

TOUS NULS MAIS IL Y EN A DES MOINS NULS, analyse sur l'accès direct

2026/2027

Sommaire

TOUS NULS MAIS IL Y EN A DES MOINS NULS, analyse sur l'accès direct.....	2
Revue critique internationale avec focus France	2
Résumé	Erreur ! Signet non défini.
Le signal international.....	2
Focus France	3
Tous insuffisants, mais pas au même endroit.....	4
Les médecins ne sont pas assez bons en MSK	4
Les kinés trient-ils mieux les troubles musculosquelettiques ?	5
Comparaisons les plus solides.....	5
Le triage ne se résume pas à poser une étiquette	6
Errance diagnostique et redirection correcte	6
Ce que ces cas montrent réellement.....	6
Les kinés ne sont pas irréprochables.....	7
Les physiothérapeutes ne sont pas assez bons non plus	7
Cas graves arrivant en kinésithérapie.....	8
Pourquoi ce chiffre est probablement sous-estimé.....	9
Ce que l'accès direct gagne malgré tout.....	9
Les troubles vasculaires montrent la limite du médecin comme unique gardien d'entrée..	10
Conséquences pour la France	10
Discussion	10
Ouverture.....	Erreur ! Signet non défini.
Conclusion	11
References	12

TOUS NULS MAIS IL Y EN A DES MOINS NULS, analyse sur l'accès direct

Revue critique internationale avec focus France

Pour les troubles musculosquelettiques, l'accès direct en physiothérapie améliore en général l'efficacité du système sans dégrader les résultats cliniques. Les synthèses récentes montrent une bonne concordance diagnostique et de triage avec les médecins, moins d'imagerie, moins de médicaments, des délais plus courts, des coûts plus bas ou neutres, et pas de signal clair de sur-risque (Fischer et al., 2026; Gallotti et al., 2023; Kechichian et al., 2024; Lafrance et al., 2023; Walsh et al., 2024; Zouch et al., 2024).

Le point dur est ailleurs. La littérature ne permet pas de dire que les physiothérapeutes sont « bons » au sens fort et homogène du terme en MSK. Elle montre plutôt qu'ils sont souvent **moins mauvais** que le parcours médecin prescripteur puis kiné exécutant. Les médecins prescrivent peu, prescrivent mal, sur-documentent peu le problème clinique, et surconsomment plus volontiers imagerie et médicaments (Demont et al., 2022; O'Brien et al., 2021; Peurois et al., 2023). Les physiothérapeutes, de leur côté, trient souvent mieux et traitent plus sobrement, mais restent inconstants sur la détection des cas médicaux graves, la qualité de prescription d'exercice et l'alignement aux recommandations (Barton et al., 2021; Budtz et al., 2021; Wing et al., 2024; Zadro et al., 2019).

La bonne lecture politique n'est donc ni corporatiste ni naïve. L'accès direct n'est pas la preuve que les kinés sont excellents. C'est la preuve qu'en première ligne MSK, **le système classique est encore moins bon**.

Le signal international

Les meilleures données convergent vers une même direction: quand le physiothérapeute est le premier clinicien contacté pour un trouble MSK, la performance clinique reste au moins comparable, tandis que la performance de système s'améliore (Fischer et al., 2026; Gallotti et al., 2023; Kechichian et al., 2024; Walsh et al., 2024).

Domaine	Résultat principal	Appui
Concordance diagnostique	Kappa poolé 0,76	(Lafrance et al., 2023)
Concordance de triage chirurgical	Kappa poolé 0,71	(Lafrance et al., 2023)
Douleur à moyen terme	Différence moyenne -0,92/10 en faveur du modèle physiothérapeute	(Lafrance et al., 2023)

Domaine	Résultat principal	Appui
Coût d'épisode	301,5 € vs 743,4 € dans la synthèse 2023	(Gallotti et al., 2023)
Délai d'accès	12,3 jours vs 35,6 jours	(Gallotti et al., 2023)
Reconsultation GP pour le même problème	8,3 % vs 30,9 % au Royaume-Uni	(Walsh et al., 2024)
Coût NHS à 6 mois	41 à 44 £ vs 105,5 £	(Walsh et al., 2024)
Baisse des consultations GP	environ 10 % au niveau système en Norvège	(Zouch et al., 2024)
Réduction de charge GP	10 à 30 % dans la revue 2026	(Fischer et al., 2026)
Sécurité	pas d'augmentation claire des événements indésirables	(Fischer et al., 2026; Gallotti et al., 2023; Lafrance et al., 2023)

