



### Evolution des pratiques, médiation et enjeux professionnels

ABSTRACT N° JFK25-542

## Accès direct à la kinésithérapie pour la lombalgie aiguë en Belgique : protocole et résultats préliminaires

Corentin Denis<sup>1</sup>, Pieter Severijns<sup>2</sup>, Pieter Verschueren<sup>2</sup>, Wim Dankaerts<sup>3</sup>, Annick Timmermans<sup>2</sup>, Nathalie Roussel<sup>4</sup>, Nina Goossens<sup>2</sup>, Antoine Fourre<sup>2</sup>, Laurent Pitance<sup>1</sup>, Lotte Janssens<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Neuro-Musculo-Skeletal Lab, UCLouvain, Louvain-la-Neuve,

<sup>2</sup> REVAL Rehabilitation Research, Hasselt University, Hasselt,

<sup>3</sup> Rehabilitation Sciences, KU Leuven, Leuven,

<sup>4</sup> Rehabilitation Sciences and Physiotherapy, Uantwerpen, Antwerp, Belgium

**Introduction :** La lombalgie est la principale cause d'incapacité mondiale, entraînant un fardeau sociétal majeur. L'optimisation des parcours de soins est donc cruciale. Les kinésithérapeutes, experts du mouvement, peuvent jouer un rôle central dans la prise en charge primaire. Dans plusieurs pays, l'accès direct à la kinésithérapie (ADK) a montré des effets positifs sur l'évolution clinique et les coûts, mais reste peu étudié en Belgique (1–5).

**Matériel et méthodes :** Cette étude quasi-randomisée compare l'efficacité clinique de l'ADK à celle du parcours de soins standard via le médecin généraliste chez des patients atteints de lombalgie aiguë. Les facteurs biopsychosociaux influençant l'efficacité sont également étudiés. Un total de 600 participants sera inclus et réparti en deux groupes. Les variables mesurées incluent la capacité fonctionnelle (ODI), l'intensité et l'étendue de la douleur (NRS et Pain Drawing), le risque de chronicité (SBT), les croyances (FABQ, Back-PAQ) et l'auto-efficacité (GSES). Les évaluations seront effectuées à l'inclusion, 6 semaines, 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans. Des modèles statistiques adaptés seront utilisés selon la normalité des données ( $\alpha = 0,05$ ). Les résultats préliminaires ont été analysés avec des modèles mixtes.

**Résultats :** En juin 2024, 60 sujets ont été inclus et pris en charge en ADK. Parmi eux, 27 ont été suivis à 3 mois et inclus dans l'analyse préliminaire. À 3 mois, des améliorations significatives ont été observées pour l'intensité de la douleur (-5,5, ET = 0,5,  $p < 0,001$ ) et l'incapacité (-33, ET = 3,1,  $p < 0,001$ ). Les principales améliorations ont été constatées dès la première semaine pour la douleur (-2,4, ET = 0,5,  $p = 0,003$ ) et au cours des deux premières semaines pour l'incapacité (-21,9, ET = 3,4,  $p < 0,001$ ). Elles étaient associées à la localisation de la douleur, au score SBT, à l'IMC, aux croyances et à l'auto-efficacité ( $p < 0,001$ ). Le nombre moyen de consultations était de 6,7, sans recours aux consultations médicales. Toutefois, 61,5 % des participants ont rapporté une automédication. À 3 mois, 46,7 % des participants ont signalé une récurrence, gérée par une stratégie active.

**Discussion / conclusion :** Les résultats préliminaires suggèrent que l'ADK est efficace pour réduire la douleur et l'incapacité liées à la lombalgie aiguë, avec une faible utilisation des soins de santé. Ce parcours paraît prometteur, faisable et sûr, et mérite une investigation plus poussée en Belgique.

**Références :**

1. Bury TJ, Stokes EK. A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: implications for the profession. *Phys Ther.* avr 2013;93(4):449-59.
2. Babatunde OO, Bishop A, Cottrell E, Jordan JL, Corp N, Humphries K, et al. A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PloS One.* 2020;15(7):e0235364.
3. Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy.* déc 2013;99(4):285-91.
4. Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R, De Caro W, Pellicciari L. Direct access in physical therapy: a systematic review. *Clin Ter.* 2018;169(5):e249-60.
5. Gallotti M, Campagnola B, Cocchieri A, Mourad F, Heick JD, Maselli F. Effectiveness and Consequences of Direct Access in Physiotherapy: A Systematic Review. *J Clin Med.* janv 2023;12(18):5832.

