



Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie



Rapport

Anne BRUANT-BISSON Philippe LAFFON Marion MARTY

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

2021-092R
Février 2022

SYNTHÈSE

[1] Par lettre de mission en date du 8 octobre 2021, le ministre des Solidarités et de la Santé a saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission de diagnostic et de propositions sur l'accès direct des patients aux soins de masso-kinésithérapie.

[2] Après que le Parlement a adopté, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022, un article prévoyant une expérimentation, pour une durée de trois ans et dans six départements, d'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de structures d'exercice coordonné, la philosophie et les attendus du rapport ont évolué. La mission s'est concentrée sur le bilan et les enseignements des expériences d'accès direct en France et à l'étranger, ainsi que sur la formulation de recommandations pour la définition, la mise en œuvre et l'évaluation de l'expérimentation prévue par l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022, dans la perspective du décret d'application qui devra être pris après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Académie nationale de médecine.

[3] La **première partie du rapport** dresse un **état des lieux de la profession** de masseurs-kinésithérapeutes **et du contexte** dans lequel intervient cette expérimentation.

[4] Au 1er janvier 2020, 90 315 kinésithérapeutes sont inscrits au tableau de l'Ordre. Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes a fortement augmenté du fait du relèvement des quotas d'admission en instituts de formation et de l'importante hausse du nombre de diplômés à l'étranger. De ce fait, la densité nationale moyenne a continûment progressé au cours des dernières années pour atteindre 135 professionnels pour 100 000 habitants au 1er janvier 2020 et, selon les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), elle devrait atteindre près de 195 pour 100 000 habitants en 2040. On observe cependant de fortes disparités selon les territoires : des difficultés d'accès aux soins de masso-kinésithérapie, qui se traduisent par un allongement des délais, dans un contexte de primat donné aux soins programmés, existent dans certains territoires. L'exercice libéral exclusif ou mixte concerne 85,3 % des masseurs-kinésithérapeutes inscrits au tableau de l'Ordre. La consommation de soins de masso-kinésithérapie atteint 6,5 Mds € en 2019, pris en charge par l'assurance maladie (65 %), les complémentaires santé (17 %) et les patients (17 %). L'essentiel de ces dépenses se concentre sur un nombre limité de patients, en particulier les sujets âgés et les porteurs d'une affection de longue durée (ALD). Les revenus moyens des masseurs-kinésithérapeutes progressent peu, les effets de la hausse du volume de soins étant absorbés par la hausse du nombre de professionnels.

[5] La réingénierie de la formation achevée fin 2015 et l'universitarisation des études constituent des évolutions importantes pour la profession et peuvent légitimer un nouveau positionnement dans l'offre de soins. Si des dispositions ciblées ont permis l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes sur de nouveaux domaines (urgences, prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux), la pratique avancée, évoquée largement dans la littérature internationale, est restée réservée aux infirmiers, faute de prise d'un texte d'application de l'article 119 de la loi du 26 janvier 2016 qui la prévoyait pour les auxiliaires médicaux visés par le livre III du code de la santé publique, dont les masseurs-kinésithérapeutes. La nomenclature des actes ne retrace qu'imparfaitement l'activité dans sa complétude ; sa rénovation, qui devrait intervenir courant 2022, constitue un enjeu important des prochaines négociations conventionnelles. Bien que la physiothérapie et la kinésithérapie soient de plus en plus associées à la prise en charge des soins de longue durée et à la prévention, les masseurs-kinésithérapeutes restent peu présents dans les protocoles de coopération interprofessionnels, comme l'a relevé le rapport de l'IGAS consacré aux « Trajectoires pour de

nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » (novembre 2021). Moins de 5 % des masseurs-kinésithérapeutes sont engagés dans une structure d'exercice coordonné, dont environ 3 000 en maisons de santé pluriprofessionnelle ou centres de santé.

[6] La mission a auditionné les conseils nationaux des ordres des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes, les syndicats représentatifs des deux professions, ainsi que plusieurs sociétés savantes et conseils nationaux professionnels (CNP), afin de recueillir leurs points de vue sur les perspectives d'accès direct aux soins de kinésithérapie. Sans prétendre trancher entre les arguments des uns et des autres, le rapport consacre un développement aux positions, largement antagonistes, des différents acteurs. L'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes poursuit deux principaux objectifs : dégager du temps médical pour les médecins prescripteurs, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, et raccourcir les délais d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes, afin de limiter les pertes de chances pour le patient. Selon les représentants des masso-kinésithérapeutes, cette évolution est souhaitable, d'autant que cet accès direct est possible aujourd'hui, mais sans remboursement. Ils estiment qu'il peut intervenir sans surcoût pour l'assurance maladie et sans risque pour la santé du patient, les professionnels étant formés, ou pouvant rapidement l'être, à apprécier les cas où le recours à une expertise médicale serait nécessaire. Pour la plupart des médecins auditionnés par la mission, un diagnostic médical doit précéder l'intervention du masso-kinésithérapeute, en raison du risque que des pathologies ne soient pas repérées et au nom de la continuité du parcours de soins ; nombre d'entre eux redoutent d'autre part que leurs adressages au masseur-kinésithérapeute passent au second plan dans l'activité d'un auxiliaire médical qui aurait un domaine autonome d'activité.

[7] La mission relève que les représentants des structures d'exercice coordonné, qui constitueront les acteurs de l'expérimentation, se sont montrés davantage favorables à la perspective d'une ouverture d'un accès direct, dès lors que celle-ci se met en œuvre dans le cadre d'équipes coordonnées structurées, utilisant des systèmes d'information partagés, ces prérequis étant partagés par l'ensemble des représentants du corps médical auditionnés. Elle note que l'expérimentation paraît relever d'une logique mixte entre la pratique avancée, qui permet le transfert de la prise en charge et de l'accompagnement à l'auxiliaire médical, pendant une partie du parcours du patient, et l'autonomie par l'exercice de l'art sans prescription médicale, puisque l'article 73 de la LFSS pour 2022 prévoit des retours d'information entre professionnels et circonscrit le cadre de l'expérimentation à des structures d'exercice coordonné.

[8] La **seconde partie du rapport** présente **un bilan des expériences d'accès direct** aux masseurs-kinésithérapeutes, en France et à l'étranger, afin d'en tirer des **enseignements pour l'expérimentation à venir**.

[9] En application de deux arrêtés du 6 mars 2020¹, deux protocoles nationaux de coopération autorisent l'accès direct au masseur-kinésithérapeute pour la prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines et pour celle du traumatisme en torsion de la cheville. Un troisième protocole, relatif à l'adaptation de l'oxygénothérapie dans le cadre de la bronchopneumopathie chronique obstructive, a été validé par la HAS en janvier 2021². La mission constate qu'en pratique, ces protocoles n'ont pas encore été mis en œuvre. Même si leur autorisation récente et le contexte de crise sanitaire peuvent expliquer des retards, le dispositif paraît souffrir de handicaps préjudiciables

¹ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » et arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ».

² HAS, Avis du collège n° 2021.0003/AC/SBP du 21 janvier 2021, « Adaptation de l'oxygénothérapie d'effort dans le cadre d'un programme de réhabilitation respiratoire en ambulatoire pour des patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique sans comorbidités significatives ».

à son déploiement : complexité des procédures de validation de ces protocoles, avant qu'ils ne deviennent des protocoles nationaux, modalités de rémunération des professionnels concernés, poids des indicateurs à renseigner et, sur le fond, faibles gains d'autonomie pour les masseurs-kinésithérapeutes. En tout état de cause, ces expériences d'accès direct n'offrent pas, à ce stade, d'enseignements utiles sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients concernés.

[10] A l'inverse, le bilan de l'accès direct dans les nombreux pays qui l'ont admis offre des perspectives intéressantes pour la détermination des paramètres de l'expérimentation et son évaluation. L'accès direct aux thérapeutes physiques ou physiothérapeutes, comme ils sont généralement dénommés, intervient sous des formes variées, de façon inconditionnelle ou sous des formes encadrées (exclusivement en secteur privé / sous condition d'une formation supplémentaire du physiothérapeute/ avec des droits de prescriptions limités / avec des mécanismes d'exclusion de certains publics ou pathologies). Un riche corpus d'études d'évaluation, citées dans la bibliographie jointe au rapport, fournit plusieurs éléments d'appréciation. Le risque de perte de chance pour le patient, lié à l'absence ou au retard de diagnostic médical, paraît devoir être relativisé ; des effets favorables sont observés en matière de délai d'accès aux soins ; une moindre dépense au cours du parcours de soins pourrait être induite par des prescriptions médicamenteuses et radiologiques moins fréquentes ; un faible taux de retour vers les services d'urgence ou les médecins spécialistes ; des arrêts de travail moins fréquents et de plus courte durée. En revanche, l'accès direct ne paraît pas dégager de temps médical. Ces résultats doivent être appréhendés avec prudence, au regard des contextes spécifiques aux pays concernés, notamment en matière de niveau de formation initiale des physiothérapeutes (plus élevé qu'en France : six ans et demi au Canada par exemple), de leur cadre d'exercice (plus fréquemment collectif qu'en France) et du remboursement des soins (l'accès direct se déploie fréquemment à l'écart des mécanismes publics de solvabilisation de la demande).

[11] La troisième partie est dédiée aux **recommandations de la mission**. Elles portent sur le **champ de l'expérimentation**, sur les **prérequis** identifiés, notamment en matière de formation des professionnels, d'échanges d'information avec les médecins, de communication en direction des patients, et sur son **mode d'évaluation**.

[12] En premier lieu, sur le fondement d'une analyse du cadre juridique de l'expérimentation, la mission propose une matrice d'options, susceptibles d'être panachées, pour déterminer le champ de l'expérimentation dans le cadre du décret d'application, voire d'une réécriture partielle de l'article 73 de la LFSS pour 2022. **Ces options portent sur quatre paramètres :**

- S'agissant du périmètre géographique, le rapport ne se prononce pas sur les six départements à retenir mais propose plusieurs critères d'appréciation. Il observe que la limitation à six départements, couplée à la condition d'exercice au sein d'une structure pluriprofessionnelle, conduit à restreindre significativement le nombre des professionnels potentiellement éligibles et, en conséquence, les enseignements qui pourront être tirés de l'évaluation ;
- S'agissant du périmètre d'activité, la mission note qu'en subordonnant l'adoption des mesures réglementaires d'application de l'article 73 à deux obligations consultatives, de la Haute autorité de santé, d'une part, et de l'Académie nationale de médecine, d'autre part, le législateur a manifesté son intention que le cadrage de l'expérimentation repose sur l'avis d'autorités scientifiques, permettant de garantir que cet accès direct se déploie conformément aux principes de qualité et de pertinence des soins. Ces principes pourront conduire à retenir des choix d'inclusion ou d'exclusion tenant notamment :
 - au profil des patients (âge, présence ou non de comorbidités, etc.) susceptibles d'être vus en première intention par un masseur-kinésithérapeute ;

- et/ou aux types de pathologies susceptibles de donner lieu à des soins de masso-kinésithérapie pratiqués en accès direct et faisant l'objet, dans des conditions à déterminer, d'un remboursement par l'assurance maladie.
- S'agissant du cadre d'exercice, la mission suggère de bien prendre en compte les coopérations professionnelles territoriales de santé (CPTS) et de tenir compte de l'émergence possible de nouvelles formes de coopération, dont certaines pourraient être reconnues au niveau conventionnel, en vue d'éventuellement reconsidérer le périmètre des structures actuellement concernées par l'expérimentation ;
- S'agissant des conditions de remboursement, il pourrait être envisagé que le remboursement par l'assurance maladie soit limité à un nombre déterminé de séances, à l'image des 14 situations de rééducation actuellement soumises à référentiel, afin de limiter les risques de non-pertinence des soins, d'éviction des patients adressés par les médecins et d'inflation de la dépense remboursée par l'assurance maladie.

[13] Après qu'elles auront été étudiées par la HAS et l'Académie nationale de médecine, ces options devraient faire l'objet de concertations interprofessionnelles.

[14] En second lieu, le rapport met en exergue **plusieurs prérequis ou conditions nécessaires au succès de l'expérimentation**, qui devront être pris en compte quelles que soient les options retenues sur le périmètre de celle-ci :

- En matière de formation et de compétences, et pour les masseurs-kinésithérapeutes formés avant la rénovation du cursus de 2015, une formation ciblée sur l'exercice en autonomie, et validée dans le cadre du développement professionnel continu et de la future certification, apparaît nécessaire. Son contenu et sa durée devront être concertés avec les professionnels de santé concernés après avis de la HAS et de l'Académie nationale de médecine ;
- Une communication et une information, préalables et en continu, sur la mise en place de cette nouvelle modalité du parcours de soins doivent être proposées aux patients par les organisations institutionnelles mais également par les structures expérimentant l'accès direct ;
- Le partage d'informations est un enjeu crucial pour tous les professionnels auditionnés. L'article 73 prévoit qu'un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute soient adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé (DMP). Pour autant, et au regard de l'état actuel de son déploiement et de ses fonctionnalités, il paraît souhaitable d'encourager l'utilisation de messageries instantanées et sécurisées, en s'appuyant sur les outils déjà développés en région avec le soutien des agences régionales de santé (ARS), et de faciliter les outils de partage de calendrier et de prise de rendez-vous entre les professionnels des structures expérimentatrices ;
- Le rapport recommande de poursuivre le déploiement des protocoles locaux relevant de l'article 66 de la loi de transformation du système de santé du 24 juillet 2019, lesquels répondent à une logique différente de l'accès direct. Leur évaluation offrira un complément utile à celle de l'accès direct ;
- L'implication de l'assurance maladie est l'une des conditions de réussite de l'expérimentation. Le rapport propose de financer l'expérimentation sur le risque au regard des actes concernés, du cadre d'exercice retenu et de l'absence de modification des compétences des masseurs-kinésithérapeutes, et de lancer rapidement les travaux techniques destinés à assurer la traçabilité, dans le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), des actes effectués sans prescription médicale.

[15] En troisième lieu, le rapport formule des propositions sur le **dispositif d'évaluation de l'expérimentation**, afin d'en garantir, d'une part, la légitimité et la scientificité et, d'autre part, l'acceptabilité :

- Associer les conseils ordinaires, sociétés savantes et CNP est indispensable, au regard du contexte faiblement consensuel de l'accès direct. Sous réserve de quelques adaptations permettant de garantir la place des représentants des masseurs-kinésithérapeutes, le comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) pourrait fournir un cadre de suivi et de débats ;
- Utiliser la matrice d'options proposée par la mission pour éventuellement retenir plusieurs formats d'accès direct dans les départements expérimentateurs, qui seront à évaluer conjointement et dont le bilan permettra d'avoir un recul accru au moment d'envisager une éventuelle généralisation ;
- Effectuer une évaluation externe, selon le modèle existant pour les protocoles de l'article 51, pour rédiger le rapport d'évaluation destiné au Parlement, à partir des indicateurs renseignés par les structures expérimentatrices (dont le rapport propose une liste indicative) et des données de l'assurance maladie. Les données des patients concernés devront être confrontées à celles de patients non concernés par l'expérimentation.

RECOMMANDATIONS

n° corps du texte	Recommandations
Principes généraux	
1	Saisir sans délai la HAS de questions précises visant à déterminer le champ d'activité (profils de patients, types de pathologies) pouvant faire l'objet de soins de masso kinésithérapie en accès direct sur des fondements scientifiques, ainsi que les conditions de mise en œuvre de ces soins (ex. nombre de séances)
2	Engager des discussions avec l'Union nationale des caisses nationales d'assurance maladie au sujet des modalités de prise en charge financière des soins réalisés en accès direct en s'appuyant notamment sur les référentiels établis par la HAS pour 14 situations de rééducation
Champ de l'expérimentation	
3	Considérer l'opportunité de revoir la liste des structures d'exercice coordonné potentiellement concernées par l'expérimentation en tenant compte, d'une part, du degré d'intégration jugé pertinent et, d'autre part, des évolutions du paysage des structures d'exercice coordonné
4	Définir des modalités qui ne compromettent pas la possibilité de tirer des enseignements utiles de l'expérimentation en veillant, par exemple, à retenir un périmètre géographique d'autant plus étendu que l'échantillon de professionnels ou de patients potentiellement concernés sera réduit
5	Retenir des territoires représentatifs de la diversité des situations en s'appuyant sur les données disponibles (APL, structures d'exercice coordonné intégrant au moins un masseur-kinésithérapeute, offre de second recours) ou indicateurs à produire (nombre d'ETP de masseurs-kinésithérapeutes)
6	Engager des concertations interprofessionnelles sur la base des recommandations scientifiques recueillies en amont de la rédaction du projet de décret et portant notamment sur le cadre d'exercice ainsi que sur les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de l'expérimentation
Modalités de mise en œuvre de l'expérimentation	
7	Mettre en place une formation ad hoc, axée sur le développement et/ou la validation des compétences pour un fonctionnement en autonomie des masseurs kinésithérapeutes ; outiller les professionnels (plate-forme de ressources en ligne, etc.) ; envisager la prise en compte de cette formation dans le cadre du DPC et de la future certification en cas de généralisation
8	Envisager la possibilité d'un « mentorat » pour les masseurs kinésithérapeutes qui souhaiteraient un accompagnement avant de pratiquer seuls l'accès direct
9	Communiquer largement sur cette mise en place dans les zones d'expérimentation auprès des patients comme des professionnels de santé
10	Former les personnels d'accueil (physique, standard téléphonique) des structures expérimentant l'accès direct pour qu'ils informent et aiguillent efficacement les patients
11	Sans préjudice de l'enregistrement dans le DMP et de ses adaptations là où il est déployé (pop-ups), s'assurer que chaque structure et chaque professionnel qui expérimente dispose d'un outil de communication adapté, souple et réactif, en s'appuyant sur les outils déjà développés en région avec le soutien des ARS
12	Conserver les protocoles « masseurs-kinésithérapeutes » existants, en raison des objectifs différents qu'ils poursuivent
13	Afficher et mettre en place avant le lancement de l'expérimentation des modalités et circuits de financement simples et traçables ; mettre en place par l'assurance maladie un système de suivi des actes réalisés en accès direct, en privilégiant l'identification du masseur-kinésithérapeute comme prescripteur dans les territoires expérimentateurs et en garantissant par une cotation <i>ad hoc</i> une qualité de traçabilité de l'activité
Modalités d'évaluation de l'expérimentation	
14	Utiliser la matrice de choix proposée pour éventuellement retenir plusieurs formats d'accès direct à conduire parallèlement et à évaluer conjointement, sous réserve de disposer, pour chacun des modèles retenus, d'un échantillon suffisant
15	Anticiper les évolutions du cadre d'exercice des professionnels afin de conduire un dispositif d'expérimentation permettant des inclusions au fil de l'eau
16	Confier au CNCI le suivi de l'évaluation en associant les ordres et conseils nationaux professionnels et en s'appuyant sur une équipe d'évaluation externe indépendante

n° corps du texte	Recommandations
17	Annexer au décret le protocole d'évaluation comprenant notamment la liste des indicateurs d'activité et de qualité à renseigner par les structures d'exercice coordonné et prévoir des enquêtes de satisfaction des professionnels concernés et des patients
18	S'appuyer sur les données de l'assurance maladie pour construire des cohortes de patients, masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes et spécialistes non concernés, afin de permettre aux évaluateurs de conduire une mesure des effets de l'expérimentation

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RECOMMANDATIONS.....	9
RAPPORT.....	13
1 LE CONSTAT DE DIFFICULTES DANS L'ACCES AUX SOINS MEDICAUX A MOTIVE LA DECISION D'EXPERIMENTER UN ACCES DIRECT A LA MASSO-KINESITHERAPIE.....	16
1.1 EN DEPIT D'UNE CROISSANCE DYNAMIQUE DES EFFECTIFS, QUI CONTRIBUE A CELLE DES DEPENSES REMBOURSEES, L'OFFRE DE MASSO-KINESITHERAPIE CONNAIT DES TENSIONS	16
1.1.1 <i>La progression des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes ne permet pas de satisfaire l'ensemble des besoins de soins, du fait notamment de fortes disparités territoriales.....</i>	16
1.1.2 <i>Si les volumes remboursés sont en forte hausse, le revenu moyen par tête stagne</i>	22
1.2 PROFESSION PRESCRITE, DONT L'ACTIVITE EST IMPARFAITEMENT RETRACEE PAR LE CADRE DE REMBOURSEMENT, LA MASSO-KINESITHERAPIE N'A VU SON CADRE D'EXERCICE EVOLUER QUE LENTEMENT.....	25
1.2.1 <i>La profession a vu son autonomie progressivement accrue par les textes, sans toujours de traduction opérationnelle</i>	25
1.2.2 <i>La nomenclature et les tarifs ne rendent qu'imparfaitement compte de la diversité et de la complexité de l'activité.....</i>	31
1.3 UNE DEMANDE D'ACCES DIRECT QUI REpond EN PARTIE A L'ABSENCE D'EVOLUTION DES CADRES D'EXERCICE MAIS SUSCITE DES POSITIONS TRANCHEES ET OPPOSEES	32
1.3.1 <i>Les bénéfices et les risques de l'accès direct aux soins de kinésithérapie ne font pas l'objet d'un consensus entre les professions concernées</i>	33
1.3.2 <i>Des visions non convergentes qui révèlent des aspirations différentes et légitiment une demande de garanties dans la conduite de l'expérimentation</i>	39
2 LES ELEMENTS D'EVALUATION A PRIORI DE L'OPPORTUNITE OU DES RISQUES DE L'ACCES DIRECT SONT LIMITES	42
2.1 DANS LE CONTEXTE D'UNE FAIBLE APPROPRIATION DES PROTOCOLES DE COOPERATION, L'EXPERIMENTATION D'UN ACCES DIRECT TEMOIGNE D'UN CHANGEMENT D'APPROCHE.....	43
2.1.1 <i>Le déploiement des protocoles nationaux de coopération entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes est balbutiant.....</i>	43
2.1.2 <i>L'expérimentation d'un accès direct constitue une manière de pallier le manque d'appropriation des protocoles de coopération</i>	46
2.2 LES COMPARAISONS INTERNATIONALES FONT APPARAÎTRE QUE DE NOMBREUX PAYS ONT ADMIS UN ACCES DIRECT MAIS DANS UN CADRE DE REMBOURSEMENT OU POUR DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES ELOIGNEES DU SYSTEME FRANÇAIS	50
2.2.1 <i>L'accès direct est souvent présent, dans des cadres variés.....</i>	50
2.2.2 <i>Les expériences étrangères et diverses études sur l'accès direct apportent des enseignements intéressants</i>	52
2.2.3 <i>Les contextes de déploiement de cet accès direct diffèrent du cadre français tant en matière de formation que d'exercice et de remboursement des soins.</i>	57
3 PROPOSITIONS	58
3.1 L'EXPERIMENTATION REPOSE SUR PLUSIEURS PARAMETRES QU'IL CONVIENT D'AJUSTER DANS LE CADRE DE CONCERTATIONS SCIENTIFIQUES ET INTERPROFESSIONNELLES APPROFONDIES, AU BESOIN EN ENVISAGEANT DES MODIFICATIONS LEGISLATIVES	58
3.1.1 <i>D'origine parlementaire, les dispositions législatives créant l'expérimentation d'un accès direct à la masso-kinésithérapie visent à remédier à des difficultés d'accès aux soins.....</i>	58
3.1.2 <i>La loi détermine le périmètre géographique et la durée de l'expérimentation, ainsi que la liste des structures éligibles.....</i>	59
3.1.3 <i>L'éventuelle délimitation du champ d'activité des masseurs-kinésithérapeutes et le choix des départements concernés par l'expérimentation incombent au pouvoir réglementaire.....</i>	60
3.1.4 <i>Plusieurs paramètres peuvent être modulés pour tirer le meilleur parti de l'expérimentation et tâcher de parvenir à un consensus interprofessionnel</i>	61

3.2	QUE LE CADRE DE L'EXPERIMENTATION SOIT CELUI DE LA LOI OU SOIT PRECISE AVANT SA MISE EN ŒUVRE, CERTAINS PRE-REQUIS APPARAISSENT INDISPENSABLES DANS TOUTES LES HYPOTHESES	69
3.2.1	<i>Les conditions en matière de formation et de compétences requises doivent être précisées.....</i>	69
3.2.2	<i>Le partage d'information est crucial et doit être garanti par des systèmes d'information adaptés et souples.....</i>	72
3.2.3	<i>L'articulation de cette expérimentation avec celles des articles 51 et 66 est indispensable</i>	73
3.2.4	<i>La clarification préalable du financement et la traçabilité par l'assurance maladie des actes réalisés en accès direct doivent être prévues.....</i>	74
3.2.5	<i>Le protocole d'évaluation doit être en place au moment du lancement de l'expérimentation</i>	75
3.3	LES CONDITIONS DANS LESQUELLES SERA CONDUITE L'EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION APPARAISSENT DETERMINANTES POUR SON SUCCES ET L'OBJECTIVATION DE L'OPPORTUNITE D'UNE GENERALISATION.....	75
3.3.1	<i>Prévoir des types d'ouverture de l'accès direct différents selon les départements expérimentateurs et anticiper les évolutions des dispositifs expérimentaux.....</i>	76
3.3.2	<i>Construire une gouvernance adaptée du dispositif d'évaluation</i>	77
3.3.3	<i>Déterminer les indicateurs à suivre au cours de l'expérimentation.....</i>	80
3.3.4	<i>Mobiliser l'assurance maladie afin de bénéficier des données de remboursement des patientèles des structures expérimentatrices et de disposer d'éléments de comparaison avec une patientèle et des professionnels « témoins ».....</i>	82
	LETRE DE MISSION.....	83
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	85
	SIGLES UTILISES	89
	ANNEXE 1 : COMPARAISONS INTERNATIONALES.....	93
	ANALYSE GENERALE.....	95
	FICHES-PAYS.....	109
	PIECE JOINTE N°1 : OFFRE DE MASSO-KINESITHERAPIE EXPRIMEE EN ETP, L'EXEMPLE DE L'ILE-DE-FRANCE	135
	PIECE JOINTE N°2 : QUELQUES ELEMENTS DE COMPARAISON SUR LA FORMATION INITIALE.....	137
	PIECE JOINTE N°3 : BIBLIOGRAPHIE	141

RAPPORT

Introduction

[16] Par lettre de mission en date du 8 octobre 2021, le ministre des Solidarités et de la Santé a saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission de diagnostic et de propositions concernant l'accès direct des patients aux soins de kinésithérapie.

