

**Preuve de concept  
"Kinésithérapie en pratique avancée"  
en région Ile-de-France**

*Dans le cadre d'une convention avec l'ARS Ile-de-France*

**Résultats spécifiques au contexte de soins d'urgence**

**1er AOÛT 2023**

---

**Yvan TOURJANSKY**

Kinésithérapeute

*Président de l'URPS Kiné IDF*

**Anthony DEMONT**

Kinésithérapeute, Docteur en Santé Publique

*Chef de projet Pratique avancée de l'URPS Kiné IDF*



## Table des matières

<b>1. Contexte des services hospitaliers d'urgence .....</b>	<b>2</b>
a) Enjeux auxquels sont confrontés les services d'urgences.....	2
b) Justifications pour la réorganisation des soins d'urgence .....	3
<b>2. Kinésithérapie en pratique avancée dans un contexte de soins d'urgence .....</b>	<b>4</b>
a) Définition .....	5
b) Missions et compétences .....	6
c) Impacts observés de ce professionnel.....	7
d) Contexte législatif et réglementaire de la réflexion de la kinésithérapie en pratique avancée en Ile-de-France .....	8
e) Résultats de l'enquête menée en Ile-de-France .....	9
<b>3. Perspectives .....</b>	<b>13</b>
<b>Conclusions .....</b>	<b>14</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>0</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>0</b>

# 1. Contexte des services hospitaliers d'urgence

## a) Enjeux auxquels sont confrontés les services d'urgences

En France, le système hospitalier se trouve confronté à de multiples défis, dont l'un des plus pressants est la crise que connaissent les services d'urgences depuis plusieurs années<sup>1,2</sup>. Ces dernières années, les urgences ont été le théâtre d'engorgements chroniques, d'attentes importantes pour les patients et de conditions de travail tendues pour les soignants. Plusieurs facteurs ont contribué à cette situation : une augmentation constante du nombre de patients, la fermeture de certains services de proximité, une insuffisance de lits d'hospitalisation et une coordination parfois lacunaire entre les différents acteurs de la santé<sup>1</sup>.

### ⇒ **Augmentation du nombre de passages aux urgences**

Entre 2000 et 2018, le nombre de passages aux urgences a quasiment doublé, dépassant les 21 millions par an<sup>3,4</sup>. Cette hausse s'explique en partie par le vieillissement de la population, l'évolution des pathologies et les changements dans les comportements de soins.

### ⇒ **Manque de lits d'hospitalisation**

Une fois pris en charge aux urgences, de nombreux patients nécessitent une hospitalisation. Or, faute de lits disponibles, ils se retrouvent parfois contraints de rester plusieurs heures, voire jours, dans les services d'urgences, contribuant ainsi à l'engorgement<sup>1</sup>.

### ⇒ **Fermeture de certains services hospitaliers de proximité**

La fermeture de petits établissements ou de services hospitaliers a concentré l'activité sur les grands centres hospitaliers, augmentant la pression sur leurs services d'urgences<sup>1</sup>.

➤ **Difficultés d'accès aux médecins généralistes**

Les déserts médicaux et la difficulté d'obtenir des rendez-vous rapides poussent un certain nombre de patients à se rendre directement aux urgences<sup>5-8</sup>.

⇒ **Conditions de travail et ressources humaines**

Les professionnels des urgences dénoncent régulièrement leurs conditions de travail, le manque de personnel, le stress et la fatigue engendrés par des journées intenses et prolongées<sup>1</sup>.

Ainsi, la perception des urgences comme solution de recours immédiate pour de nombreux motifs de consultation, qu'ils soient réellement urgents ou non, a accru la pression sur ces services. L'importance cruciale des urgences, tant du point de vue des patients que du système de santé dans son ensemble, rend indispensable une réorganisation profonde, visant à améliorer l'efficacité des soins, l'orientation des patients et le bien-être au travail des professionnels de santé.

**b) Justifications pour la réorganisation des soins d'urgence**

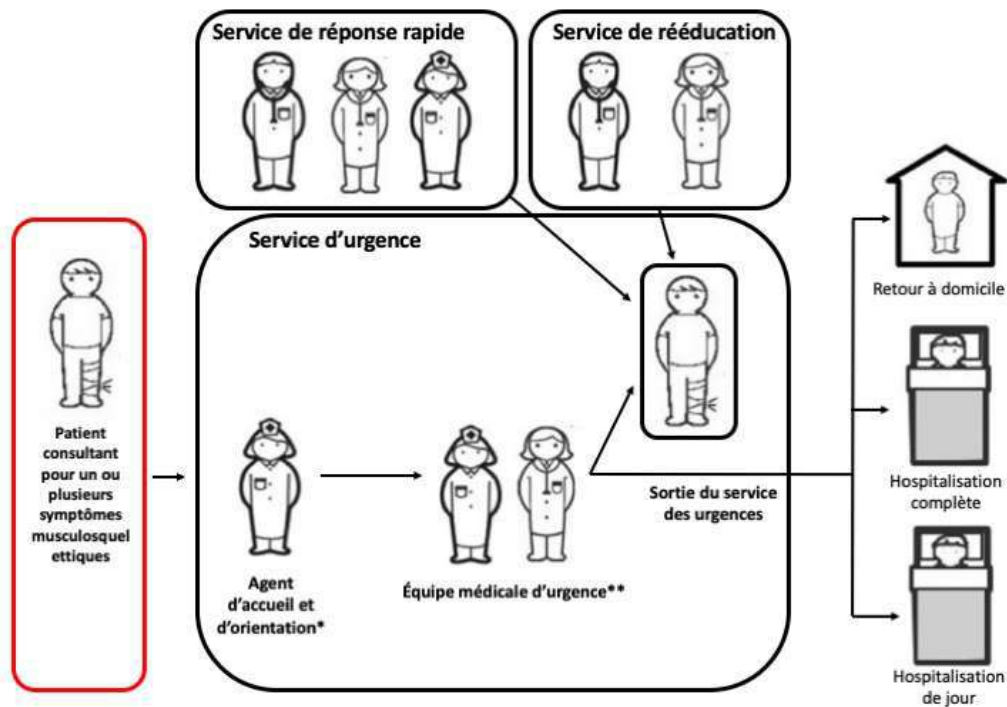
Plusieurs mesures ont été avancées pour justifier la réorganisation des soins d'urgence<sup>1</sup>. La prise en charge des patients peut être optimisée par une meilleure orientation dès l'arrivée permettant d'éviter des prises en charge inadaptées et de diminuer l'attente pour les cas réellement urgents. Les médecins urgentistes pourraient ainsi être davantage mobilisés pour les patients atteints de pathologies altérant leur pronostic vital. La valorisation des autres acteurs de santé peut être un apport essentiel en intégrant dans le parcours de ces patients les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers de pratique avancée, les infirmiers et/ou les pharmaciens, pour désengorger les urgences et assurer un suivi plus fluide des patients. La formation et la sensibilisation du grand public par l'utilisation appropriée des urgences et la promotion d'alternatives de prise en