Le message économique est robuste, même si la qualité méthodologique n'est pas parfaite. Les coûts directs de parcours baissent, la consommation de médecine générale recule, les prescriptions médicamenteuses diminuent et l'accès au bon professionnel est plus rapide (Fischer et al., 2026; Gallotti et al., 2023; Walsh et al., 2024; Zouch et al., 2024). La question n'est donc plus vraiment de savoir si l'accès direct peut fonctionner. Elle est de savoir à quelles conditions il reste sûr et utile.

Focus France

La France n'a pas encore la masse de données anglo-saxonnes, mais le signal va dans le même sens. Il montre surtout les faiblesses du filtre médical préalable.

Axe français	Résultat	Lecture
Adressage vers la kiné en soins primaires MSK	19,8 %	Sous-recours massif (Peurois et al., 2023)
Diagnostic ou motif précisé sur l'ordonnance pour rachialgie	27 %	Prescription pauvre (Demont et al., 2022)
Contre-indications mentionnées	1 %	Faible valeur de triage (Demont et al., 2022)
Imagerie ou examens joints	0 %	Information clinique quasi absente (Demont et al., 2022)
Concordance diagnostique GP-kiné	$\kappa = 0,19$	Accord faible (Demont et al., 2022)

Axe français	Résultat	Lecture
Conformité aux recommandations	47,0 % médecins vs 76,7 % kinés	Avantage kiné (Demont et al., 2022)
Essai français lombalgie aiguë	Non-infériorité du first-contact kiné	(Kechichian et al., 2024)
Prescription médicamenteuse dans cet essai	65,6 % vs 100 %	Parcours plus sobre (Kechichian et al., 2024)
Imagerie dans cet essai	0 vs 1 examen	Pas de surconsommation côté kiné (Kechichian et al., 2024)

Le constat français est rude. Les médecins adressent peu les patients MSK à la kinésithérapie (Peurois et al., 2023). Quand ils adressent, l'ordonnance renseigne mal le problème clinique et s'aligne moins bien sur les recommandations que la prise en charge proposée ensuite par les kinés (Demont et al., 2022). Dans l'essai français sur la lombalgie aiguë, le parcours first-contact kiné ne fait pas moins bien cliniquement, mais il fait plus sobre en médicaments (Kechichian et al., 2024).

Tous insuffisants, mais pas au même endroit

Le cœur du débat n'est pas de choisir un camp. Il est de mesurer **où** chaque profession échoue.

Profession	Faiblesse dominante	Illustration
Médecins généralistes et parcours médecin-first	Sous-adressage, prescriptions pauvres, plus d'imagerie et plus de médicaments	(Demont et al., 2022; O'Brien et al., 2021; Peurois et al., 2023; Walsh et al., 2024)
Physiothérapeutes en accès direct	Qualité inégale du triage médical, prescription d'exercice souvent imparfaite, adhésion incomplète aux guidelines	(Barton et al., 2021; Budtz et al., 2021; Wing et al., 2024; Zadro et al., 2019)

Les médecins ne sont pas assez bons en MSK

En France, moins d'un patient MSK sur cinq vu en médecine générale est adressé à un kinésithérapeute (Peurois et al., 2023). Dans la rachialgie, l'ordonnance médicale comporte surtout une région anatomique et très peu de raisonnement clinique utile, avec seulement 27 % de diagnostic ou motif, 1 % de contre-indications et 0 % d'examens complémentaires joints (Demont et al., 2022). À l'international, les médecins de premier recours tendent aussi à orienter davantage vers médicaments, imagerie et chirurgie que les physiothérapeutes pour des situations où le traitement conservateur devrait rester central (O'Brien et al., 2021; Walsh et al., 2024).

Les kinés trient-ils mieux les troubles musculosquelettiques ?

