MAINS Libres

2o15

physiothérapie - ostéopathie
concepts globaux



Mobilisations myofasciales

Accès direct à la physiothérapie

Kinésithérapie : intimes regards

Mains Libres ◆ n° 3 ◆ Mai 2o15 ◆ n° 251 ◆ 32e année ◆ issn 166o - 8585

MECANIQUE MEDICALE Sàrl

Z.I. Moulin du Choc D CH – 1122 Romanel-sur-Morges
Tél. +4121.869.97.91 Fax. +4121.869.96.82 e-mail. manotta@sunrise.ch





Notre société qui développe et fabrique des tables de physiothérapie et d'examen médical connues sous le logo **ATLAS** a décidé, après trente années de fructueuse collaboration, de mettre un terme à son partenariat avec la société **Vista Med Sàrl**.

A l'avenir, la vente sera assurée par deux distributeurs exclusifs:

Pour le secteur **physiothérapie & ostéopathie** par **Soutra Sàrl**, ch. des Iles 73 à 1890 St-Maurice.
Contact : 076.363.35.70 - info@soutra.ch - www.soutra.ch

Pour le secteur **médical** par **DMP Distribution**, ch. de Montcalia 19 à 1630 Bulle.
Contact : 026.565.24.30 - 078.935.35.15 - dmpdistribution@websud.ch

Seule la société **Soutra Sàrl** aura l'agrément de **MMM MECANIQUE MEDICALE** pour **l'entretien, la réparation et le service de garantie** de toute sa production et par là-même sera la seule à disposer des pièces originales de rechange.

Nos tables sont assemblées et personnalisées en Suisse à Romanel-sur-Morges et bénéficient toutes d'une finition **«QUALITE SUISSE»**.
Elles seront dorénavant commercialisées sous le logo:

g.m. concept **Atlas** *swiss made*

Un showroom est ouvert aux visites à Romanel-sur-Morges.

La garantie des tables vendues par **Vista Med Sàrl** reste assurée par cette société. En cas de problème, la société **MMM Mécanique Médicale Sàrl** est à votre disposition.

La direction de MMM Mécanique Médicale Sàrl
Giuseppe Manotta

Impressum

physiothérapie — ostéopathie — concepts globaux
journal scientifique et d'opinions
destiné aux kiné / physiothérapeutes,
ostéopathes et autres praticiens de la santé

www.mainslibres.ch

rédaction	info@mainslibres.ch yves larequi • pierre besson jean touati
secrétariat	info@mainslibres.ch Pierre Besson Case postale 29 CH-1273 Arzier-Le Muids Tél. +41 (0)79 957 1 957 Fax +41 (0)22 366 22 39
publicité	yves.larequi@mainslibres.ch
resp. internet	jean.touati@mainslibres.ch
conception	christine sautaux, centre d'impression de la broye sa, csautaux@cibsa.ch, Tél. +41 (0)26 663 12 13
parution	8 numéros par année
abonnement	pour 1 an -> 105.– CHF pour 8 N^{os} étranger: pour 1 an -> 120.– CHF pour 8 N^{os} étudiant (justificatif): 8 n° - 60.– CHF
vente au n°	en suisse : 15.00 CHF pour l'étranger : 25.– CHF tous les prix s'entendent tva comprise
tirage	32^{e} année • 800 exemplaires
compte postal	10-9167-7
IBAN	CH73 0900 0000 1000 9167 7
lectorat	2000 personnes (estimation)
impression	centre d'impression de la broye sa case 631 • 1470 estavayer-le-lac

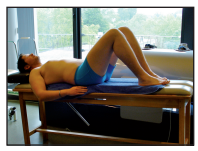
conseil de rédaction

pascal bourban	physiothérapie du sport (baspo)
arnaud bruchard	physiothérapie du sport
david dessauge	ostéopathie
thierry dhénin	rééducation uro-gynécologique
martine durussel	ostéopathie
frédéric sider	mézières
daniel goldman	thérapie manuelle
khelaf kerkour	réentraînement musculaire et pathologies musculaires
patricia le bec	pédiatrie
daniel michon	recherche, enseignement
stéphane morin	ostéopathie
luc nahon	rééducation vestibulaire
guy postiaux	rééducation respiratoire
jean-paul rard	physiothérapie vétérinaire
didier tomson	drainage lymphatique et pathologie veineuse
ramesh vaswani	thérapie manuelle, enseignement

avertissement : les articles d'opinion & la « main dans le sac » n'engagent que la responsabilité de l'auteur !

reproduction : toute reproduction d'article sera possible sur demande auprès de la rédaction et avec l'accord de celle-ci ainsi que celui de l'auteur.

Sommaire



p. 87
Position du sujet et technique de mobilisation



Mobilisation de l'abdomen

Editorial

83 Editorial : C'est quand « demain » ?
Yves Larequi

De main de maître

85 Quantification de la rigidité postéro-antérieure de la colonne lombaire via le « spring test » chez des sujets asymptomatiques. Etude de deux techniques de mobilisation myofasciale de l'abdomen
A. Soubrier, W. Salem, P. Klein, S. Sobczak, P.-M. Dugailly

Les techniques de mobilisation des tissus de l'abdomen sont couramment utilisées dans la pratique ostéopathique viscérale, mais sans quantification fiable de leurs effets sur la colonne vertébrale. Le but de notre étude est dès lors d'étudier l'influence de deux mobilisations myofasciales de l'abdomen sur la rigidité postéro-antérieure de la colonne lombaire. Cette rigidité lombo-sacrée a été mesurée, via le « spring test » chez 38 volontaires jeunes et asymptomatiques, avant et après les deux mobilisations myofasciales abdominales en suivant un plan de recherche croisé randomisé (à deux groupes) à mesures répétées, en aveugle unique.

Mots-clés : lombaire, mobilisation, spring-test, rigidité, disque

Keywords : lumbar stiffness, spring test, abdominal myofascial mobilization, intervertebral disc

La main à la pâte

95 L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France
R. Remondiere, M.-P. Durafourg

Les premières initiatives d'accès libre datent de 1976 et de nombreux pays anglophones ont suivi ce mouvement qui vise à supplanter la consultation d'un médecin pour certains actes, hormis le diagnostic. En France, les coopérations dans ce domaine sont exceptionnelles. L'accès direct doit être différencié des pratiques avancées, à l'hôpital, dans les domaines de l'orthopédie, les troubles musculo-squelettiques, l'évaluation pré-opératoire et l'arthroplastie de hanche et de genou. À l'hôpital, ce sont les hommes de 40 à 59 ans qui ont recours à cette forme de consultation, avec une excellente corrélation comprise entre 86 et 100 % en comparaison avec la pratique du médecin, ouvrant la porte à l'accès libre.

Mots-clés : accès aux soins, filière de soins, évaluation des besoins, médecin référent, physiothérapie, kinésithérapie, rééducation et réadaptation

Keywords : access to care, healthcare trajectories, needs assessment, referring physician, physical therapy, physiotherapy, rehabilitation and readaptation

105 Physiothérapie suisse : vers un accès direct ?
V. Sarrasin, P. Ogay

L'accès direct en physiothérapie permet à un patient de se faire traiter par un physiothérapeute sans avoir consulté de médecin au préalable. Cette modalité de parcours de soin n'existe pas en Suisse mais est instaurée dans plusieurs pays d'Europe, aux USA, au Canada et en Australie. Le but de cette revue narrative est de déterminer s'il existe une différence entre le profil d'une personne consultant son physiothérapeute en accès direct et celui d'un patient qui sollicite son médecin au préalable. Puis, selon nos résultats, nous essaierons de définir un profil type de patient consultant son physiothérapeute en accès direct.

Mots-clés : accès direct, physiothérapie, profil

Keywords : direct access, physiotherapy, patient profile

Rendez-vous

120 « Comprendre la théorie, maîtriser la pratique… »

- « Diagnostic et thérapie manuelle de la névralgie cervico brachiale selon le concept de l'ostéopathie neuroméningé », P. Pommerol , 3-4-5 septembre 2015;
- « Méthode MESERS : Un dos qui bouge est un dos heureux ! », A. Berchten, 2 et 3 octobre 2015.

Lu pour vous

122 Lu Pour Vous : Kinésithérapie, intimes regards
P. Cochon, M. Delaire

La main dans le sac

123 Tarifsuisse, j'abhorre
Y. Larequi

APPAREILS DE FITNESS ET ACCESSOIRES DEPUIS 1987

The Shark Fitness Company

www.sharkfitness.ch

wivisions.ch

Ergomètre



Vélo couché



Tapis de course



Crosstrainer



Machine à poulie et Functional Trainer



Station de force



Body-Solid · concept2 ROWING · WaterRower · CIRCLE FITNESS · FIRST DEGREE FITNESS · Lojer · LeMond Fitness Inc. · HBP · SportsArt FITNESS · HORIZON FITNESS · VISION FITNESS · TUNTURI

Shark Fitness AG
Landstrasse 129 · 5430 Wettingen
Tél. 056 427 02 25 · E-Mail: info@sharkfitness.ch

Shark Fitness Shop **Wettingen**
Landstrasse 129 · 5430 Wettingen
Tél. 056 426 52 02 · E-Mail: shop@sharkfitness.ch

Shark Fitness Shop **Wil SG**
Wilerstrasse 207 · Gewerbehaus Stelz · 9500 Wil
Tél. 071 931 51 51 · E-Mail: shopwil@sharkfitness.ch

C'est quand « demain » ?



YVES LAREQUI

Physiothérapeute-Ostéopathe (Lausanne)

En 1997, la rédaction de *Mains Libres* organisait le premier (et dernier) forum, ouvert tant aux physiothérapeutes, aux médecins qu'au grand public, concernant l'accès direct à la physiothérapie en Suisse.

Paraphrasant *Victor Hugo*, sous le titre « Accès direct : utopie ou réalité de demain ? », lors de cette manifestation qui s'est tenue à l'EPFL des intervenants représentant le corps médical, les assureurs maladie, un avocat spécialiste de la LAMal et… des physiothérapeutes se sont exprimés sur la faisabilité (ou non) de l'accès direct en Suisse, ses limites, ses avantages et ses inconvénients.

Durant cette même année 1997, les patients du Royaume Uni accédaient directement aux soins de physiothérapie sans prescription et remboursés par le National Health Service.

Depuis cette date, d'autres pays ou états ont acquis cette prérogative : le Canada (1999), le Massachussetts (1998), l'Indiana (2001), les Pays-Bas (2006) et l'Irlande (2013)…

Et en Suisse ? – Depuis ce forum précurseur, rien mis à part quelques frémissements et susurrements plaintifs. Rien jusqu'à l'avènement d'un projet pilote dans le canton de St.-Gall entre 2012 et 2013. La machine était lancée pouvait-on penser; mais, las, le soufflé est retombé.

Lors des Journées Françaises de Kinésithérapie qui se sont déroulées à Lilles au début du mois de février dernier, lors d'un forum sur le thème de l'accès direct, un participant demanda aux protagonistes de l'AD en Australie (1976) et aux Pays-Bas (2006), quelles étaient les conditions déterminantes pour aboutir à ce nouveau niveau de compétence.

La réponse tant de l'intervenant australien que de la représentante des Pays-Bas était claire :
– « Il faut une détermination, une volonté féroce, une mobilisation de toute la profession et de lutter farouchement pour atteindre cet objectif et pour cela tous les moyens (ou presque) sont bons ! »

Parmi les frémissements sur l'accès direct, notons l'article de *V. Sarrasin* et *P. Ogay* qui ont présenté leur travail de Bachelor sur ce sujet (p. 105). Ce qui est étonnant, c'est que de très jeunes collègues soient sensibilisés à ce sujet à l'aube de leur carrière professionnelle. Voilà à n'en pas douter de la « bonne graine ».

La France tente aussi de s'émanciper dans ce sens et *R. Rémondière* et *M.-P. Durafourg* nous présentent une problématique un peu différente dans l'Hexagone (p. 95) en distinguant l'accès direct des actes délégués et des transferts d'actes.

Mais *Mains Libres*, qui fait exception en publiant ce mini-dossier sur l'accès direct, est plus que jamais orienté vers la formation continue. Laissons donc de côté cet aspect de politique professionnelle (en espérant quand même y revenir au plus vite) et intéressons-nous à l'excellente étude de *A. Soubrier et al.*, ostéopathes belges, qui nous propose un travail bien ficelé sur la rigidité de la colonne lombaire et nous décrit 2 techniques ostéopathiques pour y remédier (p.85).

Pour votre équipe de *Mains Libres*, formation continue signifie « comprendre la théorie et maîtriser la pratique » : consultez donc l'agenda des formations que nous vous proposons après les vacances d'été et … n'hésitez pas à vous y inscrire.

Et puis, si vous en avez l'occasion, procurez-vous le livre de *Ph. Cochon* et *M. Delaire* : « Kinésithérapie : intimes regards ». La complicité entre un photographe et un kinésithérapeute passionnés nous offre de splendides photos de ces professionnels qui œuvrent quotidiennement avec aménité pour leurs patients. Regards intimes, regards bienveillant, jamais intrusif. Beau !

Bonne lecture.

LMT
serious about training

Pour vous nous ne proposons que ce qu'il y a de meilleur sur le marché.

L'Hydromassage Lounge. Le fort et large jet d'eau offre une sensation de détente et de massage incomparable. L'innovation permanente, le plus haut niveau de qualité et les exigences d'entretien extrêmement faibles de l'appareil font **d'Hydromassage** le leader expérimenté en la matière depuis 25 ans. **Découvrez le numéro 1.**

Cet appareil et bien d'autres encore sont distribué exclusivement par LMT ! Nous sommes leader dans la distribution de produits et de services innovants dans les domaines du fitness, de la réhabilitation et du sport.

LMT – serious about training.



MEDICAL
FORCE&CARDIO
SENSORI-MOTEUR&DIAGNOSTIC
FITNESS

Nos marques

CYBEX · Octane FITNESS · SCHNELL · itensic · h/p/cosmos · CSMi · TecnoBody REHABILITATION SYSTEMS · PRO medplus by LMT · TONUS · HYDROMASSAGE Innovation in Relaxation · ZIVA · GYMWIPES · PAVIGYM

Leuenberger Medizintechnik AG
Chemin du Croset 9B
CH – 1024 Ecublens
Tél +41 (0) 21 711 11 45
Fax +41 (0) 21 711 11 46
lmt@lmt.ch
www.lmt.ch

LMT Deutschland GmbH
Stuttgarter Straße 57
D – 74321 Bietigheim-Bissingen
Tél +49 (0) 7142 993 860
Fax +49 (0) 7142 993 8610
info@lmt.eu
www.lmt.eu

LMT CYBEX GmbH
Modecenterstraße 22/D73-D83
AT – 1030 Wien
Tél +43 (0) 1 798 06 98
Fax +43 (0) 1 798 06 98 20
info@lmt.at
www.lmt.at

FOLLOW US
www.facebook.com/LMT.LeuenbergerMedizinTechnik

www.lmt.eu

Reçu : novembre 2014
Révisé : avril 2015

Quantification de la rigidité postéro-antérieure de la colonne lombaire via le « spring test » chez des sujets asymptomatiques. Etude de deux techniques de mobilisation myofasciale de l'abdomen.

ASTRID SOUBRIER*, MSC, WALID SALEM, PHD, PAUL KLEIN, PHD, STÉPHANE SOBCZAK, PHD, PIERRE-MICHEL DUGAILLY, PHD

Unité de recherche en Ostéopathie, Faculté des Sciences de la Motricité, Université Libre de Bruxelles (ULB), Bruxelles, Belgique.

*Auteur correspondant : Unité de recherche en Ostéopathie, Faculté des Sciences de la Motricité, Université Libre de Bruxelles (ULB), 808 route de Lennik, 1070 Bruxelles, Belgique.

Mots-clés : *lombaire, mobilisation, spring-test, rigidité, disque*

Key words: *lumbar stiffness, spring test, abdominal myofascial mobilization, intervertebral disc*

Résumé

Les techniques de mobilisation des tissus de l'abdomen sont couramment utilisées dans la pratique ostéopathique viscérale, mais sans quantification fiable de leurs effets sur la colonne vertébrale. Le but de notre étude est dès lors d'étudier l'influence de deux mobilisations myofasciales de l'abdomen (Mobilisations Myofasciales Abdominales : Globale et Spécifique) sur la rigidité postéro-antérieure de la colonne lombaire. La rigidité lombo-sacrée (quatre segments) de 38 volontaires jeunes et asymptomatiques a été mesurée, via le « spring test », avant et après les deux mobilisations myofasciales abdominales en suivant un plan de recherche croisé randomisé (à deux groupes) à mesures répétées, en aveugle unique. Les résultats montrent une augmentation spécifique de la rigidité des différents segments en fonction des techniques. Celle-ci proviendrait d'une réhydratation discale, résultant probablement de l'interaction entre différents mécanismes biomécaniques, cellulaires et nerveux, dont fait partie le relâchement myofascial. Bien que ces observations doivent être confirmées, ces techniques de mobilisation myofasciale de l'abdomen pourraient présenter un intérêt clinique, notamment dans le traitement des douleurs lombaires.

Introduction

La mobilisation postéro-antérieure ou « spring test » est une technique couramment utilisée pour évaluer la rigidité lombaire (« lumbar stiffness »), que ce soit en clinique ou en recherche. [10, 68, 57] Sur des sujets asymptomatiques, ces

mobilisations postéro-antérieures ne semblent pas avoir d'effet sur la rigidité ou la mobilité de la colonne, utilisée comme test cette technique permet d'en évaluer une autre. [42, 2, 60, 55]

En ostéopathie, différentes techniques sont utilisées parmi lesquelles les mobilisations myofasciales. [15] Le fascia est défini comme un tissu collagénique fibreux, qui fait partie du système de transmission de la force du corps entier. [48] Différents auteurs ont démontré l'efficacité de certaines de ces techniques myofasciales, notamment sur la colonne lombaire. [66, 38, 1] Comme il est établi que des liens tissulaires, myofasciaux, importants existent entre l'abdomen et le rachis lombaire [71], nous nous sommes intéressés plus spécifiquement aux mobilisations myofasciales abdominales.

A notre meilleure connaissance, il n'y a pas de données dans la littérature sur la relation entre les techniques de mobilisation myofasciale abdominale et la rigidité lombo-sacrée.

Le but de notre étude est donc d'analyser l'influence de deux mobilisations myofasciales de l'abdomen sur la rigidité postéro-antérieure de la colonne lombaire, via le « spring test », chez des sujets asymptomatiques.

Les mobilisations abdominales réalisées devraient, par leur action sur les structures myofasciales, modifier la rigidité de la colonne lombaire. Pour une même force appliquée, l'amplitude des mouvements postéro-antérieurs de la colonne lombaire devrait être augmentée après les mobilisations abdominales car, si les techniques influencent la tonicité myoaponévrotique, la résistance superficielle des tissus lombaires peut être affectée; le coefficient de rigidité devrait se trouver diminué.

Méthode

Plan de recherche

L'étude a été réalisée suivant un plan de recherche croisé randomisé (à deux groupes) à mesures répétées, en aveugle unique.

Sujets

Trente-huit volontaires asymptomatiques ont été recrutés au sein de la population estudiantine de la Faculté des Sciences de la Motricité de l'Université Libre de Bruxelles. L'échantillon est constitué de dix-neuf femmes et de dix-neuf hommes. La moyenne d'âge est de 23 ± 2 ans et l'indice de masse corporelle (ou body mass index (BMI)) moyen de l'échantillon est de 22,3 ± 2,4 kg/m^2. Les critères d'exclusion étaient les suivants: chirurgie ou traumatisme vertébral ou abdominal dans les six mois précédents.

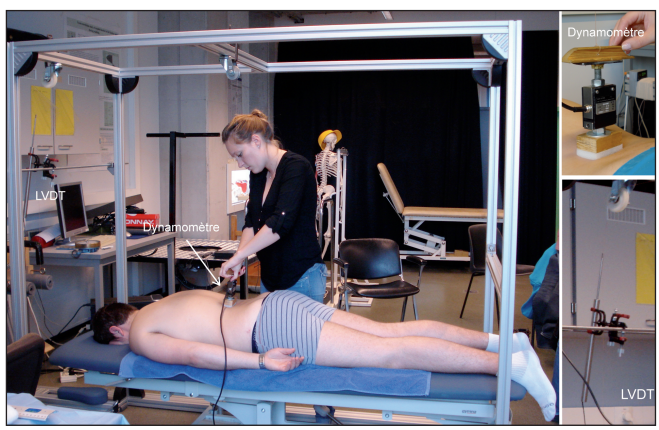
L'étude a été approuvée par le Comité d'Ethique de l'Hôpital Erasme de Bruxelles et les sujets ont donné leur consentement éclairé par écrit.

Instrument de mesure

La rigidité postéro-antérieure lombaire a été mesurée à l'aide d'un capteur de déplacement linéaire (Linear Variable Differential Transformer: MVBA1000SC2AA42-01 - Solartron Metrology) couplé à un dynamomètre (TCLZ-200KA) par un fin fil en acier. (Figure 1) Le dynamomètre a été adapté pour servir de pénétrateur (« indenter »), la mousse ajoutée a une surface de 26,9 cm^2 et une épaisseur de 1,3 cm, elle est très peu déformable. Les signaux des deux capteurs sont collectés à une fréquence d'enregistrement de 10Hz et sont ensuite convertis par un logiciel LabVIEW personnalisé (LabVIEW 9,0 2009; Laboratory Virtual Instrumentation Engineering Workbench). La force instantanée est affichée et constitue un retour visuel.

Le déplacement et la force ont été mesurés lors de mobilisations postéro-antérieures ou spring tests, ceux-ci ont été réalisés sur une table réglable en hauteur, recouverte d'un coussin de 4 cm, de faible densité.

Une étude pilote a été menée pour évaluer la fiabilité du système de mesure et de la mesure. La fiabilité et la linéarité du dynamomètre ont été évaluées en répétant dix fois les mêmes mesures et en réalisant des courbes d'hystérèse. Trois expérimentateurs se sont familiarisés ensemble au système de mesure et ont ensuite effectué dix mobilisations sur les quatre segments lombo-sacrés de trois sujets pour objectiver la reproductibilité de la mesure. Ces trois participants ont été testés, chaque jour, par un examinateur différent. L'ICC$_{inter}$ (intraclass correlation coefficient ou coefficient de corrélation intra-classe), la RMSE$_{inter}$ (root mean square error ou l'erreur quadratique moyenne) et la RMSE$_{intra}$ de la force maximale (Fmax) ont été calculés.