**Conflits d'intérêts :** Pas de conflit déclaré

**Mots clefs :** Accès direct, Lombalgie, Parcours de soins

## Quelle communication interprofessionnelle entre le masseur-kinésithérapeute et le médecin généraliste en situation d'accès direct ?

Martin Gendron\*<sup>1</sup>, Delphine Guyet<sup>1, 2</sup>, Etienne Panchout<sup>3, 4</sup>

<sup>1</sup> IFRES, Damigny,

<sup>2</sup> UFR Santé, Université de Caen, Caen,

<sup>3</sup> ERCAE (EA 7493), Université d'Orléans,

<sup>4</sup> EUKCVL, Université d'Orléans, Orléans, France

**Introduction :** L'accès direct est défini comme la possibilité pour un patient de consulter un masseur-kinésithérapeute sans que celui-ci soit prescrit par un médecin. En France, il est permis depuis la loi Rist de mai 2023. Cette loi impose la formalisation de la collaboration interprofessionnelle par la transmission du bilan au médecin traitant qui est un des principaux collaborateurs des masseurs-kinésithérapeutes (1). La communication correspond à un des six domaines de compétences proposés par le modèle pancanadien de la collaboration interprofessionnelle (2). Cette communication n'est pas clairement définie dans la loi et des freins ont été identifiés en 2019 pour ce qui concerne l'accès direct (3). L'objectif de ce travail est la production d'un outil de communication contenant les éléments déterminants à transmettre pour permettre une collaboration interprofessionnelle efficace lors des épisodes de soins en accès direct.

**Matériel et méthodes :** Pour y parvenir, nous nous sommes placés dans un paradigme phénoménologique. La première étape de cette recherche a été d'effectuer six entretiens exploratoires semi-directifs avec 8 médecins afin de produire une première version de cet outil par un traitement des données par indexation thématique. Cette version a ensuite été modifiée par un focus groupe avec 5 médecins généralistes animé selon la méthode du groupe nominal.

**Résultats :** L'outil de communication produit diffère de la fiche bilan diagnostic kinésithérapique par l'introduction du diagnostic kinésithérapique d'inclusion, d'exclusion et/ou d'orientation (4, 5) ; par la catégorisation et la quantification des douleurs nociceptives, neuropathiques ou nociplastiques ; par la nécessité d'y inclure les red flags présents dans la situation clinique ; et par des éléments de l'examen clinique choisis selon leur importance. Les participants à cette recherche ont exprimé leur confiance envers le masseur-kinésithérapeute sur l'examen clinique et sur le choix des options d'intervention qui ne sont pas considérés comme des éléments indispensables à inclure dans la communication.

**Discussion / conclusion :** Cette recherche peut permettre de construire une collaboration interprofessionnelle de qualité avec les médecins traitant spécialistes généralistes en répondant à leurs besoins mais aussi d'encourager l'investissement des masseurs-kinésithérapeutes. L'outil de communication produit doit être testé in situ pour vérifier son acceptabilité et sa praticité en situation réelle.

**Références :** 1 Panchout, Etienne, Frédéric Launay, Yadira Ibarguen Vargas, Florence Doury Panchout, et Mickaël Dureau. « Les collaborations interprofessionnelles des kinésithérapeutes : état des lieux et perspectives ». *Kinésithérapie, la Revue*, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.11.011>.

2 « Référentiel de compétences du CPIS pour l'avancement de la collaboration en santé et services sociaux ». *Canadian Interprofessional Health Collaborative*, 2024. <https://cihc-cpis.com/>.

3 Vallet, Émilien. « Accès direct à la masso-kinésithérapie en France : évaluation des compétences de raisonnement clinique et de collaboration interprofessionnelle des MK. Étude exploratoire ». *Kinésithérapie, la Revue* 19, no 216 (1 décembre 2019): 24-27. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.005>.

4 Chauvet, Guillaume, Solène Chevrier, et Thibault Desjardins. « Le guide du triage en kinésithérapie musculo-squelettique ». OMT France, 2021. <https://www.omt-france.fr/le-guide-du-triage-en-kinesitherapie-musculo-squelettique/>.

5 Panchout, Etienne. « La modélisation de la structure conceptuelle du triage par raisonnement clinique en situation d'accès direct du kinésithérapeute et les rôles sociaux de diagnostics d'exclusion, d'inclusion et d'orientation. Résultats de recherche et recommandations. La kinésithérapie devient par l'identification et la formation à de nouveaux savoirs experts une profession médicale à compétences définies au service de l'accès aux soins, de la qualité des soins et de la sécurité des patients. » Phdthesis, Université Paul Valéry - Montpellier 3, 2022. <https://hal.science/tel-04198125v1>.