La littérature de pratique avancée et d'accès direct répond plutôt oui. La revue systématique de Lafrance et al. retrouve une concordance diagnostique poolée de 0,76 et une concordance de triage chirurgical de 0,71 entre physiothérapeutes de pratique avancée et médecins (Lafrance et al., 2023). Les revues sur l'accès direct montrent ensuite des résultats cliniques comparables, avec moins d'imagerie, moins de médicaments, moins de renvois spécialisés et des coûts plus faibles ou neutres (Babatunde et al., 2020; Demont et al., 2019; Fischer et al., 2026; Gallotti et al., 2023; Hon et al., 2020).

Comparaisons les plus solides

Domaine	Résultat principal	Appui
Concordance diagnostique kiné-médecin	Kappa poolé 0,76 (Lafrance et al., 2023)	Bonne à très bonne concordance
Concordance de triage chirurgical	Kappa poolé 0,71 (Lafrance et al., 2023)	Bon accord sur l'orientation spécialisée
Sécurité en accès direct	Pas de signal d'augmentation des dommages (Babatunde et al., 2020; Fischer et al., 2026; Gallotti et al., 2023; Moore et al., 2005)	L'argument de danger systémique est faible
Médicaments	Baisse fréquente sous parcours kiné (Gallotti et al., 2023; Kechichian et al., 2024; Walsh et al., 2024)	Triage plus sobre
Imagerie	Tendance à la baisse (Babatunde et al., 2020; Fischer et al., 2026; Gallotti et al., 2023)	Moins de consommation diagnostique
Coûts	Tendance favorable au first-contact kiné (Demont et al., 2019; Fischer et al., 2026; Hon et al., 2020; Walsh et al., 2024)	Gain économique plausible
Récupération précoce	Plus de patients améliorés à 3 mois dans les modèles FCPP UK (Walsh et al., 2024)	Effet possible sur la vitesse de récupération

L'étude britannique de Walsh et al. rend le point très concret. À 6 mois, la prise en charge par physiothérapeute de premier contact n'était pas inférieure au modèle médecin généraliste, mais les coûts médians sur 6 mois étaient bien plus bas, £41 à £44 contre £105,50, et les prescriptions médicamenteuses, notamment d'opioïdes, étaient nettement moindres (Walsh et al., 2024). Les reconsultations chez le généraliste pour le même problème dans les 3 mois étaient aussi bien plus faibles, 8,3 % contre 30,9 % (Walsh et al., 2024).

En France, l'essai pragmatique de Kechichian et al. va dans la même direction pour la lombalgie aiguë. Le modèle first-contact kiné n'était pas inférieur pour l'incapacité à 6 semaines, avec moins de médicaments, aucune imagerie dans le groupe kiné, et aucune différence défavorable de sécurité ou de satisfaction (Kechichian et al., 2024).

Le triage ne se résume pas à poser une étiquette

Le point fort du kinésithérapeute de premier recours n'est pas toujours la perfection diagnostique nominale. C'est souvent la **décision de gestion correcte**. Dans l'enquête française par vignettes de Vignaud et al., les kinés obtenaient de meilleurs résultats sur les décisions de conduite à tenir que sur l'hypothèse diagnostique elle-même, surtout pour les cas critiques, avec 85,1 % de décisions correctes pour les vignettes médicales critiques (Vignaud et al., 2023).

Cette distinction est importante. En premier recours, la bonne question n'est pas toujours « quel est le nom exact du problème ? » mais souvent « faut-il traiter ici, réadresser, rassurer, explorer, ou alerter ? » Sur ce point, les données actuelles sont plutôt rassurantes pour la profession, même si elles laissent une marge de progression (Vignaud et al., 2023).

Errance diagnostique et redirection correcte

C'est probablement l'argument clinique le plus robuste en faveur d'un accès direct encadré. La revue de Boissonnault et Ross rassemble 78 cas où un physiothérapeute a réadressé un patient vers le médecin avec découverte secondaire d'une pathologie médicale (Boissonnault & Ross, 2012). Dans 74,4 % des cas, le réadressage a eu lieu dès la première séance. Parmi ces patients, 74,4 % avaient pourtant déjà été adressés par un médecin, et dans 41,4 % des cas adressés, le physiothérapeute a jugé la présentation incohérente avec le diagnostic médical initial (Boissonnault & Ross, 2012). Les diagnostics finaux incluaient surtout des fractures et tumeurs, mais aussi 14 atteintes viscérales, avec une composante cardiovasculaire fréquente (Boissonnault & Ross, 2012).

