

Institut Limousin de FOrmation  
aux MÉtiers de la Réadaptation  
Masso-kinésithérapie

*Les masseurs-kinésithérapeutes sont-ils prêts à prendre en charge une entorse de la cheville en accès direct ?*



Mémoire présenté et soutenu par  
**Morgane BERTE**

En juin 2020

Mémoire dirigé par  
**Nicolas ANDRIEUX**

Co-responsable du cycle 1 de la filière masso-kinésithérapie à l'ILFOMER

## Remerciements

---

J'aimerais débiter ce mémoire en exprimant toute ma reconnaissance à mes parents, mes frères et mon ami qui ont représenté un soutien moral sans faille durant ses 6 années post-baccalauréat.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Monsieur Anaick PERROCHON, maître de conférence et enseignant chercheur au laboratoire HAVAE pour son implication dans ce travail de recherche et plus largement pour son aide au développement de mon esprit critique dans la recherche.

Je tiens également à remercier mon directeur de mémoire, Monsieur Nicolas ANDRIEUX et mon expert de terrain, Monsieur Massamba M'BAYE, pour m'avoir encadrée, orientée et aidée dans l'élaboration de ce projet d'initiation à la recherche.

Je remercie la présidente du Conseil National de L'Ordre des MK, Madame Pascale MATHIEU, pour m'avoir accordé du temps pour un entretien téléphonique dans un contexte difficile de crise sanitaire où son temps était pourtant compté. Je remercie aussi Madame Marie-Françoise JEAN, assistante de la présidence du CNOMK, pour nos échanges téléphoniques et de mails pour aboutir à la tenue de cet entretien.

Je remercie évidemment l'ensemble du corps enseignant de l'ILFOMER et mes camarades de promotion de m'avoir accompagnée sur l'ensemble de ces 4 années de formation pour réaliser le métier dont je rêve depuis que je suis enfant.

Merci à Romane, Laura et Thomas d'avoir pris autant de temps sur leur travail personnel pour la relecture et la critique de mon mémoire afin de le faire évoluer.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui prendront le temps de lire ce travail.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Charte anti-plagiat

---

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

**Je, soussignée Morgane BERTE**

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA  
– site de Limoges et de m'y être conformée.**

**Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.**

**Fait à Limoges, Le lundi 11 mai 2020**

**Suivi de la signature.**

Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

# Vérification de l'anonymat

---

**Mémoire DE MK**

**Session de juin 2020**

**Attestation de vérification d'anonymat**

Je soussignée(e) Morgane BERTE

Etudiant.e de 4ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : lundi 11 mai 2020

Signature de l'étudiant.e

## **Glossaire**

---

MK : masseur(s)-kinésithérapeute(s)

PSMS : physiothérapeute spécialisé dans le champ musculo-squelettique

ELC : entorse(s) latérale(s) de la cheville

MSP : maison de santé pluridisciplinaire

CDS : centre de santé

## Table des matières

---

Introduction.....	12
La masso-kinésithérapie et la physiothérapie .....	13
1. La masso-kinésithérapie française .....	13
1.1. La définition de la profession .....	13
1.2. La formation .....	14
1.3. Le référentiel d'activités et de compétences du MK .....	15
2. La physiothérapie anglo-saxonne (exemple du précurseur : l'Australie).....	15
2.1. La définition de la profession .....	15
2.2. La formation .....	16
2.2.1. Le parcours d'étude du physiothérapeute en Australie .....	16
2.2.2. Le parcours d'étude du physiothérapeute spécialisé dans le champ musculo- squelettique (PSMS).....	16
2.3. Le cadre de la profession.....	17
2.3.1. Les compétences du physiothérapeute.....	17
2.3.2. Les compétences du PSMS .....	17
2.4. La masso-kinésithérapie – la physiothérapie .....	19
3. Les résultats de l'accès direct dans les pays anglo-saxons .....	20
3.1. La satisfaction et la confiance.....	20
3.1.1. Les autres professionnels de santé.....	20
3.1.2. Les patients .....	21
3.1.3. Les physiothérapeutes .....	21
3.2. Le gain de temps pour les patients et l'allègement de la pression sur les médecins .....	21
3.3. La sécurité de soins .....	22
Le parcours menant à l'accès direct en France .....	23
1. Les prémices d'une autonomisation de la profession.....	23
2. L'historique des discussions autour de l'accès direct.....	24
2.1. La loi de modernisation du système de santé : janvier 2016 .....	24
2.2. Le colloque « Osons l'accès direct » : septembre 2017 .....	24
2.3. La note juridique du Conseil National : février 2017 .....	25
2.4. La conférence aux JFK : avril 2017 .....	25
2.5. Le communiqué de presse de l'ancienne Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn : septembre 2019 .....	25
2.6. La revue : « Urgences, améliorer l'accès aux soins avec l'accès direct aux paramédicaux » : septembre 2019 .....	26

2.7. L'article de presse : Questionnaires et entretiens recueillant l'avis des MK sur l'accès direct : novembre 2019 .....	26
2.8. L'article du site du conseil de l'Ordre des MK sur l'avis des professionnels sur l'accès direct : 21 novembre 2019 .....	27
3. La concrétisation de l'accès direct au MK .....	27
3.1. Les conditions de formation du MK.....	27
3.2. L'extension de la prescription .....	28
3.3. Les conditions de la prise en charge de l'entorse de cheville en accès direct.....	28
L'entorse latérale de cheville.....	29
1. L'anatomie générale de la cheville .....	29
1.1. Les mobilités de la cheville .....	29
1.2. La stabilité ligamentaire .....	29
1.3. La stabilité musculaire .....	31
2. L'entorse latérale de cheville .....	31
2.1. L'épidémiologie .....	31
2.2. Les mécanismes lésionnels de l'entorse latérale de la cheville.....	31
2.3. Pourquoi peut-on parler d'urgence dans la prise en charge d'une entorse latérale de cheville ? .....	32
2.4. La complication première de l'entorse latérale de la cheville : l'instabilité chronique .....	32
2.5. Le bilan de la cheville traumatique en accès direct .....	34
2.5.1. Le bilan de prise en charge en phase aiguë (de J0 à J4 – J6).....	35
2.5.2. Le bilan de prise en charge en phase subaiguë (J4 – J6 et plus) .....	38
2.6. Le traitement de la cheville traumatique en accès direct.....	39
2.6.1. La partie PEACE dans la phase aiguë (J0 – J3) .....	39
2.6.2. La partie LOVE dans la phase subaiguë (à partir de J3).....	40
Matériels et méthode.....	42
1. Le choix de la méthode .....	42
2. Les objectifs de l'enquête .....	42
2.1. L'objectif principal .....	42
2.2. Les objectifs secondaires.....	42
3. La population ciblée par l'enquête.....	42
3.1. Les MK salariés .....	42
3.2. Les MK libéraux et d'exercice mixte .....	43
4. L'élaboration du questionnaire .....	44
4.1. Le matériel .....	44

4.2. Les types de questions utilisés dans l'enquête .....	44
5. Le déroulement du questionnaire .....	44
5.1. La construction.....	45
5.1.1. « Profil du MK » .....	45
5.1.2. « Connaissances sur la législation professionnelle » .....	46
5.1.3. « Prise en charge d'une entorse de la cheville en premier contact » .....	46
5.1.4. « Avis du MK sur l'accès direct » .....	47
6. La frise chronologique de la méthode .....	48
7. L'organisation du questionnaire.....	49
Résultats .....	53
1. La diffusion et les données quantitatives du questionnaire .....	53
2. La description de la population.....	53
3. La réponse à l'objectif principal .....	54
4. Les réponses aux objectifs secondaires.....	57
4.1. La portée de la communication autour de l'accès direct.....	57
4.2. Les avis des MK sur l'accès direct.....	58
4.3. L'avis du MK sur sa capacité actuelle à prendre en charge en accès direct .....	61
5. L'analyse du profil des MK en fonction des notes obtenues à l'évaluation .....	61
Discussion .....	64
1. Les résultats marquants .....	64
1.1. Être « prêts » : avoir les connaissances suffisantes pour l'accès direct .....	64
1.2. Être « prêts » : ressenti, envie et motivation pour la mise en place de l'accès direct .....	65
2. L'intérêt de l'étude .....	67
3. La possibilité de généralisation .....	68
4. Les limites et les biais.....	69
4.1. Les abandons à l'étude.....	69
4.2. Les biais méthodologiques .....	69
4.3. Les biais affectif et social .....	71
4.4. Les biais d'analyse par l'administrateur .....	71
5. La projection .....	71
Conclusion.....	73
Références bibliographiques.....	74
Annexes .....	80

## Table des illustrations

---

Figure 1 : Le système ligamentaire collatéral latéral .....	30
Figure 2 : Le système ligamentaire collatéral médial .....	30
Figure 3 : Illustration de l'ICC d'après le modèle de Jay Herthel (2019).....	34
Figure 4 : Arbre décisionnel dans la recherche de fractures de la cheville .....	37
Figure 5 : Chronologie des étapes de la méthodologie.....	48
Figure 6 : Pyramide des âges des participants au questionnaire .....	53
Figure 7 : Pourcentage de réponses correctes par question de l'évaluation .....	55
Figure 8 : Pourcentage de MK ayant de bonnes connaissances dans la prise en charge d'une entorse de la cheville en accès direct .....	56
Figure 9 : Proportion de MK ayant eu connaissance des affiches de l'accès direct .....	57
Figure 10 : Effectif de participants ayant répondu aux différents items de la question .....	58
Figure 11 : Effectif de participants ayant répondu aux différents items de la question .....	59
Figure 12 : Pourcentage de participants ayant répondu aux items de la question .....	60
Figure 13 : Effectif de participants ayant répondu aux différents items de la question .....	60
Figure 14 : Pourcentage de participants ayant répondu aux items de la question .....	60
Figure 15 : Pourcentage de participants ayant répondu aux items de la question .....	60
Figure 16 : Répartition des MK en fonction de leur note à l'évaluation du questionnaire .....	61

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Découpage de la formation aux études de masso-kinésithérapie .....	14
Tableau 2 : Chemin menant à l'accès direct .....	23
Tableau 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion concernant les patients souffrant d'une entorse de la cheville.....	28
Tableau 4 : Présentation des Critères d'Ottawa. ....	35
Tableau 5 : Présentation des Critères de Bernese .....	36
Tableau 6 : Présentation des vibrations par diapason (128 Hz) .....	36
Tableau 7 : Taux de réussite par partie .....	55
Tableau 8 : Message principal des commentaires des MK sur les affiches de communication autour de l'accès direct .....	57
Tableau 9 : Message principal des commentaires des MK ne se sentant pas prêts actuellement à prendre en charge une entorse de la cheville en l'accès direct.....	61
Tableau 10 : Table de croisement entre le niveau des MK et leurs réponses à certaines questions.....	63
Tableau 11 : Analyse des commentaires des MK répondant à la question non-obligatoire ..	66
Tableau 12 : Comparaison des résultats de notre enquête avec ceux de l'Ordre des MK recueillant l'avis des MK sur l'accès direct.....	67

## Introduction

---

Au cours de ma troisième année de formation, j'ai assisté au congrès de rééducation de mon institut où une présentation sur l'entorse de la cheville nous a été proposée. Les chiffres épidémiologiques et le manque de rééducation de ce traumatisme m'ont interpellée. Après cette intervention, j'ai débuté mes recherches et j'ai trouvé une affiche de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes, sur laquelle était inscrit : « 6000 entorses de cheville par jour ; urgences saturées > accès direct au kiné »<sup>1</sup>. En effet, depuis le 26 janvier 2016, le masseur-kinésithérapeute (MK) est habilité et formé à prendre en charge un patient en situation d'urgence. Par ailleurs, le 9 septembre 2019, l'ancienne Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, annonçait dans un communiqué de presse un accès direct aux MK pour les patients souffrant de lombalgies aiguës ou d'entorses de cheville avant la fin de l'année 2019 (1). La concrétisation de cette promesse est parue le 8 mars 2020 au Journal Officiel par deux protocoles autorisant la prise en charge en accès direct pour les entorses de la cheville et les lombalgies aiguës dans des structures pluri-professionnelles de la région Auvergne-Rhône-Alpes (2).

En réalisant des recherches d'articles scientifiques français et internationaux sur le sujet, j'ai découvert que la consultation de MK en accès direct et en service d'urgences étaient des pratiques déjà installées, avec des résultats encourageants, notamment dans les pays anglo-saxons : en Australie et dans l'état de Californie depuis 1976, en Nouvelle Zélande depuis 1982, en Angleterre depuis 1997 et au Canada depuis 1999 (3). L'Europe n'est cependant pas en reste, même si cette idée est née plus récemment : aux Pays Bas en 2006, en Irlande en 2013, en France en 2016 et au Luxembourg le 16 novembre 2018. En France, il semble important d'améliorer le système de santé actuellement fragilisé par la pénurie de professionnels médicaux, les restrictions budgétaires et par l'augmentation et le vieillissement de la population.

Que ce soit à travers le communiqué de presse d'Agnès Buzyn, ou à travers la publication récente des protocoles de mise en place de l'accès direct du mois de mars, on observe un intérêt grandissant à l'autonomisation des MK pour répondre aux actuels problèmes de santé publique (4). Les MK sont-ils prêts à accueillir l'accès direct dans leur cabinet pour des lésions musculo-squelettiques telles que l'entorse de la cheville ? Connaissent-ils cette mesure et quel avis portent-ils dessus ?

---

<sup>1</sup> : <http://www.ordremk.fr/actualites/ordre/acces-direct-en-kinesitherapie-le-cas-de-lurgence/>

# La masso-kinésithérapie et la physiothérapie

---

## 1. La masso-kinésithérapie française

### 1.1. La définition de la profession

Selon l'article L.4321-1 du Code de Santé publique, la profession de MK consiste à pratiquer le massage et la gymnastique médicale (5) :

Article R.4321-3 : Le massage comporte toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils, avec ou sans l'aide de produits. Il implique une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.

Article R.4321-4 : La gymnastique médicale comporte la réalisation et la surveillance d'actes à visée de rééducation neuromusculaire, correctrice ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin de limiter la survenue ou l'aggravation d'une pathologie.

Depuis les années 2000, le MK a une reconnaissance de sa compétence à établir un bilan diagnostic masso-kinésithérapique comprenant un diagnostic, les objectifs et les moyens ou techniques qui lui semblent les plus appropriés à la prise en charge du patient. Ce bilan diagnostic masso-kinésithérapique doit être tenu à la disposition du médecin prescripteur des soins. La profession de MK n'est pas soumise à une obligation de résultats, cependant elle s'engage à une obligation de moyens (6). Par ailleurs, depuis janvier 2006, les MK sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux dans une liste limitative comprenant, par exemple, des attelles souples de correction orthopédique de série, des ceintures de soutien lombaire de série, des aides à la déambulation, etc.

Selon les articles L.4321-2 et L.4321-10 du Code de Santé publique, la masso-kinésithérapie est exercée par les professionnels titulaires d'un Diplôme d'Etat en masso-kinésithérapie français ou d'une équivalence européenne et inscrits au tableau de l'Ordre des MK (5). Ces derniers s'engagent à respecter l'éthique et la déontologie spécifiques de leur profession et s'engagent également à développer les compétences professionnelles nécessaires à la réalisation d'activités de dépistage, de prévention, d'éducation et de soins. Ce développement des compétences se doit de tenir compte des évolutions de la science et de répondre à des besoins de santé publique. Ils sont également tenus de participer au développement et à la promotion de la profession.

## 1.2. La formation

Selon l'article 2 du décret 2015-1110 du 2 septembre 2015, la formation qui conduit au diplôme de MK dure quatre ans et elle est précédée d'une année de sélection universitaire dans un des trois cursus suivants : première année commune aux études de santé avec spécialité « métiers de la rééducation », une première année de licence en sciences et techniques de l'activité physique et sportive ou bien une première année de licence en science, technologie et santé. La formation successive à cette année de sélection est composée de deux cycles de deux ans chacun. Chaque année voit son objectif se définir de la façon suivante :

<p><b><u>Cycle 1</u></b> <i>Comprendre la situation de soin</i></p>	1 <sup>ère</sup> année	<p>Acquisition des savoirs fondamentaux nécessaires à la compréhension de la profession.</p> <p>Découverte des différentes formes et responsabilités d'exercice de la profession.</p>
	2 <sup>ème</sup> année	<p>Acquisition de la démarche de raisonnement en masso-kinésithérapie.</p>
<p><b><u>Cycle 2</u></b> <i>Agir avec compétences dans la situation de soin</i></p>	3 <sup>ème</sup> année	<p>Élaboration du diagnostic masso-kinésithérapique.</p> <p>Conception d'intervention et acquisition de savoir-faire.</p> <p>Évaluation des compétences cœur de métier.</p>
	4 <sup>ème</sup> année	<p>Approfondissement des compétences cœur de métier aboutissant à une évaluation de l'ensemble des 11 compétences.</p> <p>Pratiques réflexives et mise à distance des pratiques professionnelles.</p>

Tableau 1 : Découpage de la formation aux études de masso-kinésithérapie

Ce découpage des études de MK ne montre pas de façon explicite l'enseignement permettant une prise en charge d'un patient en première intention. En effet, les notions de diagnostics différentiels, de drapeaux rouges ou jaunes ne sont pas énoncées clairement dans les détails de cette maquette. Cependant, elles sont sous-entendues par la notion d'urgence qui, elle, est bien utilisée dans le référentiel de la profession. Depuis le 8 mars 2020, un arrêté concernant l'application de l'accès direct a été publié au Journal Officiel. La formation du MK pour appliquer l'accès direct au sein de structures pluri professionnelles nécessite dix heures, réparties sur trois jours, avec un programme défini par des médecins engagés. Il n'y a, à l'heure actuelle, pas plus de détails sur le contenu de cette formation.

### 1.3. Le référentiel d'activités et de compétences du MK

Les objectifs des référentiels de profession sont de positionner le métier, sa spécificité et ses relations par rapport aux autres professionnels de santé (5). Ils permettent également de construire une identité professionnelle et d'orienter les formations initiale ou continue pour contribuer à améliorer la qualité de soin.

Le référentiel d'activités compte deux activités pouvant être rattachées à la prise en charge du MK en situation d'urgence [Annexe I] :

- L'activité 2 : élaborer un diagnostic masso-kinésithérapique ainsi qu'évaluer les facteurs de risque(s) et l'urgence d'une situation clinique.
- L'activité 3 : concevoir un projet thérapeutique et une stratégie de prise en charge en lien avec la personne, le contexte et l'urgence de la situation clinique.

Le référentiel de compétences compte également deux compétences pouvant être rattachées à la prise en charge du MK en situation d'urgence [Annexe II] :

- La compétence 1 : permettre dès le premier contact d'apprécier le degré d'urgence et de gravité de la situation clinique et de réaliser un diagnostic kinésithérapique en prenant en compte la notion de diagnostic différentiel.
- La compétence 2 : concevoir un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie et prévoir les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise, en référence aux normes et protocoles existants.

## 2. La physiothérapie anglo-saxonne (exemple du précurseur : l'Australie)

### 2.1. La définition de la profession

La physiothérapie fournit des services aux individus et aux populations pour développer, maintenir, rétablir et optimiser la santé et le fonctionnement du corps tout au long de la vie (7). Cela inclut la fourniture de services aux personnes affectées par le vieillissement, les blessures, les maladies ou les facteurs environnementaux. La physiothérapie maximise la qualité de vie et le potentiel de mouvement en utilisant les principes de promotion, prévention, adaptation et réadaptation. Cela englobe le bien-être physique, psychologique, émotionnel et social. Pour devenir physiothérapeute, il faut obtenir un baccalauréat en physiothérapie et être enregistré auprès du tableau des physiothérapeutes d'Australie (Physiotherapy Board of Australia).

## 2.2. La formation

### 2.2.1. Le parcours d'étude du physiothérapeute en Australie

Il existe à ce jour 19 instituts de formation à la physiothérapie en Australie (8). Dans ces établissements, la majorité des enseignants sont des physiothérapeutes possédant une qualification de Doctorat en physiothérapie. Les enseignants des terrains de stage clinique sont tous des praticiens expérimentés ayant une formation supérieure dans leur spécialité. Des cours magistraux sont dispensés, mais, dans la plupart des matières, l'enseignement se fait par petits groupes en utilisant l'apprentissage par résolution de cas cliniques plutôt qu'une approche magistrale (9). On demande aux étudiants de participer activement à leur formation et de se préparer aux discussions argumentées. Depuis 2008, l'inscription au registre des physiothérapeutes est autorisée aux personnes ayant (8) :

- une licence en physiothérapie, délivrée par 13 universités après un cursus de quatre ans
- un master ou un doctorat en physiothérapie délivré après avoir effectué une licence dans une autre discipline. Ces programmes de master ou de doctorat demandent cinq ou six ans d'études universitaires au total.

Les physiothérapeutes diplômés peuvent se spécialiser dans un grand nombre de spécialités enseignées à l'université et soutenues par des programmes de formation continue.

### 2.2.2. Le parcours d'étude du physiothérapeute spécialisé dans le champ musculo-squelettique (PSMS)

Les programmes de formation continue et de spécialisation sont proposés par l'Australian Physiotherapy Association (Association Australienne des Physiothérapeutes), les universités et les instituts privés (8). Les domaines de spécialité les plus courants sont les domaines musculo-squelettique, cardio-respiratoire, neurologique, pédiatrique et ceux liés à la santé au travail et à la pratique sportive. Avant de s'engager sur la voie de la spécialisation, les candidats doivent avoir réalisés deux années d'exercice professionnel après la licence avec au moins un an dans le domaine de la spécialité. La participation à la recherche, à l'enseignement et au développement professionnel est obligatoire. Le processus de spécialisation est validé par un examen clinique de fin d'études.

Les actions de l'Australian Physiotherapy Association en faveur de la profession sont nombreuses, par exemple l'évolution de la législation élargissant le champ de compétences des physiothérapeutes, leur permettant de réaliser certaines prescriptions ou de pratiquer certains gestes comme les injections, des techniques chirurgicales telles que la bronchoscopie ou encore la prescription et l'interprétation d'imagerie (8).

## 2.3. Le cadre de la profession

### 2.3.1. Les compétences du physiothérapeute

Après l'obtention de son diplôme de physiothérapie et son inscription sur le tableau de l'Ordre des physiothérapeutes Australiens, le professionnel se doit d'assumer sept rôles (7,8) [Annexe III] :

- Le rôle de *praticien* qui utilise ses compétences, ses connaissances et ses valeurs professionnelles afin d'effectuer des interventions diagnostiques, préventives et thérapeutiques ainsi que des actions de promotion à la santé.
- Le rôle de *professionnel éthique* qui respecte des normes de comportement, des obligations légales, professionnelles et éthiques pour gérer les problèmes de santé physiques ou mentaux.
- Le rôle de *communicant* qui utilise des méthodes verbales et non verbales pour communiquer de manière efficace avec son patient, l'entourage et les autres professionnels.
- Le rôle de *d'apprenant* qui oblige le thérapeute à toujours avoir une évaluation critique de ses pratiques et résultats. Le physiothérapeute se doit de se former tout au long de sa vie afin de maintenir et d'améliorer ses compétences professionnelles.
- Le rôle de *collaborateur* qui travaille en partenariat avec le patient et les professionnels de la santé concernés pour soutenir la réalisation de ses objectifs.
- Le rôle de *d'éducateur* qui applique des principes et des stratégies d'apprentissage adaptés au contexte de la pratique afin de faciliter l'apprentissage par d'autres professionnels, étudiants, patients etc.
- Le rôle de *leader* qui gère son temps, sa charge de travail, ses ressources et ses priorités afin de diriger efficacement les autres dans des cadres cliniques et professionnels pertinents.

### 2.3.2. Les compétences du PSMS

Il est possible pour les physiothérapeutes de se spécialiser dans des domaines plus particuliers. Parmi ces domaines, il y a la prise en charge de lésions musculo-squelettiques. Pour pouvoir être candidat à cette spécialisation, il faut avoir obtenu un baccalauréat d'un établissement d'enseignement supérieur reconnu en physiothérapie ou bien avoir au moins deux ans de pratique à temps plein dont un an minimum dans un service musculo-squelettique. Il faut également être enregistré au tableau des physiothérapeute d'Australie.

Après cette spécialisation les professionnels obtiennent 14 compétences (10) :

- La compétence 1 : Identifier et agir au sein de sa propre base de connaissances et de son champs d'activités.
- La compétence 2 : Démontrer la responsabilité de ses actions.
- La compétence 3 : Maintenir et même étendre ses compétences professionnelles.
- La compétence 4 : Utiliser une communication adaptée à la personne en face de soi.
- La compétence 5 : Savoir rediriger le patient vers le professionnel adéquat lorsqu'il y a une limitation de ses compétences pour répondre à son problème.
- La compétence 6 : Réaliser un entretien et une prise en charge personnalisée du patient en prenant en compte les possibilités de **diagnostics différentiels** et de **drapeaux rouges** ou **jaunes**.
- La compétence 7 : Déterminer l'indication d'imagerie en fonction de l'évaluation initiale du patient. Interpréter avec précision les **images prescrites**.
- La compétence 8 : Déterminer et interpréter les **tests pathologiques** adaptés à la prise en charge.
- La compétence 9 : Déterminer l'indication en **médicaments** à partir des antécédents de l'examen clinique. Prendre en compte et informer le patient sur les indications, la posologie, les effets indésirables et les interactions médicamenteuses.
- La compétence 10 : Utiliser judicieusement les ressources en possession pour obtenir les meilleurs résultats.
- La compétence 11 : Evaluer les **besoins en références médicales** et en suivi. Fournir une éducation et des conseils appropriés.
- La compétence 12 : Surveiller la réponse de la prise en charge et les progrès du patient. Réagir face à des **situations atypiques**.
- La compétence 13 : Expliquer son activité, examiner la capacité du patient à donner son consentement éclairé et l'informer sur les risques possibles.
- La compétence 14 : Documenter le **dossier médical** en abordant les risques, le consentement et le suivi du patient.

A la fin de leur spécialisation, les physiothérapeutes ont la capacité de prendre en charge, en accès direct, divers troubles musculo-squelettiques complexes, entre autres les fractures, les luxations, les lésions des tissus mous, les douleurs chroniques, les amputations, les troubles touchant la colonne vertébrale, les affections rhumatologiques, etc <sup>2</sup>. Ils ont également la possibilité de prescrire et interpréter les examens médicaux couramment ordonnés pour des troubles musculo-squelettiques (tomodensitométrie, IRM, échographie et radiographie).

