs MK sur leur compétence à pratiquer l'accès direct, comme le montrent les résultats des analyses, la majorité se sent capable de recevoir des patients en accès direct pour la DLA et le TETC, en mobilisant les différentes capacités questionnées. Ces résultats positifs sur le sentiment de compétence sont importants dans la mesure où la formation des professionnels pour exercer l'accès direct est une condition nécessaire (5,6,59). Cependant, ces constats sont à nuancer, certains futurs MK ne se sentent pas aptes à mettre en place l'accès direct pour le TETC et la DLA. Les futurs MK se sentaient généralement moins compétents pour la prise en charge de la DLA que pour le TETC.

D'autres études menées auparavant sur les compétences des MK convergent avec les résultats des futurs MK, malgré le fait que les capacités évaluées puissent différer. Dans l'ensemble, les futurs MK se sentent compétents pour pratiquer l'accès direct, comme les MK diplômés (55,59). Cependant, ce niveau de compétence varie selon les pathologies (59).

En ce qui concerne la rémunération des actes en accès direct, plusieurs perspectives sont à prendre en compte. Les protocoles de coopération actuels prévoient une rémunération de 25€ pour le médecin et le MK, qui est directement versée à la structure pluriprofessionnelle dans laquelle ils exercent (50). Cependant, les futurs MK suggèrent que cette rémunération devrait être supérieure à 23,01€ pour chaque acte. De même, 53% des MK en exercice estiment qu'une meilleure rémunération est nécessaire pour la mise en place de l'accès direct (59). Cependant, ces propos restent à mesurer car un des intérêts de l'accès direct est la diminution des coûts pour la société (31). Dans un parcours classique, le médecin et le MK reçoivent respectivement 25€ et 23,01€ d'honoraires. La caisse d'assurance maladie n'a donc pas intérêt à payer plus de 48,01€ en tout pour l'ensemble des professionnels impliqués. En outre, une rémunération de plus de 25€ pour le MK entraînerait des situations où le MK percevrait des honoraires supérieurs à ceux d'une consultation médicale conventionnée (54). La question du tarif de ces consultations est donc délicate en raison des intérêts divergents des parties prenantes. Une augmentation de la rémunération pour le MK nécessiterait également une augmentation des honoraires des médecins pour maintenir l'équilibre.

Cela représente un élément qui peut limiter le déploiement et l'envie des professionnels à mettre en place ces protocoles. Mais ce n'est pas le seul facteur limitant, en effet le cadre d'exercice des protocoles se limite uniquement aux structures pluriprofessionnelles.

6.4. Le nombre de structures pluriprofessionnelles et applicabilité

En 2022, le territoire français compte 2251 Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) et 522 Centres de Santé (CS) (95). Ce sont des chiffres importants et qui ont doublé depuis 2017 (96), mais qui à l'échelle nationale restent peu élevés, alors que plus de 90 000 MK exercent en France (97). Le nombre total de structures qui peuvent mettre en place les protocoles de coopération avec le MK, ne représente pas une proportion élevée de l'exercice. De plus, le nombre de structure ayant mis en œuvre ces protocoles reste inconnu.

Ceci est à considérer avec les tâches supplémentaires qui incombent aux MK dans les protocoles. En effet, ils doivent fournir des indicateurs d'activité (nombre de consultation ayant la pathologie, nombre de consultation totale) et qualité (nombre d'arrêts de travail prescrit, durée prescrite...) ainsi que des indicateurs de la satisfaction des patients (5,6). Ceci ajouté aux réunions entre médecin et MK, au besoin d'analyse des pratiques tous les 3 mois, et a une rémunération trimestrielle reversée à la structure, peuvent représenter des freins à cette pratique. C'est ce que mettent en avant les MK interrogés, signalant que l'augmentation des tâches administratives induites par les protocoles limite leur application (55).

Ces protocoles avec le MK ont des objectifs qui ont été soutenus par un contexte de surcharge des urgences. Cependant le déploiement sur le territoire des structures pluriprofessionnelles, les contraintes d'applicabilité ou encore la rémunération des professionnels ne semble pas présenter les atouts suffisants pour convaincre les soignants.

Le contexte de soutien au déploiement des structures pluriprofessionnelles (4,47), et l'augmentation à venir des MK (61) pourraient être des moteurs à l'augmentation de la part de cet exercice. Cela indiquant alors que le moment de réalisation de ce travail d'initiation à la recherche ne se situe qu'au début du déploiement de cette pratique. Mais cela dépendra alors en partie des futurs MK dont l'envie et les compétences pour cette pratique seront déterminants.

6.5. Les limites de l'évaluation de la perception d'auto-efficacité

Pour rendre compte des compétences et du comportement en situation des futurs MK, l'évaluation de la perception d'auto-efficacité a été réalisée, car elle serait un moyen efficace pour cela(80). Cependant, cette approche est à nuancer dans la mesure où ce sentiment de compétence est une croyance d'un individu en ses capacités, qui est donc influencée émotionnellement, que ce soit réel ou non (81,82). De plus, la croyance en ses capacités est un seul des différents domaines qui peuvent impacter le comportement des individus (78). Donc émettre des conclusions sur la compétence réelle des futurs MK à réaliser les tâches déléguées

n'est pas possible sur la base unique de ce travail. La démarche qui a été mise en place permet uniquement d'obtenir un élément de réponse parmi d'autres, et éventuellement d'avoir une orientation des réponses possibles.