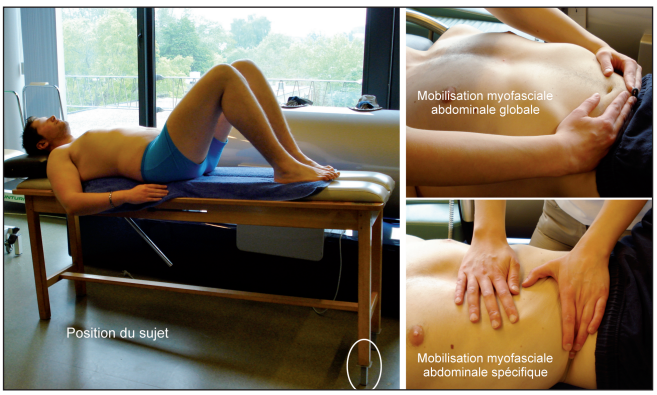
› Figure 1 : système de mesure. Un des trois observateurs évaluant la partie supérieure de la colonne lombaire, lors de l'étude pilote.

Mobilisations myofasciales abdominales

Les deux techniques myofasciales réalisées sont des mobilisations manuelles douces et générales des tissus de l'abdomen. Les sujets sont en décubitus dorsal, les pieds posés à plat sur une table légèrement déclive. Il a été demandé aux sujets de respirer amplement et calmement.

La mobilisation myofasciale abdominale globale (MMAG), dite « grande manoeuvre abdominale », consiste en quatre cycles de cinq tractions de la masse intestinale vers le diaphragme. L'examinateur se tient latéralement par rapport au sujet, à hauteur de sa tête, ses mains sont placées médialement aux fosses iliaques et saisissent l'abdomen du sujet. Lors de l'expiration du participant, l'expérimentateur tire la masse intestinale vers le diaphragme et relâche la pression lors de l'inspiration. Cette technique est réalisée avec un temps de repos, entre chaque série, égal à celui de la mobilisation. [22]

La mobilisation myofasciale abdominale spécifique (MMAS) consiste également en quatre cycles de cinq tractions. L'examinateur se tient latéralement à hauteur de l'abdomen du volontaire. Sa main céphalique constitue un point fixe au niveau du sternum et sa main caudale se place au niveau du flanc hétérolatéral, l'index en regard du processus épineux de la troisième vertèbre lombaire (L_3), pour exercer une force postéro-antérieure et latéro-médiale. L'étirement commence lors de l'expiration du sujet, il est maintenu lors de l'inspiration et est ensuite doucement relâché lors de l'expiration suivante. L'expérimentateur a effectué deux séries de chaque côté. (Figure 2)



› Figure 2 : position du sujet et techniques de mobilisation

Protocole expérimental

Les processus épineux L_1, L_3, L_5 et S_2 de chaque sujet ont été marqués. L'espace interépineux $L_{4/5}$ a d'abord été repéré entre les deux crêtes iliaques [65, 24], les différents processus ont ensuite été palpés. Afin de valider la palpation [39], deux autres techniques ont été utilisées : L_3 doit se situer à hauteur de la taille, quant au processus de S_2, il se trouve entre les deux épines iliaques postérosupérieures. [65, 24]

La position des sujets lors des mobilisations postéro-antérieures était standardisée, ils étaient en procubitus, les bras le long du corps et la tête dans l'ouverture prévue à cet effet. La table a été positionnée dans le dispositif de manière à ce que le dynamomètre se trouve à l'aplomb de L_3.

Le spring test, également standardisé pour augmenter la fiabilité, a ensuite été réalisé : une force postéro-antérieure a été appliquée rythmiquement au niveau des processus épineux lombaires. La force exercée et sa direction, la fréquence de mobilisation, la position et la respiration du volontaire ont été prises en compte car il est établi que ces paramètres influencent les mesures de rigidité de la colonne. [16, 52, 11, 29, 54, 56, 31, 57] La force maximale devait atteindre 100N, ce que l'expérimentateur a pu vérifier, grâce au retour visuel. La force a été appliquée tangentiellement à la surface discale, à la fin d'une expiration, au volume résiduel fonctionnel. La fréquence de mobilisation a donc été déterminée par les participants, à qui il avait été demandé de respirer calmement et amplement. Il n'a pas été demandé aux sujets de maintenir leur respiration. Les deux variables ont été collectées lors de trois spring tests réalisés sur les quatre segments de la colonne lombo-sacrée de chaque volontaire, ce qui semble plus fiable que d'effectuer les tests sur chaque vertèbre séparément. [49] Le pénétrateur a successivement été déplacé du segment lombaire supérieur aux segments lombaires moyen et inférieur et au sacrum. Le bord supérieur du morceau de mousse du dynamomètre a été placé sur la ligne situant L_1, le milieu de la mousse a ensuite été positionné sur la marque de L_3, l'examinateur était alors en fente avant, dirigé vers la tête du sujet; après quoi, le bord inférieur du morceau de mousse a été posé au niveau de L_5 et de S_2, segments pour lesquels l'expérimentateur s'était tourné en direction des pieds du volontaire, afin de toujours exercer la force tangentiellement à la surface discale.

Après les tests postéro-antérieurs, les participants ont reçu une des deux mobilisations myofasciales en fonction du groupe dans lequel ils avaient été répartis aléatoirement. Pour terminer la séance de mesure, les spring tests, décrits ci-dessus, ont été répétés afin de mesurer la rigidité post-mobilisation.

Les volontaires sont revenus, à la même heure, une semaine plus tard pour la deuxième séance de mesure. Celle-ci était similaire à la première mais les sujets ont reçu, en fonction du groupe auquel ils appartenaient, l'autre mobilisation myofasciale abdominale.

Analyse des données

Le coefficient de rigidité K (N/mm) a été calculé à partir de la courbe force-déplacement à l'aide d'un logiciel FreeMat personnalisé. C'est le coefficient de direction de la droite de régression de la portion de cette courbe comprise entre 30 et 100N et considérée comme la portion linéaire de la

courbe. [57] Cette plage de force, décrite par *Latimer et al.* [33], a été choisie afin d'uniformiser l'analyse des données et de la conformer à la majorité des études.

Une fois toutes les valeurs de rigidité obtenues, nous avons calculé la moyenne de chaque cycle de trois répétitions, de chaque segment et de chaque sujet, avant et après chaque mobilisation. C'est à partir de ces derniers chiffres que l'analyse statistique a été réalisée, celle-ci a été effectuée via le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Contrairement à la majorité des auteurs [33, 34, 35, 52, 18, 2, 11, 59, 53, 13], nous n'avons pas exclu les résultats des premiers spring tests de chaque cycle de l'analyse de données car nous n'avons pas observé de différence entre les répétitions du spring test.

L'évolution de la rigidité en fonction des segments a été objectivée à l'aide d'un coefficient de détermination et d'une ANOVA à un facteur (test post-hoc de Tukey). Des ANOVAs à mesures répétées ont été réalisées pour comparer, d'une part, la rigidité des sujets avant chaque technique et, d'autre part, la rigidité avant-après les deux mobilisations. Une ANOVA mixte a été effectuée pour comparer les deux techniques myofasciales. Le seuil de signification a été fixé à 0,050.

La normalité des valeurs avait préalablement été vérifiée à l'aide des tests de Shapiro-Wilk et de Kolmogorov-Smirnov, des graphiques de distribution des données et des QQ-plots.

Résultats

Reproductibilité

Les coefficients de détermination des courbes d'hystérèse réalisées avec des charges similaires à la force exercée lors des spring tests (0N-150N) sont équivalents à 1 (0,999) et les RMSE de ces courbes (<0,18N) sont négligeables. Les RMSE obtenues lors des tests de reproductibilité du dynamomètre sont inférieure à 0,04N et sont également négligeables.

Dans la plage de force correspondant à celle exercée lors des spring tests, le dynamomètre est tout à fait fiable et son comportement est parfaitement linéaire.

Le tableau 1 (Tableau 1) reprend les $RMSE_{intra}$, $RMSE_{inter}$ et ICC_{inter} par segment, pour chaque sujet. Les $RMSE_{intra}$ varient entre 5 et 10N. Ces valeurs correspondent, en moyenne, à 5% de la Fmax moyenne des trois observateurs, par segment, pour chaque sujet.

La fiabilité inter-observateurs est moins bonne que l'intra. La $RMSE_{inter}$ varie globalement entre 18 et 38N ce qui correspond à 15 à 25% de la moyenne des données de Fmax.

Globalement l'ICC_{inter} indique une bonne fiabilité (ICC>0,75). [19] La majorité des valeurs sont supérieures à 0,90.

Etude de la rigidité

Le coefficient de détermination de la droite de régression a une valeur de 0,95. La rigidité augmente de manière linéaire du segment lombaire supérieur au sacrum. (Graphique 1) Le sacrum est toutefois plus rigide que les autres segments ($p \leq 0,019$).

Les valeurs de rigidité mesurées avant les deux techniques sont équivalentes. Les valeurs p obtenues respectivement pour les segments lombaires supérieur, moyen, inférieur et pour le sacrum sont 0,142; 0,341; 0,946 et 0,399. Par ailleurs, nous avons mis en évidence une augmentation de rigidité au niveau de tous les segments, de manière

Fmax	CLsup	CLmoy	CLinf	Sacrum
Sujet 1				
$RMSE_{intra}$ (N)	5,98	9,06	7,94	5,89
$RMSE_{inter}$ (N)	20,58	26,54	7,01	20,57
ICC_{inter}	0,92	0,88	0,28	0,92
Sujet 2				
$RMSE_{intra}$ (N)	6,42	5,22	4,86	8,06
$RMSE_{inter}$ (N)	8,47	18,57	18,69	14,37
ICC_{inter}	0,43	0,92	0,93	0,69
Sujet 3				
$RMSE_{intra}$ (N)	7,42	9,42	5,09	7,47
$RMSE_{inter}$ (N)	30,85	37,04	30,07	20,32
ICC_{inter}	0,94	0,94	0,97	0,87

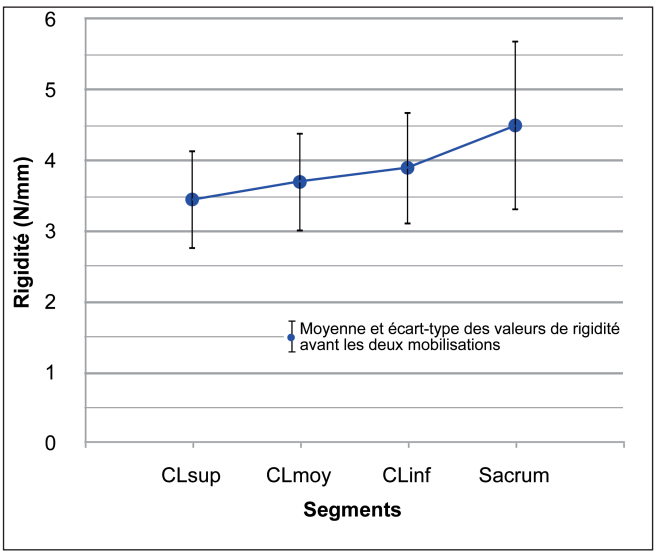
› Figure 2 : position du sujet et techniques de mobilisation

décroissante, du sacrum au segment lombaire supérieur, à la suite de la MMAG et une augmentation de rigidité au niveau des segments du rachis lombaire, plus marquée au niveau du segment moyen, après la MMAS. Enfin, nous constatons que les deux mobilisations myofasciales abdominales n'ont pas la même influence sur la rigidité du sacrum (p=0,046), contrairement à ce qui est observé au niveau des segments de la colonne lombaire (p=0,730; 0,751 et 0,477). (Graphique 2)

Discussion

Reproductibilité

Petty [42] obtient une RMSEintra de 12,78N pour un observateur ayant répété les mesures trois jours sur le même groupe de sujets. Cette valeur correspond à 13,82% de la force maximale moyenne exercée. Harms et Bader [21], quant à eux, constatent, dans leur étude sur 30 thérapeutes, une variation de 5 à 34% de la force appliquée lors du test-retest. Les résultats que nous obtenons dans notre étude sont meilleurs, les observateurs effectuent le spring test de manière standardisée.



› Graphique 1 : évolution de la rigidité en fonction des différents segments

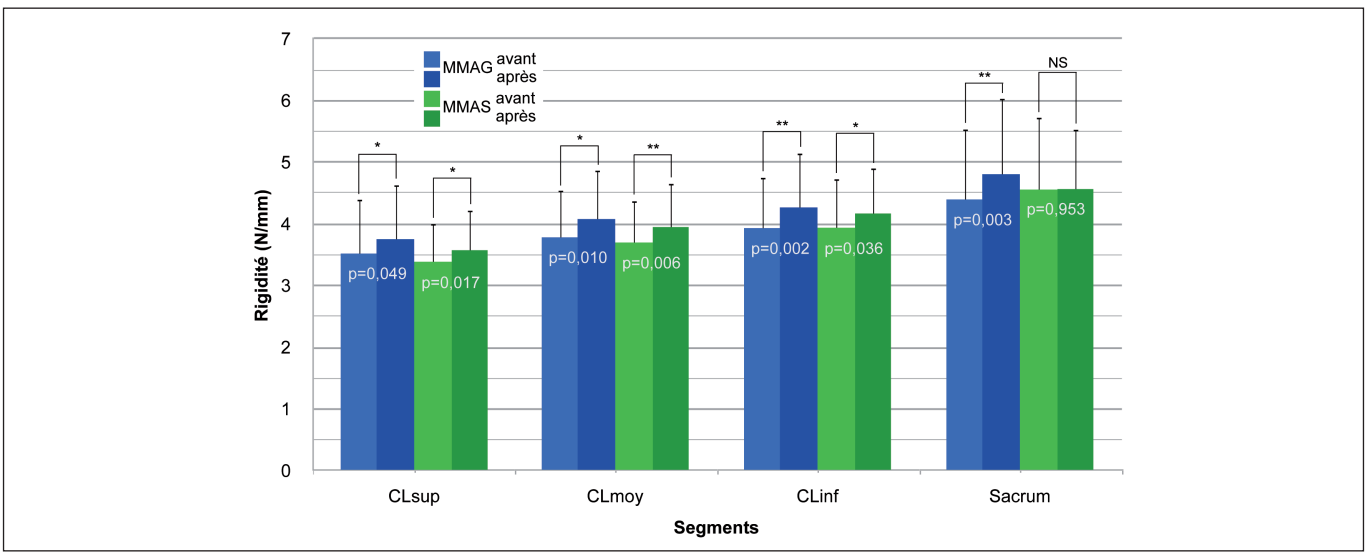
La fiabilité inter-observateurs est moins bonne que l'intra, ce qui correspond à la littérature. [49, 20] Les trois faibles ICC_{inter} observés s'expliquent par une meilleure fiabilité inter-observateurs pour des valeurs de reproductibilité intra-observateurs semblables aux autres. [19]

D'une manière générale le degré de fiabilité de notre système de mesure rejoint celui des instruments de mesure, bien standardisés, et non pas celui du test clinique.

Etude de la rigidité

Les valeurs de rigidité obtenues dans notre étude (<5N/mm) sont inférieures aux valeurs habituellement trouvées, qui se situent entre 5 et 20N/mm. [33, 68, 16, 34, 35, 52, 2, 11, 53, 13, 30, 31] Cette différence peut sans doute être justifiée si l'on tient compte des différents paramètres de mesure. La position du sujet, la force appliquée, la direction de la force ou encore l'âge et le BMI de l'échantillon correspondent à la littérature et n'interviennent donc probablement pas. Au contraire, l'absence d'apnée, la lente fréquence de mobilisation, le rembourrage de la table et la grande taille du dynamomètre pourraient expliquer ces faibles valeurs. [16, 35, 52, 11, 29, 59, 54, 56, 31, 57]

L'augmentation de rigidité, à tendance linéaire, du segment lombaire supérieur au sacrum, reprise dans la littérature, s'observe également dans notre étude. Elle serait



› Graphique 3 : influence des mobilisations sur la rigidité lombo-sacrée : comparaison avant-après.

due à la proximité de la ceinture pelvienne, considérée comme support rigide de la colonne lombaire. [68, 16, 34]

L'augmentation de rigidité constatée après les techniques était inattendue car nous supposions que les mobilisations myofasciales modifieraient la tonicité myoaponévrotique, permettant dès lors une plus grande amplitude des mouvements postéro-antérieurs, or nous constatons le contraire.

Puisqu'un disque hydraté est plus rigide, nous pourrions émettre l'hypothèse de réhydratation discale pour expliquer les résultats. [37, 3, 69, 28, 40] Celle-ci proviendrait, entre autres, d'une diminution des contraintes exercées sur les disques intervertébraux. [43, 17]

La détente myofasciale pourrait être un mécanisme susceptible de diminuer les contraintes. Le fascia, et plus particulièrement le fascia thoraco-lombaire (FTL), pourrait jouer un rôle important.

Nous supposons que les techniques de mobilisation myofasciale relâchent, par étirement, les différents fascias et que, grâce au FTL, structure myofasciale complexe, l'action est transmise antéro-postérieurement, agissant ainsi au niveau de la colonne lombaire, via le réseau complet de fascias, comprenant non seulement les feuillets moyen et postérieur du FTL, mais également d'autres éléments tels que les septa musculaires ou les péri-, épi- et endomysiums. Différentes études de *Barker et al.* [4, 5] mettent en évidence cette transmission de force. Ils observent, in vitro, que la force de traction appliquée, notamment sur les obliques ou le transverse de l'abdomen, se propage jusqu'à l'attache vertébrale du FTL et pourrait, via ces structures myofasciales, influencer les mouvements intersegmentaux. En plus du relâchement fascial, le relâchement musculaire pourrait également intervenir. Si la contraction du système musculaire stabilise et comprime le complexe articulaire [64, 27, 67], nous pourrions imaginer qu'une détente des muscles abdominaux, engendrée par les mobilisations abdominales, diminue la compression des disques intervertébraux.

L'augmentation de pression abdominale semble être aussi bien un mécanisme de compression de la colonne lombaire qu'un mécanisme de décompression. La pression intra-abdominale est générée par la contraction du diaphragme, des muscles abdominaux et du plancher pelvien. Ce phénomène stabilise et donc rigidifie le rachis mais cette augmentation de pression fait, de plus, office de 'ballon pressurisé' [6, 40] et sépare le diaphragme du plancher pelvien en créant un moment extenseur. La contrainte de compression à laquelle est soumise la colonne diminuerait, ce qui favoriserait l'hydratation du disque. [43, 14, 23, 17, 62] Nous pouvons concevoir que les mobilisations abdominales augmentent la pression abdominale. Celle-ci pourrait faire office de ballon pressurisé et ainsi participer au relâchement myofascial.

En plus des différents éléments repris ci-dessus, qui décrivent les mécanismes par lesquels les mobilisations abdominales diminueraient la tonicité myoaponévrotique et qui tendent à confirmer l'hypothèse selon laquelle les mobilisations abdominales agiraient par le biais d'une détente myofasciale, engendrant une diminution des contraintes sur les disques intervertébraux permettant ainsi leur réhydratation, d'autres mécanismes sont envisageables. Les phénomènes de mécanobiologie et de mécanotransduction ainsi que la mise en jeu des systèmes nerveux somatique et autonome pourraient également participer à l'augmentation de rigidité mais ce sont des aspects que nous n'avons pas approfondis. [44, 70, 45, 46, 50, 7, 25, 12, 32, 47, 71]

Les deux techniques semblent rigidifier la colonne. Bien qu'il existe une spécificité des techniques en fonction des segments, il nous semble peu opportun, sur la base de nos observations, de discuter plus en détail des différences observées, nous pouvons seulement noter que l'influence des techniques semble être proximale par rapport aux structures mobilisées.

Par ailleurs, les douleurs lombaires sont attribuées en partie à une dégénérescence discale, synonyme d'une moindre hydratation [41] et *Beattie et al.* [9] observent, au niveau lombaire, une diminution de douleur suite à une réhydratation discale. Ceci suggère que les deux techniques de mobilisation myofasciale abdominale étudiées pourraient être dans ce cadre, après validation, un outil thérapeutique intéressant.

Limites

Cette étude comporte différentes limites. L'absence de groupe contrôle ne nous autorise pas à conclure à un effet de ces deux mobilisations myofasciales sur la rigidité lombaire. La population, sur laquelle les techniques ont été effectuées, ne nous permet pas de généraliser nos observations. [26] En outre, nous n'avons pas considéré toutes les variables indépendantes, susceptibles de modifier les résultats. [36, 51, 63] Nous n'avons pas non plus d'informations concernant l'évolution dans le temps du phénomène observé. Il serait dès lors intéressant de confirmer nos observations par une étude contrôlée randomisée. Par ailleurs, l'utilisation de l'échographie ou de l'imagerie par résonance magnétique nous permettrait de confirmer notre hypothèse de réhydratation discale. [8, 61, 58] Nous pourrions de plus établir un lien quantitatif entre la rigidité lombaire mesurée lors des spring tests et le degré d'hydratation discale. L'évolution dans le temps et la durée de cette modification de rigidité sont d'autres points à approfondir. Ces deux techniques abdominales pourraient également être étudiées dans le cadre de douleurs lombaires car, si

l'hypothèse est vérifiée, elles pourraient alors être un outil thérapeutique intéressant.

Conclusion

Les valeurs de rigidité obtenues sont inférieures à celles trouvées dans la littérature. Nous avons, par ailleurs, mis en évidence une augmentation de la rigidité après les deux techniques de mobilisation. Notre hypothèse est que cette augmentation de rigidité pourrait être en relation avec l'état de réhydratation discale.

Les deux techniques de mobilisation myofasciale de l'abdomen étudiées semblent ne pas restaurer de mobilité mais elles pourraient néanmoins présenter un intérêt clinique en cas de douleurs lombaires. La catégorie d'âge des sujets ne permet pas de généraliser le phénomène observé à l'ensemble de la population; celui-ci demande à être vérifié mais l'étude ouvre la voie à d'autres hypothèses de recherche.

Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contact

Astrid Soubrier, Unité de recherche en Ostéopathie, Faculté des Sciences de la Motricité, Université Libre de Bruxelles (ULB), Bruxelles, Belgique.

e-mail : Astrid.Soubrier@ulb.ac.be

Références

1. Ajimsha, M., Daniel, B., Chithra, S., *Effectiveness of myofascial release in the management of chronic low back pain in nursing professionals*, Journal of bodywork & movement therapies, 2014, 18(2): 273-281.
2. Allison, G., Edmondston, S., Kiviniemi, K., Lanigan, H., Simonsen, A., Walcher, S., *Influence of standardized mobilization on the posteroanterior stiffness of the lumbar spine in asymptomatic subjects*, Physiotherapy research international, 2001, 6(3): 145-156.
3. Andersson, G., Schultz, A., *Effects of fluid injection on mechanical properties of intervertebral discs*, Journal of biomechanics, 1979, 12: 453-458.
4. Barker, P., Briggs, C., Bogeski, G., *Tensile transmission across the lumbar fasciae in unembalmed cadavers : Effects of tension to various muscular attachments*, Spine, 2004, 29(2): 129-138.
5. Barker, P., Freeman, A., Urquhart, D., Anderson, C., Briggs, C., *The middle layer of lumbar fascia can transmit tensile forces capable of fracturing the lumbar transverse processes: an experimental study*, Clinical biomechanics, 2010, 25: 505-509.
6. Bartelink, D., *The role of abdominal pressure in relieving the pressure on the lumbar intervertebral discs*, The journal of bone and joint surgery, 1957, 39B(4): 718-725.
7. Bear, F., Connors, B., Paradiso, M., *Neurosciences à la découverte du cerveau*, 3e éd., Pradel, Paris, 2010, 881 pages.
8. Beattie, P., Morgan, P., Peters, D., *Diffusion-weighted magnetic resonance imaging of normal and degenerative lumbar intervetebral discs : a new method to potentially quantify the physiologic effect of physical therapy intervention*, Journal of orthopaedic & sports physical therapy, 2008, 38(2): 42-49.
9. Beattie, P., Arnot, C., Donley, J., Noda, H., Bailey, L., *The immediate reduction in low back pain intensity following lumbar joint mobilization and prone press-ups is associated with increased diffusion of water in the L5-S1 intervertebral disc*, Journal of orthopaedic & sports physical therapy, 2010, 40(5): 256-264.
10. Björnsdottir, S., Kumar, S., *Posteroanterior spinal mobilization: state of the art review and discussion*, Disability and rehabilitation, 1997, 19(2): 39-46.
11. Caling, B., Lee, M., *Effect of direction of applied mobilization force on the posteroanterior response in the lumbar spine*, Journal of manipulative and physiological therapeutics, 2001, 24(2): 71-78.
12. Chan, S., Ferguson, S., Gantenbein-Ritter, B., *The effects of dynamic loading on the intervertebral disc*, European spine journal, 2011, 20: 1796-1812.
13. Chiradejnant, A., Maher, C., Latimer, J., *Objective manual assessment of lumbar posteroanterior stiffness is now possible*, Journal of manipulative and physiological therapeutics, 2003, 26(1): 34-39.
14. Daggfeldt, K., Thorstensson, A., *The role of intra-abdominal pressure in spinal unloading*, Journal of biomechanics, 1997, 30: 1149-1155.
15. De Gendt, T., Desomer, A., Goossens, M., Hanquet, G., Leonard, C., Melard, F., et al., *Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique*, Health Services Research (HSR), Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2010. KCE Reports 148B, D/2010/10.273/92.
16. Edmondston, S., Allison, G., Gregg, C., Purden, S., Svansson, G., Watson, A., *Effect of position on the posteroanterior stiffness of the lumbar spine*, Manual therapy, 1998, 3(1): 21-26.
17. Ferrara, L., Triano, J., Sohn, M.-J., Song, E., Lee, D., *A biomechanical assessment of disc pressures in the lumbosacral spine in response to external unloading forces*, The spine journal, 2005, 5: 548-553.
18. Goodsell, M., Lee, M., Latimer, *J., Short-term effects of lumbar posteroanterior mobilization in individuals with low-back pain*, Journal of manipulative and physiological therapeutics, 2000, 23(5): 332-342.
19. Gross Portney, L., Watkins, M., *Foundations of clinical research: Applications to practice*, 2e éd., Prentice Hall Health, New Jersey, 2000, 768 pages.
20. Haneline, M., Cooperstein, R., Young, M., Birkeland, K., *An annotated bibliography of spinal motion palpation reliability studies*, Journal of the Canadian chiropractic association, 2009, 53(1): 40-58.
21. Harms, M., Bader, D., *Variability of forces applied by experienced therapists during spinal mobilization*, Clinical biomechanics, 1997, 12(6): 393-399.
22. Hebgen, E., *Ostéopathie viscérale, principes et techniques*, 2e éd., Maloine, Paris, 2005, 267 pages.
23. Hodges, P., Cresswell, A., Daggfeldt, K., Thorstensson, A., *In vivo measurement of the effect of intra-abdominal pressure on the human spine*, Journal of biomechanics, 2001, 34: 347-353.
24. Hoppenfeld, S., *Examen des membres et du rachis*, 2e éd., Masson, Paris, 2006, 303 pages.
25. Hsieh, A., Twomey, J., *Cellular mechanobiology of the intervertebral disc: new directions and approaches*, Journal of biomechanics, 2010, 43: 137-145.
26. Intolo, P., Milosavljevic, S., Baxter, D., Carman, A., Pal, P., Munn, J., *The effect of age on lumbar range of motion: a systematic review*, Manual therapy, 2009, 14: 596-604.
27. Jemmett, R., MacDonald, D., Agur, A., *Anatomical relationships between selected segmental muscles of the lumbar spine in the context of multi-planar segmental motion: a preliminary investigation*, Manual therapy, 2004, 9: 203-210.
28. Kaigle, A., Magnusson, M., Pope, M., Broman, H., Hansson, T., *In vivo measurement of intervertebral creep: a preliminary report*, Clinical biomechanics, 1992, 7: 59-62.
29. Kawchuk, G., Fauvel, O., *Sources of variation in spinal indentation testing: Indentation site relocation, intraabdominal pressure, subject movement, muscular response, and stiffness estimation*, Journal of manipulative and physiological therapeutics, 2001, 24(2): 84-91.

30. Kumar, S., *Spinal stiffness in asymptomatic subjects*, Journal of electromyography and kinesiology, 2011, 21: 762-766.
31. Kumar, S., Stoll, S., *Device, protocol and measurement of regional spinal stiffness*, Journal of electromyography and kinesiology, 2011, 21: 458-465.
32. Kumka, M., Bonar, J., *Fascia: a morphological description and classification system based on a literature review*, Journal of the Canadian chiropractic association, 2012, 56(3): 179- 191.
33. Latimer, J., Goodsell, M., Lee, M., Maher, C., Wilkinson, B., Moran, C., *Evaluation of a new device for measuring responses to posteroanterior forces in a patient population, Part 1: reliability resting*, Physical therapy, 1996, 76: 158-165.
34. Lee, M., Steven, G., Crosbie, J., Higgs, R., *Variations in posteroanterior stiffness in the thoracolumbar spine: preliminary observations and proposed mechanisms*, Physical therapy, 1998, 78(12): 1276-1287.
35. Maher, C., Latimer, J., Holland, M., *Plinth padding confounds measures of posteroanterior spinal stiffness*, Manual therapy, 1999, 4(3): 145-150.
36. Malko, J., Hutton, W., Fajman, W., *An in vivo study of the changes in volume (and fluid content) of the lumbar intervertebral disc after overnight bed rest and during an 8-hour walking protocol*, Journal of spinal disorders & techniques, 2002, 15(2): 157-163.
37. Markolf, K., Morris, J., *The structural components of the intervertebral disc*, The journal of bone and joint surgery, 1974, 56-A(4): 675-687.
38. McKenney, K., Elder, A., Elder, C., Hutchins, A., *Myofascial release as a treatment for orthopaedic conditions: a systematic review*, Journal of athletic training, 2013, 48(4): 522- 527.
39. Merz, O., Wolf, U., Robert, M., Gesing, V., Rominger, M., *Validity of palpation techniques for the identification of the spinous process L5*, Manual therapy, 2013, 18: 333-338.
40. Nordin, M., Frankel, V., *Basic biomechanics of the musculoskeletal system*, 4e éd., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2012, 454 pages.
41. Ohtori, S., Inoue, G., Miyagi, M., Takahashi, K., *Pathomechanisms of discogenic low back pain in humans and animal models*, The spine journal, 2014, doi: 10.1016/ j.spinee.2013.07.490.
42. Petty, N., *The effect of posteroanterior mobilisation on sagittal mobility of the lumbar spine*, Manual therapy, 1995, 1: 25-29.
43. Ramos, M., Martin, W., *Effects of vertebral axial decompression on intradiscal pressure*, Journal of neurosurgery, 1994, 81: 350-353.
44. Sato, K., Kikuchi, S., Yonezawa, T., *In vivo intradiscal pressure measurement in healthy individuals and in patients with ongoing back problems*, Spine, 1999, 24(23): 2468-2474.
45. Schleip, R., *Fascial plasticity – a new neurobiological explanation:* Part 1, Journal of bodywork & movement therapies, 2003, 7(1): 11-19.
46. Schleip, R., *Fascial plasticity – a new neurobiological explanation:* Part 2, Journal of bodywork & movement therapies, 2003, 7(2): 104-116.
47. Schleip, R., Findley, T., Chaitow, L., Huijing, P., *Fascia: the tensional network of the human body*, Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh, 2012, 535 pages.
48. Schleip, R., Jäger, H., Klingler, W., *What is 'fascia'? A review of different nomenclatures*, Journal of bodywork & movement therapies, 2012, 16: 496-502.
49. Seffinger, M., Njam, W., Mishra S., Adams, A., Dickerson, V., Murphy, L., Reinsch, S., *Reliability of spinal palpation for diagnosis of back and neck pain: a systematic review of the literature*, Spine, 2004, 29(19): 413-425.
50. Setton, L., Chen, J., *Cell mechanics and mechanobiology in the intervertebral disc*, Spine, 2004, 29(23): 2710-2723.
51. Shiri, R., Karppinen, J., Leino-Arjas, P., Solovieva, S., Viikari-Juntura, E., *The association between smoking and low back pain: a meta-analysis*, The American journal of medicine, 2010, 123 (1): 87.e7-87.e35.
52. Shirley, D., Lee, M., Ellis, E., *The relationship between submaximal activity of the lumbar extensor muscles and lumbar posteroanterior stiffness*, Physical therapy, 1999, 79(3): 278- 285.
53. Shirley, D., Ellis. E., Lee, M., *The response of posteroanterior lumbar stiffness to repeated loading*, Manual therapy, 2002, 7(1): 19-25.
54. Shirley, D., Hodges, P., Eriksson, A., Gandevia, S., *Spinal stiffness changes throughout the respiratory cycle*, Journal of applied physiology, 2003, 95: 1467–1475.
55. Shum, G., Tsung, B., Lee, R., *The immediate effect of posteroanterior mobilization on reducing back pain and the stiffness of the lumbar spine*, Archives of physical medicine and rehabilitation, 2013, 94(4): 673-679.
56. Snodgrass, S., Rivett, D., Robertson, V., *Manual forces applied during posterior-to-anterior spinal mobilization: a review of the evidence*, Journal of manipulative and physiological therapeutics, 2006, 29(4): 316-327.
57. Snodgrass, S., Haskins, R., Rivett, D., *A structured review of spinal stiffness as a kinesiological outcome of manipulation: its measurement and utility in diagnosis, prognosis and treatment decision-making*, Journal of electromyography and kinesiology, 2012, 22: 708-723.
58. Sobczak, S., Dugailly, P.-M., Gilbert, K., Hooper, T., Sizer Jr., P., James, R., Matthijs, O., Brismée, J.-M., *Reliability and validation of in vitro lumbar spine height changes measurements using musculoskeletal ultrasound: a preliminary investigation*, 2014, données non publiées.
59. Squires, M., Latimer, J., Adams, R., Maher, C., *Indenter head area and testing frequency effects on posteroanterior lumbar stiffness and subjects' rated comfort*, Manual therapy, 2001, 6(1): 40-47.
60. Stamos-Papastamos, N., Petty, N., Williams, J., *Changes in bending stiffness and lumbar spine range of movement following lumbar mobilization and manipulation*, Journal of manipulative and physiological therapeutics, 2011, 34(1): 46-52.
61. Stelzeneder, D., Kovacs, B., Goed, S., Welsch, G., Hirschfeld, C., Paternostro-Sluga T., et al., *Effect of short-term unloading on T2 relaxation time in the lumbar intervertebral disc - in vivo magnetic resonance imaging study at 3.0 tesla*, The spine journal, 2012, 12(3): 257- 264.
62. Stokes, I., Gardner-Morse, M., Henry, S., *Intra-abdominal pressure and abdominal wall muscular function: spinal unloading mechanism*, Clinical biomechanics, 2010, 25: 859-866.
63. Takatalo, J., Karppinen, J., Taimela, S., Niinimäki, J., Sequeiros, R., Paananen, M., et al., *Body mass index is associated with lumbar disc degeneration in young Finnish males: subsample of Northern Finland birth cohort study 1986*, BMC Musculoskeletal disorders, 2013, 14: 87-96.
64. Tesh, K., Shaw Dunn, J., Evans, J., *The abdominal muscles and vertebral stability*, Spine, 1987, 12(5): 501-508.
65. Tixa, S., *Atlas d'anatomie palpatoire, Tome 1: cou, tronc, membre supérieur*, 2e éd., Masson, Paris, 2005, 237 pages.
66. Tozzi, P., Bongiorno, D., Vitturini, C., *Fascial release effects on patients with non-specific cervical or lumbar pain*, Journal of bodywork & movement therapies, 2011, 15: 405-416.
67. Vera-Garcia, F., Elvira, J., Brown, S., McGill, S., *Effects of abdominal stabilization maneuvers on the control of spine motion and stability against sudden trunk perturbations*, Journal of electromyography and kinesiology, 2007, 17: 556-567.
68. Viner, A., Lee, M., Adams, R., *Posteroanterior stiffness in the lumbosacral spine: the correlation between adjacent vertebral levels*, Spine, 1997, 22: 2724-2730.
69. White, A., Panjabi, M., *Clinical biomechanics of the spine*, 2e éd., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1990, 722 pages.
70. Wilke, H.-J., Neef, P., Caimi, M., Hoogland, T., Claes, L., *New in vivo measurements of pressures in intervertebral disc in daily life*, Spine, 1999, 24(8): 755-762.
71. Willard, F., Vleeming, A., Schuenke, M., Danneels, L., Schleip, R., *The thoracolumbar fascia: anatomy, function and clinical considerations*, Journal of anatomy, 2012, 221: 507- 536.

ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI
PHYSIO

Facturation électronique, transmission des prescriptions et leur prise en charge par le Net*

La variante Internet de la Caisse des Médecins fonctionne très simplement et sans l'installation d'un logiciel supplémentaire. Tout ce dont vous avez besoin, c'est un PC et un raccordement Internet. Vous avez ainsi accès, par une transmission hautement sécurisée, à vos données sur le serveur du centre de calcul de la Caisse des Médecins.

Reprise des données sans problème

Vous souhaitez conserver votre logiciel de gestion actuel et déléguez la facturation électronique à la Caisse des Médecins ? Rien de plus facile ; les données des logiciels de gestion les plus courants sont reprises très simplement.



Vos avantages avec la Caisse des Médecins

- Pas de frais d'acquisition de logiciel
- Pas de frais d'installation
- Pas de frais de licence
- Pas de frais de maintenance
- Pas de frais pour la sauvegarde et l'archivage des données
- Pas de frais pour l'actualisation des tarifs

* Pour autant que l'assureur puisse les lire électroniquement

CAISSE DES MÉDECINS
Société coopérative · **Agence Genève-Valais**
Route de Jussy 29 · CP 316 · 1226 Thônex · Tél. 022 869 45 50 · Fax 022 869 45 06
www.caisse-des-medecins.ch · geneve@caisse-des-medecins.ch

RÉSISTANCE ÉLASTIQUE ET CONTREPOIDS.



Selection Med - Leg Press



MRS
MULTIPLE RESISTANCE SYSTEM

Le Multiple Resistance System permet 5 types différents d'entraînement:

- Isométrique
- Sans résistance
- Résistance élastique
- Charge traditionnelle à contrepoids
- Charge combinée élastique & contrepoids

Avec ses 23 appareils Selection Med, Technogym offre l'une des lignes de produits les plus étendues pour le secteur médical. Les équipements sont conçus pour la réhabilitation, le fitness et l'entraînement de performance. Avec le concept MULTIPLE RESISTANCE SYSTEM, la nouvelle Leg Press Med combine la résistance élastique avec une charge traditionnelle à contrepoids et permet ainsi de diversifier les types d'entraînement.

APPROVED MEDICAL DEVICE MD TECHNOGYM

TÜV Rheinland Product Safety

Geprüftes Medizinprodukt Approved medical device

CE Compliant EEC 93/42 Directive

www.technogym.ch

Pour informations ou pour demander le catalogue Wellness Collection:

SWITZERLAND - Fimex Distribution SA
Werkstrasse 36, 3250 Lyss, Tel. 032 387 05 05, Fax 032 387 05 15, E-Mail: info@fimex.ch

OTHER COUNTRIES - TECHNOGYM SpA
Ph. +39 0547 650101 Fax +39 0547 650591 E-mail: info@technogym.com

TECHNOGYM®
The Wellness Company

L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France

REMI REMONDIÈRE [1], MARIN-PHILIPPE DURAFOURG [2]

[1] GRH2S – 64 bd Vincent Auriol – 75013 Paris
[2] SFP (Société Française de Physiothérapie) – Boulogne

Mots-clés: *accès aux soins, filière de soins, évaluation besoins, médecin référent, physiothérapie, kinésithérapie, rééducation et réadaptation*
Key words: *acces to care, healthcare trajectories, needs assessment, referring physician, physical therapy, physiotherapy, rehabilitation and readaptation*

Résumé

Les premières initiatives d'accès libre datent de 1976 et de nombreux pays anglophones ont suivi ce mouvement qui vise à supplanter la consultation d'un médecin pour certains actes, hormis le diagnostic. En France, les coopérations dans ce domaine sont exceptionnelles. L'accès direct doit être différencié des pratiques avancées, à l'hôpital, dans les domaines de l'orthopédie, les troubles musculo-squelettiques, l'évaluation préopératoire et l'arthroplastie de hanche et de genou. À l'hôpital, ce sont les hommes de 40 à 59 ans qui ont recours à cette forme de consultation, avec une excellente corrélation comprise entre 86 et 100 % en comparaison avec la pratique du médecin, ouvrant la porte à l'accès libre. La trajectoire apparemment réussie du Québec et l'opinion des Suisses interrogés mettent en perspective une trajectoire très différente. Dans ce domaine, la France possède une place à part, car si les coopérations avec les médecins sont encouragées, elles sont l'exception, malgré un maillage territorial favorable. Les points forts et les points faibles sont envisagés, mais il semble bien que de nombreux obstacles et enjeux freinent cette procédure. Les affections chroniques se prêtent parfaitement à ces échanges de pratiques, quand bien même d'autres professionnels ont déjà investi ce domaine. Délégations et transferts de pratiques seraient le témoin d'une autonomie professionnelle en devenir, sous forme d'un accès libre partiel.

Introduction

C'est depuis une quarantaine d'années que les premières initiatives d'accès libre ont vu le jour, loin de l'indifférence française. Lors du congrès européen de la *World confederation of physical therapy* en 2010, une enquête a montré que pour 40 pays sur 69 ayant répondu (sur un total de 106 pays affiliés et présents), soit 58 %, le malade pouvait consulter librement le physiothérapeute [(1)].

De nombreux pays de langue anglaise (Australie, Canada, Royaume Uni, USA) ou française (Québec) sont arrivés à une autonomie professionnelle complète ou partielle. Choisie, voire encouragée. Plus proches de nous, les Pays-Bas, et la Sicile, mais à titre expérimental, ont franchi cette étape.

Depuis quelques années, les professionnels français s'interrogent sur cette nouvelle orientation dans une hétéronomie de confort, laquelle ne remet pas en cause un dispositif auquel ils sont attachés : le médecin d'abord, le kinésithérapeute après. Ce mouvement relève-t-il d'un enrichissement corporatiste ou traduit-il une évolution sociétale, en provenance des patients ou des gouvernements ?

On peut donc légitimement se poser un certain nombre de questions sur cet accès direct et nous tenterons de répondre, à quelques unes, parmi lesquelles : *Sur quelles bases peut-il se construire en France ? Dans quel cadre ?*

Quels sont les freins et les éléments facilitateurs ? À ce jour, des problèmes de fond ne sont toujours pas réglés, tels la durée de formation et le niveau de sortie (master 1 ou 2), son contenu, la poursuite des études avec ou sans spécialisations, etc.

Le sens de l'autonomie

C'est dans le cadre des nouvelles formes de coopération[1] entre professions de santé que s'inscrit ce processus qui pourrait conduire à l'accès libre, au moins partiel.

Délégation, transfert ou coopération ?

Actuellement, c'est par un mécanisme de substitution qu'un professionnel non médecin s'approprie certains de ses actes, comme c'est le cas pour les infirmières, les orthoptistes, les diététiciens, les techniciens en électroradiologie. On parle alors de *profession déléguée*. Ces coopérations s'apparentent à une autonomie partielle, c'est-à-dire qu'elles permettent la capacité d'agir sans intervention extérieure dans le domaine des initiatives, des décisions, avec un choix ouvert de pratiques et en toute responsabilité.

Cette possibilité de s'administrer librement dans un cadre déterminé a des conséquences sur le mode de fonctionnement de ces professionnels, dans le domaine relationnel, hiérarchique, thérapeutique, éthique et de la sécurité des patients.

Du côté des malades, toutes les études réalisées à l'étranger montrent un degré de satisfaction sans restriction. Du côté des médecins, la question est bien de savoir s'ils seront prêts à abandonner un pan de leur pouvoir qu'ils ont mis près de trois siècles à construire, à abandonner les actes qu'ils ont partiellement délaissés et si les pouvoirs publics sont prêts à franchir cette étape, afin de réaliser des économies en santé. Du côté des kinésithérapeutes, l'augmentation de la notoriété n'est pas un objectif prioritaire et le sens des responsabilités accrues est attendu – afin de dynamiser les pratiques – mais sans appréhension, c'est dire les enjeux !

Deux pistes (2) sont envisagées pour l'acquisition de cette autonomie partielle, la voie du transfert et celle de la délégation (encadré 1). Elle devrait s'accompagner d'une formation spécifique après le diplôme d'État ou d'une expérience de cinq ans dans le domaine, d'une liste d'actes nouvellement autorisés, d'une coopération avec les médecins concernés, c'est-à-dire le maintien d'une filiation, sans oublier une autorisation de l'Agence régionale de santé (ARS).