#### **2.4. La masso-kinésithérapie – la physiothérapie**

En décrivant la masso-kinésithérapie française et la physiothérapie australienne, nous pouvons observer de nombreux points communs. Tout d'abord, le nombre d'années d'études pour obtenir le diplôme est équivalent dans ces deux Etats. On remarque également que les référentiels d'un MK comparés à ceux d'un physiothérapeute sont fortement ressemblants, reprenant des notions majeures telles que : le bilan diagnostique, la communication, la promotion à la santé, la formation continue, la recherche pour l'évolution de la profession et le recueil du consentement libre et éclairé.

En Australie, la physiothérapie est une profession pourvue d'une grande autonomie, permettant des consultations de première intention depuis plus de 40 ans. En effet, il est possible pour un physiothérapeute de se spécialiser dans le domaine musculo-squelettique, lui permettant ainsi une ouverture aux services d'urgence en tant que premier contact. Pour cela, la formation d'un an permet d'ajouter aux compétences déjà existantes les compétences 6, 7, 8, 9, 11, 12 et 14 mentionnées en gras ci-dessus.

En France, la masso-kinésithérapie est une profession en cours de mutation avec une envie d'autonomisation <sup>3</sup>. Depuis l'arrêté du 2 septembre 2015 et à partir de la rentrée 2016 – 2017, le nombre d'années de formation est passé de trois à quatre ans. Les objectifs de cet allongement de la durée des études en masso-kinésithérapie sont : l'intégration d'une période de stage longue de trois mois consécutifs en dernière année de formation, la possibilité d'une période d'études à l'étranger et l'inclusion d'une initiation plus poussée à la recherche en santé. A partir de la rentrée 2018 – 2019, il est prévu la participation des étudiants en masso-kinésithérapie à un « service sanitaire » d'une durée de trois mois à mi-temps ou de six semaines à plein temps. Les objectifs de ce service civique sont : l'intégration des professions para-médicales, telle que la masso-kinésithérapie, dans des actions de prévention, mais aussi l'incitation à une communication accrue entre les différents corps de professions de santé. Le

---

<sup>2</sup> <https://www.newcastle.edu.au/course/PHTY3090>

<sup>3</sup> <https://www.studyrama.com/revision-examen/concours-sante-paramedical-social/etudes-de-kine-les-nouveautes-suite-a-la-reforme/>

développement de la profession passe également par l'apparition depuis 2007 et à raison d'une fois tous les deux ans, des Journées Francophones de la Kinésithérapie (JFK) organisées par la Société Française de Physiothérapie, qui sont devenues un rendez-vous incontournable rassemblant de plus en plus de monde avec un effectif qui a été multiplié par cinq en dix ans. L'édition 2019 qui s'est tenue à Montpellier a comptabilisé plus de 2000 inscriptions. Les étudiants sont aussi très impliqués dans le développement de la masso-kinésithérapie et dans la sensibilisation aux pratiques basées sur les preuves. Tous les deux ans, alterné avec les JFK, les étudiants en masso-kinésithérapie organisent le Congrès International Francophone des Etudiants en Physiothérapie et Kinésithérapie (CIFEPK). La dernière édition, qui s'est déroulée les 6, 7 et 8 mars derniers, a accueilli près de 1000 étudiants avec plus de 100 étudiants issus des inscriptions internationales (Liban, Côte d'Ivoire, Tunisie etc). L'ouverture à la recherche passe aussi par la possibilité, à partir de la rentrée 2018 – 2019, de réaliser un Master 2 en Ingénierie de la Santé apportant des compléments disciplinaires potentiellement absents du cursus traditionnel, puis de préparer un doctorat par la suite.

### **3. Les résultats de l'accès direct dans les pays anglo-saxons**

#### **3.1. La satisfaction et la confiance**

##### **3.1.1. Les autres professionnels de santé**

Dans une première étude, les professionnels présents aux urgences qui ont été interrogés, étaient majoritairement des médecins et des infirmières. Concernant l'introduction des physiothérapeutes dans les services d'urgences, certains se sont dit préoccupés, mais la majorité a reconnu les compétences de communication du physiothérapeute lors de situations d'urgence (11). Dans une autre étude, 96% du personnel interrogé reconnaît les compétences et les connaissances des physiothérapeutes pour dispenser des soins d'urgence. (12)

En France, depuis la fin août 2019, des médecins généralistes expriment leur mécontentement face à la volonté du gouvernement de donner un accès direct pour l'entorse de cheville par exemple <sup>4</sup>. Ce site recueille une vingtaine d'avis du corps médical. Ces derniers se disent inquiets et en colère face à cet accès direct qui, selon eux, dévalorise la fonction de médecin généraliste, la réduisant à la prise en charge des pathologies chroniques.

---

<sup>4</sup> [https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/08/29/acces-direct-a-un-kine-en-cas-dentorse-des-generalistes-voient-rouge-a-lidee-du-depute-mesnier\\_319516](https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/08/29/acces-direct-a-un-kine-en-cas-dentorse-des-generalistes-voient-rouge-a-lidee-du-depute-mesnier_319516)

### **3.1.2. Les patients**

Lorsqu'on demande aux patients leur préférence entre consulter un médecin ou consulter un intervenant paramédical (infirmier ou physiothérapeute), il ressort que la majorité accepte de voir l'un ou l'autre. Ils pensent que la réforme permettant aux intervenants secondaires d'agir en service d'urgence est même nécessaire pour améliorer l'offre de soins et créer un service durable et de bonne qualité aux urgences (13). Une autre étude montre que les patients ont confiance en la capacité d'un physiothérapeute à prodiguer des soins de qualité dans une situation d'urgence. Ils expliquent comprendre en quoi cela permet au médecin de se libérer pour des soins plus urgents (14). Une étude donne une quantification de cette satisfaction par rapport à la satisfaction de prise en charge par les autres professionnels : 55% des patients ayant vu un physiothérapeute se disent fortement satisfaits de leur prise en charge contre 39% pour les prises en charge par des infirmiers et 36% par des médecins (15). Cependant ces chiffres sont à prendre avec modération, car chaque corps de métier ne traite pas le même type de lésions. Il n'y a toutefois pas que des avis positifs. En effet, certains patients sont plus réticents et sont d'avis que le fait de voir un médecin ne peut offrir qu'une qualité de soin supérieure (16). Certains patients se disent préoccupés, surtout par ignorance, du rôle que peut avoir le physiothérapeute dans la prise en charge en service d'urgence, tandis que d'autres jugent que réaliser de la physiothérapie en situation d'urgence est inapproprié et douloureux (11).

### **3.1.3. Les physiothérapeutes**

Très peu d'études prennent en compte le ressenti des physiothérapeutes face à cette soudaine autonomie et face à cette ouverture à un domaine réservé autrefois aux médecins. Toutefois une étude australienne a recueilli ce ressenti auprès d'une physiothérapeute après une période de quelques mois en service d'urgence (17). Cette dernière s'est dite satisfaite de ce poste et plus particulièrement de l'autonomie accrue qu'elle a eu lors de cette période. Elle décrit avoir apprécié de prendre part à la gestion des sorties des patients et également d'avoir pu demander et interpréter des imageries.

## **3.2. Le gain de temps pour les patients et l'allègement de la pression sur les médecins**

Des études montrent que la présence de physiothérapeutes en service d'urgence permet de diminuer le temps d'attente et le temps de séjour pour les patients (13,16,18,19). En effet, ceux qui ont été vus par un physiothérapeute ont évité environ 40 minutes de prise en charge et environ 80 minutes de temps de séjour total dans le service. Le personnel médical a donc eu moins de pression lors des périodes d'affluence et a vu son temps économisé en faveur de la prise en charge de lésions plus graves.

### **3.3. La sécurité de soins**

Des études ont cherché à montrer la qualité de la prise en charge par un physiothérapeute en étudiant la quantité de diagnostics erronés et d'événements indésirables suite à une prise en charge physiothérapique (18,20,21). Dans l'ensemble d'entre elles, aucun événement indésirable ou diagnostic erroné n'est à déplorer. La conclusion fait état d'une qualité au moins égale à celle des autres professionnels du service d'urgence. Peut-être que si la loi autorisait les physiothérapeutes d'urgence à prescrire des médicaments, sa performance serait meilleure (21). Dans l'une des études, deux patients sur les plus de 1400 observés se sont représentés dans le mois après leur première prise en charge (20). Cependant aucun élément grave qui aurait pu être dû à une erreur n'a été identifié. Un rapport du département de la Santé de Victoria, état du sud de l'Australie, datant de 2010, conclut que l'emploi de personnel dûment qualifié et expérimenté, opérant dans les domaines d'activité reconnus, n'a eu aucun impact négatif sur la sécurité des patients (22). Les événements indésirables résultant d'interventions des physiothérapeutes de premier contact n'ont pas été rapportés, ou ont été jugés au même taux que ceux identifiés par le personnel médical.

# Le parcours menant à l'accès direct en France

## 1. Les prémices d'une autonomisation de la profession

De nombreuses mesures ont amené les MK à un élargissement du champ des activités et des compétences des MK (3).

<b>Dates</b>	<b>Acquisitions professionnelles</b>
Décembre 1994	Droit à la participation à l'élaboration des recommandations
Octobre 1996	Droit à l'aspiration trachéo-bronchique et au recueil de sécrétions bronchiques au vu d'une analyse bactériologique
Février 2000	Suppression de la prescription qualitative et quantitative par les médecins, cependant si la prescription contient des notions quantitative et qualitative, elle s'applique de droit
Juin 2000	Réforme sur le bilan diagnostique masso-kinésithérapique (BDMK)
Avril 2002	Intervention du MK en service de réanimation qui a pour rôle : la lutte contre l'obstruction bronchique, le prélèvement des sécrétions, l'extubation et la décanulation
Janvier 2006	Droit à la prescription restreinte
Avril 2007	Suppression de la limitation du nombre d'actes par pathologie
Mai 2007	Valorisation de l'exercice libéral
Novembre 2008	Intégration de la recherche clinique en masso-kinésithérapie en milieu hospitalier
Décembre 2012	Création du Collège de masso-kinésithérapie
Janvier 2016	Loi donnant la possibilité juridique pour le MK de prendre en charge un patient en situation urgente en l'absence de médecin
Septembre 2019	Communiqué de presse ministériel annonçant un accès direct pour le MK avant fin 2019
Mars 2020	Parution au Journal Officiel de 2 protocoles d'accès direct sur le terrain

Tableau 2 : Chemin menant à l'accès direct

Ces différentes réformes ont transformé le métier de MK en une vingtaine d'années et ont permis de poser les premières pierres afin de stabiliser l'édification d'un métier plus autonome grâce aux travaux couplés du Ministère de la santé et du Conseil National de l'Ordre et des différentes organisations du métier.

## **2. L'historique des discussions autour de l'accès direct**

### **2.1. La loi de modernisation du système de santé : janvier 2016**

Cette loi a été promulguée le 26 janvier 2016 et a été publiée au Journal Officiel du 27 janvier 2016 (23). Dans ce texte, il est exprimé le désir du gouvernement de donner aux MK l'habilitation à prendre en charge des patients en situation d'urgence sans prescription médicale et en l'absence d'un médecin. A l'origine, cette compétence n'était fixée que réglementairement. La mise à jour de la définition de la profession, par l'article 123 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, proclame par la loi l'obligation de prendre en charge un patient en situation d'urgence.

Concrètement, cette intervention du MK en situation d'urgence doit débuter par le recueil du consentement libre et éclairé du patient, sauf impossibilité ou urgence extrême. Puis le MK est tenu de réaliser un bilan et un diagnostic masso-kinésithérapique. Il est ensuite dans l'obligation de donner au patient une information claire sur son état de santé, les soins proposés, les honoraires « déterminés avec tact et mesure » et l'absence de remboursement de la prise en charge. Lorsque le consentement du patient est recueilli, le professionnel peut alors prodiguer, en l'absence de toute prescription médicale, les soins masso-kinésithérapiques qui s'imposent compte tenu de l'état du patient. Le MK reste alors libre de ses actes et des moyens utilisés. Ces derniers devront être mis en oeuvre en tenant compte des drapeaux rouges et en réorientant le patient en conséquence. Après son intervention, le MK est tenu de transmettre les informations relatives à son intervention ponctuelle aux professionnels de santé prenant en charge la personne traitée.

Cependant, nous constatons qu'aucun document ne fait état de l'application de cette loi et qu'au vu des expériences des MK rencontrés dans mon cursus, il semblerait qu'aucun, ou très peu de professionnels applique(nt) ce texte de loi dans leur prise en charge. De plus, cette loi n'est manifeste ni sur la définition de l'urgence, entre « urgence ressentie ou fausse » et « urgence vraie », ni sur la notion d'« absence de médecin ».

### **2.2. Le colloque « Osons l'accès direct » : septembre 2017**

Plus de 300 personnes ont participé le 21 septembre 2017, au Grand-Palais de Paris, au Colloque du Conseil National de l'Ordre des MK sur le thème de l'optimisation et du décloisonnement de l'offre de soins autour du patient en osant l'accès direct aux MK <sup>5</sup>. Lors de ce colloque, ont été évoquées les mutations que vont subir le système de santé, dues notamment au vieillissement de la population, à l'augmentation des épisodes de fléaux climatiques, au développement de la sédentarité ou encore à la désertification médicale (24).

---

<sup>5</sup> <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/colloque-du-conseil-national-le-21-septembre/>

Concernant ces sujets, le conseiller auprès de l'ancienne Ministre de la Santé, Agnès Buzyn, se dit particulièrement vigilant aux conditions de déploiement de l'accès direct aux MK qui, selon lui, pourrait donner une réponse aux mutations qu'attend le système de santé.

### **2.3. La note juridique du Conseil National : février 2017**

Cette note explique succinctement la notion d'urgence en masso-kinésithérapie et la façon dont il faut prendre en charge les patients sans prescription médicale, sans poser toutefois un cadre précis sur cette pratique (25). Selon le Dictionnaire de l'Académie Médicale (version 2019), l'urgence correspond à « la situation d'un patient à soigner sans délais ». Il est identifié plusieurs types d'urgence : l'« urgence absolue » correspondant à une détresse vitale, l'« extrême urgence » évoluant rapidement vers une urgence absolue et où le patient ne peut être transporté, l'« urgence relative » pouvant attendre, l'« urgence potentielle » ne nécessitant qu'une surveillance et enfin l'« urgence vraie » n'engageant pas le pronostic vital mais nécessitant tout de même des soins.

Les urgences absolue et extrême appartiennent, du fait de leurs compétences aux médecins, cependant il apparaît qu'un MK confronté à ces situations doit à minima mettre en œuvre les procédures telles qu'enseignées lors de sa formation aux gestes et soins de premiers secours (l'AFGSU). En revanche, il apparaît que les urgences relatives, potentielle et vraie entrent dans le champ d'application de l'article 4321-1 du code de santé publique et peuvent à ce titre faire l'objet d'une prise en charge masso-kinésithérapique.

### **2.4. La conférence aux JFK : avril 2017**

Dans le cadre des JFK, les organisations professionnelles de libéraux et de salariés, la fédération nationale des étudiants en kinésithérapie, le Collège de la masso-kinésithérapie, les Unions Régionales de Professionnels de Santé, ainsi que des MK-experts se sont retrouvés dans le but de mettre en place une campagne de communication autour de l'accès direct. Les échanges entre ces différentes parties ont permis de réfléchir au cadre légal et déontologique de l'accès direct, à l'étude de cas concrets et à la formation nécessaire pour garantir la qualité et la sécurité de soins aux patients.

### **2.5. Le communiqué de presse de l'ancienne Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn : septembre 2019**

Le 9 septembre 2019, Agnès Buzyn annonçait un accès direct aux MK pour les patients souffrant de lombalgie aiguë et d'entorse de cheville avant la fin de l'année 2019 (1). La mise en place de cet accès direct permettrait de valoriser les 95 000 professionnels reconnus comme acteurs autonomes et responsables de la chaîne de soin autour du patient.

Il est maintenant demandé aux MK de s'impliquer dans cette nouvelle avancée de la profession afin de participer au désengorgement des services d'urgences actuellement en crise. La mise en œuvre en cabinet libéral de cet accès direct ne pourra se faire qu'après un décret précisant les modalités d'application de la loi.

## **2.6. La revue : « Urgences, améliorer l'accès aux soins avec l'accès direct aux paramédicaux » : septembre 2019**

La revue du trimestriel Kinépointpresse dédie sa une à sa rencontre avec Thomas Mesnier, député de la première circonscription de Charentes à l'Assemblée Nationale et médecin urgentiste chargé de mission pour les urgences (4). Ce dernier déclarait le 28 août 2019 sur Twitter : « Nous ne devrions pas avoir besoin d'aller aux Urgences pour une entorse : les kinésithérapeutes savent et doivent pouvoir s'en charger (...) Nous avançons dans ce sens ». Dans cet article, le député montre effectivement la volonté du gouvernement d'aller plus loin dans la responsabilisation de la profession de MK. Il y est évoqué la possibilité d'ouvrir les services d'urgences aux MK afin d'améliorer le triage et l'attente des patients. Il est également abordé la possible orientation directe vers le MK par les régulateurs du 15. Enfin, l'ouverture à d'autres pathologies rentrant dans le groupe de la « petite traumatologie » et les affections respiratoires du nourrisson sont aussi mentionnées.

## **2.7. L'article de presse : Questionnaires et entretiens recueillant l'avis des MK sur l'accès direct : novembre 2019**

En novembre dernier, plusieurs articles de presse sont parus pour exposer les résultats de questionnaires et d'entretiens auprès des MK français et des patients. L'un d'entre eux montre que les MK se disent prêts, à plus de 90%, à se former pour prendre en charge des patients en accès direct (26). Un second montre quant à lui que plus de 90% des patients sont favorables à la mise en place de cet accès direct (27). Cependant, dans ce même article, les patients expriment leur volonté d'avoir un remboursement total après une prise en charge en accès direct et seulement 26% se disent prêts à aller chez le MK sans remboursement de leur prise en charge. Un dernier identifie deux obstacles majeurs exprimés par les MK face à l'accès direct : le raisonnement clinique et la collaboration interprofessionnelle (28). Les MK semblent confiants sur le raisonnement clinique mais semblent plus perplexes sur la collaboration avec les autres professionnels de santé.

## **2.8. L'article du site du conseil de l'Ordre des MK sur l'avis des professionnels sur l'accès direct : 21 novembre 2019**

Le 21 novembre 2019, le conseil de l'Ordre des MK a publié sur son site un article qui recueille l'avis des MK sur l'accès direct<sup>6</sup>. Dans ce format, près de neuf MK sur dix s'inscrivent en faveur de l'accès direct pour les lombalgies aiguës et les entorses de la cheville. Cependant les professionnels expriment des demandes particulières : une formation spécifique à cet accès direct, la possibilité de demande d'imagerie, de prescription d'antalgiques ou encore de prescription d'arrêts de travail. Certains demandent également une meilleure communication avec les autres professionnels de santé et une valorisation financière de l'acte « prise en charge en accès direct ».

## **3. La concrétisation de l'accès direct au MK**

Le 8 mars 2020, l'accès direct est concrétisé par la parution au Journal Officiel de deux arrêtés. Le premier concerne la « prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le MK dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », le second est l'équivalent pour la lombalgie aiguë<sup>7</sup>. Les MK exerçant dans des structures pluriprofessionnelles pourront prochainement accueillir directement les patients qui souffrent d'une entorse de la cheville ou d'une lombalgie aiguë, sans que le patient n'ait à passer par son médecin traitant pour avoir une prescription. Ces structures devront être reconnues en tant que « Maison de Santé Pluriprofessionnelles » (MSP) ou « Centre De Santé » (CDS) par l'Agence Régionale de Santé. Pour rappel, une MSP regroupe des spécialistes en médecine générale avec d'autres professionnels de santé, notamment paramédicaux. Ces professionnels de santé sont regroupés physiquement ou non dans un même lieu et exercent à titre libéral. Une CDS a les mêmes caractéristiques qu'une MSP mais les professionnels qui y exercent sont salariés.

### **3.1. Les conditions de formation du MK**

Concernant la formation nécessaire à l'application de l'accès direct dans le cadre des protocoles parus au Journal Officiel le 8 mars dernier, le MK aura l'obligation d'une formation de 10 heures, répartie sur 3 jours, avec un programme défini par des médecins engagés. Il devra également être soumis à une évaluation régulière des compétences acquises lors de cette formation. Les MK qui souhaitent s'impliquer dans ce protocole de formation pour l'accès direct devront s'inscrire auprès de l'ARS courant avril – mai.

---

<sup>6</sup> <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/acces-direct-les-avis-des-kines/>

<sup>7</sup> <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/avec-les-premiers-protocoles-de-cooperation-lacces-direct-au-kinesitherapeute-bientot-possible/>

### 3.2. L'extension de la prescription

Cette extension de la prescription des MK formés à la prise en charge en accès direct permet de prescrire des arrêts de travail de moins de cinq jours, des séances de rééducation de cheville, du paracétamol, une radio (si positivité d'un des critères d'Ottawa) et enfin du matériel de déambulation et de contention : cannes anglaises, atelles amovibles etc.

### 3.3. Les conditions de la prise en charge de l'entorse de cheville en accès direct

Les patients pouvant être inclus dans une prise en charge d'accès direct par un MK sont ceux qui répondent aux critères suivants :

<b>Critères inclusion</b>	Présentant une douleur de cheville consécutive à un traumatisme en torsion	
	Dont un des délégués est médecin traitant	
	Acceptant un accès à son dossier médical	
<b>Critères d'exclusion</b>	Âgé de moins de 18 ans ou de plus de 55 ans	Ayant réalisé cette torsion de cheville sur leur lieu de travail
	Ayant chuté après un malaise	Ayant pour antécédent une maladie de thrombose veineuse profonde
	Présentant une plaie au niveau de la cheville ou avec un contexte de polytraumatisme	Présentant 2 antécédents ou plus d'entorses de la cheville sur la même cheville
	Présentant une douleur de genou associée	Prenant des traitements médicamenteux anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire
	Présentant des signes d'atteintes du tendon d'Achille ou une douleur localisée au niveau de la fibula	Ne pouvant réaliser un appui unipodal ou 4 pas successifs

Tableau 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion concernant les patients souffrant d'une entorse de la cheville

# L'entorse latérale de cheville

---

## 1. L'anatomie générale de la cheville

Les entorses de la cheville touchent dans 90% des cas le compartiment ligamentaire latérale. Elles sont appelées entorses latérales de la cheville (ELC) (29). Parmi ces 90%, environ 73% sont des lésions touchant le ligament talo-fibulaire antérieur (30). Les 10% restants sont des entorses du compartiment ligamentaire médial appelées entorses médiales de la cheville.

La cheville est une articulation du membre inférieur faisant le lien entre le segment jambier et le pied (31). La limite inférieure de la cheville est représentée par le talus et le calcanéum (32). Dans la réalité, le bilan de la cheville en première intention intègre un examen du médio-pied qui peut également présenter des dommages après un mécanisme lésionnel typique d'entorse de la cheville (33). Les règles d'Ottawa permettant d'exclure un risque de fracture, comprennent d'ailleurs des palpations dépassant les limites anatomiques de la cheville en intégrant le naviculaire et le cinquième métatarsien. On considère que, parmi les patients ayant une ELC, 21 à 41% ont une atteinte ligamentaire associée du médio-pied et que 33% ont une lésion capsulaire articulaire (34). Une récente étude a d'ailleurs montré que les mobilisations articulaires du médio-pied permettraient une réduction de la douleur et une amélioration des sensations perçues par le patient souffrant d'une ELC (35).

### 1.1. Les mobilités de la cheville

Au niveau de la cheville, 4 types de mouvements sont décrits : dans le plan sagittal la *flexion plantaire – flexion dorsale*, dans le plan frontal l'*adduction – abduction*, dans le plan horizontal la *rotation interne – rotation externe* et enfin la *supination – pronation*. Il est alors possible d'évoquer les mouvements concernant l'ensemble de ces plans, l'inversion et l'éversion (32). L'inversion représente l'association d'une flexion plantaire avec une supination et une adduction, inversement, l'éversion est l'association d'une flexion dorsale et d'une pronation et d'une abduction.

### 1.2. La stabilité ligamentaire

La stabilité ligamentaire au niveau de la cheville se compose de deux entités : les systèmes ligamentaire collatéral latéral et collatéral médial (31,36,37).

A la description anatomique du compartiment médial, il est important d'ajouter le spring ligament qui est composé de deux parties : le ligament calcanéonaviculaire supéro-médial et le ligament calcanéonaviculaire inférieur (38). Ce complexe ligamentaire est essentiel dans

Le maintien de l'arcade longitudinale médiale du pied formant un « ressort » stabilisateur de la voûte plantaire. La rupture du spring ligament peut entraîner une instabilité du médio-pied (39).