L'effet Dunning-Kruger (98) doit aussi être considéré dans l'évaluation du sentiment de compétence. En effet, la population d'étude correspond aux étudiants en fin de formation initiale, ainsi cette population est soumise à ce biais cognitif de façon importante. Leur expérience se compose uniquement des enseignements obtenus dans cette formation et des stages cliniques qu'ils ont effectués. Cela soulève des questions sur le niveau de connaissance ou d'ignorance des futurs MK en ce qui concerne le contexte global de leur future profession.

Ce travail a montré que les futurs MK s'évaluent majoritairement compétent dans la réalisation de consultations en accès direct. Cependant, cette même évaluation dépend des compétences réelles des individus. Si les individus n'ont pas les compétences dans le domaine, leur évaluation de l'auto-efficacité sera biaisée, et cela pourra mener à des conclusions erronées de la part de la population questionnée (98). De plus cette même incompétence empêche les individus de s'apercevoir de leur propre incompétence (98). Cela illustre l'effet Dunning-Kruger montrant que les moins qualifiées dans un domaine peuvent surestimer leurs compétences, et c'est un biais à considérer dans l'étude qui a été menée sur les futurs MK.

Il est alors envisageable que réaliser cette même étude plus tôt dans le cursus aurait donné des résultats différents, car leur expérience personnelle et professionnelle liée aux stages cliniques aurait été différente. Cela est à ajouter au fait que selon les instituts, les stages de clinicat avaient été réalisés ou non au moment du questionnaire, influençant possiblement les perceptions d'auto-efficacité étudiées.

De plus, l'auto-efficacité est un champ de recherche vaste dont la compréhension totale nécessiterait l'approfondissement des connaissances, afin de réaliser une étude probablement différente sur la base de cette compréhension plus précise.

En effet, la connaissance de l'effet Dunning-kruger s'est développée après la publication du questionnaire par exemple. Et cette compréhension permet d'analyser a posteriori certains éléments de l'étude qui a été menée. Les futurs MK ont été questionnés sur l'auto-efficacité uniquement à propos des capacités qu'ils doivent maîtriser selon le référentiel professionnel, tel que le raisonnement clinique, la recherche scientifique ou l'éducation thérapeutique. Cependant, d'autres capacités n'ont pas été questionnées, car elles n'étaient pas inscrites dans ce référentiel, tel que la capacité à prescrire des médicaments ou à diagnostiquer une entorse de cheville.

De plus, ne pas avoir questionné ces capacités entraîne aussi un biais induisant un possible taux de réponse positive plus important, que si toutes les capacités avaient été interrogées. Ou à l'inverse, le biais cognitif aurait induit un taux de réponse positive plus élevé, mais avec un fort risque de surestimation des compétences, sur les capacités qui ne sont pas inscrites dans le référentiel et donc être moins abordées en formation.

6.6. Forces, intérêts et perspectives pour la formation initiale

Malgré des limites importantes identifiées ce travail présente des forces

En effet, le sujet traité est un sujet actuel au moment de la réalisation de ce travail, dans la mesure où le cadre de l'accès direct au MK est débattu dans la société (99). L'opinion de tous les acteurs peut être déterminante, et les futurs MK peuvent être considérés dans cette discussion. De plus, les résultats obtenus permettent de mettre en avant un sentiment de compétence élevé de la part des futurs MK pour cette pratique sur les TETC et les DLA. Cela peut donc être un sujet dont la discussion rentre dans les débats actuels autour de l'accès direct au MK.

Ce travail permet aussi de montrer que certes, l'évaluation des connaissances et des compétences en instituts et durant le stage clinique est important, mais l'évaluation de l'auto-efficacité pourrait en être complémentaire. En effet valider des compétences sur un versant institutionnel est indispensable pour avoir le droit d'exercer (7). Mais cette validation repose sur un cadre défini par les institutions, selon des modes d'évaluation qui peuvent être différents des situations réelles.

Les résultats obtenus sur la perception d'auto-efficacité dans ce travail pourraient alors interroger le besoin d'apports de connaissances supplémentaires durant la formation initiale. Ou à l'inverse, interroger la mise en place de techniques pour que les futurs professionnels perçoivent un sentiment de compétence plus important à l'issue de la formation.

Quatre façons existent pour développer le sentiment de compétence. La première correspond aux « expériences de maîtrise » (92), c'est-à-dire les expériences de réussite en situation réelle par un individu. La seconde est la « modélisation sociale » (92), si un individu se pense aussi compétent qu'un autre, le voir réussir une tâche, donnerait un sentiment de compétence en la tâche à celui qui se compare. Le troisième est la « persuasion sociale » (92), les paroles et les actes des autres individus vont influencer le sentiment de compétence. L'état physique et émotionnel est le dernier élément qui influe sur le sentiment d'auto-efficacité (92). Dans l'application réelle, il est imaginable que ces quatre déterminants soient modulés dans un

environnement d'apprentissage, notamment la persuasion sociale, permettant aux futurs professionnels d'améliorer leur sentiment de compétence (100).