charge peuvent contribuer à diminuer la pression sur ces services. Enfin, l'amélioration des conditions de travail des soignants de ces services permettrait de garantir une qualité optimale des soins en veillant à leur bien-être. Cela passe par une nouvelle organisation, des effectifs adaptés et des ressources adéquates.

## 2. Kinésithérapie en pratique avancée dans un contexte de soins d'urgence

Dès les années 1970, des kinésithérapeutes en pratique avancée ont été intégrés dans des services d'urgence au Royaume-Uni <sup>9,10</sup> et en Australie <sup>11-15</sup> (Figures 1 et 2). Pour ces pays, les principaux objectifs visés par le développement de ce nouveau modèle de soins étaient, de manière non exhaustive :

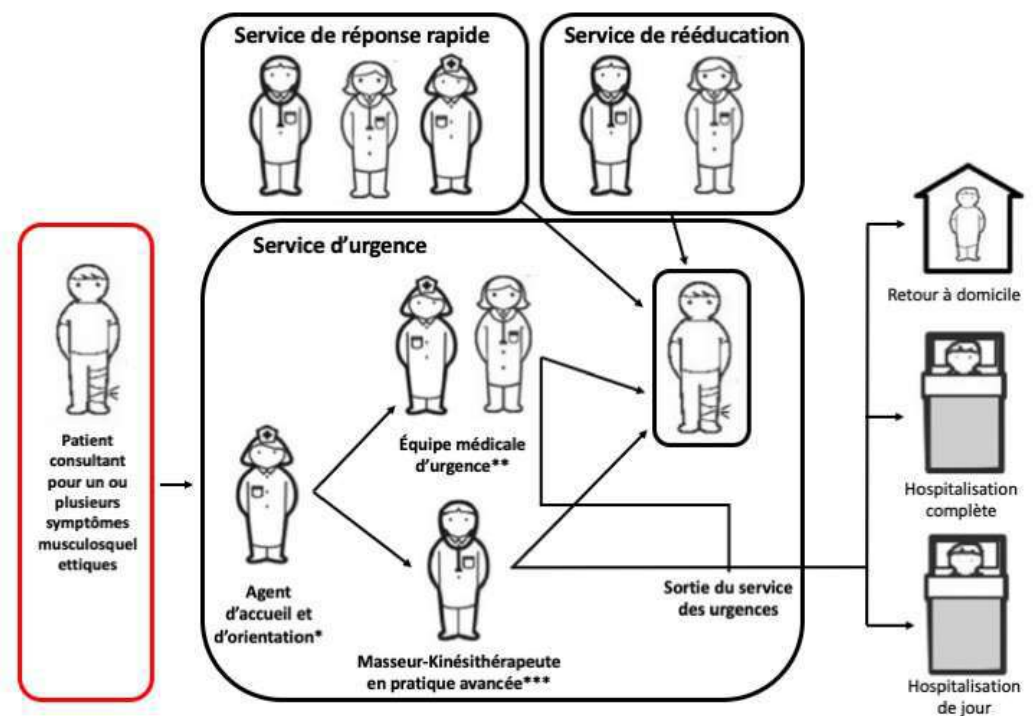
- réduire le temps d'attente aux soins appropriés tout en améliorant leur efficacité dans un contexte d'urgence <sup>11</sup> ;
- libérer du temps médical en permettant aux médecins urgentistes de prendre en charge les patients ayant des besoins médicaux plus urgents et/ou des pathologies plus complexes <sup>16,17</sup>.



**Figure 1. Modèle de soins d'urgence dont la prise en charge du patient consultant pour un ou plusieurs symptômes musculosquelettiques est dirigée par le médecin urgentiste**

*\*Dans certains services, un infirmier organisateur de l'accueil aux urgences est présent et réalise la première phase de triage selon l'algorithme décisionnel utilisé par le service*

*\*\*Professionnel(s) de santé intervenant varie(nt) selon l'organisation du service, la condition pathologique du patient et les besoins de soins : médecin urgentiste et/ou infirmier*



**Figure 2. Modèle de soins d'urgence dont la prise en charge du patient consultant pour un ou plusieurs symptômes musculosquelettiques est dirigée par le kinésithérapeute en pratique avancée**

*\*Dans certains services, un infirmier organisateur de l'accueil aux urgences est présent et réalise la première phase de triage selon l'algorithme décisionnel utilisé par le service*

*\*\*Professionnel(s) de santé intervenant varie(nt) selon l'organisation du service, la condition pathologique du patient et les besoins de soins : médecin urgentiste et/ou infirmier*

*\*\*\*Définit de manière autonome, à partir des résultats de son évaluation initiale, du diagnostic différentiel et des objectifs de soins, si le patient relève de ses compétences, quelle est la conduite diagnostique et thérapeutique appropriée à mener ; sinon, il oriente le patient pour avis médical vers le médecin urgentiste*