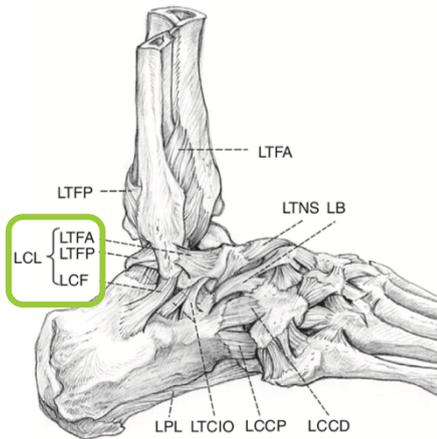


Figure 1 : Le système ligamentaire collatéral latéral

<b>Ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA)</b>	<p>C'est le <b>ligament dit « de l'entorse »</b>.</p> <p><u>Origine</u> : bord antérieur de la malléole latérale</p> <p><u>Trajet</u> : division en deux bandes fibreuses distinctes livrant le passage du pédicule vasculaire de l'articulation talocrurale (d'où l'apparition immédiate d'un hématome en cas d'entorse sévère)</p> <p><u>Terminaison</u> : face latérale du talus en avant de la facette malléolaire latérale</p>
<b>Ligament talo-fibulaire postérieur (LTFP)</b>	<p><u>Origine</u> : bord postérieur de la malléole latérale</p> <p><u>Terminaison</u> : tubercule latéral du talus</p>
<b>Ligament calcanéo-fibulaire (LCF)</b>	<p>C'est le <b>deuxième ligament le plus touché</b> par une entorse latérale de cheville. Par ses insertions, ce ligament permet la stabilisation des articulations talocrurale et sous-talienne</p> <p><u>Origine</u> : apex de la malléole latérale</p> <p><u>Terminaison</u> : face latérale du calcaneus</p>

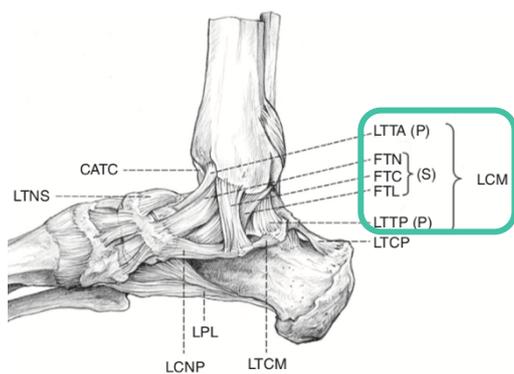


Figure 2 : Le système ligamentaire collatéral médial

<b>Origine</b>	Commune à tous les ligaments au niveau de l'apex de la malléole médiale
<b>Couche superficielle</b>	<p>Comprenant d'avant en arrière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le <u>ligament tibio-naviculaire</u> (FTN) se terminant sur la tubérosité du naviculaire</li> <li>○ Le <u>ligament tibio-ligamentaire</u> (FTL) venant renforcer le ligament calcanéo-naviculaire en se terminant sur sa partie médiale</li> <li>○ Le <u>ligament tibio-calcanéen</u> (FTC) se fixant sur le ligament calcanéo-naviculaire plantaire et le sustentaculum tali</li> </ul>
<b>Couche profonde</b>	<p>Comprenant d'avant en arrière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le <u>ligament tibio-talaire antérieur</u> (LTTA) se terminant sur la face médiale du col du talus</li> <li>○ Le <u>ligament tibio-talaire postérieur</u> (LTTP) se terminant sur la face médiale du talus en dessous de la surface articulaire au niveau du processus talaire postérieur</li> </ul>

### **1.3. La stabilité musculaire**

Le complexe tendineux péri-articulaire joue un rôle essentiel dans l'anticipation fonctionnelle (37). L'action synergique des muscles entourant l'articulation de la cheville est essentielle pour sa stabilisation articulaire active et son adaptation au sol (40).

Plusieurs études indiquent que les personnes souffrant d'une entorse de la cheville présentent des temps d'activation musculaire protectrice de la cheville retardés (41–43). En effet, la fatigue musculaire peut affecter le contrôle des stabilisateurs dynamiques de la cheville tels que les muscles fibulaires, et de ce fait, altérer leur capacité à générer une éversion pour s'opposer au principal mécanisme lésionnel d'inversion (44). Ce déficit du contrôle moteur par fatigue musculaire des muscles fibulaires est retrouvé aussi bien chez la personne n'ayant jamais subi d'entorses que chez la personne présentant une instabilité chronique de la cheville (ICC).

## **2. L'entorse latérale de cheville**

### **2.1. L'épidémiologie**

Les entorses de la cheville sont les lésions musculo-squelettiques les plus fréquentes dans la population générale et sportive (45,46). Elles représentent un véritable fléau de santé publique. En effet, près de 70% de la population générale déclare avoir subi une blessure à la cheville au cours de sa vie, et 50% déclare avoir des problèmes datant d'une durée supérieure à dix ans (47). Les plaintes les plus fréquentes sont : la douleur, la faiblesse musculaire et enfin l'instabilité.

En outre, l'entorse de cheville est également un fléau économique (48). Cette pathologie engendre des coûts élevés, liés à son diagnostic, à sa prise en charge initiale, à sa réadaptation et également à la réduction de la productivité au travail. Au Royaume-Uni, Jill Cooke et ses collaborateurs ont signalé une perte moyenne de 6,9 jours de travail rémunérés en raison d'arrêts de travail à la suite d'une entorse latérale de cheville. De plus, les personnes ayant subi une ELC ont deux fois plus de risque de blessures dans l'année suivant leur blessure initiale (45). Ce taux de récurrence élevé serait dû à une rééducation insuffisante.

### **2.2. Les mécanismes lésionnels de l'entorse latérale de la cheville**

L'établissement du mécanisme de blessure est recommandé car il peut donner aux cliniciens des indications sur les structures anatomiques susceptibles d'être touchées, et donc des tissus à prioriser lors de l'évaluation clinique (46). De nombreux articles publiés ont décrit la cinématique de la survenue d'une ELC. Il en est ressorti que le clinicien devrait soupçonner une lésion des ligaments latéraux de l'articulation de la cheville si le patient a signalé un

mécanisme impliquant une supination et une rotation interne soudaine. Cependant, le déplacement angulaire dans le plan sagittal ne semble pas avoir de réelle importance.

### **2.3. Pourquoi peut-on parler d'urgence dans la prise en charge d'une entorse latérale de cheville ?**

Les entorses de la cheville représentent 4 à 7 % des admissions dans un service d'urgence, soit une incidence en France de plus de 6000 cas par jour (36,49). Cependant ce chiffre serait à doubler car les personnes victimes d'entorses ne vont pas systématiquement aux urgences. Une étude révèle que sur plus de 800 000 entorses arrivées aux urgences, plus de 96% étaient des ELC et seulement 6,8% avaient reçu une rééducation dans les 30 jours suivant le diagnostic (50). Cette rééducation se composait principalement d'exercices thérapeutiques. Il est important de noter qu'un certain nombre de personnes n'ont aucun contact médical après leur entorse. Le risque majeur de l'entorse de la cheville, même si elle est bénigne, est la récurrence : son taux est particulièrement élevé et peut atteindre 70 % dans une population sportive et peut conduire à une ICC ainsi qu'à une arthrose précoce de la cheville<sup>8</sup>. Le rôle majeur de la masso-kinésithérapie est de prévenir ces récurrences en évaluant de manière précise et en prenant en charge les déficits fonctionnels associés (46).

### **2.4. La complication première de l'entorse latérale de la cheville : l'instabilité chronique**

L'ICC se définit par le fait qu'un patient éloigné de plus d'un an de son épisode d'ELC initial présente une propension aux entorses récurrentes de la cheville, des perceptions fréquentes d'une instabilité de l'articulation et des symptômes persistants tels qu'une douleur, un œdème résiduel, une limitation articulaire, une faiblesse musculaire ou encore une sensation de gêne fonctionnelle. On estime que 40% des personnes qui subissent une première entorse développeront cette instabilité chronique (51,52). Selon Jay Herthel, le modèle de l'ICC comprend 5 composantes s'appuyant sur la référence de prise en charge bio-psycho-sociale (53) :

- Le déficit mécanique comprenant la laxité ligamentaire, les restrictions d'amplitudes articulaires, la diminution de l'adaptation tissulaire et la survenue d'un nouvel épisode d'entorses.
- Le déficit somato-sensoriel représentant le ressenti et la perception du patient sur son corps et sur sa blessure. Ce déficit sensoriel s'exprime par la douleur, le déficit somato-sensoriel (dommages possibles des récepteurs proprioceptifs et articulaires de la

---

<sup>8</sup> <http://www.ordremk.fr/actualites/patients/lentorse-de-la-cheville-la-reeducation-est-necessaire/>

cheville), la sensation d'instabilité ressentie par le patient, la kinésiophobie et l'auto-évaluation par le patient de sa qualité de vie.

- Le déficit comportemento-moteur regroupant les déficiences motrices. Parmi celle-ci, on peut citer : l'atération des réflexes de protection musculaire de la cheville par activation des muscles fibulaires lors d'un mécanisme en inversion, la faiblesse musculaire (notamment en éversion, inversion et flexion plantaire), le déficit d'équilibre statique et dynamique et la modification du schéma corporel du patient dans le mouvement.
- Les facteurs personnels du patient : son profil (âge, sexe, IMC, etc), ses antécédants et comorbidités, sa composition physique (morphotype, capacités physiques, etc) et son profil psychologique notamment son auto-efficacité.
- Les facteurs environnementaux notamment les attentes sociétales, professionnelles, sociales, familiales, sportives auxquelles le patient est soumis.

Nous considérons les déficits mécaniques, somato-sensoriels et comportemento-moteurs comme formant l'aspect « biologique » du modèle bio-psycho-social, et les facteurs personnels et environnementaux comme formant l'aspect « psycho-social » de ce même modèle.

Ces composantes interagissent les unes avec les autres, classant le patient à différents degrés en « copier » ou en « instable chronique ». Un copier est défini comme une personne qui, à plus de 12 mois, est retournée à sa pratique fonctionnelle et sportive antérieure sans épisodes d'instabilité dans l'année et avec très peu, voire pas de gêne fonctionnelle au niveau de sa cheville. Le sujet « copier » est un sujet avec une récupération pleinement réussie de son entorse de cheville. Au contraire, l'« instable chronique » présente une sensation d'instabilité avec des épisodes d'entorses fréquents associés à des douleurs et/ou des gênes fonctionnelles [Figure 3].

On voit par cette description la complexité de cette complication pouvant causer un réel handicap pour le patient avec des limitations d'activité et des restrictions de participation sociale, professionnelle et familiale. De plus, l'ICC représente environ 80% des cas d'arthrose post-traumatique (45,54).

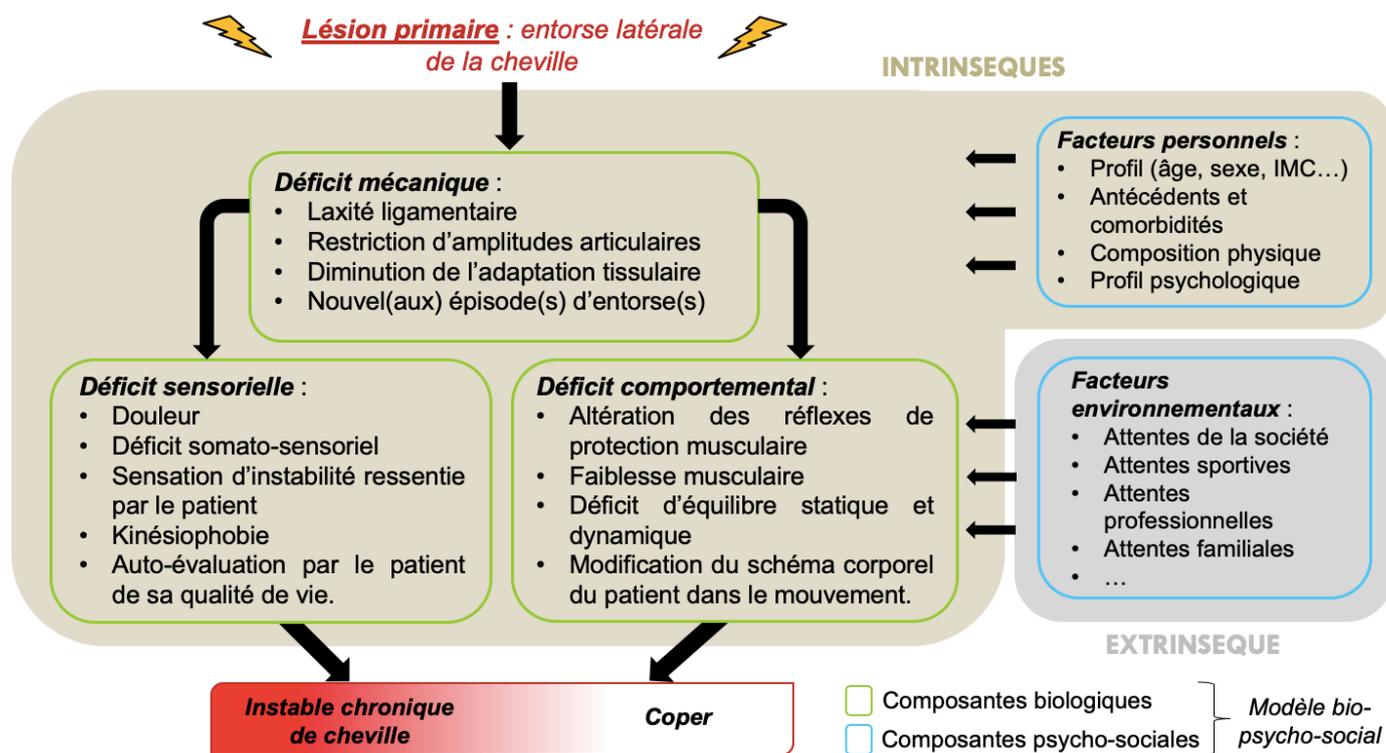


Figure 3 : Illustration de l'ICC d'après le modèle de Jay Herthel (2019)

## 2.5. Le bilan de la cheville traumatique en accès direct

Les tests visant à évaluer la rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur et le bilan de la cheville lésée seront réalisés de préférence entre le quatrième et le sixième jour après la lésion (55). Le test du tiroir antérieur est le test de stabilité clinique le plus sensible (0,96) pour évaluer la rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur. Il est réalisé en légère flexion plantaire afin d'éviter le blocage du talus dans la mortaise du tibia. On peut donc affirmer que s'il n'y a pas de « signe de sulcus » lors du test du tiroir antérieur, alors il est peu probable que le ligament talo-fibulaire antérieur soit touché. Pendant les premiers jours suivant la lésion, seuls seront effectués les tests permettant de mettre en lumière la présence de drapeaux rouges nécessitant une réorientation vers un médecin. Après ce délai, le bilan complet de la cheville pourra être exécuté.

### 2.5.1. Le bilan de prise en charge en phase aiguë (de J0 à J4 – J6)

Les drapeaux rouges correspondent à la détection de pathologies graves lors de consultations de patients. Il s'agit de questions ou de données cliniques qui permettent, si nécessaire, de réorienter le patient vers une prise en charge médicale<sup>9</sup>. Cette détection peut avoir lieu le plus souvent en première intention. Les physiothérapeutes des pays ayant un accès direct au patient sont familiarisés avec ce type de "dépistage".

Le principal drapeau rouge à la prise en charge immédiate d'une entorse de cheville est la fracture (56). Lors d'un traumatisme aigu de la cheville, la première chose à faire va être d'éliminer la fracture et d'éviter au patient un examen radiographique. En effet, un grand nombre de radiographies sont actuellement effectuées alors qu'une fracture n'est présente que chez environ 15% des traumatismes avec un mécanisme lésionnel faisant penser à une entorse (33). Les Critères d'Ottawa composent un ensemble de tests avec une forte sensibilité (entre 0,92 et 1) mais une spécificité faible (entre 0,16 et 0,5). La négativité de ces critères fait passer à 1% le risque de fracture à la suite d'un mécanisme lésionnel semblable à celui de l'ELC. D'après une récente revue systématique et méta-analyse, les Critères d'Ottawa sont les plus précis pour exclure les fractures de la cheville après une blessure aiguë chez l'adulte (57). Ces critères sont formés de 3 tests et sont valables chez la personne âgée de plus de 5 ans (58,59) :

<b>Critères d'Ottawa</b>
Impossibilité de se mettre en appui et de réaliser 4 pas (2 pas par pied)
Douleur à la palpation des parties postérieures du tibia ou de la fibula sur une hauteur de 6 cm à partir de la pointe des malléoles
Douleur à la palpation du naviculaire ou de la base du cinquième métatarsien

Tableau 4 : Présentation des Critères d'Ottawa.

Si un des critères d'Ottawa est positif, nous nous orientons vers d'autres tests : les règles de cheville de Bernese (60,61). L'ensemble des ces tests ont une forte sensibilité (entre 0,94 et 1) mais également une forte spécificité (entre 0,91 et 0,95) ce qui permet de réduire d'avantage le nombre de faux positifs. Les Critères de Bernese sont composés de trois tests qui sont considérés comme positifs s'ils provoquent une douleur :

<sup>9</sup> [https://www.actukine.com/Les-drapeaux-rouges\\_a1093.html](https://www.actukine.com/Les-drapeaux-rouges_a1093.html)

<b>Critères de Bernese</b>	
Test de contrainte tibiale indirecte (ou Squeeze test)	Compression à 10 cm au dessus des malléoles avec la paume des mains
Test de contrainte directe de la malléole médiale	Pression directe avec le pouce sur la malléole médiale
Test de contrainte de compression de l'avant et de l'arrière-pied	Fixation du calcanéum en position neutre avec une main et l'autre main applique une force sagittale contre l'arrière-pied, ce qui provoque une compression de l'avant-pied contre l'arrière-pied.

Tableau 5 : Présentation des Critères de Bernese

En cas de négativité des Critères d'Ottawa et de ceux de Bernese associée à une douleur fibulaire à la palpation, il est recommandé d'utiliser un diapason à une fréquence de 128 Hz (60). L'utilisation de cet outil présente d'excellentes sensibilité et spécificité (respectivement 1 et 0,95), à condition que les vibrations soient appliquées correctement au niveau du tiers distal de la fibula et non directement sur la malléole.



Tableau 6 : Présentation des vibrations par diapason (128 Hz)

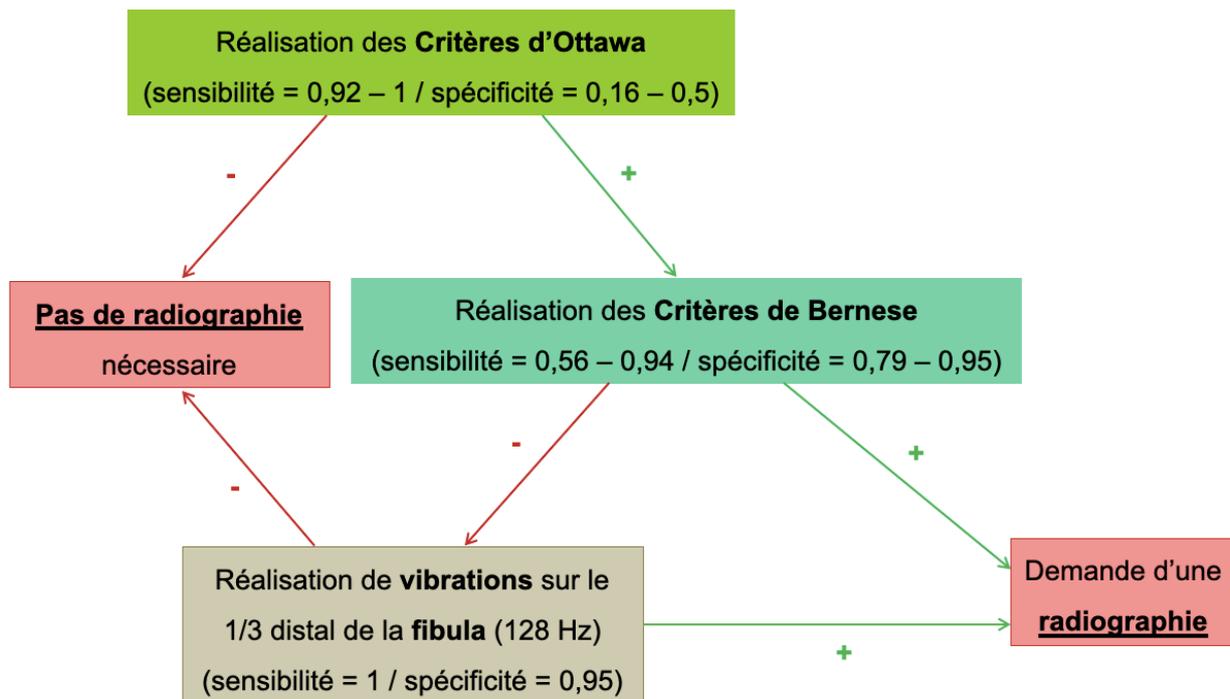


Figure 4 : Arbre décisionnel dans la recherche de fractures de la cheville

La présence d'une fracture ne représente pas le seul drapeau rouge à détecter pour une réorientation vers un médecin. En effet, la lésion de la syndesmose de l'articulation tibio-fibulaire, également appelée entorse haute de la cheville, représenterait entre 6 et 12% de toutes les entorses de la cheville, et entre 20 et 25% des entorses de la cheville dans les sports de collision comme le football, le rugby, le hockey, etc (30,62–64).

Cette syndesmose joue un rôle essentiel dans la stabilité de la mortaise en empêchant la dissociation du tibia et de la fibula (65). Il est donc important de procéder à une évaluation clinique des ligaments de la syndesmose. AD Sman et ses collègues ont indiqué que la sensibilité localisée à la palpation des ligaments de la syndesmose est le test d'évaluation clinique le plus sensible (sensibilité = 0,92), tandis que le test de compression est le test le plus spécifique (spécificité = 0,88) (66). Ainsi, si la palpation des ligaments de la syndesmose et le test de compression sont positifs, la probabilité d'une lésion des ligaments de la syndesmose est élevée.

D'autres lésions associées ou diagnostics différentiels peuvent être retrouvés dans un traumatisme aigu de la cheville. Parmi ceux-ci on peut citer des lésions rétinaculaires, la rupture partielle ou complète du tendon d'Achille, la luxation des tendons des muscles fibulaires, etc.

## 2.5.2. Le bilan de prise en charge en phase subaiguë (J4 – J6 et plus)

Le bilan algique : La répétition de la douleur du patient lors de la palpation et / ou de la sollicitation par son étirement en inversion plantaire passive indique une lésion du ligament talo-fibulaire antérieur (46). Le test du tiroir antérieur est le test de stabilité clinique le plus sensible pour évaluer une rupture complète (67).

Le bilan trophique et vasculaire : L'évaluation du gonflement de la cheville est recommandée. Ce gonflement pourrait modifier les informations somatosensorielles du système nerveux central, ce qui nuirait à la stabilité fonctionnelle articulaire (68). La méthode de la mesure en huit a été signalée comme étant une méthode valide et fiable, pour quantifier l'œdème de la cheville. La mesure est réalisée avec la cheville en dorsiflexion neutre et avec le genou en légère flexion, le ruban est placé à mi-chemin entre le tendon du tibia antérieur et la malléole latérale (69). La bande est tirée médialement vers le côté distal de la tubérosité du naviculaire jusqu'à la base du 5ème métatarsien. La bande est ensuite tirée sur le tendon antérieur du tibia et se poursuit autour de la cheville, jusqu'à la malléole médiale. La mesure est terminée là où elle a été commencée.

Le bilan articulaire : Une évaluation complète de l'amplitude de mouvement des articulations de la cheville passive et active est approuvée. La quantification de l'amplitude articulaire de la cheville doit être utilisée comme une mesure de résultat orientée sur la clinique pour guider la progression et pour mesurer l'efficacité des interventions thérapeutiques. Il est important que l'amplitude de mouvement de la flexion dorsale soit importante, une faible amplitude de ce mouvement expliquerait jusqu'à 28% des cas d'entorse (70). Le test de fente d'appui est une méthode fiable, valide et cliniquement applicable pour évaluer l'amplitude de mouvement de la dorsiflexion de l'articulation de la cheville.

Le bilan cinétique : L'évaluation de la cinétique de l'articulation talocrurale est préconisée. Il a été suggéré que les altérations de l'amplitude de mouvement de la dorsiflexion de l'articulation de la cheville sont probablement liées à une perturbation de la talocrurale (71). Le test du talus postérieur décrit par Denegar et al. peut être utilisé pour évaluer le glissement postérieur du talus dans l'articulation talocrurale (72).

Le bilan musculaire : L'évaluation de la force musculaire des muscles de la cheville est recommandée car ces derniers entraînent une protection dynamique des articulations. Un déficit de force pourrait compromettre l'intégrité de l'articulation de la cheville pour résister aux mouvements brusques et préjudiciables. Il a été rapporté que les individus présentant une ICC souffraient de déficits de la force des articulations de la cheville (73). La force musculaire peut être mesurée de manière objective à l'aide d'un dynamomètre à main. En outre, il existe des preuves suggérant que la force de la hanche pourrait être un facteur important à prendre en

compte, car les recherches ont permis de mettre en évidence des déficits de force proximaux chez les personnes présentant une ICC (74).

Le bilan de l'équilibre statique et dynamique : L'évaluation de l'équilibre postural statique fait partie intégrante d'une évaluation clinique axée sur la réadaptation à la suite d'une lésion aiguë de la cheville. Des déficiences de l'équilibre postural statique ont été systématiquement identifiées chez les personnes présentant une ICC (75). Le test de l'appui unipodal est une des méthodes applicables sur le plan clinique pour évaluer les performances de l'équilibre postural statique (76). L'évaluation de l'équilibre postural dynamique est également considérée comme un élément central d'une évaluation clinique. Des altérations de la performance de l'équilibre postural dynamique ont été résolument identifiées chez les personnes présentant une ICC (75). Le test de l'équilibre Star Excursion Balance Test peut être facilement utilisé en clinique pour évaluer la performance de l'équilibre postural dynamique (77).

L'analyse de la marche : L'évaluation de la démarche est conseillée à la suite d'une ELC. Il a été postulé que la récurrence de blessure à la cheville pouvait être causée par un mauvais positionnement des articulations des membres inférieurs lors du transfert de poids d'un pied à l'autre (78). Des anomalies dans la biomécanique des membres inférieurs lors de la marche ont été constamment identifiées chez les personnes présentant une instabilité chronique à la cheville.

## **2.6. Le traitement de la cheville traumatique en accès direct**

Au fil des années, les acronymes guidant les MK dans leur gestion des blessures aiguës des tissus mous ont évolué : de ICE à RICE, puis à PRICE et enfin au protocole POLICE. Ces derniers se concentraient principalement sur la gestion aiguë, ignorant les étapes subaiguës de guérison des tissus lésés.

Le protocole PEACE&LOVE, datant de 2019, englobe à la fois les soins immédiats (partie PEACE) et la gestion ultérieure (partie LOVE) (79).

### **2.6.1. La partie PEACE dans la phase aiguë (de J0 à J4 – J6)**

P pour « Protéger » : Il faut limiter les mouvements pendant un à trois jours pour minimiser les saignements, empêcher la distension des fibres blessées et réduire le risque d'aggravation de la blessure. Cependant le repos doit être minimisé car un repos prolongé peut nuire à la résistance et à la qualité des tissus. Si le patient ressent des douleurs pendant la phase de protection, alors on stoppe cette dernière.