L'autre voie serait un arbitrage ministériel, voire européen, visant la mise en place d'une coopération accélérée entre professionnels définissant, soit des actes, soit des missions, ce qui supposerait une restructuration des professions de la santé, éventuellement après création de nouveaux métiers[2]. Enfin, il ne faut pas exclure que les malades au sein des associations disposent d'un moyen de pression en grande partie sous-estimé et propre à influencer le comportement des professionnels de la santé. Cependant,les dernières actions envisagées dans ce domaine sous la forme de coopération interprofessionnelle favoriseraient une certaine dilution des pratiques de chacun, puisque appartenant à plusieurs groupes, et inciterait à l'interchangeabilité des professionnels.

Le *transfert* d'actes, plus rare que la délégation, est l'abandon d'une pratique passant d'un groupe de professionnels à un autre.
La *délégation* d'actes médicaux est la réalisation d'un acte technique défini, dans les limites des connaissances et de l'expérience d'un professionnel délégué, restant sous l'entière responsabilité du médecin.

› Encadré 1 : définition du transfert d'actes et de la délégation d'actes

Pratiques avancées

À l'étranger, l'appellation *advanced practices*, utilisée à l'hôpital, désigne des pratiques en avance sur leur temps, soit une façon d'exercer d'avant-garde nécessitant une formation spécialisée, comme c'est le cas pour les infirmières. La traduction française par *pratiques avancées* ne correspond pas à l'esprit de cette démarche, pour laquelle on peut retenir momentanément *pratiques de pointe*, alors qu'il n'existe pas encore de vocable pour désigner ces néo-professionnels. C'est donc par leur champ de pratiques préférentielles que la profession devra les reconnaître après une période d'essai. Quoiqu'il en soit, l'expression *accès direct* est à retenir pour désigner, par et pour le malade, la procédure qui consiste à consulter spontanément le kinésithérapeute sans passer par le médecin.

Les acquisitions d'actes nouveaux, sous une forme ou une autre, ne posent pas de problèmes juridiques, dans la mesure où les parties concernées acceptent ces nouvelles dispositions, sous la forme d'un accord, puis d'un texte législatif, comme ce fut le cas à l'hôpital pour les aspirations naso-trachéales (3) pratiquées depuis la fin des années 1960 et qui ont trouvé une concrétisation en octobre 1996. De la sorte et on le voit bien, les kinésithérapeutes sont ouverts à de nouvelles acquisitions d'actes, mais quoiqu'il en soit, les malades chro-

1 Le choix de ce mot dans le discours médical n'est pas innocent. Il évite toute velléité d'indépendance, au moins initialement.

2 Le dernier métier créé est le conseiller en génétique, en 2004.

niques représentent un public désigné pour cette nouvelle approche, dans leur orientation, les bilans, le renouvellement de certains actes d'explorations et de prescriptions. Les pratiques de pointe seraient alors perçues comme un point de départ évoluant vers des pratiques en accès libre, sans oublier que l'exercice libéral des kinésithérapeutes représente 85 % de leur activité. Cependant, la recherche d'une autonomie professionnelle même partielle ne répond pas à un modèle prédéterminé, tant l'histoire de ces professions est propre à chaque pays; il n'existe pas de processus opérant dans ce domaine, hormis l'impératif budgétaire.

Le cas de la France : les atouts et les faiblesses en faveur d'une autonomie

Actuellement, comme toutes les professions de la santé, la kinésithérapie est soumise à un certain nombre de contraintes administratives, juridiques [4], éthiques, mais elle présente aussi nombre d'éléments qui traduisent une mise en situation d'indépendance, sans toutefois pouvoir assurer que ces acquis seront suivis prochainement d'autres apports.

Les atouts

Parmi les plus récents en faveur d'une certaine autonomie, le structurel le dispute au conjoncturel, renforçant de fait les éléments constitutifs d'une professionnalisation (tableau I).

Malgré ces acquis, il apparaît que les professionnels ne se sont pas encore suffisamment emparés de certaines avancées.

C'est le cas de la prescription médicale [5] dont la rédaction concerne moins de 4,7 % des kinésithérapeutes, alors qu'ils sont 90 % à réclamer un droit élargi en faveur de certains principes actifs (médicaments, oxygène), voire de certains examens (échographie musculaire), mais aussi des recommandations thérapeutiques, ce que prévoient les pratiques de pointe !

Côté effectifs, le maillage territorial favorisant l'accès au kinésithérapeutes en moins de 15 minutes pourrait inciter au partage d'actes, dans le cadre de nouveaux champs de pratiques. On peut dès lors imaginer que l'accès libre serait un atout considérable, dont le choix se ferait sur la base du volontariat, mais après formation,

Acquisitions	Année	Rôle et évolution
Création du Collège de masso-kinésithérapie	décembre 2012	• interlocuteur neutre et indépendant avec les autorités publiques • élaboration des recommandations professionnelles de bonnes pratiques • collaboration avec les autres collèges des professionnels de la santé
Recommandations personnes âgées	décembre 2010	• respect obligatoire en exercice libéral en EHPAD
Recherche clinique en milieu hospitalier	novembre 2008	• auto-censure, en raison des faibles crédits
Valorisation de l'activité des libéraux	mai 2007	• susceptible d'enrichissement : formation continue conventionnelle • recommandations applicables • calquée sur le modèle médical
Suppression de la demande d'entente préalable et limitation du nombre d'actes par pathologie	avril 2007	• dispositif améliorable par l'effet des recommandations HAS • 14 pathologies concernées en 2014 • avec consensus des professionnels
Droit de prescription restreint	janvier 2006	• utilisé par 4,5 % des professionnels • freins des pharmaciens à la délivrance, avec ou sans tiers payant • à développer
Intervention d'un kinésithérapeute en réanimation	avril 2002	• lutte contre l'obstruction bronchique chez l'enfant et l'adulte • prélèvement bactériologique des sécrétions bronchiques • extubation et décanulation
Décret de compétences	juin 2000 octobre 1996 août 1985	• évolutivité périodique
Bilan-diagnostic	juin 2000	• utilisé dans environ 60% des cas
Suppression de la prescription qualitative et quantitative	février 2000	• freins des prescripteurs • si qualitative et quantitative, s'applique de droit
Aspirations trachéo-bronchiques	octobre 1996	• extubation et décanulation en milieu hospitalier • prélèvement bactériologique des sécrétions bronchiques
Recommandations	décembre 1994	• participation à l'élaboration
Expertise judiciaire	septembre 1991	• extension récente à l'ensemble du territoire depuis 2008

› Tableau 1 : acquisitions en faveur de l'accroissement d'une responsabilisation

afin de rassurer les forces en présence. Parallèlement, de nombreux professionnels ont suivi des formations de haut niveau (master 2, doctorats) dans des domaines variés et de nature à enrichir la profession; il y a fort à parier qu'ils seraient très concernés par cette nouvelle approche. Certains professionnels de plus en plus nombreux, de par leur pratique à haut niveau, telle la neurologie, la prise en charge du handicap, la pneumologie chez l'enfant et l'adulte, ont acquis un haut degré de technicité ce qui a tiré la profession vers le haut et dont les effets se traduisent par une poursuite d'études universitaires avec des qualifications recherchées dans les instituts de formation.

Cependant, les atouts évoqués ne sont-ils pas en passe de devenir une faiblesse, laissant penser qu'une des limites est celle de l'autocensure que se fixent les professionnels, confrontés à une pratique non encore maîtrisée et qui les engage encore plus ?

Les faiblesses

Professionnellement, les kinésithérapeutes vivent sur un modèle ancien de 70 ans, avec une durée d'études fixée de longue date (1969), alors que pour d'autres formations, elle a augmenté, tout comme le contenu a été modifié. Si celle-ci est jugée trop courte, elle devrait évoluer très prochainement, mais les interlocuteurs ministériels sont peu enclins à des compromis, car la tendance serait à la création d'un nouveau corps de professionnels dont la durée d'études (6) – à l'université – serait supérieure à trois ans et inférieure à neuf ou onze ans !

Dans ces nouveaux métiers, les kinésithérapeutes devraient pouvoir saisir leur chance, grâce à leur cursus initial.

Mais sont-ils prêts à cette forme d'autogestion et est-elle souhaitable dans la dynamique professionnelle actuelle ? Le corporatisme, associé aux habitudes fortement ancrées dans ce domaine, remet en cause le positionnement individuel. En l'état actuel, une formation complémentaire permettrait de répondre aux besoins accrus de la population, mais se posera alors le problème de l'accès de ces malades aux consultations de ces professionnels, car la hiérarchie bouleversera considérablement le modèle actuel.

Par ailleurs, au sein des établissements de soins, leur statut n'a pas changé, depuis plus de quarante ans,leur évolution de carrière, non plus, hormis la création du diplôme de cadre, dont la fonction s'est transformée en celle de gestionnaire entraînant la perte d'un savoir de niveau supérieur.

Depuis la loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires de 2009, une seule demande déposée de coopération n'a pas été validée par la Haute Autorité de santé (HAS)[3] et, à ce jour, il n'existe pas de transferts, ni de délégations récentes en faveur des kinésithérapeutes, mais seulement à destination d'autres professionnels.

Le dispositif PRADO[4] de l'Assurance maladie qui encourage une autonomie professionnelle dans le cadre du recours à des actes réglementaires n'aborde pas actuellement l'éventualité d'une telle coopération avec les médecins (7).

Les progrès scientifiques issus de l'hôpital poussent les médecins à délaisser les actes les moins valorisants à d'autres groupes de professionnels, se réservant les actes plus « intellectuels ». Ceci est constaté par des délégations locales d'actes, particulièrement en réanimation, lieu de polyvalence. C'est le cas de l'extubation, de la décanulation ou de la supplémentation d'oxygène, tout comme de l'appropriation temporaire d'actes appartenant au médecin.

Il ne faut pas négliger le confort à travailler dans le cadre de la prescription médicale, respectant de la sorte l'avis du médecin après le diagnostic médical. La prescription médicale rédigée encore bien souvent de façon quantitative et qualitative possède la propriété de s'imposer juridiquement. Dans les autres cas, le choix des gestes techniques et du nombre d'actes reste à l'initiative du kinésithérapeute (8), situation qui a renforcé sa responsabilité thérapeutique.

Dans le secteur libéral, la prise en compte de la baisse de la démographie médicale présente des conséquences défavorables à l'accès aux soins de proximité : inégalités territoriales, délais d'attente excessifs, associant paradoxalement une augmentation des honoraires. Cette situation oblige, comme cela est déjà le cas, à confier à des non-médecins des actes initialement médicaux. Ceci a été autorisé en Écosse, car un acte paramédical est moins coûteux qu'un acte médical (9) ! Et depuis de nombreuses années, la gestion de l'activité des kinésithérapeutes ne relève plus de la responsabilité économique des médecins.

Il est probable que le développement des structures de soins à domicile, tout comme l'encouragement de la prise en charge ambulatoire, obligent à la polyvalence du professionnel dans les limites de ses compétences techniques et sont autant d'éléments qui poussent à une technicité accrue. Dans cette démarche, les kinésithérapeutes français ont pris un énorme retard, diminuant de la sorte leur champ de pratiques nouvelles. Qu'on en juge de par les

3 HAS (Fr) A8. Avis du Collège sur le protocole de coopération entre professionnels de santé (PC_035). Premier recours par un kinésithéra-peute des nourrissons présentant un encombrement respiratoire en lieu et place d'un médecin. HAS ; novembre 2012.4 Programme d'accompagnement du retour à domicile.

4 Programme d'accompagnement du retour à domicile.

acquis récents des infirmières d'une pratique déjà en vigueur chez les kinésithérapeutes, mais non reconnue officiellement, à savoir la prise en charge du malade asthmatique (tableau II).

Reste à savoir si les conditions de cette nouvelle activité, qui s'appuie sur des grilles d'évaluation protocolisées, confèreront une autonomie suffisante, propre à satisfaire chacune des parties. Il faut donc regarder plus avant quelles sont les coopérations existantes, y compris l'éducation thérapeutique. Afin d'informer les patients d'un nouveau périmètre de coopérations et/ou le libre accès partiel, un guide deviendrait nécessaire, à destination des plus indécis. Le temps de l'autocritique étant arrivé, le kinésithérapeute – qui n'est toujours pas officiellement physiothérapeute – devra accepter les attributs d'une profession, qui ne le reconnaît pas encore ! La professionnalité, c'est-à-dire le savoir constitué grâce à une science et une conscience, avec un système de référence reposant sur valeurs et normes, devance la professionnalisation dans la mesure où le métier est classiquement plus manuel et la profession plus intellectuelle. Autrement dit, est-ce une nouvelle profession qui se profile ? À défaut de certitudes dans le domaine de la re-construction de l'identité professionnelle, un certain nombre d'étapes devront être franchies, comme celle de la dénomination de la profession, car le lien entre les actes délégués ou transférés avec le massage, restera toujours mystérieux.

Le kinésithérapeute devra alors se faire connaître à défaut de se faire reconnaître comme un professionnel, moins subalterne qu'il n'y paraît, mais pour cela, l'élaboration de missions professionnelles, et non pas d'actes listés, serait un atout prépondérant dans cette démarche. Cependant, l'accès devra se faire avec une orientation préalable par un organisme d'informations [instance professionnelle ou ordinale, Assurance maladie, associations, etc.].

Pour être complet, mentionnons quelques interrogations. À l'hôpital, l'accès direct suppose une étroite coopération avec les médecins dans le cadre de pratiques protocolisées. Une évaluation régulière pour ne pas dire constante, suivie d'ajustements évitera les dérives, telle que l'incitation à la surmédicalisation qui pourrait s'exprimer au travers d'examens complémentaires sans objet, d'un renouvellement non pertinent de prescriptions, voire d'incitation à une intervention chirurgicale. Les études réalisées à l'étranger ne montrent aucune de ces dérives; au contraire, le comportement précautionneux des physiothérapeutes impliqués dans ce dispositif est celui d'une attitude réservée. En tout état de cause, la décision finale, le plus souvent de la chirurgie, est régulée par le médecin. La sous-médicalisation consisterait à minimiser la situation au risque de constater ultérieurement un passage à la chronicité ou une dégradation, comme on peut les observer dans les lombalgies ou les cervicalgies.

L'inscription de cette prise en charge dans la durée n'est pas un obstacle réel, puisque la procédure prévoit régulièrement une double consultation – conjointe ou non – médecin-physiothérapeute, afin de confronter régulièrement les points de vue.

Dans le cadre d'une pratique libérale, il existe actuellement une situation ambiguë : celle qui fait dépendre le kinésithérapeute de la décision médicale et celle qui permet un accès libre chez l'ostéopathe, à pathologie identique. Ceci est de nature à entraîner une certaine confusion chez le malade qui assimile la première situation conforme aux usages à celle d'une gravité et d'une responsabilité thérapeutique qui lui échappe et la deuxième à celle d'une situation maîtrisée relevant de son initiative propre. La conséquence consisterait alors à consulter le kinésithérapeute sans passer chez le médecin ! Or, une récente enquête a montré que ce mode d'exercice est rare et qu'il concerne principalement la poursuite d'un traitement, le plus souvent non rémunérée [11]. Ainsi, pour travailler en toute sécurité, le kinésithérapeute reste fidèle aux règles qui régissent sa profession, au rang desquelles la prescription médicale est indispensable, évitant ainsi une forme risquée et exigeante de clientélisme. À ce jour, le malade s'y retrouve, mais pour combien de temps ?

Consultation de bilan (45mn)	Consultation de suivi (15 mn)
Bilan suivant le protocole	
Examen spirométrique	Examen spirométrique
Test d'utilisation de l'inhalateur	Test d'utilisation de l'inhalateur
Explications sur l'asthme et le traitement	Évaluation de l'autonomie du patient
Remise de documents sur l'asthme et le tabac	Recours éventuel au médecin pour une modification du traitement
Élaboration d'un plan de soins autonomes	

› Tableau 2 : actes à la charge d'une infirmière lors d'une consultation chez le malade asthmatique [10]

Les trajectoires d'autres pays

Hors France, les physiothérapeutes ont suivi une trajectoire propre pour accéder à une formation, à une certaine autonomie et pour des raisons très différentes. Mais certains ont largement devancé les autres (tableau III), souvent en raison d'insuffisance d'effectifs médicaux.

Nous avons choisi de présenter deux situations sans équivalent. L'une concerne le Québec ayant obtenu l'accès libre dans des conditions judiciaires, l'autre concerne les intentions déclarées de la Suisse dans ce domaine. C'est vraisemblablement dans la mise en place d'un autre système de santé que celui que nous connaissons que ces avancées pourraient voir le jour en France, comme ce fut le cas avec la commission Castonguay-Nepveu (1966) au Québec ou aux Pays-Bas (2006).

Québec

Son histoire se confond avec celle de l'Angleterre pour l'implantation de la physiothérapie. Il possède des professionnels salariés de l'hôpital et des libéraux. Une première étape a lieu en 1972, lorsque les médecins rappellent que les physiothérapeutes ne sont pas habilités à « arrêter un plan de traitement [12] », propos confirmé par le tribunal qui fait remarquer que « la formation d'un médecin physiâtre le prépare à faire des diagnostics et à prescrire des thérapies; c'est là son champ d'activité. Le physiâtre n'a pas été formé aux traitements de physiothérapie. Le médecin-physiâtre peut seulement procéder à l'examen du malade, énoncer un diagnostic, mais le traitement de physiothérapie est l'accessoire du diagnostic. »

Pays[a]	Année
Australie	1976
Royaume Uni	1978 en pratique privée 1997 dans le National health service
USA – Nebraska, Californie	1976
Québec	1980-1990
Nouvelle Zélande	1982
USA – Michigan	1987
Afrique du Sud	1987
USA – Caroline du Nord, Utah, Nevada	1992
Canada	1999
USA – Massachusetts	1998
USA – Indiana	2001
Pays-Bas	2006
Irlande	2013

[a] : liste non exhaustive

› Tableau 3 : quelques dates de l'instauration de l'accès libre

Dans l'objectif de voir évoluer les relations avec les médecins, en 1978 les physiothérapeutes réclament les mêmes avantages que les audioprothésistes qui travaillent sans prescription médicale. En 1980, la Cour supérieure du tribunal de Montréal est saisie par *J. Boucher* et *R. Cabot* physiothérapeutes contre deux physiâtres de l'Institut de réadaptation de Montréal, *P. Lacets* et *J. Duranceau*, car « ils n'acceptent pas de se faire imposer un plan de traitement par un médecin » [13]. La demande aboutira favorablement en donnant aux physiothérapeutes la possibilité de modifier le traitement suivant l'état du patient, car il n'existe pas de lien de subordination entre ces deux groupes de professionnels. L'autonomie réelle existe depuis 1990.

Suisse

En raison de la mise en place du processus universitaire de réforme des études, deux pistes sont envisagées : les spécialisations et l'accès libre. Ce dernier serait instauré afin de désengorger les consultations médicales actuelles et à venir, en raison d'un vieillissement de la population. Interrogés par questionnaire [14], les membres de la principale association suisse ont répondu favorablement à 84,3 %, tout en considérant que la détention d'un diplôme académique n'est utile ou nécessaire que dans 5 % des cas.Par contre, trois points forts se détachent des conditions demandées pour cet accès libre :

- un approfondissement des connaissances dans la pathologie, dans 91,4 % des cas;
- la formation au diagnostic différentiel;
- la participation à la formation continue, mais initiale aussi.

Ces exemples illustrent deux voies d'accès l'une avec affrontement, l'autre en provenance de la base mettant en évidence le souhait des professionnels, avec un réalisme qui prouve la maturité, et dont il est beaucoup espéré.

Actuellement, chaque pays doit faire ses preuves au nom des réalités économiques en santé publique. Le recours à l'expertise scientifique à destination des politiques enclenchera le processus décisionnel.

Les malades concernés

Le modèle d'étude disponible dans ce domaine présente une comparaison de deux catégories de pratiques : le patient orienté par le médecin et muni d'une prescription médicale

et le patient qui consulte le physiothérapeute en première intention. Différentes caractéristiques sont étudiées: l'âge, le genre, l'affection à traiter (tableau IV), mais aussi la fréquence de consultation, le coût, sans oublier – fait nouveau – la satisfaction du patient.

La durée de suivi de la file active, les abandons et parfois le degré de satisfaction des malades, ainsi que les coûts sont souvent absents. Malgré la taille importante des cohortes étudiées, les résultats discordants concernent le profil différent des patients. Ils sont propres à s'interroger sur les usages en place et sur un aspect culturel non précisé. Ce ne sont pas les traitements, ni leur efficacité qui sont évalués, mais bien les conditions de traitement proposé, ce qui renvoie au comportement des patients et à la relation patients/physiothérapeute. L'étude des conditions d'exercice montre que le malade qui consulte un physiothérapeute en accès libre présente une pathologie le plus souvent rachidienne à type de cervicalgie, de lombalgie, mais aussi de l'épaule, de la hanche et du genou; il possède un niveau d'instruction classé entre moyen et supérieur. L'âge moyen des malades qui consultent ainsi est légèrement inférieur à ceux qui consultent préalablement le généraliste et l'écart hommes/femmes n'est pas significatif. Par contre, ceux qui ont choisi la physiothérapie sans passer par le médecin achèvent leur traitement dans une plus grande proportion, alors que les traitements sont plus longs. Pour les pratiques de pointe, dont certaines débouchent sur une pratique en accès libre, l'orthopédie en préopératoire et les troubles musculo-squelettiques sont dominants, (tableau V) et aucun abus de consultation n'a été noté.

Pays - auteur		Effectifs	Âge	Genre	Pathologie	
USA-Iowa					Arthrose	Rachis
Pendergast [15]	Scm[a]	17 497	45-54 ans: 29,1 %	F: 58,6 %	44,8 %	33,41 %
2003 à 2007	Acm[b]	45 210	45-54 ans: 30,4 %	F: 59,7 %	48,1 %	30,7 %
Pays-Bas					Cou + rachis	Dorsalgie
Leemrijse [16]	Scm	2 977	20-49 ans: 34 %	F: 27,6 %	24,5 %	42,9 %
2008	Acm	7 533	40-59 ans: 69,7 %	H: 70,5 %	75,5 %	57,1 %
Royaume Uni					Cervicalgie	Lombalgie
Holdsworth [17]	Scm	648	51-64 ans: 30 %	F: 62 %	19 %	30 %
2006	Acm	1 795	51-64 ans: 31 %	F: 59 %	18 %	25 %

[a] Scm: sans consultation médicale.
[b] Acm: avec consultation médicale.