En définitif, ce travail nous a permis d'avoir un regard critique sur la production de savoirs scientifiques, et d'avoir du recul sur la difficulté d'obtenir et traiter des données statistiques. Nous constatons alors que ce travail ne permet que de donner des éléments de compréhension du cadre formatif, dans le contexte de déploiement de l'accès direct dans le monde professionnel. En effet, les limites de l'évaluation de la perception d'auto-efficacité, et une méthodologie de recherche à améliorer, nuancent les apports de notre travail. De plus, une littérature peu abondante sur le sujet de l'accès direct, et le caractère « nouveau » de cette pratique en France ont compliqués la mise en œuvre du processus de recherche.

L'accès direct au MK est un sujet de débat actuel (99), dont ce type de travail peut étayer le dialogue. Même si la profession a démontré des intérêts pour le système de santé à l'international (31,94), il est important de considérer que le système français diffère de ceux où les avantages ont été étudiés. Et bien que les futurs MK se sentent compétents, et que les acteurs soient en faveur de l'accès direct, il est essentiel d'évaluer ses bénéfices dans ce contexte français.

Cela met en avant un besoin de littérature à développer sur les intérêts et les limites de l'accès direct pour le patient en France, afin de justifier des intérêts potentiels de cette pratique dans ce système de soins. Et c'est peut-être là que les limites liées aux tâches administratives imposées peuvent avoir un intérêt, si elles permettent l'analyse de données et la production de connaissances autour de l'accès direct.

7) Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche avait pour objectif d'apporter des éléments de réponse à la problématique : Comment les futurs masseurs-kinésithérapeutes perçoivent-ils l'accès direct dans le cadre des protocoles nationaux de coopération pour la cheville et la lombalgie aiguë ?

Pour cela, un échantillon d'étudiants en dernière année de formation initiale de MK a été interrogé. Les futurs MK se sentent majoritairement capables sur l'ensemble des capacités évaluées dans le questionnaire, avec des proportions cependant moins élevées pour les douleurs lombaires aiguës. De plus, les capacités de raisonnement clinique et de dépistage des pathologies graves ou de risque de chronicité, semblent déterminantes dans leurs perceptions d'auto-efficacité. Ils partagent généralement l'opinion des autres acteurs de la santé sur l'accès direct aux soins (55,58–60), et identifient majoritairement des bénéfices à cette pratique.

Cependant, les résultats de cette étude sont peu généralisables en raison de la faible taille de l'échantillon et des biais méthodologiques, ce qui rend discutable l'interprétation des résultats.

Les connaissances apportées par ce travail d'initiation à la recherche nous permettent de nous positionner dans le processus de création de connaissance, et nous aideront à avoir une pratique prouvée dans la démarche d'Evidence Based Practice (EBP). Il nous a permis de mieux cerner le contexte socio-économique et politique en masso-kinésithérapie. Et permet de constater que les futurs MK devraient s'impliquer dans les débats au sein de la profession, car leurs perceptions du métier et du système de soins ne semblent pas divergentes de la perception des professionnels diplômés. Mais en réalité, notre perception indique que leurs préoccupations sont tournées vers la qualité de leur formation initiale, plus que sur leur future pratique.

L'étude et la compréhension de ces contextes nous permettent de mieux cerner les intérêts des différents partis engagés dans les débats de l'accès direct au MK. Et permet plus largement de comprendre d'autres débats autour de la revalorisation économique de la profession.

Le patient doit rester le centre des discussions autour de l'accès direct. Il y a des avantages démontrés pour sa santé et son accès aux soins. De plus il est prêt à consulter directement un MK sans passer par un médecin, comme le montre certains patients qui viennent au cabinet sans ordonnance. Mais que la réalité sociétale, politique, économique et la difficulté de certains MK à accueillir tous les patients questionnent l'intérêt réel de cette pratique actuellement.

Pour conclure, l'apport de connaissances sur le l'environnement de la profession nous permettra de nous positionner de manière raisonnée dans les débats au sein des syndicats, mais aussi de développer un exercice pluriprofessionnel en ayant connaissance du contexte de cette exercice.

1. Georges-Tarragano C, Pierru F, de Celeyran FT, Mechali D, Rochefort J. Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des Pass. *Les Tribunes de la santé*. 2013;39(2):87-95.
2. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités : Rapport public annuel de la Cour des comptes de 2019, Tome 2. 2019 févr.
3. DREES. Les établissements de santé : Fiche 23, La médecine d'urgence. 2021 p. 139-42.
4. Ministère de la solidarité et de la santé. Pacte de refondation des urgences. sept, 2019.
5. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération «Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle. mars 6, 2020.
6. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». mars 8, 2020.
7. Ministère des affaires sociale, de la santé, et du droit des femmes. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. sept, 2015.
8. Doherty C, Delahunt E, Caulfield B, Hertel J, Ryan J, Bleakley C. The Incidence and Prevalence of Ankle Sprain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Epidemiological Studies. *Sports Med*. 1 janv 2014;44(1):123-40.
9. Karine P, Blondet E, Lascols S. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune, rapport d'élaboration. HAS; 2019.
10. Hershkovich O, Tenenbaum S, Gordon B, Bruck N, Thein R, Derazne E, et al. A Large-Scale Study on Epidemiology and Risk Factors for Chronic Ankle Instability in Young Adults. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*. 1 mars 2015;54(2):183-7.
11. Meucci RD, Fassa AG, Faria NMX. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Rev Saúde Pública*. 20 oct 2015;49:73.
12. Trudelle P, Durocher A, Moquet MJ. Rééducation de l'entorse latéral de cheville. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé; 2000 p. 16.