## a) Définition

La *World Physiotherapy* a défini en 2019 la pratique avancée en kinésithérapie comme une pratique clinique qui <sup>18</sup> :

- *« Implique un niveau supérieur de pratique, de fonctions, de responsabilités, d'activités et de capacités,*
- *Peut être associée à un titre professionnel particulier (en fonction de la législation du pays),*
- *Exige une combinaison de compétences et de connaissances cliniques et analytiques avancées et nettement améliorées, de raisonnement clinique, d'attitudes et d'expériences,*
- *Permet d'utiliser des compétences et des connaissances de niveau avancée pour influencer l'amélioration des services et améliorer les résultats et l'expérience des patients, ainsi que la présence d'un leadership clinique,*
- *Favorise la prise de responsabilité en matière de prestation sûre et adéquate de soins aux patients/clients ayant généralement des besoins ou des problèmes complexes et de gestion des risques. »*

Selon une enquête réalisée pour la *World Physiotherapy* et publiée en 2020 <sup>19</sup>, les modèles de soins primaires, d'urgence et secondaires spécialisés intégrant un kinésithérapeute en pratique avancée ont été rapportés comme d'ores et déjà mis en œuvre dans 14 pays sur 82 interrogés dont l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. Pour ces différents modèles de soins, des kinésithérapeutes en pratique avancée ont été intégrés dans des équipes pluridisciplinaires. Les objectifs étaient d'améliorer la précocité de l'accès aux soins en réduisant les longs délais d'attente pour obtenir une consultation médicale et améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients atteints de certaines maladies non-transmissibles, en particulier de troubles musculosquelettiques. Ces professionnels peuvent être autorisés à réaliser certains actes médicaux tels que prescrire des traitements médicamenteux et sont en mesure de participer à la réduction de la charge de travail des médecins ainsi qu'à réduire les



orientations inappropriées vers des professionnels de santé de second recours tels que des médecins spécialistes et des auxiliaires médicaux <sup>20</sup>.

En France, la pratique avancée a été uniquement définie et encadrée pour les infirmiers comme « *un infirmier diplômé certifié qui a acquis la base de connaissance d'un expert, la capacité à prendre des décisions complexes et à démontrer des compétences adéquates pour la pratique avancée, pratique qui est déterminée par le contexte dans lequel elle s'exerce* » <sup>21</sup>.

## **b) Missions et compétences**

L'Australie <sup>22-24</sup>, la Nouvelle-Zélande <sup>25</sup>, le Royaume-Uni <sup>26</sup> et l'Irlande <sup>27</sup> sont actuellement les quatre pays à avoir développé des directives nationales incluant la définition de la pratique avancée, les compétences minimales requises à l'exercice du kinésithérapeute en pratique avancée, les processus de maintien des acquis et les ressources nécessaires à la mise en place de ce nouveau mode d'exercice.

La pratique avancée en kinésithérapie exige une formation supplémentaire, une importante expérience professionnelle et un perfectionnement des compétences pour faire face à un niveau de risque accru du fait d'une prévalence de pathologies graves et complexes plus élevées au sein des patients que ce professionnel prend en charge. Elle implique une responsabilité et une autonomie accrues en se substituant au médecin urgentiste dans un service d'accueil et d'urgences, une collaboration étroite avec d'autres professionnels de santé, des efforts de recherche et l'application de connaissances et de compétences d'encadrement dans la prestation de services de soins <sup>18,28,29</sup>. Bien que l'évaluation et le diagnostic différentiel soient communs aux rôles du kinésithérapeute diplômé de formation initiale dans de nombreux pays, les kinésithérapeutes en pratique avancée assument des missions et compétences qui vont au-delà de celles habituellement mobilisées. Ces missions et compétences élargies peuvent inclure, selon le contexte et le pays <sup>26,30-33</sup> :

- la formulation d'un diagnostic médical ;
- la prescription et l'interprétation d'explorations diagnostiques ;

- la prescription de certains traitements médicamenteux (antalgiques et anti-inflammatoires non-stéroïdiens principalement) ;
- l'orientation des patients vers des professionnels de santé dispensant des soins secondaires ou tertiaires spécialisés ;
- l'organisation de la sortie d'hospitalisation du patient ;
- l'application d'interventions thérapeutiques médicales telles que les injections, la réduction des fractures et la fabrication et la pose de plâtre.

Dans ces pays, les kinésithérapeutes en pratique avancée exerçant dans un service d'accueil et d'urgences sont amenés à prendre en charge des patients atteints de diverses conditions pathologiques tels que ceux consultant pour des symptômes musculosquelettiques <sup>15,31,34,35</sup>, des symptômes isolés de vertige <sup>36,37</sup>, des commotions cérébrales et certains troubles neurologiques et cardiorespiratoires mineurs. Au-delà des missions évoquées ci-dessus, les kinésithérapeutes en pratique avancée mobilisent de nombreuses compétences traditionnellement confiées aux médecins urgentistes, comme la réduction des fractures et le plâtrage, y compris le triage préalable des patients atteints de traumatismes musculosquelettiques potentiellement candidats à la chirurgie <sup>38,39</sup>.

### **c) Impacts observés par l'intégration de ce professionnel dans ce modèle de soin**

En ce qui concerne spécifiquement les patients consultant pour un trouble musculosquelettique, les revues systématiques publiées par Matifat *et al.* en 2019 <sup>16</sup> et Soutter *et al.* en 2022 <sup>35</sup> et les études publiées postérieurement <sup>34,40-46</sup> ont conclu que les impacts de la prise en charge de ces patients par les kinésithérapeutes en pratique avancée étaient bénéfiques en matière i) de résultats cliniques <sup>40,41,47</sup>, ii) de sécurité de la prise en charge, iii) de satisfaction des patients et des médecins urgentistes concernant les soins proposés et l'utilisation des ressources de santé <sup>42,48,49</sup> et iv) de confiance en la capacité des kinésithérapeutes en pratique avancée à fournir un diagnostic précis et une prise en charge appropriée <sup>43</sup>. Aucun événement indésirable n'a été signalé concernant