[17] Ont été désignés le 2 novembre pour effectuer celle-ci Mme Anne Bruant-Bisson, M. Philippe Laffon et Mme Marion Marty. Le Dr Claude Gady-Cherrier a accepté d'être la relectrice du rapport.

[18] L'article 1^{er} de la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification prévoyait que le Gouvernement remette dans un délai de six mois au Parlement un rapport qui étudie *« l'opportunité de permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de pratiquer leur art sans prescription médicale et précise, le cas échéant, les conditions de mise en œuvre d'une telle mesure »*

[19] C'est dans le contexte de la rédaction de ce rapport sur l'opportunité et les modalités de mise en œuvre de cet accès direct des patients aux masseurs-kinésithérapeutes que l'IGAS a été saisie par le ministre. La lettre de mission formulait donc originellement le souhait que l'Inspection générale produisît :

- Une analyse d'opportunité, au regard de deux critères principaux que sont, d'une part, les bénéfices attendus pour le patient, notamment en termes de maintien de la qualité des diagnostics et prescriptions de soins de masso-kinésithérapie, de pertinence des soins réalisés et de délais de prise en charge et, d'autre part, les risques financiers pour l'assurance maladie ;
- Des propositions de mise en œuvre opérationnelles, allant de la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes jusqu'à leurs modes d'exercice et l'encadrement de leur pratique.

[20] Les évolutions du cadre juridique ont conduit à modifier très sensiblement le périmètre et les livrables de la mission. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 instaure en effet dans son article 73 une expérimentation d'un accès direct aux soins de masso-kinésithérapie dont le cadre sera fixé par décret :

Article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022

I. - A titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, l'Etat peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans, dans six départements. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

II. - Un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine, précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. Si les avis prévus à la première phrase du présent II n'ont pas été transmis au Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret à la Haute Autorité de santé et à l'Académie nationale de médecine, ces avis sont réputés avoir été rendus. Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

[21] Cette disposition s'inscrit dans le contexte plus général d'une politique volontariste de délégation de tâches aux auxiliaires médicaux, dont témoigne la LFSS pour 2022. Les orthoptistes peuvent en application de l'article 68 réaliser sans prescription médicale un bilan visuel et la prescription de verres correcteurs et de lentilles de contact ; l'article 74 prévoit par ailleurs, pour les orthophonistes, une expérimentation de même nature que celle prévue pour les masseurs-kinésithérapeutes ; enfin, une expérimentation de réalisation sans prescription médicale de prescriptions par les infirmiers en pratique avancée résulte de l'article 76.

[22] La commande et le calendrier de la mission ont donc été substantiellement modifiés pour tenir compte des évolutions apportées par le législateur. Les travaux de la mission ont vocation à faciliter les choix publics et le travail de préparation du décret qui encadrera l'expérimentation – sans que l'Inspection générale concoure directement à son écriture ou à la concertation avec les acteurs.

[23] La mission s'est déroulée dans un calendrier contraint, dans un contexte de forte mobilisation des professionnels concernés, en faveur ou en opposition aux nouvelles dispositions, et alors qu'ont débuté le 12 janvier 2022 les négociations entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie en vue de la signature de l'avenant n°7 à la convention nationale. Le renouvellement des prescriptions par le masseur-kinésithérapeute et la refonte de la nomenclature font notamment partie des grands axes de la discussion.

[24] La mission a mené 33 auditions impliquant 63 personnes. Ont ainsi été entendus³ Mme Stéphanie Rist, co-auteurice de l'amendement à l'origine de la disposition législative considérée, les représentants des masseurs kinésithérapeutes (Ordre et syndicats), des médecins (Ordre et syndicats), plusieurs sociétés savantes et conseils nationaux professionnels (CNP), ainsi que les représentants institutionnels (caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et directions d'administration centrale concernées), la Haute Autorité de santé, le Haut conseil des professions paramédicales (HCPP), des représentants des médecins de centres de santé et d'équipes de soins coordonnés. S'agissant du volet international, la mission a exploité les questionnaires retournés par cinq conseillers pour les affaires sociales, s'est entretenue avec des représentants des physiothérapeutes du Québec et du Canada et a échangé par messagerie avec un chargé de mission du ministère de la santé des Pays-Bas. Dans les délais impartis, la mission n'a pu organiser d'inspection en régions ni autant associer les acteurs locaux à ses réflexions qu'elle l'aurait souhaité.

[25] Les échanges ont permis de constater l'existence de positions assez largement antagonistes entre représentants nationaux des masseurs-kinésithérapeutes et des médecins. Celles-ci apparaissent cependant en décalage avec l'approche plus pragmatique défendue par les représentants des structures d'exercice coordonnée, dans le cadre desquelles a vocation à se

³ Trois entretiens se sont déroulés par échanges de messages et contributions écrites. La liste des personnes rencontrées figure en annexe.

déployer l'expérimentation. Les entretiens ont également permis de confirmer la forte attente des parties prenantes que l'expérimentation fasse l'objet d'une évaluation solide et indépendante.

[26] La première partie du rapport présente un état des lieux de la profession de masseurs-kinésithérapeutes sous l'angle de sa démographie notamment, des dépenses de soins et des évolutions de son cadre d'exercice, et précise le contexte dans lequel interviendra l'expérimentation (en particulier les positions des différents acteurs).

[27] La seconde partie tente de tirer un bilan et des enseignements des expériences d'accès direct ou de ce qui s'en rapproche, à la fois en France par un examen des protocoles relatifs à la prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville et à celle de la lombalgie aiguë de moins de quatre semaines autorisés par deux arrêtés du 6 mars 2020, et à l'étranger, où de nombreux pays permettent déjà cet accès direct.

[28] La troisième partie est consacrée plus directement à l'expérimentation et aux recommandations de la mission : elle propose tout d'abord les paramètres à croiser afin de définir les champs possibles de l'expérimentation ; elle rappelle en deuxième lieu les pré-requis qu'il lui semble indispensable de satisfaire et propose en dernier lieu un cadre d'évaluation.

1 Le constat de difficultés dans l'accès aux soins médicaux a motivé la décision d'expérimenter un accès direct à la masso-kinésithérapie

1.1 En dépit d'une croissance dynamique des effectifs, qui contribue à celle des dépenses remboursées, l'offre de masso-kinésithérapie connaît des tensions

1.1.1 La progression des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes ne permet pas de satisfaire l'ensemble des besoins de soins, du fait notamment de fortes disparités territoriales

1.1.1.1 Une démographie dynamique, portée notamment par les masseurs-kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme étranger

[29] **Au 1er janvier 2020, 90 315 kinésithérapeutes sont inscrits au tableau de l'Ordre**, dont 45 721 femmes (50,6 %) et 44 594 hommes (49,4 %). Pour l'exercice salarié exclusif, les femmes constituent la majorité des kinésithérapeutes en exercice (68,6 %) alors qu'elles sont légèrement minoritaires parmi les libéraux (47,5 %)⁴.

[30] **Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes a fortement augmenté au cours de la période récente** (+ 61 % de 2000 à 2016⁵). Cette hausse s'explique :

- D'une part, par le relèvement des quotas : la capacité d'accueil des instituts de formation a augmenté en moyenne de 1 % par an sur la période récente, passant de 2 693 en 2016 à 2 865 en 2020, essentiellement pour tenir compte de la création de nouveaux établissements ;
- D'autre part et surtout, du fait de l'importante hausse du nombre de diplômés à l'étranger intervenue ces quinze dernières années : au 1er janvier 2020, plus d'un quart des inscrits au tableau (26,1 %) est titulaire d'un diplôme étranger, dont 60 % de ressortissants nationaux. Au cours des 5 dernières années, la dynamique d'augmentation des professionnels français diplômés à l'étranger est légèrement plus forte que celles des professionnels étrangers diplômés à l'étranger.

[31] **Cette évolution fait craindre à certains un « excès d'offre »**. La densité nationale moyenne a continûment progressé sur la période récente, pour atteindre 135 professionnels pour 100 000 habitants au 1er janvier 2020 (+ 18 points par rapport à 2016). A comportements constants et politiques inchangées, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁶ anticipe une augmentation du nombre de masseurs-kinésithérapeutes de 57 % entre 2016 et 2040, portant leur effectif total à 133 000. En retenant l'hypothèse d'une augmentation de la population française de 9 % sur la même période, la densité moyenne de masseurs-kinésithérapeutes atteindrait alors près de 195 pour 100 000 habitants (+ 44 %).

[32] **L'évolution des besoins est cependant difficile à anticiper**. La consommation de soins de masso-kinésithérapie augmentant avec l'âge, le vieillissement démographique entrainera mécaniquement une hausse des besoins. L'indicateur de densité standardisée permet de prendre en compte cet effet. Il rapporte les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes aux besoins de soins mesurés

⁴ Observatoire de la démographie du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes « Démographie des kinésithérapeutes 2020 ».

⁵ DREES, « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », juillet 2018 (Etudes et résultats n°1075).

⁶ Ibid

à l'aune d'une « population standardisée », dans laquelle chaque individu d'une tranche d'âge est pondéré en fonction de sa consommation de soins de masso-kinésithérapie. Selon la DREES, la densité standardisée n'augmenterait que de 20 % entre 2016 et 2040, contre 44 % sans tenir compte du facteur de composition par âge. De surcroît, les besoins de soins à âge donné sont susceptibles d'évoluer, ce dont ne tient pas compte l'estimation. Le Haut conseil des professions paramédicales (HCPP) et le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) se sont déclarés favorables à la conduite d'études visant à mieux anticiper l'évolution des besoins, pour éclairer les mesures susceptibles d'être prises par voie réglementaire (quotas) ou conventionnelle (zonage territorial) à l'égard de la profession.

1.1.1.2 Un exercice majoritairement libéral et individuel

[33] **L'exercice libéral exclusif ou mixte concerne 85,3 % des masseurs-kinésithérapeutes inscrits au tableau de l'Ordre.** Symétriquement, seuls 14,7 % des professionnels exercent exclusivement à titre salarié avec, là encore, une hétérogénéité selon les régions, cette part étant de 12,4 % en Provence-Alpes-Côte-d'Azur-Corse contre 18,1 % en Normandie. Les masseurs-kinésithérapeutes figurent ainsi parmi les professions les plus en tension dans les établissements publics de santé⁷. En dépit de mesures récentes⁸ visant à renforcer l'attractivité de l'exercice salarié, cette tendance ne semble pas appelée à s'infléchir à court terme et pourrait même, selon certains interlocuteurs de la mission, être renforcée par l'introduction d'un accès direct à la masso-kinésithérapie.

[34] **Bien que l'exercice individuel reste majoritaire, la part de l'exercice en groupe⁹ progresse.** 42 % des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes exerçaient en groupe ou en société en 2016 contre seulement 30 % en 2000¹⁰, soit une progression de 12 points.

[35] **Moins de 5 % des masseurs-kinésithérapeutes sont engagés dans une structure d'exercice coordonné.** Selon les données transmises par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), de l'ordre de 4000 masseurs-kinésithérapeutes exercent au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), d'un centre de santé (CDS) ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

⁷ FHF, enquête d'octobre 2019 « Attractivité paramédicales et difficultés de recrutement » et ARS Île de France, enquête de juillet 2019 relative aux postes vacants en établissements de santé.

⁸ Revalorisations financières intervenues dans le cadre des accords du Ségur de la Santé ; dispositif mis en place par l'URPS Kiné Ile de France et l'AP-HP permettant aux kinésithérapeutes non titulaires affectés sur des postes dont la quotité de travail est inférieure ou égale à 70 % d'un temps complet d'exercer, en parallèle, une activité privée lucrative après l'avoir préalablement déclarée à leur employeur.

⁹ La notion d'exercice en groupe ou en commun est à distinguer de celle d'exercice coordonné. L'installation en groupe permet la mise en commun de moyens et/ou de ressources (locaux, informatique, secrétariat, plateaux techniques...). Ce mode d'exercice doit obligatoirement être formalisé par un contrat ou une création de société pour déterminer les engagements de chaque partie prenante (article R.4321-127 CSP).

¹⁰ DREES, Etudes et Résultats n° 1075, étude précitée.

Tableau 1 : Nombre de masseurs-kinésithérapeutes exerçant au sein d'une structure d'exercice coordonné (MSP, CDS, CPTS)

	En MSP (au 31/12/2020)	En CDS (au 31/12/2020)	En CPTS (au 21/01/2022) ¹¹	TOTAL structures d'exercice coordonné
Nombre de MK	2 727	280	941	3 948
Part de MK parmi ceux exerçant en structure d'exercice coordonné	69,07 %	7,09 %	23,83 %	100 %
Part de MK parmi ceux inscrits au tableau au 01/01/2020	3,02 %	0,31 %	1,04 %	4,37 %

Source : CNAM ; traitement mission

1.1.1.3 Des réalités territoriales contrastées

[36] **Les densités régionales sont très hétérogènes.** En Provence-Alpes-Côte-d'Azur-Corse et en Occitanie, la densité était supérieure à 190 pour 100 000 au 1^{er} janvier 2020, tandis qu'elle était inférieure ou égale à 90 pour 100 000 dans les régions Centre-Val de Loire et Normandie.

[37] **L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) aux masseurs-kinésithérapeutes fait apparaître une forte dispersion territoriale.** L'écart-type entre les APL départementaux est de 16,05 pour les masseurs-kinésithérapeutes alors qu'il est de seulement 0,44 pour les médecins généralistes.

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée

Développé en 2012 par la DREES et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), l'indicateur synthétique d'accessibilité potentielle localisée permet de tenir compte à la fois :

- Du côté de l'offre : de la proximité (en tenant compte de l'offre des communes environnantes) et de la disponibilité des professionnels (en tenant compte de leur niveau d'activité) ;
- Du côté de la demande : du taux de recours différencié selon l'âge des habitants.

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) vise ainsi à pallier les limites des indicateurs traditionnels de densité en mesurant plus finement l'adéquation entre l'offre et la demande de soins.

[38] **Des mesures de régulation et d'incitation ont été introduites par voie conventionnelle.** Celles-ci reposent sur trois axes :

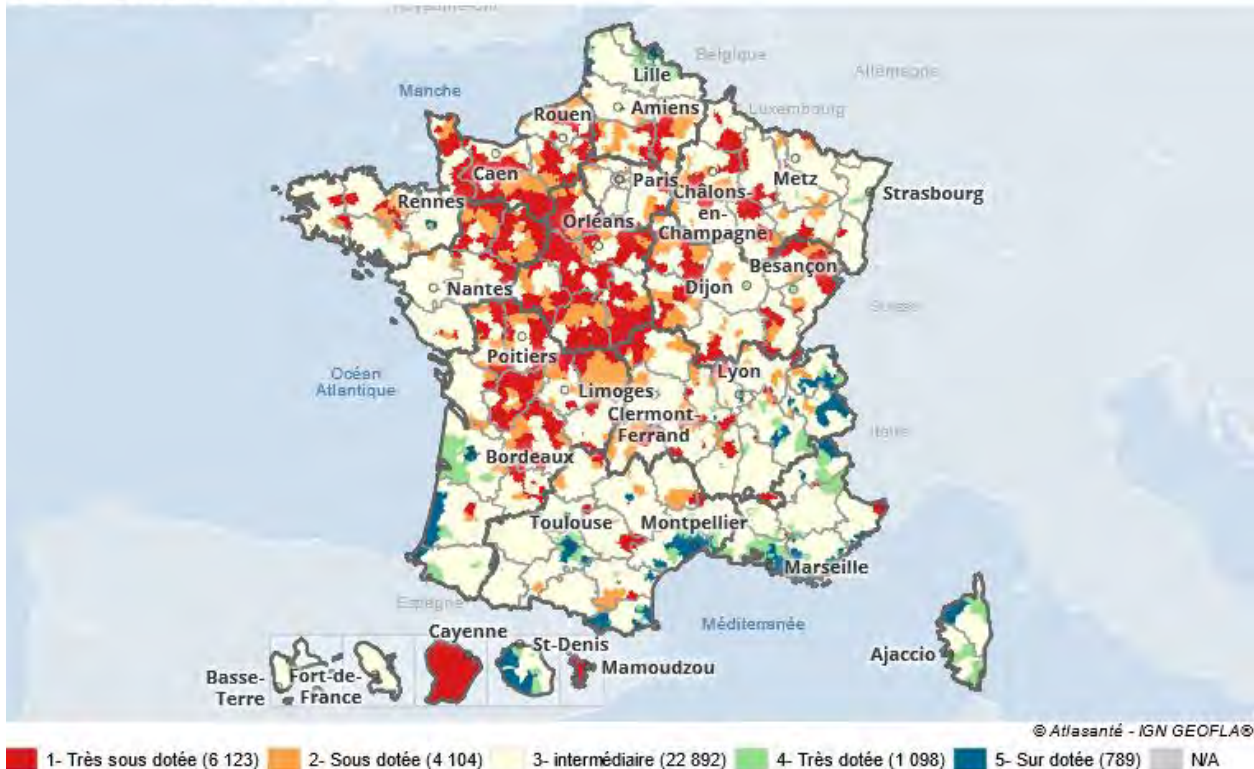
- Un zonage du territoire en cinq catégories : zones très sur-dotées, zones sur-dotées, zones intermédiaires, zones sous-dotées, zones très sous-dotées ;
- Un dispositif d'aide à l'installation et au maintien des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones sous-denses via des contrats incitatifs ;

¹¹ Les données relatives aux CPTS sont déclaratives et ne sont pas systématiquement renseignées : la CNAM indique que seules 63 % des CPTS ont renseigné au moins un professionnel de santé (quel que soit le type de professionnel, établissements compris).

- Une régulation des nouveaux conventionnements dans les zones sur-dotées : le conventionnement d'un nouveau masseur-kinésithérapeute en zone sur-dotée est conditionné à la cessation définitive d'activité d'un masseur-kinésithérapeute qui exerçait dans la même zone (règle d'une arrivée pour un départ).

Carte 1 : Zonage conventionnel des masseurs-kinésithérapeutes

Zonage kinés - Source : CNAMTS - ARS



Source : Atlas Santé

[39] **En dépit de ces mesures, les disparités territoriales se sont accrues entre fin 2016 et fin 2019.** L'indice de Gini, qui est un indicateur synthétique d'inégalités de répartition, est passé, sur la période, de 0,424 à 0,431. Ce résultat s'explique par le fait que les mesures de régulation demeurent relativement récentes : en effet, le dispositif de régulation à l'installation mis en place en 2012 a été annulé par décision du Conseil d'Etat en 2014 avant d'être réintroduit par l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes en 2018.

1.1.1.4 Des difficultés d'accès qui peuvent interroger sur l'intérêt de l'accès direct

[40] **Des approches qualitatives mettent en évidence des difficultés d'accès aux soins de masso-kinésithérapie.** Au-delà de la densité (effectifs rapportés à la population), de la densité pondérée (effectifs rapportés à la population en tenant compte des besoins de soins estimés) et de l'APL (cf. encadré ci-dessus), il importe de tenir compte des modalités d'organisation des professionnels, en particulier de leur capacité à absorber des soins non programmés. De nombreux médecins ont rapporté à la mission qu'ils « *avaient du mal à trouver des masseurs-kinésithérapeutes pour prendre en charge leurs patients* », à plus forte raison dans des délais raisonnables. De leur côté,

les masseurs-kinésithérapeutes reconnaissent qu'ils ne sont pas toujours en capacité de répondre à l'ensemble des besoins.

[41] **La part prépondérante des soins programmés conduit à un allongement des délais de prise en charge des autres soins.** Une étude¹² conduite par le premier syndicat représentatif, la FFMKR, à laquelle ont répondu 7 076 professionnels, met en évidence les résultats suivants :

- Un phénomène de saturation de l'offre
 - En moyenne, les répondants refusent, chaque semaine, 8,5 patients.
 - Le nombre médian de patients refusés chaque semaine s'élève à 5 ; il double en isolant les professionnels répondants installés dans des zones très sous-dotées ou sous-dotées, au sens du zonage conventionnel.
- Un délai médian de 3 jours pour une prise en charge rapide ou urgente (ex. traumatologie post-opératoire ou kinésithérapie respiratoire)
 - 68 % des répondants ne sont pas en mesure de proposer un rendez-vous pour une prise en charge rapide ou urgente, faute de disponibilité ;
 - Le délai médian pour obtenir un rendez-vous dans le cadre d'une prise rapide ou urgente est de 3 jours. Il est à noter que, sur l'échantillon de professionnels répondants installés dans des zones très sous-dotées ou sous-dotées, le délai médian est porté à 4,5, voire 5 jours.
- Un délai médian de 10 jours pour une prise en charge chronique ou non urgente (ex. polyarthrite rhumatoïde ou maladie neurodégénérative)
 - 68 % des professionnels répondants ne sont pas en mesure de proposer un rendez-vous pour une prise en charge chronique ou non urgente faute de disponibilité ;
 - Le délai médian pour obtenir un rendez-vous dans le cadre d'une prise chronique ou non urgente est de 10 jours. Il est à noter que, sur l'échantillon de professionnels répondants installés dans des zones très sous-dotées ou sous-dotées, le délai médian est porté à 15 voire 20 jours.

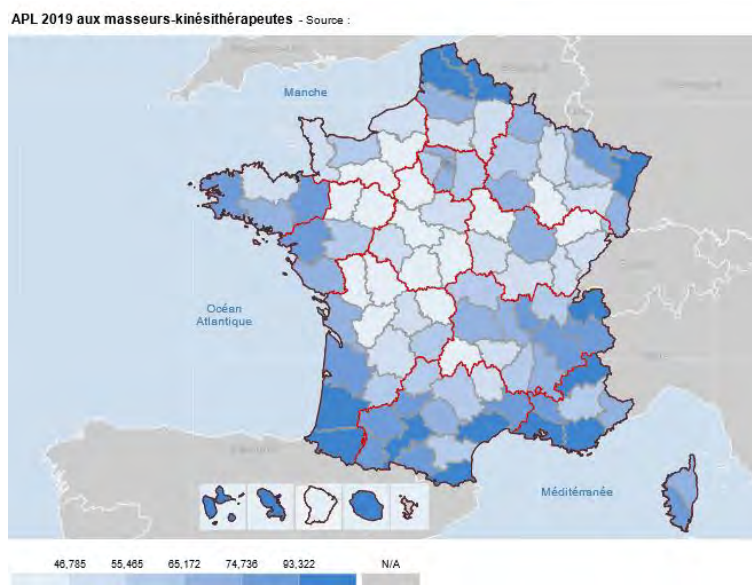
[42] **L'aspiration à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle pourrait conduire à une diminution de l'offre de masso-kinésithérapie.** A l'échelle de l'Ile-de-France, en juin 2018, le nombre d'équivalent temps plein (ETP), calculé à partir de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes, était inférieur au nombre de professionnels en exercice à la même date. A Paris et dans les Hauts-de-Seine, l'offre réelle est ainsi très nettement inférieure à l'offre théorique. A l'inverse, dans des territoires sous-dotés, les professionnels sont parfois incités à travailler davantage pour compenser l'insuffisance de l'offre : c'était le cas en Seine-Saint-Denis (cf. Pièce jointe 1).

[43] **Dans des territoires confrontés à une saturation de l'offre, les effets de la mise en place d'un accès direct seraient incertains.** Compte tenu des délais de prise en charge observés pour des soins non programmés, il existe un risque que l'accès direct demeure une possibilité théorique, sauf dans les territoires les mieux dotés. Or les territoires les mieux dotés en masseurs-kinésithérapeutes, coïncident régulièrement avec les territoires les mieux dotés en médecins (cf. cartes 2 et 3). Par ailleurs, le fait d'accorder une plus large place aux soins non programmés pourrait avoir des effets contre-productifs, en allongeant les délais de prise en charge de patients « prescrits » dont le besoin

¹² FFMKR, *L'accès aux soins de masso-kinésithérapie en France*, juin 2021.

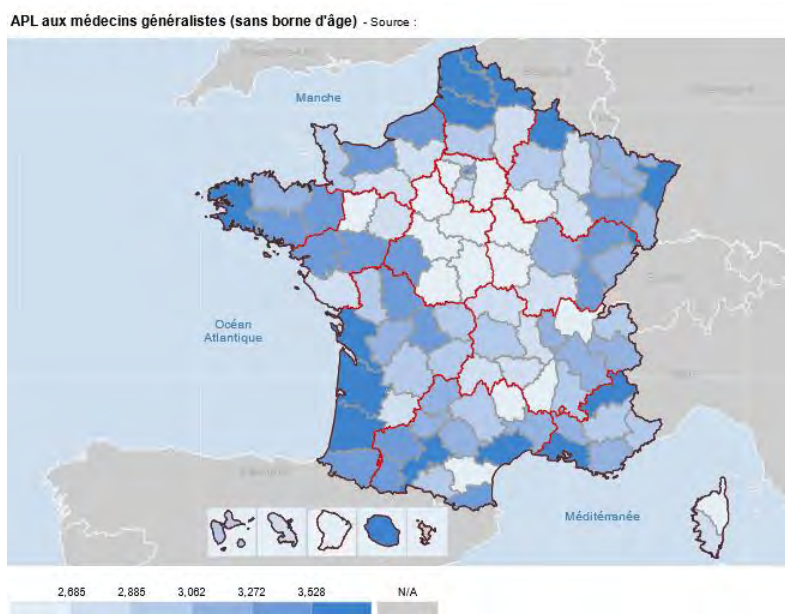
de prise en charge est pourtant avéré et potentiellement supérieur à celui de patients se présentant en accès direct. Cependant, l'introduction d'un accès direct à la masso-kinésithérapie pourrait également conduire à une meilleure répartition territoriale de l'offre, celle-ci devenant moins tributaire de l'offre médicale.