13. Vuurberg G, Hoorntje A, Wink LM, van der Doelen BFW, van den Bekerom MP, Dekker R, et al. Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: update of an evidence-based clinical guideline. *Br J Sports Med.* août 2018;52(15):956-956.
14. Nieminen LK, Pyysalo LM, Kankaanpää MJ. Prognostic factors for pain chronicity in low back pain: a systematic review. *Pain Rep.* 1 avr 2021;6(1):e919.
15. Terrier R, Gédor C, Toschi P, Forestier N. Caractérisation de la prise en charge de l'entorse latérale de cheville chez une population de jeunes sportifs. *Kinésithérapie, la Revue.* 1 mars 2013;13(135):11-5.
16. Bonnomet F. Les entorses de la cheville. ULP- Faculté de Médecine Strasbourg - DCEM1. 2005 2004;
17. Curvale G, Daviet JC, Laporte JD, Le Goux P, Martinet N, Pillard D. Dispositifs de compression/contention médicale à usage individuel Utilisation en orthopédie/rhumatologie/traumatologie. 2012.
18. DREES. Les établissements de santé: Fiche 25, La qualité des soins et la sécurité du patient dans les établissements de santé. 2022 p. 178-83.
19. Ricroch L, Vuagnat A. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. *Études et Résultats, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* août 2015;(929):8.
20. L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières [Internet]. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/507_1-enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres/information/
21. DREES. Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins. 2018;
22. Millien et al (DREES). La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste, Numéro 1085. *Études et Résultats, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* oct 2018;
23. Chaput et al (DREES). Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. *Études et Résultats, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* janv 2020;(1140).

24. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires. 2018 p. 84.
25. DigDash - L'appréciation de l'adéquation du recours aux urgences [Internet]. [cité 7 janv 2023]. Disponible sur: https://odin.sante.gouv.fr/dataviz_drees/?defaultPage=Enqu%C3%AAtes_urgences_Tableau_6b_L_appr%C3%A9ciation_de_l_ad%C3%A9quation_du_recours_aux_urgences&user=data_viz_sante&pass=dataviz_sante
26. World Confederation of Physiotherapy. Strategic plan: 2022 and beyond. 2022.
27. Remondière R. Physiothérapie ou kinésithérapie : une archéologie de l'appellation. Kinésithérapie, la Revue. 1 mars 2017;17(183):44-8.
28. World P. Accès direct et auto-orientation du patient/client vers la physiothérapie. 2019.
29. Survey reveals global state of the physical therapy profession [Internet]. World Physiotherapy. [cité 30 sept 2022]. Disponible sur: <https://world.physio/news/surveys-reveal-global-state-of-the-physical-therapy-profession>
30. World Physiotherapy. Physiotherapist education framework. London; 2021.
31. Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R. Direct access in physical therapy: a systematic review. La clinica terapeutica. 30 oct 2018;(5):249-60.
32. Bishop A, Chen Y, Protheroe J, Ogollah RO, Bailey J, Lewis M, et al. Providing patients with direct access to musculoskeletal physiotherapy: the impact on general practice musculoskeletal workload and resource use. The STEMS-2 study. Physiotherapy. 1 juin 2021;111:48-56.
33. Article R4127-8 - Code de la santé publique - Légifrance.
34. Article L4321-1 - Code de la santé publique - Légifrance.
35. Arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie - Légifrance.
36. Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes. Définition de la Masso-kinésithérapie.
37. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
38. Batifoulier P. Faire payer le patient : une politique absurde. Revue du MAUSS.

2013;41(1):77-92.

39. Chapitre III : Centres de santé. (Articles L6323-1 à L6323-1-15) - Légifrance. avr 1, 2018.
40. URPS médecin d'occitanie. Guide pratique à destination des 12000 médecins libéraux d'occitanie: Maison de santé pluriprofessionnelle. 2020.
41. Article L1434-12 - Code de la santé publique - Légifrance.
42. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance. déc 25, 2021.
43. Ministère de la santé et de la prévention, ministère de la solidarité, de l'autonomie et des personnes handicapées. Exercice coordonné des soins de premier recours [Internet]. [cité 19 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
44. L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles.
45. Cnam/DDGOS/DPROF. Guide des indicateurs ACI pour la rémunération des structures pluriprofessionnelles Avenant 1. 2022.
46. Czernichow P. Un système de santé plus intégré pour mieux prendre en charge les maladies chroniques. Santé Publique. 2015;S1(HS):7-8.
47. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Revue française d'administration publique. 2017;164(4):887-902.
48. Article 51 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance.
49. Haute Autorité de Santé, En collaboration avec l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé. Délégation, transfert, nouveaux métiers...conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, rapport d'étape. 2007 janv.
50. Arrêté du 10 septembre 2020 modifiant les arrêtés du 6 mars 2020 autorisant les protocoles de coopération relatifs aux soins non programmés.
51. Direction de la coordination de la gestion du risque Auvergne-Rhône-Alpes. Les protocoles de coopération en structures pluriprofessionnelles. 2022.