Le cas rapporté par Storari et al. va dans le même sens : une douleur d'épaule étiquetée musculosquelettique à deux reprises en urgence s'est révélée être un infarctus du myocarde après dépistage par un physiothérapeute (Storari et al., 2021). Le cas de Feller et al. montre pour sa part une artériopathie oblitérante sévère déguisée en sciatique, redirigée correctement après examen kinésithérapique (Feller et al., 2023).

Ce que ces cas montrent réellement

Signal	Ce que montrent les données	Appui
Réadressage précoce	74,4 % dès la première séance (Boissonnault & Ross, 2012)	Le kiné peut casser tôt une errance diagnostique

Signal	Ce que montrent les données	Appui
Patients déjà vus par un médecin	74,4 % des cas de la revue (Boissonnault & Ross, 2012)	La prescription médicale n'épuise pas le besoin de triage
Diagnostics finaux	Fractures, tumeurs, atteintes viscérales, effets médicamenteux (Boissonnault & Ross, 2012)	Le faux MSK existe réellement
Douleur d'épaule viscérale	Cas d'infarctus détecté en accès direct (Storari et al., 2021)	Le triage doit dépasser le pur orthopédique
Douleur de jambe pseudo-radriculaire	PAD sévère détectée par le physiothérapeute (Feller et al., 2023)	La fonction de redirection est concrète

Les kinés ne sont pas irréprochables

Un rapport crédible doit garder cette limite au centre. Les kinésithérapeutes sont souvent meilleurs que les médecins pour trier et orienter un problème musculosquelettique, mais ils ne prescrivent pas toujours l'exercice avec une qualité optimale. Les enquêtes internationales montrent des lacunes sur les recommandations, le dosage, la progression et l'intégration des bonnes pratiques (Barton et al., 2021; Wing et al., 2024). La revue de Zadro et al. retrouve encore une forte proportion de traitements non recommandés ou sans recommandation claire (Zadro et al., 2019).

L'argument pour l'accès direct n'est donc pas fondé sur une perfection du kiné. Il repose sur une comparaison pragmatique : **pour de nombreux troubles musculosquelettiques, le kiné premier recours semble plus pertinent que le parcours médecin puis ordonnance**, à condition de renforcer la formation au dépistage, au raisonnement clinique et à la prescription d'exercice (Bricca et al., 2026; Finucane et al., 2020; Gallotti et al., 2023; Lafrance et al., 2023).

Les kinés ne sont pas assez bons non plus

Le fait qu'ils soient souvent plus efficaces ne doit pas masquer leurs propres limites. Dans l'étude de Budtz, les physiothérapeutes réussissaient mieux les vignettes purement MSK que les vignettes médicales, mais seuls 34 % obtenaient un score correct sur au moins deux des trois cas médicaux critiques, et seulement 5 % identifiaient correctement tous les cas critiques (Budtz et al., 2021). Pour une vignette de lombalgie intense évoquant une pathologie grave, 57 % choisissaient à tort de traiter en kiné et seulement 15 % optaient pour le bon réadressage sans traitement (Budtz et al., 2021).

Le même problème existe sur le traitement lui-même. La revue de Zadro retrouve une adhésion seulement partielle aux recommandations: nous retrouvons une médiane de 54 % de traitements recommandés dans les enquêtes et recours persistant à des soins non recommandés ou sans recommandation claire (Zadro et al., 2019). Les enquêtes internationales sur la prescription d'exercice sont tout aussi sévères: seuls 11 % savent citer un référentiel valide pour l'exercice aérobie et 21 % pour le renforcement (Barton et al., 2021) ; dans l'étude britannique récente, moins de la moitié pensent que la profession sait réellement prescrire efficacement l'activité physique ou l'entraînement aérobie, et 72 % de ceux disant suivre des recommandations utilisent en fait une référence erronée pour l'aérobie (Wing et al., 2024).

La formule la plus juste est donc simple: **les kinés ne sont pas bons partout, mais ils semblent moins mauvais que le modèle d'entrée par le médecin pour beaucoup de TMS courants.**

Cas graves arrivant en kinésithérapie

L'un des arguments centraux contre l'accès direct est la peur du cas grave raté. Le problème est réel, mais il existe déjà dans le système avec prescription médicale.