Carte 2 : Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) aux masseurs-kinésithérapeutes



Source : DREES, traitement mission à partir des données d'APL communales

Carte 3 : Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins



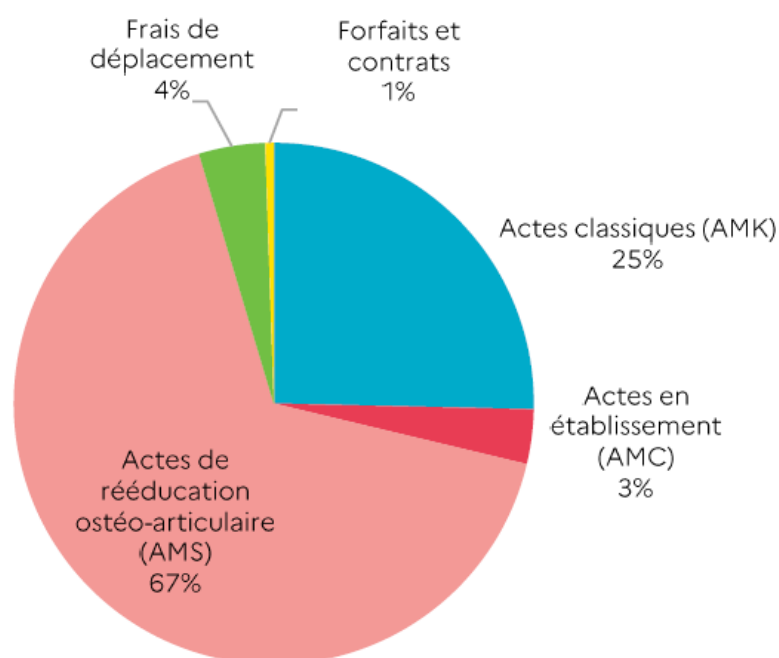
Source : DREES, traitement mission à partir des données d'APL communales

1.1.2 Si les volumes remboursés sont en forte hausse, le revenu moyen par tête stagne

1.1.2.1 Des remboursements en forte hausse

[44] **Les remboursements par l'assurance maladie des actes réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont augmenté** de 4,2 % par an entre 2011 et 2019, à un rythme deux fois plus élevé que la consommation de soins et de biens médicaux (+ 2,03 %/an). Ces remboursements représentent 6,5 Mds € en 2019 soit une augmentation de près de 40 % par rapport à 2011.

Graphique 1 : Structure des dépenses de soins des masseurs-kinésithérapeutes en 2020



Source : DREES, comptes de la santé, édition 2021 ; CNAM

[45] La progression des dépenses repose à la fois sur un effet-volume et sur un effet-prix :

- L'effet-volume : celui-ci est en partie lié au vieillissement de la population. Les actes de rééducation ostéo-articulaire (AMS) représentent en effet 67 % de la consommation de soins de masso-kinésithérapie. Or la part de ces actes, auxquels recourent les personnes âgées dépendantes, a progressé de 3 points depuis 2011.
- L'effet-prix : celui-ci correspond aux revalorisations des lettres-clés utilisées pour le codage des actes intervenues en 2012, en application de l'avenant n°3 à la convention nationale qui régit les relations entre l'Assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes, en novembre 2017, en application de l'avenant n°5 et, de nouveau, au 1^{er} juillet 2019.

[46] **Le niveau de socialisation des dépenses de masso-kinésithérapie est élevé.** Les actes de kinésithérapie sont remboursés dans le cas général à hauteur de 60 % par l'assurance maladie. Des taux de remboursement à 100 % sont appliqués dans le cadre de certaines pathologies considérées comme des affections longues durée (ALD) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur. En

2020, le taux de remboursement effectif moyen était de 65 %¹³. Ce taux de prise en charge est légèrement inférieur à la moyenne des soins en ambulatoire (69 % en 2020). Les organismes complémentaires financent 17 % de la dépense et l'Etat (complémentaire santé solidaire, aide médicale d'Etat et soins urgents) 1 %, laissant 17 % de la dépense à la charge des ménages.

[47] **L'essentiel de la dépense remboursée se concentre sur un nombre limité de patients et de pathologies.** Selon une étude réalisée par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2018¹⁴, il ressort que :

- En 2017, trois patients sur dix ayant reçu des soins de kinésithérapie souffraient d'au moins une ALD, contre un sur cinq en population générale. Les patients en ALD représentaient ainsi 58 % du total des dépenses de soins de masse-kinésithérapie remboursées par l'assurance maladie¹⁵.
- La moitié de la dépense remboursée de kinésithérapie se concentraient sur 10 % des patients ayant consulté au moins une fois dans l'année : parmi ceux-ci, 75 % souffraient d'une affection de longue durée (ALD), 60 % étaient âgés de 65 ans et plus et 30 % souffraient d'une maladie neurodégénérative.
- 62 % de la dépense était affectée à la prise en charge de quatre grands groupes de populations selon la cartographie des pathologies développées par la CNAM :
 - Les personnes ayant eu uniquement des soins qualifiés de courants et ne présentant pas de pathologie chronique : 26 % des remboursements ;
 - Les personnes atteintes de maladies neurologiques ou dégénératives : 14 % des remboursements ;
 - Les personnes atteintes de maladies cardio-neuro-vasculaires : 11 % des remboursements ;
 - Les personnes ayant eu une ou plusieurs hospitalisations ponctuelles : 10 % des remboursements.

1.1.2.2 Le revenu moyen par tête progresse lentement

[48] **Les honoraires totaux moyens par professionnel actif à part entière¹⁶ ont progressé de seulement 0,1 % entre 2016 et 2019**, soit un rythme inférieur à celui de l'inflation. En 2019, le montant des honoraires totaux moyens par professionnel s'élevait à 82 693 €, pour les données d'activité moyennes suivantes :

- 240 patients par professionnel ;
- 19 actes facturés par patient, pour un montant moyen de 344 € par patient.

[49] **Les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes ont progressé moins vite que ceux de la population totale des auxiliaires médicaux.** A titre de comparaison, les honoraires de l'ensemble des auxiliaires médicaux ont augmenté de 1,9 % sur la même période. La baisse des honoraires observée en 2020 est imputable aux mesures de restriction sanitaires adoptées pour faire face à la

¹³ DREES, Panoramas de la DREES, *Les dépenses de santé en 2020 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2021*, septembre 2021.

¹⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé, Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, fiche éclairage 3.4 « Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux : démographie, activité et recours aux soins », septembre 2018.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Un professionnel de santé est dit actif à part entière lorsqu'il est âgé de moins de 65 ans et qu'il exerce son activité du 1er janvier au 31 décembre de l'année considérée dans un cadre conventionné avec l'assurance maladie.

pandémie. Les masseurs-kinésithérapeutes en ont davantage subi les conséquences que d'autres professions paramédicales, en particulier les infirmiers.

Tableau 2 : Evolution des honoraires des masseurs-kinésithérapeutes sur 2016-2020

	Honoraires par actif à part entière (APE) en €					Evolution 2016/2019
	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	
Masseurs-kinésithérapeutes	82 580	82 226	81 966	82 693	72 493	0,1 %
Tous auxiliaires médicaux	77 004	76 887	77 730	78 452	75 255	1,9 %

Source : CNAM, Honoraires des professionnels de santé libéraux, tableaux statistiques 2016 à 2020.

[50] **L'augmentation des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes explique la relative stagnation du revenu moyen par tête.** La corrélation entre la densité à l'échelle départementale et le nombre moyen de patients est de - 0,53, ce qui indique une relation négative significative entre les variables : lorsque la densité augmente, le nombre moyen de patients par professionnel diminue. Pour compenser la diminution du nombre de leurs patients, les masseurs-kinésithérapeutes pourraient être tentés de pratiquer davantage d'actes. Toutefois, la corrélation entre la densité et le nombre moyen d'actes est de 0,13, ce qui indique une relation très faiblement positive entre les variables. Ainsi, lorsque la densité de masseurs-kinésithérapeutes augmente, le nombre moyen d'actes augmente mais dans une faible proportion, ce qui contribue à expliquer la faible progression du revenu par tête.

Carte 4 : Densité de masseurs-kinésithérapeutes actifs à part entière et nombre moyen d'actes



Source : CNAM ; traitement mission

1.2 Profession prescrite, dont l'activité est imparfaitement retracée par le cadre de remboursement, la masso-kinésithérapie n'a vu son cadre d'exercice évoluer que lentement

[51] La réingénierie de la formation achevée fin 2015 et l'universitarisation des études consacrent l'évolution d'une profession et son nouveau positionnement dans l'offre de soins. Des dispositions ciblées permettent l'intervention dans masso-kinésithérapeutes dans de nouveaux domaines (urgences, prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux) mais l'ouverture reste limitée : certaines de ces dispositions ne sont toujours pas applicables et la pratique avancée, évoquée largement dans la littérature internationale et prévue par la loi¹⁷ pour tous les professionnels de santé du livre III qualifiés d'auxiliaires médicaux, n'a été ouverte à ce jour par les décrets d'application que pour les infirmiers. La nomenclature des actes ne retrace qu'imparfaitement l'activité. Bien que la physiothérapie et la kinésithérapie soient de plus en plus associées à la prise en charge des soins de longue durée et en prévention, les masso-kinésithérapeutes restent peu présents dans les protocoles de coopération interprofessionnels.

1.2.1 La profession a vu son autonomie progressivement accrue par les textes, sans toujours de traduction opérationnelle

1.2.1.1 Une profession prescrite dont les décrets de compétence ont globalement peu évolué...

[52] L'article L.4161-1 du code de la santé publique (CSP) confère aux médecins une compétence générale en matière de diagnostic et de traitement des maladies, ce qui conduit en conséquence à qualifier d'exercice illégal de la médecine l'intrusion d'autres professionnels dans ce champ de compétences, à moins que la dérogation ne soit expressément prévue et encadrée.

[53] Si l'article L.4321-1, al. 3 du CSP pose que « Le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article L.4321-21 », celle-ci s'exerce dans le cadre d'une prescription médicale tant pour l'établissement du bilan kinésithérapique que pour les traitements, actes et techniques qu'il met en œuvre¹⁸.

[54] Le code de la santé publique précise dans les décrets de compétence des masso-kinésithérapeutes :

- Les traitements de rééducation auxquels ils peuvent participer sur prescription médicale (R. 4321-5) et les techniques ou actes susceptibles d'être mis en œuvre (R. 4321-7) ;
- Les traitements réalisables par le masseur-kinésithérapeute sur prescription mais à condition que le médecin puisse intervenir à tout moment, par exemple enregistrement d'électrocardiogrammes en rééducation cardio-vasculaire (R. 4321-8) ;
- Les actes qu'il peut réaliser en urgence et en l'absence du médecin, par exemple les gestes de secours (R. 4321-9).

¹⁷ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 119).

¹⁸ Articles R4321-2, R4321-5, Article R4321-7, Article R4321-8 à 10 du Code de la santé publique.

[55] La définition de la profession relève depuis 2016¹⁹ de la loi qui la repositionne sur ses missions, et non plus seulement sur les actes qu'elle peut réaliser.

Article L. 4321-1 du code de la santé publique

« La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

1° des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne,

2° des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche ».

[56] Les compétences issues du décret 96-879 du 8 octobre 1996²⁰ n'ont toutefois évolué que modestement.

- Le diagnostic kinésithérapique instauré en 1996 devient en 2000²¹ une composante du bilan kinésithérapique. Ce document, établi par le masseur kinésithérapeute, comprend « le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés » ; il est toutefois prévu en 2009²² que « le traitement mis en œuvre fait l'objet d'une fiche de synthèse tenue à la disposition du médecin prescripteur et qui lui est adressée au terme du traitement si celui-ci atteint ou excède 10 séances. Elle lui est également adressée en cas de besoin d'évolution du traitement » ;
- Le droit de prescription a été élargi en 2016²³ ; la nouvelle rédaction de l'article L. 4321-1 ne vise plus seulement les dispositifs médicaux mais également, désormais, les produits de santé (cf. *supra* §1.2.1.2) ;
- Depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le masseur-kinésithérapeute peut réaliser en l'absence de médecin disponible des actes en urgence, dont il doit rendre compte au médecin dès son intervention (article L 4321-1) ;
- Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, les masseurs kinésithérapeutes font également partie des professions autorisées à effectuer des prélèvements pour la réalisation de tests antigéniques et de tests PCR (arrêté du 3 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 et décret n° 2020-1514 du 3 décembre 2020).

[57] Le code de la santé publique ne prévoit toujours aucune autonomie de principe, au sens strict du terme.

¹⁹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

²⁰ Abrogé par le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique.

²¹ Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.

²² Décret n° 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique.

²³ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

1.2.1.2 ... Et dont les évolutions du cadre législatif d'exercice peinent à se concrétiser

- La suppression de la prescription qualitative et quantitative

[58] Un arrêté du 20 février 2000²⁴ supprime ces deux éléments de la prescription médicale, rendant possible par le masseur-kinésithérapeute l'adaptation du traitement de kinésithérapie et des modalités de prise en charge, en fonction du bilan kinésithérapique qu'il réalise. La communication du diagnostic médical doit faire l'objet d'un courrier séparé. Le médecin peut néanmoins toujours, s'il le juge nécessaire, préciser sa prescription.

- Le renouvellement d'ordonnances

[59] Plusieurs textes²⁵ sont venus modifier l'article L. 4321-1 du code de la santé publique et consacrer la possibilité pour le masseur-kinésithérapeute, dans le cadre de l'exercice de son art, de renouveler et d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, une prescription de masso-kinésithérapie de moins d'un an. La dernière évolution législative a supprimé le renvoi à un décret en Conseil d'Etat et subordonné la mise en œuvre de cette possibilité à l'aboutissement des négociations conventionnelles en cours.

- Un droit limité de prescription

[60] Depuis la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur art. La liste de ces dispositifs a été fixée par arrêté du 14 janvier 2006. Cette possibilité a été étendue à la prescription de substituts nicotiques par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016. La plus récente modification (loi n° 2021-502 du 26 avril 2016) étend encore cette possibilité aux produits de santé, dont la liste sera définie par décret après avis de l'Académie nationale de médecine, avis et texte encore à paraître, ce qui bloque *de facto* pour l'instant le dispositif.

[61] Dans le cadre des deux protocoles nationaux de coopération (cf. *infra*) relatifs à la prise en charge, respectivement, de la lombalgie aiguë et du traumatisme en torsion de la cheville²⁶, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (lombalgie), du paracétamol, des examens radiologiques (torsion de cheville) et un arrêt de travail (dans les deux cas).

- La prise en charge directe en urgence

[62] En application de l'article L. 4321-1 du CSP, en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. Il n'a pas été prévu de financement direct pour ces actes effectués sans prescription médicale ; le système d'information de la CNAM ne comporte pas de variable identifiant ces actes, rares selon la caisse, et le remboursement ne peut intervenir qu'après « régularisation »

²⁴ Arrêté du 20 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.

²⁵ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé ; loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

²⁶ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » et arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ».

par une ordonnance (après envoi du compte rendu adressé au médecin), qui est donc par nécessité antidatée.

[63] Force est donc de constater que pour diverses raisons (faute de texte, par modification du cadre législatif ou en l'absence de support financier), les trois dernières dispositions ne s'appliquent pas encore dans les faits. Quant à la première, les représentants des masseurs kinésithérapeutes entendus par la mission témoignent d'une application inégale par les médecins généralistes de la suppression des mentions qualitatives et quantitatives de leur prescription laquelle fait parfois, de surcroît, référence à des techniques dépassées.

1.2.1.3 L'universitarisation offre pourtant des perspectives d'enrichissement des compétences professionnelles acquises et exercées

[64] Le décret n°2015-1110 du 2 septembre 2015 et l'arrêté du 2 septembre 2015 relatifs au diplôme de masseur-kinésithérapeute ont réformé la formation des masseurs-kinésithérapeutes en l'inscrivant dans le processus de Bologna. Cette réingénierie ouvre la voie à un nouveau positionnement de la profession, qui se traduit par la remontée dans la partie législative du code de la santé publique²⁷ de la définition de la profession (cf. *supra*).

[65] Cette réingénierie est l'aboutissement tant de l'évolution des techniques que de l'intégration plus grande de la kinésithérapie dans les parcours : réseaux de soins, Programme d'accompagnement au retour à domicile (Prado) après hospitalisation (pour l'orthopédie et la fragilité osseuse), intervention du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge des douleurs chroniques en soins palliatifs, etc.

Article D 4123-16 du Code de la santé publique

La formation conduisant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, organisée en deux cycles de quatre semestres chacun, dure quatre années, soit huit semestres.

La formation organise le développement des compétences professionnelles. Le premier cycle apporte les enseignements scientifiques, méthodologiques et professionnels fondamentaux nécessaires à la compréhension des problèmes de santé et des situations cliniques rencontrées en kinésithérapie. Le second cycle, à partir du socle de connaissances théoriques et pratiques acquis, organise le développement des compétences diagnostiques et d'intervention kinésithérapique dans tous les champs d'exercice de la profession.

La répartition des enseignements sur les quatre années est la suivante :

1° La formation théorique et pratique de 1 980 heures, sous la forme de cours magistraux (895 heures) et de travaux dirigés (1 085 heures) ;

2° La formation à la pratique masso-kinésithérapique de 1 470 heures.

Le travail personnel complémentaire est estimé à 3 220 heures environ.

L'ensemble, soit 6 670 heures, constitue la charge de travail de l'étudiant.

²⁷ Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

[66] Cette réforme se traduit par :

- Un diplôme d'Etat de niveau master²⁸, en 5 ans, dont une année à l'université en Parcours d'Accès Spécifique Santé et 4 ans dans des instituts de formation publics et privés, dont plusieurs sont intégrés à l'université ;
- Une formation qui combine enseignement théorique et pratique (travaux dirigés) et stages cliniques et en milieu professionnel (hôpitaux, centres de réadaptation, cabinets libéraux, mais aussi laboratoires de recherche, entreprises, clubs sportifs, ...) ;
- Une formation qui dépasse la seule approche technique et aborde la profession sous l'angle du diagnostic thérapeutique, du traitement personnalisé, de la prévention et de la promotion de la santé, du développement professionnel continu y compris dans le domaine de la recherche²⁹. Le nouveau programme des études permet notamment la maîtrise du diagnostic d'exclusion, sur la base d'une évaluation clinique renforcée du patient et d'une grille d'exclusion (« drapeaux rouges ») ; elle comporte également une initiation à la recherche scientifique (méthodologie de projet, recherche documentaire, anglais médical, *evidence-based practice*, mémoire de fin d'études, éthique, etc.). Plus de 200 kinésithérapeutes récemment recensés seraient titulaires d'un doctorat selon la Société française de physiothérapie³⁰.

[67] Enfin, et alors que les qualifications du kinésithérapeute se sont élargies sous l'effet des évolutions en santé, la formation continue obligatoire depuis 2004³¹ est plus largement déployée depuis 2019³². Les domaines concernés restent encore très techniques, mais une ouverture se fait au profit de la recherche paramédicale.

[68] La réforme de la formation initiale est entrée en vigueur à la rentrée de septembre 2015 et les masseurs-kinésithérapeutes ayant bénéficié de cette réingénierie exercent depuis à peine plus de deux ans.

²⁸ Les étudiants diplômés à compter de juin 2021 seront titulaires d'un Master (Décret n°2021-1085 du 13 août 2021 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute conférant le grade de Master).

²⁹ Cf. référentiel de compétences du masseur-kinésithérapeute – Annexe II arrêté du 2 septembre 2015 qui fait écho à la définition du champ de la profession posé par l'article L. 4321-1 du CSP « Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité ».

³⁰ Remi Remondière, Marin-Philippe Durafourg : « Regards sur la kinésithérapie », Santé publique, 2018.

³¹ Article L. 4382-1 du CSP.

³² Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

Les masseurs-kinésithérapeutes formés à l'étranger

Selon la DREES³³, un tiers des primo-diplômes en 2015 étaient acquis à l'étranger :

La moitié (51 %) sont de nationalité de française, l'autre moitié est composée pour l'essentiel de ressortissants européens, espagnols (19 %) belges (8 %) portugais (6 %), polonais (6 %) et roumains (6 %). Les principaux pays accueillant les étudiants français sont la Belgique, l'Espagne, l'Allemagne, les pays de l'Est (Pologne, Hongrie, République tchèque).

Formation en Belgique : Mastère en 3 ans (BSc +1) ; formation théorique et pratique à l'université ou en Haute Ecole (800 h environ par an) et de stages en milieu professionnel. (1200h) ; l'étudiant doit également rédiger un mémoire + soutenance – 240 crédits européens

Formation en Allemagne : Diplôme d'Etat ; formation dans des Ecoles supérieures ou professionnelles qui recrutent soit au niveau de la seconde. Les universités recrutent au niveau du Baccalauréat et proposent des BSc. Certaines écoles sont affiliées à des universités. Formation en 3 ans, théorique et pratique ; stages en milieu professionnel pour un total de 2900 d'enseignement et de 1600 h de pratique. Examen écrit, oral et pratique.

Formation en Espagne : Diplôme de physiothérapeute – formation au sein des universités publiques et privées ayant une école de physiothérapie – Cours de formations théorique et pratiques, stages en milieu professionnel (1200H) – 240 crédits européens.

1.2.1.4 Les masseurs-kinésithérapeute ne bénéficient pas de la pratique avancée

[69] Le code de la santé publique (art. L. 4302-1) pose depuis 2016 le principe de cette pratique avancée pour les auxiliaires médicaux. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, doit définir pour chaque profession d'auxiliaire médical les domaines d'intervention, conditions et règles d'exercice.

[70] La seule traduction de cette disposition législative concerne pour l'heure les infirmiers³⁴. L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat, qui sont validées par un diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités³⁵.

[71] Cette disposition est également déclinée dans la fonction publique hospitalière³⁶. Mais là encore seuls les infirmiers sont pour l'heure concernés en l'absence de textes d'application visant d'autres auxiliaires médicaux.

[72] S'agissant des protocoles de coopération interprofessionnels dont ils sera traité en partie 2.1, leur mise en œuvre fait l'objet d'une étude complète dans le rapport « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » de l'IGAS³⁷. Seuls trois protocoles

³³ DREES, Etudes et Résultats n°1075, Juillet 2018.

³⁴ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée - Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. Voir aussi le rapport « Trajectoires » de l'IGAS (novembre 2021).

³⁵ Les patients concernés sont atteints de pathologies chroniques stabilisées (avec prévention et polypathologies courantes en soins primaires), ou issus du champ de l'oncologie/hémato-oncologie ou de la maladie rénale chronique/dialyse/transplantation rénale - cf. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique.

³⁶ Décret n° 2020-244 du 12 mars 2020 portant statut particulier du corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière qui prévoit que les salariés en pratique avancée dans les conditions prévues par le code de la santé publique (DE IPA et 3 ans d'exercice) sont recrutés ou directement intégrés dans le corps des Auxiliaires médicaux en pratique avancée ou AMPA.

³⁷ IGAS : « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé », n°2021-051, novembre 2021, ci-après désigné dans le texte comme le rapport « Trajectoires » de l'IGAS.

concernent la masso-kinésithérapie (torsion de cheville, lombalgie aiguë et oxygénothérapie dans le cadre de la bronchopneumopathie chronique obstructive).

1.2.2 La nomenclature et les tarifs ne rendent qu'imparfaitement compte de la diversité et de la complexité de l'activité

1.2.2.1 La nomenclature des actes est fruste mais elle est appelée à évoluer prochainement

[73] La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) établit la liste, avec leur cotation, des actes professionnels susceptibles d'être effectués par les masseurs-kinésithérapeutes, tout acte étant désigné par une lettre clé et une cotation, la NGAP précisant le cas échéant les conditions de réalisation de cet acte.

[74] Trois lettres clés concernent les masseurs-kinésithérapeutes :

Nomenclature des actes de masso-kinésithérapie

AMS - Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectué par le masseur-kinésithérapeute.

AMK - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé.

AMC - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autres que ceux qui donnent lieu à application de la lettre clé AMK.

La valeur de coefficient unitaire s'élève à 2,15€ en métropole et 2,36€ dans les départements d'outre-mer ; s'y ajoutent éventuellement des majorations et indemnités.

[75] La taxinomie des actes dispensés par les masseurs-kinésithérapeutes, relevant du titre XIV³⁸ de la NGAP, distingue :

- Les actes de diagnostic (actes isolés, tel un bilan ostéo-articulaire simple pour un membre, et bilan-diagnostic kinésithérapique) ;
- Les traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles (11 articles, classés par type de pathologie : affections orthopédiques et rhumatologiques, affections rhumatismales inflammatoires, affections respiratoires, etc.) ;
- Les traitements faisant l'objet de modalités particulières (traitement de groupe, traitement en parallèle de plusieurs patients).

[76] Elle est peu détaillée et compte peu d'éléments qualitatifs ou d'encadrement des pratiques (par exemple, pour l'acte de rééducation abdominale du post-partum, la nomenclature se borne à préciser les lettres clés – AMK et AMC – et le coefficient : 8).

[77] Les professionnels et l'assurance maladie ont souhaité faire évoluer cette nomenclature et mènent à cette fin un travail conjoint depuis avril 2018, avec l'objectif de mieux connaître et distinguer les actes réalisés, en affinant l'approche selon la localisation anatomique de la zone lésée,

³⁸ Titre XIV : Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

l'existence ou non d'une intervention chirurgicale et en faisant le lien avec les référentiels de la HAS. La nouvelle nomenclature aura un impact sur le codage et la valorisation de certains actes. Elle sera discutée lors des négociations conventionnelles ouvertes le 12 janvier ; la CNAM espère un début de mise en œuvre fin 2022 ou début 2023, l'adaptation des systèmes d'information étant encore à régler.

1.2.2.2 Les tarifs sont jugés insuffisamment attractifs pour certains actes

[78] La mission n'a pas effectué d'étude sur l'adéquation des tarifs à la charge de travail et/ou à la complexité des actes et techniques mis en œuvre, qui n'entraîne pas dans le champ de son périmètre. Elle retient toutefois de ses entretiens les points suivants.

[79] De manière générale, les représentants des masseurs-kinésithérapeutes, comme d'ailleurs des médecins, estiment que les tarifs sont globalement faibles. Plus précisément, ces tarifs rémunéreraient insuffisamment des actes qui sont potentiellement moins complexes mais sont souvent « lourds » (« peu gratifiants », « à forte charge mentale ») et prioritaires. Les soins de kinésithérapie associés aux maladies chroniques et les soins auprès des personnes âgées ont été évoqués par pratiquement tous ses interlocuteurs.