E pour « Élever » : Il faut élever le membre au-dessus du niveau du cœur afin de favoriser l'écoulement du liquide interstitiel hors des tissus lésés. Les preuves de l'efficacité de cette phase sont certes faibles mais le rapport bénéfice / risque est faible également.

A pour éviter les prise d'« Anti-inflammatoires » : En effet l'inflammation aide à réparer les tissus endommagés. Ainsi, l'inhibition de cette inflammation à l'aide de médicaments peut nuire à la cicatrisation des tissus à long terme, en particulier lorsque des doses élevées sont utilisées. Les traitements standards pour les lésions des tissus mous doivent donc exclure les médicaments de type anti-inflammatoires. A ce même titre, il y a actuellement un questionnement autour de l'utilisation de la cryothérapie. Même si elle est essentiellement antalgique, la glace pourrait potentiellement perturber l'inflammation, l'angiogenèse et la revascularisation et de ce fait retarder l'infiltration des neutrophiles et des macrophages. Cela peut conduire à une dégradation de la synthèse du collagène.

C pour « Compression » : Malgré des études contradictoires, une pression mécanique externe utilisant un bandage après une entorse de la cheville semble limiter l'œdème intra articulaire et l'hémorragie tissulaire.

E pour « Éduquer » : Les MK doivent éduquer les patients sur les avantages d'une approche active sur leur rétablissement post-blessure. Les modalités passives, telles que l'électrothérapie, la thérapie manuelle ou l'acupuncture, peu de temps après une blessure, ont des effets insignifiants sur la douleur et la fonction par rapport à une approche active, et elles peuvent même être contre-productives à long terme. À l'ère des options thérapeutiques de pointe, nous préconisons fortement de définir des attentes réalistes avec les patients concernant les temps de récupération au lieu de rechercher l'approche du « traitement magique ».

## **2.6.2. La partie LOVE dans la phase subaiguë (J4 – J6 et plus)**

L pour « Load » = « La charge » : Une approche active assortie de mouvements et d'exercices est bénéfique pour la plupart des patients atteints de troubles musculo-squelettiques. Une charge optimale sans douleur exacerbée favorise la réparation, le remodelage et renforce la tolérance des tissus.

O pour « Optimisme » : Des attentes optimistes des patients sont associées à un meilleur pronostic de récupération. On pense que les croyances et les émotions expliquent davantage la variation des symptômes après une entorse de la cheville que la physiopathologie.

V pour « Vascularisation » : L'activité cardiovasculaire constitue un élément important dans la prise en charge des lésions musculo-squelettiques. L'exercice de type aérobie sans douleur devrait être commencé quelques jours après une blessure pour stimuler la motivation et augmenter le flux sanguin vers les structures blessées. La mobilisation précoce réduit le besoin de médication contre la douleur chez les personnes présentant des troubles musculo-squelettiques.

E pour « Exercice » : Il existe de nombreuses preuves que l'exercice physique est bénéfique pour le traitement des entorses de la cheville et pour la réduction des récives. Les exercices aident à rétablir la mobilité, la force et la proprioception dès le début de la blessure.

# Matériels et méthode

---

## 1. Le choix de la méthode

Nous souhaitons savoir quel est le niveau de connaissance des MK français sur l'urgence en masso-kinésithérapie mais également recueillir leur avis sur l'accès direct. La méthode qui nous semble la plus adaptée pour répondre à nos questions, est l'enquête par questionnaire. Cet outil est intéressant car il permet une large diffusion dans la population de MK et il permet de préserver l'anonymat des participants (80). Il rend possible une collecte d'informations importantes avec une très grande rapidité.

## 2. Les objectifs de l'enquête

### 2.1. L'objectif principal

L'objectif principal du questionnaire est de déterminer la capacité des MK à prendre en charge en accès direct un patient souffrant d'une ELC. Pour cela, nous allons évaluer les connaissances des professionnels sur la prise en charge immédiate de cette lésion.

### 2.2. Les objectifs secondaires

Cette étude nous permettra également de déterminer la portée de l'accès direct auprès des MK français et de recueillir leur avis sur cette nouvelle proposition du gouvernement français.

## 3. La population ciblée par l'enquête

Les personnes ciblées par le questionnaire sont les MK, qu'ils soient salariés, libéraux ou en exercice mixte. Cependant une stratification sera réalisée avec d'un côté les salariés, et de l'autre les libéraux et les professionnels en exercice mixte.

### 3.1. Les MK salariés

Les MK salariés n'auront pas accès à la partie 3 : « Prise en charge de l'ELC » car il ne semblait pas pertinent de leur demander de répondre à ces questions alors que l'accès direct ne leur est pas encore ouvert et qu'ils sont très peu concernés par la prise en charge immédiate des entorses de cheville. Cependant, il semblait approprié de déterminer leur niveau de connaissance sur la législation professionnelle en permettant l'accès à la partie 2 du questionnaire. Cette dernière évoque le droit à la réalisation d'échographies musculaires, le droit à la prescription et plus récemment le droit à l'accès direct. Il est également essentiel de leur permettre un accès à la partie 4 : « Avis du MK sur l'accès direct ». Dans cette dernière partie, nous chercherons à savoir s'ils ont eu connaissance des affiches de promotion de l'accès direct. Elle permettra aussi de recueillir leur avis et leur projection dans l'avenir de la

profession dans un contexte où le gouvernement semble vouloir ouvrir le métier de MK aux services d'urgences. Nous rechercherons ensuite les affections qui leur semblent possible de faire entrer dans une prise en charge en accès direct. Nous évaluons enfin la proportion de salariés prêts à réaliser une formation supplémentaire pour entrer aux urgences [Annexe IV].

### 3.2. Les MK libéraux et d'exercice mixte

Concernant les MK libéraux et en exercice mixte, les questions seront les mêmes que pour les professionnels salariés mais avec une partie en plus, la partie 3 : « Prise en charge de l'entorse de cheville ». Le but de cette partie est de déterminer les connaissances des MK sur la prise en charge immédiate et sécuritaire de l'entorse de cheville et d'évaluer la capacité de réorientation, si besoin, vers un médecin. Il sera aussi évoqué la volonté des MK d'aménager leur agenda de cabinet pour réserver des créneaux d'accès direct et celle de réaliser une formation spécifique pour la prise en charge en premier contact du patient [Annexe IV].

D'après les derniers chiffres de l'Ordre national des MK sur la répartition des MK sur le territoire, la France compte 95 000 MK inscrits au tableau de l'Ordre dont environ 86% de professionnels libéraux et 14% de salariés<sup>10</sup>. Dans la mesure où l'entièreté de la population ne répondra pas, il nous faudra déterminer le nombre de réponses minimales requises afin d'être représentatif de la population globale des MK Français :

$$n = \frac{t_p^2 \times P(1 - P) \times N}{t_p^2 \times P(1 - P) + (N - 1) \times y^2}$$

$N$  : taille de la population cible

$n$  : taille de l'échantillon

$P$  : proportion attendue d'une réponse de la population (souvent fixée à 0,5)

$t_p$  : intervalle de confiance (fixée à 0,95)

$y$  : marge d'erreur (fixée à 0,05)

Dans le cas de notre étude, le calcul de l'échantillon  $n$  nous amène à 383 réponses au minimum pour que nos résultats soient statistiquement significatifs et représentatifs de notre population mère  $N$ . Afin de maintenir une équité dans la proportion de libéraux et de salariés, il nous faudra un minimum de 329 réponses de professionnels libéraux et de 54 réponses de MK salariés.

<sup>10</sup> <http://www.ordremk.fr/>

## 4. L'élaboration du questionnaire

### 4.1. Le matériel

Nous allons utiliser le logiciel SPHINX Online (version 4.12). C'est un logiciel permettant la construction et la diffusion du questionnaire. Il permet également l'analyse des données recueillies grâce aux réponses des participants à l'étude.

### 4.2. Les types de questions utilisés dans l'enquête

Notre enquête est composée de questions de deux ordres :

Les questions fermées : les réponses sont formulées à l'avance et le sujet a le choix entre ces différentes réponses. Le risque avec ce type de questions est que le sujet peut avoir tendance à choisir la réponse qui lui semble attendue, mais pas celle qu'il aurait normalement choisie (80,81).

Les questions ouvertes : les réponses ne sont pas formulées à l'avance et c'est au sujet de répondre librement à la question. Dans ce type de questions, les réponses sont le reflet d'une réflexion et concordent avec le ressenti réel du sujet. Le risque avec ce type de questions est qu'il faut être minutieux sur la formulation afin d'éviter les contresens. L'inconvénient pour traiter des questions ouvertes est l'infinité de réponses possibles et la difficulté pour les analyser.

Pour plus d'aisance et de rapidité de réponse chez les MK, nous avons décidé de choisir majoritairement des questions fermées. En effet, sur les 52 questions que contient notre questionnaire, nous ne dénombrons que 4 questions ouvertes (soit moins de 8%).

## 5. Le déroulement du questionnaire

Le questionnaire débute par une partie explicative qui renseigne sur l'objectif de l'étude, le fonctionnement du questionnaire, le nombre de questions et le temps de réponse total. Il est important que les réponses du questionnaire soient données dans l'ordre de lecture car cela peut influencer les résultats en donnant des indications auxquelles le sujet n'aurait pas pensé auparavant. Afin que les résultats ne soient pas faussés, le questionnaire devra être rempli seul.

## 5.1. La construction

Ce questionnaire a été construit en 4 parties distinctes. La première partie : « Profil du MK », la seconde partie : « Connaissances sur la législation professionnelle ». Avant le passage à la troisième partie, il y aura un texte explicatif sur l'accès direct de ses prémices au communiqué de presse du 9 septembre 2019. Ensuite nous passerons à la partie trois : « Prise en charge d'une entorse de la cheville en premier contact », et nous finirons par la quatrième et dernière partie « Avis du MK sur l'accès direct ».

### 5.1.1. « Profil du MK »

Cette partie nous permet d'être renseignés sur le profil du sujet, pour cela nous demanderons les informations suivantes :

L'âge du MK : cette question sera de type QCM avec plusieurs réponses et avec une présentation sous forme de tranches d'âge. Ces tranches d'âge sont les mêmes que celles employées dans le rapport démographique de l'Ordre national des MK datant de septembre 2017 (82).

L'année d'obtention du diplôme d'état de MK : cette information nous permettra de voir dans les réponses suivantes les différences entre les MK issus de la réforme de septembre 2015 faisant passer les études de MK de trois à quatre années.

Le statut professionnel actuel : cette question marque le début de la stratification entre les professionnels salariés et les libéraux ou en exercice mixte [Annexe 4].

La région et la zone d'exercice : ces informations nous permettront de voir si les points de vue divergent entre les professionnels urbains ou ruraux.

Les formations en lien avec la traumatologie après le diplôme : ce renseignement permettra de déterminer si les professionnels ayant suivi des formations en lien avec la traumatologie sont les plus à même et les plus confiants pour prendre en charge une entorse de cheville en accès direct.

La familiarisation avec les notions essentielles en accès direct de diagnostics différentiels, de drapeaux rouges (red flags), de drapeaux jaunes (yellow flag) et de lésions associées.

### 5.1.2. « Connaissances sur la législation professionnelle »

Cette partie débute par une question permettant de déterminer les bases de données utilisées par le professionnel afin d'assurer sa formation continue. Elle nous permet également de voir le niveau de connaissance sur les sujets suivants :

Le droit à la réalisation, après une formation adaptée, d'échographies musculaires en cabinet. Pour aller plus loin sur ce sujet, il a été utilisé une question à choix multiples avec pour items : « Oui, il peut même s'en servir pour poser un diagnostic », « Oui, mais il ne peut pas s'en servir pour poser un diagnostic, seulement pour un suivi » et « Non, cette pratique est réservée au médecin ». Le fait de mettre plusieurs « Oui » en changeant la précision, permet d'être sûr des connaissances du MK sur le sujet et de limiter la réponse hasardeuse.

Le droit à la prescription : cette question sera complétée. Si le professionnel répond que le MK a le droit à la prescription, une seconde question proposant plusieurs dispositifs permettra de déterminer si le MK connaît réellement son droit à la prescription.

La physiothérapie anglo-saxonne : cette question propose plusieurs affirmations sur le métier de physiothérapeute. Il est demandé au professionnel de choisir parmi ces affirmations laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s). Un item « Je ne connais pas la situation des physiothérapeutes à l'étranger » a été ajouté afin de laisser aux MK la possibilité d'être sincère sur leur non-connaissance de la condition des physiothérapeutes étrangers.

La connaissance de l'accès direct au MK. Quelle que soit la réponse, le MK aura après cette question un texte explicatif du point de départ au point d'arrivée concernant l'accès direct.

### 5.1.3. « Prise en charge d'une entorse de la cheville en premier contact »

Cette partie nous permet de déterminer les connaissances du MK sur l'entorse de cheville et sur la prise en charge de cette lésion en première intention. Afin de faciliter notre observation des connaissances des professionnels, nous allons préférer pour cette partie un questionnaire à choix multiples (80). Les points abordés sont les suivants :

Le ligament le plus touché lors des entorses de la cheville

Les attitudes à adopter en pré-diagnostic, face à une blessure aigüe des tissus mous : cette question permettra de se rendre compte des connaissances du MK sur la prise en charge immédiate. Le dernier protocole en vigueur (PEACE&LOVE) a retiré l'utilisation de glace dans la prise en charge immédiate, alors que les anciens protocoles (RICE, PRICE, POLICE...) préconisaient cette utilisation. Cette question permettra donc de voir quels professionnels sont au courant des nouveautés parues en traumatologie.

Les lésions associées possibles : les critères d'Ottawa et les éléments de l'interrogatoire pouvant faire penser à une entorse grave. Ces questions permettent de définir les capacités du MK à rediriger un patient vers un médecin en cas de détection de lésions associées ou de drapeaux rouges.

Le risque principal lors d'une entorse de cheville : dans cette question, il ne sera demandé qu'une seule réponse, même si chaque proposition correspond à une possibilité de complications.

Les recommandations françaises de l'HAS : le but de cette question est d'amener le MK à se questionner. S'il sait que les dernières recommandations datent de 2000, ne pense-t-il pas que cela pourrait nous mettre en difficulté dans la prise en charge de l'accès direct ?

La capacité actuelle à prendre en charge une entorse de cheville en accès direct : si le professionnel répond qu'il ne se sent pas prêt, une question ouverte permettant d'en connaître les raisons lui sera posée. Nous analyserons ces réponses en reprenant chaque commentaire afin de le catégoriser selon le sentiment qu'il exprime.

#### **5.1.4. « Avis du MK sur l'accès direct »**

Cette partie débute par une présentation des affiches utilisées dans le but de promouvoir l'accès direct [Annexe V]. Après cette présentation, il est demandé aux MK s'ils les avaient déjà vues auparavant, puis ils seront dirigés vers une question à réponse libre afin qu'ils puissent formuler leur ressenti sur cette communication. Ensuite, seront évoquées les possibles avancées de la profession : l'ouverture du métier de MK en service d'urgences, la prescription et l'interprétation d'imagerie, la réalisation de gestes médicaux... De plus, nous leur demanderons quelles affections pourraient, selon eux, entrer dans les prochaines années dans le cadre de l'accès direct.

Ce questionnaire se conclut avec des questions différentes selon le statut professionnel de l'interrogé :

Pour le MK salarié : « Seriez-vous intéressé(e) par une formation afin de pouvoir prendre en charge, en service d'urgence, un patient en première intention sans prescription médicale ? »

Pour le MK libéral ou en exercice mixte : « Seriez-vous prêt à aménager votre agenda afin de réserver quelques créneaux pour la prise en charge en accès direct ? » puis une seconde question : « Seriez-vous intéressé(e) par une formation afin de pouvoir prendre en charge, dans votre cabinet libéral, un patient en première intention sans prescription médicale ? »

## 6. La frise chronologique de la méthode

Dans le but d'éclaircir le déroulement de notre étude, nous avons construit une frise chronologique qui comprend les cinq grandes parties de notre méthodologie ainsi que les dates correspondant à chaque étape.

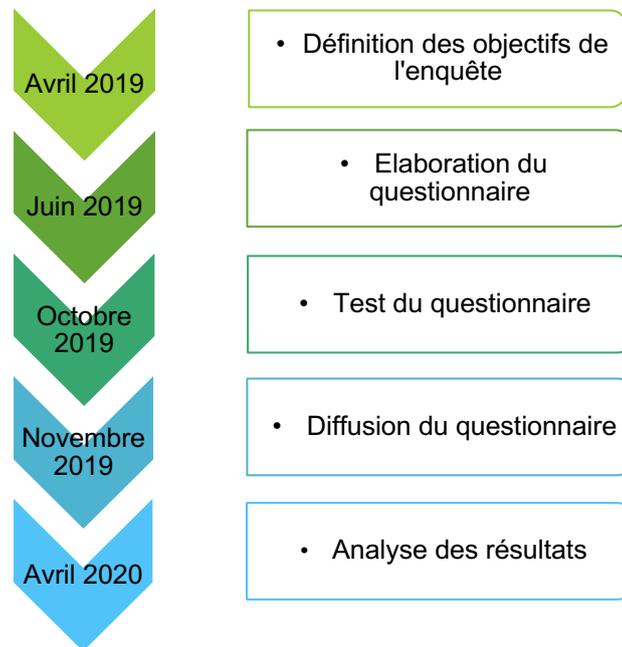
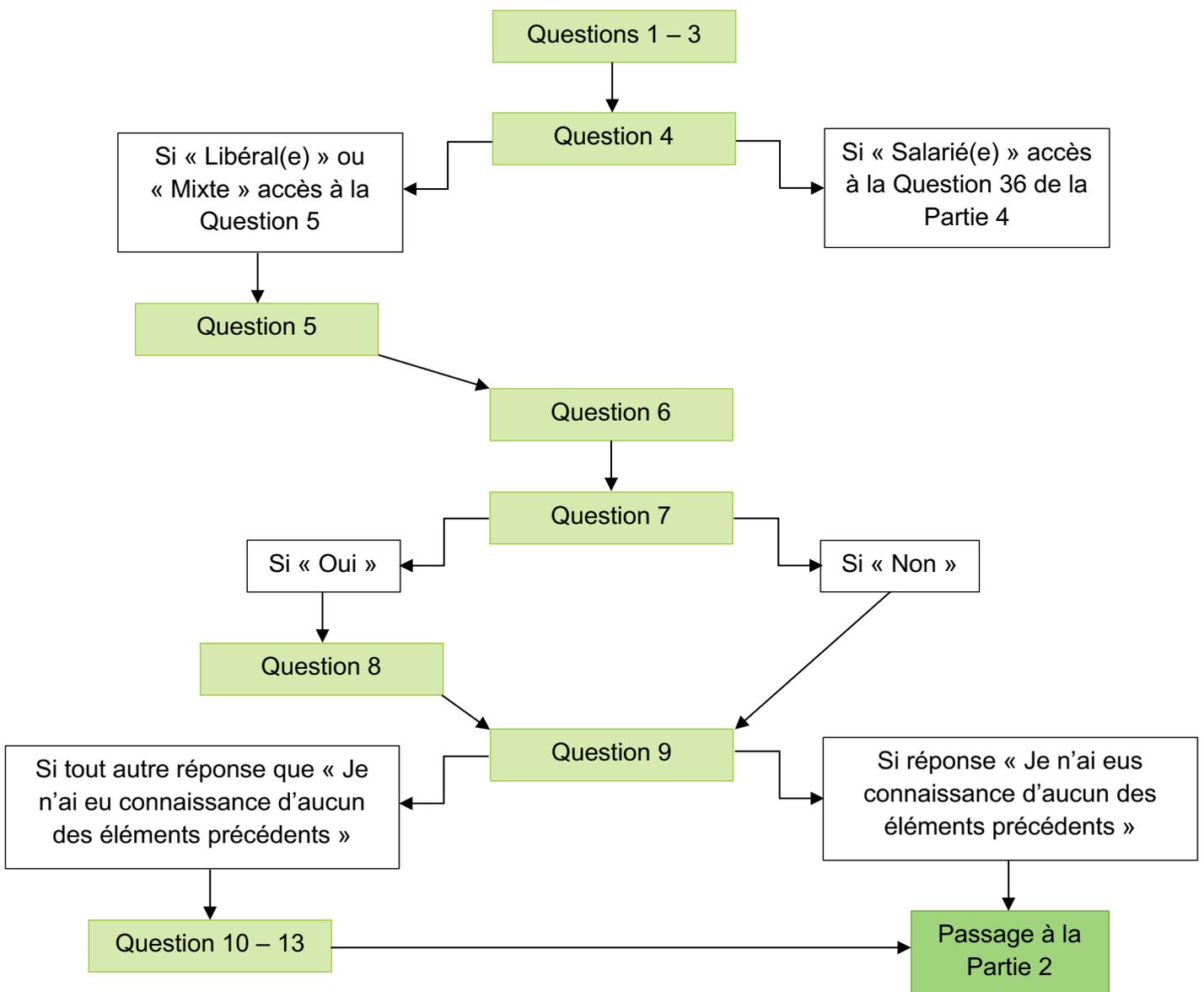


Figure 5 : Chronologie des étapes de la méthodologie

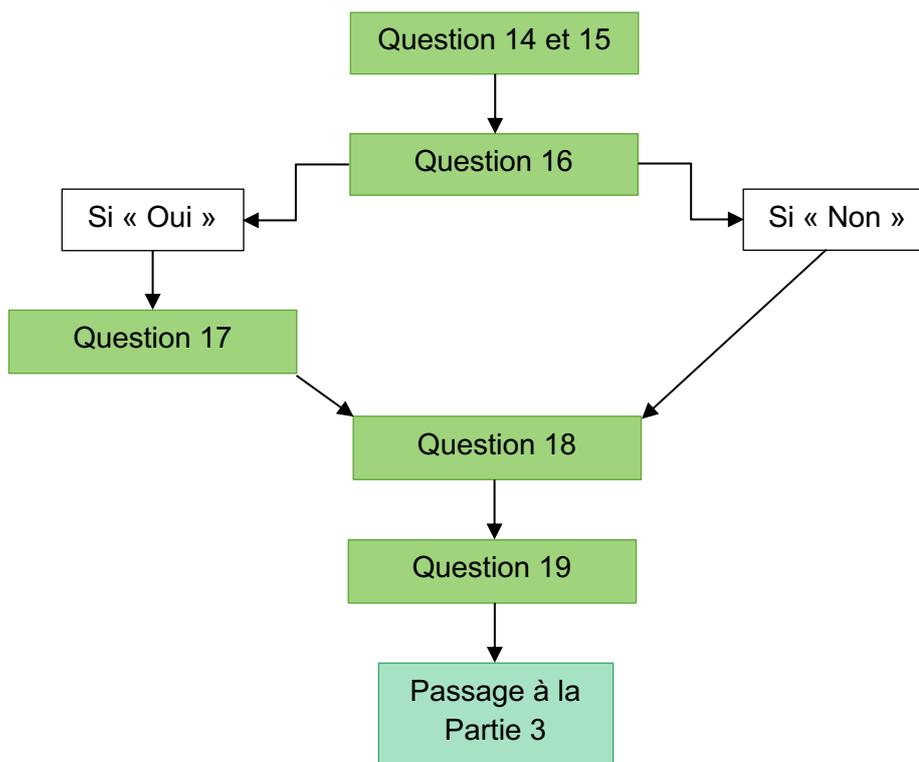
## 7. L'organisation du questionnaire

**PAGE 1** : « *Présentation du questionnaire* » avec un texte explicatif du sujet de mémoire, de l'objectif de l'enquête, du temps de réalisation et de la certification de l'anonymat