La meilleure estimation quantitative disponible vient du Danemark. Dans 1 568 704 parcours de kinésithérapie MSK sur quatre ans, la prévalence globale d'une pathologie grave identifiée dans les 180 jours était de 2,30 %, dont 2,11 % de néoplasies, 0,13 % de fractures, 0,06 % de pathologies inflammatoires et 0,01 % pour la queue de cheval comme pour l'infection (Budtz et al., 2020). Ce chiffre est faible en valeur absolue, mais il n'est pas nul. Il rappelle qu'une file active de patients MSK amène forcément une fraction de faux MSK.

La revue de Boissonnault renforce ce point au plan clinique. Sur 78 cas publiés de réadressage par des physiothérapeutes, 74,4 % ont été renvoyés dès la première séance, 74,4 % avaient déjà été vus et adressés par un médecin, et dans 41,4 % des cas adressés, le kiné jugeait la présentation incohérente avec le diagnostic médical initial (Boissonnault & Ross, 2012). Les diagnostics finaux comprenaient surtout fractures et cancers, mais aussi 17,9 % d'atteintes viscérales, souvent cardiovasculaires (Boissonnault & Ross, 2012).

Indicateur de gravité en kiné	Valeur	Appui
Prévalence globale de pathologie grave dans les parcours MSK adressés à la kiné	2,30 %	(Budtz et al., 2020)
Néoplasies	2,11 %	(Budtz et al., 2020)
Fractures	0,13 %	(Budtz et al., 2020)
Pathologies inflammatoires	0,06 %	(Budtz et al., 2020)

Indicateur de gravité en kiné	Valeur	Appui
Queue de cheval	0,01 %	(Budtz et al., 2020)
Infections	0,01 %	(Budtz et al., 2020)
Réadressage dès la première séance dans les cas publiés	74,4 %	(Boissonnault & Ross, 2012)
Cas déjà vus par un médecin avant la kiné	74,4 %	(Boissonnault & Ross, 2012)
Diagnostic médical initial jugé incohérent par le kiné	41,4 % des cas adressés	(Boissonnault & Ross, 2012)
Cas viscéraux parmi les cas publiés	17,9 %	(Boissonnault & Ross, 2012)

Pourquoi ce chiffre est probablement sous-estimé

Le 2,30 % danois ne doit pas être lu comme la vraie fréquence de tous les cas graves croisés en pratique MSK. C'est un chiffre utile, mais étroit. D'abord, l'étude ne compte que quelques catégories: cancer, fracture, infection, inflammatoire et queue de cheval (Budtz et al., 2020). Elle ne mesure donc pas les mimics vasculaires, cardiologiques ou neurologiques progressifs.

Ensuite, plusieurs cas illustrent précisément ce qui échappe à ce cadrage. Une artériopathie oblitérante sévère peut mimer une sciatique, même avec une imagerie lombaire trompeuse, et n'être reconnue qu'après un examen vasculaire ciblé par le physiothérapeute (Feller et al., 2023; Gray, 1999). Un infarctus peut se présenter comme une douleur d'épaule pseudo-mécanique, être vu deux fois aux urgences, puis être finalement réadressé par un physiothérapeute en accès direct (Storari et al., 2021). À un autre registre, des maladies neurologiques lentement évolutives peuvent débuter comme une cervicalgie ou un syndrome rachidien banal avant l'apparition d'un déficit plus franc, avec retard diagnostique si la progression n'est pas relue correctement (Hill et al., 2024; Lai et al., 2018).

Autrement dit, la prévalence des cas graves en file MSK est probablement **sous-estimée** dès que l'on limite le comptage aux grandes urgences rachidiennes et aux diagnostics hospitaliers codés. Les faux MSK vasculaires et les atteintes neurologiques lentes ne disparaissent pas parce qu'elles sont mal comptées.

Ce que l'accès direct gagne malgré tout

Le paradoxe central est là. Les physiothérapeutes ne sont pas suffisamment bons pour autoriser un accès direct sans garde-fous. Mais les médecins ne sont pas suffisamment bons non plus pour justifier qu'ils gardent seuls la porte d'entrée MSK.