[80] A titre d'exemple, il a été fait mention de la rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée tarifé à 12,90 € (AMK 6), contre 16,13 € pour une rééducation d'un membre suite à une entorse par exemple (AMK 7,5), une tarification qui ne rendrait pas compte non de la lourdeur et de l'investissement, ce malgré la mise en place d'une indemnité forfaitaire « autonomie de la personne âgée » de 4 €.

[81] Les soins à domicile, très importants, pour cette population notamment, sont trop délaissés : l'indemnité forfaitaire de déplacement, fixée à 2,5€, apparaît peu attractive, surtout par rapport à la possibilité de prendre en charge simultanément plusieurs patients en cabinet.

[82] La crainte a été clairement exprimée par les médecins que l'accès direct ne conduise le masseur-kinésithérapeute à privilégier les consultations plus rémunératrices et/ou à faible valeur médicale, au détriment du cœur de métier de la rééducation (cf. *infra* Partie 1.3). L'expérimentation devra permettre de confirmer ou d'infirmer cette crainte et, éventuellement, d'envisager l'utilisation des tarifs comme levier d'orientation de l'activité vers les priorités de santé publique.

1.3 Une demande d'accès direct qui répond en partie à l'absence d'évolution des cadres d'exercice mais suscite des positions tranchées et opposées

[83] La mission a auditionné les ordres des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes, les syndicats représentatifs des deux professions, ainsi que plusieurs sociétés savantes et conseils nationaux professionnels (CNP), afin de recueillir leurs points de vue sur les perspectives d'accès direct aux soins de kinésithérapie (cf. liste des personnes rencontrées en annexe). Les visions des représentants des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes sont radicalement opposées, ce qui n'est pas de nature à faciliter le déploiement de l'expérimentation prévue par l'article 73 de la LFSS pour 2022. Pour autant, les représentants des structures d'exercice coordonné, qui constitueront les acteurs de l'expérimentation, se sont montrés très favorables à la perspective d'ouverture d'un accès direct dès lors que celui-ci se met en œuvre dans le cadre d'équipes coordonnées structurées, utilisant des systèmes d'information partagés.

[84] Sans prétendre offrir un panorama exhaustif des arguments présentés par les différents professionnels auditionnés, ni viser à trancher leur pertinence, les développements qui suivent présentent un état des lieux de ces positions. Il paraît en effet utile à la mission de préciser ces points

de vue pour éclairer la concertation qui devra être conduite pour préparer l'adoption du décret prévu par l'article 73 mais également pour réfléchir aux critères de l'évaluation de l'expérimentation.

[85] Cet état des lieux s'inscrit dans le cadre conceptuel des réflexions récemment conduites par l'IGAS en matière de partage des compétences entre professionnels de santé (rapport « Trajectoires »).

1.3.1 Les bénéfices et les risques de l'accès direct aux soins de kinésithérapie ne font pas l'objet d'un consensus entre les professions concernées

[86] L'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes a deux objets principaux : dégager du temps médical pour les médecins prescripteurs, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, et raccourcir les délais d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes, afin de limiter les retards d'accès aux soins et les pertes de chance pour le patient. Si ces ambitions sont partagées, leurs conséquences en matière de qualité du parcours de soins du patient et d'efficience des dépenses d'assurance maladie sont discutées. Si le corps médical redoute que cet accès remette en cause sa place centrale en matière d'orientation du patient et de coordination des soins, dont le fondement est le diagnostic médical porté sur les symptômes ou pathologies du patient, les représentants des masseurs-kinésithérapeutes jugent que leurs confrères feront preuve de discernement dans l'utilisation de cette liberté, laquelle constitue une reconnaissance de leur art et de l'élévation de leurs compétences.

1.3.1.1 L'accès direct pourrait permettre de dégager du temps médical et de raccourcir les délais d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes

[87] Les promoteurs de l'accès direct lui associent plusieurs mérites.

- Dans un contexte de tension sur le nombre et la répartition territoriale des médecins, faciliter l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes permettrait de dégager du temps médical.

[88] Comme le note le rapport « Trajectoires » de l'IGAS, les difficultés liées à la démographie des médecins libéraux devraient persister au cours des quinze prochaines années et justifient de rechercher des leviers pour désengorger les files actives des médecins généralistes (notamment pour les demandes de consultations non programmées en soins de premier recours) et spécialistes (pour les prises en charge en second recours). Parmi ces leviers, la prise en charge par un masseur-kinésithérapeute est de nature, pour certains symptômes ou pathologies, à éviter un recours non nécessaire au médecin et à permettre à celui-ci de dégager du temps pour des soins non programmés ou complexes, pour le suivi de patients non-stabilisés, c'est-à-dire pour des consultations à plus forte valeur ajoutée.

[89] La question qui vient logiquement en débat est dès lors celle du périmètre des consultations médicales inutiles ou à faible valeur ajoutée.

[90] Les représentants des masseurs-kinésithérapeutes jugent que, dès lors que la pathologie ne présente pas de caractère de gravité et que les soins kinésithérapiques sont adaptés et recommandés pour les symptômes, une intervention en premier recours est un gage de rapidité d'accès aux soins pour le patient et de gain de temps pour le patient. Ils soulignent par ailleurs que de nombreux médecins, notamment généralistes, laissent en pratique une grande latitude au masseur-kinésithérapeute pour déterminer les soins les plus adaptés, les instruments ou techniques à mobiliser, le nombre de séances à conduire. Ils indiquent d'autre part que les masseurs-

kinésithérapeutes sont formés, sur la base du diagnostic fonctionnel qu'ils établissent et de critères de non-intervention qu'ils évaluent, à ré-adresser, lorsque c'est nécessaire, le patient vers le médecin. Le diagnostic d'exclusion figure en effet depuis 2015 dans les unités d'enseignement : il permet de réaliser un diagnostic kinésithérapique et d'évaluer la pertinence de l'intervention en masso-kinésithérapie. En pratique, le stage de clinicat permet la validation définitive de cette compétence puisque, parmi les objectifs affichés, figure le fait de connaître les drapeaux rouges de prise en charge en cas d'urgence ou de prise en charge non thérapeutique. Enfin, les masseurs-kinésithérapeutes soulignent qu'ils sont souvent conduits (malgré le caractère illégal de cette pratique) à prendre en urgence les patients avec une régularisation *a posteriori* de la prescription par le médecin traitant, et que l'accès direct est pratiqué tous les jours :

- Au titre des activités de masso-kinésithérapie non thérapeutiques (et non remboursées)³⁹ ;
- En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin ;
- Pour une douleur nouvellement apparue en cours de traitement, alors qu'une prescription initiale est en cours de réalisation.

[91] Les médecins auditionnés par la mission estiment unanimement qu'un diagnostic médical doit précéder l'intervention du masseur-kinésithérapeute. Dès lors que le diagnostic a été posé, le masseur-kinésithérapeute peut avoir une large latitude dans le projet de soins qu'il conduit (notamment dans le cas de rééducations de patients stabilisés, pour lesquels il est légitime que le médecin soit consulté moins fréquemment au cours du parcours). Ainsi, en neurologie, les médecins adressent vers les masseurs-kinésithérapeutes en cas d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), de maladies neuro-génératives (type Parkinson), de sclérose en plaques, de maladies neuro-musculaires (type Charcot), lesquelles ne peuvent être diagnostiquées et voir leur traitement prescrit que par les médecins, dans le cadre de prescriptions longues (un an et plus). En pratique, les médecins voient peu ces patients lorsqu'ils sont stabilisés alors que les masseurs-kinésithérapeutes les voient par construction plus fréquemment. La question est donc davantage celle du renouvellement des ordonnances et des retours d'information vers le médecin que de l'accès direct, d'autant que la HAS recommande explicitement la kinésithérapie pour ces pathologies.

[92] Enfin, de nombreux médecins auditionnés ont rappelé que l'allègement de la file active du médecin devait prioritairement cibler d'autres enjeux (certificats divers, traitement de pathologies bénignes - cystite de la femme enceinte, conjonctivites, dépistage du streptocoque par écouvillon en cas de suspicion d'angine - dossiers pour les maisons départementales des personnes handicapées [MDPH]).

- L'accès direct raccourcirait les temps d'accès aux soins de kinésithérapie et améliorerait en conséquence la qualité des soins pour le patient

[93] Selon les masseurs-kinésithérapeutes auditionnés par la mission, la nécessité de disposer d'une prescription médicale constitue un facteur d'allongement des délais d'accès aux soins de kinésithérapie et ce retard de prise en charge peut occasionner une perte de chances. Aussi, au-delà de la décharge des files actives de consultation médicale, ils estiment qu'un accès facilité à la kinésithérapie contribuerait à l'amélioration de la qualité des soins.

[94] Ces retards dans l'adressage vers le masseur-kinésithérapeute s'expliquent naturellement par des difficultés d'accès au médecin traitant ou spécialiste prescripteur, mais aussi par de mauvais

³⁹ Gymnastique, massages de confort, activités physiques : gym ballon, cardio training, renforcement à l'élastique...

adressages ou des examens non adaptés demandés par le médecin vu en première intention. Ainsi, dans le domaine des lombalgies, de nombreux médecins recourent d'abord à des prescriptions médicamenteuses avant, en cas de persistance des symptômes, de solliciter des examens radiologiques pour, *in fine*, envisager la masso-kinésithérapie, à un stade excessif de chronicité pour le patient.

[95] Les représentants des masseurs-kinésithérapeutes soulignent aussi que le développement de l'intervention de professionnels paramédicaux en complément et en amont du médecin permet d'offrir une première réponse plus accessible (en termes de délais, de distance à parcourir, voire d'empathie et de facilité de communication) à la population. Pour autant, si l'indicateur d'accessibilité potentielle de durée (APL), que produit annuellement la DREES, confirme des difficultés d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes, il révèle aussi que la répartition territoriale de l'offre de soins de kinésithérapie est assez proche de celle des soins médicaux. Le bénéfice de l'accès direct en termes de réduction des délais pour le patient devra donc être évalué à l'aune de ce constat.

- L'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes présenterait peu de risques pour la santé des patients et pourrait faciliter l'accès à la prévention

[96] Dans un communiqué de presse du 12 novembre 2021, trois organisations de structures de soins coordonnées (Avenir des équipes coordonnées, Fédération nationale des centres de santé, Union syndicale des centres de santé) ont rappelé que si « seul le diagnostic du médecin permet d'écarter certaines pathologies lors de la consultation, la perte de chance est tout aussi réelle pour le patient si les délais de consultation sont longs ». De leur point de vue, le cadre d'exercice des centres et maisons de santé est à même de sécuriser l'accès direct aux auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes mais aussi orthophonistes ou infirmiers en pratique avancée), dès lors que sont organisées des réunions de concertations pluriprofessionnelles.

[97] Selon les représentants des masseurs-kinésithérapeutes, l'accès direct ne présente pas de de risque pour les patients et pourrait, dans la pire des éventualités, conduire à des soins inutiles ou redondants (qui auront cependant un coût pour la société). Ils appuient leur conviction sur plusieurs constats.

[98] En premier lieu, la sinistralité dans les cabinets de kinésithérapie est très faible. Selon les chiffres fournis par l'assureur MACSF, le taux de sinistralité serait de 0,28 % en 2020 (107 déclarations reçues pour 37 570 sociétaires masseurs-kinésithérapeutes) contre 0,29 % en 2019. Ces déclarations se répartissent entre réclamations amiables (99), procédures ordinaires (quatre), saisines d'une commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux CCI (trois) et procédure pénale (une). Les risques concernent principalement les chutes lors de séances de rééducation, subsidiairement les brûlures liées aux équipements. Les complications ou aggravations lors des séances sont peu nombreuses (majoration ou déclenchement de douleurs rachidiennes, lésion méniscale au décours d'une prise en charge rééducative du genou...) et ne seraient en tout état de cause pas liées à un défaut ou une erreur de diagnostic.

[99] En deuxième lieu, les représentants des masseurs-kinésithérapeutes font valoir l'élévation du niveau de compétences liés à l'universitarisation de la formation. Ils soulignent notamment qu'avec des échoscopies musculo-squelettiques (ultra-sons), le masseur-kinésithérapeute peut déjà évaluer la profondeur d'une déchirure du muscle et que l'unité d'enseignement UE 4 « Sciences de la Vie et du Mouvement » permet de disposer de compétences en matière d'imagerie : il pourrait donc faire des examens et les analyser si les décrets de compétences le permettaient. De ce point de vue, l'accès direct est aussi vu par une partie de la profession comme un levier pour faire évoluer les décrets de compétences et, dans un objectif de gain de temps pour le patient et d'amélioration de la qualité de prise en charge, d'ouvrir la capacité à prescrire certains médicaments de type antalgique, certains

dispositifs médicaux fréquemment utilisés comme des orthèses de cheville voire des examens radiologiques dans les cas d'entorse de cheville (sans que le diagnostic leur soit confié).

[100] Enfin, mettre en avant les risques potentiels pour la santé du patient qu'occasionnerait l'accès direct leur apparaît discriminatoire au regard des facilités qu'ont les patients à accéder librement à des professionnels comme les naturopathes, les chiropracteurs, les ostéopathes, dont le niveau de compétences et de formation est à leurs yeux moindre.

[101] Selon les représentants des masseurs-kinésithérapeutes, l'accès direct pourrait également favoriser l'implication de la profession dans les actions de prévention. Des besoins pourraient être satisfaits en matière de repérage des personnes en situation de fragilité (utilisation d'outils d'aide au repérage des difficultés neurologiques, locomotrices... ; administration de tests de contrôle de la fonction pulmonaire comme la spirométrie ; bilans kinésithérapiques permettant d'orienter vers des activités physiques adaptées).

1.3.1.2 Les bienfaits de l'accès direct doivent être évalués à l'aune des risques qu'il comporte, notamment en matière d'organisation des soins

- Les arguments alléguant une innocuité de l'accès direct sont contestés

[102] Les interlocuteurs médicaux de la mission jugent que le diagnostic médical initial demeure une condition de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins pour le patient.

[103] Ils soulignent en premier lieu que, dans de nombreux cas, il faut cumuler imagerie et examen psychologique et fonctionnel pour proposer des hypothèses diagnostiques. Or, selon eux, si les masseurs-kinésithérapeutes peuvent effectuer des évaluations fonctionnelles ou proposer des bilans descriptifs, ils ne disposent pas de l'intégralité des données permettant de poser un diagnostic et de proposer un projet de soins.

[104] Ils contestent notamment la capacité de professionnels non médecins à déterminer le caractère bénin d'une pathologie et considèrent que se limiter à l'examen et au traitement des symptômes peut constituer un risque pour le patient. Ainsi, des troubles neurologiques peuvent être confondus avec des symptômes simples nécessitant de la kinésithérapie ; une lombalgie est un symptôme qui entre dans de nombreuses pathologies (traumatiques, inflammatoires, infectieuses, tumorale entre autres), peut avoir des aspects somatiques et a souvent des origines multi-factorielles. De même, la torsion de la cheville englobe différents diagnostics qui vont du mouvement légèrement forcé de la cheville sans atteinte ligamentaire à la fracture de cheville en passant par tous les différents niveaux d'entorse. Ils soulignent que, même pour une entorse, peuvent exister des risques de phlébite en cas d'antécédents de thromboses veineuses, ou de mauvais diagnostic d'une insuffisance cardiaque ou de diabète.

- Plus fondamentalement, le respect du parcours de soins et l'exigence d'une vision globale du patient paraissent, pour certains médecins, être remis en cause par l'accès direct

[105] Plusieurs interlocuteurs de la mission, qu'ils exercent en cabinet libéral, en établissement de santé ou en structure d'exercice coordonnée, ont partagé la crainte que l'accès direct remette en cause la dynamique de coopération entre professionnels qui existe dans de multiples structures, en dépit des insatisfactions que peuvent, parfois, générer les modèles économiques et les coûts de coordination. Une prise en charge globale et holistique du patient, « ne saucissonnant pas la médecine », leur paraît demeurer la clef de la qualité des soins. Les représentants des structures de

soins coordonnés auditionnés par la mission ont estimé pour leur part que cette vision globale du parcours de soins pouvait être assurée, et même renforcée, dans leur cadre d'exercice.

[106] Le rapport « Trajectoires » de l'IGAS a noté, dans ses développements concernant l'opportunité de création d'une profession « intermédiaire », les risques majeurs associés à la multiplication d'acteurs intervenant successivement ou en parallèle autour du patient : fragmentation du parcours de soins allongeant les délais de rencontre avec le professionnel compétent ; risque d'une communication insuffisante entre les professionnels ou de propositions de stratégie thérapeutique divergentes aboutissant à des erreurs de diagnostic ou des incohérences de traitement et conduisant *in fine* à une perte de confiance du patient dans le système de soins. C'est la raison pour laquelle la mission insistait fortement, d'une part, sur la nécessité de préserver la place centrale du médecin traitant, qui assure la définition de la stratégie thérapeutique, et la coordination entre tous les professionnels, garantissant la cohérence des soins et, d'autre part, sur l'encouragement des modalités collectives d'exercice, qui offrent un cadre beaucoup plus adapté que l'exercice isolé au développement des collaborations interprofessionnelles et au partage des informations.

- Des risques de non satisfaction des besoins en kinésithérapie pour des pathologies complexes ou traitées en établissement de santé sont soulevés

[107] Alors que l'on observe d'ores et déjà des tensions pour le recrutement ou le maintien en activité des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à l'hôpital, l'une des inquiétudes des médecins hospitaliers est que ce vivier se tarisse en raison de l'appel d'air vers l'exercice libéral que risque de provoquer la mise en place d'un accès direct, ce qui pourrait motiver une négociation avec la profession pour conditionner l'accès direct à des engagements en matière d'implantation territoriale d'une part et de durée d'exercice minimale à l'hôpital d'autre part. La mission estime que la recherche de ce compromis est pertinente mais qu'elle est prématurée : c'est à la lumière des enseignements de l'expérimentation que pourra intervenir une discussion objectivée entre les pouvoirs publics et la profession au sujet de ce type de mesures complémentaires.

[108] Les syndicats et CNP de médecins ont relevé, pour les déplorer, les difficultés d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes, notamment les soins complexes liées aux rééducations post-opératoire, post-accident vasculaire cérébral (AVC) et pour les pathologies liées au handicap ou aux maladies neurodégénératives. D'une certaine façon, ils ont estimé que les problématiques des deux professions étaient proches. Dégager du temps, limiter certaines activités à faible valeur ajoutée ou pouvant être exercées par d'autres professionnels (rééducation et incitation à la marche en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], soins de confort pour les sportifs, balnéothérapie...) pour se concentrer sur les cas complexes : autant d'enjeux, aussi, pour la profession de masseur-kinésithérapeute.

[109] De ce fait, a été largement évoqué par le corps médical le risque que le masseur-kinésithérapeute privilégie dans sa file active de patients les situations en accès direct et les consultations les plus rémunératrices ou gratifiantes, au détriment du cœur de métier de la rééducation et de la satisfaction des besoins adressés par les médecins.

- Enfin, l'enjeu des responsabilités juridique et médicale peut être soulevé

[110] Certains syndicats de médecins ont évoqué le risque que les médecins soient conduits à prendre en charge des situations plus complexes, avec, potentiellement, des effets sur leur responsabilité civile professionnelle en cas de retard ou d'erreur de diagnostic à la suite d'une prise en charge en accès direct par un masseur-kinésithérapeute. Ce risque paraît cependant limité : les professionnels paramédicaux assument déjà en propre la responsabilité de leurs interventions, en cas de faute personnelle et dans le cadre de leurs missions. Quand ils exercent en tant que salariés,

hors faute personnelle, la responsabilité est assurée par l'employeur. Lors de son audition, le HCPP a cependant rappelé à la mission la nécessité que les masseurs-kinésithérapeutes soient couverts par leur responsabilité civile professionnelle s'ils étaient amenés à intervenir en dehors du champ de compétences aujourd'hui défini par le code de la santé publique.

1.3.1.3 Les gains d'efficience liés à l'accès direct devront être précisés par l'expérimentation

- L'accès direct pourrait limiter le recours à certains actes et prestations

[111] Les syndicats de masseurs-kinésithérapeutes soulignent que les affections musculo-squelettiques constituent la première cause d'arrêt de travail et un facteur important, en cas de chronicisation, de dépressions et troubles psychiques (en même temps qu'elles peuvent en être un symptôme). Une intervention précoce serait donc susceptible de limiter des coûts des prestations en espèces de l'assurance maladie en même temps que de certaines prestations en nature (examens radiologiques voire biologiques, prescriptions de médicaments ou d'appareillages, consultations de médecins spécialistes – et, potentiellement, nombre de séances de rééducation y compris). Selon le même raisonnement, ce raccourcissement des délais d'intervention pourrait induire une baisse des taux d'incapacité permanente partielle (IPP) ou de l'ampleur des pertes d'autonomie constatées chez les patients.

[112] Ces organisations jugent que le risque pour l'assurance maladie de financer des soins inutiles est, au regard de la tension que connaissent les masseurs-kinésithérapeutes sur leur file active de patients, marginal : la profession estime qu'il y a peu de risques d'assister à une inflation du nombre d'actes par patient.

[113] Comme indiqué précédemment, des représentants des médecins ont mentionné le risque d'une concentration de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes sur les actes les plus brefs et/ou rentables, voire sur des activités à la pertinence discutable, de confort (balnéothérapie, promotion du bien-être par le sport). L'allongement du nombre de séances sans bénéfice pour le patient, en routine, est un autre enjeu risque dont devra tenir compte l'expérimentation : cette situation, si elle devait se réaliser, peut retarder le diagnostic (en particulier du fait du retard dans la prescription d'imagerie) et favoriser la chronicisation d'une pathologie, avec des risques de retard dans la prescription d'imagerie. La maîtrise médicalisée des actes de kinésithérapie reste complexe à conduire en raison d'une nomenclature fruste, ce qui pourrait évoluer courant 2022, et du faible nombre des recommandations de la HAS sur le champ d'intervention de cette profession.

- Les effets de vase communicant des revenus entre les professionnels de santé concernés ne paraissent pas constituer un enjeu majeur

[114] En théorie, l'accès direct est susceptible de priver les médecins prescripteurs d'une partie de leur clientèle, avec un risque de perte de revenus, qui pourrait fragiliser, à terme et pour certains d'entre eux, le modèle économique de l'exercice médical libéral. D'autre part, la mise en œuvre de l'accès direct est susceptible d'occasionner un transfert d'activité des ostéopathes et chiropracteurs (fréquemment saisis en premier recours) vers les masseurs-kinésithérapeutes.

[115] Cependant, la crainte de perte de revenus n'est pas apparue comme l'un des motifs d'inquiétude principaux des représentants des médecins auditionnés. Si la « perte » de consultations simples, de simple confirmation de l'adressage vers l'auxiliaire médical, est de nature à faire baisser le nombre d'actes les plus rentables (à temps limité) et, *a contrario*, à augmenter la part relative des consultations complexes, la gestion de la file active des patients et la problématique du temps de travail sont apparues dominantes dans les entretiens conduits par la mission.

[116] L'accès direct est aussi susceptible de conduire à des mouvements entre ville et hôpital, et notamment à une diminution du recours aux services d'urgence. La diminution de la place des soins programmés non-critiques dans l'agenda des médecins généralistes peut en principe réduire les délais de réponse et le report vers les services d'urgences des patients, sans diminuer l'activité quotidienne des médecins, relevait le rapport « Trajectoires » de l'IGAS.

1.3.2 Des visions non convergentes qui révèlent des aspirations différentes et légitiment une demande de garanties dans la conduite de l'expérimentation

1.3.2.1 La profession des masseurs-kinésithérapeutes s'inscrit dans une perspective de reconnaissance de ses compétences et de son art

[117] Les bénéfices attendus de l'accès direct aux soins de masso-kinésithérapie, tels qu'il ont été décrits *supra*, ne diffèrent pas fondamentalement de ceux qui sont recherchés par les protocoles de coopération tels que les encadre aujourd'hui l'article 66 de la loi du 24 juillet 2019⁴⁰. Il s'en déduit que les indicateurs d'évaluation devront prioritairement avoir trait à l'accessibilité des soins pour le patient (diminution des délais de rendez-vous, moindre renoncement aux soins) et au contenu et à l'intensité de l'activité des professionnels (recentrage de l'activité médicale sur les actes les plus complexes, la prise en charge d'urgences et la coordination et le suivi des soins, élargissement des responsabilités voire des compétences de la profession prescrite), dans un contexte de maîtrise des coûts et de recherche d'une meilleure efficacité globale du système.

[118] L'accès direct se distingue cependant de la logique des protocoles de coopération ou de la pratique avancée au regard du critère de répartition des compétences entre professionnels :

- Dès lors que l'accès direct se définit par l'absence de prescription médicale, la relation entre médecin et masseur-kinésithérapeute ressortit moins à une supervision de l'un par l'autre qu'à des échanges et retour d'informations, d'une part, et à des ré-adressages, en cas de difficulté ou de cas complexe, du masseur-kinésithérapeute vers le médecin traitant, d'autre part ;
- A l'inverse de la logique des protocoles de coopération ou de de la pratique avancée, l'accès direct ne poursuit pas, *a priori*, d'objectif d'évolution des compétences de l'auxiliaire médical, même si l'accès direct suppose que le masseur-kinésithérapeute dispose des compétences pour assurer la qualité et la sécurité des soins qu'il prodigue sans prescription médicale ;
- Bien que le dispositif expérimental prévu par l'article 73 de la LFSS pour 2022 s'appuie sur les structures d'exercice coordonné, la réflexion sur l'organisation optimale des soins de premier recours est moins prégnante.