› Tableau 4 : caractéristiques de la population concernée par l'accès libre en physiothérapie

Pays	Domaine	Lieux d'exercice	Résultats et prolongements
États-Unis [18]	Orthopédie	Clinique de soins des atteintes vertébrales et de médecine du sport	Sur 81 patients: • 100 % des décisions prises par le physiothérapeute étaient conformes à celles du médecin; • généralisation de l'accès direct aux soins de physiothérapie externes pour tous les traitements de l'hôpital.
Royaume Uni [19]	Musculo-squelettique	Milieu hospitalier	Sur 2835 patients: • haut niveau de satisfaction des bénéficiaires, auto-prise en charge favorisée, image d'un service de physiothérapie plus attrayant et favorable au traitement des patients en situation aiguë, réduction de l'absentéisme au travail; • aucune augmentation de la demande avec l'accès direct.
Canada [20]	Évaluation préopératoire	Consultations externes en orthopédie dans le secteur public: • tri des patients; • choix d'un niveau; • de priorité; • identification des pathologies pour une prise en charge par un médecin.	Sur 38 patients: • accord entre 86 et 100 % en comparaison avec le médecin pour le tri; • 64 % d'accords avec l'orthopédiste sur la gravité du genou ou de la hanche pour le patient en attente d'une prothèse; • 36 % des cas où il y avait désaccord, le physiothérapeute jugeait l'atteinte plus sévère que le chirurgien.
Australie [21]	Arthroplastie de hanche, de genou, vertébrale		Sur 105 patients • 71 % vus pour un tri en orthopédie par un physiothérapeute ont été retirés de la liste d'attente d'une consultation médicale en orthopédie; • pour ceux restants, 17 ont été envoyés au chirurgien, dont 9 ont subi une chirurgie vertébrale dans les 8 semaines suivant la consultation initiale.

› Tableau 5 : quelques aspects de domaine de substitution, à l'étranger

Par ailleurs, les coûts en santé et les coûts pour l'employeur sont moins élevés en accès libre que par la filière médicale habituelle [22], quelles que soient les situations qui justifient la consultation.

Conclusion

De nombreux pays ont choisi de favoriser l'accès libre à la physiothérapie pour diminuer les coûts, améliorer l'accès aux soins, en un mot répondre à la demande. Avec succès. La France qui aspire à diminuer les coûts en santé propose des coopérations entre médecins et paramédicaux. Ces derniers n'ont pas encore mesuré le sens de ces enjeux qui pourraient déboucher sur une généralisation, voire un transfert de pratiques, comme l'ont fait certains pays. Cependant, on ne connaît pas l'avis global des kinésithérapeutes sur ce sujet. De surcroît, si les affections chroniques rhumatologiques et pneumologiques sont des pathologies propices à cette initiative dans le cadre d'un suivi, il reste un domaine à investir pour les kinésithérapeutes, celui de la décision de l'instauration du traitement initial qui peut conditionner la rééducation à proposer. L'opinion positive du malade aidant, l'une des solutions consisterait, après une période d'essai, à inscrire ce processus dans la durée et à assouplir les règles actuelles de fonctionnement, voire à remplacer la liste d'actes par des missions. Un bouleversement à anticiper ?

Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt

Contact

R. Remondière,
GRH2S – 64 bd Vincent Auriol – 75013 Paris.
remondiere-r3@wanadoo.fr

Article paru dans Santé Publique, 2014/5 – Vol. 26, pages 669 à 677, ISSN 0995-3914, avec l'aimable autorisation de la rédaction.

Références

1. Bury TJ, Stokes EK. A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy : Implications for the Profession. Phys Ther. 2013;93:449-59.
2. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. 51, coopération entre professionnels de la santé. JORF n° 0167 du 22 juillet 2009. p. 12184.
3. République Française. Art. R4321-9, Code de la santé publique.
4. Remondière R. L'information du patient en kinésithérapie : une obligation aux multiples facettes. Les Tribunes de la santé. Presses de Sciences Po. 2014;42:57-63.
5. CIOMK. Enquête : démographie et pratiques professionnelles. CIOMK, Île-de France-Réunion. 2013;43:8-15.
6. Berland Y, Hénart L, Cadet D. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. Paris : Ministère de la santé (Fr); 2011. 57 p.
7. Instance Nationale de Concertation Branche Maladie. Programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés. Bilan de la Convention d'objectifs et de gestion [internet]. Paris; 2013 juin [cité : 2013 juin 26] 76 p.] Disponible sur ‹http:// extranet.ucanss.fr/contenu/public/ EspaceRessourcesHumaines/ pdf/INC/2013/Documents_de_support/130626_Inc/130626_bilan_cog_assurance_maladie.pdf›.
8. République Française. Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins. JORF n° 53 du 3 mars 2000. p. 3378.
9. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial on behalf of the Scottish Physiotherapy Self-Referral Study Group. Physiother. 2006;218:1-9.
10. Midy F. Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Revue de la littérature 1970-2002. Questions d'économie de la santé. 2003;65:4.
11. Enquête 2013, Prescription et kinésithérapie. Conseil Régional de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. [internet]. Saint Denis; 2013 [cité : 2013 août 13] Disponible sur ‹http://idfreunion.ordremk.fr/files/2013/09/Etude-prescription-et-kinésithérapie.pdf›.
12. Audy A. « Souhaits pour 1977 ! », Physioquébec. 1977;1:1.
13. Remondière R. Une naissance conjointe : l'émergence de la kinésithérapie en France et l'installation de la physiothérapie au Québec. Can Bull Med Hist. 1998;15:153-87.
14. Scheermesser M, Allet L, Bürge E, Stegen C, Nast I, Schämann A. Accès direct à la physiothérapie en Suisse : validation linguistique et culturelle d'un questionnaire et position des physiothérapeutes. Kinésithér Rev. 2012;124:29-37.
15. Pendergast J, Kliethermes S, Freburger J, Duffy P. A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. Health Serv Res. 2011;47:633-54.
16. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. Phys Ther. 2008;88:936-46.
17. Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care : now ? and into the future ? Physiother. 2004;90:64-72.
18. Boissonnault WG, Badke MB, Powers JM. Pursuit and implementation of hospital-based outpatient direct access to physical therapy services : an administrative case report. Phys Ther. 2010;90:100-9.
19. Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care : now ? and into the future ? Physiother. 2004;90:64-72.
20. MacKay C, Davis AM, Mahomed N, Badley EM. Expanding roles in orthopaedic care : a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage. J Eval Clin Pract. 2009;15:178-83.
21. Aiken AB, Harrison MM, Atkinson M, Hope J. Easing the burden for joint replacement wait times : the role of the expanded practice physiotherapist. Healthc Q. 2008;11:62-6.
22. Mitchell J, de Lissovoy G. A comparison of ressources use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. Phys Ther. 1997;77:10-8.

CERS-TA
FORMATIONS

Physiothérapeutes, Ostéopathes,

Vous qui cherchez constamment à vous perfectionner, à améliorer la qualité de vos soins et à satisfaire la demande de vos patients,

Participez à nos formations intensives.

2015

Formation **METAUX LOURDS & STRESS OXYDATIF**

Formation **REBOUTEMENT VISCÉRAL**

Formation **REBOUTEMENT CONJONCTIF RÉFLEXE**

Formation **REBOUTEMENT ANCESTRAL**

Formation **HEILPRAKTIKER**

Formation **Thérapie quantique MIL-THÉRAPIE**

Formation **MÉDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE**



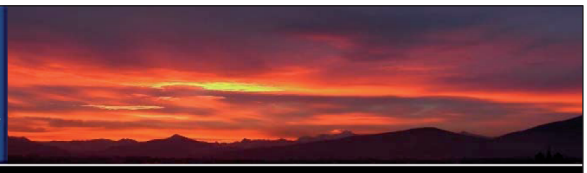
Formation **OSTÉOPATHIE ORGANO-VISCÉRO EMOTIONNELLE**

PARIS
GENÈVE

CERS-TA
42 Av du Jura
F.01210 Ferney-Voltaire
Tél : 0033 450 40 48 20
Fax : 0033 450 40 96 92
info@cers-ta.com

www.cers-ta.com

Solo Médical



EXPERTISE ET MATERIEL DE QUALITE A VOTRE SERVICE

- Cardio
- Ultrason
- Musculation
- Cryothérapie
- Onde de choc
- Electrothérapie
- Pressothérapie
- Thermo et laser
- Mobilier de cabinet
- Rééducation périnéale

N'hésitez-pas à nous contacter pour tous renseignements

E-mail : michel@solomedical-ra.com
Tel : 0033 6 12 08 63 76
WWW.SOLOMEDICAL-RA.COM

GESTION D'AGENDA

Un agenda en temps réel qui s'adapte à tous les secteurs professionnels, accessible 24h/7j, disponible au bureau, au domicile, sur votre téléphone mobile. La possibilité pour les patients et clients de prendre rendez-vous directement en ligne.

« NOUS RÉPONDONS POUR VOUS »

NOS PRESTATIONS

- SERVICE SUR DEMANDE : UN JOUR, UNE SEMAINE, UN MOIS
- ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE PERSONNALISÉ
- FACILITÉ D'UTILISATION
- RETRANSMISSION DES MESSAGES
- PRISE DE RENDEZ-VOUS PAR INTERNET
- RAPPEL DES RENDEZ-VOUS PAR SMS
- TRANSFERT D'APPEL URGENT
- COMPATIBILITÉ AVEC VOTRE PROPRE LOGICIEL D'AGENDA

MEDES
VOTRE TÉLÉSECRÉTARIAT DEPUIS 1993

MEDES SÀRL
Route de Jussy 29 › 1226 Thônex
T. 022 544 00 00 › F. 022 544 00 01
info@medes.ch
WWW.MEDES.CH

Ginphys

Le logiciel confirmé des physios ostéos, ...



physiotec



Pour gérer votre cabinet en souplesse

Plus de 250 cabinets

Ginphys vous accompagne et vous fait faire des économies.

Facturation électronique ☑
- XML 4.3
- Interfaces (MediData, caisse des médecins, ...)

JLE informatique www.jle.ch info@jle.ch 021 903 55 02

Services et développements professionnels depuis 1989

Reçu : novembre 2014
Révisé : mars 2015

Physiothérapie suisse : vers un accès direct ?

VALENTIN SARRASIN *, PHILIPPE OGAY *

* Physiothérapeutes, BSc

Cet article est issu du travail de bachelor des auteurs pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en physiothérapie – juillet 2013 – HES-SO Valais / Wallis. Directeurs du travail : Seraina Obrist et Etienne Dayer

Mots-clés: *accès direct, physiothérapie, profil*
Key words: *direct access, physiotherapy, patient profile*

Résumé

Introduction

L'accès direct en physiothérapie permet à un patient de se faire traiter par un physiothérapeute sans avoir consulté de médecin au préalable. Cette modalité de parcours de soin n'existe pas en Suisse mais est instaurée dans plusieurs pays d'Europe, aux USA, au Canada et en Australie.

Objectifs

Le but de cette revue narrative est de déterminer s'il existe une différence entre le profil d'une personne consultant son physiothérapeute en accès direct et celui d'un patient qui sollicite son médecin au préalable. Puis, selon nos résultats, nous essaierons de définir un profil type de patient consultant son physiothérapeute en accès direct.

Méthode

Les moteurs de recherche Pubmed, Web of Knowledge, Science Direct, Psychinfo, Cochrane, PEDro, Medline, Francis et CINAHL ont été consultés, donnant un total de 482 articles. Après une sélection comportant trois tris et une évaluation de la qualité avec une version modifiée de l'échelle « Critical Review Form » de Law, cinq articles ont été retenus.

Résultats

Les résultats montrent une différence de profil entre les deux groupes, caractérisée par les critères âge, diagnostic, durée des symptômes, arrêt du traitement et réussite des objectifs.

Conclusion

Le profil type d'une personne consultant son physiothérapeute en accès direct se démarque par une donnée personnelle – l'âge – et une donnée clinique – le diagnostic. L'accès direct offre de nombreux avantages tels que des soins rapides et de qualité, une diminution des coûts de la santé et une amélioration de la collaboration entre les physiothérapeutes et les autres professionnels de la santé.

1 / Introduction

En 2011, la Suisse comptait environ 11'000 physiothérapeutes, dont 5'564 dans le secteur de soins ambulatoires (*Huber*, 2011, p. 93). Dans la même année, la Fédération des médecins suisses a enregistré un total de 30'849

médecins exerçant en Suisse dans les secteurs hospitaliers et ambulatoires. La population résidant en suisse en 2011 était de 7'954'700 personnes (Office fédéral de la statistique [OFS], 2013). Ces chiffres ont évolué de manière proportionnelle et démontrent que le nombre de physiothérapeutes (*Huber*, 2011, p. 93) et de médecins (Fédération des médecins suisses [FMH], 2013) par habitant est adéquat.

Mais ces chiffres masquent une réalité :

Tout d'abord, la Suisse manque de médecins généralistes. Principal guide du parcours de soin dans notre système de santé, ils étaient au nombre de 5'800 en 2011, soit environ 19 % de la totalité des médecins (FMH, 2013). Ce pourcentage est très en retrait des 50 % qu'affichaient en 2009 des pays comme la France, le Portugal, l'Australie et le Canada ou les 30 % de l'Autriche, du Royaume-Uni et du Luxembourg (Organisation de Coopération et de Développement Économiques [OCDE], 2013).

La nouvelle génération de médecins préfère se spécialiser. *Pierre-François Unger*, conseiller d'Etat genevois, s'est d'ailleurs exprimé à ce sujet en disant : « *Nous manquons de généralistes alors que la santé publique est envahie de spécialistes dont elle n'a pas besoin* » (*L'HEBDO*, 2012). En Suisse et ailleurs, certaines régions rurales sont de véritables déserts lorsqu'il s'agit de trouver des médecins généralistes.

Le deuxième problème est l'âge moyen des médecins. Les chiffres montrent que la moyenne d'âge est de quarante-cinq ans pour les femmes et de cinquante et un ans pour les hommes. Celui des médecins dans le secteur ambulatoire – comme les médecins généralistes – est de cinquante-trois ans (FMH, 2013). D'ici une vingtaine d'années, la plupart des médecins généralistes prendront leur retraite; qui occupera les places vacantes dans les cabinets œuvrant au sein des villages ? *Seematter-Bagnoud et al.* concluent d'ailleurs dans une de leurs recherches (2010) que d'ici 2030, 30 % des consultations médicales ne pourront plus être assurées et ceci à cause du manque de médecin généraliste. Dans certains pays, les patients peuvent accéder directement à leur physiothérapeute pour recevoir les premiers soins sans qu'un médecin ait été au préalable consulté et sans diagnostic préétabli. Les physiothérapeutes offrent des prestations remboursées par le biais du système de santé public ou privé. Dans les pays où cet accès direct (AD) en physiothérapie est en vigueur, des analyses ont démontré que ce système amenait un certain nombre d'avantages (*Scheermesser*, 2011, pp. 220-1). Depuis plusieurs années, l'accès direct suscite l'intérêt des physiothérapeutes suisses. D'ailleurs, en 1998, le thème d'un congrès à Lausanne était : « Accès direct à la physiothérapie : Utopie ou réalité de demain ? » (*Larequi*, 1999).

2 / Problématique et cadre théorique

2.1 Situation

Les physiothérapeutes suisses doivent faire face à des défis importants et doivent prendre en considération de grands changements dans leur pratique quotidienne. L'augmentation rapide des coûts de la santé ces dernières années (plus de soixante milliards de francs de dépenses en 2010, à savoir 10 % du PIB suisse) (OFS, 2013), la pyramide des âges inversée qui évolue vers un vieillissement massif de la population ainsi que l'augmentation des maladies chroniques en sont quelques exemples. Sans parler de la tourmente juridique qui oppose santésuisse aux physiothérapeutes, au sujet de la valeur – inchangée depuis 1998 – du point tarifaire, alors que les coûts de la vie ont augmenté de 11,3 % entre 1998 et 2008 (*Oggier*, 2011, p. 89). C'est d'ailleurs l'un des grands thèmes actuels des politiques de l'Association Suisse des Physiothérapeutes, Physioswiss, et de l'Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants (ASPI). Physioswiss a calculé que le revenu net des physiothérapeutes indépendants aurait chuté de 27 % entre 1998 et 2008, en prenant en considération l'augmentation générale des revenus du système de santé et les coûts de la vie (*Paillex*, 2011, p. 89).

De plus, on s'attend à ce que d'ici 2030, 30 % des consultations médicales ne puissent plus être assurées notamment à cause du manque grandissant de médecins généralistes et de personnel soignant qualifié. (*Seematter-Bagnoud*, 2010). A long terme, cela conduirait à moins de possibilités de consultations pour les patients. C'est pourquoi l'idée tend vers une redistribution des rôles des divers acteurs de la santé, afin de maîtriser au mieux les défis futurs (*Scheermesser et al.*, 2011, p. 30).

Les expériences faites dans les pays où l'accès direct en physiothérapie est en vigueur ont permis de mettre en évidence plusieurs avantages : Gestion des coûts améliorée, soins rapides et adéquats, satisfaction des patients augmentée, diminution des rendez-vous médicaux et des clichés radiologiques. (*Scheermesser, 2012*, p. 221). Physioswiss a mandaté un groupe d'étude sur l'accès direct, afin de pouvoir en objectiver au mieux les avantages, les inconvénients et les risques (*Physioswiss*, 2011). Un projet devrait voir le jour prochainement et s'étendre sur une année et demie dans deux cantons pilotes.

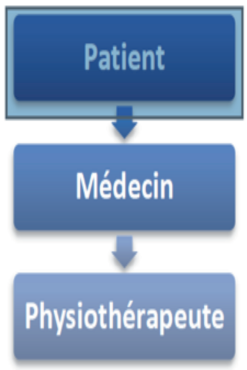
Par cette étude sur l'accès direct en physiothérapie, nous voulions traiter un thème d'actualité qui touche de près les physiothérapeutes et qui permette une projection dans le futur de la profession.

Avant de nous interroger sur les coûts de la santé, la politique, le domaine assécurologique, nous nous sommes

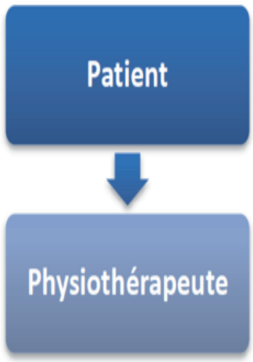
demandé quelles seraient les personnes intéressées par l'accès direct et lesquelles auraient tendance à consulter leur physiothérapeute en première intention plutôt que leur médecin. Le but est de dégager, si possible, un profil type de ces personnes. Ce qui nous amène à définir plus en détail ce qu'est l'accès direct et ce que nous pouvons comprendre par un profil type.

2.2 Définition de l'accès direct en physiothérapie

La World Confederation of Physical Therapy (WCPT) définit cette notion de la manière suivante : « Par accès direct, il faut comprendre la possibilité pour les patients d'obtenir des traitements de physiothérapie directement, sans consultation médicale ni prescription préalable » (*Scheermesser et al.*, 2012, p. 30).



› Figure 1 : parcours de soin en Suisse



› Figure 2 : parcours de soin avec AD

Les Australiens sont les précurseurs de l'accès direct en physiothérapie depuis 1976. Quarante-cinq Etats des USA l'ont introduit depuis 1985 et le Canada en 1999. En Europe, des projets pilotes ont été réalisés dans les années nonante. Ces derniers ont révélé des conclusions convaincantes, à tel point que la Suède a introduit l'accès direct dans ses provinces depuis 1996 (quatorze provinces sur vingt en 2004), puis la Norvège en 2005 et les Pays-Bas en 2006. La Grande-Bretagne dispose d'un projet pilote depuis 2003 en Ecosse et depuis 2005 en Angleterre. L'Italie mène un projet pilote en Sardaigne depuis 2009 (*Scheermesser, 2011*, p. 220).

En Suisse, le patient doit être en possession d'une prescription médicale s'il souhaite que ses traitements de physiothérapie soient remboursés par son assurance maladie de base. Seules quelques assurances complémentaires remboursent des prestations à but préventif, comme le massage, le drainage lymphatique et l'acupuncture.

2.3 Définition « profil patient »

Dans la littérature, le « profil patient » est composé de plusieurs catégories, elles-mêmes composées de plusieurs éléments, qui déterminent le patient dans son intégralité :

1) Données personnelles : sexe, âge, niveau d'éducation, emploi, etc.

2) Données démographiques : habitation dans une zone urbaine, semi urbaine ou rurale.

3) Données cliniques : diagnostic, degré de sévérité, durée des symptômes, VAS, but de la thérapie atteint, etc.

Dans cette étude, nous utiliserons en priorité les données objectives et fréquemment mentionnées dans les études sélectionnées pour répondre aux mieux à nos objectifs.

2.4 Objectifs et question de recherche

Le but de cette étude est de déterminer s'il existe une différence entre le profil d'une personne consultant son physiothérapeute en accès direct et celui d'un patient qui sollicite son médecin au préalable. Puis, selon nos résultats, nous essaierons de définir un profil type de patient consultant son physiothérapeute en accès direct.

Quels éléments différencient le profil d'un patient allant chez son physiothérapeute en accès direct d'une personne consultant son médecin au préalable ?

3 / Méthodologie

3.1 Stratégie de recherche

Pour répondre à cette question de recherche et en respectant la structure PICO (Population-Intervention-Comparaison-Outcomes), les études devaient comporter : une description des patients utilisant l'accès direct en physiothérapie, une définition d'un profil type et une comparaison entre ce profil et celui d'un patient ayant consulté au préalable son médecin.

Plusieurs bases de données ont été consultées : Pubmed, Web of Knowledge, Science Direct, Psychinfo, Cochrane, PEDro, Medline, Francis et CINAHL, en plus des références proposées sur le sites de la WCPT en rapport avec l'AD.

Les études qualitatives ont été exclues, car elles ne peuvent pas donner des mesures quantifiés sous forme de chiffres et utilisables pour cette étude. Nous avons aussi rejeté les études randomisées-contrôlées (RCT), car les patients sont sélectionnés et répartis de manière homogène. Ce design ne correspond pas à notre étude qui tend à vouloir définir un profil type de patient allant chez son physiothérapeute en accès direct, sans contrôle ni sélection préalables. Nous avons donc inclus des études de tous designs confondus (autre que RCT et qualitatif), qui traitent de l'accès direct en physiothérapie et décrivent un profil des patients concernés.

Un total de 482 articles a été sélectionné.

3.2 Sélection des articles

Notre premier tri a consisté à supprimer les doublons entre les bases de données et à garder les études rédigées en français, en anglais et en allemand. Nous sommes passés de 482 articles à 359.

Notre deuxième tri a été réalisé en lisant les résumés des différentes études. Nous avons contrôlé si les articles avaient bien pour thème l'accès direct et la physiothérapie. Il nous est resté alors un total de quarante-sept articles.