**Conflits d'intérêts :** Pas de conflit déclaré

**Mots clefs :** Accès direct, Bilan diagnostic kinésithérapique, Collaboration interprofessionnelle, Communication

## Concordance entre l'évaluation initiale et finale en accès direct en kinésithérapie : une analyse de la fiabilité de l'intuition clinique des praticiens

Marie-Charlotte RAIGNEAU<sup>1, 2</sup>, Marianne RANGSTROM<sup>3</sup>, Etienne PANCHOUT<sup>4, 5</sup>, Morgan COLAS<sup>6, 7</sup>, Matthieu BREMOND<sup>8</sup>, Joévin BURNEL\*<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Pôle technique et innovation, TOHA, Tours,

<sup>2</sup> Vice Présidente, URPS Centre-Val de Loire, Orléans,

<sup>3</sup> Recherche et Développement, Clinique de la Sauvegarde, Lyon,

<sup>4</sup> ÉRCAÉ (EA 7493), Université d'Orléans,

<sup>5</sup> Secrétaire général, Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM),

<sup>6</sup> Président de l'Union Régional des Professionnels de Santé Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux en région-Centre Val de Loire,

<sup>7</sup> Président de la Fédération des URPS., Orléans,

<sup>8</sup> Département des Sciences de l'Éducation et de la Formation, EA7505 EES, Université de Tours, Tours,

<sup>9</sup> Faculté des Sciences de la Motricité Unité de Recherche en Sciences de la Réadaptation, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, France

**Introduction :** L'accès direct en kinésithérapie exige des décisions précises et sécuritaires concernant les motifs de consultation (1-4). Les kinésithérapeutes s'appuient souvent sur leur intuition initiale pour évaluer les symptômes des patients, avant d'ajuster leur évaluation à la fin du bilan suite à une analyse plus approfondie. La question clé est de savoir dans quelle mesure ces deux processus, l'un immédiat et intuitif et l'autre rationnel, convergent. Les objectifs de cette étude sont donc d'analyser la concordance entre l'évaluation initiale et finale et de déterminer si l'intuition des praticiens s'avère fiable dans la prise en charge des patients.

**Matériel et méthodes :** Cette étude transversale repose sur une taxonomie de classification des motifs de consultation, issue de la littérature et enrichie par l'échelle de préoccupation de Finucane (5). Un item supplémentaire évalue à la sortie si le motif est hors kinésithérapie. 32 patients en accès direct dans la région Centre-Val de Loire ont été inclus. Les praticiens ont enregistré le motif d'entrée et évalué leur préoccupation au début et à la fin du bilan. La concordance entre les niveaux de préoccupation a été calculée avec le Kappa de Cohen et le coefficient de Spearman.

**Résultats :** Les données des patients proviennent des bilans réalisés en accès direct par 6 kinésithérapeutes (34,6 ± 8,4 ans ; 11,7 ± 6,1 années d'expérience). 45 % des évaluations initiales ont été ajustées à la fin, avec un taux de concordance de 55 %. Une corrélation positive significative ( $r = 0,72$  ;  $p < 0,001$ ) a été observée entre le niveau de préoccupation initial et final. Les praticiens ayant un niveau de vigilance  $\geq 3$  ont moins souvent modifié leurs évaluations. 10 % des patients ont été jugés hors cadre de la kinésithérapie.

**Discussion / conclusion :** Cette étude montre que les kinésithérapeutes ont une grande capacité à ajuster leur niveau de préoccupation, avec un reclassement dans près de la moitié des bilans. Plus le niveau de préoccupation initial est élevé, plus l'intuition s'avère fiable. Pour les cas les plus préoccupants, l'intuition des kinésithérapeutes est généralement précise. Pour notre échantillon en accès direct, seuls 10 % des motifs de consultation semblent ne pas justifier d'une prise en charge en kinésithérapie. Ces résultats, bien que prometteurs, restent préliminaires et devront être complétés par plus de données issues de populations hétérogènes.

- Références :** 1. Norman, G. R., & Eva, K. W. (2010). "Diagnostic error and clinical reasoning." *Medical Education*, 44(1), 94-100.
2. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Phys Ther*. 2008 Aug;88(8):936-46. doi: 10.2522/ptj.20070308. Epub 2008 Jun 19. PMID: 18566108.
3. Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Phys Ther*. 2014 Jan;94(1):14-30. doi: 10.2522/ptj.20130096. Epub 2013 Sep 12.
4. Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil*. 2021 Jun;43(12):1637-1648. doi: 10.1080/09638288.2019.1674388. Epub 2019 Oct 11. PMID: 31603709.
5. Finucane LM, Downie A, Mercer C, Greenhalgh SM, Boissonnault WG, Pool-Goudzwaard AL, Beneciuk JM, Leech RL, Selfe J. International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2020 Jul;50(7):350-372. doi: 10.2519/jospt.2020.9971. Epub 2020 May 21. PMID: 32438853.