⁴⁰ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

[119] La mission estime que la profession est disposée à évoluer vers ce qui ressemble beaucoup à de la pratique avancée, dans le cadre de leur aspiration à une forme d'exercice plus autonome, proche de celle des professions médicales à prescription restreinte, comme les sages-femmes, ce qui ne lui a jusqu'à présent pas été proposé, en l'absence de textes d'application de l'article 119 de la loi du 26 janvier 2016. En témoigne une note de synthèse publiée par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) kiné d'Ile-de-France qui définit les compétences et activités élargies que pourraient revendiquer les masseurs-kinésithérapeutes dans un cadre qui serait proche de celui d'une profession médicale à prescription restreinte :

- « La formulation d'un diagnostic médical,
- La prescription et l'interprétation d'examens diagnostics,
- La prescription de certaines classes médicamenteuses,
- L'orientation des patients vers des soins spécialisés (médecins spécialistes, services hospitaliers...),
- L'organisation de la sortie du patient lorsqu'il est hospitalisé,
- La réalisation de certaines interventions thérapeutiques et invasives telles que des injections intra-articulaires,
- La réduction de fractures et la réalisation d'un plâtre. »⁴¹

[120] Dans ce contexte, l'accès direct constitue d'ores et déjà une évolution vers une plus grande autonomie.

[121] Les masseurs-kinésithérapeutes s'estiment en capacité d'assurer une prise en charge en amont de la consultation des médecins généralistes pour des soins non-programmés mais aussi dans le cadre du suivi et de l'éducation thérapeutique de patients atteints de maladies chroniques, d'activités de suivi préventif et de dépistage, sans restriction de l'accès direct selon les caractéristiques des actes ou des patients. En contrepartie, et dans l'intérêt du patient comme des autres intervenants dans son parcours de soins, la profession semble prête à prendre des engagements en termes de retours vers le médecin traitant, de mise en œuvre d'un raisonnement clinique permettant d'établir un diagnostic d'exclusion et de pré-requis de formation (initiale ou continue). Les représentants de la profession admettent que la maîtrise du diagnostic d'exclusion qui permet, sur le fondement d'une évaluation du patient et de l'application d'une grille de référence (« drapeaux rouges »), au masseur-kinésithérapeute d'identifier les situations dans lesquelles il doit réadresser le patient vers le médecin, n'est aujourd'hui reconnue qu'aux jeunes formés postérieurement à la réforme de la formation initiale (cf. *supra* 1.2.1.3). Ils estiment cependant que la très grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes maîtrisent les critères d'Ottawa⁴². Une partie des interlocuteurs de la mission est également prête à considérer le principe d'une limitation du nombre de séances en accès direct/patient, comme cela se pratique pour les actes sur prescription lorsque la HAS le recommande.

[122] Pour les représentants de la profession, l'ouverture d'un accès direct s'inscrit « dans le sens de l'histoire » : cette mesure va permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de faire valoir toutes leurs compétences (qu'ils jugent sous-utilisées) et leur expertise au service des patients. Elle sera la reconnaissance et la sécurisation d'une pratique quotidienne, la mise en œuvre d'une autonomie encadrée ne compromettant pas la qualité des soins.

⁴¹ Anthony Demont, *La pratique avancée en kinésithérapie*, novembre 2020.

⁴² Liste de règles publiées en 1992 par une équipe du service d'urgences du *Ottawa Civic Hospital* (Ontario) pour déterminer si une imagerie est nécessaire en cas de blessure à la cheville et au pied (puis étendues au genou, etc.).

1.3.2.2 L'expérimentation devrait tenir compte des craintes émises par le corps médical, ainsi que des prérequis que ses représentants proposent

[123] Lors des débats sur le PLFSS pour 2022, un courrier conjoint de l'Ordre des médecins et des syndicats de médecins libéraux a été adressé à la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat. Ses auteurs faisaient état de leur opposition aux dispositions du texte créant des expérimentations d'accès direct (aux masseurs-kinésithérapeutes mais également aux orthoptistes, orthophonistes et infirmiers en pratique avancée) au motif que ces initiatives « vident de leur sens les missions du médecin généraliste ». Ils indiquaient par ailleurs ne pas comprendre « l'urgence à légiférer » alors que « des organisations territoriales, formalisées ou non, sont en cours de déploiement rapide sur le terrain ».

[124] Les organisations syndicales et professionnelles auditionnées par la mission ont eu un discours convergent sur ce point, même si des nuances ont pu être apportées. Ne pas mettre le patient en danger et ne pas porter atteinte au parcours de soins (et le rôle central du médecin traitant dans celui-ci) constituent les enjeux majeurs. Sur le fond, le corps médical est apparu à la mission favorable à des délégations de tâches si celles-ci sont organisées dans un cadre de coopérations interprofessionnelles bien défini et encadré. Il apparaît en revanche très réservé voire hostile à des délégations de compétences, la première et la plus essentielle étant celle du diagnostic médical.

[125] Dès lors, selon les auditions conduites par la mission auprès des représentants des médecins, l'expérimentation devrait prioritairement cibler des parcours ne comportant ni analyse diagnostique, ni définition de stratégie thérapeutique, ni risque grave lié à leur réalisation pour le patient, c'est-à-dire concerner les actes de masso-kinésithérapie pour lesquels existent des assurances sérieuses de bénéfice pour le patient et le moins de doutes concernant leur pertinence. Cette exigence sera d'autant plus nécessaire si les actes en accès direct sont soumis au régime de droit commun s'agissant de leur tarif et de leur niveau de remboursement.

[126] Des critères d'âge du patient, de durée de la prise en charge par le masseur-kinésithérapeute, de localisation des organes concernés, de caractère chronique/aigu des affections, de comorbidités seraient donc à considérer. A titre d'exemple, selon la société française de pédiatrie, « il ne [nous] semble pas exister d'indications d'accès direct au masseur-kinésithérapeute pour des mineurs compte tenu des spécificités physiopathologique des enfants et des adolescents et surtout des difficultés diagnostiques en lien avec une sémiologie très différente de l'adulte qui constitue autant de pièges diagnostiques associés à de possibles retards thérapeutiques et pertes de chances. Le risque de « mésusage » du recours en accès direct pour des indications sans aucun niveau de preuve établi nous semble également important en pédiatrie, la bronchiolite en étant l'exemple le plus parlant ».

[127] Sur le plan de la méthode, les différentes organisations auditionnées jugent impérative une concertation entre masseurs-kinésithérapeutes et médecins avant toute expérimentation.

[128] Nonobstant les oppositions de principe, plusieurs pré-requis ou lignes rouges ont été évoqués lors des auditions. La mission formulera en partie III ses propres préconisations mais juge utile d'en faire ici état, selon l'ordre de priorité qu'elle a perçu :

- Au terme de l'expérimentation, une évaluation scientifique et concertée de ses résultats ;
- Pendant l'expérimentation :
 - La définition précise des conditions de recours à chaque professionnel (identification des périmètres d'intervention, conditions d'adressages mutuels entre les professionnels) ;

- Le retour d'information vers le médecin traitant : il s'agit de faire en sorte que des bilans soient adressés de façon directe et simplifiée au médecin traitant (notifications de type « *pop-up* »), avec une traçabilité des diagnostics posés, des actes effectués et des résultats obtenus ;
- La garantie des compétences des masseurs-kinésithérapeutes intervenant dans l'expérimentation, afin de favoriser la confiance entre professionnels, ainsi que la mise en place de normes déontologiques, sous contrôle ordinal. La mission a perçu qu'il s'agissait de facteurs de réassurance majeurs au regard des perspectives d'ouverture de l'accès direct ;
- Un intéressement du médecin qui se dessaisit d'une partie de son activité, au regard des coûts de coordination supplémentaires induits et des pertes de revenus.

1.3.2.3 L'accès direct apparaît donc comme une troisième voie, en matière d'évolution des compétences des auxiliaires médicaux, qu'il conviendra d'articuler avec les autres dispositifs en cours de déploiement

[129] Le rapport « Trajectoires » de l'IGAS a insisté sur la nécessité, en cours même de déploiement d'expérimentations diverses dans leur calendrier et leurs modalités, de conserver une cohérence aux différentes initiatives :

- La délégation d'actes aux auxiliaires médicaux, sous le contrôle et la supervision du médecin, a vocation à s'organiser dans le cadre des protocoles de l'article 66 ;
- Le transfert de la prise en charge et de l'accompagnement à l'auxiliaire médical, pendant une partie du parcours du patient, avec en cible une réflexion sur l'évolution des compétences de l'auxiliaire médical, ressortit au champ de la pratique avancée ;
- L'accès direct enfin, qui a fait l'objet d'une analyse nuancée de l'IGAS, dans le cadre de la réflexion sur les niveaux d'autonomie possibles de « professions intermédiaires »⁴³

[130] Le dispositif prévu par l'article 73 de la LFSS 2022 paraît, au vu des débats parlementaires comme de la lettre du texte, relever d'une logique mixte.

2 Les éléments d'évaluation a priori de l'opportunité ou des risques de l'accès direct sont limités

[131] La mission a tenu compte du nouveau contexte créé par la LFSS pour 2022 et n'a pas, comme l'envisageait la lettre de mission, évalué le risque de progression de ces dépenses de soins en cas d'accès direct partiel ou généralisé. Indépendamment de l'évaluation du bénéfice/risque pour le patient, la mission souhaite rappeler que l'évaluation du coût de l'accès direct (ou des économies qu'il génère) suppose de prendre en compte des effets directs et des effets indirects.

[132] Les effets directs concernent à titre principal des transferts de charges entre médecins prescripteurs et masseurs-kinésithérapeutes. Leur ampleur va dépendre de :

- La nature des actes transférés ou des pathologies et publics concernés (effet périmètre) ;

⁴³ Cf. Annexe 6, tome 2 de « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé », IGAS n°2021-051 (novembre 2021).

- Le coût des actes transférés (effet prix) ;
- Les taux de recours direct aux masseurs-kinésithérapeutes par les assurés et le nombre de séances (effet volume).

[133] Les effets indirects, dont il a été établi dans l'examen des expériences étrangères qu'ils étaient déterminants pour l'appréciation globale du dispositif (cf. 2.2.), concernent :

- Les prescriptions d'examens radiologiques, biologiques, de médicaments et de produits de santé ;
- La sollicitation des services d'urgence ;
- L'adressage vers les soins de second recours (médecin traitant, médecin spécialiste, services de médecine chirurgie obstétrique [MCO]) ;
- Les indemnités journalières versées au titre de la maladie ou des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) ;
- Un transfert d'activité des chiropracteurs et ostéopathes vers les masseurs-kinésithérapeutes en accès direct⁴⁴ et une reprise de l'exercice libéral de masseur-kinésithérapeute par les diplômés en masso-kinésithérapie qui ont choisi d'exercer en tant qu'ostéopathes.

[134] L'évaluation prévue par l'article 73 devra permettre d'évaluer le poids respectif de ces différents effets. Si les protocoles de coopération autorisés par les arrêtés du 6 mars 2020 ne fournissent, à ce stade, guère d'enseignements, les expériences étrangères sont plus éclairantes. Néanmoins, elles s'inscrivent dans des cadres nationaux très spécifiques. Comme le note une revue de littérature⁴⁵, il n'existe à ce jour aucune étude globale évaluant la réduction des coûts engendrés par la mise en place d'un accès direct, à efficacité de prise en charge comparable et à l'échelle d'un système national de santé.

2.1 Dans le contexte d'une faible appropriation des protocoles de coopération, l'expérimentation d'un accès direct témoigne d'un changement d'approche

2.1.1 Le déploiement des protocoles nationaux de coopération entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes est balbutiant

2.1.1.1 Deux protocoles de coopération en vigueur, l'un portant sur la douleur lombaire aiguë de moins de quatre semaines et l'autre sur l'entorse de cheville

[135] **Les coopérations entre professionnels de santé visent à améliorer les parcours de soins, au bénéfice des patients, tout en apportant des réponses aux attentes réelles ou supposées des professionnels :**

- Libération de temps médical permettant aux médecins de se concentrer sur les activités à haute valeur ajoutée dans un contexte de tension sur l'offre⁴⁶ ;

⁴⁴ L'édition 2020 du registre annuel des ostéopathes publié sur la base d'ADELI fait état de 10 573 ostéopathes également masseurs-kinésithérapeutes.

⁴⁵ Piano, Viceconti, Ciuro : « *Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review* », The journal of physical therapy science, 2017.

⁴⁶ Principe récusé par un certain nombre de médecins, qui revendiquent de conserver des consultations « simples » pour équilibrer leur modèle économique dans un système largement dominé par le paiement à l'acte.

- Meilleure reconnaissance de leurs compétences s'agissant des masseurs-kinésithérapeutes.

[136] Dans le cadre de ces protocoles, le médecin généraliste (déléguant) délègue à un professionnel de santé non médecin (délégué) la démarche clinique (confirmation ou non du diagnostic) et la prise en charge thérapeutique prévue par chaque protocole. Le professionnel de santé délégué applique strictement les modalités prévues dans les protocoles.

[137] Deux protocoles nationaux organisent la coopération entre médecin(s) et masseurs-kinésithérapeute(s) dans le cadre de structures pluri-professionnelles :

- L'un porte sur la prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines ;
- L'autre sur la prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville.

[138] Il s'agit de la reprise de protocoles locaux⁴⁷, rédigés sur le fondement de l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009, dite loi HPST⁴⁸. En application de l'article 66 de loi du 24 juillet 2019, dite loi OTSS⁴⁹, deux arrêtés ministériels⁵⁰ ont ensuite converti ces protocoles en protocoles nationaux de coopération (PNC). Un troisième protocole, relatif à l'adaptation de l'oxygénothérapie dans le cadre de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), a été validé par la HAS en 2021⁵¹ mais n'est encore mis en œuvre dans aucune région⁵².

[139] Le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) porte une appréciation positive sur les pathologies retenues dans le cadre de ces deux protocoles. La profession s'était, de fait, prononcée en faveur de la mise en œuvre de protocoles de coopération permettant la prise en charge par les masseurs-kinésithérapeutes des quatre pathologies suivantes : l'entorse de cheville et la lombalgie aiguë, qui font l'objet des deux PNC existants, mais également la bronchiolite⁵³ et la cervicalgie aiguë. En revanche, certains représentants de médecins spécialistes contestent l'approche par pathologie : *« les patients ne sont pas des "codes-barres" : ils n'ont pas écrit "lombalgie commune" sur le front »*.

[140] Si la simplification apportée par les dernières évolutions législatives est accueillie favorablement, le principe d'une généralisation sans concertation préalable suscite des critiques. Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), les syndicats de médecins, le Haut conseil des professions paramédicales (HCPP) et plusieurs sociétés savantes entendues par la mission regrettent le manque de concertation⁵⁴ - qualifié par certains de politique de mise devant le

⁴⁷ Protocoles initiés par des professionnels de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) des Allymes, située à Ambérieu-en-Bugey dans l'Ain (01).

⁴⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST.

⁴⁹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite loi OTSS.

⁵⁰ Arrêtés d'autorisation du 6 mars 2020, publiés au *Journal officiel* le 8 mars 2020.

⁵¹ HAS, Avis du collège n° 2021.0003/AC/SBP du 21 janvier 2021, *« Adaptation de l'oxygénothérapie d'effort dans le cadre d'un programme de réhabilitation respiratoire en ambulatoire pour des patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique sans comorbidités significatives »*.

⁵² IGAS, rapport 2021-051R, *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, t2, p 22 (Novembre 2021).

⁵³ Selon les recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé, les techniques de kinésithérapie respiratoire par drainage postural, vibration, *clapping* sont contre-indiquées dans la bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois.

⁵⁴ En théorie, les protocoles nationaux sont rédigés par des équipes sélectionnées dans le cadre d'appels à manifestation d'intérêt (AMI) publiés par le conseil national des coopérations interprofessionnelles, avec l'appui des conseils nationaux professionnels et des ordres des professions concernées. Ils sont ensuite autorisés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute autorité de santé qui se prononce sur leur compatibilité avec l'article R. 4011-12 du Code de la santé publique qui définit les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé (cf. 3.3.2.).

fait accompli – ainsi que l’absence d’évaluation scientifique préalables à l’extension du dispositif à l’échelle nationale.

2.1.1.2 Des modalités de mise en œuvre jugées dissuasives

[141] **Sur le terrain, le principal reproche adressé aux protocoles tient à la lourdeur administrative du dispositif**, qui s’incarne dans :

- **La complexité des procédures**, en particulier les itérations entre les niveaux local (équipes promotrices), régional (ARS) et national (ministère chargé de la Santé et HAS), les délais d’instruction par la HAS, ou encore le caractère « personne-dépendant » des protocoles.

Procédure relative à la déclaration de mise en œuvre d’un protocole national de coopération (PNC)

Les structures d’emploi ou d’exercice déclarent la mise en œuvre du protocole national autorisé auprès de leur agence régionale de santé (ARS) via le portail en ligne « Démarches simplifiées ».

Elles déposent, pour chaque membre de l’équipe volontaire, les pièces justificatives suivantes :

- Accord d’engagement daté et signé ;
- Copie d’une pièce d’identité ;
- Numéro d’enregistrement au tableau ordinal ou fichier professionnel spécifique et son justificatif ;
- Attestation sur l’honneur de l’acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre du protocole national.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et centres de santé (CDS) s’engagent à signaler à l’ARS toute modification relative aux membres de l’équipe engagée. La Caisse nationale et les caisses primaires d’assurance maladie ont accès à la plateforme qui leur permet d’identifier les structures et les professionnels adhérents au protocole.

- **Les modalités de rémunération retenues**, qui apparaissent peu compatibles avec les pratiques d’une majorité de professionnels, habitués à raisonner à l’acte.

Modèle économique et rémunération de l’équipe de soins impliquée dans la mise en œuvre d’un protocole

En application de l’arrêté du 10 septembre 2020, une prise en charge au titre d’un protocole de coopération est rémunérée à hauteur de 25 euros par patient.

La rémunération est globale et forfaitaire pour l’équipe de soins, elle inclut :

- Le temps de consultation du délégué ;
- L’éventuelle revoyure du médecin (déléguant) le jour même ou le lendemain ;
- Le temps de coordination entre professionnels de santé impliqués dans le PNC ;
- Les charges de structure (gestion, informatique...) ;
- La formation des délégués.

En cas de sortie d’un protocole à la suite de l’examen du délégué au regard d’un des motifs de sortie du protocole, la facturation du protocole n’est pas due mais le médecin pourra facturer son acte de consultation. Dans le cas d’une revoyure du médecin le jour même ou le lendemain, la facturation du protocole est due mais le médecin ne pourra pas facturer d’actes en sus.

Le forfait est versé à la structure. Pour les MSP, la rémunération des protocoles n'est autorisée que pour les MSP adhérentes à l'accord ACI. Pour les CDS, la rémunération des PNC n'est autorisée que pour les CDS signataires de l'accord national des CDS.

Le partage de la rémunération forfaitaire est libre entre les professionnels de santé impliqués dans le protocole.

En application des recommandations de la Haute Autorité de Santé, un 2^{ème} contact avec le délégué doit être organisé aux échéances suivantes :

- A J+3 pour le PNC « entorse de cheville » : ce 2^e contact, s'il est effectué, peut être facturé 25 € pour l'équipe de soins dans les mêmes conditions que le 1^{er} contact.
- Entre la 2^{ème} et la 4^{ème} semaine pour le PNC « lombalgie aigue » ; ce deuxième contact, s'il est effectué, peut être facturé 20 € pour l'équipe de soins ; contrairement au 1^{er} contact, il n'interdit pas la facturation d'éventuels actes réalisés par le délégant le même jour et le lendemain.

- **Le sentiment d'une délégation trop encadrée** : un certain nombre de masseurs-kinésithérapeutes ont témoigné de leur insatisfaction à l'égard des faibles marges d'autonomie accordées, notamment s'agissant des modalités de mise en œuvre du pouvoir de prescription prévu par les protocoles de coopération.

Le pouvoir de prescription

Les prescriptions prévues par les PNC (médicaments, actes, arrêt de travail) doivent être réalisées sur des ordonnances-types préétablies signées par le médecin délégant et mises à disposition du masseur-kinésithérapeute délégué pour co-signature. Les structures doivent ainsi mettre en place les prescriptions types préétablies signées par le médecin délégant et mises à disposition des professionnels délégués.

Certains des représentants des masseurs-kinésithérapeutes entendus par la mission ont fait valoir que ce dispositif était « *symptomatique de la volonté de maintenir le médecin dans un rôle de supervision qui ne correspond pas au paradigme d'un travail en équipe pluridisciplinaire avec transfert de compétence et de responsabilité* ».

- **Les difficultés d'accès à la formation,**
- Et, dans une moindre mesure, **des incertitudes juridiques liées au transfert de responsabilité.**

2.1.2 L'expérimentation d'un accès direct constitue une manière de pallier le manque d'appropriation des protocoles de coopération

2.1.2.1 La difficulté de tirer de quelconques enseignements des protocoles de coopération

[142] **Les protocoles nationaux sont assortis d'indicateurs de suivi.** Les équipes engagées dans les protocoles nationaux doivent notamment transmettre annuellement au CNCI les données suivantes :

- Le nombre de patients ayant été pris en charge au titre du protocole ;
- Le taux de reprise par les professionnels de santé délégants ;
- La survenue et le nombre d'événements indésirables s'il y a lieu ;
- Le taux de satisfaction des professionnels de santé adhérents au protocole.

[143] Il est à noter que ces modalités d'évaluation font l'objet de contestations. Ainsi, certains interlocuteurs de la mission ont affirmé avec force que « l'évaluation ne [pouvait] consister en une simple enquête de satisfaction des professionnels ayant adhéré au protocole ni même au seul recensement des possibles incidents. La délégation d'un acte ou d'une activité d'une profession justifiant au minimum de 9 années d'études à une profession paramédicale [...] nécessite que de véritables études [...] menées par des instances scientifiques externes reconnues (collèges professionnels des spécialités concernées) [évaluent] la délégation au regard de la qualité et de la sécurité des soins et de l'intérêt des patients ».

[144] **A ce jour, très peu de données relatives à la mise en œuvre des protocoles de coopération associant des masseurs-kinésithérapeutes sont remontées au niveau national :**

- En janvier 2022, trois protocoles avaient fait l'objet d'un enregistrement ou d'une déclaration via le système d'information COOP-PS ou, depuis 2019, via le portail « Démarches simplifiées » : deux en centres de santé et un en maison de santé pluriprofessionnelle ;
- Le code spécifique « GCO »⁵⁵ dédié à la facturation et au paiement des protocoles de coopération, mis en place à compter du 30 juin 2021, a été utilisé pour la rémunération de neuf actes relevant de l'un ou l'autre de ces deux protocoles⁵⁶.

[145] Ainsi, **en l'état de leur déploiement, les protocoles sont loin de préfigurer les évolutions nationales que certains acteurs appellent de leurs vœux.** Ils n'ont en effet pas permis d'apprécier à grande échelle l'intérêt de nouvelles modalités d'organisation entre les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes et s'apparentent davantage à la faculté de déroger, localement, à la répartition réglementaire des compétences entre professionnels volontaires. L'IGAS soulignait ainsi dans son récent rapport « Trajectoires » que, « si le succès des protocoles locaux et la faible mobilisation autour des nouveaux protocoles nationaux se confirmaient, [...] les protocoles [sont susceptibles de devenir] à terme un dispositif dérogatoire favorisant la souplesse d'exercice et l'émergence d'exceptions locales répondant aux besoins des acteurs [...] plutôt qu'un dispositif [...] précurseur d'évolutions plus profondes ».

[146] Les enseignements susceptibles d'être tirés des protocoles de coopération impliquant des masseurs-kinésithérapeutes sont essentiellement des enseignements *a contrario* :

- Fondamentalement, le modèle de la délégation de tâches ne répond qu'imparfaitement aux attentes des masseurs-kinésithérapeutes, ainsi qu'en témoignent les crispations suscitées par l'encadrement du pouvoir de prescription.
- Sur la forme, la légèreté des procédures et la souplesse des dispositifs apparaissent comme des conditions nécessaires à leur bonne appropriation. Sur ce point, la mission reprend pleinement à son compte les recommandations formulées dans le rapport « Trajectoires » de l'IGAS.

⁵⁵ Lettre-réseau LR-DDGOS-63/2021 de la CNAM définissant les modalités de mise en œuvre des protocoles de coopération des soins non programmés, autorisés par arrêtés du 6 mars 2020.

⁵⁶ En dépit d'un code unique, GCO, chaque protocole est identifiable grâce à des numéros fictifs de prescripteurs dédiés : 29199090 1 pour le protocole relatif à la prise en charge de la douleur lombaire aiguë de moins de quatre semaines et 29199091 9 pour celui relatif à la prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville.

2.1.2.2 La poursuite des objectifs au fondement des protocoles de coopération par d'autres moyens

[147] **La décision d'expérimenter un accès direct à la masso-kinésithérapie apparaît comme la résultante de deux facteurs :**

- Le constat que les deux protocoles nationaux de coopération ne permettront pas de produire des résultats à brève échéance ;
- La nécessité, en dépit de cette relative impasse, de prolonger le mouvement engagé dans un objectif affiché d'amélioration de l'accès aux soins, tout en apportant une réponse aux revendications de plus grande autonomie portées par les masseurs-kinésithérapeutes.

[148] **L'expérimentation d'un accès direct prolonge la démarche initiée dans le cadre des protocoles de coopération mais s'en distingue assez nettement.** Si les deux dispositifs conduisent à repenser la place respective du médecin et du masseur-kinésithérapeute, l'expérimentation n'implique pas, à la différence des protocoles de coopération, de délégation de tâches du premier vers le second. Il est en revanche attendu que le masseur-kinésithérapeute soit capable, en l'absence de prescription médicale, de distinguer précisément quelles sont les prises en charge qui relèvent de son champ de compétences et quelles sont celles qui n'en relèvent pas.

[149] **La maîtrise du diagnostic d'exclusion est au fondement de la logique consistant à ouvrir l'accès direct à des professions paramédicales.** Les masseurs-kinésithérapeutes doivent, lorsqu'ils prennent en charge des patients « non prescrits », être capable de reconnaître les pathologies et les situations qui impliquent l'exclusion du patient de leur périmètre d'intervention, c'est-à-dire les situations cliniques pour lesquelles l'intervention kinésithérapique est soit contre-indiquée soit potentiellement dangereuse. Cette démarche se rapproche de l'identification des « drapeaux rouges » (*red flags*), qui fait partie intégrante de la formation initiale depuis 2015.