Notre troisième et dernier tri a consisté à cibler les articles susceptibles de répondre à nos objectifs et notre question de recherche. Après relecture, nous avons gardé cinq articles.

3.3 Evaluation de la qualité

Nous avons choisi de travailler avec l'échelle de qualité « Critical Review Form – Quantitative Studies » de *Law et al.* Cette échelle nous permet d'évaluer des études de différents designs, car dans notre travail, aucun design – hormis les RCT et les études qualitatives – n'était un critère d'exclusion.

Cette échelle est composée de huit items : study purpose, literature, design, sample, outcomes, intervention, results et conclusions. Chacun de ces items est défini sous forme de questions auxquelles on répond par : yes, no, not addressed ou not applicable (N/A).

Nous avons modifié la version de base de l'échelle en la quantifiant. Ainsi, nous avons attribué 1 point pour yes, -1 point pour no, 0 point pour not addressed et N/A. Etant donné que les RCT faisaient partie de nos critères d'exclusion, nous n'avons pas accordé de point à ce design. Les autres designs, selon leur importance dans la pyramide de l'évidence, ont été notés de la manière suivante: 3 points pour les cohort studies, 2 points pour les case controls, 1 point pour les cross-sectionals, les single case designs et les before and after, et 0 point pour les case studies. Les valeurs maximales ont été additionnées, donnant un total de 17 points.

Nous avons donc adapté notre barème de sélection et avons décidé d'un seuil minimal de 10 points. Les études ne répondant pas à ce critère minimal ont été exclues définitivement.

Nous avons évalué nos cinq articles avec cette échelle. Ayant défini la qualité voulue entre 10 et 17 points, nous avons été satisfaits de voir que chaque étude atteignait le score de sélection. Au final, nous avons donc eu cinq articles sélectionnés pour notre travail.

3.4 Extraction des données

Connaissant les études de manière globale, nous nous sommes concentrés sur les détails qui nous intéressaient. Grâce à une grille d'extraction, nous avons pu isoler les mesures relatives au profil des patients utilisant l'accès direct et des patients consultant leur médecin en les regroupant sous quatre catégories : données personnelles, données cliniques, données démographiques et autres données lorsque des informations spécifiques à l'étude et intéressantes étaient proposées.

L'étude de *Holdsworth* de 2005 [2] propose une catégorie « GP-suggested referral group ». Ce groupe comporte les patients dont l'auteur ne connaissait pas vraiment leur mode de référence (AD ou Médecin Généraliste (MG)).

Auteur	Titre	Année	Note
Holdsworth et al.	Direct acces to physiotherapy in primary care : now ? – and into the future	2004	12/17
Holdsworth et al.	Self-referral to physiotherapy : deprivation and geographical setting. Is there a relationship ? Results of a national trial.	2005 (1)	12/17
Holdsworth et al.	Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs ? Result of a national trial.	2005 (2)	12/17
Leemrisje et al.	Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands : Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy	2008	13/17
Pendergast et al.	A Comparison of Health Care use for Physician-Referred and Self-Referred Episodes of Outpatient Physical Therapy	2011	11/17

› Figure 3 : les études sélectionnées (seul l'auteur principal de chaque étude est cité dans le tableau)

Nous avons donc décidé d'exclure ce groupe, car ce résultat n'est ni compatible avec le groupe AD ni MG. En plus, il ne représente que 18 % du total de l'échantillon.

Après avoir collecté toutes ces données, nous les avons regroupées dans un seul et même tableau.

4 / Résultats

Les résultats des différentes études ont été regroupés dans un tableau afin d'avoir une vue d'ensemble et ainsi mettre en avant les critères comparables entre le plus grand nombre d'études.

Nous constatons que seuls les mesures « sexe », « MSQ (Musculo-squelettique) ou autres » et « âge » se retrouvent dans les cinq études. Les autres mesures ne sont présentes que dans certaines études (quatre ou moins). C'est pourquoi nous séparons les résultats en trois parties, à savoir :

1) Résultats comparables aux cinq études

2) Résultats comparables à quatre études

3) Autres résultats

L'étude de *Pendergast* forme le 82.5% de l'échantillon total de nos résultats. Bien que ce nombre soit important et que l'étude n'aborde que trois mesures, nous avons décidé de la garder et de traiter les données présentées dans les autres études. Ces dernières sont pertinentes et permettent d'aborder diverses thématiques concernant l'accès direct. La mesure « âge » se retrouve dans chaque étude mais n'est jamais catégorisée de la même manière. Elle est présentée sous trois tranches d'âges différents rendant ainsi difficile une mise en commun des résultats. Cependant, nous avons tout de même décidé de la prendre en compte afin de répondre à notre question de recherche.

4.1 Résultats comparables aux cinq études

Les cinq études donnent un échantillon total de 76'000 personnes, à savoir 21'198 patients dans le groupe AD et 54'802 dans le groupe MG.

Sexe

	Accès direct		Médecin généraliste	
	n	%	n	%
Données personnelles				
Sexe				
Homme	8'768	41.4	22'025	40.2
Femme	12'430	58.6	32'777	59.8

› Figure 5 : tableau de la mesure « Sexe »

Au total, les cinq études livrent un nombre d'hommes égal à 30'792 et un nombre de femmes égal à 45'208.

	Holdsworth 2004	Holdsworth 2005 (1)	Holdsworth 2005 (2)	Leemrisje 2008	Pendergast 2011
Sexe	x	x	x	x	x
MSQ ou autres	x	x	x	x	x
Diagnostice MSQ	x	x	x	x	
Durée des symptômes	x	x	x	x	
Arrêt du TTT	x	x	x	x	
Réussite des objectifs	x	x	x	x	
Zone géographique du cabinet		x		x	
Niveau de formation du patient				x	
Statut professionnel	x		x		
Temps d'attente	x		x		
Absentéisme	x		x		

› Figure 4 : récapitulatif des outils de mesure présents dans les études

Les résultats nous montrent deux groupes homogènes, si l'on considère le ratio homme/femme, environ 40 % pour les hommes et environ 60 % pour les femmes.

MSQ ou autres

	Accès direct		Médecin généraliste	
	n	%	n	%
Données cliniques				
Diagnostic				
MSQ	17'675	84.4	44'236	81.2
Autres (neuro, uro...)	3'275	15.6	10'221	18.8

› Figure 6 : tableau de la mesure « MSQ ou autre »

Plus de 98 % de l'échantillon de base a répondu à cette mesure. Il manque 1.2 % des données pour le groupe AD et 0.6 % pour le groupe MG. Cette mesures est séparé en deux catégories : « musculo-squelettique » et « autres », composée d'atteintes autre que MSQ, principalement neurologiques et urologiques.

Le total des diagnostics MSQ est égal à 61'911. Pour les autres diagnostics, le total est de 13'496.

Nous constatons que les diagnostics MSQ sont présents à plus de 80 % dans les groupes AD et MG. La quantité est plus grande pour l'AD avec une différence de 3.2 % par rapport au groupe MG.

Âge

Comme expliqué plus haut, nous résumons cette mesure en tenant compte de la discussion des résultats de chaque étude. Dans l'étude de *Holdsworth* parue en 2004, nous constatons que la tranche d'âge des 31-40 ans dans le groupe AD est plus représentée que dans le groupe MG. Par contre, la tranche d'âge 65-74 ans est plus grande dans le groupe MG. Les deux études du même auteur parues en 2005 ne montrent pas de réelles différences. Dans l'étude de *Leemrisje* parue en 2008, nous constatons que les tranches d'âge 20-39 ans et 40-59 ans sont plus représentées dans le groupe AD que MG. Les personnes ayant 60 ans et plus sont par contre plus nombreuses dans le groupe MG. *Pendergast* montre dans son étude de 2010 que la tranche d'âge de 18-24 ans est plus importante dans le groupe AD. A l'inverse, les 55-64 ans sont plus nombreux dans le groupe MG.

Au vu de ces résultats, nous remarquons que les patients en AD ont tendance à être plus jeunes que les patients consultant leur médecin au préalable.

4.2 Résultats comparables à quatre études

Les quatre études (*Holdsworth* 2004, 2005 [1], 2005 [2], *Leemrisje* 2008) donnent un échantillon total de 13'293 personnes, à savoir 3'701 dans le groupe AD et 9'592 dans le groupe MG.

Diagnostics MSQ

	Accès direct		Médecin généraliste	
	n	%	n	%
Données cliniques				
Membre supérieur	276	12.5	872	18.5
Epaule	228	82.6	698	80.0
Rachis	1'733	78.5	3'327	70.5
Lombalgie	733	42.3	1'360	40.9
Cervicalgie	682	39.4	1'543	46.4
Membre inférieur	199	9.0	523	11.1
Genou	92	46.2	256	48.9

› Figure 7 : tableau pour la mesure « MSQ ou autres »

Environ 70 % de l'échantillon total a répondu à cette mesure. Il manque 24.9 % de diagnostics dans le groupe AD et 32.1 % dans le groupe MG. Afin de pouvoir mieux visualiser les résultats, nous avons décidé de les séparer par région du corps : membre supérieur, rachis et membre inférieur.

i) Membre supérieur

Les quatre études regroupent 1'148 cas touchant cette partie du corps. 276 patients en AD et 872 en MG. Cela représente 12.5 % de l'échantillon des patients en AD et 18.5 % des patients référés par leur médecin. Les pathologies touchant l'épaule sont les plus fréquentes dans les quatre études. 228 cas en AD, soit 82.6 % de l'échantillon membre supérieur AD, et 698 cas dans le groupe MG, soit 80 %. Les autres diagnostics du membre supérieur ne sont pas détaillés.

ii) Rachis

Les quatre études regroupent 5'060 cas touchant le rachis. 1'733 patients en AD et 3'327 en MG. Cela représente 78.5 % de l'échantillon des patients en AD et 70.5 % des patients MG. La plupart des cas traités dans les quatre études concernent surtout les lombalgies et les cervicalgies.

En AD, 733 lombalgies, soit 42.3 % de l'échantillon Rachis, et 682 cervicalgies, soit 39.4 %, sont traitées. Dans le groupe MG, 1'360 lombalgies, soit 40.9 % de l'échantillon rachis, et 1'543 cervicalgies, soit 46.4 %, sont prises en charge. Les autres diagnostics du rachis ne sont pas détaillés.

iii) Membre inférieur

Les quatre études regroupent 722 cas touchant cette région du corps. 199 patients en AD et 523 en MG. Cela représente 9 % de l'échantillon des patients en AD et 11.1 % des patients MG. Les pathologies touchant le genou sont les plus fréquentes dans les quatre études. 92 cas, soit 46.2 % de l'échantillon membre inférieur, sont vus par leur physiothérapeute en AD. Le groupe MG comporte 256 cas, soit 48.9 %. Les autres diagnostics du membre inférieur ne sont pas détaillés.

Au vu de tous ces résultats, nous remarquons que les pathologies du rachis sont les plus représentées, surtout par les régions lombaire et cervicale. Les patients souffrant de tels maux auraient une tendance plus marquée à se rendre chez leur physiothérapeute en AD (78.5 % contre 70.5 % en MG).

Durée des symptômes

	Accès direct		Médecin généraliste	
	n	%	n	%
Données cliniques				
Durée des symptômes				
< 1 mois	1'733	47.4	3'167	33.6
1 - 3 mois	748	20.5	2'209	23.5
> 3 mois	1'175	32.1	4'042	42.9

› Figure 8 : tableau de la mesure « Durée des symptômes »

Plus de 98 % de l'échantillon de base a répondu à cette mesure. Il manque seulement 1.3 % des données pour le groupe AD et 1.9 % pour le groupe MG. Les résultats ont été séparés en trois groupes (inférieur à un mois, de un à trois mois, supérieur à trois mois). L'échantillon total est composé de 13'074 personnes, dont 3'656 consultent leur physiothérapeute en AD et 9'418 vont chez leur médecin.

i) Inférieur à un mois

Dans les quatre études, le nombre de personnes présentant des symptômes dont la durée est inférieure à un mois est égal à 4'900. 1'733 patients du groupe AD ont souffert moins d'un mois de leurs symptômes, ce qui représente 47.4 % de son échantillon. Pour le groupe MG, 3'167 personnes ont ressenti leurs symptômes durant cette durée, soit 33.6 % de l'échantillon MG.

ii) De un à trois mois

Dans les quatre études, le nombre de personnes présentant des symptômes dont la durée va de un à trois mois est égal à 2'957. 748 patients du groupe AD ont souffert de un à trois mois de leurs symptômes, ce qui représente 20.5 % de son échantillon. Pour le groupe MG, 2'209 personnes ont ressenti leurs symptômes durant cette durée, soit 23.5 % de l'échantillon MG.

iii) Supérieur à trois mois

Dans les quatre études, le nombre de personnes présentant des symptômes dont la durée est supérieure à trois mois est égal à 5'217. 1'175 patients du groupe AD ont souffert pendant plus de trois mois de leurs symptômes, ce qui représente 32.1 % de l'échantillon AD. Pour le groupe MG, 4'042 personnes ont eu leurs symptômes durant cette durée, soit 42.9 % de l'échantillon MG.

Au vu de ces résultats, nous pouvons constater que la majorité des patients en AD, soit 47.4 % des cas, ont une durée de symptômes inférieure à un mois, contre 33.6 % des cas dans le groupe MG. Par contre, un pourcentage non négligeable de patients qui consultent leur médecin au préalable a des symptômes qui durent plus de trois mois (42.9 % contre 32.1 % AD).

Arrêt du traitement (TTT)

	Accès direct		Médecin généraliste	
	n	%	n	%
Données cliniques				
Arrêt du TTT				
TTT complet	1'759	83.6	4'477	75.4
TTT incomplet ou arrêté	189	9.0	809	13.6
Autre	156	7.4	651	11.0

› Figure 9 : tableau de la mesure « Arrêt du traitement »

Cette mesure a réuni 60 % des données de l'échantillon total. Il manque 43.2 % de résultats pour le groupe AD et 38.1 % pour le groupe MG. Afin de pouvoir mieux com-

parer les résultats entre eux, nous avons décidé de garder les trois catégories qui se retrouvaient dans les quatre études, à savoir : traitement complet, traitement incomplet ou arrêté, autre. L'échantillon total est composé de 8'041 personnes, dont 2'104 patients AD et 5'937 patients MG.

i) Traitement complet

Dans les quatre études, le nombre de personnes ayant terminé leur traitement est égal à 6'236. 1'759 patients du groupe AD ont mené à terme leur traitement, ce qui représente 83.6 % de son échantillon. Pour le groupe MG, 4'477 ont terminé leur traitement, soit 75.4 % de l'échantillon MG.

ii) Traitement incomplet ou arrêté

Dans les quatre études, le nombre de personnes n'ayant pas terminé leur traitement ou l'ayant arrêté est égal à 998. 189 patients du groupe AD n'ont pas mené à terme leur traitement, ce qui représente 9 % de son échantillon. Pour le groupe MG, 809 n'ont pas terminé leur traitement, soit 13.6 % de l'échantillon MG.

iii) Autre

Ce groupe comprend les patients retournés chez leur médecin, alors que le traitement a été interrompu après une séance, ainsi que les données manquantes dans les quatre études. Cela constitue 807 patients. 156 patients du groupe AD se retrouvent dans ce groupe, ce qui représente 7.4 % de son échantillon. Pour le groupe MG, 651 patients sont répertoriés dans ce groupe, soit 11 % de l'échantillon MG.

A l'aide de ces résultats, nous remarquons que les patients du groupe AD ont terminé leur traitement dans 83.6 % des cas, contre 75.4 % dans le groupe MG. C'est la seule remarque que nous pouvons faire, étant donné que les autres catégories (traitement incomplet ou arrêté et autre) ne sont pas détaillées de manière précise dans les études.

Réussite des objectifs

	Accès direct		Médecin généraliste	
	n	%	n	%
Données cliniques				
Réussite des objectifs				
0%	52	3.1	301	6.5
25-75%	362	21.9	1'222	26.4
100%	1'237	74.9	3'107	67.1

› Figure 10 : tableau de la mesure « Réussite des objectifs »

Moins de 50 % des patients de l'échantillon total ont répondu à cette mesure. Il manque 55.4 % des données pour le groupe AD et 51.7 % pour le groupe MG. Afin de mieux pouvoir comparer les résultats entre eux, nous avons décidé de garder les catégories qui se retrouvaient dans les quatre études, à savoir : 0 %, 25-75 % et 100 % de réussite. L'échantillon total est composé de 6'281 personnes, dont 1'651 patients AD et 4'630 patients MG.

i) 0 % de réussite

Dans les quatre études, le nombre des personnes ayant atteint 0 % de réussite dans leur traitement est de 353. 52 patients du groupe AD disent ne pas avoir atteint l'objectif thérapeutique, ce qui représente 3.1 % de son échantillon. Pour le groupe MG, 301 patients n'ont pas réussi leur traitement, soit 6.5 % de l'échantillon MG.

ii) 25-75 % de réussite

Dans les quatre études, le nombre de personnes ayant atteint entre 25 et 75 % de réussite dans leur traitement est de 1'584. 362 patients du groupe AD disent avoir atteint partiellement l'objectif thérapeutique, ce qui représente 21.9 % de son échantillon. Pour le groupe MG, cela donne 1'222 personnes, soit 26.4 % de l'échantillon MG.

iii) 100 % de réussite

Dans les quatre études, le nombre de personnes ayant obtenu un résultat de 100 % suite à leur traitement est de 4'344. 1'237 patients du groupe AD disent avoir atteint entièrement l'objectif thérapeutique, ce qui représente 74.9 % de son échantillon. Pour le groupe MG, cela donne 3'107 personnes, soit 67.1 % de l'échantillon MG. Suite à ces résultats, nous remarquons que le taux de réussite à 100 % est plus élevé dans le groupe AD que dans le groupe MG (74.9 % contre 67.1 %). La catégorie « 25-75 % » est trop vaste pour en tirer une conclusion et n'est donc pas pertinente dans la pratique quotidienne d'un physiothérapeute.

4.3 Autres résultats

Cette partie des résultats est sans doute la moins pertinente vu le manque de données et de points de comparaison. Il faudrait donc les relativiser. Mais les thèmes abordés et les informations qui en ressortent sont intéressants; il serait dommage de ne pas les citer.

i) Zone géographique du cabinet

Leemrisje (2008) présente dans son étude cinq catégories d'urbanisation : very strong, strong, moderate, little et not. *Holdsworth* 2005 [1] différencie trois types de zone :

1) Rurale : communauté composée de moins de 3'000 habitants, incluant les frontières, les montagnes et les îles. Activité principale : travail de la terre.

2) Semi-urbaine : densité de population comprise entre 200 et 499 habitants/km^2.

3) Urbaine : zone étendue jusqu'à trente minutes de temps de trajet du centre de la ville.

Pour simplifier la lecture de ces résultats et pour les comparer au mieux, nous avons décidé de garder le modèle de *Holdsworth* en réduisant les catégories de *Leemrisje* à trois : very strong et strong pour urbain, moderate et little pour semi-urbain et not pour rurale.

Au total, les deux études regroupent soixante-neuf cabinets de physiothérapie. Neuf d'entre eux se trouvent en zone rurale, vingt-cinq en zone semi-urbaine et trente-cinq en région urbaine.

Nous pouvons tirer de ces chiffres une tendance à une localisation plus dense des cabinets de physiothérapie en milieu urbain. D'après ces résultats, un cabinet sur sept se trouverait en zone rurale et un cabinet sur deux en ville.

ii) Niveau de formation du patient

Seule *Leemrisje* (2008) étudie cette mesure. Après avoir récolté les données personnelles des participants de l'étude, elle a classé leur niveau de formation en trois divisions : éducation basse, moyenne et haute. L'auteur ne définit pas à quels niveaux scolaires correspondent ces trois catégories. Nous constatons, d'après l'étude, que les personnes ayant un bas niveau de formation sont plus représentées dans le groupe MG et celles avec un niveau moyen dans le groupe AD. Les patients ayant un haut niveau de formation auraient tendance à se rendre plus facilement chez leur physiothérapeute en AD.

iii) Statut professionnel

Cette mesure est mesurée dans deux études de *Holdsworth* (2004 et 2005 (2)). Dans son étude de 2004, elle regroupe trois catégories : employé, retraité et autre (au foyer, chômage, étudiant). Celle de 2005 [(2)] comporte cinq groupes : employé, retraité, au foyer, chômage et étudiant. Vu que nous retrouvons les mêmes divisions, nous avons décidé de mettre ensemble les catégories « au foyer », « chômage » et « étudiant » sous le nom « autre », à l'instar de l'auteur dans son étude de 2004.

Des résultats que nous obtenons, nous pouvons essentiellement dégager le fait que ce sont surtout les personnes employées ou à la retraite qui consultent leur médecin ou leur physiothérapeute. Les résultats entre les deux groupes sont par ailleurs quasi similaires.

iv) Temps d'attente

Comme pour la mesure précédente, seule *Holdsworth* prend en compte cet aspect de la prise en charge dans ses deux études de 2004 et 2005 [(2)]. Après constat, nous voyons que le temps d'attente d'une durée de un à trois mois est quasi semblable pour les deux groupes. Néanmoins, un patient semblerait avoir plus facilement un rendez-vous dans un intervalle de deux semaines chez son physiothérapeute que chez son généraliste.

v) Absentéisme

Comme pour les deux mesures précédentes, seule *Holdsworth* parle de ce sujet dans ses études de 2004 et 2005 [(2)]. Les personnes consultant leur physiothérapeute en AD seraient en grande majorité absents de leur travail moins de deux semaines, alors que les patients du groupe MG seraient absents d'une semaine à un mois. Cependant dans les deux études, l'auteur a montré que le taux d'absentéisme parmi les personnes employées est relativement bas. Les valeurs restent donc faibles et nous obligent à les considérer avec une certaine circonspection.

5 / Discussion

5.1 Interprétation des résultats

Le but de cette étude est de déterminer s'il existe une différence entre le profil d'un patient consultant son physiothérapeute en accès direct et celui qui sollicite son médecin au préalable. Après avoir exposé les résultats de manière brute, voici ce que nous en retirons.

Résultats comparables aux cinq études

L'échantillon pour la catégorie « sexe » comporte plus de femmes que d'hommes. Les pays en question ont aussi une population féminine plus étoffée que la population masculine, comme l'expliquent les auteurs. Cependant, nos résultats montrent peu de différences entre le groupe AD et le groupe MG.