**Conflits d'intérêts :**

M.-C. RAIGNEAU Consultant, expert : Vice - Présidente MKCVL, URPS Centre Val de Loire / TOHA,  
M. RANGSTROM Actionnariat : TOHA,  
E. PANCHOUT Consultant, expert : ELU URPS MKCVL,  
M. COLAS Consultant, expert : ELU URPS MKCVL,  
M. BREMOND Actionnariat : TOHA,  
J. BURNEL Actionnariat : TOHA

**Mots clefs :** Accès direct, Intuition clinique, Kinésithérapeutes, Niveau de préoccupation, Triage diagnostic

## Les différents types d'erreur en kinésithérapie musculosquelettique : étude qualitative à partir d'un partage d'expériences

Christophe Demoulin\*<sup>1,2</sup>, Tom Rossion<sup>1</sup>, Guillaume Vieillevoye<sup>1</sup>, Sébastien Wolfs<sup>1,2</sup>, François Delvaux<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ULiege,

<sup>2</sup>CHU Liège, Liege, Belgium

**Introduction :** Diverses instances soulignent l'importance de signaler, d'enregistrer et d'analyser les erreurs des professionnels de la santé pour favoriser l'amélioration des pratiques et ainsi la sécurité des patients (1,2). Pourtant, la littérature relative aux erreurs en kinésithérapie demeure très pauvre.

L'objectif principal de cette étude qualitative était d'analyser les erreurs commises rapportées par des kinésithérapeutes afin d'identifier les principaux types d'erreurs.

**Matériel et méthodes :** Des kinésithérapeutes Belges prenant en charge des patients souffrant de troubles musculosquelettiques (mini 3 ans d'expérience) et acceptant de partager au moins une situation passée au cours de laquelle ils estiment avoir commis une erreur qui a eu des répercussions négatives et qui était évitable, ont été recrutés grâce à des annonces. Ils ont participé à un entretien semi-structuré qui a été enregistré et retranscrit. Les verbatims ont été codés pour classer les différentes erreurs évoquées en différentes (sous)catégories. La fiabilité inter-analyste (n=2) du classement des situations dans les (sous)catégories a été analysée.

**Résultats :** 56 situations (37 sujets) ont été répertoriées. 28 d'entre elles (50%) concernaient des erreurs liées au relationnel (ex: comportement trop familier), 14 (25%) concernaient des erreurs liées au traitement proposé (ex: charge inadaptée), 12 (21,4%) des erreurs de communication (ex: utilisation de mots mal interprétés/compris par le patient) et 2 (3,6 %) étaient liées à un bilan incomplet.

La fiabilité inter-analyste était bonne (>80%).

**Discussion / conclusion :** Cette étude met en évidence différents types d'erreur. Plus de 70% d'entre elles sont en lien avec la relation et/ou la communication avec un patient qui sont des composantes cruciales pour l'alliance thérapeutique. Celle-ci peut influencer l'adhésion au traitement et donc l'efficacité de la prise en charge et la satisfaction du patient (3). Si cette étude est originale et peut s'avérer utile pour la formation de base ou continue, elle présente néanmoins certaines limites dont un nombre de sujets limités et un potentiel biais de sélection et de désirabilité sociale.

Notre étude doit pousser les kinésithérapeutes à davantage oser partager leurs expériences, aussi bien les réussites que les échecs, pour faire avancer la pratique afin d'augmenter la satisfaction, la sécurité des patients et l'efficacité des prises en charge (4,5). Cet apprentissage collectif contribuera à l'évolution constante de la kinésithérapie en tant que discipline.

### Références :

1.Organization WH. Global patient safety action plan 2021-2030 : towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization; 2021;108.

2. Canadian Patient Safety Institute. The Safety Competencies 2nd Edition. Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. 2020.
3. Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. Physiother Theory Pract. 2020;36(8):886-898.
4. Henrard G. L'erreur en médecine : une opportunité d'amélioration des pratiques, un défi pour l'EBM. Minerva. 2014;13(9):105.
5. Gonzalez-Caminal G, Gomez AC, Gomar-Sancho C. Patient Safety in Physiotherapy : Are Errors that Cause or Could Cause Harm Preventable ? Contemporary Topics in Patient Safety - Volume 2. IntechOpen; 2022.