[150] Toutefois, pour certains médecins entendus par la mission, la capacité à prendre en charge des patients en première intention ne requière pas seulement la maîtrise du diagnostic d'exclusion mais également la maîtrise du diagnostic différentiel. L'établissement d'un diagnostic différentiel – c'est-à-dire l'élaboration d'une liste des problèmes possibles pouvant être à l'origine des signes et symptômes chez un patient – constitue une partie importante du raisonnement clinique. Cette étape permet de procéder à des investigations appropriées visant à écarter certaines hypothèses et à confirmer un diagnostic définitif. Le diagnostic différentiel relevant du monopole de compétences des médecins, les masseurs kinésithérapeutes ne peuvent ainsi réaliser de diagnostic différentiel que dans le cadre d'une délégation de compétences, formalisée par un protocole strict et nécessitant une formation complémentaire centrée sur la pathologie faisant l'objet du protocole.

[151] **La maîtrise du diagnostic d'exclusion par les masseurs-kinésithérapeutes fait l'objet d'appréciations contrastées :**

- Pour certains, le diagnostic d'exclusion relève, d'ores et déjà, des compétences mises en œuvre quotidiennement par les masseurs-kinésithérapeutes, en particulier dans la prise en charge des patients qui se présentent à leur cabinet sans prescription médicale : c'est l'approche défendue par les masseurs-kinésithérapeutes mais également par certains médecins, notamment parmi ceux ayant l'expérience de la pratique en structure d'exercice coordonné.

- Pour d'autres, la mise en œuvre d'un diagnostic d'exclusion par les masseurs-kinésithérapeutes requiert une formation *ad hoc*, en particulier pour les masseurs-kinésithérapeutes diplômés antérieurement à 2019, qui n'ont pas bénéficié de la réingénierie de la formation. Des actions de formation continue leur permettant d'acquérir ce raisonnement clinique pourraient être organisées à leur intention.

Tableau 3 : Analyse comparée des protocoles nationaux de coopération et de l'expérimentation d'un accès direct à la masso-kinésithérapie

	① Protocoles nationaux de coopération médecin/MK	② Expérimentation prévue à l'article 73 LFSS 2022
Nature du dispositif	Mise en œuvre de délégations de tâches dans le cadre de protocoles non bornés dans le temps ⁵⁷	Expérimentation d'une nouvelle organisation du parcours de soins pour une durée de 3 ans
Objectifs poursuivis	Pallier certaines difficultés d'accès aux soins en permettant : • Aux médecins de se concentrer sur des actes à plus forte valeur ajoutée ; • Aux patients d'avoir accès plus rapidement à des soins en consultant directement un masseur-kinésithérapeute, sous réserve que celui-ci soit engagé dans un protocole l'autorisant à le prendre en charge (cas ①) ou se reconnaisse compétent pour le prendre en charge (cas ②).	
Perspective ouverte	Evolution des décrets de compétences des MK ⁵⁸	Démultiplication des points d'entrée dans le parcours de soins coordonnés
Dérogations aux dispositions (légal, réglementaires ou conventionnelles) de droit commun	• Réalisation d'un diagnostic d'exclusion par le MK⁵⁹ • Pouvoir de prescription accordé au délégataire (MK), sous supervision du déléguant (médecin) • Facturation <i>ad hoc</i>	• Mise en œuvre d'une démarche diagnostique d'exclusion par le MK⁶⁰
		• Prise en charge par l'Assurance maladie d'actes de masso-kinésithérapie non prescrits (dans des conditions à déterminer)

Source : Mission d'après législation

⁵⁷ La durée des protocoles nationaux de coopération, contrairement aux protocoles issus de l'article 51 de la loi HPST, n'est pas prédéfinie : il appartient au comité national de coopération interprofessionnelle d'y mettre un terme si leur évaluation le justifie.

⁵⁸ Le Conseil national des coopérations interprofessionnelles peut proposer à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui est décisionnaire, l'intégration des actes dérogatoires des PNC dans les compétences réglementaires des professions concernées ainsi que les modalités de financement et de rémunération définitives de ces actes par leur inscription à la Liste des actes et prestations (LAP). Il n'y a donc pas de passage en Commission de hiérarchisation des actes professionnels (CHAP).

⁵⁹ Voir paragraphe 150 du présent rapport.

⁶⁰ Voir paragraphes 149 et 151.

2.2 Les comparaisons internationales font apparaître que de nombreux pays ont admis un accès direct mais dans un cadre de remboursement ou pour des compétences professionnelles éloignées du système français

[152] A titre liminaire, la comparaison, si elle peut être éclairante sur bien des aspects, s'avère délicate s'il s'agit d'en tirer des modèles immédiatement reproductibles.

[153] La profession de masseur-kinésithérapeute au sens de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique correspond, à l'étranger, à plusieurs appellations distinctes, dont les plus répandues sont thérapeutes physiques et physiothérapeutes et qui recouvrent parfois non seulement la profession de masseur-kinésithérapeute mais peuvent également parfois englober pour partie des actes réalisés en France par des ostéopathes, voire des chiropracteurs.

[154] Les formations, si elles tendent à une forme de convergence, restent différentes, en lien avec des systèmes publics d'organisation et de délivrance des soins également différents.

[155] Le mode de financement des soins de masso-kinésithérapie n'est pas homogène ni au sein de l'Union européenne ni avec d'autres systèmes à l'international ; la France se distingue *a priori* par une forte socialisation des dépenses, le périmètre des actes remboursés étant large et le niveau de remboursement relativement élevé.

[156] Enfin, les effets sur la dépense de cet accès direct ou de pratique avancée n'ont pu être précisément documentés même si les données disponibles au travers de certaines études fournissent des indications intéressantes. De nombreuses études, généralement publiées par les organisations professionnelles et savantes de physiothérapeutes, tendent à démontrer une baisse des dépenses, qui résulte moins du différentiel de coût entre le médecin prescripteur et l'auxiliaire médical que de la moindre prescription d'imagerie, de médicaments et de consultations de second recours, et une satisfaction accrue du patient, liée à la diminution des délais d'accès aux soins.

[157] En termes de méthode et de sources, la mission s'est appuyée sur des études et sites publics (la liste figure en pièce jointe n°3) et sur un questionnaire adressé aux conseillers pour les affaires sociales (des réponses ont été reçues pour l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni). Elle s'est également fondée sur des échanges avec un correspondant du ministère néerlandais de la santé (contribution écrite) et, après mise en relation par les missions diplomatiques françaises, avec le président du conseil de l'ordre du Québec et des membres de l'Association de Physiothérapie du Canada.

2.2.1 L'accès direct est souvent présent, dans des cadres variés

2.2.1.1 La possibilité d'accès direct existe dans de nombreux pays

[158] L'accès direct est prévu dans de nombreux pays ; c'est aux États-Unis qu'il a été autorisé pour la première fois, dans l'Etat du Nebraska en 1957.

[159] L'enquête annuelle menée auprès de 105 organisations membres (sur 120) et publiée en janvier 2021 par Physiothérapie Mondiale⁶¹ (Conférence mondiale sur la physiothérapie WCPT

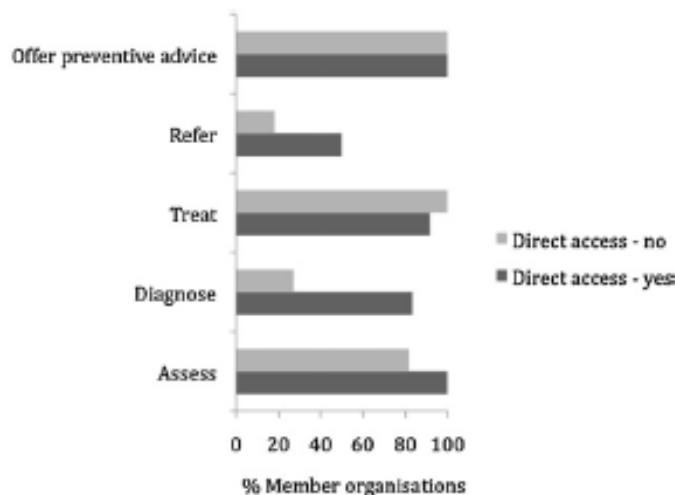
⁶¹<https://world.physio/news/press-release-surveys-reveal-global-state-physical-therapy-profession>.

Au 1^{er} janvier 2021, La WP compte 125 organisations membres (associations nationales, Syndicats, conseils de l'ordre...), représentant plus de 660 000 professionnels (rapport d'activité 2021).

devenue *World Physiotherapy* WP en 2020) révèle que l'accès direct est possible dans 58 % des pays ayant répondu et qu'il n'y a aucune restriction à la pratique en secteur privé dans 81 % d'entre eux.

[160] Des résultats similaires sont observés dans une enquête en Europe⁶², qui relève que l'accès direct est nettement plus largement développé auprès du secteur privé non remboursé (83 %) que du service public de santé (22 %). Elle souligne le lien entre la possibilité d'un accès direct et le champ d'exercice plus ou moins large reconnu au physiothérapeute.

Graphique 2 : Champs d'exercice et accès direct au physiothérapeute dans 23 pays de l'Union européenne



Source : T.J. Bury, E.K. Stokes- *Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union*

2.2.1.2 L'accès direct se décline selon des modalités diverses

[161] S'agissant des pays pour lesquels la mission a pu recueillir des données plus précises (cf. fiches pays en partie 2 de l'annexe 1), l'accès direct est, en pratique, possible sous deux modalités :

- Soit il est prévu par la législation : c'est le cas par exemple des Etats-Unis depuis 1957 et désormais dans tous les Etats⁶³, de l'Australie depuis 1976, du Royaume Uni depuis 1977 (mais non disponible dans toutes les structures de soins du *National Health Service*-NHS), du Canada depuis 1999⁶⁴, des Pays-Bas depuis 2006, de la Norvège depuis 2008.
- Soit il n'est pas possible dans le secteur public de santé mais reste possible dans le secteur privé à l'initiative et aux frais du patient : c'est le cas de l'Espagne, de l'Italie (sauf décisions régionales), de l'Allemagne, du Japon, ainsi que du Danemark pour les opérateurs privés qui ne sont pas sous convention avec la région ou la commune. C'est également le cas du Royaume-Uni pour les territoires ne disposant pas encore de service d'accès direct au physiothérapeute dans le NHS.

⁶² Bury TJ, Stokes EK. *Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. Physiotherapy* (2013).

⁶³ Sans restriction dans 18 d'entre eux.

⁶⁴ Il a été possible plus tôt dans certaines provinces : Québec dès 1990 par exemple.

[162] L'accès direct peut être totalement interdit : il en est ainsi dans certaines régions d'Italie (Piémont et Basilicate notamment).

[163] Dans les situations où cet accès direct est possible, il peut être encadré ou conditionnel :

- Une formation supplémentaire peut être requise : c'est le cas en Allemagne où, pour exercer en accès direct dans le secteur privé, le physiothérapeute doit obtenir également le titre de *Heilpraktiker*⁶⁵ en physiothérapie ;
- Il peut être encadré pour certaines populations : c'est le cas aux Etats-Unis par exemple où l'accès direct est possible pour les personnes relevant des programmes publics (*Medicare-Medicaid*) mais les programmes ne couvrent pas tous les soins qui doivent être délivrés par des professionnels ou établissements prévus par le « plan » de l'assuré et le remboursement est soumis à la présentation d'une ordonnance ce qui limite *de facto* la notion même d'accès direct ;
- Les droits associés à l'accès direct diffèrent aussi : ainsi notamment du droit de prescription accordé au physiothérapeute, très variable. Certains pays l'autorisent assez largement (Royaume-Uni, examens et médicaments, arrêts de travail), d'autres l'autorisent mais le limitent (possibilité pour les examens – radiologique au Québec, CT Scan et IRM dans l'Ontario, mais pas les médicaments), ou l'interdisent (Etats Unis). Au Québec, le physiothérapeute peut recommander des médicaments au pharmacien pour un patient donné, la délivrance des médicaments se fera alors sous l'autorité du pharmacien qui dispose d'un droit de prescription.

2.2.2 Les expériences étrangères et diverses études sur l'accès direct apportent des enseignements intéressants

[164] La mission s'est appuyée plus spécifiquement sur une vingtaine d'études ainsi que sur plusieurs revues de littératures⁶⁶. La plupart des études sont des enquêtes et études observationnelles mais on compte quelques études contrôlées et randomisées. La plupart concernent la prise en charge des affections musculo-squelettiques qui représenteraient jusqu'à 30 % de l'activité des généralistes britanniques selon une étude publiée en 2016 dans le *British medical journal*⁶⁷. Une bibliographie figure en pièce jointe n°3 à laquelle renvoient les notes de bas de page.

⁶⁵ Les *Heilpraktiker* sont les praticiens de santé (non médecins) en médecine naturelle ; ils exercent, après obtention d'un diplôme préparé en deux ans ; l'exercice de la médecine sans licence médicale est soumis à autorisation et des directives nationales encadrent depuis 2018 l'organisation de l'examen.

⁶⁶ - Heidi A.Ojha, Rachel S.Snyder and Todd E. Davenport : "Direct access compared to referred physical therapy episode care : a systematic review", *Psy Ther* 2014.

- Leonardo Piano, Filippo Maselli, Antonello Viceconti, Silvia Gianola, Aldo Ciuro : "Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review", *Ther. Sci.* 29: 1463-1471, 2017

- Demont A, Quentin J, Bourmaud A. : « Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : revue de la littérature », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2020

- Anthony Demont, Aurélie Bourmaud, Amélie Kechichian & François Desmeules (2019): *The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature*, - *Disability and Rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2019.1674388

- Matifat E, Méquignon M, Cunningham C, Blake C, Fennelly O, Desmeules : "Benefits of Musculoskeletal Physical Physiotherapy in Emergency Departments : a systematic review", *Phys Ther* 2019;99: 1150-66.

⁶⁷ Middleton : « Give patients direct access to physiotherapy », *BMJ* 2016.

2.2.2.1 Les constats relativisent très largement un risque de perte de chance pour le patient

[165] Le risque que ferait courir au patient l'absence d'examen médical fait partie des craintes largement exprimées par les médecins, mais aussi par certains patients. Les études comme l'expérience des pays ayant mis en pratique l'accès direct à la physiothérapie depuis de nombreuses années apparaissent sur ce point rassurantes.

[166] En premier lieu, les études disponibles font apparaître que le nombre de patients porteurs d'une affection grave lors de leur consultation en accès direct est très faible : moins de 1 % selon une étude australienne⁶⁸ portant sur des consultations pour lombalgie aiguë en centres de soins primaires. Les cas signalés de fractures non diagnostiquées en service d'urgence (2 cas – 1 017 patients – étude australienne – 2015 service d'urgence de Melbourne) n'apparaissent pas significatifs et peuvent également se produire aussi lors d'un examen médical⁶⁹.

[167] D'autres observations sur de larges cohortes dans des centres pratiquant l'accès direct aux Etats Unis (étude sur 40 mois, 472 013 consultations de patients militaires pour la première, étude dans un centre de soins universitaire sur 10 ans pour la seconde)⁷⁰, dans des services de soins primaires en Angleterre ou un service d'urgence au Québec⁷¹ n'identifient par ailleurs aucun effet indésirable ou complication.

[168] De manière plus générale, les pays qui ont choisi de pratiquer l'accès direct ne font pas remonter d'alerte laissant à penser que le risque pour le patient excède celui observé dans un modèle prescrit. Le président du conseil de l'ordre des physiothérapeutes du Québec souligne ainsi que les patients souffrant d'un traumatisme grave ou celles suivies pour des pathologies chroniques évolutives ou sévères continuent de voir leur médecin en première intention. Cette observation est cohérente avec le profil de patients qui recourent à l'accès direct à la masso-kinésithérapie aux Pays-Bas depuis 2006⁷² : des patients plutôt jeunes, souffrant de troubles musculo-squelettiques sans gravité particulière. Les physiothérapeutes y sont par ailleurs formés et aptes à renvoyer vers un médecin toute pathologie qu'ils ne pourraient prendre en charge, par la pratique du diagnostic d'exclusion (drapeaux rouges).

2.2.2.2 Des impacts favorables sont observés même si la charge de travail du médecin généraliste n'en paraît pas allégée

[169] Plusieurs effets positifs sont ainsi mis en évidence, avec les limitations et le niveau de preuve propres à chaque étude :

- **Une réduction du délai d'accès aux soins en services d'urgence comme en soins primaires** : le temps d'attente est réduit aux urgences (moins 25 à 35 minutes), tout comme le temps de prise en charge (moins 35 à 40 minutes) et un temps médical supérieur est consacré par les médecins urgentistes aux cas graves⁷³ ; le délai de prise en charge est réduit en soins primaires (44 % des patients sont reçus en moins de deux semaines par le physiothérapeute contre 36 % lors qu'ils passent par le médecin généraliste dans une étude écossaise)⁷⁴ ;

⁶⁸ Bibliographie [5] – [18] - [28]

⁶⁹ Bibliographie [19]

⁷⁰ Bibliographie [1] – [9] – [11]

⁷¹ Bibliographie [9] – [20]

⁷² Bibliographie [4] - [10]

⁷³ Bibliographie [18] - [19] - [20] – [28]

⁷⁴ Bibliographie [3]

- **Une meilleure qualité de diagnostic des masseurs-kinésithérapeutes** par rapport aux médecins généralistes et spécialistes (à l'exception des chirurgiens orthopédistes) dans le cas des pathologies musculo-squelettiques (étude américaine 2005) ⁷⁵ ;
- **Un parcours du patient plus fluide en terme de commodité (*convenience*) et plus efficient** : le nombre de consultations pour un épisode de soins chez la physiothérapeute est plus faible pour les patients en accès direct⁷⁶ ; le nombre de consultations subséquentes du médecin généraliste ou spécialiste l'est également (18 % des patients en accès direct contre 39 % pour ceux passés par le médecin ont eu plus d'une consultation avec le généraliste - étude écossaise - ; 2,5 % des patients adressés par un physiothérapeute à un spécialiste contre 8,2 % par le médecin généraliste – étude anglaise)⁷⁷, une autre étude évoque un taux de ré-adressement de moins de 1 %⁷⁸ ; le taux de retour aux urgences est moindre lorsque la prise en charge est faite par le physiothérapeute en service d'urgence pour des affections musculo-squelettiques⁷⁹ ;
- **Une plus faible consommations d'examens ou de médicaments** : on constate une moindre consommation d'examens d'imagerie (différence de 4 à 8 points entre les patients en accès direct et ceux passant par le médecin), de tests sanguins, et de consommations de médicaments dont celle d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'analgésiques (différence de 12 points) ⁸⁰ ;
- **De meilleurs résultats pour le patient et sa satisfaction.** De nombreuses études relèvent :
 - un niveau de douleur plus faible après une prise en charge en accès direct, que ce soit en soins primaires ou en service d'urgence (en Ecosse, Angleterre et Suède notamment)⁸¹ ;
 - une satisfaction du patient identique ou supérieure dans tous les cas de figure, soins primaires, soins d'urgences et second recours (orthopédie) et une meilleure appréciation de sa condition de santé par le patient (+9 %)⁸² ;
 - de meilleurs résultats en termes de respect du traitement, de qualité de vie, sans que soient constatés d'événement grave ou de décès en lien avec le mode de prise en charge⁸³ ; une réduction du niveau de handicap⁸⁴ ;

⁷⁵ Bibliographie [2]

⁷⁶ Bibliographie [4]

⁷⁷ Bibliographie [9]

⁷⁸ Monteith, Turner, McRitchie, Turner : « *Extended scope practitioner (physiotherapist) as first point of contact for musculoskeletal conditions in primary care* », Physiotherapy, 2019.

⁷⁹ Bibliographie [20]

⁸⁰. Bibliographie[3] – [9 – [27]] - Holdsworth and Webster – 2004 *Direct access to physiotherapy in primary care: Now? - And into the future June 2004 - Physiotherapy* 90(2):64-72 DOI:10.1016/j.physio.2004.01.005.

⁸¹ Bibliographie [3] – [12] – [17] – [18] – [26]

⁸² Bibliographie [9] - [27]

⁸³ Bibliographie [3] – [4] - [9] – [16] - [18] – [21] – [28]

⁸⁴ Bibliographie [19]

- **Des gains pour le système de santé** : il ressort un gain net en termes de coûts par épisode de soins (exemple de 1 004 USD contre 2 236 USD dans une étude, 1 448 USD contre 1 744 USD dans la seconde - Etats-Unis) ; des résultats comparables sont relevés dans deux études au Royaume-Uni, avec des coûts moyens de 9,55 £ contre 47,94 £ (étude 1993) et de 66,31 £ contre 88,99£ (2007 – Ecosse) par épisode⁸⁵. Le constat d'une économie est également valable si l'on raisonne en termes de coûts globaux de santé : selon une récente étude anglaise, le gain serait sensible en comparaison des soins habituels mis sous la responsabilité du médecin traitant (160 000 £ contre 211 000 £, soit 25 % de moins)⁸⁶ ;
- **Et un gain global pour la société** : le nombre de jours d'arrêt de travail après consultation est inférieur en accès direct (10,4 jours en accès direct contre 27,9 jours via le généraliste dans une étude britannique de 1993 ; 20 % des patients en accès direct concernés par un arrêt de travail contre 28 % en mode prescrit dans un autre en Ecosse)⁸⁷ ; et la chronicisation de certaines affections apparaît moindre⁸⁸.

[170] L'étude anglaise Stems 2⁸⁹ relève toutefois quelques résultats contradictoires, s'agissant des « gains » sur la consultation des médecins généralistes, dont le nombre augmente, et des arrêts de travail légèrement plus nombreux dans le groupe en accès direct.

[171] Si l'accès direct présente plusieurs intérêts selon ces études et les remarques de représentants des pays le pratiquant, il ne semble pas avoir d'effet sur l'allègement espéré de la charge de travail du médecin généraliste. C'était l'un des objectifs de la réforme aux Pays-Bas. Une étude en Ecosse⁹⁰ avait évalué à 20 % le temps de travail libéré pour le généraliste ; il est pourtant constaté aux Pays-Bas, parallèlement à la montée en charge du nombre de patients en accès direct, une augmentation des consultations auprès des cabinets généralistes⁹¹. Le même constat prévaut dans l'étude Stems 2 en Angleterre (cf. *supra*). Le président de l'ordre des physiothérapeutes du Québec, où les déserts médicaux sont d'une ampleur à la mesure du territoire⁹², indiquait à la mission que si l'accès direct avait un intérêt pour le patient en termes de délais et de fluidité du parcours, les listes d'attente auprès des médecins généralistes n'avaient pas diminué, ce qui renvoie à l'insuffisante densité médicale de manière plus générale.

2.2.2.3 L'exemple du Royaume-Uni : la stratégie de développement du recours direct au physiothérapeute dans le cadre du NHS

[172] Une étude britannique du *National institute for health and care excellence* (NICE) de 2018 sur la kinésithérapie en cas d'hospitalisation⁹³ a cherché à évaluer l'effet de soins de kinésithérapie « intensifs » en comparaison d'un second protocole comportant des séances moins nombreuses et/ou complétées par des activités « occupationnelles » (réapprentissage de la marche, exercices légers). Il s'agissait d'observer les effets sur les durées de séjours hospitaliers et les temps de récupération des patients, pour différentes pathologies y compris cardio-vasculaires, en comparant

⁸⁵ Bibliographie [3] - [9] - [18] - [28] et Mitchell and de Lissovoy - 1997 ; Pendergast and al. 2012t - Hackett en al. 1993 -

⁸⁶ Monteith, Turner, McRitchie, Turner : « *Extended scope practitioner (physiotherapist) as first point of contact for musculoskeletal conditions in primary care* », Physiotherapy, 2019.

⁸⁷ Bibliographie [3] - [9]

⁸⁸ Bibliographie [18] - [19]

⁸⁹ Bibliographie [22]

⁹⁰ Bibliographie [3]

⁹¹ Bibliographie [10]

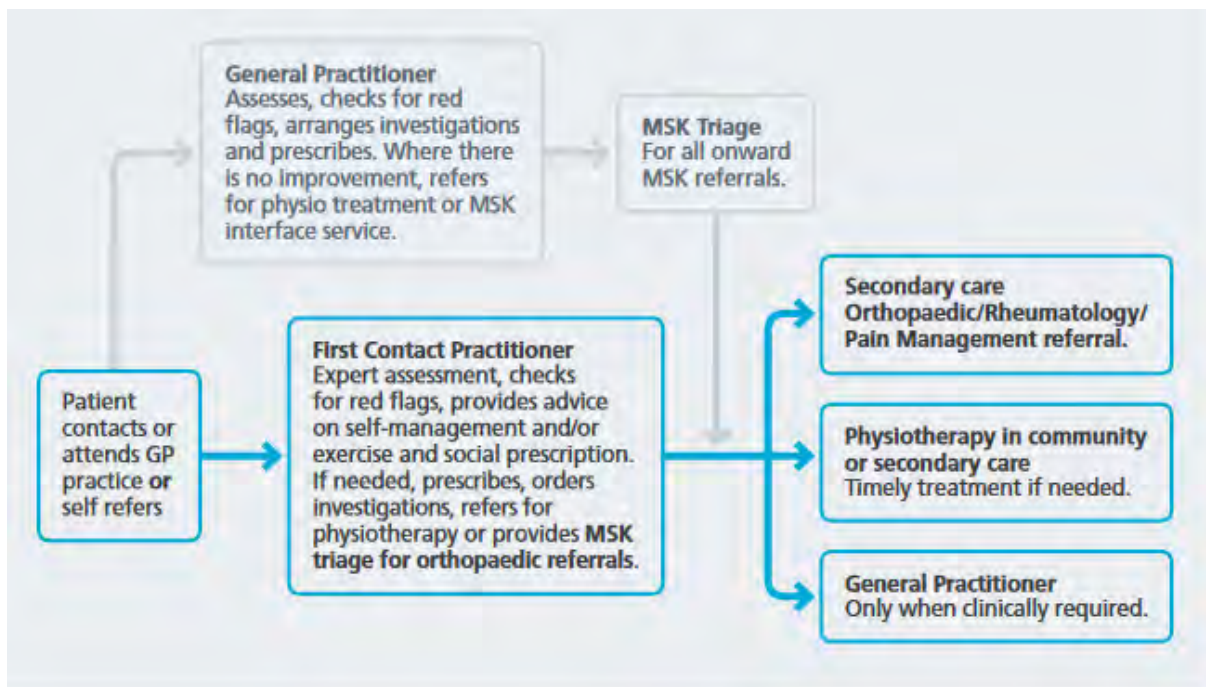
⁹² Trois fois la superficie de la France.