Nous ne pouvons donc pas mettre en avant un genre pour répondre à notre question de profil type. Les résultats de la mesure « MSQ ou autres » révèlent la prédominance des pathologies musculo-squelettiques, tant en consultation physiothérapeutique que médicale. Ce qui reflète la réalité tout comme l'OFS le démontre en Suisse dans ses rapports en 2011. Elle indique aussi que les femmes ont statistiquement plus de problèmes MSQ que les hommes. Suite à notre analyse sur les âges, les résultats montrent que

les patients en AD sont plus jeunes que les patients allant consulter leur médecin. Pour la population, le médecin reste la première personne à consulter en cas de maladie. C'est surtout le cas chez les personnes âgées qui entretiennent depuis longtemps une relation de confiance avec leur médecin de famille, considéré comme étant le spécialiste de la santé. La nouvelle génération peut accéder plus facilement à diverses sources d'informations comme Internet; elle a donc moins de difficulté à aller directement chez son physiothérapeute. Cette génération est plus impliquée dans le maintien de sa santé et a la capacité de se diriger en cas de besoin vers le professionnel adéquat.

L'AD offre une possibilité de parcours de soin supplémentaire au patient. Si elle avait existé depuis de nombreuses années, comme c'est le cas en Australie, elle serait certainement entrée dans les moeurs. Chaque génération connaîtrait alors l'existence d'un tel procédé et ne se poserait peut-être plus la question de savoir vers quel professionnel de la santé se tourner, selon les besoins.

Résultats comparables à quatre études

En précisant le diagnostic MSQ, l'analyse montre que ce sont principalement les pathologies rachidiennes qui sont citées dans nos études. Cela ne nous étonne guère, dans le sens où le « mal de dos » est considéré comme le « mal du siècle » et que les campagnes de promotion et prévention de la santé le mettent en avant comme tel. Les lombalgies sont plus nombreuses en AD. Peut-être à cause de la nature du problème : une lombalgie, idiopathique ou non-spécifique, peut s'améliorer grâce à la physiothérapie; le patient a certainement envie d'être traité manuellement et c'est pour cela qu'il consulte son physiothérapeute. Mais le diagnostic de cervicalgie est plus fréquent dans le groupe MG. Ceci est peut-être dû à la nature du problème. La colonne cervicale est une région sensible et il est facile pour un patient d'imaginer le pire (tétraplégie, pathologies crâniennes, etc.). Les patients préfèrent peut-être consulter alors leur médecin. Dans le groupe MG, les pathologies touchant les membres sont plus nombreuses qu'en AD. Le genou et l'épaule sont les plus fréquemment cités. Sachant que ce sont des articulations en général très sollicitées et qu'elles sont sujettes à des traumatismes ou des dégénérescences, des examens médicaux supplémentaires sont souvent indispensables et nécessitent donc une visite chez le médecin.

Les résultats sur la durée des symptômes montrent que près de 50 % des patients en AD sont algiques moins d'un mois. Par contre, 42.9 % des patients consultant leur médecin au préalable ont des douleurs qui durent plus de trois mois. La différence est de taille. On peut l'expliquer par le fait que le patient décide d'aller directement chez son physiothérapeute – ce qui prouve une certaine motivation. Il y va et veut être actif lors de son traitement et dans sa convalescence. Le physiothérapeute éduque aussi le patient. Il lui fait comprendre qu'il doit s'investir durant et en dehors de la séance pour permettre une évolution favorable. Une deuxième explication réside dans le résultat de la mesure « temps d'attente » de la catégorie autres résultats. Le temps d'attente pour un rendez-vous chez son physiothérapeute est plus court que pour un rendez-vous chez son médecin. Il semble donc logique d'admettre que les symptômes disparaissent plus rapidement si le patient est plus vite pris en charge. N'oublions pas la qualité de traitement du physiothérapeute, qui peut jouer aussi un rôle.

La mesure « arrêt du traitement » montre que 83.6 % des patients en AD finissent leur traitement contre 75.4 % dans le groupe MG. L'analyse de la mesure « réussite des objectifs » montre aussi une différence entre les deux groupes. Pour un résultat d'objectifs atteints à 100 %, nous trouvons 74.9 % des patients AD contre 67.1 % des patients MG. Nous pensons que la prise en charge et la motivation du patient influencent ces résultats. Le patient se prend en charge et se dirige de son propre chef vers le thérapeute compétent, contrairement au patient MG qui est adressé au physiothérapeute par son médecin. Il paraît donc normal qu'il décide d'aller au bout de sa thérapie et qu'il mette tout en œuvre pour atteindre ses objectifs.

Autres résultats

Selon les autres résultats que nous avons recueillis, nous pouvons en tirer les conclusions suivantes : La mesure « zone géographique du cabinet » démontre que la grande majorité des cabinets de physiothérapie se trouvent en ville – tout comme la population actuelle. Néanmoins, il reste tout de même des cabinets en zones rurales, ce qui permet de garantir des soins de premier recours aux personnes habitant ces régions. Nous reviendrons sur ce sujet un peu plus loin dans la discussion.

En ce qui concerne le niveau d'éducation des patients, nous pouvons le mettre en relation avec la mesure « âge » cité plus haut. Les patients du groupe AD présentent, d'après Leemrisje, un niveau de formation supérieur aux patients du groupe MG. Ce fait est lié aux sources d'informations à disposition des personnes, informations qui leur permettent d'avoir de meilleures connaissances sur leur état de santé (anatomie, physiologie) et sur les différents thérapeutes susceptibles de traiter le mal en question. Le patient d'aujourd'hui ne ressemble plus à celui d'hier : il est proactif dans son traitement.

Le statut professionnel montre que les personnes employées ou retraitées consultent un médecin ou un physiothérapeute. Il n'y a pas de différence notable entre les deux groupes, excepté une légère tendance à retrouver plus de

retraités dans le groupe MG (comme développé plus haut sur la relation patient/médecin pour l'ancienne génération) et plus d'employés dans le groupe AD. Y aurait-il un désir de gagner du temps et de pouvoir retourner au plus vite au travail ?

En considérant l'absentéisme, nous avons remarqué que le taux était relativement bas dans les deux groupes. Ce résultat est conforme à l'opinion suisse issue du sondage effectué par l'agence gfs.bern en 2009 : 81 % des 1014 Suisses de l'étude ont répondu « oui » à la question : « Pensez-vous qu'un traitement physiothérapeutique après une interruption de travail suite à un accident ou une maladie permette de revenir plus tôt à son poste de travail ? » (*Monnin*, 2011, p. 213). Néanmoins, les personnes consultant leur physiothérapeute en AD seraient moins absentes à leur travail que les personnes du groupe MG. Comme déjà expliqué plus haut, ceci est peut-être dû au fait que les patients ont le choix d'aller directement chez leur physiothérapeute, par désir ou par besoin de retourner plus vite au travail.

Forts de ces résultats, nous pouvons répondre à notre premier objectif. Le profil d'un patient en AD est différent de celui d'un patient MG. Ils se différencient principalement sur les points suivants :

1) Âge

2) Diagnostic MSQ

3) Durée des symptômes

4) Raison arrêt du TTT

5) Réussite des objectifs

Holdsworth, dans ses études de 2004 et 2005 [(2)], ainsi que Leemrisje (2008), montrent aussi d'autres disparités concernant le niveau de formation des patients, le temps d'attente pour un rendez-vous et l'absentéisme.

Notre deuxième objectif est de définir un profil type de patient consultant un physiothérapeute en accès direct. Grâce à nos résultats, il est possible de faire ressortir une donnée personnelle et une donnée clinique. Le profil type d'un patient consultant un physiothérapeute en AD :

1) serait une personne âgée de moins de quarante ans

2) souffrant d'une pathologie d'origine musculo-squelettique concernant la plupart du temps le rachis.

Leemrisje (2008) démontre aussi que les patients en AD ont un niveau de formation moyen à supérieur.

5.2 La physiothérapie et l'AD en 2013

La profession d'aujourd'hui n'est pas la même que celle d'hier. Les physiothérapeutes ne sont plus de simples exécutants qui appliquent des techniques peu différenciées. La physiothérapie a acquis au fil du temps des compétences spécifiques que d'autres professions ne maîtrisent pas, comme la capacité de choisir les tests spécifiques permettant de différencier l'origine d'un trouble, d'évaluer l'efficacité du traitement selon la succession « test-treattest » et de l'adapter si besoin, la sensibilité du toucher (« les yeux au bout des doigts »), la relation de confiance physiothérapeute/patient, etc. Cette profession touche énormément de domaines. Elle ne cesse d'évoluer, grâce notamment à la recherche EBP, qui permet de prouver l'efficacité de nos traitements. En Suisse, les physiothérapeutes souhaitent obtenir plus de reconnaissance de la part des médecins, des politiciens, des assurances et des patients. Ils veulent être reconnus à leur juste valeur, comme étant des professionnels de la santé qui ont une formation de base solide, qui suivent des formations continues pour maintenir leurs connaissances à jour et qui garantissent une prise en charge de qualité, tout en étant payés de manière décente.

Les discussions autour de l'accès direct en Suisse sont nombreuses. Certains le voient comme un moyen supplémentaire de reconnaissance. D'autres comme l'évolution logique de notre profession, selon ce que l'on constate dans les pays voisins. Rappelons que la formation en Suisse offre un titre de « Bachelor of Science in Physiotherapy » après trois ans d'étude, tout comme au Royaume-Uni, en Suède et aux Pays-Bas (CDS-CRS, 2003, pp. 72-76), qui eux proposent en outre un AD en physiothérapie pour soins publics ou privés (Bury & Stokes, 2012). D'autres voient encore l'AD comme un moyen de pallier à la pénurie annoncée de médecins généralistes. En effet, certains fonds de vallée et certains villages sont de véritables déserts à MG. Un physiothérapeute en AD permettrait aux patients d'avoir un premier contact thérapeutique et de soulager en partie le travail des MG. D'ailleurs, en Valais, une commission composée de divers acteurs du monde de la santé a été mandatée par le département de la santé en 2013. Celle-ci aura pour mission d'analyser la situation du canton en matière de soins ambulatoires, de premiers recours et de trouver des solutions concrètes en cas de besoin (Canton du Valais, 2013).

Et que pensent les physiothérapeutes suisses de l'accès direct ? Dans le sondage de l'agence gfs.bern mené en 2009, 82 % des physiothérapeutes suisses participant à l'étude sont favorables à l'accès direct et 80 % se sentent prêts à travailler dans ces conditions. Notons juste que 71 % des participants à ce sondage avaient plus de 10 ans d'expérience professionnelle. 57 % pensent tout de même que travailler en accès direct demanderait des qualifications supplémentaires, notamment dans les « red flags » et

le diagnostic différentiel, et supposerait la participation à des formations continues (*Allet*, 2011, pp. 225- 31). Fort de ce sondage, un projet pilote d'AD en physiothérapie mandaté par Physioswiss et sous la direction de la HES Zürich devrait voir le jour. Vu les aspects qu'ils pensent prendre en compte et évaluer, ce projet devrait s'inscrire pleinement dans la dynamique actuelle de réduction des coûts et de recherche d'alternatives. Ce qui, en cas de résultats positifs, donnerait du poids aux physiothérapeutes face aux politiques.

Avantages versus risques

La littérature des pays dans lesquels l'accès direct en physiothérapie est en vigueur cite principalement les avantages de cette modalité de parcours de soins. La littérature cite (*Scheermesser*, 2011, pp. 220-1) :

1) Des soins rapides et adéquats, grâce à la diminution du temps d'attente par rapport à un médecin, et à la qualité de la prise en charge. Ceci entraîne une satisfaction des patients et des physiothérapeutes.

2) Une collaboration entre les professionnels de la santé améliorée, avec une relation de confiance renforcée, ainsi qu'une aide et un soulagement pour le travail des MG.

3) La gestion efficace des ressources financières, grâce notamment à la réduction des prescriptions de médicaments, des clichés médicaux (Rx, IRM, etc) et du nombre de thérapeutes à consulter. Après des recherches sur différentes bases de données, nous pouvons évoquer certains risques en défaveur de l'accès direct :

1) Le diagnostic médical : comparé à un médecin, le physiothérapeute a moins de connaissances et de moyens techniques (Rx, IRM, US, etc.) pour diagnostiquer une pathologie. Il ne peut pas faire de bilan aussi poussé et précis; il serait possible qu'il passe à côté de contre-indications importantes pouvant mettre en danger la santé du patient.

2) Décision de management : ce risque est lié au précédent. Après avoir fait son bilan, le PT peut traiter directement son patient, le traiter avec un avis médical ou ne pas le traiter et le rediriger vers un médecin. Une mauvaise décision, liée à un mauvais diagnostic, peut mettre en danger le patient.

Nous pensons aussi à d'autres risques, comme la sur demande ou la faible demande d'AD. Cependant, la littérature ne semble pas en montrer à ce niveau-là. Par contre pour les risques de diagnostic médical et de management, *Moore* dans son étude de 2005, *Jette* (2006) et *Ludvigsson* (2011) déclarent que les physiothérapeutes en AD ont plus de facilité à poser un diagnostic lorsque la pathologie est non-critique et d'origine MSQ, mais aussi qu'ils prennent la bonne décision de management lorsqu'il s'agit d'une pathologie critique, à savoir rediriger immédiatement le patient vers un médecin compétent.

Perspectives professionnelles et défis futurs

Nous nous rendons compte que la physiothérapie a beaucoup évolué ces dernières années. Comme nous l'avons cité précédemment, les physiothérapeutes suisses espèrent plus de reconnaissance. Certaines modifications pourraient y mener, telle que la prescription médicale qui ressemble parfois plus à une ordonnance, limitant le physiothérapeute dans ses actions thérapeutiques et son raisonnement. Celle-ci pourrait ne comprendre que les données administratives du patient, le(s) diagnostic(s) et les contre-indications, lui laissant une pleine liberté dans son traitement. Cette modification serait déjà un signe de reconnaissance et de confiance de la part des médecins.

Dans un autre domaine, une augmentation de la valeur du point de physiothérapie serait un signe de gratitude des politiciens. Un temps de travail « administratif » (rédaction de rapport et de bilan, de remarques et de traitement, appel téléphonique, recherche) rémunéré, comme les médecins et les ergothérapeutes, serait aussi un grand pas pour notre profession. Sans oublier, une reconnaissance salariale pour les physiothérapeutes selon leur niveau de formation (CAS, DAS, MAS, MSc, PhD), ce qui n'est actuellement pas le cas.

Pourquoi dès lors ne pas proposer un AD en physiothérapie qui s'inscrit pleinement dans cette volonté de reconnaissance des physiothérapeutes suisses ? Cette question mérite encore de la réflexion et devrait passer par plusieurs étapes : un projet pilote qui montre des résultats avantageux (prochainement), un projet pilote au niveau national (si nécessaire), une demande auprès des autorités supérieures, une modification des textes de loi (*Boldi-Goetshy*, 2011, pp.235-37), notamment dans la LAMal et l'OAMal pour définir les physiothérapeutes comme fournisseurs de prestation en AD et dans l'OPAS, pour que l'AD en physiothérapie soit remboursé par la caisse maladie de base, etc. Nous estimons aussi que la formation de base devrait être plus poussée en ce qui concerne le diagnostic différentiel et la connaissance des « red flags ». Si toutes ces conditions étaient réunies, nous pensons qu'un accès direct en physiothérapie serait envisageable en Suisse.

5.3 Limitations de l'étude

Une première limitation survient dans la définition du profil patient de notre cadre théorique. N'ayant pas trouvé de sources scientifiques détaillant de manière précise ce terme, nous avons rédigé une définition par nos propres

moyens, en nous inspirant d'études ou de discussions sur l'accès direct. Nous pouvons également citer le fait que nous n'avons pas trouvé, dans chaque pays ayant l'accès direct en physiothérapie, des articles répondant à nos objectifs et question de recherche. Il nous manque l'Australie, le Canada, la Suède et la Norvège pour faire une étude comparative optimale.

Lorsque nous avons effectué l'extraction de données, les études ne comportaient pas toujours les mêmes mesures ou elles ne les comptabilisaient pas de la même manière. Nous avons donc dû modifier notre grille d'extraction selon l'étude ou adapter les catégories pour permettre une comparaison.

Enfin, une autre limitation intervient lors du calcul de l'échantillon de base. En effet, nous nous sommes rendu compte que l'étude de *Pendergast* englobait le 82,5 % de l'échantillon total des patients. Ainsi, les résultats des mesures comparables dans les cinq études sont grandement influencés par ceux propres à l'étude de *Pendergast*. Parfois, l'échantillon de base des patients dans les trois études de *Holdsworth* et celle de *Leemrisje* ne correspondaient pas au nombre de cas présents par mesure. Il y avait soit des « missing data », soit des « disparitions » sans explication.

5.4 Recommandations futures

Il serait intéressant d'avoir plus d'informations sur la profession des patients, car ce qui est proposé dans les études de *Holdsworth* ne concerne que les statuts « employé », « retraité » et « autre ». S'il y avait cette précision, nous pourrions peut-être trouver un lien entre le niveau de formation d'une personne, le domaine professionnel et le fait qu'elle aille chez son physiothérapeute en AD ou non.

Nous trouverions pertinent d'avoir également des études qui précisent pour chaque articulation leur fréquence d'apparition. Une « cartographie » précise du corps humain décrirait les articulations les plus traitées en physiothérapie et permettrait aux physiothérapeutes de maintenir à jour leurs connaissances sur les pathologies les plus fréquentes.

6 / Conclusion

Cette étude est orientée sur un aspect moins connu de la profession, ce qui lui confère son originalité. Du fait que l'accès direct en physiothérapie existe ou débute dans plusieurs pays, il fait partie de l'actualité et touche directement les physiothérapeutes. Ce thème a d'ailleurs déjà été abordé lors de différents congrès nationaux en Suisse et le sera encore certainement à l'avenir.

Notre revue de la littérature montre que le profil des personnes consultant leur médecin avant d'aller chez un physiothérapeute est différent de celui venant chez leur PT en accès direct. Il existe des divergences dans l'âge, le diagnostic, la durée des symptômes, le taux de réussite des objectifs et le temps d'attente pour un rendez-vous. Le profil type d'une personne du groupe AD se démarque par une donnée personnelle – l'âge – et une donnée clinique – le diagnostic.

Les résultats de cette étude démontrent que l'accès direct en physiothérapie ne change en rien la qualité de prise en charge des patients et qu'il répond à une demande. L'accès direct pourrait valoriser notre profession, soulager le travail des médecins généralistes et permettre des soins de premiers recours dans les zones reculées.

Il reste à déterminer, au moyen d'études et de projets pilotes en Suisse, la qualité de l'accès direct et son impact précis sur les coûts de la santé. S'il en ressort des conclusions positives et que les différents acteurs de la santé s'accordent, l'accès direct en Suisse pourrait être envisageable.

Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt

Contact

Philippe Ogay
Au Revelin 1, CH-1422 Grandson
e-mail : ogayphilippe@gmail.com

Références Bibliographique

Bury, J., & Stokes, E.K. (2012). A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy : Implication for the Profession. Physical Therapy, 93, 449-459. doi : 10.2522/ptj.20120060

Canton du Valais. (2013). Commission d'expert « Soins ambulatoires et de premier recours » - Mandat de la commission. Département des finances, des institutions et de la santé du canton du Valais, Sion.

Confédération suisse. (2013). Statistique suisse. Accès http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick. html

Confédération suisse. (2013). Statistique suisse. Accès http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/key/diagnosen.html

Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, Croix-Rouge suisse. (2003). Formations des diplômes en santé – aperçu général [Document de travail] (pp. 72-76). Bern : Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires.

Crout, K.L., Hodgkins, J., & Miller T.D. (1998). Physical Therapists' Opinions and Practices Regarding Direct Access. Physical Therapy, 78, 52-61.

Fédération des Médecins Suisses. (2013). Statistique médicale de la FMH. Accès http://www.fmh.ch/fr/themes/demographie_medicale/statistique_medicale.html

Holdsworth, L. K., & Webster, V. S. (2004). Direct access to physiotherapy in primary care : now ?—and into the future ?. Physiotherapy, 90(2), 64-72. doi:10.1016/j.physio.2004.01.005

Holdsworth, L. K., Webster, V. S., & McFadyen, A. K. (2005). Self-referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting - Is there a relationship ? Results of a national trial. Physiotherapy, 92(1), 16-25. doi :10.1016/j.physio.2005.11.003

Holdsworth, L. K., Webster, V. S., & McFadyen, A. K. (2005). Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. Physiotherapy, 92(1), 26-33. doi:10.1016/j.physio.2005.11.002

Huber, O.E., Monnin, D., Paillex, R., Boldi-Goetschy, C., & Oggier, W. (2011). La Physiothérapie en mutation. Bern: Cahier d'étude de la SSPS.

Jette, D. U., Ardleigh, K., Chandler, K., & McShea, L. (2006). Decision-Making Ability of Physical Therapists: Physical Therapy Intervention or Medical Referral. Physical Therapy, 86(12), 1619-1629. doi: 10.2522/ptj.20050393

Larequi, Y., Besson, P., Curdy, J., & Touati, J. (1999). Revue romande de Physiothérapie, accès direct, 16(1).

Le Petit Larousse. (2013). Paris: Larousse.

Leemrisje, C. J., Swinkels, I. C. S., & Veenhof, C. (2008). Direct access to physical therapy in the Netherlands: Results from the first year in community-based physical therapy. Physical Therapy, 88(8), 936-946. doi:10.2522/ptj.20070308

Logean, S. (2012, 12 janvier). Pénurie de médecins: un chaos programmé. L'HEBDO, pp. 36-41

Ludvigsson, M. L., & Enthoven, P. (2012). Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. Physiotherapy, 98(2), 131-137. doi:10.1016/j.physio.2011.04.354

Organisation de Coopération et de Développement Économique. (2013). Panorama de la santé 2011.

Accès http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011 fr/03/02/index.html;jsessionid=7k1m175j3bhb2 delta?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2011-21 fr&containerItemId=/content/serial/19991320&accessItemIds=/content/book/hea lth_glance-2011-fr&mimeType=text/html&site=fr

Pendergast, J., Kliethermes, S., Freburger, J., & Duffy, P. (2011). A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. Health Services Research, 47(2), 633-654.doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01324.x

Physioswiss. (2011). Rapport annuel 2011. Lucerne: Physioswiss.

Physioswiss. (2012). Rapport annuel 2012. Lucerne: Physioswiss.

Scheermesser, M., Allet, L., Bürge, E., Stegen, C., Nast, I., & Schämann, A. (2012). Accès direct à la physiothérapie en Suisse: validation linguistique et culturelle d'un questionnaire et position des physiothérapeutes. Kinésithérapie la revue, (124), 29-37.