l'évaluation et le dépistage de pathologies sévères requérant un avis médical. L'accord diagnostic entre les kinésithérapeutes en pratique avancée et les médecins urgentistes a été rapporté de 87% ( $\kappa = 0,81$  ; 95%CI : 0,72-0,90 ; n=113 patients)<sup>44</sup>. L'accord concernant la demande d'imagerie diagnostique entre les deux groupes de professionnels a été rapporté de 80% ( $\kappa = 0,51$  ; PABAK = 0,59 ; 95%CI : 0,42-0,73 ; n=113 patients)<sup>44</sup>. Les accords concernant les options thérapeutiques proposées ainsi que la décision du plan de sortie d'hospitalisation des patients entre les deux groupes étaient respectivement de 64% ( $\kappa = 0,27$  ; PABAK = 0,27 ; 95%CI : 0,07-0,45 ; n=113 patients) et de 82% ( $\kappa = 0,46$  ; PABAK = 0,64 ; 95%CI : 0,46-0,77 ; n=113 patients)<sup>44</sup>. Des réductions significatives des temps d'attente pour obtenir un diagnostic et le cas échéant un traitement et de la durée globale du séjour aux urgences ont également été observées<sup>34,41,42,45,47,50-52</sup>. Cela pourrait expliquer, du moins en partie, la plus grande satisfaction des patients à l'égard de la prise en charge dirigée par un kinésithérapeute en pratique avancée. Plusieurs études ont observé que le kinésithérapeute en pratique avancée peut participer à la réduction de la charge de travail du personnel médical relative à la gestion des patients atteints de troubles musculosquelettiques<sup>50-53</sup>, et conduire à un recours plus approprié des explorations diagnostiques et des traitements médicamenteux<sup>10,41,45</sup>. En ce qui concerne les coûts directs des soins de santé, deux essais cliniques britanniques ne font état d'aucune différence significative entre la prise en charge par un kinésithérapeute en pratique avancée et la prise en charge habituelle dirigée par un médecin urgentiste<sup>54,55</sup>. Enfin, une enquête menée au Québec et ayant recueilli l'avis de 95 médecins urgentistes concernant les compétences des kinésithérapeutes et leur confiance dans l'efficacité et la sécurité de leur prise en charge aux urgences a mis en évidence une perception globale positive (96,8%)<sup>46</sup>.

#### **d) Contexte législatif et règlementaire de la réflexion de la kinésithérapie en pratique avancée en Ile-de-France**

La loi de 2016 visant à la modernisation de notre système de santé a introduit un nouveau cadre juridique dénommé « *la pratique avancée* » pour les auxiliaires médicaux<sup>56</sup>. La profession d'infirmier fut la première à être concernée par l'expérimentation locale puis

le déploiement à l'échelle nationale de l'infirmier en pratique avancée. Ainsi, depuis Septembre 2018, un nouveau diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée reconnu au grade de master a vu le jour dans les Universités françaises<sup>57</sup>. La création de ce nouveau diplôme fait suite à l'une des stratégies déployées par les gouvernements successifs pour répondre à l'amélioration de l'accès aux soins ainsi que la fluidité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées<sup>56</sup>. Ainsi, la nécessité de voir émerger de nouveaux modèles de soins vise à permettre à des auxiliaires médicaux d'intervenir au-delà de leur champ de compétences socles. Depuis le 26 Avril 2021, la pratique avancée peut être expérimentée par d'autres auxiliaires médicaux dont les masseurs-kinésithérapeutes. A ce jour, aucune pratique avancée n'a encore été officiellement créée et expérimentée en France pour les masseurs-kinésithérapeutes et aucune recherche n'a été menée pour structurer son déploiement. Il apparaît donc nécessaire d'élaborer une preuve de concept et d'évaluer la pertinence d'un modèle de pratique avancée en France.

#### **e) Résultats de la preuve de concept à partir de l'enquête menée en Ile-de-France**

Par convention avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (ARS IdF), l'URPS Kiné Ile-de-France a initié un travail de preuve de concept de la kinésithérapie en pratique avancée. Cette première phase de théorisation de ce nouveau mode d'exercice s'est voulue participative de tous les acteurs pouvant de près ou de loin apporter une contribution à la définition de ce que pourrait être la pratique avancée en kinésithérapie visant à répondre aux besoins de soins des patients et à ceux des équipes et des établissements de santé.

Des équipes de soins d'urgence issus de deux établissements de santé (Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP et Hôpital Paris Saint-Joseph) et l'association SAMU-Urgences de France ont souhaité participer à cette réflexion visant à déterminer la pertinence de la kinésithérapie en pratique avancée pour répondre aux enjeux auxquels font face leur organisation de soins et leurs professionnels de santé. Les équipes interrogées, regroupant majoritairement des médecins et des cadres de santé, ont suivi la convention

par l'identification de besoins de soins ainsi que des parcours de soins dans lesquels un kinésithérapeute en pratique avancée pourrait apporter une réponse à l'amélioration de l'accès, de la coordination entre médecins et rééducateurs et de la qualité des soins fournis aux patients.

#### ⇒ **Perceptions des médecins urgentistes interrogés**

Les participants interrogés issus des services d'urgence ont identifié la nécessité d'avoir un kinésithérapeute avec une longue expérience et ayant suivi une formation spécifique sur la prise en charge en urgence des patients consultant pour un symptôme affectant le système neuromusculosquelettique. Ceci implique la capacité de ce professionnel à travailler de manière coordonnée avec les médecins urgentistes en cas de besoin d'avis médical selon l'état pathologique du patient. Les médecins urgentistes ont émis des difficultés récurrentes d'accès des patients sortant du service d'accueil et d'urgences à un kinésithérapeute de ville pour de la rééducation.

Aucun rôle spécifique n'a été identifié pour le kinésithérapeute en pratique avancée dans le cadre de l'aide médicale d'urgence. Toutefois, pour les soins pouvant être différés aux urgences, par exemple dans le cadre de pathologies traumatiques et musculosquelettiques, ainsi que dans le cadre du service d'accès aux soins, l'intervention d'un kinésithérapeute en pratique avancée pourrait être pertinente.