⁹³ National Guideline Centre: « *Enhanced inpatient access to physiotherapy and occupational therapy* », National institute for health and care excellence, mars 2018.

deux cohortes de patients hospitalisés pour des pathologies sévères. L'étude met en évidence une balance bénéfices/risques favorable, une efficacité clinique en termes de réduction des durées de séjour et de qualité de vie et un effet sur les dépenses de neutre voire favorable. La plus grande intensité en soins (facteur majorant de la dépense) est compensée par la baisse de la durée du séjour et de moindres complications (facteur minorant).

[173] Ces récentes études et, de manière générale, les divers constats nationaux et internationaux ont conduit le NHS à intégrer le recours direct au physiothérapeute dans sa stratégie nationale 2019-2024. Dans un document préparant la mise en place du « *First Contact Practitioner* » (FCP)⁹⁴, le NHS affiche un objectif visant à permettre à tout patient consultant en soins primaires pour une affection de type musculo-squelettiques de voir en premier contact un physiothérapeute à l'horizon 2024. Le dispositif « permettra une meilleure prise en charge des affections musculo-squelettiques et réduira l'adressage vers les soins de second niveau de recours ».

Graphique 3 : Le nouveau parcours d'accès aux soins de masso-kinésithérapie pour les affections musculosquelettiques au Royaume-Uni



Source : NHS - Elective Care High Impact Interventions: First Contact Practitioner for MSK Services - May 2019

[174] Cette stratégie passe par le recrutement affiché de physiothérapeutes dans les structures de soins primaires du NHS.

⁹⁴ NHS, Elective Care High Impact Interventions: First Contact Practitioner for MSK Services, May 2019.

2.2.3 Les contextes de déploiement de cet accès direct différent du cadre français tant en matière de formation que d'exercice et de remboursement des soins.

2.2.3.1 La formation universitaire est ancienne et bien ancrée

[175] Les pays pratiquant l'accès direct ont pour la plupart un modèle universitaire, et ce depuis longtemps. Les masseurs-kinésithérapeutes, comme d'ailleurs d'autres professions de santé, sont formés à côté des médecins et fréquentent les mêmes universités.

[176] La formation y est souvent plus longue et exigeante (4,5 ans +2 ans de formation universitaire préalable au Québec, doctorat aux Etats-Unis). Quant à l'Australie, même si le niveau d'entrée dans la profession se fait en licence, la profession y est reconnue depuis 1906 et jouit d'une grande considération. A l'instar des études de médecine, le recrutement se fait parmi les meilleurs élèves. Et la formation continue y est très développée et le parcours de carrière (*career pathway*)⁹⁵ soutenue par l'*Australian Physiotherapy Association*.

[177] Le positionnement et le rôle du physiothérapeute sont reconnus et, aux dires du président du conseil de l'ordre de Québec, bien compris par la population qui indique qu'en cas d'affectation musculo-squelettiques *a priori* sans gravité, les patients vont naturellement voir leur physiothérapeute « comme ils vont voir leur dentiste en cas de maux de dents ».

2.2.3.2 La proportion de physiothérapeutes peut y être importante dans les structures et établissements public et l'exercice collectif privilégié

[178] En Grande-Bretagne, le nombre de masseurs physiothérapeutes exerçant dans une structure relevant du NHS est de 22 323 (chiffres 2017) ce qui représente au moins 38 % des physiothérapeutes⁹⁶ ; au Québec, la moitié des physiothérapeutes (5 768) exerce dans un établissement public, la plupart en établissements publics de santé (hôpital ou centres de soins primaires)⁹⁷. L'association canadienne fait état de 65 % de professionnels en libéral, dont une majorité travaillent au sein de « cliniques » de physiothérapie ou en exercice collectif.

[179] Il est souligné à cet égard que la majorité des études concernant l'accès direct portent sur son application en structures de soins primaires ou en services d'urgences, dans le cadre donc d'une pratique *a minima* coordonnée et souvent sur un site unique.

2.2.3.3 Le remboursement des soins par l'assurance publique de base est souvent limité et/ou soumis à prescription

[180] Dans les pays où l'accès direct est possible, le remboursement des actes de kinésithérapie peut être encadré et limité. Ces limitations portent sur le type de publics pris en charge, le type de pathologies, le nombre de séances, le lieu de délivrance des soins.

[181] Ainsi, aux Etats-Unis, où le niveau de socialisation de la dépense est très faible (seulement un tiers de la population est couvert par une assurance publique), les soins en accès direct ne sont pas remboursés s'ils ne sont pas prescrits par un médecin. Pour le reste des patients, le remboursement

⁹⁵ 20160420_HWC_Whitepaper-APA Career Pathway_Final.

⁹⁶ Health and Care Professional Council - 2017 et 2020 pour le nombre de physiothérapeutes enregistrés, L'OCDE mentionnent 31 600 PT en exercice, ce qui donnerait un pourcentage bien supérieur à 70%.

⁹⁷ Statistiques au 11 janvier 2022 – Conseil de l'ordre des physiothérapeutes du Québec.

dépend du contrat d'assurance auquel ils ont souscrit. Certaines assurances privées exigent une recommandation formelle du médecin.

[182] En Australie, seuls les assurés pris en charge pour certains soins complexes et chroniques, voient leurs soins remboursés par l'assurance publique de santé, dans la limite de cinq séances par an. Ces séances doivent faire en outre faire l'objet d'une prescription médicale. En dehors de ces cas, c'est l'assurance complémentaire individuelle qui détermine le niveau de prise en charge.

[183] Aux Pays-Bas, qui ont introduit l'accès direct en 2006, ne sont pris en charge par l'assurance publique de base que les soins de physiothérapie délivrés dans le cadre d'une liste limitée de pathologies et pour un nombre limité de séances pour chacune. S'agissant des maladies chroniques, la prise en charge n'intervient qu'à partir de la 21^{ème} séance. Dans tous les cas de figure, une « preuve de diagnostic » doit être présentée pour le remboursement, à savoir un certificat d'un médecin.

[184] Au Royaume-Uni qui cherche à étendre l'accès direct dans le cadre du NHS, les soins de physiothérapie ne sont pris en charge que s'ils sont délivrés dans le cadre du NHS, soit une minorité actuellement. De même au Canada, seuls les soins délivrés par des structures publiques sont en principe remboursés, comme au Québec.

3 Propositions

[185] Face aux demandes de la profession et à l'intérêt que sont susceptibles d'y trouver les patients⁹⁸, il est nécessaire que l'expérimentation puisse être conduite dans des conditions permettant d'objectiver les effets de l'accès direct en matière de qualité et d'efficacité des prises en charge.

3.1 L'expérimentation repose sur plusieurs paramètres qu'il convient d'ajuster dans le cadre de concertations scientifiques et interprofessionnelles approfondies, au besoin en envisageant des modifications législatives

3.1.1 D'origine parlementaire, les dispositions législatives créant l'expérimentation d'un accès direct à la masso-kinésithérapie visent à remédier à des difficultés d'accès aux soins

[186] **Les dispositions relatives à l'expérimentation d'un accès direct aux soins de masso-kinésithérapie ont été introduites par voie d'amendement parlementaire** lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (PLFSS 2022) en première lecture à l'Assemblée nationale.

[187] **Les auteurs d'amendements visant à expérimenter l'accès direct aux soins de masso-kinésithérapie font systématiquement référence, dans l'exposé des motifs, aux difficultés d'accès aux soins.** Selon les auteurs de l'amendement n° 250 présenté par le rapporteur de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et plusieurs dizaines de députés dont Mme Stéphanie Rist, « 10 % [des Français] n'ont plus de médecin traitant et 6 millions vivent à plus

⁹⁸ Cf. par exemple Hery-Goisnard, Panchout, Hoarau, Desneux, Langlais : « Accès direct au masseur-kinésithérapeute : l'avis des usagers du système de santé français. Étude exploratoire » in Kinésithérapie, la Revue, Volume 19, n° 216, décembre 2019. Cette enquête sur un millier d'usagers du système de santé (auto-administrée sur internet et sans échantillonnage et donc à prendre avec prudence) indique que 90% des répondants seraient favorables à l'instauration de l'accès direct à la kinésithérapie mais qu'une minorité (26 %) seraient prête à consulter en accès direct sans remboursement.

de 30 minutes d'un service d'urgence dont 75 % en milieu rural » et « il est donc [dans de nombreux territoires] beaucoup plus difficile d'avoir accès à un médecin qu'à un professionnel paramédical ». Les masseurs-kinésithérapeutes étant une profession prescrite, ils estiment que « cette absence [de médecins] conduit à des retards voire des défauts de prise en charge préjudiciables à la santé [des patients] », notamment « ceux atteints d'affections de longue durée (ALD) [dont la prise en charge requiert des soins de kinésithérapie] : AVC, Parkinson, BPCO, polyarthrite, etc. ».

3.1.2 La loi détermine le périmètre géographique et la durée de l'expérimentation, ainsi que la liste des structures éligibles

3.1.2.1 Une expérimentation dans six départements pour une durée de trois ans

[188] **Le principe d'une expérimentation à l'échelle de six départements s'est rapidement imposé.** En effet, seul un amendement, rejeté lors de l'examen du texte en première lecture à l'Assemblée nationale, limitait à quatre le nombre de départements concernés par l'expérimentation.

[189] **Les propositions visant à contraindre davantage le pouvoir réglementaire dans le choix des six départements n'ont pas été retenues.** Le texte issu de l'adoption en première lecture au Sénat prévoyait que l'expérimentation ait lieu « dans au plus cinq départements d'une même région et dans au moins un département d'Outre-mer ». Ces précisions visaient, d'une part, à « rendre le dispositif plus cohérent et [à] permettre une meilleure visibilité par l'ARS du dispositif expérimenté » et, d'autre part, à « y inclure nécessairement un département ultra-marin⁹⁹ » afin de « garantir la diversité des territoires [engagés] dans ce dispositif ainsi que leur représentativité¹⁰⁰ ». Elles n'ont pas été retenues lors de la commission mixte paritaire.

[190] **La durée de l'expérimentation a été fixée à trois ans.**

3.1.2.2 La condition d'une pratique en exercice coordonnée et l'exigence de traçabilité, gages de qualité et de sécurité des soins

[191] En application du I de l'article 73 de la LFSS 2022, **l'expérimentation** consistant à permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de pratiquer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans **est soumise aux conditions suivantes** :

- **L'exercice au sein d'une structure coordonnée**

[192] La pratique en exercice coordonnée est régulièrement présentée comme un gage de qualité et de sécurité des soins. Aussi la proposition du Gouvernement de supprimer toute référence explicite aux structures d'exercice coordonné¹⁰¹ n'a-t-elle pas été retenue.

[193] Seuls les masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans l'une des structures suivantes sont autorisés, dans le cadre de l'expérimentation, à pratiquer leur art sans prescription médicale :

⁹⁹ Amendement 365 rectifié bis, adopté lors de l'examen du texte par la commission des affaires sociales du Sénat.

¹⁰⁰ Amendement n° 663 rectifié bis, adopté lors de l'examen du texte par la commission des affaires sociales du Sénat.

¹⁰¹ Amendement n° 2348, rejeté lors de l'examen du texte en première lecture à l'Assemblée nationale et dont l'exposé des motifs précisait cependant que l'expérimentation devrait être « menée préférentiellement dans les centres de santé et les maisons de santé pluri-professionnelles ».

- Les équipes de soins primaires – qui « peu[ven]t prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé » – et les équipes de soins spécialisés (article L. 1411-11-1 du code de la santé publique) ;
 - Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (article L. 1434-12 du code de la santé publique) ;
 - Les centres de santé (article L. 6323-1 du code de la santé publique) ;
 - Les maisons de santé (article L. 6323-3 du code de la santé publique).
- **La transmission au médecin traitant d'un bilan initial et d'un compte rendu des soins ainsi que le report de ces informations dans le dossier médical partagé du patient.**

[194] L'obligation d'un retour d'information en direction du médecin traitant apparaît comme une condition indispensable de la préservation du parcours de soins coordonnés.

3.1.3 L'éventuelle délimitation du champ d'activité des masseurs-kinésithérapeutes et le choix des départements concernés par l'expérimentation incombent au pouvoir réglementaire

3.1.3.1 Le choix des départements

[195] **Le choix des départements dans lesquels se déroulera l'expérimentation est laissé à l'appréciation du pouvoir réglementaire.** Le Gouvernement a simplement fait valoir, dans l'exposé des motifs de l'un de ses amendements¹⁰², que « les zones sélectionnées [...] seront préférentiellement situées en zones sous-denses dans l'objectif de maximiser l'effet sur l'accès aux soins dans des zones où il est plus difficile d'avoir accès à un rendez-vous médical ».

3.1.3.2 L'étendue du champ d'activité des masseurs-kinésithérapeutes

[196] **La loi ne se prononce pas sur l'étendue du champ d'activité des masseurs-kinésithérapeutes potentiellement concernée par l'expérimentation.** Cependant, la seule circonstance que les débats parlementaires n'évoquent pas la possibilité que l'expérimentation soit réservée à certains types de pathologies ou de publics ne permet pas d'affirmer que le législateur a entendu exclure cette éventualité.

[197] En effet, en subordonnant l'adoption des mesures réglementaires d'application de l'article 73 LFSS 2022 à deux obligations consultatives, de la HAS d'une part, et de l'Académie nationale de médecine, d'autre part, le législateur a manifesté son intention que le cadrage de l'expérimentation soit informé par les avis d'autorités scientifiques¹⁰³. Ces obligations consultatives visaient à « garantir que cet accès direct se déploie conformément aux principes de qualité et de pertinence des soins ».

[198] Or, compte tenu des champs de compétences respectifs de la HAS et de l'Académie nationale de médecine, ces avis sont susceptibles de comporter des recommandations d'inclusion ou d'exclusion tenant notamment :

¹⁰² Amendement n° 2348, rejeté lors de l'examen du texte en première lecture à l'Assemblée nationale.

¹⁰³ Les obligations consultatives ont été introduites par l'amendement n° 193 présenté au nom de la commission des affaires sociales du Sénat lors de l'examen du texte en 1^{ère} lecture.

- Au profil des patients (âge, présence ou non de comorbidités, etc.) susceptibles d'être vus en première intention par un masseur-kinésithérapeute ;
- Au type de pathologies susceptibles d'être traitées par des soins de masso-kinésithérapie pratiqués en accès direct et donnant lieu à une prise en charge par l'assurance maladie.

[199] Dès lors, il importe de savoir si c'est au pouvoir législatif ou au pouvoir réglementaire¹⁰⁴ qu'il incombe de tirer les conséquences des avis rendus par la HAS et l'Académie nationale de médecine sur le périmètre de l'expérimentation. Si la détermination du « degré d'ouverture » de l'expérimentation – au regard du champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes – relève du domaine de la loi, la rédaction de l'article 73 devra être modifiée, le pouvoir réglementaire n'étant pas compétent pour en déterminer le périmètre. En revanche, si la détermination de ce « degré d'ouverture » relève du domaine réglementaire, le décret pourra définir, outre les modalités d'application de l'expérimentation, les conditions dans lesquelles les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à pratiquer des actes remboursés par l'assurance maladie sans prescription médicale préalable, conformément aux recommandations formulées par la HAS et l'Académie nationale de médecine, ce qui revient à définir les contours de ce que le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes qualifie d' « accès direct partiel ».

[200] L'intervention du pouvoir réglementaire pour préciser le périmètre de l'expérimentation semble juridiquement fondée au regard des critères suivants :

- Premièrement, l'objet de l'expérimentation, conformément à la délimitation des domaines respectifs de la loi et du règlement fixée par la Constitution : il s'agit, en l'espèce, d'une expérimentation portant à titre principal sur la dispense de prescription médicale et sur les éventuels risques associés, ces risques ne pouvant s'apprécier qu'en tenant compte des caractéristiques des patients pris en charge ;
- Deuxièmement, du choix opéré par le législateur de solliciter les avis de la HAS et de l'Académie nationale de médecine préalablement à l'adoption des mesures d'application : ainsi, le législateur a entendu confier au pouvoir réglementaire le soin de garantir la qualité et la pertinence des soins en recueillant notamment les avis de deux instances à caractère scientifique.

3.1.4 Plusieurs paramètres peuvent être modulés pour tirer le meilleur parti de l'expérimentation et tâcher de parvenir à un consensus interprofessionnel

[201] La saisine de l'IGAS étant antérieure à l'adoption du PLFSS, la mission tient compte du cadre défini par le législateur sans toutefois considérer qu'elle y est absolument tenue. Elle s'autorise à présenter des options qui requièrent des modifications législatives.

¹⁰⁴ Le CNOMK risque de contester la légitimité du pouvoir réglementaire à préciser le périmètre de l'expérimentation au motif, notamment, que l'article 73 de la LFSS 2022 confie au pouvoir réglementaire le soin de fixer les « modalités » de l'expérimentation et non les « conditions » de celle-ci. Or le Conseil d'Etat a eu l'occasion de rappeler dans une décision du 18 juillet 2008 que « la circonstance que la loi ait renvoyé au décret le soin de définir ses modalités ou ses conditions d'application n'a ni pour objet ni pour effet d'habiliter le pouvoir réglementaire à intervenir dans le domaine de la loi pour définir ces éléments » (Conseil d'Etat, Section du Contentieux, 18/07/2008, n°300304, Fédération hospitalière de France), le commissaire du gouvernement (actuel rapporteur public) ayant précisé dans ses conclusions qu' « il n'y [avait] pas lieu de faire de ce point de vue de distinction entre la définition des "modalités" et des "conditions" d'application de la loi ».

3.1.4.1 La nécessité de préserver la pertinence et la sécurité des soins sans compromettre le déploiement de l'expérimentation

[202] **Trois principaux paramètres peuvent être modulés pour dessiner les contours de la future expérimentation :**

- **Le champ d'activité des masseurs-kinésithérapeutes**, *i.e.* les catégories de patients ou les pathologies susceptibles d'être prises en charge sans prescription médicale ;
- **Le cadre d'exercice**, *i.e.* les catégories de structures d'exercice coordonné éligibles ;
- **Le périmètre géographique de l'expérimentation.**

[203] En l'état du droit applicable, les marges de manœuvre diffèrent selon le paramètre considéré. Le premier paramètre n'a pas été tranché par le législateur, ce qui laisse au pouvoir réglementaire une marge d'appréciation pour tenir compte, en particulier, des avis de la HAS et de l'Académie nationale de médecine (cf. point 3.1.3). En revanche, les deux autres ont été déterminés avec précision par le législateur : il s'agit du cadre d'exercice – par le renvoi à quatre articles du Code de la santé publique – et du périmètre géographique – par la mention du nombre de départements concernés par l'expérimentation. Ainsi, toute adaptation par rapport au cadre fixé sur chacun de ces deux paramètres nécessiterait l'adoption de dispositions législatives modificatives.

[204] **Un quatrième paramètre réside dans les conditions de prise en charge financière qui seront mises en place.** Il pourrait, par exemple, être envisagé que le remboursement par l'assurance maladie soit limité à un nombre déterminé de séances. En effet, des référentiels validés par la HAS déterminent désormais, pour 14 pathologies¹⁰⁵ nécessitant une rééducation, le nombre de séances prises en charge par l'assurance maladie au-delà duquel une demande d'accord préalable est nécessaire pour poursuivre le traitement.

[205] Un tel choix présenterait, du point de vue de la mission, l'intérêt de répondre à certaines des inquiétudes exprimées par ses interlocuteurs :

- Le risque de non-pertinence des soins ou celui que les patients en accès direct exercent un effet d'éviction sur les patients « prescrits » : un encadrement du nombre de séances par patients pourrait permettre de limiter ces risques ;
- Le risque d'une inflation des dépenses de masso-kinésithérapie remboursées par l'assurance maladie : au-delà du nombre de séance fixé, les soins de masso-kinésithérapie non prescrits ne seraient plus pris en charge par l'assurance maladie.

¹⁰⁵ Entorse externe récente de la cheville, arthroplastie de hanche par prothèse totale, arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartmentaire, reconstruction du ligament croisé antérieur du genou, libération du nerf médian au canal carpien, ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie, réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct, prise en charge d'une lombalgie commune, prise en charge d'une cervicalgie commune, après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras, après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte, après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus, dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique, dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée.

[206] **Le tableau ci-dessous présente, pour chacun des paramètres considérés, les choix susceptibles d'être opérés, à droit constant ou non.** Ces options ne dessinent pas, à proprement parler, quatre scénarios-types puisqu'il est possible de les panacher en retenant, par exemple, une approche étroite s'agissant du champ d'activité (paramètre 1) sur le fondement des recommandations à venir de la HAS et de l'Académie nationale de médecine et une approche plus souple s'agissant du cadre d'exercice (paramètre 2) ou du périmètre géographique (paramètre 3).

Tableau 4 : Présentation matricielle des différentes options, à droit constant ou non

Paramètres		Options possibles			Observations
Champ d'activité (1)	Pathologies	Exclusion de certaines pathologies sur le fondement des recommandations formulées par les instances scientifiques			A déterminer sur le fondement des recommandations de la HAS et l'Académie nationale de médecine au regard du critère de pertinence médicale de l'accès direct.
	Patients	Exclusion de certaines tranches d'âge	Exclusion de certaines comorbidités		
Cadre d'exercice (2)		Structures d'exercice coordonné visées à l'article 73 LFSS 2022	Exclusion des CPTS	Exclusion des structures qui ne répondent pas à la condition d'exercice regroupé (partage de locaux)	Variable supplémentaire : intégrer dans l'expérimentation les équipes de soins coordonnées autour du patient (ESCAP), par analogie avec les ESP ou ESS, déjà éligibles.
Périmètre géographique (3)		Six départements	13 départements (1 par région métropolitaine)	France entière	A déterminer en fonction de la taille de l'échantillon souhaité, en fonction des choix opérés sur les autres paramètres.
Conditions de remboursement (4)		Remboursement identique à celui des soins prescrits		Remboursement limité à un nombre déterminé de séances	Modalités pratiques à discuter en lien étroit avec la CNAM, sur le fondement des recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

Légende :

 Modalité qui requiert l'adoption d'un texte de niveau législatif modifiant l'article 73 LFSS 2022

 Précision susceptible d'être apportée par voie réglementaire

Source : Mission

[207] **Les arbitrages à venir devront préserver la qualité et la pertinence des soins sans compromettre la possibilité de tirer des enseignements utiles de l'expérimentation.**

[208] Sous l'angle de la qualité et de la pertinence des soins, cela suppose de s'interroger sur l'opportunité de :

- Circonscrire l'expérimentation, par exemple en :
 - Excluant certaines catégories de patients : la très grande majorité des médecins entendus, qu'ils s'expriment en leur nom propre ou au nom d'une organisation professionnelle (ordre, syndicat ou société savante), a en effet plaidé pour une exclusion des patients de moins de 15 ans, voire de moins de 18 ans. La présence de comorbidités au titre d'une pathologie intercurrente est également susceptible de figurer parmi les critères d'exclusion recommandés par les instances scientifiques ;
 - Ciblant certaines pathologies : parmi les pistes évoquées par les interlocuteurs de la mission figurent les troubles musculo-squelettiques, sur le modèle du protocole élaboré par la NHS avec les physiothérapeutes, la rééducation périnéale – sur le modèle des compétences dévolues aux sages-femmes – ou le réentraînement à l'effort dans le cadre de la prise en charge de malades présentant des symptômes prolongés à la suite d'une infection au virus SARS-CoV-2. La mission n'est pas compétente pour apprécier du bien-fondé de ses propositions et se borne ici à renvoyer aux recommandations existantes¹⁰⁶ ou à venir de la HAS et de l'Académie nationale de médecine ;
 - Limitant le nombre de séances réalisées en accès direct donnant lieu à un remboursement de l'assurance maladie, sur le fondement notamment des 14 référentiels établis par la HAS.

[209] La mission recommande que l'administration saisisse sans délai la HAS de ces trois points. Les réponses qui seront apportées par la HAS seront en effet déterminantes dans la rédaction du projet de décret, qui fera ensuite l'objet de concertations interprofessionnelles (voir *infra*) avant d'être notifié aux instances scientifiques pour avis.

Recommandation n°1 Saisir sans délai la HAS de questions précises visant à déterminer le champ d'activité (profils de patients, types de pathologies) pouvant faire l'objet de soins de masso-kinésithérapie en accès direct sur des fondements scientifiques, ainsi que les conditions de mise en œuvre de ces soins (ex. nombre de séances)

Recommandation n°2 Engager des discussions avec l'Union nationale des caisses nationales d'assurance maladie au sujet des modalités de prise en charge financière des soins réalisés en accès direct en s'appuyant notamment sur les référentiels établis par la HAS pour 14 situations de rééducation

- Maintenir les CPTS dans le champ de l'expérimentation.

[210] A l'issue de ses entretiens, la mission considère que les MSP et les CDS sont le cadre d'exercice « naturel » de l'expérimentation. Il paraît dès lors essentiel de s'appuyer sur les professionnels engagés dans ces structures pour favoriser l'adhésion d'autres professionnels moins spontanément acquis à l'accès direct.

¹⁰⁶ Parmi les situations dans lesquelles le recours à des soins de masso-kinésithérapie fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques de la part de la HAS, il s'agira de savoir celles qui peuvent l'être d'une prise en charge en accès direct par un masseur-kinésithérapeute.

[211] En raison des objectifs qu'elles poursuivent – maillage de l'ensemble du territoire, meilleure réponse à la demande de soins non programmés, meilleure articulation ville/hôpital, coordination entre professionnels –, les CPTS offrent également un cadre favorable au projet d'expérimentation d'un accès direct. Pour autant, selon de nombreux interlocuteurs de la mission, le caractère souple et récent de ces regroupements ne permet pas encore une coordination effective entre les professionnels qui les composent. Dans le cadre des concertations interprofessionnelles à venir, il pourrait être discuté si la seule condition d'être membre d'une CPTS permet aux masseurs-kinésithérapeutes volontaires exerçant dans l'un des territoires expérimentateurs de pratiquer leur art en accès direct ou si des formes plus intégrées de coopération doivent être privilégiées à ce stade (des options différentes pouvant être retenues selon les territoires et le degré de maturité des CPTS, cf. *infra*).