52. Accès direct en kinésithérapie [Internet]. URPSMK - Nouvelle-Aquitaine. 2022 [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: <https://urpsmk-nouvelleaquitaine.com/acces-direct-en-kinesitherapie/>
53. Avis relatif à l'avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007 et tacitement renouvelée.
54. Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
55. Kechichian A, Desmeules F, Girard P, Pinsault N. Acceptability of a task sharing and shifting model between family physicians and physiotherapists in French multidisciplinary primary healthcare centres: a cross-sectional survey. *Fam Med Community Health*. 16 juin 2022;10(2):e001644.
56. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*. 26 janv 2017;17(1):88.
57. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*. 1 déc 2015;37(4):716-27.
58. Wagemans R, Belliot A. Accès direct à la kinésithérapie en France : enquête d'opinion auprès des internes en médecine générale – une étude exploratoire. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 mai 2022;22(245):28-36.
59. Quentin J, Rall G. Accès direct à la masso-kinésithérapie en France : une enquête d'opinion auprès des masseurs-kinésithérapeutes français. Étude exploratoire. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 déc 2019;19(216):28-32.
60. Hery-Goisnard M, Panchout É, Hoarau S, Desneux M, Langlais L. Accès direct au masseur-kinésithérapeute : l'avis des usagers du système de santé français. Étude exploratoire. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 déc 2019;19(216):33-8.
61. Attal-Toubert K, Vanderschelden M, (DREES). D'ici à 2040, les effectifs de masseurs kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins. *Études et Résultats, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. juill 2018;(1075).

62. Legendre et al. (DREES). Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités. Études et Résultats, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2019;(1100).
63. Définition - Formation professionnelle | Insee [Internet]. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2144>
64. Organisations représentant la masso-kinésithérapie. Réforme de la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes: Rapport présenté par les organisations représentant la masso-kinésithérapie. 2014 oct.
65. MATILLON Y. Rapport de mission: Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales. 2006 mars.
66. 1 Zarifian P. Le modèle de la compétence. Editions Liaisons. Paris; 2001.
67. Le Boterf G. Compétence et navigation professionnelle. éditions d'Organisation. 2000.
68. Mouvement des entreprises de France (MEDEF). Journée internationale de la formation. Objectifs compétences : synthèse des travaux. 1998.
69. Haute Autorité de Santé. Contribution aux travaux de la Grande Conférence de la Santé: Évaluation des compétences des professionnels en établissement de santé. 2015.
70. Article R4321-62 - Code de la santé publique - Légifrance.
71. La formation continue [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/formation/la-formation-continue/>
72. Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S, Olsen NR, Young T, Ilic D, et al. Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals: Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey. JAMA Network Open. 22 juin 2018;1(2):e180281.
73. World Physiotherapy. Pratique fondée sur des données probantes: Déclaration politique. 2019.
74. Godeau P, Couturier D. Le diagnostic en médecine : histoire, mise en œuvre présente, perspectives – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. Académie nationale de médecin; 2006 juin [cité 3 mars 2023]. Report No.: 06-12. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/06-12-le-diagnostic-en-medecine-histoire-mise-en->

uvre-presente-perspectives/

75. Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire.
76. Article L162-4-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance. déc 23, 2016.
77. Demont A, Quentin J, Bourmaud A. Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : revue de la littérature. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 sept 2020;68(5):306-13.
78. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*. 24 avr 2012;7(1):37.
79. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura A, éditeur. *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. p. 1-45.
80. Marks DF. *The Health Psychology Reader*, Pages 94-96. SAGE; 2002. 402 p.
81. Southerland SA, Sinatra GM, Matthews MR. Belief, Knowledge, and Science Education. *Educational Psychology Review*. 2001;13(4):325-51.
82. Cess-Newsome J. Secondary Teachers' Knowledge and Beliefs about Subject Matter and their Impact on Instruction. In: Gess-Newsome J, Lederman NG, éditeurs. *Examining Pedagogical Content Knowledge: The Construct and its Implications for Science Education*. Dordrecht: Springer Netherlands; 1999. p. 51-94. (Science & Technology Education Library).
83. Rattray J, Jones MC. Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*. 1 févr 2007;16(2):234-43.
84. Mandal A, Eaden J, Mayberry MK, Mayberry JF. Questionnaire surveys in medical research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 1 nov 2000;6(4):395-403.
85. Braun V, Clarke V. *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. SAGE; 2013. 402 p.
86. Klassen RM, Klassen JRL. Self-efficacy beliefs of medical students: a critical review. *Perspectives on Medical Education*. 1 avr 2018;7(2):76-82.
87. Sammut R, Griscti O, Norman IJ. Strategies to improve response rates to web surveys:

A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 1 nov 2021;

88. Julien Labreuche. Les principaux tests statistiques de l'analyse univariée : quand et comment les utiliser ? *Sang Thrombose Vaisseaux*. 1 déc 2010;22(10):544-53.

89. Michel R, Ollivier-Gay L, Spiegel A, Boutin JP. Statistical tests: value, principle and interpretation. *Médecine tropicale : revue du Corps de santé colonial*. 1 févr 2002;62:561-3.

90. Dussaix AM. La qualité dans les enquêtes. *Revue MODULAD*. 2009;(39).

91. Arrêté du 18 avril 2019 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires aux diplômes d'Etat d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de psychomotricien au titre de l'année universitaire 2019-2020 - Légifrance.

92. Bandura A. Swimming against the mainstream: the early years from chilly tributary to transformative mainstream. *Behaviour Research and Therapy*. 1 juin 2004;42(6):613-30.

93. Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : une revue de la littérature. Institut national de la recherche scientifique Centre - Urbanisation Culture Société Montréal. 2015;(no 2015-02).

94. Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation*. 5 juin 2021;43(12):1637-48.

95. Les actions du Gouvernement - Résultats [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 8 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/resultats>

96. Je cherche une maison de santé / un centre de santé près de chez moi [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 8 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/sante-famille-handicap/je-cherche-une-maison-de-sante-un-centre-de-sante>

97. Guillaume et al A. Démographie des masseurs-kinésithérapeutes. Observatoire de la démographie du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020;

98. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of personality and social psychology*. 1999;77 6:1121-34.

99. Loi RIST : la FFMKR dénonce le coup d'arrêt du Sénat sur l'accès direct des kinésithérapeutes - Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs [Internet]. [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ffmkr.org/actualites/nos->

actualites/17-fevr-2023-loi-rist-la-ffmkr-denonce-le-coup-d-arret-du-senat-sur-l-acces-direct-des-kinesitherapeutes?utm_source=Sarbacane&utm_medium=email&utm_campaign=Flash%20info%201181

100. Mohib N, Zingaretti S, Bachelet R. Améliorer le sentiment de compétence en gestion de projet des étudiants : résultats d'une démarche SoTL. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur* [Internet]. 3 nov 2021 [cité 18 mars 2023];37(3). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/ripes/3399>

Annexe 1 : Liste des dispositifs que le MK peut prescrire dans le cadre des protocoles de coopération :

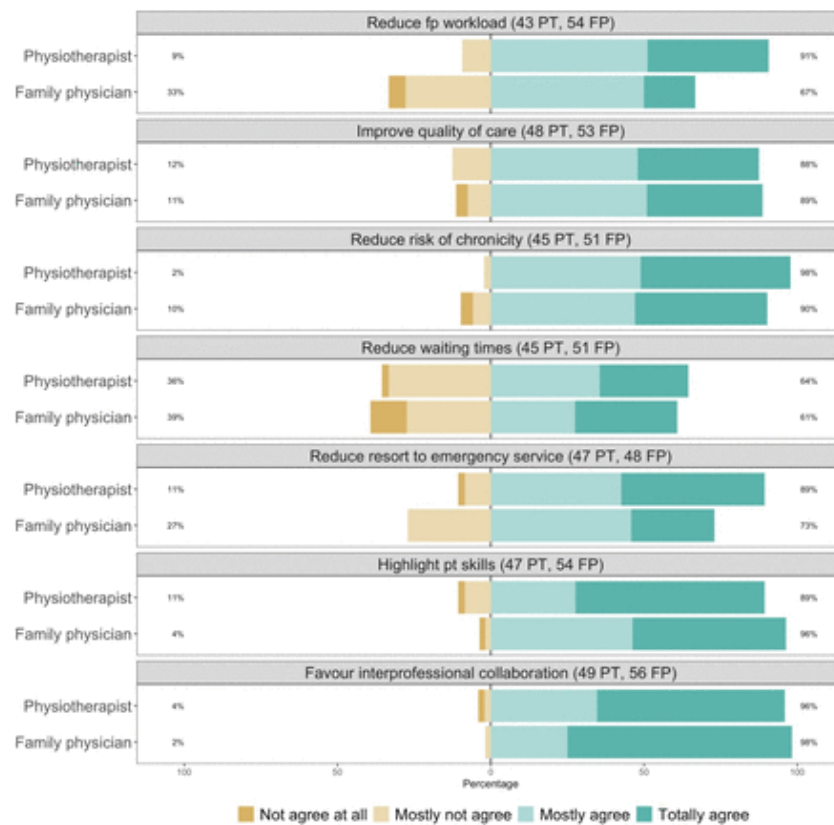
Pour la torsion de cheville :

- Du paracétamol
- Une contention, une attelle amovible, des cannes anglaises
- En présence d'un ou plusieurs critères d'Ottawa, une radio (en cas de fracture, il réorientera le patient vers le médecin).

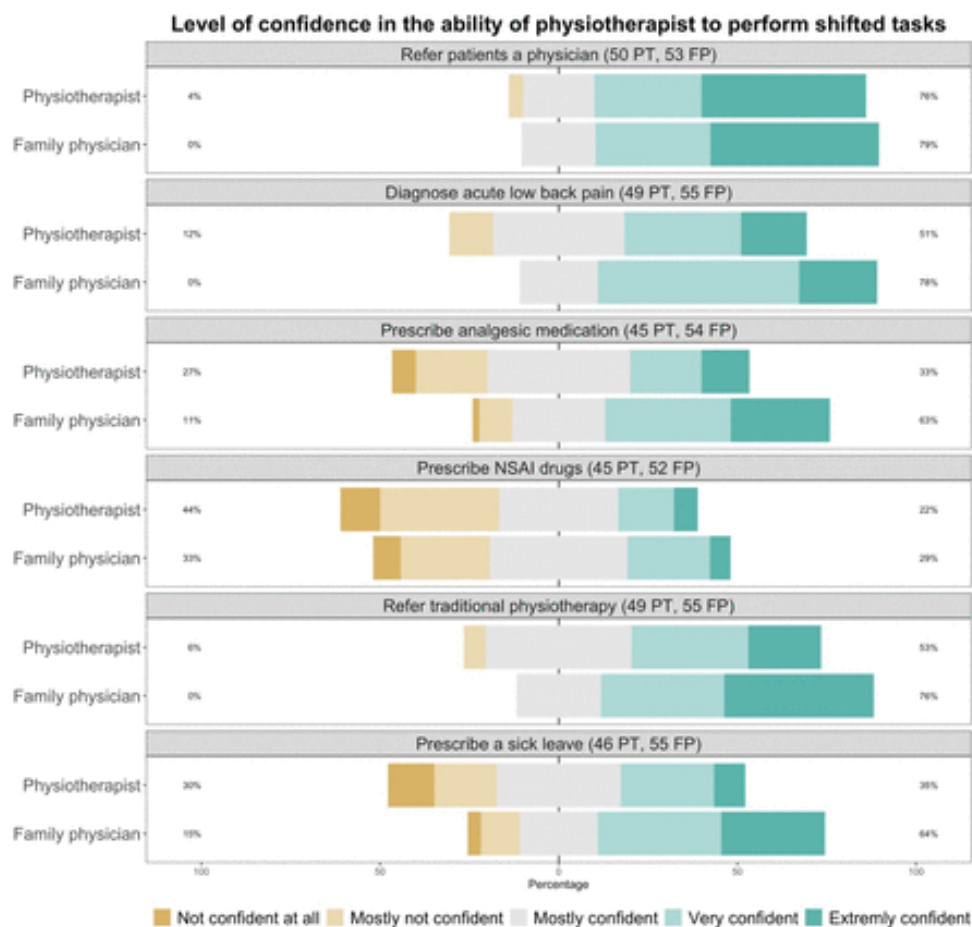
Pour la lombalgie :