#### ⇒ **Objectifs identifiés auxquels le kinésithérapeute en pratique avancée pourrait être une réponse**

Plusieurs objectifs à partir des réponses des participants ont été identifiés comme pertinents concernant les impacts du kinésithérapeute en pratique avancée :

- ✓ Sur l'organisation des soins de l'établissement ou de l'équipe :
  - Simplification du parcours de soins du patient par la réduction du délai de prise en soins ;
  - Réduction du nombre de consultations médicales et paramédicales inappropriées ;

- ✓ Sur l'exercice des médecins :
  - Réduction de leur charge de travail concernant les patients présentant des motifs bénins de recours aux urgences ;
  
- ✓ Sur l'exercice des kinésithérapeutes :
  - Augmentation du niveau de compétences et d'autonomie dans le cadre de la pratique de consultations d'évaluation, de prescription, de coordination et d'orientation par le kinésithérapeute en pratique avancée ;
  - Utilisation du kinésithérapeute au plein potentiel de ses compétences socles associées à des compétences médicales partagées pour réduire les recours inappropriés à des médecins.
  
- ✓ Sur le service rendu pour les patients :
  - Amélioration de la pertinence des soins fournis aux patients ;
  - Réduction des recours aux avis médicaux et aux soins inappropriés ou évitables tels que des consultations médicales de médecins spécialistes et des consultations paramédicales de rééducateurs.

⇒ **Populations de patients concernées et missions et compétences mobilisées**

Plusieurs populations de patients ont été identifiées comme pouvant être gérées en toute autonomie par des kinésithérapeutes en pratique avancée, à savoir :

- Pour le service de l'Hôpital Européen Georges Pompidou :
  - Dans le cadre du SOS Rachis : pour les patients consultant le service avec une rachialgie aiguë ;
  - Pour les patients consultant pour des symptômes musculosquelettiques suite à un traumatisme bénin sans troubles neurologiques et/ou fracture associés ;
  
- Pour l'association SAMU-Urgences de France :

- Dans les services d'accueil et d'urgences hospitaliers, pour les patients consultant pour des motifs traumatologiques ou de symptômes musculosquelettiques dont les soins peuvent être différés,
- En interaction au sein d'un service d'accès aux soins, en proposant des créneaux réguliers d'urgence pour prendre en charge les patients consultant pour un motif traumatologique ou de symptômes musculosquelettiques nécessitant des soins non programmés (venant directement ou dans les 48 heures après la régulation des urgences médicales).

Les parcours dans lesquels ces nouveaux professionnels interviendraient ont été construits en les adossant à des référentiels locaux d'activités et de compétences co-construits avec plusieurs médecins du service d'accueil et d'urgences de l'Hôpital Européen Georges Pompidou et l'accompagnement de l'URPS (Annexe 2). Les participants interrogés ont mis en évidence la nécessité de la création d'un nouveau titre d'exercice pouvant être obtenu par le suivi d'une formation universitaire après plusieurs années d'expérience professionnelle en kinésithérapie. Les principales fonctions identifiées pour le kinésithérapeute en pratique avancée peuvent être résumées ainsi :

- ✓ L'inscription de son exercice dans une équipe pluridisciplinaire coordonnée ;
- ✓ La capacité et la pleine responsabilité à mobiliser les compétences et activités médicales suivantes :
  - ⇒ **Evaluation** : formulation d'un primo-diagnostic (clinique) ; prescription et interprétation d'examens paracliniques (radiographie standard, échographie musculosquelettique) et participation à l'évaluation pluridisciplinaire d'un patient présentant un état pathologique complexe ;
  - ⇒ **Orientation** : vers le médecin traitant et/ou un spécialiste pour avis ;
  - ⇒ **Coordination** : réalisation de consultations de suivi ; organisation administrative du parcours-patient en lien avec les établissements

proposant des lits d'hospitalisation et/ou des programmes d'hospitalisation de jour ;

- ⇒ **Avis d'expertise** : contact privilégié pour la rééducation auprès de kinésithérapeutes de ville et des équipes de rééducation des établissements de santé ;
- ⇒ **Transmission** : rédaction de comptes-rendus de consultation ; participation aux réunions de concertations pluridisciplinaires et aux synthèses pluridisciplinaires ;
- ⇒ **Réalisation d'actes thérapeutiques** : prescription et surveillance des traitements médicamenteux (antalgiques pallier 1 et 2), de rééducation et d'arrêt de travail.

### 3. Perspectives

Ces résultats exploratoires montrent la pertinence de construire un nouveau modèle de soins non-programmés intégrant un kinésithérapeute en pratique avancée pour la prise en charge en pleine autonomie et responsabilité de certaines populations de patients. Ce nouveau mode d'exercice pourrait se décliner dans le cadre d'un service d'accueil et d'urgences ainsi qu'en libéral au sein des services d'accès aux soins avec une substitution du médecin par le kinésithérapeute en pratique avancée. Ce professionnel de santé avec ce nouveau mode d'exercice serait ainsi le premier contact de populations de patients consultant pour certains motifs urgents et serait amené à les évaluer, délivrer les premiers soins le cas échéant, les orienter vers les professionnels de santé appropriés, et délivrer les prescriptions adéquates à son état de santé (ex : rééducation).

Plusieurs réflexions se dégagent de ces résultats pour la suite de cette preuve de concept. D'une part, un groupe de travail national rassemblant les organisations représentant la médecine d'urgence ainsi que ceux de la kinésithérapie permettraient de construire nationalement ce nouveau mode d'exercice dans le contexte de soins non-programmés. Les perceptions et les filières identifiées à l'échelle de quelques services pourraient ainsi nourrir ces réflexions nationales. De plus, davantage d'équipes médicales de services



d'accueil et d'urgences devraient être interrogées pour s'assurer que leurs besoins et leurs attentes sont clairement identifiées pour s'assurer que la kinésithérapie en pratique avancée vienne répondre de manière harmonisée à l'ensemble des contextes.