Seematter-Bagnoud, L., Junod, J., Jaccard Ruedin, H., Roth, M., Foletti, C., & Santos-Eggimann, B. (2010). Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030 [Document de travail]. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

World Confederation for Physical Therapy. (2010). Direct Access. Accès http://www.wcpt.org/node/47869

Moore, J.H., McMillian, D.J., Rosenthal, M.D., & Weishaar, M.D. (2005). Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 35(10), 674-8.

epitact®
PODOLOGY

Pouce douloureux - Rhizarthrose

QU'EST-CE QUE LA RHIZARTHROSE ?

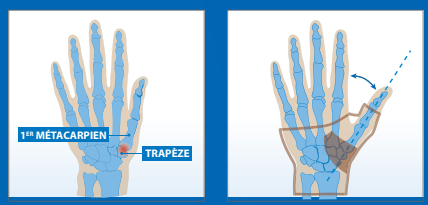
La **rhizarthrose** touche principalement la femme après 50 ans et débute le plus souvent par la main dominante mais les deux mains peuvent aussi être atteintes. Son évolution par crises provoque de douloureuses poussées inflammatoires et aboutit progressivement à l'enraidissement et à la déformation du pouce. Il devient peu à peu impossible de saisir un objet entre le pouce et l'index ou les autres doigts.



Le port pendant la journée de l'Orthèse pouce souple EPITACT®, aide à soulager les douleurs articulaires à la base du pouce (rhizarthrose), en limitant les micro-mobilisations passives traumatisantes. Contrairement aux orthèses rigides, l'Orthèse pouce souple EPITACT® est conçue pour s'adapter aux contraintes de la vie quotidienne. Elle n'intègre aucun «scratch» agressif risquant d'abîmer les vêtements. Fine et discrète, elle vous permet de continuer à porter votre montre ou vos bijoux.

Disponible en pharmacies et drogueries

COMMENT FONCTIONNE L'ORTHESE POUCE SOUPLE ?



1. MAINTIENT LE POUCE EN POSITION DE REPOS
L'alignement des os du pouce va limiter les forces s'exerçant sur l'articulation trapèzo-métacarpienne et soulager la douleur.

2. ABSORBE LES MICRO-MOBILISATIONS TRAUMATISANTES
Pendant la journée, le pouce semble au repos alors qu'il bouge sans cesse avec le déplacement des mains dans l'espace. L'orthèse souple va maintenir le pouce et le 1er métacarpien sans les immobiliser. Ce maintien proprioceptif va aider à absorber les micro-mobilisations traumatisantes et limiter ainsi les poussées inflammatoires douloureuses.

3. MAINTIENT LA CHALEUR LOCALE
L'orthèse EPITACT® a un effet antalgique en maintenant la chaleur locale grâce aux propriétés de son tissu et de son tendon en silicone Epithelium Flex®.

	Vendue à l'unité	Mesurez le contour de votre poignet (Si vous hésitez entre 2 tailles, choisissez la plus petite)		
		S 13 ≤ ○ ≤ 14,9 cm	M 15 < ○ ≤ 16,9 cm	L 17 < ○ ≤ 19 cm
ORTHÈSE POUCE		PHARMACODE	PHARMACODE	PHARMACODE
MAIN DROITE		5995708	5995720	5995743
MAIN GAUCHE		5995714	5995737	5995766

phiten

PLUS DE DÉTENTE, PLUS DE BIEN-ÊTRE



Stress et activités assises se traduisent par des tensions.

Les professionnels de la santé sont unanimes sur le fait que des facteurs de stress sont à l'origine de presque toutes les pathologies.

Le stress physiologique apparaît toujours lorsque notre système nerveux se voit déséquilibré. Toute pensée pesante, déjà, actionne un flux d'informations déclenchant un déploiement d'hormones qui sollicitent le système nerveux et peuvent, entre autres, contracter aussi la musculature. Par ailleurs, nous exerçons de plus en plus d'activités assises, une position pour laquelle l'être humain n'est pas fait. Des muscles atrophiés ainsi qu'une mauvaise posture provoquent des tensions au niveau de la nuque et des épaules. Ces troubles, à leur tour, entravent la circulation, la musculature se noue davantage, ce qui se traduit par une circulation négative.

Les célèbres Power Tapes du Japon rompent cette spirale de manière ciblée lorsqu'ils sont collés sur la zone de tensions. Ils stimulent le réseau électrique du corps et peuvent ainsi agir sur les « troubles » physiques globaux.

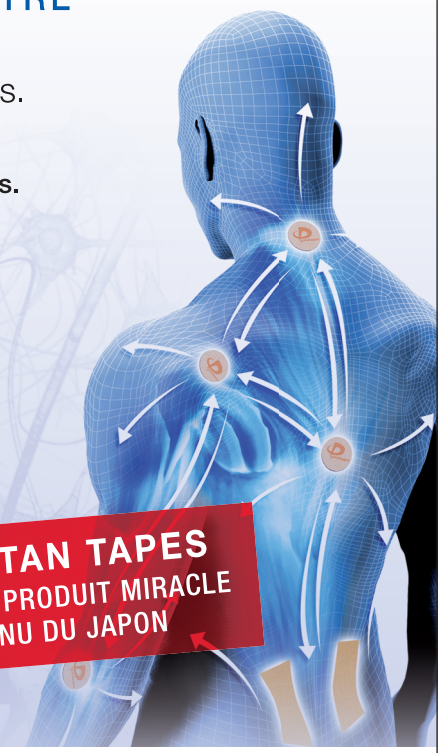




Power Tapes (70 pièces)
CHF 19.90 seulement

N° d'art. XEPT7200
Code pharma 5378482

Le premier test saura déjà vous convaincre.



TITAN TAPES
LE PRODUIT MIRACLE VENU DU JAPON

Produits disponibles en pharmacie et en droguerie (indication du code pharma)

Infos: Cizen Inc. sports&health · Monbijoustrasse 22 · 3011 Berne Tél. 031 371 46 24 · info@phiten.ch · www.phiten.ch

Phygest



Gérer efficacement, en toute simplicité
son fichier clients et sa facturation!
Impossible de s'en passer!

....conçu pour et réalisé par des physiothérapeutes

logiciel de gestion de cabinet multi-thérapies
(prêt pour les nouveaux tarifs)

NET PROGRESS
10 ch de la pépinière 1213 petit lancy
tél 078 601 41 95
www.netprogress.ch

MAINS Libres
physiothérapie - ostéopathie
concepts globaux



« COMPRENDRE LA THÉORIE, MAÎTRISER LA PRATIQUE… »

Sous le titre « Comprendre la théorie, maîtriser la pratique… », *Mains Libres* entend orienter ses formations continues vers l'indissociable compréhension des concepts présentés et une pratique maîtrisée, efficiente, sûre, et sans effets secondaires par des enseignants de grande qualité reconnus au sein des domaines de la physiothérapie et de l'ostéopathie.

«Thérapie manuelle neuroméningée dans les cervico-brachialgies»

Intervenant: Pascal POMMEROL (Lyon, F)
Dates: **3, 4 et 5 septembre 2015**
Lieu: **Lausanne- Renens**, salle CACIB
Prix: **690.– CFH** (abonnés à la revue *Mains Libres*: 660.– CHF)

Thèmes abordés pendant la formation:
Biomécanique articulaire, neurale, discale au niveau des nerfs issus du rachis cervical; diagnostic d'exclusion fonctionnelle (épaule, défilé de la traversée thoraco brachial, cervical supérieur); red flags; diagnostic des accrochages nerveux au niveau du membre supérieur; diagnostic d'inclusion: batterie de tests de Wainner; traitement articulaire des cervicales et des dorsales supérieures en fonctionnelle et en structurel; manipulation du canal foraminal par rapport aux racines et les racines/ foramen; Traitement musculaire (scalène, élévateur scapula, etc.); Manipulation des nerfs: techniques du rebouteux…

Objectif de la formation:
Être capable de:
- Réaliser un bilan diagnostique spécifique en utilisant des tests et scores validés
- Elaborer un diagnostic différentiel des différentes pathologies en relation avec la NCB. Réaliser un arbre décisionnel
- Comprendre les différents mécanismes lésionnels et d'apparition des symptomatologies – Elaborer un programme de traitement adapté à ce type de pathologie
- Maitriser des techniques de correction neuroméningées et des techniques issues du concept ostéopathique
- Auto évaluer ses connaissances à l'issue de la formation

«Méthode MESERS: Un dos qui bouge est un dos heureux!»

Intervenant: Anthony BERCHTEN (Nyon)
Dates: **2 et 3 octobre 2015**
Lieu: **Lausanne- Renens**, salle CACIB
Prix: **490.– CFH** (abonnés à la revue *Mains Libres*: 460.– CHF)

Thèmes abordés pendant la formation:
En quoi consiste la méthode MESERS, buts et objectifs de la méthode, historique, la méthode en résumé, utilité des tests Mesers et Spine & Tests Pro, utilité du kit Mesers,fiche patient Mesers, FAQ.

Objectif de la formation:
Être capable de:
- Maîtriser la théorie de la méthode Mesers
- Comprendre et utiliser les tests de la méthode
- Apprendre et maîtriser les exercices de la méthode et savoir les adapter à nos patients
- Comprendre l'approche du thérapeute Mesers
- Auto évaluer ses connaissances à l'issue de la formation.



INSCRIPTIONS / RENSEIGNEMENTS / PROFIL DES INTERVENANTS
www.mainslibres.ch
info@mainslibres.ch



VISTA MED



Une ou deux sorties

La gamme EasyCry'Eau est un outil de **traitement de compression glacée** pour répondre aux exigences des thérapeutes en **traumatologie sportive.**

Cette technique est est recommandée pour : OEdème - Hématome - Déchirure - Cicatrisation - Récupération - Tendinite - Entorse - Inflammation

CIB

Centre d'impression de la Broye

Vous avez un projet, vous souhaitez bénéficier des meilleures prestations d'impression, faites nous part de vos besoins, nous sommes à votre service !

Route de la Scie 9 • 1470 Estavayer-le-Lac
Tél. 026 663 12 13 • Fax 026 663 46 85
E-mail : info@cibsa.ch • www.cibsa.ch

Votre alternative pour muscles dénervés: le Physio 5

Renseignements et conseils au 021/695.23.60
ou par mail: info@djoglobal.ch
www.djoglobal.ch



DJO GLOBAL

KINÉSITHÉRAPIE, Intimes regards...



Philippe COCHON & Martial DELAIRE
Editeur Kinoptime, édition septembre 2014 (1ère édition)
ISBN : 978-2-9548579-2-9
Prix : 30.–

La Kinésithérapie. Chacun d'entre nous sera amené, tôt ou tard, à solliciter cette profession. Pour nous-mêmes, un de nos enfants, un de nos parents. *Martial Delaire*, kinésithérapeute, et *Philippe Cochon*, photographe, ont souhaité rendre hommage à la profession, à ces artisans qui soignent à la main.

Cet ouvrage est la rencontre d'un kiné et d'un photographe.

Martial Delaire, a sillonné la France à la rencontre de ses consœurs et confrères avec lesquels il a noué de réelles complicités. Accompagné de *Philippe Cochon* qui assure la signature photographique du livre, il a souhaité poser un regard intime sur la profession. Au fil des pages, les photographies s'attardent sur les gestes du kinésithérapeute, sur la force de la relation entre praticien et patient; c'est un véritable regard intime sur la profession. Les images ont été effectuées chez de nombreux spécialistes, sur toute la France et dans les établissements de Berck-sur-Mer, en particulier.

Ensemble, kinésithérapeute et photographe nous font entrer dans la relation kiné-patient, pour nous en faire vivre l'émotion. Le regard reste bienveillant, jamais intrusif. Un plan serré sur une palpation, illustrant le savoir-faire. Un plan large, un sourire, une victoire. Ce qui ressort au fil des pages, c'est l'entente, l'échange, l'humanité entre le patient et son praticien. La symbiose même. Des instants partagés que les auteurs ont réussi à saisir, à réunir, pour notre plus grand plaisir. Cet ouvrage est la traduction en image d'une philosophie de vie de *Martial Delaire* qui, comme il le dit lui-même, « s'articule autour de trois axes : le sport, les enfants et la kinésithérapie ». Un ouvrage qui s'adresse tant aux étudiants qu'aux praticiens et qui permet de porter un regard, une réflexion sur cette discipline aux visages multiples.

Les auteurs :

Martial DELAIRE :

Kinésithérapeute D.E., Cadre de Santé – Bois-Larris, *Martial Delaire* a été directeur de l'IFMK de Saint Michel à Saint Etienne et responsable pédagogique de l' IFMK – Berck sur Mer. Il est formateur agréé à l'utilisation des bandes à résistance élastique progressive (Allemagne) sujet qu'il a présenté lors du Symposium Romand de Physiothérapie organisé par Mains Libres à Lausanne en 2009.

Philippe COCHON :

Photographe professionnel à Berck-sur-Mer, *Philippe Cochon* est aussi co-auteur de « Voyage en Côte d'Opale ».



SAVOIR ANTICIPER POUR MAITRISER L'AVENIR DE VOTRE CABINET DE PHYSIOTHERAPIE !

Prenez contact avec nos spécialistes pour toute question ou prestation en relation avec:

- L'ouverture et la transmission d'un cabinet de physiothérapie au niveau juridique et fiscal
- le conseil et l'organisation d'un cabinet
- la planification financière et la pérennité de votre patrimoine
- la comptabilité et déclaration d'impôts d'un cabinet de physiothérapie
- les conseils juridiques et fiscaux dans la gestion d'un cabinet de physiothérapie
- la planification successorale
- les expertises judiciaire et privée

FIDUCIAIRE MICHEL FAVRE SA
Route de Berne 52 / CP 128
1000 LAUSANNE 10
Tél.: 021 651 33 00
Fax: 021 651 33 01
contact@fiduciaire-favre.ch
www.fiduciaire-favre.ch
Membre FIDUCIAIRE | SUISSE

La physiothérapie agit !
Recherche de thérapeutes sur www.sitedespatients.ch
NOTRE PASSION – VOTRE MOUVEMENT.
physio swiss
L'Association suisse de physiothérapie

Tarifsuisse, j'abhorre

YVES LAREQUI

Physiothérapeute-Ostéopathe (Lausanne)

Tarifsuisse (TS), vous en avez déjà entendu parler, vous connaissez; mais oui, vous savez, les négociations tarifaires, santésuisse, physioswiss, l'ASPI et … tarifsuisse.

Mais connaissez-vous vraiment ce « machin » ? – tarifsuisse SA est une société anonyme (100'000.– CHF de capital social), filiale de santésuisse SA (société anonyme aussi à 100'000.– CHF de capital social), dont la mission principale est de négocier des tarifs avantageux pour ses clients (les caisses maladie) auprès des prestataires de soins tant dans les domaines hospitalier qu'ambulatoire.

Lorsque l'on observe de plus près l'organigramme de TS, on constate qu'il s'agit d'une organisation complexe avec des ramifications dans tout le pays. Mais ce qui étonne davantage, c'est la qualité de son personnel : des mastérisés de l'économie, des raiders du management de la santé, des as du barreau. C'est en tout plus de 60 collaborateurs pour un budget de 11 millions de francs. Mais si l'on se réfère au rapport d'activité (2013) de TS, cette somme astronomique ne serait qu'une broutille en regard des « 130 millions de francs d'économie par an grâce à l'effet préventif des évaluations d'économicité » (sic); ou encore par rapport aux « 470 millions de francs d'économie par an grâce à la réduction d'exigences tarifaires hospitalières trop élevées » (re-sic).

Vous l'aurez compris, TS s'érige en grand Gendarme de la santé suisse pour le plus grand profit de ses clients (47 caisses maladie) contre ces vilains petits canards (trop) dispendieux les hôpitaux, les médecins, les pharmaciens et, bien entendu, les physiothérapeutes. Mais TS nous informe aussi que pour chaque franc encaissé, 95 centimes vont en remboursement des prestations et seulement 5 centimes en frais administratifs (5%). Ce que TS oublie de préciser c'est que le nombre de francs encaissés par les caisses a notablement augmenté depuis quelques années; si bien que lorsque les caisses payaient 20 milliards de prestations, elles encaissaient 1 milliard pour leurs frais administratifs. Lorsque, quelques années plus tard, elles encaissent 40 milliards, c'est 2 milliards de frais administratifs qu'elles engrangent. Ainsi, les économies faites par TS sur le dos des soignants ne sont pas perdues pour tout le monde !

Alors que peuvent bien faire nos vaillants miliciens-négociateurs, nos Winkelried du tarif contre cette armada de professionnels bardé de diplômes et employés à plein temps pour mettre au point des stratégies visant à dévaloriser les professions soignantes au nom du sacro-saint profit ?

Rien, bien évidemment. TS a la puissance financière pour engager des mercenaires de la négociation; puissance financière, soit dit en passant, issue des primes d'assurance maladie prélevée sans vergogne auprès des assurés. Mais surtout, ils ont le temps devant eux, tout le temps et même l'éternité pour ficeler des contrats qui prennent à la gorge les physiothérapeutes (notamment), pour échafauder des stratégies beaucoup plus globales, machiavéliques. Temps et argent, tout ce que les physiothérapeutes-négociateurs n'ont pas. Comment peut-on bien préparer une négociation après une dure journée au cabinet ? – Comment peut-on être performant dans la négociation en quittant le cabinet à la dernière minute après ce dernier traitement qui vous a peut-être posé problème. Le temps, le temps qui s'en va.

Alors, peut-être s'agit-il d'engager des professionnels bardés eux aussi de diplômes de de connaissances pointues en terme de négociation; engager des juristes, avocats pour éclaircir tel ou tel point de droit et qui vont plomber les finances des associations, physioswiss ou l'ASPI. Ces négociations qui, tant d'un côté que de l'autres ont certainement déjà coûté, depuis tout le temps qu'elles durent, des montants à 6 chiffres. Et l'on se bat, et l'on palabre, et l'on s'étripe pour moins que rien; des peanuts qui, certes, mettent du beurre dans les épinards des physiothérapeutes, mais qui ne valorise pas la profession. Peanuts, en regard des plus de 600 millions d'économies par an réalisées par TS qui joue au chat et à la souris avec les phyiosthérapeutes. Temps et argent, la richesse absolue.

Nos valeureux négociateurs ne peuvent rien contre TS, car, en fait, les desseins de ces derniers se situent à un autre niveau. En effet, une autre mission de TS s'appelle « tarif-controlling » et cela consiste à contrôler, sur mandat des assureurs maladie les irrégularités et les abus de facturation des soignants qui violent donc en masse (eh oui, chaque soignant est un tricheur en puissance) le principe d'économicité.

Pour ce faire, les assureurs font tout pour « éliminer » les patients-assurés du système. De toute façon, ils ne comprennent rien à rien; les contrôler et les informer leur font perdre de ce temps si indispensable à faire du profit. Et comment font-ils ?

– en instaurant le tiers payant; le patient ne voit pas sa facture, ne se rend pas compte de ce que coûte son traitement, n'a aucun moyen de contrôler les honoraires de son thérapeute (certes, il devrait recevoir une copie de ces honoraires, mais…).

– en développant la facturation électronique pour soi-disant gagner du temps grâce aux nouvelles technologies; là le patient est encore plus largué.

– en introduisant la carte dossier patient que les soignants et, à terme, les assureurs pourront consulter, modifier, rajouter des fichiers sans que le principal intéressé puisse y accéder; le summum !

Voyez-vous, il est bien plus facile de contrôler et museler 35'000 médecins plutôt que 8 millions d'assurés !

Et ce dessein est soutenu, dans une alliance contre nature, par l'Etat qui planche sur une planification de la densité médicale en Suisse (… ici, il y a besoin d'un spécialiste, ici non; là il faudrait 2 généralistes et là-bas, plutôt trois…).

Ainsi, nous avons d'un côté les assureurs qui mettent les soignant sous leur joug et mettent les assurés sur la touche, les déresponsabilisant totalement afin d'accéder à plus de profit; et puis de l'autre côté, l'Etat providence qui déresponsabilise aussi les assurés et planifie la densité médicale au nom du dogme politique.

Certains ne verront dans ces propose que fantasmes paranoïaques; peut-être, l'avenir nous le dira.

En tous cas, TS, j'abhorre tes desseins !!

A vendre

Table de physio

6 plans de marque Atlas, à moteur électrique avec barres de commande au pied tout autour de la table. Châssis blanc.
Comme neuf. Largeur : 45 cm
Prix : 2'000.— à discuter

Table de massage

à moteur électrique avec barres de commande au pied tout atour de la table. 3 segments mobiles.
Bon état. Largeur : 65 cm
Prix : 2'000.— à discuter

Photos et possibilité de venir voir sur place sur demande
Infos au 079 610 48 44 ou tablephysio@gmail.com

SouTra
ELECTRONIQUE

Médical + Esthétique

À votre service depuis plus de 20 ans



Tables de physiothérapie
Fabrication suisse
Personnalisée
3 ans de garantie

Pro 6
3'800.-

Expert VI
4'800.-



*Les prix indiqués sont HT et sans option
Tous les modèles sont visibles sur notre site www.soutra.ch

Distributeur en Suisse:

smith&nephew

BSN medical

La douleur disparaît…
…presque d'elle-même



Un plaisir
à utiliser.

Leukotape® K

Favorise la guérison naturelle lors de douleurs musculaires, nerveuses, vasculaires et de maux de tête.



- **Technique neuroproprioceptive**
- **Soulage la douleur**
- **Favorise le mouvement**

Smith & Nephew Schweiz AG
Advanced Wound Management
Niederlassung
Glutz Blotzheim-Strasse 1
4502 Solothurn

Tél. +41 (0)32 624 56 60
Fax +41 (0)32 624 56 81
www.smith-nephew.ch

supplier of | swiss olympic association

MEDiDOR
HEALTH CARE • THERAPIE

Professionnalisme assuré



Tables de thérapie Montane

- modèle Alps – 5 sections
- modèle Andes – 7 sections
- élévation/abaissement électrique de 49 cm à 101 cm
- moteur puissant permettant une élévation en 29 sec.
- conçues dans un esprit de stabilité et de confort pour le patient
- 4 pieds à roulettes
- cyphose par 2ème moteur électrique
- choix de couleurs

Prix spécial Alps
CHF 2'990.-*
(au lieu de 4'250.-)

Suppl. Andes:
CHF 450.-

TVA excl.

*Offre valable jusqu'au 15.08.2015

chattanooga™

MEDiDOR AG
Eichacherstrasse 5 · CH-8904 Aesch/Zürich
Tél. 044 739 88 11 (français) · Fax 044 739 88 00
mail@medidor.ch

www.medidor.ch