- Un AINS en l'absence de toute contre-indication avec, au besoin un inhibiteur de la pompe à protons en cas de douleurs d'estomac
- Du paracétamol
- Prescription d'une aide à la marche si besoin

Annexe 2 : perception des professionnels sur les objectifs du protocole de coopération(58)



Annexe 3 : niveau de confiance en les compétences des kinés à appliquer les tâches spécifiques au protocole de coopération(58)



Question	Description	FP n=56 (%)	PT n=50 (%)
Perception of physiotherapists' skills to manage patients with acute low back pain	Extremely competent	10 (18)	4 (8)
	Very competent	35 (63)	14 (28)
	Mostly competent	10 (18)	28 (56)
	Mostly incompetent	0 (0)	4 (8)
	Completely incompetent	0 (0)	0 (0)
	I do not know	0 (0)	0 (0)

Annexe 4 : les 11 compétences du référentiel de formation

1. Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique
2. Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation
3. Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage
4. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie
5. Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie
6. Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie
7. Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
9. Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources
10. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs
11. Informer et former les professionnels et les personnes en formation

Annexe 5 : Questionnaire

Bonjour,

Étudiant en 5ème année de formation en massokinésithérapie, je réalise mon mémoire sur la perception des futurs professionnels MK sur leurs compétences à propos de l'accès direct, et leur vision de l'impact de ce mode d'accès aux soins sur le système de santé.

Ce questionnaire est composé uniquement de questions fermées et le temps total estimé pour y répondre est de 6 minutes. La participation à ce questionnaire induit l'autorisation de recueil des données, qui seront collectées et traitées anonymement.

Partie A: Éligibilité et familiarité sur l'accès direct

A1. Êtes-vous étudiant en dernière année de formation en masso-kinésithérapie en France ?

Oui ☐

Non ☐

A2. Connaissez-vous les mesures permettant au Masseur-Kinésithérapeute (MK) la mise en place de l'accès direct dans le cadre du traumatisme en torsion de cheville et de la lombalgie aiguë ?

Oui ☐

Non ☐

A3. Durant vos stages de formation clinique, avez-vous déjà été confronté à des situations relevant d'une réorientation vers le médecin prescripteur dans le cas de pathologies de cheville ou lombaire ?

Oui ☐

Non ☐

**Partie B: Perception des effets de l'accès direct sur le système de soins**

Toutes les questions de ce questionnaire sont uniquement relatives à l'accès direct dans le cadre du traumatisme de cheville et la lombalgie aiguë.

B1. Dans le cas du traumatisme en torsion de cheville, pensez-vous que l'accès direct au MK permet d'améliorer le parcours de soins du patient par rapport à celui précédé de la prescription médicale ?

Oui ☐Non ☐

B2. Dans le cas de la lombalgie aiguë, pensez-vous que l'accès direct au MK permet d'améliorer le parcours de soins du patient par rapport à celui précédé de la prescription médicale ?

Oui ☐Non ☐

B3. Pensez-vous que l'accès direct au MK ait un impact sur le temps d'attente des patients pour avoir accès aux soins ?

Oui ☐Non ☐

B4. Dans le cas du traumatisme en torsion de cheville, pensez-vous que l'accès direct au MK soit sans risque supplémentaire pour la santé des patients par rapport au parcours précédé de la prescription médicale ?

Oui ☐Non ☐

B5. Dans le cas de la lombalgie aiguë, pensez-vous que l'accès direct au MK soit sans risque supplémentaire pour la santé des patients par rapport au parcours précédé de la prescription médicale ?

Oui ☐Non ☐

B6. Le tarif d'un bilan kinésithérapique dans un parcours de soins classique dans le champ musculosquelettique est actuellement de 23,01 €

Pensez-vous que le tarif d'un bilan en accès direct doit être ?

Équivalent ☐Supérieur ☐



Partie C: Perception des étudiants sur leurs compétences pour pratiquer l'accès direct

Rappel : les questions sont uniquement relatives aux traumatismes de cheville et lombalgies.