**PAGE 2** : Partie 1 « *Profil du MK* »

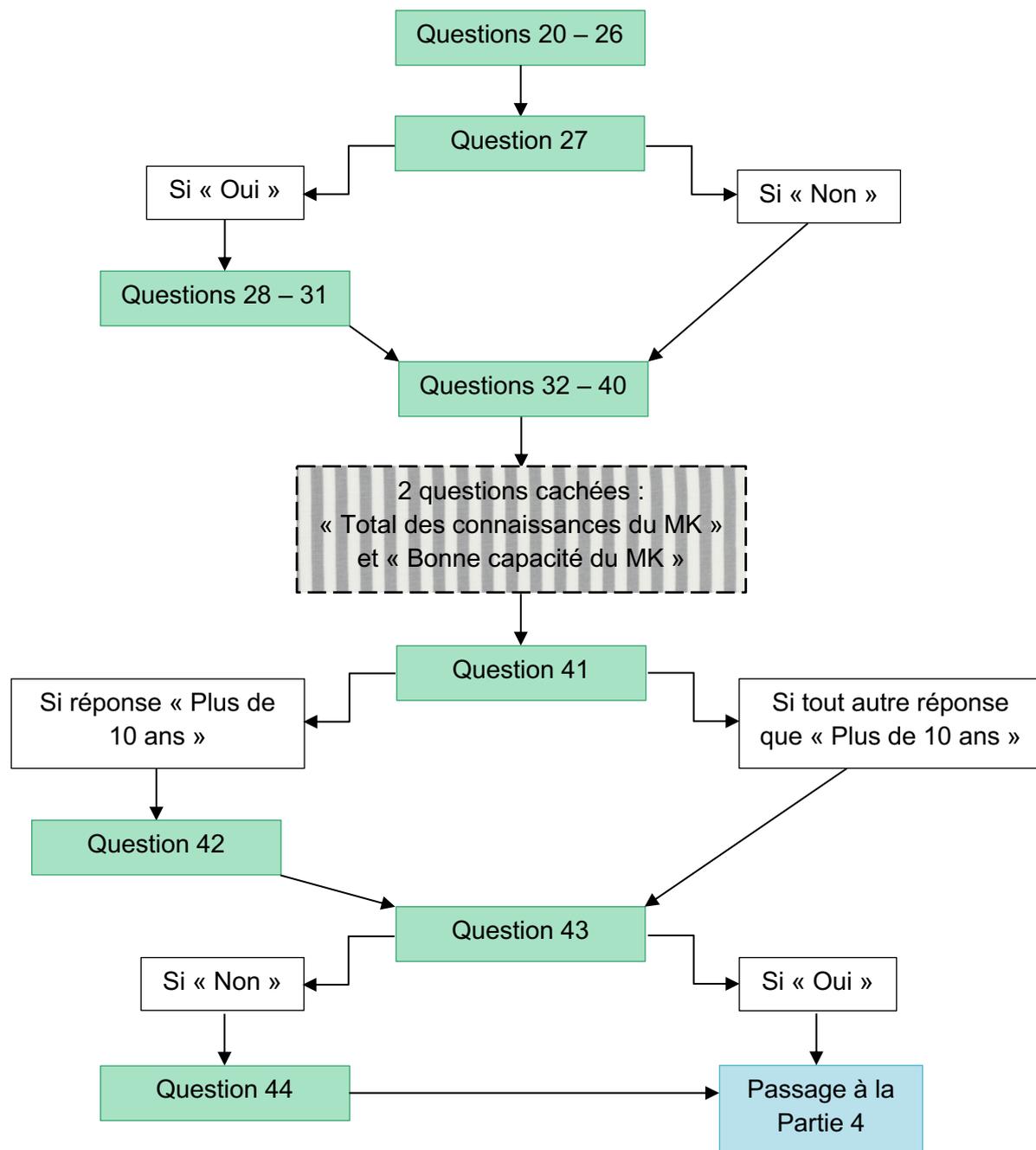


**PAGE 3** : Partie 2 « *Connaissances de la législation professionnelle* »

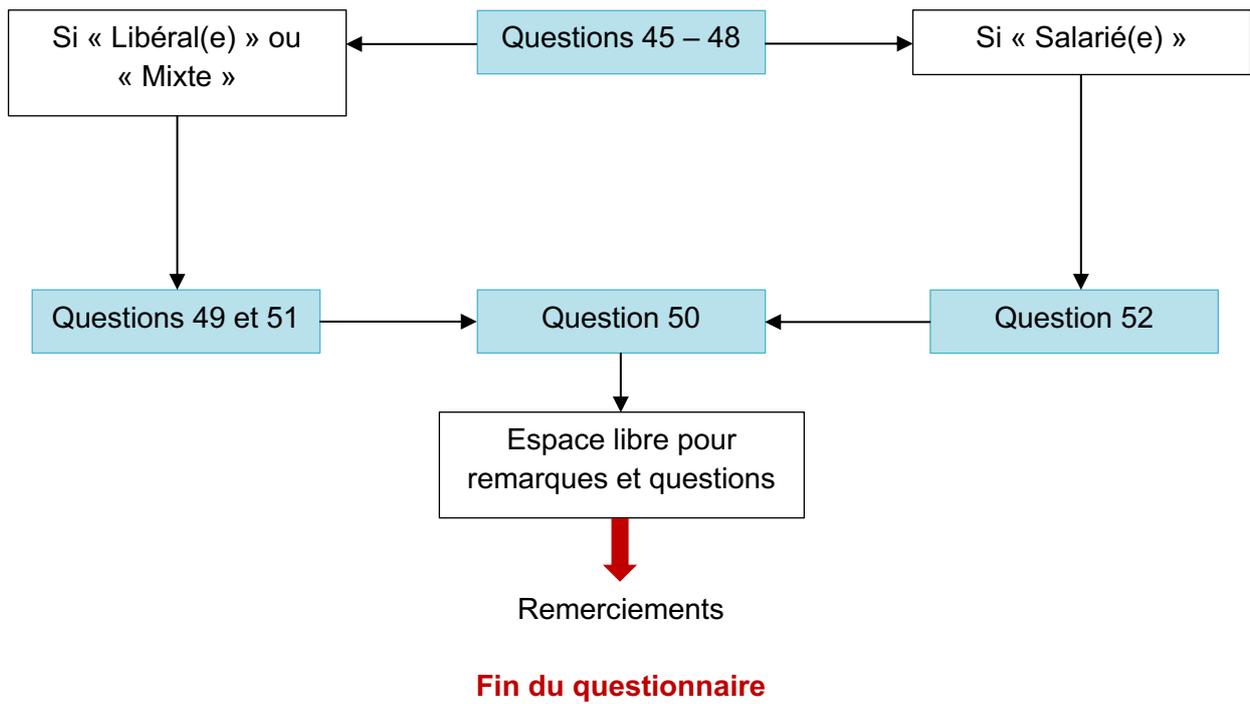


**PAGE 4** : « *Texte explicatif sur l'accès direct* » avec présentation du communiqué de presse de l'ancienne Ministre des Solidarités et de la Santé du 9 septembre 2019

**PAGE 5** : Partie 3 « *Prise en charge d'une ELC en premier contact* »



**PAGE 6** : Partie 4 « Avis du MK sur l'accès direct »



# Résultats

## 1. La diffusion et les données quantitatives du questionnaire

Nous avons débuté la diffusion de notre questionnaire le 19 novembre 2019 et nous avons fermé l'enquête le 18 mars 2020. La diffusion a été réalisée à plusieurs reprises par mails à des MK libéraux et salariés, au CHU de Limoges pour une diffusion interne, à l'Ordre des MK ainsi qu'à des syndicats de MK, par les réseaux sociaux sur des groupes de MK, et enfin par diffusion papier du QRCode en stage, lors de déplacements pour des workshops ou des congrès.

Grâce au suivi détaillé de l'enquête sur le logiciel SPHINX, nous savons que 1 408 MK ont eu accès au questionnaire, parmi ces professionnels, nous avons enregistré 518 réponses et 848 abandons. Ces abandons ont majoritairement eu lieu en cours de saisie pour 505 MK et à la lecture de la page de présentation pour 343 MK.

## 2. La description de la population

A la fermeture de notre enquête, nous comptons 518 MK répondants, parmi lesquels 267 femmes (soit 51,5%) et 251 hommes (soit 48,5%). Nous notons que près de 50% des participants à l'enquête avaient moins de 29 ans [Figure 6].

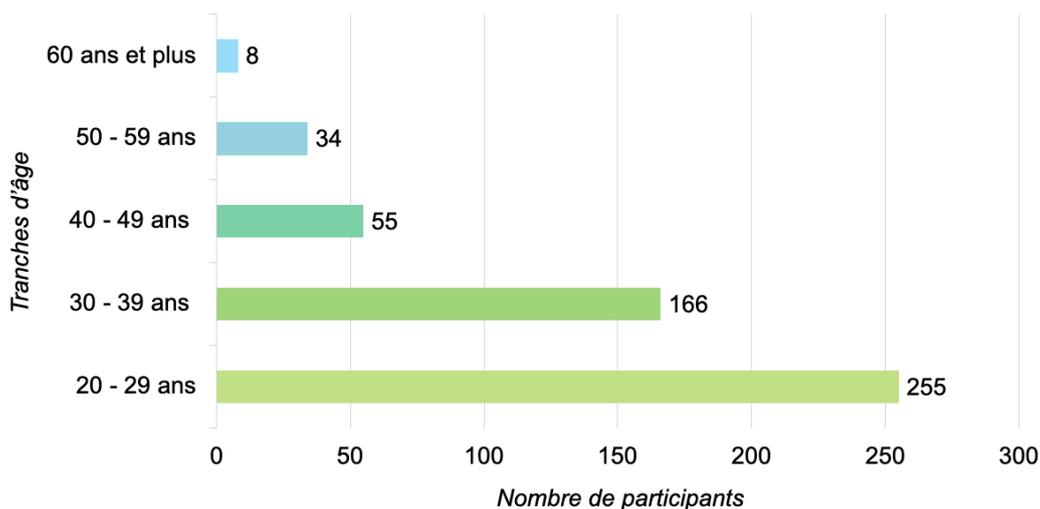


Figure 6 : Pyramide des âges des participants au questionnaire

En ce qui concerne l'année d'obtention du Diplôme d'Etat de MK, 42% des répondants, ont obtenu leur diplôme entre 2011 et 2018, 18% sont diplômés de la nouvelle réforme de 2018 et les 40% restants, sont été diplômés avant 2011.

Nous observons que 90% des MK ayant répondu à notre enquête sont en exercice libéral, les 10% restants ont un statut professionnel salarié, mixte ou autre.

Concernant la dotation de la zone d'exercice, la pratique en zone intermédiaire est la plus représentée avec 298 MK (soit 61,8%) contre 127 MK en zone sur-dotée (soit 26,3%) et 57 MK en zone sous-dotée (soit 11,8%).

Tous les MK participant à notre étude disent se tenir fréquemment informés des nouveautés du métier. 388 MK (soit 80,5%), participent régulièrement à des formations payantes. Nous observons que 230 MK (soit 47,7%) ont l'habitude de se rendre sur les bases de données sur la littérature scientifique, 190 MK (soit 39,4%) assistent à des congrès de rééducation et 179 MK (soit 37,1%) lisent les recommandations françaises de l'HAS.

Près de 45% des participants à notre enquête ont réalisé une formation en lien avec la traumatologie. Nous avons demandé aux MK ayant réalisé ce type de formations de préciser la nature de celles-ci. Les termes revenant le plus souvent sont « Sport » (cité par 86 MK soit 40,2%) et « Kiné / Kinésithérapie » (cité par 76 MK soit 35,5%). La combinaison de ces deux termes en tant qu'institut de formation « Kinesport » arrive en troisième position (cité par 36 MK soit 16,8%).

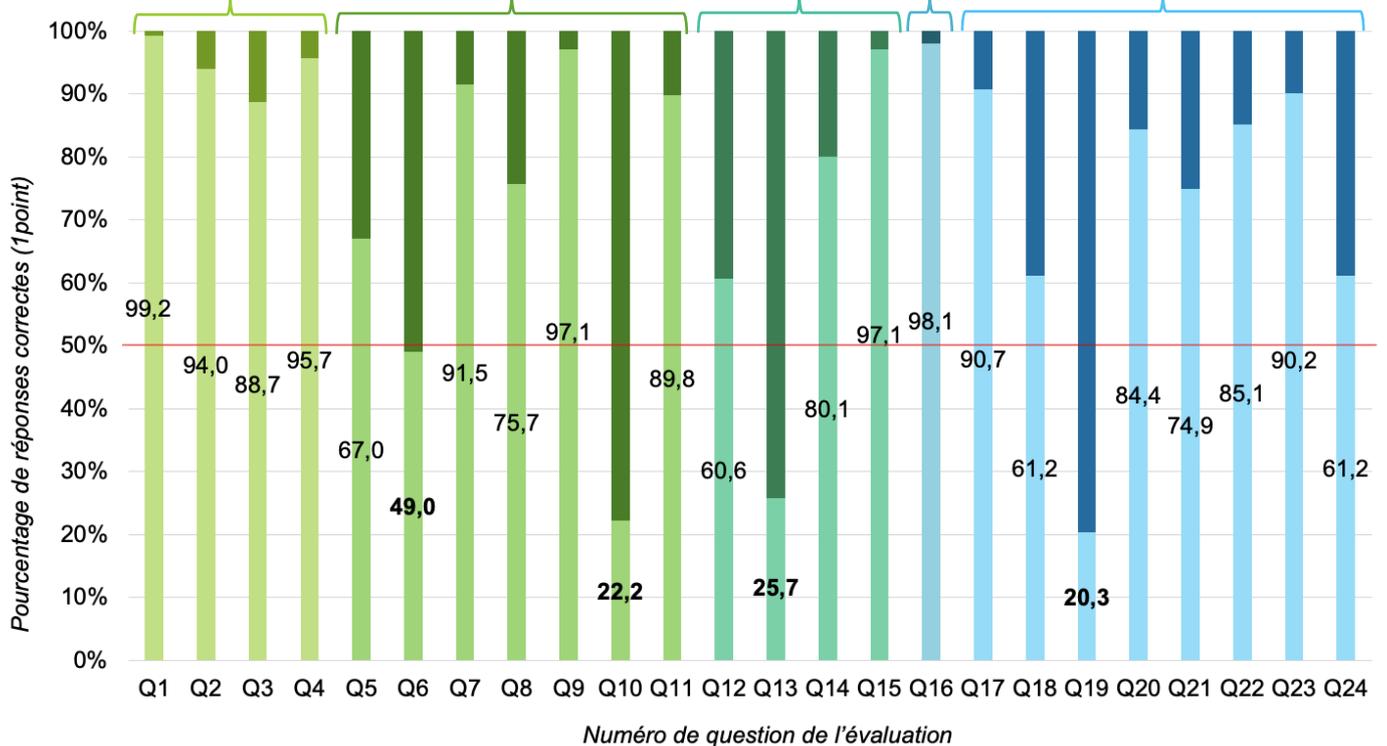
Nous constatons que près de 90% des MK avaient, avant ce questionnaire, connaissance de la possibilité pour le MK de prendre en charge une entorse de cheville en accès direct.

### **3. La réponse à l'objectif principal**

Avec ce questionnaire nous voulions déterminer la capacité des MK à prendre en charge en accès direct un patient souffrant d'une ELC. Pour cela, nous avons décidé de mettre en place une évaluation des connaissances concernant la prise en charge en première intention et concernant la pathologie de l'entorse de cheville (son bilan, sa prise en charge, les éléments importants à mettre en lumière dans le cadre d'un accès direct...). Cette évaluation comporte 24 questions, elle permet d'obtenir un score compris entre 0 et 24 points. Chaque question se voit attribuer ou non 1 point de la façon suivante : bonne réponse = 1 point / mauvaise réponse = 0 point. Nous avons séparé l'évaluation des connaissances des MK en 5 parties [Tableau 7].

Les questions de la première partie de notre évaluation sur la sensibilisation aux termes de l'accès direct ont été posées à tous les MK quel que soit leur type d'exercice. Les autres parties n'ont été proposées qu'aux MK libéraux et en exercice mixte (soit 482 MK). Nous avons fait ce choix car l'Ordre des MK a exprimé sa volonté que l'accès direct entre dans les cabinets libéraux.

Partie 1	Partie 2	Partie 3	Partie 4	Partie 5
Sensibilisation aux notions essentielles à l'accès direct	Bilan initial d'une entorse latérale de la cheville	Critères d'Ottawa et prescription d'imageries	Principal risque de l'entorse de cheville	Traitement immédiat d'une entorse latérale de la cheville
4 questions 4 points	7 questions 7 points	4 questions 4 points	1 question 1 point	8 questions 8 points
TR = 94,5%	TR = 70,3%	TR = 78,0%	TR = 98,1%	TR = 71,0%



Légende : TR = Taux de réussite à la partie, Q = Question n°, **chiffres en gras** = réponses majoritairement incorrectes

Tableau 7 : Taux de réussite par partie

Figure 7 : Pourcentage de réponses correctes par question de l'évaluation

Au moment de l'analyse des résultats de notre évaluation, nous remarquons que pour la grande majorité des questions, la bonne réponse a été significativement plus donnée que les mauvaises [Figure 7].

Cependant, nous observons que pour 4 questions, la bonne réponse est en sous-représentation avec moins de 50% de bonnes réponses données :

- La question 6 : « A quel moment est-il plus opportun de réaliser un bilan de la cheville traumatique ? ». Nous observons à cette réponse un partage presque égal entre les réponses « immédiatement après la blessure » (49,2% des MK), qui est la réponse incorrecte, et « à J4 – J6 » (49% des MK) qui est la réponse correcte.
- La question 10 : « Parmi les lésions suivantes lesquelles peuvent être associées à une entorse latérale de la cheville : La rupture du tendon d’Achille ? ». Notre analyse révèle que 77,8% des MK ont répondu que la rupture tendineuse ne pouvait pas être une lésion associée à une entorse de la cheville.
- La question 13 : « Les critères d’Ottawa concernent les patients d’un âge : ». Notre analyse montre que 74,3% des MK ont répondu que les critères d’Ottawa concernaient les personnes d’un âge entre 18 et 55 ans.
- La question 19 : « Parmi les attitudes suivantes, lesquelles sont à adopter en pré-diagnostic d’une blessure des tissus mous : La cryothérapie ? ». Notre analyse établit que 79,7% des MK ont répondu qu’ils utiliseraient la cryothérapie en traitement immédiat d’une ELC.

De façon arbitraire, nous avons décidé de considérer que les MK ayant plus de 18 points avaient des connaissances suffisantes pour prendre en charge un patient souffrant d’une entorse de cheville en premier contact de façon sécuritaire et efficace. Parmi les participants à l’évaluation, nous observons que 32% des MK possèdent des connaissances jugées satisfaisantes dans la prise en charge d’une entorse de la cheville en premier contact [Figure 8].

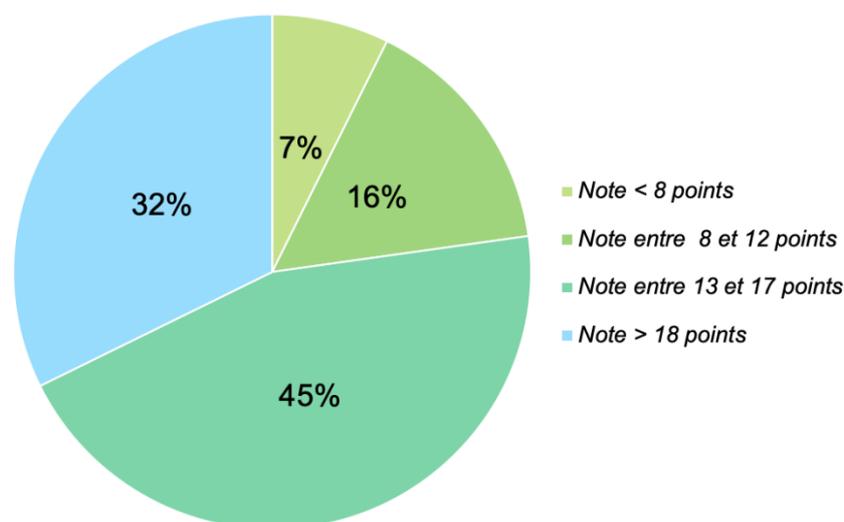


Figure 8 : Pourcentage de MK ayant de bonnes connaissances dans la prise en charge d’une entorse de la cheville en accès direct

## 4. Les réponses aux objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre enquête par questionnaire étaient de déterminer l'impact de l'accès direct auprès des MK français : par la connaissance ou non des affiches promulguant cet accès direct. Nous voulions aussi recueillir l'avis des professionnels libéraux et/ou salariés sur le rôle de premier contact du MK dans la prise en charge d'entorses de la cheville. Nous proposerons également une question projetant une ouverture vers d'autres pathologies.

### 4.1. La portée de la communication autour de l'accès direct

Parmi les 518 MK ayant répondu à notre enquête, seuls 161 (soit 31,1%) avaient connaissance des campagnes d'affichage autour de l'accès direct avant de remplir notre questionnaire [Figure 9]. Lorsque nous avons demandé aux participants de s'exprimer librement sur ces affiches les commentaires donnaient majoritairement un avis positif avec 247 MK (soit 47,7%), 107 MK exprimaient un avis négatif sur ces affiches (soit 20,7%), enfin 124 MK se disaient sans avis ou regrettaient un manque de clarté ou de diffusion des affiches présentées (soit 23,9%) [Tableau 8].

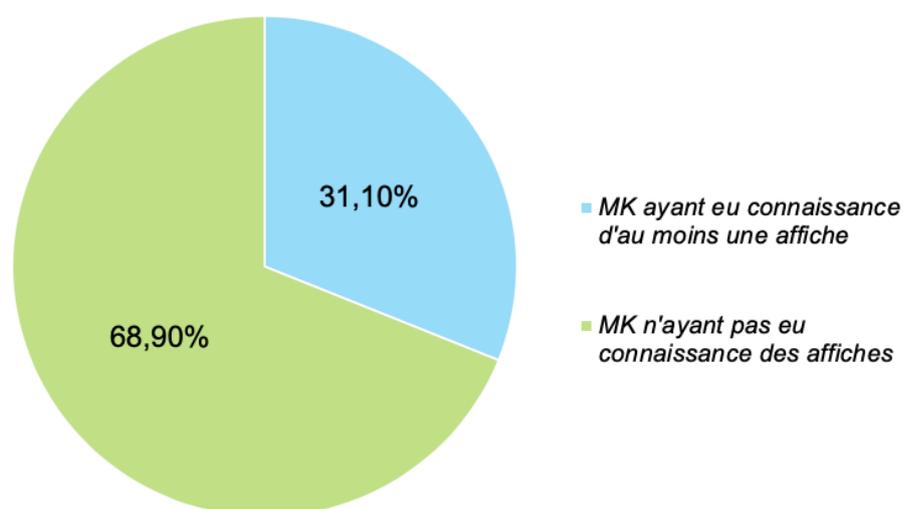


Figure 9 : Proportion de MK ayant eu connaissance des affiches de l'accès direct

Message principal du commentaire							
	<i>Commentaire positif</i>	<i>Commentaire négatif</i>	<i>Manque de clarté et de précisions</i>	<i>Manque de diffusion</i>	<i>Sans avis, ne sait pas, avis partagés</i>	<i>Pas de rapport avec la question</i>	
<b>Effectif</b>	247	107	41	39	44	40	<b>Total = 518 MK</b>

Tableau 8 : Message principal des commentaires des MK sur les affiches de communication autour de l'accès direct

## 4.2. Les avis des MK sur l'accès direct

Pour 453 MK (soit 87,5%) « la prise en charge de certaines lésions musculo-squelettiques en première intention et la réorientation du patient vers un médecin si besoin » semble la proposition la plus pertinente à mettre en place dans les prochaines années. La seconde proposition la plus représentée est « la possibilité de prescription d'imagerie (radiographie, échographie, IRM...) » avec 370 MK (soit 71,4%) [Figure 10]. Nous retrouvons ensuite « la présence de masseurs-kinésithérapeutes en service d'urgence pour soulager le personnel médical et diminuer le temps d'attente des patients » qui a été choisie par 241 MK (soit 46,5%).

*« Que vous semble-t-il possible de mettre en place dans les prochaines années ? »*

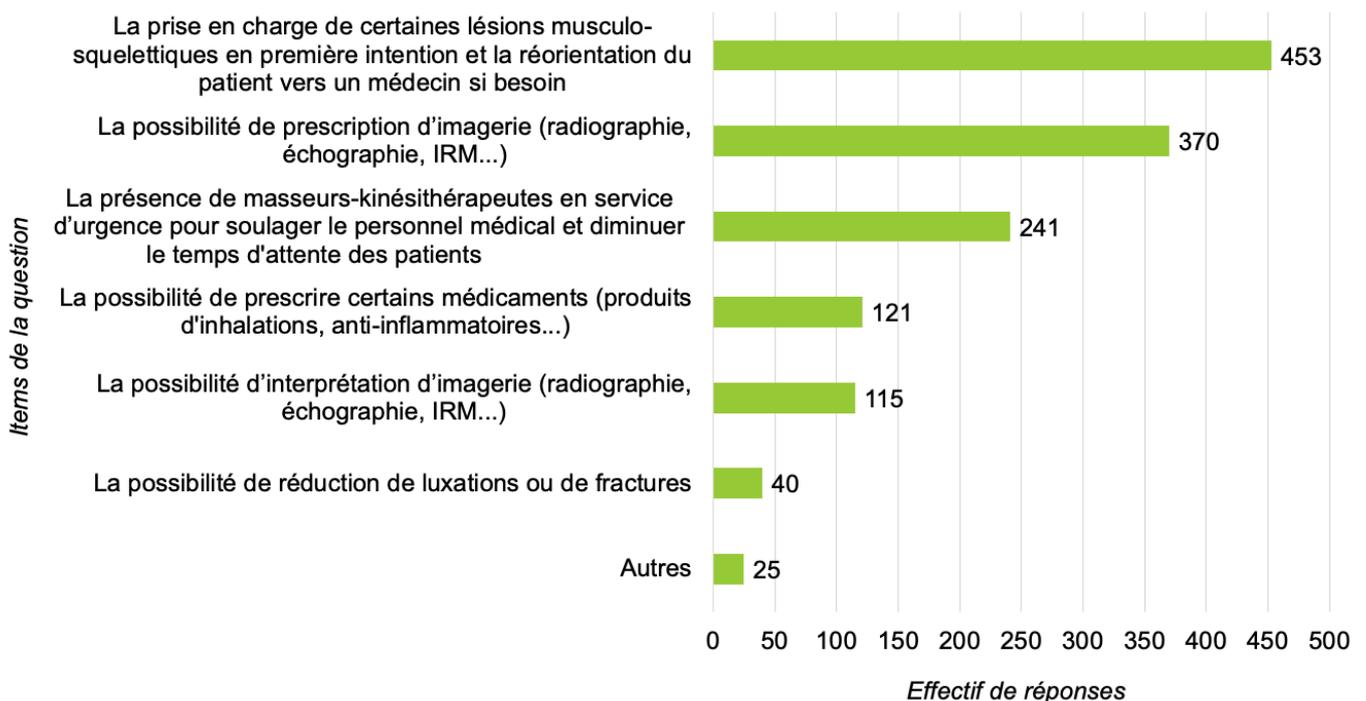


Figure 10 : Effectif de participants ayant répondu aux différents items de la question

Au sujet des affections que les MK se sentent capables de prendre en charge en première intention, les réponses les plus couramment citées sont : l'entorse de cheville, la lombalgie, les lésions musculo-aponévrotiques et les névralgies cervico-brachiales [Figure 11]. Parmi les propositions de la catégorie « Autres » choisie par 40 MK, nous retrouvons principalement les tendinopathies (12 citations) et les entorses autres que celle de la cheville (10 citations).