**Conflits d'intérêts :** Pas de conflit déclaré

**Mots clefs :** apprentissage, erreur, expérience, musculosquelettique



## Étude observationnelle de patients ayant un trouble musculosquelettique dans un service d'urgence en France.

Benoit Ancel\*<sup>1,2</sup>, Lucy Redhead<sup>3</sup>

<sup>1</sup> University of Brighton, Brighton, United Kingdom,

<sup>2</sup> Hopital NOVO, Cergy-Pontoise, France,

<sup>3</sup> Université de Brighton, Brighton, United Kingdom

**Introduction :** Les services d'urgence (SU) française sont surchargées, et 30 % des consultations concernent des pathologies traumatiques, avec 90 % des patients ayant un pronostic favorable (1). L'implémentation de kinésithérapeutes avec un accès direct est proposée pour soulager les urgences, leur rôle étant déjà prouvé bénéfique dans plusieurs pays (2)(3). Afin d'évaluer la faisabilité de cette implémentation en France, il est nécessaire de décrire les patients venant avec un trouble musculosquelettique (MSK).

**Matériel et méthodes :** Étude rétrospective de cohorte dans un SU en France, décrivant l'arrivée, la prise en charge et l'orientation de patients entre 18 et 68 ans ayant une potentielle pathologie MSK sur une semaine. Les patients ont été inclus en fonction de leur catégorie et de leur code de gravité déterminé à leur entrée par l'infirmier(e) de triage (IAO). Le choix des catégories représentant des pathologies potentiellement MSK a été fait selon des études évaluant des kinésithérapeutes déjà implémenté dans des services d'urgence (4). Les données sont collectées via le logiciel de l'hôpital, et analysées de manière exploratoire.

**Résultats :** Les pathologies triées comme potentiellement MSK représentaient 14,6% des passages au SU. 161 passages ont été inclus (46,6% femmes) dont 64% sont venus de jour (N= 103). Prise en charge : 69% des diagnostics étaient catégorisés traumatisme ou pathologie MSK. La médiane du temps de passage est de 4h23 (IQR = 5h52), 46% ont reçu une imagerie, et 77,6% des médicaments. Orientation, : 95% des patients ont été réorientés chez eux, dont 23% avec un suivi. 2 passages ont conduit à une hospitalisation.

**Discussion / conclusion :** Nos résultats montrent qu'une majorité de patients triés avec une potentielle pathologie MSK ont une pathologie MSK ou traumatique en majorité, sont nombreux, un temps de prise en charge long et viennent en majorité le jour. Nos résultats montrent aussi une limite possible à l'implémentation de kinésithérapeutes dans un SU puisqu'il semble nécessaire de pouvoir prescrire des imageries et certains médicaments. Les résultats concordent avec les études évaluant les kinésithérapeutes des SU dans d'autres pays. Cependant il faut prendre ces résultats avec précaution puisque l'échantillon est limité, et que certains biais ont pu arriver lorsque les dossiers patients ont été remplis par l'équipe soignante, rendant difficile l'extrapolation des résultats. Une étude évaluant l'implémentation de kinésithérapeute pourrait être conduite afin de confirmer ces résultats

**Références :** 1. Fedoru. PANORAMA DES ORU ACTIVITÉ DES STRUCTURES D'URGENCE. [PDF]. 2022 [consulté le 1 mai 2024]. Disponible à : <https://fedoru.fr/panorama-des-urgences-2022/>

2. Matifat, E., E. Berger Pelletier, R. Brison, L. J. Hébert, J.-S. Roy, L. Woodhouse, S. Berthelot, et al. « Advanced Practice Physiotherapy Care in Emergency Departments for Patients with Musculoskeletal Disorders: A Pragmatic

Cluster Randomized Controlled Trial and Cost Analysis ». *Trials* 24, n 1 (6 février 2023): 84. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07100-x>.

3. Demont, A., J. Quentin, et A. Bourmaud. « Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : revue de la littérature ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 68, n 5 (2020): 306-13. <https://doi.org/10.1016/J.RESPE.2020.08.001>.

4. Sutton, Matthew, Adam Govier, Sebastian Prince, et Mark Morphett. « Primary-contact physiotherapists manage a minor trauma caseload in the emergency department without misdiagnoses or adverse events: An observational study ». *Journal of Physiotherapy* 61, n 2 (1 avril 2015): 77-80. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.012>.

#### **Conflits d'intérêts :**

B. Ancel Cours, formations : IFMK d'ASSAS et APHP/ PTJab,

L. Redhead Cours, formations : Université de Brighton

**Mots clefs :** Accès direct, kinésithérapie, musculosquelettique, urgences