C1. Dans le cas du traumatisme en torsion de cheville, pensez-vous être capable de recevoir des patients en accès direct ?

Pas capable ☐

Peu capable ☐

Capable ☐

Totalement capable ☐

C2. Dans le cas de la lombalgie aiguë, pensez-vous être capable de recevoir des patients en accès direct ?

Pas capable ☐

Peu capable ☐

Capable ☐

Totalement capable ☐

C3. Dans le cas du traumatisme en torsion de cheville, pensez-vous être capable de mettre en place une démarche de raisonnement clinique pour l'évaluation d'un patient en accès direct ?

Pas capable ☐

Peu capable ☐

Capable ☐

Totalement capable ☐

C4. Dans le cas d'une lombalgie aiguë, pensez-vous être capable de mettre en place une démarche de raisonnement clinique pour l'évaluation d'un patient en accès direct ?

Pas capable ☐

Peu capable ☐

Capable ☐

Totalement capable ☐



C5.	Dans le cadre de l'accès direct, pensez-vous être capable d'effectuer des recherches, comprendre et appliquer les résultats des données probantes dans l'objectif d'améliorer votre pratique professionnelle ?	Pas capable	☐
		Peu capable	☐
		Capable	☐
		Totalement capable	☐
C6.	Dans le cadre de l'accès direct au MK, pensez-vous être capable de communiquer avec le médecin sur la situation clinique du patient ?	Pas capable	☐
		Peu capable	☐
		Capable	☐
		Totalement capable	☐
C7.	Dans le cadre de l'accès direct au MK, pensez-vous être capable d'informer le patient sur sa pathologie ?	Pas capable	☐
		Peu capable	☐
		Capable	☐
		Totalement capable	☐
C8.	Dans le cas du traumatisme en torsion de cheville en accès direct, pensez-vous être capable de dépister les marqueurs de pathologies graves (red flags) et de risque de chronicité (yellow flag) ?	Pas capable	☐
		Peu capable	☐
		Capable	☐
		Totalement capable	☐
C9.	Dans le cas de la lombalgie aiguë en accès direct, pensez-vous être capable de dépister les marqueurs de pathologies graves (red flags) et de risque de chronicité (yellow flag)?	Pas capable	☐
		Peu capable	☐
		Capable	☐
		Totalement capable	☐



C10. Quelle est votre opinion sur l'énoncé suivant : j'aurai besoin de formations complémentaires pour pratiquer l'accès direct dans le cadre des protocoles de coopération.

Pas du tout d'accord ☐

Pas d'accord ☐

D'accord ☐

Totalement d'accord ☐

Partie D: Opinion sur l'accès direct au MK

D1. Êtes-vous favorable à l'accès direct au MK en France pour le traumatisme en torsion de cheville ?

Pas du tout favorable ☐

Pas favorable ☐

Favorable ☐

Très favorable ☐

D2. Êtes-vous favorable à l'accès direct au MK en France pour la lombalgie aiguë ?

Pas du tout favorable ☐

Pas favorable ☐

Favorable ☐

Très favorable ☐

Merci pour vos réponses, bonne journée!

Annexe 6 : Formule utilisée pour calculer l'intervalle de fluctuation

$$f - 1,96\sqrt{\frac{f(1-f)}{n}} < p < f + 1,96\sqrt{\frac{f(1-f)}{n}}$$

Annexe 7 : tableau de contingence C1/C3

Dans le cas du traumatisme en torsion de cheville, pensez-vous être capable de recevoir des patients en accès direct ?		Dans le cas du traumatisme en torsion de cheville, pensez-vous être capable de mettre en place une démarche de raisonnement clinique pour l'évaluation d'un patient en accès direct ?		
		capable	pas capable	Total
capable	Count	96.000	2.000	98.000
	Expected count	94.336	3.664	98.000
pas capable	Count	7.000	2.000	9.000
	Expected count	8.664	0.336	9.000
Total	Count	103.000	4.000	107.000
	Expected count	103.000	4.000	107.000

Annexe 8 : Tableaux de contingences de la relation C2 /C4 et C2/C9

		Dans le cas d'une lombalgie aiguë, pensez-vous être capable de mettre en place une démarche de raisonnement clinique pour l'évaluation d'un patient en accès direct ? (C4			
		capable	pas capable	Total	
capable	Dans le cas de la lombalgie aiguë, pensez- vous être capable de recevoir des patients en accès direct ? (C2)	Count	79.000	6.000	85.000
		Expected count	71.620	13.380	85.000
pas capable		Count	12.000	11.000	23.000
		Expected count	19.380	3.620	23.000
Total		Count	91.000	17.000	108.000
		Expected count	91.000	17.000	108.000

		Dans le cas de la lombalgie aiguë en accès direct, pensez-vous être capable de dépister les marqueurs de pathologies graves (red flags) et de risque de chronicité (yellow flag)? (C9)			
		capable	pas capable	Total	
capable	Dans le cas de la lombalgie aiguë, pensez-vous être capable de recevoir des patients en accès direct ? (C2)	Count	79.000	6.000	85.000
		Expected count	73.194	11.806	85.000
pas capable		Count	14.000	9.000	23.000
		Expected count	19.806	3.194	23.000
Total		Count	93.000	15.000	108.000
		Expected count	93.000	15.000	108.000