« Selon vous, quelle(s) affection(s) pourrai(en)t être prises en charge en première intention par un MK ? »

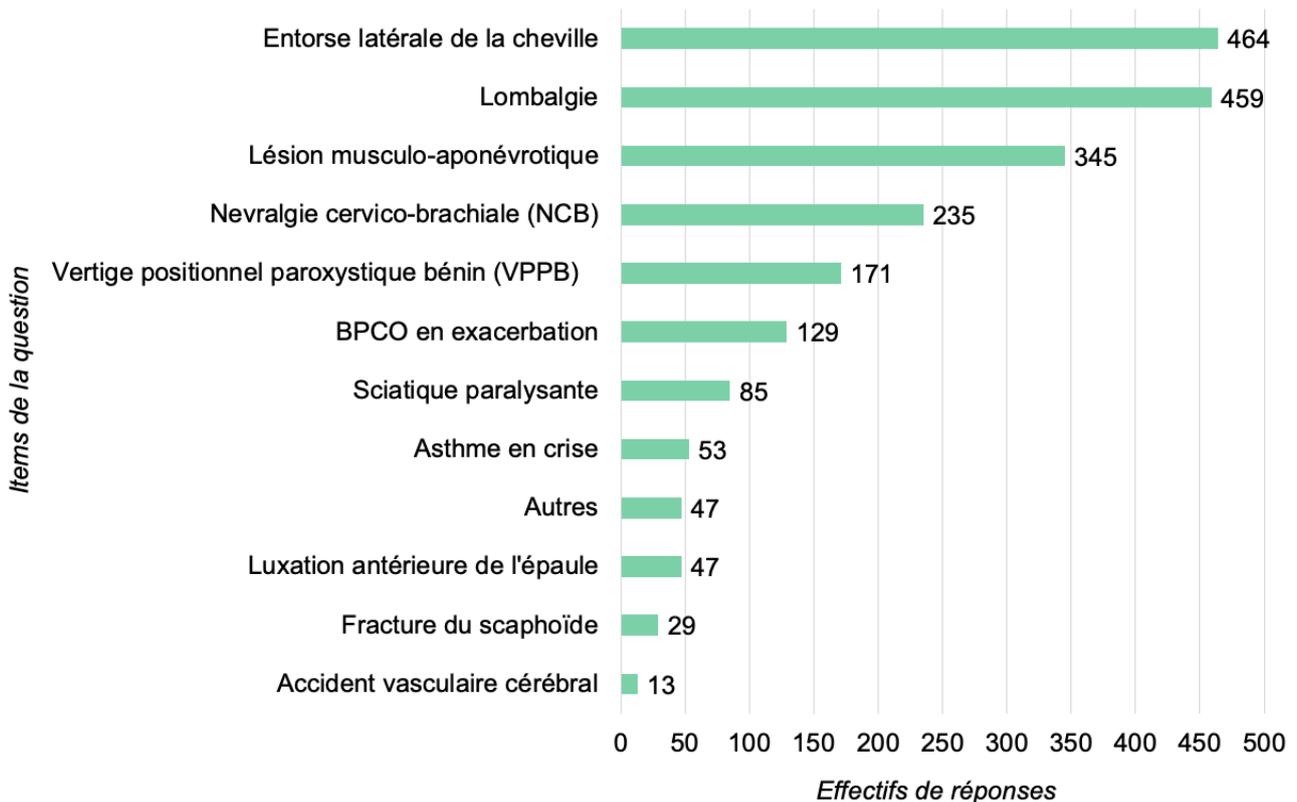


Figure 11 : Effectif de participants ayant répondu aux différents items de la question

Le reste du questionnaire nous renseigne sur le fait que 387 MK (soit 81%) seraient prêts à aménager leur agenda afin de réserver des créneaux pour la prise en charge en accès direct [Figure 12]. Notre enquête révèle que la plupart des MK imagine la valorisation de l'acte « prise en charge en accès direct » par une majoration de rémunération (390 MK soit 75,3%) et un remboursement du patient en totalité (338 MK soit 65,3%) [Figure 13].

Nous notons également que quel que soit le mode d'exercice (libéral, salarié ou mixte), les MK seraient majoritairement intéressés par une formation sur la prise en charge en première intention [Figures 14 et 15]. En effet, 438 MK libéraux ou mixtes (soit 91,6%) et 40 MK salariés (soit 83,3%) ont répondu favorablement à cette proposition.

« Seriez-vous prêt(e) à aménager votre agenda afin de réserver quelques créneaux pour la prise en charge en accès direct ? »

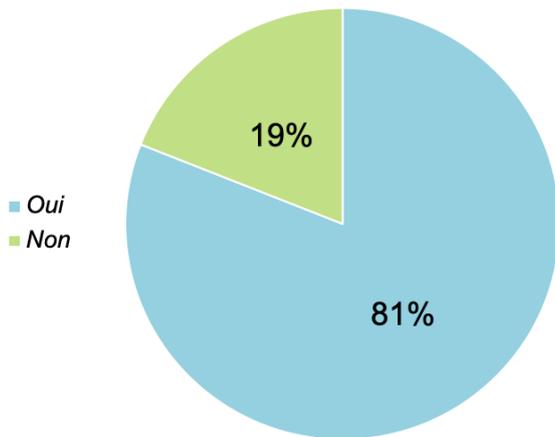


Figure 12 : Pourcentage de participants ayant répondu aux items de la question

« Concernant la valorisation de l'acte : "prise en charge en accès direct", vous pensez qu'il devrait être : »

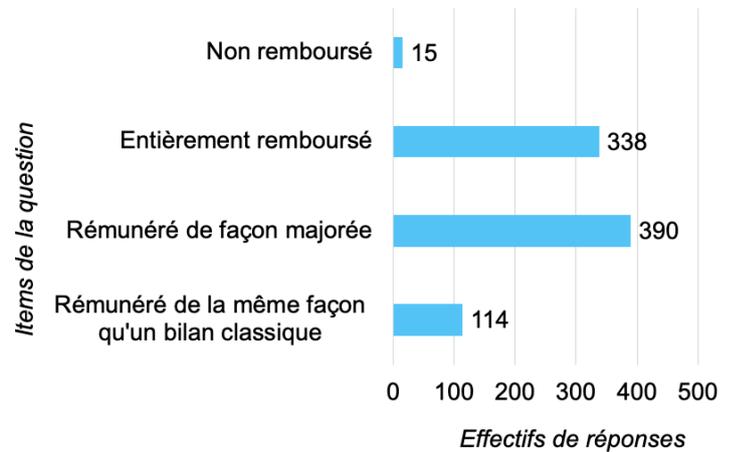


Figure 13 : Effectif de participants ayant répondu aux différents items de la question

MK libéraux : « Seriez-vous intéressé(e) par une formation afin de pouvoir prendre en charge, dans votre cabinet libéral, un patient en première intention sans prescription médicale ? »

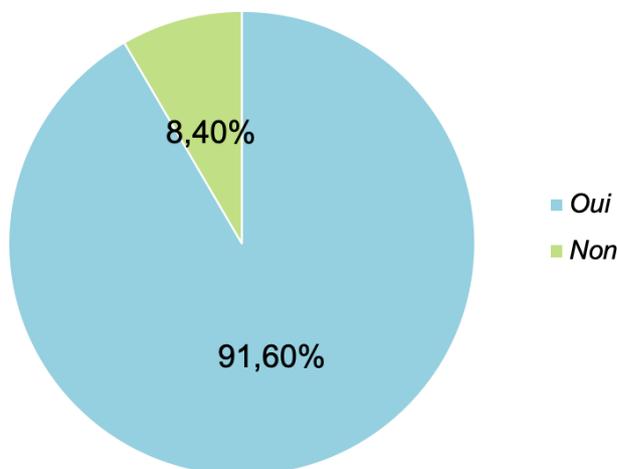


Figure 14 : Pourcentage de participants ayant répondu aux items de la question

MK salariés : « Seriez-vous intéressé(e) par une formation afin de pouvoir prendre en charge, en service d'urgence, un patient en première intention sans prescription médicale ? »

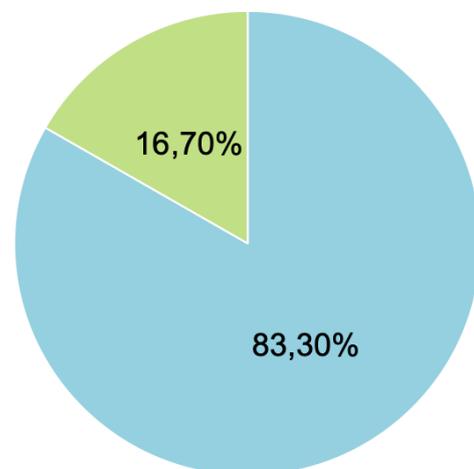


Figure 15 : Pourcentage de participants ayant répondu aux items de la question

### 4.3. L'avis du MK sur sa capacité actuelle à prendre en charge en accès direct

Les résultats montrent que près de 80% des 482 MK libéraux se sentent actuellement prêts à la prise en charge en cabinet d'entorse de la cheville en accès direct. Il a été demandé aux 97 MK restants, dans une question ouverte, de nous faire part des raisons provoquant ce sentiment de ne pas être prêt à accueillir l'accès direct. Après une analyse des commentaires, nous remarquons des thèmes récurrents évoqués : le manque de formation, le sentiment de ne pas être légitime en comparaison avec le médecin et la surcharge des emplois du temps du cabinet [Tableau 9].

Message principal du commentaire							Effectif	Total = 97 MK
Manque de formation	Manque de confiance et de légitimité	Surcharge des cabinets	Responsabilité	Rémunération	Pas de volonté Pas assez de pratique			
40	33	10	4	3	7			

Tableau 9 : Message principal des commentaires des MK ne se sentant pas prêts actuellement à prendre en charge une entorse de la cheville en l'accès direct

### 5. L'analyse du profil des MK en fonction des notes obtenues à l'évaluation

Nous avons décidé, pour faire le lien entre notre objectif principal et nos objectifs secondaires, de croiser les différents niveaux de connaissances, déterminés par la note obtenue lors de l'évaluation, avec les questions recueillant l'avis et le sentiment des MK concernant l'accès direct. Nous classons les participants en 4 groupes [Figure 16] :

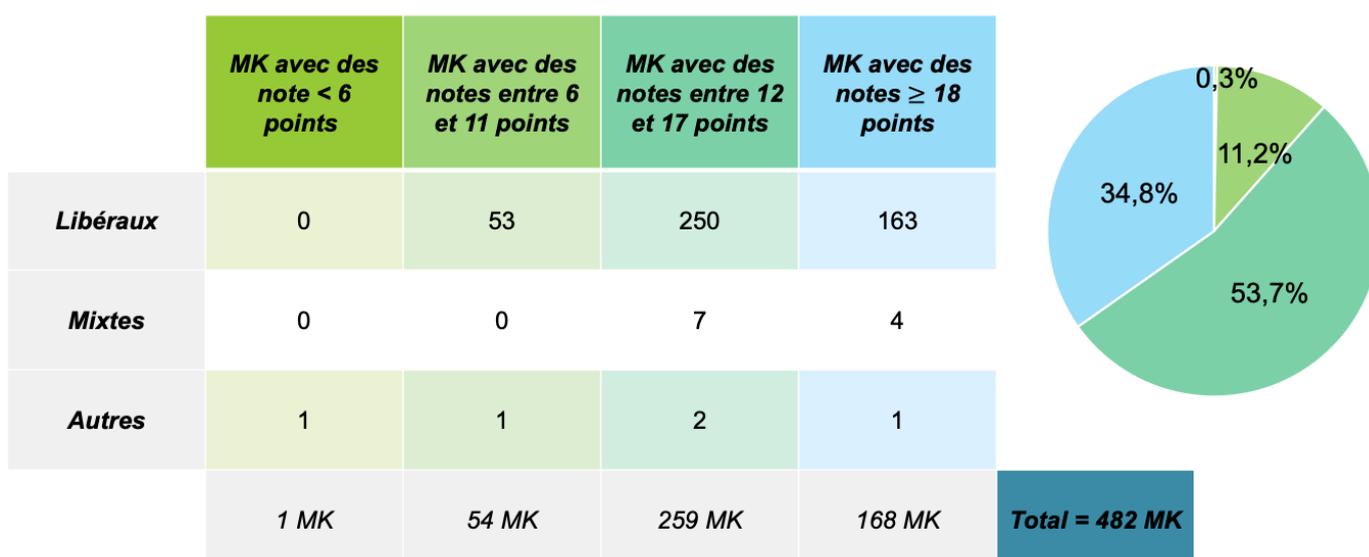


Figure 16 : Répartition des MK en fonction de leur note à l'évaluation du questionnaire et de leur type d'exercice

De cette analyse ressortent les informations suivantes ; les MK ayant de bonnes connaissances (note  $\geq 18$  points) sont [Tableau 10] :

- Plus représentés chez les diplômés de moins de 10 ans. Nous dénombrons 86 MK (soit 39,6%) diplômés entre 2011 et 2018 et 44 MK (soit 55,3%) diplômés de la réforme de 2015 à 2018.
- Plus nombreux à avoir suivi une ou plusieurs formations en lien avec la traumatologie. Nous comptons 92 MK (soit 43%) qui ont suivi une formation.
- Plus informés sur la capacité du MK à utiliser l'échographie en cabinet. 143 MK (soit 38,5%) avaient cette référence.
- Une majorité, avec 111 MK (soit 48,3%), à utiliser les bases de données scientifiques (PubMed, Scopus, ScienceDirect, PEDRO, Cochrane, etc) pour se tenir régulièrement informés des avancées de la profession.
- Absents de la catégorie « Je n'ai jamais eu connaissance des notions de drapeaux rouges, de drapeaux jaunes, de lésions associées ou de diagnostics différentiels ».
- Plus nombreux à avoir eu notion de la possibilité pour le MK de prendre en charge en accès direct les entorses de la cheville. 162 MK (soit 37,7%) déclarent avoir eu connaissance de l'accès direct pour le MK avant cette enquête.
- Plus nombreux, 158 MK (soit 41%) à se sentir capables de prendre en charge une entorse de la cheville en accès direct et à consentir à aménager leur planning afin de réserver des créneaux spéciaux pour la prise en charge en accès direct avec 152 MK exprimant cette volonté (soit 39,3%). 159 MK (soit 36,3%) se déclarent plus intéressés par une formation leur ouvrant l'accès direct en cabinet libéral.

Dans le tableau ci-dessous, ne seront retranscrits que les résultats concernant les catégories de MK ayant obtenu une note  $> 6$  points. La catégorie de MK avec une note  $< 6$  points n'étant composée que d'une seule personne, nous avons fait le choix de ne pas la faire figurer dans ce tableau.

Questions	Réponses possibles	MK avec des notes entre 6 et 11 points		MK avec des notes entre 12 et 17 points		MK avec des notes $\geq 18$ points		p-value $\chi^2$
		Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Année d'obtention du diplôme d'Etat de MK	Avant 2000	20*	28,6%*	32	45,7%	8*	11,4%*	$p < 0,01$ $\chi^2 = 165,85$
	2011 - 2018	8*	3,7%*	122	56,2%	86*	39,6%*	
	Après 2018	0*	0*	34	44,7%	42*	55,3%*	
Réalisation de formation(s) en lien avec la traumatologie	Oui	17*	7,9%*	105	49,1%	92*	43%*	$p < 0,01$ $\chi^2 = 13,32$
	Non	37*	13,8%*	154	57,5%	76*	28,4%*	
Connaissances sur le droit à la réalisation d'échographies	Bonne réponse	28*	7,5%*	200	53,9%	143*	38,5%*	$p < 0,01$ $\chi^2 = 37,42$
Moyens d'informations utilisés par le MK	Consultation des bases de données scientifiques	7*	3,0%*	111	48,3%	111*	48,3%*	$p < 0,01$ $\chi^2 = 36,69$
Familiarisation avec les notions essentielles de l'accès direct	Aucune connaissance des notions précédentes	24*	53,3%*	21	46,7%	0*	0*	$p < 0,01$ $\chi^2 = 258,06$
Connaissance de la possibilité d'accès direct pour le MK	Oui	45	7,9%	222*	51,6%*	162*	37,7%*	$p < 0,01$ $\chi^2 = 14,44$
	Non	9	13,8%	37*	71,2%*	6*	11,5%*	
Sentiment du MK sur sa capacité à prendre en charge une ELC en accès direct ce jour	Oui	33*	8,6%*	193*	50,1%*	158*	41%*	$p < 0,01$ $\chi^2 = 37,70$
	Non	21*	21,6%*	66*	68,0%*	10*	10,3%*	
Volonté du MK à aménager son agenda pour réserver des créneaux à l'accès direct	Oui	39	10,1%	195*	50,4%*	152*	39,3%*	$p < 0,01$ $\chi^2 = 17,38$
	Non	14	15,4%	62*	68,1%*	15*	16,5%*	
Intérêt du MK pour une formation afin de pouvoir prendre en charge en accès direct	Oui	47	10,7%	232	53,0%	159*	36,3%*	$p < 0,01$ $\chi^2 = 14,96$
	Non	6	15,0%	25	62,5%	8*	20,0%*	

Légende : **Chiffre\*** = résultats significatifs ( $p < 0,05$ )

**Chiffre\*** = résultats significatifs et principaux

Tableau 10 : Table de croisement entre le niveau des MK et leurs réponses à certaines questions

# Discussion

---

## 1. Les résultats marquants

L'objectif de notre travail était de déterminer si les MK français se sentaient prêts à accueillir l'accès direct en prenant comme pathologie de référence l'entorse de la cheville. Le terme de « prêts » peut être interprété de deux façons :

- Les MK sont-ils prêts de par leurs connaissances sur les notions clés de l'accès direct (drapeaux rouges, lésions associées, drapeaux jaunes et diagnostic différentiel) et sur la pathologie de l'entorse de cheville (sa physiopathologie, son bilan et son traitement) ?
  - Cela représente notre objectif principal. Pour répondre à cet objectif nous avons réalisé une évaluation au cours de notre questionnaire [Tableau 7 et Figure 7].
- Les MK sont-ils prêts à mettre en place l'accès direct, ont-ils l'envie et la motivation nécessaires ?
  - Cela représente notre objectif secondaire [Figure 10 à Figure 15 et Tableau 9]. Pour répondre à cet objectif, nous avons posé des questions fermées et nous avons également ajouté une partie d'expression libre et non-obligatoire, pour que ceux qui le souhaitent, puissent nous faire part de leurs remarques et questionnements concernant l'accès direct.

### 1.1. Être « prêts » : avoir les connaissances suffisantes pour l'accès direct

Dans l'évaluation que nous avons mise en place dans notre enquête, nous remarquons que pour plus de 80% des questions, la bonne réponse a été majoritairement donnée. Cependant pour quatre questions nous observons une quantité de bonnes réponses largement inférieure au reste de l'évaluation. Nous avons recherché ce qui a pu causer cette abondance de réponses fausses.

La question 6 : « A quel moment est-il plus opportun de réaliser un bilan de la cheville traumatique ? », nous observons que 49% des participants n'ont pas donné la bonne réponse. Il est possible que nous souffrions d'un manque de précision dans la tournure de la question. En effet, dans cette question nous ne précisons pas si nous parlons du bilan ligamentaire ou du bilan d'élimination des drapeaux rouges. De ce fait, il peut être difficile pour le MK de donner une réponse correcte sans cette précision car, si le bilan ligamentaire doit être réalisé à distance du moment de la blessure aux alentours de J4 – J6, le bilan d'élimination des drapeaux rouges doit lui se réaliser immédiatement après la blessure (55). Nous pouvons

imaginer que le taux de réussite à cette question serait supérieur si la formulation de cette question avait été plus précise en ajoutant la notion de « bilan ligamentaire ».

La question 10 : « Parmi les lésions suivantes lesquelles peuvent être associées à une entorse latérale de la cheville ? La rupture du tendon d'Achille : », nous observons que 22,2% des participants n'ont pas donné la bonne réponse. En effet, nous savons qu'environ 25% des ruptures aiguës du tendon d'Achille peuvent passer pour des lésions autres comme une entorse de la cheville ou une fracture (83,84). Il est également renseigné l'importance d'éliminer cette lésion dans le détail du protocole d'accès direct pour l'entorse de la cheville accepté au Journal Officiel le 8 mars 2020 (2).

La question 13 : « Les critères d'Ottawa concernent les patients d'un âge : », nous observons 25,7% des participants n'ont pas donné la bonne réponse. La plupart ont choisi l'item « Âge de 18 à 55 ans ». Or, les dernières parutions internationales font état d'une validité des critères d'Ottawa pour toute personne de plus de 5 ans (58,59). Cependant, il est important de noter que dans une récente publication sur le site de l'Ordre des MK datant du 12 mars 2020, il est noté qu'un âge < 18 ans ou > 55 ans représente un critère d'exclusion de bilan de la cheville traumatique <sup>11</sup>. Ceci a pu induire en erreur les MK participant à l'étude.

La question 19 : « Parmi les attitudes suivantes, lesquelles sont à adopter en pré-diagnostic d'une blessure des tissus mous : La cryothérapie ? », nous observons que 20,3% des participants n'ont pas la bonne réponse. De nombreuses études récentes prônent l'utilisation de la heat therapy (application de chaleur) à la place de la cryothérapie en cas de blessures aiguës (85–88). D'ailleurs le nouveau protocole PEACE&LOVE ne fait plus état de l'utilisation de la cryothérapie comme le faisait avant lui ses prédécesseurs (RICE, PRICE et POLICE) (79).

Mises à part ces quatre questions ayant mis en difficulté les MK participant à notre étude, nous observons un taux de réussite supérieur à 80% pour 14 questions sur les 24 que comptent cette évaluation. Ce résultat montre que la plupart des MK, avec une formation courte complémentaire, seraient dans la capacité de prendre en charge un patient souffrant d'une entorse de la cheville en accès direct.

## **1.2. Être « prêts » : ressenti, envie et motivation pour la mise en place de l'accès direct**

Dans l'optique d'un entretien avec Madame Pascale Mathieu, présidente du conseil national de l'Ordre des MK, nous avons ajouté une question ouverte à réponse non obligatoire à la fin de notre questionnaire. Cette question portait le titre : « Cet espace est réservé à vos question(s) / remarque(s) concernant l'accès direct à la fin de ce questionnaire : ».

---

<sup>11</sup> : <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/avec-les-premiers-protocoles-de-cooperation-laccès-direct-au-kinesithérapeute-bientot-possible/>

Nous dénombrons 109 réponses à cette partie du questionnaire, soit environ 20% de répondants sur l'effectif total de MK. Nous avons réalisé une analyse commentaire par commentaire du sentiment général se dégageant du message. Nous dénombrons une majorité de commentaires positifs, mais les questionnements sont également très représentés [Tableau 11].

<b>Sentiment général du commentaire</b>						
	<i>Positif</i>	<i>Positif mais avec remarques ou questionnements</i>	<i>Questionnement</i>	<i>Négatif</i>	<i>Autres (encouragements, mails pour suivi...)</i>	
<b>Effectif</b>	26	17	29	10	27	<b>Total = 109 MK</b>

Tableau 11 : Analyse des commentaires des MK répondant à la question non-obligatoire

Parmi les questionnements évoqués dans les commentaires, les sujets les plus cités par les MK étaient :

- La **formation**, qu'elle soit initiale ou complémentaire au diplôme d'État. Les mots entrant dans le corpus du thème de la formation reviennent dans 44% des réponses avec 48 citations.
- La possibilité réelle de mise en place dans des cabinets avec des **délais d'attente importants** et des **emplois du temps souvent surchargés**. Les mots concernant l'organisation temporelle du cabinet : « temps », « attente(s) », « place(s) », « agenda(s) », « surchargé(s) » et « créneau(x) » sont évoqués dans 23,9% des réponses avec 26 citations.
- Les remarques concernant le **milieu médical** dans 19,3% des réponses avec 21 citations.

Nous constatons que la rémunération, le remboursement et la responsabilité professionnelle sont également exprimés par certains MK dans notre espace de réponse libre, mais dans une moindre mesure comparativement aux sujets précédents.

Le Conseil National de l'Ordre des MK a publié sur son site le 21 novembre 2019, un article faisant part des avis, commentaires et sentiments des MK concernant le communiqué de presse d'Agnès Buzyn sur l'accès direct aux MK, sorti deux mois plus tôt. Lorsque nous reprenons les résultats obtenus par l'Ordre des MK et les résultats de notre enquête, nous observons des similitudes <sup>12</sup> [Tableau 12].

<b>Sujets abordés</b>	<b>Résultats de l'enquête de l'Ordre des MK</b>	<b>Résultats de notre enquête par questionnaire</b>
<i>Avis des MK sur l'accès direct</i>	Près de <b>90%</b> des répondants s'inscrivent <b>en faveur de l'accès direct</b>	Plus de <b>80%</b> des salariés et <b>90%</b> des libéraux seraient <b>intéressés par une formation</b> sur l'accès direct. Plus de <b>80%</b> des MK seraient <b>prêts à aménager leur agenda</b> pour réserver des créneaux à l'accès direct en cabinet. Prédominance de la <b>connotation positive</b> des commentaires sur l'accès direct par rapport à la connotation négative ( <b>45,9%</b> contre 18,4%)
<i>Craintes et questionnements formulés par les MK sur l'accès direct</i>	<b>Formation</b> <b>Saturation</b> des cabinets <b>Prescription</b> d'imageries, de médicaments et d'arrêts de travail <b>Valorisation</b> et <b>remboursement</b>	<b>Formation</b> <b>Délais d'attente</b> et <b>surcharge</b> des cabinets Questionnements concernant le <b>milieu médical</b> (leurs avis, chevauchement de compétences...) <b>Rémunération</b> et <b>remboursement</b> <b>Responsabilité professionnelle</b>

Tableau 12 : Comparaison des résultats de notre enquête avec ceux de l'Ordre des MK recueillant l'avis des MK sur l'accès direct

## 2. L'intérêt de l'étude

Nous avons débuté ce travail durant notre deuxième année de formation en masso-kinésithérapie en juin 2018. La rédaction de notre cadre théorique a débuté autour de la problématique suivante : « Peut-on envisager un accès direct en France à l'image des pays Anglo-saxons ? ». Au fur et à mesure des avancées du gouvernement et de l'Ordre des MK sur l'accès direct, nous avons fait évoluer notre sujet vers cette problématique: « Les masseurs-kinésithérapeutes sont-ils prêts à prendre en charge une entorse de la cheville en accès direct ? ».

<sup>12</sup> : <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/acces-direct-les-avis-des-kines/>

Pendant cette dernière année de formation, nous avons assisté à plusieurs interventions sur le thème de l'accès direct aux MK : une intervention sur l'examen clinique de la cheville lors du congrès de rééducation de l'ILFOMER à Limoges en octobre 2019, un WorkShop : « L'accès direct en kinésithérapie » à Nancy en novembre 2019 et plusieurs interventions, dont la réalisation d'un travail pratique sur les red flags au CIFEPK à Bordeaux en mars 2020.

Le 8 mars 2020, sont parus au Journal Officiel deux protocoles permettant la mise en place de l'accès direct sur le terrain dans des maisons pluri-disciplinaires pour la lombalgie aiguë et l'entorse de la cheville.