La littérature penche donc vers une solution pragmatique: laisser davantage de place à l'accès direct, parce qu'il améliore les coûts, les délais et l'usage des ressources, **à condition** d'augmenter l'exigence de compétence sur le triage et la prescription d'exercice (Fischer et al., 2026; Gallotti et al., 2023; Lafrance et al., 2023). Le bon modèle n'est pas « kiné autonome sans filet ». C'est « kiné premier recours sous standard clinique élevé, avec seuil bas de réadressage ».

Les troubles vasculaires montrent la limite du médecin comme unique gardien d'entrée

L'artériopathie oblitérante avec claudication intermittente est un bon test de réalité. L'exercice supervisé y est recommandé de première ligne depuis longtemps (Khoury et al., 2022; Shalhoub et al., 2009). Pourtant, dans l'enquête britannique de Shalhoub et al., seuls 24 % des répondants avaient accès à un programme d'exercice supervisé, et seuls 14 % de ceux qui y avaient accès adressaient 100 % des patients éligibles (Shalhoub et al., 2009). Aux États-Unis, 49 % des médecins interrogés n'avaient jamais adressé un patient à un programme de SET malgré le remboursement CMS (Dua et al., 2019).

Ce point compte pour le thème du rapport. Même quand les recommandations sont anciennes, stables et favorables à l'exercice, le système médical n'adresse pas forcément correctement les patients. Cela relativise l'idée selon laquelle le filtre médical garantirait, par nature, la bonne orientation en rééducation (Dua et al., 2019; Khoury et al., 2022; Shalhoub et al., 2009).

Conséquences pour la France

Trois implications ressortent.

- Le vrai problème français n'est pas un excès de kinésithérapie MSK, mais plutôt un sous-recours à une évaluation et à une rééducation conservatrice de qualité (Demont et al., 2022; Peurois et al., 2023).
- Un accès direct encadré pourrait libérer du temps médical, réduire les médicaments, éviter une partie de l'imagerie et raccourcir les parcours (Fischer et al., 2026; Kechichian et al., 2024; Walsh et al., 2024; Zouch et al., 2024).
- Cette ouverture ne serait défendable qu'avec une montée nette des exigences en raisonnement clinique, dépistage vasculaire et neurologique, usage des drapeaux rouges, et prescription d'exercice fondée sur les preuves (Barton et al., 2021; Budtz et al., 2021; Storari et al., 2025; Wing et al., 2024).

Discussion

La littérature ne soutient pas l'idée d'une supériorité absolue des physiothérapeutes. Elle soutient une supériorité **relative** sur une partie précise du parcours: l'entrée dans les troubles MSK fréquents. Sur ce segment, ils consomment moins de ressources et gardent des

résultats cliniques au moins comparables (Gallotti et al., 2023; Kechichian et al., 2024; Walsh et al., 2024).

La discussion la plus honnête est donc comparative. Si le comparateur était un idéal clinique – médecin expert MSK d'un côté, kiné expert en triage et exercice de l'autre – l'argument serait plus ouvert. Mais le comparateur réel est la pratique courante, et cette pratique courante est médiocre dans les deux professions. Dans ce monde réel, la physiothérapie de premier recours apparaît moins coûteuse, plus sobre, souvent plus conforme aux recommandations, et globalement moins mauvaise que le parcours médical ordinaire (Demont et al., 2022; Fischer et al., 2026; O'Brien et al., 2021; Walsh et al., 2024).

L'étape suivante n'est pas seulement réglementaire. Elle est qualitative. Il faudrait cesser d'opposer accès direct et sécurité, et plutôt mesurer quels standards minimaux rendent l'accès direct sûr : audit des décisions de triage, formation aux mimics vasculaires et neurologiques, traçabilité du réadressage, et évaluation continue de la qualité de prescription d'exercice. La vraie question n'est donc plus « faut-il ouvrir l'accès direct ? » mais « comment éviter d'ouvrir l'accès direct avec des cliniciens encore trop inégaux ? »

Conclusion

Pour les troubles MSK, l'accès direct en physiothérapie gagne du temps, économise de l'argent, réduit la charge médicale et ne semble pas moins sûr dans les données disponibles (Fischer et al., 2026; Gallotti et al., 2023; Kechichian et al., 2024; Walsh et al., 2024; Zouch et al., 2024). Mais cette conclusion n'a rien d'un blanc-seing professionnel. Les physiothérapeutes ne sont pas assez bons de façon homogène en triage, en red flags et en prescription d'exercice (Barton et al., 2021; Budtz et al., 2021; Wing et al., 2024; Zadro et al., 2019).