## Conclusions

Les résultats exploratoires obtenus suggèrent d'approfondir le questionnement des impacts potentiels de la kinésithérapie en pratique avancée se substituant au médecin dans un service d'accueil et d'urgences hospitalier et d'un service d'accès aux soins. Plusieurs besoins de soins de certaines populations de patients (traumatologie-orthopédie et gériatrie) ainsi que les attentes de plusieurs médecins urgentistes concernant leur organisation des soins semblent pouvoir être favorablement pourvus par l'intervention d'un kinésithérapeute en pratique avancée. Les équipes interrogées perçoivent favorablement l'intervention du kinésithérapeute en pratique avancée en capacité de proposer une évaluation, les premiers soins et une orientation plus précoce, plus ciblée et plus appropriée en relation avec l'équipe médicale du service ainsi que les professionnels de santé de ville avec lesquels il pourrait coopérer.

Cette exploration mériterait ainsi d'être poursuivie à un plus large panel de services d'accueil et d'urgences hospitaliers et d'accès aux soins en Ile-de-France ainsi que sur l'ensemble du territoire français pour identifier les spécificités territoriales en matière de besoins de soins et de perceptions des acteurs de soins concernés.

# Bibliographie

1. Sénat. Commission d'enquête : Situation de l'hôpital. Rapport d'information - Hôpital : Sortir des urgences. Published online March 29, 2022. Accessed October 9, 2023. <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-1-syn.pdf>
2. Rapport d'information n° 685 (2016-2017) de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Accessed October 7, 2019. [http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685\\_mono.html#toc66](http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html#toc66)
3. Hurstel A, Matarese O, Paulaud-Bayard R. Prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant relever de la médecine générale : une étude prospective sur 288 patients. Published online December 17, 2013:37.
4. Vie Publique. Urgences médicales : comment prendre en charge des patients toujours plus nombreux ? [vie-publique.fr](http://vie-publique.fr). Accessed June 20, 2022. <https://www.vie-publique.fr/eclairage/272843-urgences-medicales-comment-prendre-en-charge-des-patients-plus-nombreux>
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Published online January 2020. Accessed June 29, 2022. <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
6. DREES, ORS et URPS Médecins. Etudes et résultats : Les emplois du temps des médecins généralistes. Published online March 2012. Accessed June 20, 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er797-2.pdf>
7. DREES. Etudes et résultats : Les médecins d'ici 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Published online May 2017. Accessed June 20, 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2021. Published online 2021. Accessed October 25, 2021. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1riyb2q/atlas\\_demographie\\_medicale\\_-\\_cnom\\_-\\_2021.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf)
9. Kempson SM. Physiotherapy in an accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*. 1996;4(4):198-202. doi:10.1016/S0965-2302(96)90081-8
10. Morris CD, Hawes SJ. The value of accident and emergency based physiotherapy services. *Emergency Medicine Journal*. 1996;13(2):111-113. doi:10.1136/emj.13.2.111
11. 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*. 2011;97(2):107-114. doi:10.1016/j.physio.2010.08.011
12. Council of Australian Governments. The National Health Reform Agreement - National Health Reform Agreement on Improving Public Hospital Services. Published online July 2011. [http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/npa/health\\_reform/national-workforce-reform/national\\_partnership.pdf](http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/npa/health_reform/national-workforce-reform/national_partnership.pdf)
13. Thompson C, Williams K, Morris D, Bird S, Kobel C, Andersen P, et al. HWA Expanded Scopes of Practice Program Evaluation: Physiotherapists in the Emergency Department Sub-Project - Final report. Published online July 2014.

14. Gill SD, Stella J. Implementation and performance evaluation of an emergency department primary practitioner physiotherapy service for patients with musculoskeletal conditions. *Emerg Med Australas*. 2013;25(6):558-564. doi:10.1111/1742-6723.12134
15. Maka K, Alkhouri H, Wong L, George L, Walton A, McCarthy S. Identifying the activities of physiotherapy practitioners through primary and secondary models of care provided in New South Wales emergency departments. *Australas Emerg Care*. Published online May 20, 2021:S2588-994X(21)00032-4. doi:10.1016/j.auec.2021.04.005
16. Matifat E, Méquignon M, Cunningham C, Blake C, Fennelly O, Desmeules F. Benefits of Musculoskeletal Physical Therapy in Emergency Departments: A Systematic Review. *Phys Ther*. 2019;99(9):1150-1166. doi:10.1093/ptj/pzz082
17. McD Taylor D, Bennett DM, Cameron PA. A paradigm shift in the nature of care provision in emergency departments. *Emerg Med J*. 2004;21(6):681-684. doi:10.1136/emj.2004.017640
18. World Confederation for Physical Therapy. Policy Statement: Advanced Physical Therapy Practice. Published online May 2019. Accessed August 12, 2019. <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-APTP.pdf>
19. Tawiah AK, Desmeules F, Finucane L, et al. Advanced practice in physiotherapy: a global survey. *Physiotherapy*. 2021;113:168-176. doi:10.1016/j.physio.2021.01.001
20. Chartered Society of Physiotherapy. Advanced practice physiotherapists in GP practices : a “how-to” guide for implementation. Published online 2019. [https://www.csp.org.uk/system/files/publication\\_files/Scotland%20FCP\\_APP%20Implementation%20Guidance\\_PRINT%5B18963%5D.pdf](https://www.csp.org.uk/system/files/publication_files/Scotland%20FCP_APP%20Implementation%20Guidance_PRINT%5B18963%5D.pdf)
21. Inspection générale des Affaires Sociales. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé - Tome 1 : Rapport. Published online November 2021. Accessed February 28, 2022. [https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome\\_1\\_rapport.pdf](https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf)
22. Australian Physiotherapy Association. APA Position statement. Scope of practice. Published online 2016. [https://australian.physio/sites/default/files/RESOURCES/Advocacy\\_Position\\_Scope\\_of\\_Practice\\_2009.pdf#targetText=The%20position%20of%20the%20APA%20is%20that%3A&targetText=The%20scope%20of%20physiotherapy%20in,the%20current%20scope%20of%20practice.](https://australian.physio/sites/default/files/RESOURCES/Advocacy_Position_Scope_of_Practice_2009.pdf#targetText=The%20position%20of%20the%20APA%20is%20that%3A&targetText=The%20scope%20of%20physiotherapy%20in,the%20current%20scope%20of%20practice.)
23. Morris J, Grimmer K, Gilmore L, et al. Principles to guide sustainable implementation of extended-scope-of-practice physiotherapy workforce redesign initiatives in Australia: stakeholder perspectives, barriers, supports, and incentives. *J Multidiscip Healthc*. 2014;7:249-258. doi:10.2147/JMDH.S59473
24. Harding P, Prescott J, Sayer J, Pearce A. Advanced musculoskeletal physiotherapy clinical education framework supporting an emerging new workforce. *Aust Health Rev*. 2015;39(3):271-282. doi:10.1071/ah14208
25. Physiotherapy Board of New Zealand. Physiotherapy “Extended Scope” in New Zealand. An update to the profession following the Board’s Survey in 2014. Published online 2014. [https://www.physioboard.org.nz/sites/default/files/Notification%20for%20the%20profession%20ESP\\_Dec2014.pdf](https://www.physioboard.org.nz/sites/default/files/Notification%20for%20the%20profession%20ESP_Dec2014.pdf)
26. Chartered Society of Physiotherapy. Advanced practice in physiotherapy. Understanding the contribution of advanced practice in physiotherapy to transforming lives, maximising independence and empowering populations. Published online 2016. [https://www.csp.org.uk/system/files/csp\\_advanced\\_practice\\_physiotherapy\\_2016\\_2.pdf](https://www.csp.org.uk/system/files/csp_advanced_practice_physiotherapy_2016_2.pdf)
27. Irish Society of Chartered Physiotherapists. Creation of crucial advanced