En dehors de notre profession de MK, nous observons que toutes les professions paramédicales se voient attribuer de nouvelles compétences professionnelles. Parmi celles-ci, nous pouvons citer l'extension des compétences des sages-femmes à l'IVG en 2016 ou plus récemment la reconnaissance de pratiques avancées pour le personnel infirmier en 2018. Ces nouvelles affectations professionnelles sont mises en place dans le but d'aider le personnel médical face aux nouveaux enjeux de santé publique : le vieillissement de la population, l'expansion des maladies chroniques, la crise de l'hôpital public ou plus récemment la crise sanitaire.

### **3. La possibilité de généralisation**

Nous n'avons aucun critère d'exclusion à la réalisation de cette étude. Nous avons toutefois décidé de ne pas accorder d'accès à la partie du questionnaire dédiée à l'évaluation des connaissances sur l'entorse de la cheville aux MK salariés car ils ne sont, pour l'instant, pas intégrés dans les discussions sur l'accès direct. Cependant, nous avons recueilli leur avis car, dans le modèle anglo-saxon d'accès direct les MK sont entrés dans les services d'urgences pour réaliser des triages de patients et des prises en charge en première intention.

Dans notre partie méthodologie de recherche, nous avons calculé qu'il nous fallait un minimum de 383 réponses afin de pouvoir extrapoler nos résultats à la population générale des MK français. Nous avons dépassé ce chiffre pour atteindre 518 réponses.

Sur les 95 000 MK français, nous comptons 86% de professionnels libéraux et 14% de professionnels salariés. Sur nos 518 participants, nous comptons 90% de MK libéraux (soit 466 participants) et 10% de MK salariés, mixtes ou entrant dans la catégorie « autres » (soit 52 participants). Nous pouvons conclure que nos proportions se rapprochent de celles de la population mère, ce qui apporte un intérêt supplémentaire à notre étude et une possibilité de généralisation de nos résultats à la globalité des MK français.

## 4. Les limites et les biais

Lors de la création de notre questionnaire nous avons fait en sorte de contrôler les biais. Pour cela nous avons exclu l'utilisation de doubles négations, réduit au maximum la longueur des intitulés de nos questions, précisé le plus possible nos items pour ne pas mettre en difficulté les participants à l'enquête. Nous avons également évité d'orienter nos questions vers une réponse en particulier (89).

### 4.1. Les abandons à l'étude

Nous notons un grand nombre d'abandons à notre enquête avec 848 abandons pour 518 réponses. Nous dénombrons 505 abandons en cours de saisie et 343 dès la lecture de la page de présentation du questionnaire.

Pour les participants ayant immédiatement abandonné, nous pouvons présumer un manque d'intérêt pour le sujet, un manque de temps pour la réalisation du questionnaire, mais aussi la possibilité que des étudiants aient accédé à cette page mais n'aient pas pu répondre car non-diplômés.

Pour les participants ayant abandonné en cours de saisie, nous pouvons supposer un sentiment de mise en difficulté par notre évaluation des connaissances. A la fin de notre enquête, dans la partie d'expression libre et non obligatoire, plusieurs MK nous ont fait part de la gêne ressentie lors de la saisie :

- « Les questions étaient assez pointues. Je ne pense pas du tout avoir bien répondu. Je m'interroge donc sur ma capacité à prendre en charge une entorse en accès direct. Même si je m'en sentais capable après 7 ans de pratique. »
- « C'est un questionnaire à visée des kinés bien formés. Les kinés non formés ne sauront pas répondre. »
- « Bon questionnaire qui nous interroge notre capacité à nous responsabiliser face à une lésion sur laquelle aucun diagnostic n'a été posé. »

Nous ne pouvons avancer que des hypothèses sans recherches plus approfondies sur les causes de ces abandons.

### 4.2. Les biais méthodologiques

La mauvaise formulation de nos questions ou de nos items ont pu causer des difficultés et des réponses incorrectes chez des MK qui ont pourtant les bonnes connaissances. Nous avons notamment relevé que la question 6 de notre évaluation, sur le moment propice au bilan de la cheville traumatique, manquait de précisions (90). Ce biais a pu être observé dans d'autres questions.

Le biais de sélection fait également parti des biais méthodologiques. Les sondages en ligne sont généralement non probabilistes, c'est-à-dire que leur échantillon n'est pas contrôlé. En effet, on ne sait pas qui peut y répondre ou qui y répond vraiment (91). Pourtant, nous avons sélectionné des groupes censés être composé exclusivement de MK, mais l'accès à ces groupes ne demandant pas de justifications professionnelles, nous ne pouvons pas être sûrs de la population composant réellement ces groupes. Un échantillon probabiliste est constitué d'individus choisis et ciblés de manière à représenter proportionnellement la population générale et les minorités, et où chaque individu doit avoir exactement la même chance que les autres de participer à l'enquête. Or, en ayant privilégié la diffusion par réseaux sociaux, nous avons forcément mis de côté une population non équipée ou familiarisé avec les réseaux sociaux ou une population plus âgée. Concernant l'âge de nos participants, nous obtenons 421 MK avec un âge inférieur à 40 ans soit 80% de répondants. Le dernier rapport démographique de l'Ordre des MK datant de 2017 dénombrait 45141 MK avec un âge inférieur à 40 ans soit 53% de la population totale des MK Français en 2017. Nous ne sommes pas en concordance avec le profil des MK de la population générale. Le profil de nos participants en terme d'âge ne correspond pas aux chiffres de globalité des MK français. Cependant, en terme de parité homme / femme et de proportion de MK libéraux, nous sommes proches des chiffres du rapport démographique.

L'effet de primauté et l'effet de récence ont également pu entrer en compte. Ils correspondent respectivement à un intérêt plus grand pour le début et pour la fin de l'enquête (90). Or notre évaluation des connaissances se situait au milieu de notre questionnaire et le recueil d'avis des MK à la fin. Ces positions dans le questionnaire ont pu souffrir de variations de l'intérêt du MK au cours de la saisie.

Notre évaluation peut également entrer dans les biais méthodologiques. Nous avons choisi de façon arbitraire les questions qui nous semblaient pertinentes dans la prise en charge de l'entorse de cheville en accès direct. Ce choix a été motivé par le fait qu'aucune évaluation standardisée ne permettait le recueil de ces informations. De plus, nous avons fixé, arbitrairement là aussi, le seuil à partir duquel un MK est considéré comme ayant de « bonnes connaissances » en matière d'accès direct. Ce seuil a été établi à 75% de réponses correctes, soit une note de 18 points sur les 24 que compte notre évaluation. Le barème et la pondération apportés à chacune des questions résultent également d'un choix arbitraire. Nous avons fait le choix d'accorder 1 point pour une réponse correcte et 0 point pour une réponse incorrecte. Pour améliorer la certitude des résultats sur les connaissances des MK, nous aurions pu mettre en place une pondération du barème en fonction de l'importance des questions.

Par exemple, nous aurions pu considérer que la connaissance des critères d'Ottawa dans une prise en charge d'une entorse de la cheville en accès direct serait primordiale, et donc accorder 2 points en cas de bonne réponse et au contraire – 2 points en cas de réponse incorrecte.

#### **4.3. Les biais affectifs**

Lors de la réalisation du questionnaire, des biais affectifs ont pu être observés. L'état émotionnel dans lequel le participant se trouve pendant la saisie est un de ces biais. Nous pensons que certains professionnels ont pu se sentir jugés, notamment lors de notre partie d'évaluation des connaissances, et que cela a pu perturber la saisie de leurs réponses. Nous pouvons imaginer que *la désirabilité sociale*, l'envie de se montrer sous un jour positif et de se ranger à la majorité, a pu aussi intervenir dans les réponses données. Cela concerne les MK qui ont donné la réponse qu'ils savent juste, mais qui n'est pas celle qui correspond à ce qu'ils font en réalité.

#### **4.4. Les biais d'analyse par l'administrateur**

Ce type de biais a pu entrer en compte notamment dans le traitement des réponses ouvertes et de la partie d'expression libre : parmi ceux-ci, le biais de similarité et le biais de différence. Ces biais sont le fait de considérer plus favorablement une personne qui nous ressemble et qui a des avis concordants avec les nôtres. Pour limiter ce biais, nous aurions pu réaliser une analyse en groupe et comparer les résultats de chaque partie du groupe.

### **5. La projection**

La continuité de ce travail est déjà en cours d'exécution. En effet, depuis le 8 mars 2020 et la parution au Journal Officiel des protocoles d'accès direct sur le terrain, il est possible de recueillir l'avis des MK acteurs de ce nouveau modèle de prise en charge du patient souffrant d'une entorse de la cheville ou d'une lombalgie aiguë. Il serait intéressant d'effectuer un suivi du personnel au sein des structures pluri-professionnelles accueillant cet accès direct et ce tout au long du projet, afin de recueillir les sentiments des MK, ceux des autres professionnels, le degré de satisfaction des patients sur leur prise en charge, la réussite ou l'échec de l'extension de la prescription du MK à la radiographie, aux antalgiques et aux arrêts de travail...

Nous sommes convaincus que ce recueil de données ne ferait que confirmer les résultats déjà obtenus dans les pays où l'accès direct est une réalité depuis plusieurs années et que cela permettrait d'accélérer l'arrivée de l'accès direct dans toutes les régions de France.

Nous avons réalisé un entretien téléphonique avec Madame Pascale Mathieu, actuelle présidente du Conseil National de l'Ordre des MK le 31 mars dernier. Lors de cet entretien, nous avons recueilli des informations supplémentaires concernant l'accès direct et nous avons évoqué les craintes et remarques des professionnels sur cette mesure. Les questions ont été choisies parmi les sujets les plus évoqués lors de l'analyse des résultats de la partie « question(s) / remarque(s) concernant l'accès direct » à la fin de notre questionnaire. Nous avons envoyé nos résultats à Madame Pascale Mathieu qui a exprimé sa volonté d'être tenue au courant des résultats finaux. Dans l'analyse des commentaires des MK, nous avons remarqué que de nombreux kinés font part de leur souhait d'obtenir ce travail à la fin de la rédaction et d'une volonté de diffusion plus large aux Conseils Départementaux de l'Ordre des MK par exemple.

## Conclusion

---

L'ELC fait partie des pathologies courantes participant aux surcharges des services d'urgences. Cette pathologie semblant bénigne de prime abord peut devenir problématique causant, en cas de répétitions des épisodes d'entorses, une ICC et une arthrose précoce de la cheville.

Avec ce travail, nous avons cherché à déterminer le rôle que pourrait jouer le MK dans la prise en charge de cette affection. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les nombreuses données de la littérature étrangères faisant état de résultats concluants sur l'accès direct, à défaut d'avoir des données françaises pour le moment. Cependant, avec le projet de mise en place de l'accès direct sur le terrain dans des structures pluri professionnelles de la région Auvergne-Rhône-Alpes, nous percevons l'espoir d'obtenir les mêmes résultats concluants que ceux de la littérature étrangère.

Il faudra également écouter et prendre en compte les avis des MK sur cette nouveauté car, même si la plupart se disent favorables et réjouis de voir leur profession s'autonomiser, nous avons observé dans notre enquête des craintes voir des réticences à la mise en place à l'heure actuelle de l'accès direct. Ces MK plus hésitants devront recevoir les réponses qu'ils attendent sur la formation demandée, la responsabilité engagée en cas d'erreurs, la rémunération, la gestion de leur emploi du temps en y intégrant les patients d'accès direct, etc.

Après l'évaluation des résultats des protocoles acceptés par l'HAS et les explications nécessaires par rassurer les MK français, nous ne voyons pas d'obstacles à l'intégration de la prise en charge en accès direct aux compétences du MK.

## Références bibliographiques

---

1. Conseil National de l'Ordre. Communiqué de presse : Crise des urgences : Agnès Buzyn annonce un accès direct aux kinésithérapeutes pour la lombalgie aiguë et les entorses de cheville. 2019.
2. Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics. Protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le MK dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ». 2020.
3. Remondière R, Durafourg M-P. L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France. Santé Publique. 2014;26(5):669.
4. Kinépointpresse. Kinépointpresse : Améliorer l'accès aux soins avec l'accès direct aux paramédicaux - Mission urgenes : rencontre avec Thomas MESNIER. sept 2019;(57):6.
5. ORDREMK. Le référentiel de la profession de MK. 2013.
6. Judith MATHARAN, Julie MICHEAU, Elsa RIGAL. Etudes : Le métier de masseur-kinésithérapeute. 2009 sept.
7. Aotearoa New Zealand. Physiotherapy practice thresholds in Australia & Aotearoa New Zealand. 2015.
8. McMeeken J. La physiothérapie en Australie. Kinésithérapie, la Revue. oct 2008;8(82):36-44.
9. McMeeken J, Webb G, Krause K-L, Grant R, Garnett R. Learning outcomes and curriculum development in Australian physiotherapy education. :89.
10. State of Victoria. Advanced Musculoskeletal Physiotherapy Clinical Education Framework. 2014.
11. Ferreira GE, Traeger AC, O'Keeffe M, Maher CG. Staff and patients have mostly positive perceptions of physiotherapists working in emergency departments: a systematic review. J Physiother. oct 2018;64(4):229-36.
12. Taylor NF, Norman E, Roddy L, Tang C, Pagram A, Hearn K. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. Physiotherapy. juin 2011;97(2):107-14.
13. Gill SD, Stella J, McManus L. Consumer preferences regarding physiotherapy practitioners and nurse practitioners in emergency departments - a qualitative investigation. J Interprof Care. 26 oct 2018;1-7.
14. Harding P, Prescott J, Block L, O'Flynn AM, Burge AT. Patient experience of expanded-scope-of-practice musculoskeletal physiotherapy in the emergency department: a qualitative study. Aust Health Rev. juin 2015;39(3):283-9.
15. McClellan CM, Greenwood R, Bengler JR. Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department. Emerg Med J. mai 2006;23(5):384-7.
16. Jibuike OO, Paul-Taylor G, Maulvi S, Richmond P, Fairclough J. Management of soft tissue knee injuries in an accident and emergency department: the effect of the introduction of a physiotherapy practitioner. Emerg Med J. janv 2003;20(1):37-9.

17. Goodman D, Harvey D, Cavanagh T, Nieman R. Implementation of an expanded-scope-of-practice physiotherapist role in a regional hospital emergency department. *Rural Remote Health*. 2018;18(2):4212.
18. Sutton M, Govier A, Prince S, Morphett M. Primary-contact physiotherapists manage a minor trauma caseload in the emergency department without misdiagnoses or adverse events: an observational study. *J Physiother*. avr 2015;61(2):77-80.
19. Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: an observational study. *J Physiother*. oct 2016;62(4):209-14.
20. Kinsella R, Collins T, Shaw B, Sayer J, Cary B, Walby A, et al. Management of patients brought in by ambulance to the emergency department: role of the Advanced Musculoskeletal Physiotherapist. *Aust Health Rev*. juin 2018;42(3):309-15.
21. Morris J, Vine K, Grimmer K. Evaluation of performance quality of an advanced scope physiotherapy role in a hospital emergency department. *Patient Relat Outcome Meas*. 2015;6:191-203.
22. Victorian Department of Health. *Review of Primary Contact Physiotherapy Services*. 2010.
23. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. *Loi de modernisation de notre système de santé*. 2016.
24. Conseil National de l'Ordre. *Discours d'ouverture et présentation des enjeux du colloque « Osons l'accès direct »*. 2017.
25. Conseil National de l'Ordre. *Note juridique : Accès direct au kinésithérapeute et comment bénéficier de soins de kinésithérapie sans prescription médicale : le cas de l'urgence*. 2017.
26. Mangot A. *L'accès direct en France : avis des masseurs-kinésithérapeutes libéraux concernant un besoin de formation quant à sa mise en place. Étude exploratoire*. *Kinésithérapie, la Revue*. déc 2019;19(216):13-7.
27. Hery-Goisnard M, Panchout É, Hoarau S, Desneux M, Langlais L. *Accès direct au MK : l'avis des usagers du système de santé français. Étude exploratoire*. *Kinésithérapie, la Revue*. déc 2019;19(216):33-8.
28. Vallet É. *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*. déc 2019;19(216):24-7.
29. 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*. janv 2014;44(1):123-40.
30. Roos KG, Kerr ZY, Mauntel TC, Djoko A, Dompier TP, Wikstrom EA. The Epidemiology of Lateral Ligament Complex Ankle Sprains in National Collegiate Athletic Association Sports. *Am J Sports Med*. janv 2017;45(1):201-9.
31. Kamina P. *Anatomie clinique*. 2009.
32. Michel Dufour, Karine Langlois, Michel Pillu, Santiago Del Valle Acedo. *Biomécanique fonctionnelle : Membres - Tête - Tronc*. S.l.: ELSEVIER-MASSON; 2017.

33. Beckenkamp PR, Lin C-WC, Macaskill P, Michaleff ZA, Maher CG, Moseley AM. Diagnostic accuracy of the Ottawa Ankle and Midfoot Rules: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med.* mars 2017;51(6):504-10.
34. Søndergaard L, Konradsen L, Hølmer P, Jørgensen LN, Nielsen PT. Acute midtarsal sprains: frequency and course of recovery. *Foot Ankle Int.* avr 1996;17(4):195-9.
35. Fraser JJ, Saliba SA, Hart JM, Park JS, Hertel J. Effects of midfoot joint mobilization on ankle-foot morphology and function following acute ankle sprain. A crossover clinical trial. *Musculoskelet Sci Pract.* avr 2020;46:102130.
36. Leemrijse T, Besse J-L, Devos Bevernage B, Valtin B, Barnaud A, Lengelé B. *Pathologie du pied et de la cheville.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2015.
37. Tourné Y. *La cheville instable: de l'entorse récente à l'instabilité chronique.* 2015.
38. Jordan M, Thomas M, Elser F, Fischer W. [Injuries of the medial collateral ligament and spring ligament complexes]. *Unfallchirurg.* sept 2018;121(9):704-14.
39. Jennings MM, Christensen JC. The effects of sectioning the spring ligament on rearfoot stability and posterior tibial tendon efficiency. *J Foot Ankle Surg.* juin 2008;47(3):219-24.
40. Bendahou M, Saidi K, Besch S, Khiami F. *Traumatisme de la cheville.* 2013.
41. Clark VM, Burden AM. A 4-week wobble board exercise programme improved muscle onset latency and perceived stability in individuals with a functionally unstable ankle. *Physical Therapy in Sport.* nov 2005;6(4):181-7.
42. Löfvenberg R, Kärrholm J, Sundelin G, Ahlgren O. Prolonged reaction time in patients with chronic lateral instability of the ankle. *Am J Sports Med.* août 1995;23(4):414-7.
43. Rodrigues KA, Brazão JC, César BM, Ozaki EH, Almeida R de S, Soares RJ, et al. A fadiga influencia a resposta dos músculos eversores após a simulação de uma entorse do tornozelo? *Rev Bras Med Esporte.* févr 2015;21(1):8-11.
44. Rodrigues KA, Soares RJ, Tomazini JE. The influence of fatigue in evtor muscles during lateral ankle sprain. *Foot (Edinb).* sept 2019;40:98-104.
45. Gribble PA, Bleakley CM, Caulfield BM, Docherty CL, Fourchet F, Fong DT-P, et al. Evidence review for the 2016 International Ankle Consortium consensus statement on the prevalence, impact and long-term consequences of lateral ankle sprains. *Br J Sports Med.* déc 2016;50(24):1496-505.
46. Delahunt E, Bleakley CM, Bossard DS, Caulfield BM, Docherty CL, Doherty C, et al. Clinical assessment of acute lateral ankle sprain injuries (ROAST): 2019 consensus statement and recommendations of the International Ankle Consortium. *British Journal of Sports Medicine.* oct 2018;52(20):1304-10.
47. Hiller CE, Nightingale EJ, Raymond J, Kilbreath SL, Burns J, Black DA, et al. Prevalence and impact of chronic musculoskeletal ankle disorders in the community. *Arch Phys Med Rehabil.* oct 2012;93(10):1801-7.
48. Cooke MW, Lamb SE, Marsh J, Dale J. A survey of current consultant practice of treatment of severe ankle sprains in emergency departments in the United Kingdom. *Emerg Med J.* nov 2003;20(6):505-7.
49. Hølmer P, Søndergaard L, Konradsen L, Nielsen PT, Jørgensen LN. Epidemiology of sprains in the lateral ankle and foot. *Foot Ankle Int.* févr 1994;15(2):72-4.

50. Feger MA, Glaviano NR, Donovan L, Hart JM, Saliba SA, Park JS, et al. Current Trends in the Management of Lateral Ankle Sprain in the United States. *Clin J Sport Med.* mars 2017;27(2):145-52.
51. Gribble PA, Delahunt E, Bleakley CM, Caulfield B, Docherty CL, Fong DT-P, et al. Selection criteria for patients with chronic ankle instability in controlled research: a position statement of the International Ankle Consortium. *J Athl Train.* févr 2014;49(1):121-7.
52. Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Recovery From a First-Time Lateral Ankle Sprain and the Predictors of Chronic Ankle Instability: A Prospective Cohort Analysis. *Am J Sports Med.* avr 2016;44(4):995-1003.
53. Hertel J, Corbett RO. An Updated Model of Chronic Ankle Instability. *J Athl Train.* juin 2019;54(6):572-88.
54. Carbone A, Rodeo S. Review of current understanding of post-traumatic osteoarthritis resulting from sports injuries. *J Orthop Res.* 2017;35(3):397-405.
55. Delahunt E, Bleakley CM, Bossard DS, Caulfield BM, Docherty CL, Doherty C, et al. Clinical assessment of acute lateral ankle sprain injuries (ROAST): 2019 consensus statement and recommendations of the International Ankle Consortium. *Br J Sports Med.* oct 2018;52(20):1304-10.
56. Heyworth J. Ottawa ankle rules for the injured ankle. *BMJ.* 22 févr 2003;326(7386):405-6.
57. Stiell IG, Greenberg GH, McKnight RD, Nair RC, McDowell I, Reardon M, et al. Decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. Refinement and prospective validation. *JAMA.* 3 mars 1993;269(9):1127-32.
58. Barelds I, Krijnen WP, van de Leur JP, van der Schans CP, Goddard RJ. Diagnostic Accuracy of Clinical Decision Rules to Exclude Fractures in Acute Ankle Injuries: Systematic Review and Meta-analysis. *J Emerg Med.* sept 2017;53(3):353-68.
59. Dowling S, Spooner CH, Liang Y, Dryden DM, Friesen C, Klassen TP, et al. Accuracy of Ottawa Ankle Rules to exclude fractures of the ankle and midfoot in children: a meta-analysis. *Acad Emerg Med.* avr 2009;16(4):277-87.
60. Jonckheer P, Willems T, De Ridder R, Paulus D, Holdt Henningsen K, San Miguel L, et al. Evaluating fracture risk in acute ankle sprains: Any news since the Ottawa Ankle Rules? A systematic review. *Eur J Gen Pract.* 2016;22(1):31-41.
61. Eggli S, Sclabas GM, Eggli S, Zimmermann H, Exadaktylos AK. The Bernese ankle rules: a fast, reliable test after low-energy, supination-type malleolar and midfoot trauma. *J Trauma.* nov 2005;59(5):1268-71.
62. Hunt KJ, Phisitkul P, Pirolo J, Amendola A. High Ankle Sprains and Syndesmotic Injuries in Athletes. *J Am Acad Orthop Surg.* nov 2015;23(11):661-73.
63. Roemer FW, Jomaah N, Niu J, Almusa E, Roger B, D'Hooghe P, et al. Ligamentous Injuries and the Risk of Associated Tissue Damage in Acute Ankle Sprains in Athletes: A Cross-sectional MRI Study. *Am J Sports Med.* juill 2014;42(7):1549-57.
64. Waterman BR, Belmont PJ, Cameron KL, Svoboda SJ, Alitz CJ, Owens BD. Risk factors for syndesmotic and medial ankle sprain: role of sex, sport, and level of competition. *Am J Sports Med.* mai 2011;39(5):992-8.

65. Lee DA, Seidenberg PH. Ankle Sprains. In: Urgent Care Medicine Secrets [Internet]. Elsevier; 2018 [cité 5 avr 2019]. p. 243-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780323462150000410>
66. Sman AD, Hiller CE, Rae K, Linklater J, Black DA, Nicholson LL, et al. Diagnostic accuracy of clinical tests for ankle syndesmosis injury. *Br J Sports Med.* mars 2015;49(5):323-9.
67. van Dijk CN, Lim LS, Bossuyt PM, Marti RK. Physical examination is sufficient for the diagnosis of sprained ankles. *J Bone Joint Surg Br.* nov 1996;78(6):958-62.
68. Rohner-Spengler M, Mannion AF, Babst R. Reliability and minimal detectable change for the figure-of-eight-20 method of, measurement of ankle edema. *J Orthop Sports Phys Ther.* avr 2007;37(4):199-205.
69. Tatro-Adams D, McGann SF, Carbone W. Reliability of the figure-of-eight method of ankle measurement. *J Orthop Sports Phys Ther.* oct 1995;22(4):161-3.
70. Hoch MC, Staton GS, McKeon PO. Dorsiflexion range of motion significantly influences dynamic balance. *J Sci Med Sport.* janv 2011;14(1):90-2.
71. Wikstrom EA, Hubbard TJ. Talar positional fault in persons with chronic ankle instability. *Arch Phys Med Rehabil.* août 2010;91(8):1267-71.
72. Denegar CR, Hertel J, Fonseca J. The effect of lateral ankle sprain on dorsiflexion range of motion, posterior talar glide, and joint laxity. *J Orthop Sports Phys Ther.* avr 2002;32(4):166-73.
73. Arnold BL, Linens SW, de la Motte SJ, Ross SE. Concentric evolver strength differences and functional ankle instability: a meta-analysis. *J Athl Train.* déc 2009;44(6):653-62.
74. McCann RS, Crossett ID, Terada M, Kosik KB, Bolding BA, Gribble PA. Hip strength and star excursion balance test deficits of patients with chronic ankle instability. *J Sci Med Sport.* nov 2017;20(11):992-6.
75. Arnold BL, De La Motte S, Linens S, Ross SE. Ankle instability is associated with balance impairments: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc.* mai 2009;41(5):1048-62.
76. Hiller CE, Refshauge KM, Herbert RD, Kilbreath SL. Balance and recovery from a perturbation are impaired in people with functional ankle instability. *Clin J Sport Med.* juill 2007;17(4):269-75.
77. Gribble PA, Hertel J, Plisky P. Using the Star Excursion Balance Test to assess dynamic postural-control deficits and outcomes in lower extremity injury: a literature and systematic review. *J Athl Train.* juin 2012;47(3):339-57.
78. Konradsen L, Voigt M. Inversion injury biomechanics in functional ankle instability: a cadaver study of simulated gait. *Scand J Med Sci Sports.* déc 2002;12(6):329-36.
79. Dubois B, Esculier J-F. Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE. *Br J Sports Med.* 3 août 2019;
80. Singly F de. Le questionnaire. 2016.
81. Le Questionnaire dans l'enquête psycho-sociale: connaissance du problème [applications pratiques. Paris: ESF éditeur; 1993.
82. Conseil National de l'Ordre. Rapport démographique des kinésithérapeutes. 2017.