La thèse la plus défendable est donc la suivante: **tout le monde est insuffisant, mais les physiothérapeutes sont souvent moins insuffisants que le parcours médecin-first pour les TMS courants.** C'est peu flatteur pour tout le monde. C'est pourtant, à ce stade, la lecture la plus proche des données.

References

- Babatunde, O., Bishop, A., Cottrell, E., Jordan, J., Corp, N., Humphries, K., Hadley-Barrows, T., Huntley, A., & Windt, D. A. van der. (2020). A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLoS ONE*, 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235364>
- Barton, C., King, M., Dascombe, B., Taylor, N., Silva, D. de O., Holden, S., Goff, A., Takarangi, K., & Shields, N. (2021). Many physiotherapists lack preparedness to prescribe physical activity and exercise to people with musculoskeletal pain: A multi-national survey. *Physical Therapy in Sport : Official Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Sports Medicine*, 49, 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2021.02.002>
- Boissonnault, W., & Ross, M. D. (2012). Physical therapists referring patients to physicians: a review of case reports and series. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 42 5, 446-454. <https://doi.org/10.2519/jospt.2012.3890>
- Budtz, C., Hansen, R. P., Thomsen, J., & Christiansen, D. (2020). The prevalence of serious pathology in musculoskeletal physiotherapy patients - a nationwide register-based cohort study. *Physiotherapy*, 112, 96-102. <https://doi.org/10.21203/rs.2.21175/v1>
- Budtz, C., Rønn-Smidt, H., Thomsen, J., Hansen, R. P., & Christiansen, D. (2021). Primary care physiotherapists ability to make correct management decisions – is there room for improvement? A mixed method study. *BMC Family Practice*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01546-1>
- Demont, A., Benaïssa, L., Recoque, V., Desmeules, F., & Bourmaud, A. (2022). Spinal pain patients seeking care in primary care and referred to physiotherapy: A cross-sectional study on patients characteristics, referral information and physiotherapy care offered by general practitioners and physiotherapists in France. *PLoS ONE*, 17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274021>
- Dua, A., Gologorsky, R. C., Savage, D., Rens, N., Gandhi, N., Brooke, B., Corriere, M., Jackson, E., & Aalami, O. O. (2019). National assessment of availability, awareness, and utilization of supervised exercise therapy for peripheral artery disease patients with intermittent claudication. *Journal of Vascular Surgery*. <https://doi.org/10.1016/J.JVS.2019.08.238>
- Feller, D., Giudice, A., Maritati, G., Maselli, F., Rossetтини, G., Meroni, R., Lullo, G., Hutting, N., & Mourad, F. (2023). Physiotherapy Screening for Referral of a Patient with Peripheral Arterial Disease Masquerading as Sciatica: A Case Report. *Healthcare*, 11. <https://doi.org/10.3390/healthcare11111527>
- Fischer, M., Bui, E., Besombes, L., & François, M. (2026). Systematic review of direct access physiotherapy for musculoskeletal conditions in primary care: consequences for general practitioner workload, resource use, and organisation of care. *BMC Primary Care*, 27. <https://doi.org/10.1186/s12875-026-03186-9>
- Gallotti, M., Campagnola, B., Cocchieri, A., Mourad, F., Heick, J., & Maselli, F. (2023). Effectiveness and Consequences of Direct Access in Physiotherapy: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12. <https://doi.org/10.3390/jcm12185832>

Gray, J. C. (1999). Diagnosis of intermittent vascular claudication in a patient with a diagnosis of sciatica. *Physical Therapy*, 79 6, 582-590. <https://doi.org/10.1093/PTJ/79.6.582>

Hill, J., Sanghani, N., & Li, Y. (2024). Features Suggestive of Coexisting Amyotrophic Lateral Sclerosis in Patients With Spinal Stenosis and Influence of Spinal Decompression. *Cureus*, 16. <https://doi.org/10.7759/cureus.51587>