- physiotherapist grade in hospitals will dramatically reduce patient waiting lists. Published 2021. Accessed July 21, 2022. <https://www.iscp.ie/news/Creation-of-crucial-advanced-physiotherapist-grade-in-hospitals-will-dramatically-reduce-patient-waiting-lists-28>.
28. Fennelly O, Desmeules F, O’Sullivan C, Heneghan NR, Cunningham C. Advanced musculoskeletal physiotherapy practice: Informing education curricula. *Musculoskeletal Science and Practice*. 2020;48:102174. doi:10.1016/j.msksp.2020.102174
  29. Rath L, Faletra A, Downing N, Rushton A. Cross-sectional UK survey of advanced practice physiotherapy: characteristics and perceptions of existing roles. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2021;28(7):1-14. doi:10.12968/ijtr.2020.0064
  30. Moffatt F, Goodwin R, Hendrick P. Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. *Primary Health Care Research & Development*. 2018;19(02):121-130. doi:10.1017/S1463423617000615
  31. Anaf S. Physiotherapy’s role in emergency department settings: a qualitative investigation of emergency stakeholders’ perceptions. Published online 2008. <https://researchonline.jcu.edu.au/1990/1/01front.pdf>
  32. Desmeules F, Roy JS, MacDermid JC, Champagne F, Hinse O, Woodhouse LJ. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2012;13(1). doi:10.1186/1471-2474-13-107
  33. Noblet T, Marriott J, Hensman-Crook A, O’Shea S, Friel S, Rushton A. Independent prescribing by advanced physiotherapists for patients with low back pain in primary care: A feasibility trial with an embedded qualitative component. *PLoS ONE*. 2020;15(3):e0229792. doi:10.1371/journal.pone.0229792
  34. McDonough A, Lennox A, Angus M, Coumbarides A. An Analysis of the Utility, Effectiveness and Scope of Advanced Physiotherapy Practitioners in an Urgent Treatment Centre Pilot. *Physiotherapy*. Published online December 20, 2021. doi:10.1016/j.physio.2021.12.005
  35. Souter B, Jones A, Sheppard L, Crowe M. Extended Scope Physiotherapists are Effective and Safe in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 2022;20(3). <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol20/iss3/7>
  36. Lloyd M, Luscombe A, Grant C, et al. Specialised vestibular physiotherapy in the emergency department: A pilot safety and feasibility study. *Emerg Med Australas*. 2020;32(5):860-863. doi:10.1111/1742-6723.13569
  37. Stewart V, Rosbergen I, Tsang B, Hoffman A, Kwan S, Grimley R. Do Vestibular Physiotherapy and a Clinical Pathway in the Emergency Department Improve Management of Vertigo? *OTO Open*. 2022;6(3):2473974X221119163. doi:10.1177/2473974X221119163
  38. Crane J, Delany C. Physiotherapists in emergency departments: responsibilities, accountability and education. *Physiotherapy*. 2013;99(2):95-100. doi:10.1016/j.physio.2012.05.003
  39. Kilner E, Sheppard L. The “lone ranger”: a descriptive study of physiotherapy practice in Australian emergency departments. *Physiotherapy*. 2010;96(3):248-256. doi:10.1016/j.physio.2010.01.002
  40. Strudwick K, Martin R, Coombes F, Bell A, Martin-Khan M, Russell T. Higher quality of care in emergency departments with physiotherapy service models. *Emerg Med Australas*. Published online October 6, 2021. doi:10.1111/1742-6723.13868