83. Movin T, Ryberg A, McBride D, et al. Acute rupture of the Achilles tendon. *FootAnkle Clin N Am*. 2005;
84. Kauwe M. Acute Achilles Tendon Rupture: Clinical Evaluation, Conservative Management, and Early Active Rehabilitation. *Clin Podiatr Med Surg*. avr 2017;34(2):229-43.
85. Kami K, Ohira T, Oishi Y, Nakajima T, Goto K, Ohira Y. Role of 72-kDa Heat Shock Protein in Heat-stimulated Regeneration of Injured Muscle in Rat. *J Histochem Cytochem*. nov 2019;67(11):791-9.
86. Kim K, Kuang S, Song Q, Gavin TP, Roseguini BT. Impact of heat therapy on recovery after eccentric exercise in humans. *J Appl Physiol*. 01 2019;126(4):965-76.
87. Kuhlenhoelter AM, Kim K, Neff D, Nie Y, Blaize AN, Wong BJ, et al. Heat therapy promotes the expression of angiogenic regulators in human skeletal muscle. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 01 2016;311(2):R377-391.
88. 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.
89. Ganassali S, Moscarola J. Protocoles d'enquête et efficacité des sondages par Internet. *Décisions marketing*. 1 janv 2004;33:63-75.
90. Centre d'Evaluation de Documentation et d'Innovation Pédagogiques (CEDIP). Les principaux biais à connaître en matières de recueil d'informations. 2014.
91. Gingras Marie-Eve et Belleau Hélène. Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : Une revue de la littérature. 2015.

## Annexes

---

Annexe I. Les référentiels d'activités et de compétences.....	81
Annexe II. Les rôles du physiothérapeute diplômé.....	82
Annexe III. Le tableau de stratification du questionnaire en fonction du type d'exercice ...	83
Annexe IV. Le détail des questions et items de notre enquête sur SPHINX .....	84
Annexe V. Les affiches de communication autour de l'accès direct.....	98

## Annexe I. Les référentiels d'activités et de compétences

<b>Référentiel d'activités</b>	
<u>Activité 1</u> : Réalisation du bilan et de l'évaluation clinique en masso-kinésithérapie	<u>Activité 2</u> : Elaboration du diagnostic masso-kinésithérapique (évaluation des facteurs de risques et de l'urgence d'une situation clinique)
<u>Activité 3</u> : Conception d'un projet thérapeutique et d'une stratégie de prise en charge clinique Elaboration et formulation d'une stratégie d'intervention en lien avec la personne, les paramètres du contexte et l'urgence de la situation	<u>Activité 4</u> : Prise en charge individuelle ou collective en masso-kinésithérapie dans différents contextes
<u>Activité 5</u> : Prévention, dépistage, conseil, éducation thérapeutique et santé publique Réalisation d'actions de préventions primaire et secondaire dans un cadre individuel et collectif	<u>Activité 6</u> : Organisation et coopération avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge d'une personne (Transmission orale ou écrite d'informations au patient, aux professionnels et institutions concernés et à l'entourage)
<u>Activité 7</u> : Gestion de projet, des ressources et management	<u>Activité 8</u> : Veille professionnelle et actions d'amélioration des pratiques professionnelles (actualisation et veille professionnelle dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins)
<u>Activité 9</u> : Recherches et études en masso-kinésithérapie	<u>Activité 10</u> : Formation et informations des futurs professionnels

<b>Référentiel de compétences</b>	
<u>Compétence 1</u> : Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic masso-kinésithérapique Apprécier dès le 1 <sup>er</sup> contact le degré d'urgence et la gravité d'un trouble et réaliser un diagnostic kinésithérapique en s'appuyant notamment sur la notion de diagnostic différentiel	<u>Compétence 2</u> : Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie adapté au patient et à sa situation Prévoir les mesures appropriées dans le champ de la masso-kinésithérapie en situation d'urgence ou de crise, en référence aux normes et protocoles existants
<u>Compétence 3</u> : Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage	<u>Compétence 4</u> : Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie
<u>Compétence 5</u> : Etablir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie	<u>Compétence 6</u> : Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie
<u>Compétence 7</u> : Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle	<u>Compétence 8</u> : Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
<u>Compétence 9</u> : Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources	<u>Compétence 10</u> : Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne ou du groupe

Compétence 11 : Former et informer les professionnels et les personnes en formation

## Annexe II. Les rôles du physiothérapeute diplômé

Role	Key competencies
	Registered physiotherapists in Australia and Aotearoa New Zealand are able to:
<b>Role 1: Physiotherapy practitioner</b>	1.1 plan and implement an efficient, effective, culturally responsive and client-centred physiotherapy assessment
	1.2 involve the client and relevant others in the planning and implementation of safe and effective physiotherapy using evidence-based practice to inform decision-making
	1.3 review the continuation of physiotherapy and facilitate the client's optimal participation in their everyday life
	1.4 advocate for clients and their rights to health care
<b>Role 2: Professional and ethical practitioner</b>	2.1 comply with legal, professional, ethical and other relevant standards, codes and guidelines
	2.2 make and act on informed and appropriate decisions about acceptable professional and ethical behaviours
	2.3 recognise the need for, and implement, appropriate strategies to manage their physical and mental health and resilience
<b>Role 3: Communicator</b>	3.1 use clear, accurate, sensitive and effective communication to support the development of trust and rapport in professional relationships with the client and relevant others
	3.2 record and effectively communicate physiotherapy assessment findings, outcomes and decisions
	3.3 deal effectively with actual and potential conflict in a proactive and constructive manner
<b>Role 4: Reflective practitioner and self-directed learner</b>	4.1 assess their practice against relevant professional benchmarks and take action to continually improve their practice
	4.2 evaluate their learning needs, engage in relevant continuing professional development and recognise when to seek professional support, including peer review
	4.3 efficiently consume and effectively apply research and commit to practice informed by best available research evidence and new knowledge
	4.4 proactively apply principles of quality improvement and risk management to practice
	4.5 recognise situations that are outside their scope of expertise or competence and take appropriate and timely action
<b>Role 5: Collaborative practitioner</b>	5.1 engage in an inclusive, collaborative, consultative, culturally responsive and client-centred model of practice
	5.2 engage in safe, effective and collaborative interprofessional practice
<b>Role 6: Educator</b>	6.1 use education to empower themselves and others
	6.2 seek opportunities to lead the education of others, including physiotherapy students, as appropriate, within the physiotherapy setting
<b>Role 7: Manager/leader</b>	7.1 organise and prioritise their workload and resources to provide safe, effective and efficient physiotherapy autonomously and, where relevant, as a team member
	7.2 lead others effectively and efficiently within relevant professional, ethical and legal frameworks

### Annexe III. Le tableau de stratification du questionnaire en fonction du type d'exercice

Parties du questionnaire	Salarié	Libéral
<u>Partie 1</u> : « Profil du masseur-kinésithérapeute »	<p>Questions communes jusqu'à la question sur le statut professionnel.</p> <p>Après cette question :</p> <p>Le salarié passera à la Partie 2</p>	<p>Après cette question :</p> <p>Le libéral sera amené à préciser son exercice et à répondre avec des questions sur les notions importantes en accès direct (drapeaux rouges, diagnostics différentiels...)</p>
<u>Partie 2</u> : « Connaissances sur la législation professionnelle »	Questions communes	
<u>Partie 3</u> : « Prise en charge d'une entorse de la cheville en premier contact »	Accès réservé aux libéraux et professionnels à l'exercice mixte	
<u>Partie 4</u> : « Avis du masseur-kinésithérapeute sur l'accès direct »	Questions communes Seules la dernière question est différente :	
	« Seriez-vous intéressé(e) par une formation afin de pouvoir prendre en charge, en service d'urgence, un patient en première intention sans prescription médicale ? »	« Seriez-vous intéressé(e) par une formation afin de pouvoir prendre en charge, dans votre cabinet libéral, un patient en première intention sans prescription médicale ? »

## *Présentation du questionnaire*



### *Les masseurs-kinésithérapeutes sont-ils prêts à prendre en charge une entorse de cheville en accès direct ?*

Chère future consœur, cher futur confrère,

Actuellement en 4<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie à l'Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Rééducation (ILFOMER) de Limoges, je souhaite réaliser dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, une enquête par questionnaire. L'objectif principal est de **déterminer la capacité actuelle des masseur-kinésithérapeutes à prendre en charge un patient en accès direct** en prenant pour exemples les patients souffrant d'entorse latérale de la cheville. Dans un second temps, je désire **recueillir l'avis des masseur-kinésithérapeutes** sur cette mesure.

Pour mener à bien mon étude, je vous adresse mon questionnaire. Ce dernier est anonyme. L'enregistrement de vos réponses ne contient aucune information permettant de vous identifier. Le questionnaire est composé de 9 à 31 questions, pour une durée moyenne de 4 à 10 minutes.

Je vous remercie par avance pour votre participation à ce travail.

Pour davantage d'informations voici mes coordonnées :

BERTE Morgane

morgane.berte@etu.unilim.fr

07. 87. 78. 20. 80

# ***Profil du masseur-kinésithérapeute***

---

***Je suis :***

Une femme

Un homme

---

***Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?***

- 20 - 29 ans
  - 30 - 39 ans
  - 40 - 49 ans
  - 50 - 59 ans
  - 60 ans et plus
- 

***Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme d'Etat ?***

- Avant 1980
  - Entre 1981 et 1990
  - Entre 1991 et 2000
  - Entre 2001 et 2010
  - Entre 2011 et 2018
  - Après 2018
- 

***Quel est votre statut professionnel actuel?***

- Salarié(e)
  - Libéral(e)
  - Mixte
  - Autres
- 

***Dans quelle région exercez-vous ?***

---

***Sélectionnez le type de zone dans laquelle vous exercez actuellement :***

- Zone sous-dotée
  - Zone intermédiaire
  - Zone sur-dotée
-

***Avez-vous réalisé une (des) formation(s) ou obtenu un (des) diplôme(s) en lien avec la traumatologie après l'obtention de votre diplôme d'Etat en masso-kinésithérapie ?***

- Oui
- Non

---

***Veillez inscrire la (les) formation(s) réalisée(s) :***

---

***Avec quel(s) élément(s) avez-vous été familiarisé(es) ?***

- Diagnostics différentiels
- Drapeaux rouges (red flag)
- Drapeaux jaunes (yellow flag)
- Lésion associée à une pathologie
- Je n'ai eu connaissance d'aucun des éléments précédents

*Plusieurs réponses possibles*

---

***Un drapeau rouge / red flag correspond à :***

- Un signal d'alerte qui en cas de positivité peut être signe d'une affection plus grave nécessitant pour le patient d'être redirigé vers un médecin
- Une affection venant s'ajouter à la lésion principale (ex : lésion nerveuse lors de luxation)
- Une évaluation où les symptômes sont proches d'une pathologie à l'autre
- Un signal d'alerte psycho-social pouvant mener à la chronicité d'une pathologie

---

***Un diagnostic différentiel correspond à :***

- Un signal d'alerte qui en cas de positivité peut être signe d'une affection plus grave nécessitant pour le patient d'être redirigé vers un médecin
- Une affection venant s'ajouter à la lésion principale (ex : lésion nerveuse lors de luxation)
- Une évaluation où les symptômes sont proches d'une pathologie à l'autre
- Un signal d'alerte psycho-social pouvant mener à la chronicité d'une pathologie

---

***Un drapeau jaune / yellow flag correspond à :***

- Un signal d'alerte qui en cas de positivité peut être signe d'une affection plus grave nécessitant pour le patient d'être redirigé vers un médecin
- Une affection venant s'ajouter à la lésion principale (ex : lésion nerveuse lors de luxation)
- Une évaluation où les symptômes sont proches d'une pathologie à l'autre
- Un signal d'alerte psycho-social pouvant mener à la chronicité d'une pathologie

### ***Une lésion associée correspond à :***

- Un signal d'alerte qui en cas de positivité peut être signe d'une affection plus grave nécessitant pour le patient d'être redirigé vers un médecin
  - Une affection venant s'ajouter à la lésion principale (ex : lésion nerveuse lors de luxation)
  - Une évaluation où les symptômes sont proches d'une pathologie à l'autre
  - Un signal d'alerte psycho-social pouvant mener à la chronicité d'une pathologie
-

# **Connaissances de la législation professionnelle**

***Au moyen de quelle(s) base(s) de donnée(s) vous tenez-vous régulièrement informés ?***

- Abonnements périodiques (KA, KS, kinésithérapie la revue...)
- Bases de données sur la littérature scientifique (PubMed, Scopus, ScienceDirect, PEDRO, Cochrane...)
- Mails de l'Ordre des Masseur-Kinésithérapeutes
- Formations payantes (K-taking, dry needling, pédiatrie, méthode Sohier, thérapie manuelle...)
- Congrès de rééducation
- Recommandations Françaises de l'HAS
- Autres

***Un masseur-kinésithérapeute ayant suivi une formation adéquate peut-il actuellement réaliser des échographies musculaires dans son cabinet ?***

- Oui, il peut même s'en servir pour poser un diagnostic.
- Oui, mais il ne peut pas s'en servir pour poser un diagnostic, seulement pour un suivi.
- Non, cette pratique est réservée au médecin.
- Je ne sais pas.

***Le masseur-kinésithérapeute possède-t-il le droit à la prescription ?***

- Oui
- Non

***Pour quel(s) type(s) de dispositif(s) le masseur-kinésithérapeute possède-t-il ce droit à la prescription ?***

Potences

Aides à la déambulation : cannes anglaises, canne en T, déambulateur...

Antalgiques de classe I

Appareil de TENS

Débitmètre de pointe

Fauteuils roulants électriques

Collier cervical de repos

Attelle d'immobilisation type AIRCAST

Glissez-déposez vos réponses ici.

### *Les physiothérapeutes anglo-saxons :*

- Ont un nombre d'années d'études équivalent à celui de la France (4 ans).
- Ne peuvent pas travailler en libéral.
- Sont présents dans les services d'urgence.
- Peuvent être consultés en première intention en cas de lésions musculo-squelettiques (entorses, luxations, lésions musculo-aponévrotiques...).
- Peuvent obtenir un doctorat en physiothérapie.
- Je ne connais pas la situation des physiothérapeutes à l'étranger

*Plusieurs réponses possibles*

---

### *Avez-vous eu connaissance de la possibilité pour le masseur-kinésithérapeute de prendre en charge une entorse de cheville en accès direct ?*

- Oui
- Non

---

## **Texte explicatif sur l'accès direct**

Le **9 septembre 2019**, l'actuelle ministre de la santé Agnès Buzyn annonçait par un communiqué de presse, **un accès direct aux MK pour les patients souffrant de lombalgie aiguë et d'entorse de cheville avant la fin de l'année 2019.**

Cette décision honore le long travail entrepris depuis plusieurs années par la présidente de l'Ordre et les élus du Conseil national sur la question de l'accès direct.

Il est maintenant demandé aux MK de s'impliquer dans cette nouvelle avancée de la profession afin de participer au **désengorgement des services d'urgence** qui sont actuellement en crise.

# **Prise en charge d'une entorse latérale de la cheville en premier contact**

Cette partie permet d'évaluer la capacité du masseur-kinésithérapeute à prendre en charge un patient souffrant d'une entorse de cheville en premier contact.

***Le ligament le plus touché lors d'une entorse latérale de la cheville est le ligament :***

- Tibio-fibulaire antéro-inférieur
- Calcanéo-fibulaire
- Talo-fibulaire antérieur
- Deltoïde

*Une seule réponse attendue*

***A quel moment est-il plus opportun de réaliser un bilan de la cheville traumatique ?***

- Immédiatement après la blessure
- J4 - J6
- J10
- J14

*Une seule réponse attendue*

***Parmi les lésions suivantes lesquelles peuvent être associées à une entorse latérale de la cheville ?***

***Le diastasis tibio-fibulaire :***

Peut être une lésion associée

Ne peut pas être une lésion associée

***La fracture du dôme du talus :***

Peut être une lésion associée

Ne peut pas être une lésion associée

***La fracture malléolaire latérale ou médiale :***

Peut être une lésion associée

Ne peut pas être une lésion associée

***La rupture du tendon d'Achille :***

Peut être une lésion associée

Ne peut pas être une lésion associée

***La luxation des tendons court et long fibulaires :***

Peut être une lésion associée

Ne peut pas être une lésion associée

***Connaissez vous les critères de la conférence d'Ottawa de 1994 ?***

- Oui
- Non

***Quelle affirmation concernant ces critères est fausse :***

- Ils peuvent être positifs en cas de lésions osseuses type fracture
- Ils permettent de déterminer le nombre de faisceaux atteints
- Ils permettent de déterminer le besoin ou non de réaliser une imagerie par radiographie
- La négativité des critères d'Ottawa font passer à 1% le risque de fracture

*Une seule réponse attendue*

***Les critères d'Ottawa concernent les patients d'un :***

- Âge > 5 ans
- Âge entre 18 ans et 55 ans

*Une seule réponse attendue*

***Les critères d'Ottawa comportent pour l'incapacité fonctionnelle :***

- Incapacité au saut pieds joints
- Incapacité à la réalisation de 4 pas
- Incapacité à la charge unipodale

*Une seule réponse attendue*

---

***Les critères d'Ottawa comportent pour la douleur du patient :***

- Elle est ressentie lors de la palpation de la tête du 1e métatarse et des pointes des malléoles
- Elle est ressentie lors de la palpation de la tête du 5e métatarse et des pointes des malléoles
- Elle est ressentie lors de la palpation du tendon achilléen

*Une seule réponse attendue*

---

***Quel est le risque principal de l'entorse de cheville à répétition :***

- Le syndrome régional complexe de type 1 (anciennement algoneurodystrophie)
- L'atrophie des muscles autour de la cheville
- L'instabilité chronique de cheville
- La perte de la capacité à la flexion dorsale active

*Une seule réponse attendue*

---

***Parmi les attitudes suivantes, lesquelles sont à adopter en pré-diagnostic d'une blessure des tissus mous :***

---

***L'élévation du membre blessé :***

Vrai

Faux

---

***L'immobilisation immédiate par une attelle type AIRCAST ou par un strap :***

Vrai

Faux

---

***La cryothérapie :***

Vrai

Faux

---

***La prise d'anti-inflammatoire :***

Vrai

Faux

***La réalisation d'un bandage compressif :***

Vrai

Faux

***Le repos strict :***

Vrai

Faux

***Le repos relatif (en fonction du ressenti du patient) :***

Vrai

Faux

***Nous recherchons :***

Une augmentation de la vascularisation au niveau de la zone blessée

Une diminution de la vascularisation au niveau de la zone blessée

***Les dernières recommandations de la HAS concernant l'entorse de cheville datent de :***

- Septembre 2019, en même temps que le communiqué de presse sur l'accès direct
- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

*Une seule réponse attendue*

***Que pensez-vous du fait d'avoir un accès direct pour une pathologie dont les dernières recommandations datent de plus de 10 ans ?***

***Actuellement, seriez-vous prêt à prendre en charge une entorse de cheville en accès direct ?***

- Oui
- Non

---

***Pour quelle(s) raison(s) ?***

# Avis du masseur-kinésithérapeute sur l'accès direct



**ACCÈS DIRECT**

6000 entorses de la cheville par jour  
Urgences saturées > accès direct au kiné\*  
#accesdirectkine

Depuis le 26 janvier 2016,  
le kinésithérapeute est habilité et formé  
à prendre en charge un patient  
en cas d'urgence

Ordre des  
masseurs kinésithérapeutes



VOTRE PARCOURS DE SANTÉ  
NE DOIT PLUS ÊTRE  
LE PARCOURS  
DU COMBATTANT

ENSEMBLE  
DÉFENDONS  
L'ACCÈS DIRECT  
CHEZ LE KINÉ !



Pacte de refondation des urgences

# ENTORSE DE LA CHEVILLE

**Direct chez le kiné,  
pas aux urgences!**

## Avez-vous eu connaissances des affiches ci-dessus ?

- Oui
- Non

## Quel est votre ressenti face à ces affiches sur l'accès direct ?

## Que vous semble-t-il possible de mettre en place dans les prochaines années ?

- La prise en charge de certaines lésions musculo-squeletiques en première intention et la réorientation du patient vers un médecin si besoin
- La présence de masseur-kinésithérapeutes en service d'urgence pour soulager le personnel médical et diminuer le temps d'attente des patients
- La possibilité de réduction de luxations ou de fractures
- La possibilité de prescription d'imagerie (radiographie, échographie, IRM...)
- La possibilité d'interprétation d'imagerie (radiographie, échographie, IRM...)
- La possibilité de prescrire certains médicaments (produits d'inhalations, anti-inflammatoires...)
- Autres

Plusieurs réponses possibles

## Selon vous, quelle(s) affection(s) pourrai(en)t être prises en charge en première intention par un masseur-kinésithérapeute ?

- Asthme en crise
- Lombalgies
- Entorse latérale de la cheville
- Fracture du scaphoïde
- Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)
- BPCO en exacerbation
- Nevralgie cervico-brachiale (NCB)
- Sciatique paralysante
- Lésion musculo-aponévrotique
- Luxation antérieure de l'épaule
- Accident vasculaire cérébral
- Autres

Glissez-déposez vos réponses ici.

***Seriez-vous prêt(e) à aménager votre agenda afin de réserver quelques créneaux pour la prise en charge en accès direct ?***

- Oui
  - Non
- 

***Concernant la valorisation de l'acte : "prise en charge en accès direct", vous pensez qu'il devrait être :***

- Rémunéré de la même façon qu'un bilan diagnostique MK classique
- Rémunéré de façon majorée
- Entièrement remboursé
- Non remboursé

*Plusieurs réponses possibles*

---

***Seriez-vous intéressé(e) par une formation afin de pouvoir prendre en charge, dans votre cabinet libéral, un patient en première intention sans prescription médicale ?***

- Oui
  - Non
- 

***Seriez-vous intéressé(e) par une formation afin de pouvoir prendre en charge, en service d'urgence, un patient en première intention sans prescription médicale ?***

- Oui
  - Non
- 

***Cet espace est réservé à vos question(s) / remarque(s) concernant l'accès direct à la fin de ce questionnaire :***

---

**Annexe V. Les affiches de communication autour de l'accès direct**



*Date de diffusion* : 2 mai 2017 par l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes



*Date de diffusion* : 2015 par le Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes rééducateurs dans le cadre d'une pétition qui avait regroupé plus de 3000 signatures



*Date de diffusion* : 10 octobre 2010 par l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

## Les masseurs-kinésithérapeutes sont-ils prêts à prendre en charge une entorse de la cheville en accès direct ?

---

**Introduction** : L'accès direct fait partie des sujets portés par l'Ordre depuis quelques années afin d'étendre les compétences des MK. Cet accès direct est maintenant une réalité de terrain grâce à la parution au Journal Officiel le 8 mars 2020 de deux protocoles : l'un sur la lombalgie aiguë et l'autre sur l'entorse de la cheville.

**Objectifs** : Notre étude cherche à déterminer les capacités actuelles des MK à la prise en charge en première intention de l'entorse de la cheville. Nous avons également cherché à recueillir les avis et remarques des professionnels sur cette mesure.

**Méthode** : Nous avons réalisé un questionnaire sur le logiciel Sphinx. Ce dernier était ouvert à tous les MK diplômés et diffusé majoritairement sur les réseaux sociaux et par mails. Notre enquête comprenait une partie « évaluation des connaissances » notée sur 24 points.

**Résultats** : Nous avons comptabilisé 518 réponses à la clôture de notre enquête. Parmi ces réponses, 168 MK (soit 32%) ont obtenu une note jugée suffisante pour être considérés comme ayant de « bonnes connaissances ». Au sujet des avis et remarques recueillis, la majorité des MK semblait favorable à l'arrivée de l'accès direct, cependant la plupart émettaient des craintes notamment sur le manque de formation et le manque de temps.

**Conclusion** : L'accès direct semble sur le point de devenir un des sujets incontournables de ces prochaines années. Il ne reste plus qu'à recueillir les résultats des protocoles sur le terrain afin de déterminer l'intérêt réel de cette mesure.

---

Mots-clés : entorse de la cheville, instabilité chronique de cheville, accès direct.

## Are physiotherapists ready to treat an ankle sprain in direct access ?

---

**Introduction** : Direct access has been one of the topics that the physiotherapist's College has been working on in recent years to increase the skills of physiotherapists. This direct access is now a reality in the field thanks to the publication of two protocols in the Official Journal on 8 March 2020 : the first one pertains to acute low back pain while the second relates to on ankle sprain.

**Objectives** : Our study seeks to determine the current capabilities of physiotherapists in the first-line management of ankle sprain. We also wanted to get feedbacks from professionals regarding this measure.

**Method** : We administered a questionnaire via the Sphinx software. The inquiry was intended for any graduates in physiotherapy and it was mostly distributed via social networks and emails. Our survey included a part : "knowledge assessment" section that was scored out of 24 points.

**Results** : There were 518 responses the survey came to an end. Out of these, 168 physiotherapists (that is 32%) received a score consistent enough to qualify as physiotherapists with "fair knowledge". Regarding the opinions and remarks collected, a majority of respondents seemed to be in favour of direct access. However, most of them expressed fears on this topic, particularly with regard to the lack of training and the lack of time.

**Conclusion** : Direct access seems to be on the verge of becoming one of the unavoidable topics in the years to come. What remains to be done is to collect the results of these protocols in the field, in order to determine the real value of this measure.

---

Keywords : ankle sprain, chronic ankle instability, direct access.