Kechichian, A., Desmeules, F., Girard, P., Terrisse, H., Vermorel, C., & Pinsault, N. (2024). Physiotherapists as first-contact practitioners for patients with low back pain in French primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11814-2>

Khoury, S. R., Ratchford, E., & Stewart, K. (2022). Supervised exercise therapy for patients with peripheral artery disease: Clinical update and pathways forward. *Progress in Cardiovascular Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2022.01.006>

Lafrance, S., Vincent, R., Demont, A., Charron, M., & Desmeules, F. (2023). Advanced practice physiotherapists can diagnose and triage patients with musculoskeletal disorders while providing effective care: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2023.08.005>

Lai, X., Gu, X., Yang, X., Sun, J., Jiang, M., Bu, B., Feng, G., & Li, L. (2018). Motor neurone disease-associated neck pain misdiagnosed as cervical spondylosis: A case report and literature review. *Journal of Clinical Neuroscience : Official Journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, 55, 112-115. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2018.06.048>

O'Brien, D., Siegert, R., Bassett, S., Baldwin, J., & Clair, V. A. W.-S. (2021). New Zealand physiotherapists' and general practitioners' treatment knowledge and referral decisions for knee osteoarthritis: A vignette-based study. In *New Zealand Journal of Physiotherapy*. <https://doi.org/10.15619/nzjp/49.3.02>

Peurois, M., Bertin, M., Fouquet, N., Adjero, N., Roquelaure, Y., A., & Ramond-Roquin. (2023). Factors associated with referral to physiotherapists for adult patients consulting for musculoskeletal disorders in primary care; an ancillary study to ECOGEN. *BMC Primary Care*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-01970-5>

Shalhoub, J., Hamish, M., & Davies, A. (2009). Supervised exercise for intermittent claudication - an under-utilised tool. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 91 6, 473-476. <https://doi.org/10.1308/003588409X432149>

Storari, L., Barbari, V., Brindisino, F., Testa, M., & Filippo, M. (2021). An unusual presentation of acute myocardial infarction in physiotherapy direct access: findings from a case report. *Archives of Physiotherapy*, 11. <https://doi.org/10.1186/s40945-021-00099-x>

Storari, L., Piai, J., Zitti, M., Raffaele, G., Fiorentino, F., Paciotti, R., Garzonio, F., Ganassin, G., Dunning, J., Rossettini, G., Feller, D., Heick, J., Mourad, F., & Maselli, F. (2025). Standardized Definition of Red Flags in Musculoskeletal Care: A Comprehensive Review of Clinical Practice Guidelines. *Medicina*, 61. <https://doi.org/10.3390/medicina61061002>

Vignaud, H., Molins, C., Legaux, C., Slusznis, A., Sarhan, F., & Demont, A. (2023). Description of the abilities of physiotherapists in terms of diagnostic hypothesis and management

decision for self-referred patients with musculoskeletal disorders in France using clinical vignettes: A cross-sectional survey. *Musculoskeletal Care*. <https://doi.org/10.1002/msc.1836>

Walsh, N., Halls, S., Thomas, R., Berry, A., Liddiard, C., Cupples, M., Gage, H., Jackson, D., Cramp, F., Stott, H., Kersten, P., Jagosh, J., Foster, D., & Williams, P. (2024). First contact physiotherapy: an evaluation of clinical effectiveness and costs. *The British Journal of General Practice*. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2023.0560>

Wing, T., Wright, M., & Chesterton, P. (2024). Student and physiotherapists' perceived abilities to prescribe effective physical activity and exercise interventions: A cross-sectional survey. *Musculoskeletal Science & Practice*, 75, 103245. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2024.103245>

Zadro, J., O'Keeffe, M., & Maher, C. (2019). Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. *BMJ Open*, 9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032329>

Zouch, J., Berg, B., Pripp, A., Storheim, K., Ashton-James, C., Ferreira, M. L., Grotle, M., & Ferreira, P. H. (2024). Reducing strain on primary healthcare systems through innovative models of care: the impact of direct access physiotherapy for musculoskeletal conditions—an interrupted time series analysis. *Family Medicine and Community Health*, 12. <https://doi.org/10.1136/fmch-2024-002998>