41. Gagnon R, Perreault K, Berthelot S, et al. Direct-access physiotherapy to help manage patients with musculoskeletal disorders in an emergency department: Results of a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*. 2021;28(8):848-858. doi:10.1111/acem.14237
42. Alkhouri H, Maka K, Wong L, McCarthy S. Impact of the primary contact physiotherapy practitioner role on emergency department care for patients with musculoskeletal injuries in New South Wales. *Emergency Medicine Australasia*. 2020;32(2):202-209. doi:10.1111/1742-6723.13391
43. Béland A, Matifat E, Cournoyer E, Perreault K, Desmeules F. Acceptability of Physiotherapists in the Emergency Department for the Care of Adults With Musculoskeletal Disorders: An Exploratory Survey of Patients' Perspective. *Journal of Acute Care Physical Therapy*. Published online December 8, 2021. doi:10.1097/JAT.000000000000178
44. Matifat E, Perreault K, Roy JS, et al. Concordance between physiotherapists and physicians for care of patients with musculoskeletal disorders presenting to the emergency department. *BMC Emerg Med*. 2019;19(1):67. doi:10.1186/s12873-019-0277-7
45. Pugh A, Roper K, Magel J, et al. Dedicated emergency department physical therapy is associated with reduced imaging, opioid administration, and length of stay: A prospective observational study. *PLOS ONE*. 2020;15(4):e0231476. doi:10.1371/journal.pone.0231476
46. Matifat E, Lavoie-Côté P, Kounda N, Charrier L, Perreault K, Desmeules F. The Acceptability of Physiotherapy Care in Emergency Departments: An Exploratory Survey of Emergency Department Physicians. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*. 2021;11(1). doi:10.22230/jripe.2021v11n1a321
47. Sohil P, Hao PY, Mark L. Potential impact of early physiotherapy in the emergency department for non-traumatic neck and back pain. *World J Emerg Med*. 2017;8(2):110-115. doi:10.5847/wjem.j.1920-8642.2017.02.005
48. Sheppard LA, Anaf S, Gordon J. Patient satisfaction with physiotherapy in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2010;18(4):196-202. doi:10.1016/j.ienj.2009.11.008
49. Steed L, Moulson A. The impact of introducing a musculoskeletal physiotherapy practitioner role into the emergency department of an acute hospital – A service evaluation. *Physiotherapy*. 2022;114:e236-e237. doi:10.1016/j.physio.2021.12.230
50. 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*. 2016;62(4):209-214. doi:10.1016/j.jphys.2016.08.005
51. Kinsella R, Collins T, Shaw B, et al. Management of patients brought in by ambulance to the emergency department: role of the Advanced Musculoskeletal Physiotherapist. *Aust Health Review*. 2018;42(3):309-315. doi:10.1071/AH16094
52. Sayer JM, Kinsella RM, Cary BA, Burge AT, Kimmel LA, Harding P. Advanced musculoskeletal physiotherapists are effective and safe in managing patients with acute low back pain presenting to emergency departments. *Aust Health Review*. 2018;42(3):321-326. doi:10.1071/AH16211
53. 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*. 2003;20(1):37-39. doi:10.1136/emj.20.1.37

54. McClellan CM, Cramp F, Powell J, Bengner JR. A randomised trial comparing the clinical effectiveness of different emergency department healthcare professionals in soft tissue injury management. *BMJ Open*. 2012;2(6). doi:10.1136/bmjopen-2012-001092
55. McClellan CM, Greenwood R, Bengner 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*. 2006;23(5):384-387. doi:10.1136/emj.2005.029231
56. Article 119 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Accessed July 19, 2021. [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000031913702](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913702)
57. *Décret N° 2018-629 Du 18 Juillet 2018 Relatif à l'exercice Infirmier En Pratique Avancée.*; 2018.

# Annexes

**Annexe 1.** Liste de l'ensemble des partenaires et collaborateurs de cette preuve de concept portant sur la kinésithérapie en pratique avancée dans un contexte de soins d'urgence

<b>Associations et établissements partenaires du cadrage de cette preuve de concept</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France représentée par Gwenaëlle Le Breton, Pierre Ouahnnon, Marie-Cécile Poncet et Laure Wallon</li><li>✓ Délégation d'Ile-de-France de la Fédération Hospitalière de France représentée par Alice Jaffré et Eric Clapier</li><li>✓ Délégation d'Ile-de-France de la Fédération de l'Hospitalisation Privée représentée par Hélène Kislér</li><li>✓ Délégation d'Ile-de-France de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs représentée par Renaud Coupry</li><li>✓ Assistance Publique des Hôpitaux de Paris représentée par Frédéric Batteux, Clémence Marty-Chastan, Nsuni Met et Luc Morvan</li><li>✓ Fédération des Maisons de Santé d'Ile-de-France représentée par Fatima Said-Dauvergne, Camille Mezzanno et Poline Hadler</li></ul>
<b>Personnes qualifiées interrogées pour l'évaluation des besoins de soins et des objectifs auxquels le kinésithérapeute en pratique avancée pourrait apporter une réponse</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Pascal Gendry, Hugo Tiffou et Victor Terraza (Membres du bureau d'AVEC Santé – Fédération Nationale des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles)</li><li>✓ Philippe Juvin (Député à l'Assemblée Nationale)</li><li>✓ Prisca Thevenot (Député à l'Assemblée Nationale)</li><li>✓ Béatrice Chapin-Bouscarat, Hervé Chanut et Elisabeth Cascua (Membres de la Collégiale des rééducateurs de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris)</li><li>✓ Docteur Marc Noizet (Président de Samu-Urgences de France)</li><li>✓ Jean Wills (Représentant de la Commission Spécialisée des usagers de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Ile-de-France)</li></ul>
<b>Participants de cette preuve de concept issus d'équipes et d'établissements de soins franciliens</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Établissements de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) :<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Européen Georges Pompidou - Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (75) représenté par le Professeur Philippe Juvin et le Docteur Richard Chocron</li><li>✓ Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Paris Saint-Joseph – Paris (75) représenté par le Docteur Jean-Luc Aim</li></ul></li></ul>





**[www.urps-kine-idf.com](http://www.urps-kine-idf.com)**

30 Rue de Lyon - 75012

Tél. 01 44 68 09 67 - [contact@urps-mk-idf.org](mailto:contact@urps-mk-idf.org) - Suivez- nous    