[212] Par ailleurs, d'autres structures d'exercice coordonné actuellement non visées à l'article 73 de la LFSS pour 2022 pourraient être intégrées au dispositif si elles paraissent fournir un cadre propice, sous réserve toutefois que cette intégration en cours d'expérimentation ne compromette la possibilité d'en réaliser une évaluation d'ensemble¹⁰⁷. Les équipes de soins coordonnées autour du patient (ESCAP) ont, à cet égard, été régulièrement présentées comme un modèle prometteur.

Les équipes de soins coordonnées autour du patient (ESCAP) ou équipes de soins ouvertes

Les ESCAP ont vocation à s'organiser autour des besoins du patient plutôt que sur une base territoriale nécessitant la création d'une structure administrative *ad hoc*¹⁰⁸.

Selon l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), promotrice de ce modèle, les ESCAP visent à « *embarquer un maximum de professionnels de santé dans le cadre d'une coordination souple et adaptée aux besoins du terrain* » : « *il s'agit de prendre en référence le patient et de greffer autour de lui les différents interlocuteurs... sans rémunérer cette coordination par l'intermédiaire d'une structure* ».

Ainsi, tout professionnel de santé peut proposer la mise en place d'une équipe ouverte de soins lorsque l'état de l'un de ses patients requiert les interventions coordonnées de plusieurs professionnels. Il s'agit, pour l'heure, d'un dispositif expérimental. Dans le schéma-cible, le professionnel à l'initiative de la mise en place d'une telle coordination se connectera à une application proposant une grille d'évaluation qui validera ou non la pertinence d'une telle organisation. En cas d'acceptation, le professionnel sera invité à prendre l'attache des autres professionnels déjà mobilisés dans la prise en charge thérapeutique du patient ou amenés à l'être, en respectant son libre choix. À la différence de l'équipe de soins primaires, l'équipe ouverte n'est donc pas formalisée *a priori* mais au cas par cas, en fonction des besoins de coordination identifiés pour un patient donné. L'objectif est de permettre une information rapide de chacun des professionnels engagés grâce à une application dédiée (non encore opérationnelle).

Le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a annoncé en décembre 2021 la création prochaine de trois groupes de travail sur le sujet : l'un portant sur la place du médecin traitant dans ce dispositif, l'autre sur le périmètre des ESCAP (fonctionnel et/ou territorial) et le dernier, enfin, sur la grille d'inclusion. Ce dispositif pourrait en effet faire l'objet d'une reconnaissance via le prochain avenant à l'accord-cadre interprofessionnel (ACIP).

¹⁰⁷ Il apparaît notamment pertinent de fixer un critère de recul temporaire suffisant (ex. pas d'intégration de nouvelle catégorie de structures d'exercice coordonné à moins de 12 mois du terme de l'expérimentation).

¹⁰⁸ Les maisons de santé pluri-professionnelles, qui constituent le modèle de coordination pour les professionnels de santé libéraux, sont constituées sur une base territoriale (critère de proximité géographique) et impliquent, le plus souvent, la création d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), cette forme juridique étant la condition nécessaire pour prétendre aux rémunérations spécifiques versées par l'Assurance maladie, en contrepartie des activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant.

Recommandation n°3 Considérer l’opportunité de revoir la liste des structures d’exercice coordonné potentiellement concernées par l’expérimentation en tenant compte, d’une part, du degré d’intégration jugé pertinent et, d’autre part, des évolutions du paysage des structures d’exercice coordonné

[213] S’agissant de la nécessité de disposer de résultats permettant d’apprécier l’intérêt d’une éventuelle généralisation de l’accès direct à la masso-kinésithérapie, il serait intéressant de privilégier :

- Premièrement, **un périmètre géographique étendu** : le faible nombre de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en structures de soins coordonnés plaide en effet pour un élargissement du champ territorial.

Recommandation n°4 Définir des modalités qui ne compromettent pas la possibilité de tirer des enseignements utiles de l’expérimentation en veillant, par exemple, à retenir un périmètre géographique d’autant plus étendu que l’échantillon de professionnels ou de patients potentiellement concernés sera réduit

- Deuxièmement, **des territoires représentatifs de la diversité des situations** : il apparaît pertinent de retenir non seulement des territoires dans lesquels l’offre médicale est faible¹⁰⁹ mais également des territoires dans lesquels celle-ci est plus abondante, d’autant que la répartition territoriale des masseurs-kinésithérapeutes est assez similaire à celle des médecins généralistes (cf. cartes 2 et 3). Autrement dit, les territoires dans lesquels la densité médicale est la moins élevée coïncident fréquemment avec les territoires les moins bien dotés en masseurs-kinésithérapeutes. Ne retenir que des « zones sous-denses », conformément à la proposition formulée par le Gouvernement lors de l’examen du PLFSS, risquerait ainsi de compromettre l’effectivité de l’accès direct, l’offre de soins de masso-kinésithérapie étant déjà passablement saturée dans ces territoires. De la même manière, privilégier les départements dans lesquels « il y a le plus de structures d’exercice coordonné », ainsi que le suggère le CNOMK, risque de biaiser les résultats. Aussi la mission recommande-t-elle de choisir des départements expérimentateurs représentatifs de la diversité des situations en s’appuyant sur les données suivantes :
 - L’indicateur d’accessibilité potentielle localisée (APL) des médecins, d’une part, et des masseurs-kinésithérapeutes, d’autre part, à la maille départementale ;
 - La liste des structures d’exercice coordonné qui comptent au moins un masseur-kinésithérapeute en leur sein, en tenant compte de celles qui sont déjà engagées dans des coopérations interprofessionnelles ;
 - La densité de l’offre de second recours (médecins spécialistes, offre de services de chirurgie orthopédique ou de soins de suite et de réadaptation) ainsi que de services d’urgence, afin que les résultats dans des départements convenablement dotés de ce point de vue et dans des départements où l’offre de kinésithérapie et de prise en charge des pathologies rhumatologiques et ostéo-articulaires relèvent essentiellement des masseurs-kinésithérapeutes libéraux puissent être comparés ;

¹⁰⁹ Souhait exprimé par le Gouvernement dans l’exposé des motifs de l’amendement n° 2348 précité.

- La capacité, pour les masseurs-kinésithérapeutes, à dégager du temps pour assurer la prise en charge de patients en accès direct : de ce point de vue, il serait intéressant d'être capable de convertir le nombre de professionnels en nombre d'ETP. L'indicateur retenu pour estimer la disponibilité des professionnels dans le calcul de l'indicateur d'APL n'est, en effet, pas aussi précis.

Recommandation n°5 Retenir des territoires représentatifs de la diversité des situations en s'appuyant sur les données disponibles (APL, structures d'exercice coordonné intégrant au moins un masseur-kinésithérapeute, offre de second recours) ou indicateurs à produire (nombre d'ETP de masseurs-kinésithérapeutes)

3.1.4.2 La recherche d'un consensus interprofessionnel comme condition de succès de l'expérimentation.

[214] Compte tenu des antagonismes observés, une concertation interprofessionnelle devra être initiée sans délai afin de préparer le projet de décret dont seront notifiées la HAS et l'Académie nationale de médecine, conformément au II de l'article 73 de la LFSS pour 2022.

[215] La mission recommande que cette concertation soit engagée après que le champ d'activité (types de pathologies, catégories de patients) et les modalités de mise en œuvre des soins (nombre de séances notamment) auront été déterminés sur le fondement de critères scientifiques. Autrement dit, il apparaît pertinent que ces concertations interviennent postérieurement aux recommandations formulées par la HAS en amont de la rédaction du projet de décret. Ces concertations interprofessionnelles auront vocation à rechercher un consensus sur les points suivants :

- Le cadre d'exercice pertinent ;
- Les modalités de partage d'informations entre professionnels ;
- Les modalités d'évaluation.

[216] Une attention particulière devra être portée au séquençage des discussions, dans un contexte où les professions concernées sont très sollicitées :

- Auditions des ordres, syndicats et principales sociétés savantes menées par la mission entre le mois de novembre 2021 et le mois de janvier 2022 ;
- Auditions conduites par la HAS et l'Académie nationale de médecine pour élaborer leur avis ;
- Négociations en vue de l'adoption d'un nouvel avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, qui arrive à échéance le 15 mai 2022 ;
- Négociations en vue de l'adoption d'un avenant à l'accord-cadre interprofessionnel (ACIP) signé le 10 octobre 2018 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des professions de santé (UNPS).

Recommandation n°6 Engager des concertations interprofessionnelles sur la base des recommandations scientifiques recueillies en amont de la rédaction du projet de décret et portant notamment sur le cadre d'exercice ainsi que sur les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de l'expérimentation

3.2 Que le cadre de l'expérimentation soit celui de la loi ou soit précisé avant sa mise en œuvre, certains pré-requis apparaissent indispensables dans toutes les hypothèses

[217] Certains préalables au lancement de l'expérimentation apparaissent nécessaires, pour répondre aux préoccupations légitimes des acteurs et patients (cf. partie 1.3), et s'assurer que les enseignements qui pourront en être tirés seront solides et documentés.

[218] Le rapport « Trajectoires » de l'IGAS insiste également sur la concurrence potentielle entre protocoles et pratique avancée. Si la pratique avancée n'est, pour l'heure, pas ouverte aux masseurs-kinésithérapeutes, les délégations de tâches dérogatoires instaurées par les protocoles peuvent, de fait, s'en rapprocher.

3.2.1 Les conditions en matière de formation et de compétences requises doivent être précisées

3.2.1.1 S'accorder sur le socle de compétences indispensable à l'exercice en autonomie

[219] Les masseurs-kinésithérapeutes en France appartiennent à des générations qui ont bénéficié de formations différentes. Schématiquement, les plus anciens ont été formés avant la réforme de 1989, la majorité entre 1989 et 2015, enfin la nouvelle génération de professionnels est diplômée depuis 2019 dans le cadre du nouveau cursus. Seuls ces diplômés récents ont été formés pendant leurs études à la pratique en autonomie.

[220] Il ne peut être question de leur réserver l'expérimentation ; d'abord parce qu'ils représentent une part minoritaire des effectifs de la profession, ensuite parce qu'ils n'ont aucune expérience contrairement à leurs collègues plus anciens, dont certains ont pu bénéficier de formation continue et acquis des compétences nécessaires à une pratique faisant une plus large place à l'autonomie décisionnelle.

- Une formation ciblée sur l'exercice en autonomie et validée dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la future certification

[221] Les deux protocoles existants ont prévu une formation de 10 heures, délivrés par les médecins des structures de santé concernés, en trois séquences.

Tableau 5 : Structure des formations prévues dans le cadre des protocoles du 6 mars 2020

Torsion de cheville	Lombalgie aiguë
Séquence 1 : Accès direct aux soins de masso-kinésithérapie Capacités à identifier les symptômes d'exclusion et de renvoi au médecin	Séquence : 1 Diagnostic de l'entorse de cheville
Séquence 2 : Prise en charge thérapeutique information des patients – gestion des « drapeaux jaunes » et prescription de séances de kinésithérapie	Séquence 2 : Gradation de la gravité Prise en charge kinésithérapique et arrêt de travail
Séquence 3 : Prescription d'AINS, de paracétamol et arrêt de travail	Séquence 3 : Risques thrombo-emboliques Identification – prescription de radiographie et de paracétamol

Source : Législation.

[222] Ces protocoles portent toutefois sur des pathologies précises et les masseurs-kinésithérapeutes opèrent dans le cadre d'une délégation, sous la supervision d'un médecin.

[223] Il s'agit dans le cas de l'accès direct de permettre la prise en charge kinésithérapique, sans autre délégation ni accroissement du droit de prescription. Chaque profession, masseur-kinésithérapeute comme médecin intervient dans son champ précis de compétences, pour lequel il est, *a priori*, formé. L'objectif est de conforter les professionnels dans leur champ d'intervention, de les faire « monter en compétences » et de les outiller sur ce qu'est un diagnostic d'exclusion bien compris et un fonctionnement en autonomie, tout autant pour garantir la sécurité du patient que pour les conforter dans leurs compétences (il ressort des entretiens que tous les masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas immédiatement prêts à exercer en accès direct).

[224] Les auteurs d'une récente revue de littérature déjà citée¹¹⁰ indiquent, se référant aux recommandations de la conférence mondiale (*World Physiotherapy*) que les compétences indispensables exigent « des connaissances approfondies sur :

- La sémiologie médicale concernant les pathologies secondaires provoquant la symptomatologie,
 - Le raisonnement clinique,
 - L'évaluation clinique et la prise de décision concertée impliquant l'identification des drapeaux rouges,
 - L'exercice collaboratif dans un environnement pluri-professionnel incluant la communication et le leadership ».
- Le contenu de cette formation préalable doit être déterminée en étroite concertation entre la HAS et les professionnels

[225] La mission n'est pas compétente pour déterminer précisément le contenu de la formation. Tout au plus peut-elle estimer nécessaire que cette formation, préalable à l'exercice de l'accès direct :

- Envisage une séquence, axée sur un rappel des champs d'exercice, qui serait ouverte aux médecins généralistes désireux de mieux comprendre et connaître les actes qui sont réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes ;
- Propose des contenus théoriques sur la pratique en autonomie mais également des outils pratiques (ressources en ligne à disposition sur une plate-forme dédiée à l'expérimentation, fiches par pathologies¹¹¹ ...) ;
- Soit modulable en fonction des profils des masseurs-kinésithérapeutes participant à l'expérimentation, qu'ils soient diplômés avant la réforme de 2015, titulaires d'un Master en application de celle-ci ou titulaires d'un diplôme étranger ;
- Soit délivrée, à la différence de celle prévue par les deux protocoles, par des formateurs médecins et masseurs-kinésithérapeutes universitaires confirmés ;

¹¹⁰ Demont A, Quentin J, Bourmaud A. « Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique », 2020.

¹¹¹ Sur ce sujet, cf. le guide *NHS Serious Pathology Guide for Clinicians in Primary Care sept-2020*, récemment traduit par le CNOMK sous le nom de Guide des pathologies sérieuses pour les kinésithérapeutes en soin primaire – traduction 2022

- Envisage la possibilité d'un « mentorat », pour les professionnels le souhaitant, par un masseur-kinésithérapeute professionnel confirmé dans cette approche ;
- Explore la possibilité de séquences « optionnelles » ciblées sur certaines pathologies en fonction des contextes ou des choix locaux d'expérimentation et des spécialisations déjà existantes de nombreux masseurs-kinésithérapeutes.

[226] La durée doit être recommandée par la HAS en concertation avec les professionnels concernés. Elle doit être « réaliste » (il ne s'agit pas de faire des masseurs-kinésithérapeutes des spécialistes de telle ou telle pathologie) et compatible avec un exercice libéral. Des adaptations pourraient être discutées pour les masseurs-kinésithérapeutes qui ont une expérience ancienne du travail en coordination avec les médecins et où chacun « réfère » les patients à l'autre ; une forme de « validation des acquis de l'expérience » pratique, pourrait permettre une formation allégée.¹¹²

[227] Les masseurs-kinésithérapeutes sont par ailleurs soumis aux règles du développement professionnel continu (DPC)¹¹³. En application du code de déontologie, tout professionnel de santé doit attester, sous le contrôle de l'Ordre, qu'il s'est formé, a évalué sa pratique et géré ses risques professionnels.

[228] Une mise à jour de ces compétences spécifiques par le biais du DPC est à intégrer sans tarder au catalogue des formations.

[229] L'ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé instaure pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeute et pédicures-podologues une procédure de certification qui a pour objet de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles et l'actualisation et le niveau des connaissances.

[230] La formation préalable à un exercice en accès direct devrait être prise en compte dans le cadre du DPC et de la certification qui se mettra en place à compter du 1er janvier 2023.

Recommandation n°7 Mettre en place une formation *ad hoc*, axée sur le développement et/ou la validation des compétences pour un fonctionnement en autonomie des masseurs-kinésithérapeutes ; outiller les professionnels (plate-forme de ressources en ligne, etc.) ; envisager la prise en compte cette formation dans le cadre du DPC et de la future certification en cas de généralisation

Recommandation n°8 Envisager la possibilité d'un « mentorat » pour les masseurs-kinésithérapeutes qui souhaiteraient un accompagnement avant de pratiquer seuls l'accès direct

3.2.1.2 Préparer une communication et une information préalables et en continu sur la mise en place de cette nouvelle modalité du parcours de soins

[231] Les protocoles existants envisagent l'information du patient. C'est un minimum indispensable qui relève de la relation professionnel-patient.

¹¹² A titre indicatif et toutes choses égales par ailleurs, lors d'une étude conduite en Angleterre sur la mise en place de l'accès direct (physiothérapeute comme premier contact), tous les physiothérapeutes des cabinets et services impliqués avaient reçu une formation d'une journée accès sur l'exercice en autonomie en préalable au lancement de l'étude.

¹¹³ Art R. 4321-62 du Code de la Santé publique : « Le masseur-kinésithérapeute doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il prend toutes dispositions nécessaires pour satisfaire à ses obligations de formation continue. »

[232] Plus pratiquement, la mission estime que pour que l'expérimentation puisse être un succès (au sens où elle doit pouvoir de se déployer suffisamment pour apporter de réels enseignements), une large information préalable et en continu doit être faite. Les expériences étrangères et notamment anglaises montrent que tant les professionnels que les patients, s'ils identifient bien le physiothérapeute comme une profession de santé, connaissent mal autant le périmètre exact de ses activités que les modalités de parcours directs existants.

[233] Les Pays-Bas ont *a contrario* constaté que ce nouveau parcours de soins a rapidement été identifié par le patient, avec une montée en charge significative des patients y recourant. Ils imputent ce succès ¹¹⁴ à une campagne de promotion nationale volontariste de l'accès direct. Le Royaume-Uni emprunte la même approche dans sa stratégie de santé 2019-2024.

[234] Cette promotion pourra passer *a minima* par les sites de l'assurance maladie et des ARS, avec des messages clairs, des infographies et, pendant une durée à déterminer, la mise en place de facilités destinées à répondre aux interrogations sur le nouveau parcours (standard téléphonique, foire aux questions en ligne, etc.).

[235] Les personnels d'accueil des structures coordonnées participantes devront aussi être en capacité de proposer cette accueil, ce qui suppose qu'ils soient capables d'identifier *a minima* les patients pouvant en bénéficier et, idéalement, de répondre à certaines questions. Une formation très courte et la mise à disposition d'un questionnaire bref devraient être proposées aux personnes qui assurent le premier contact avec le patient.

Recommandation n°9 Communiquer largement sur cette mise en place dans les zones d'expérimentation auprès des patients comme des professionnels de santé

Recommandation n°10 Former les personnels d'accueil (physique, standard téléphonique) des structures expérimentant l'accès direct pour qu'ils informent et aiguillent efficacement les patients

3.2.2 Le partage d'information est crucial et doit être garanti par des systèmes d'information adaptés et souples

3.2.2.1 Entre médecins et masseurs kinésithérapeutes

[236] L'article 73 de la LFSS 2022 prévoit qu'un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé (DMP).

[237] Le besoin d'information est en réalité réciproque :

- Le médecin dont l'un des patients voit en direct un masseur-kinésithérapeute a besoin de savoir que son patient a reçu des soins et pour quels symptômes ;
- Le masseur-kinésithérapeute qui reçoit un patient qu'il ne connaît pas peut également avoir besoin de connaître les antécédents médicaux de ce patient pour affiner son diagnostic kinésithérapique.

¹¹⁴ Bibliographie [4]

[238] Tous les médecins et masseurs kinésithérapeutes entendus par la mission s'accordent à dire que le dossier médical partagé ne peut, en l'état actuel, être un outil opérationnel de communication et d'échanges.

[239] Son déploiement est encore largement en cours et avec ses différentes strates, qui ne communiquent pas les mêmes informations et ne sont pas consultables par tous, l'utilisation en est malaisée.

[240] Il n'existe pas de « *pop-ups* » permettant de signaler au médecin l'arrivée d'un document. On ne peut raisonnablement attendre du médecin qu'il aille consulter sans signal préalable l'ensemble des dossiers de ses patients pour voir s'ils ont ou non consulté un masseur-kinésithérapeute en accès direct.

[241] L'inscription dans le DMP pourra, à terme, garantir cette traçabilité complète sous réserve que les masseurs-kinésithérapeutes puissent y avoir accès, les messageries ne garantissant pas l'accès à l'historique du dossier patient. Sans préjudice de cette inscription, le choix de messageries instantanées et sécurisées est néanmoins à privilégier pour la pratique quotidienne. Les messages sont adressés à un ou des destinataires ciblés, l'utilisation en est souple et à la main des professionnels de santé. Dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », des outils ont été développés en région avec le soutien des ARS¹¹⁵. Cette faculté n'exclut pas l'envoi, en complément, de documents par courrier, proposé par certains représentants des masseurs-kinésithérapeutes si certains médecins le souhaitent, ou bien sûr le contact téléphonique pour des situations qui le justifieraient.

[242] Quant au contenu et comme le fait remarquer un médecin, « on n'a pas besoin de tout ». Si l'ensemble des documents peuvent être déposés dans le DMP, et donc à terme dans l'espace du patient « Mon espace santé », il peut y avoir accord entre professionnels, sous supervision de la HAS, sur les informations clés qui pourraient être adressées rapidement par messagerie. La réactivité et la fluidité sont à privilégier et encourager.

Recommandation n°11 Sans préjudice de l'enregistrement dans le DMP et de ses adaptations là où il est déployé (*pop-ups*), s'assurer que chaque structure et chaque professionnel qui expérimente dispose d'un outil de communication adapté, souple et réactif, en s'appuyant sur les outils déjà développés en région avec le soutien des ARS

3.2.2.2 Pour les secrétariats des structures coordonnées

[243] Il s'agit là d'un sujet pratique, à régler au niveau local, mais qui peut contribuer à garantir le succès (au moins dans sa mise en œuvre, sans préjudice des résultats de l'évaluation) de l'expérimentation. Le secrétariat d'une structure d'exercice coordonné, lorsqu'il existe, devrait être en mesure de disposer d'informations sur les plannings des masseurs-kinésithérapeutes pour faciliter la proposition d'un RDV en accès direct.

3.2.3 L'articulation de cette expérimentation avec celles des articles 51 et 66 est indispensable

[244] Décidée par la loi directement, l'accès direct est une forme de réponse à l'un des constats du rapport « Trajectoires » de l'IGAS¹¹⁶ sur la portée trop contextualisée de nombreux protocoles

¹¹⁵ Paaco-Globules en région Nouvelle-Aquitaine, Azurezo en région Provence-Alpes-Côte d'Azur par exemple

¹¹⁶ Ibid. Igas - Novembre 2021, p53 §158.

pour faire l'objet d'une généralisation, mais également à la recommandation¹¹⁷ que le Comité national des coopérations interprofessionnelles étudie en priorité « *les protocoles visant à permettre à un professionnel de réaliser sans supervision un acte qu'il peut déjà réaliser sous supervision (compétences déjà acquises) ou dont l'apprentissage est déjà inclus dans sa formation initiale* ».

[245] La question se pose néanmoins de l'articulation de l'expérimentation avec les trois protocoles déjà existants.

[246] Si l'expérimentation de l'accès direct, en posant une dérogation au principe de la prescription des actes de kinésithérapie, semble plus large que les protocoles, elle n'a ni la même philosophie, ni la même « profondeur » que ces deux protocoles. Il ne s'agit pas là de déléguer certains tâches et compétences (dont la prescription de médicaments, examens et arrêts de travail) sous la supervision d'un médecin, mais bien pour le masseur-kinésithérapeute de mettre en œuvre ses compétences, et seulement celles-ci.

[247] La fusion des protocoles existants au cadre de l'expérimentation ne paraît donc pas pertinente dans l'absolu, d'autant que les équipes qui s'y sont investies pourraient être démobilisées.

[248] Pour autant, le risque n'est pas nul qu'au sein d'une MSP qui mettrait en œuvre les protocoles « lombalgie » et « torsion de cheville », le(s) masseur(s)-kinésithérapeute(s) privilégie(nt) l'accès direct, apparemment plus simple et moins contraint, avec le risque de porter un coup d'arrêt au développement de ces deux protocoles.

Recommandation n°12 Conserver les protocoles « masseurs-kinésithérapeutes » existants, en raison des objectifs différents qu'ils poursuivent

3.2.4 La clarification préalable du financement et la traçabilité par l'assurance maladie des actes réalisés en accès direct doivent être prévues

[249] S'agissant du financement, les conditions de rémunération retenues pour les protocoles paraissent inadaptées à cette expérimentation, de même que leurs modalités (récapitulatif semestriel).

[250] Le financement classique « sur le risque » pourrait présenter l'avantage de la simplicité s'agissant d'actes réalisés directement, sans supervision, quitte à ce que l'imputation soit ensuite faite sur le fonds d'innovation du système de santé (FISS). Il permettrait, de surcroît, un test « en vie réelle » des impacts financiers.

[251] La nouvelle nomenclature dont l'application pourrait intervenir fin 2022 ou début 2023, devrait assurer une connaissance meilleure car plus fine de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes.

[252] S'agissant de cette expérimentation toutefois, il est nécessaire de s'assurer que le professionnel opérant en accès direct sera facilement identifié. L'identification du masseur-kinésithérapeute comme prescripteur paraît la solution la plus simple. Or plusieurs obstacles sont à lever :

¹¹⁷ Ibid. Igas – Novembre 2021, p 53 §162.

- La CNAM indique ne pas être en mesure de permettre l'identification du masseur-kinésithérapeute comme prescripteur dans certains territoires seulement ; le système est binaire : soit le blocage (consistant à ce que seuls les actes de masso-kinésithérapie prescrits soient remboursés) est levé pour l'ensemble des professionnels (c'est les cas pour la réalisation des test antigéniques), soit il est maintenu pour tous ;
- Si le blocage est levé, la CNAM pourra intervenir *a posteriori*, en contrôle sur la base de la liste des professionnels (répertoire partagé des professionnels de santé [RPSS]) inclus dans l'expérimentation, afin de repérer les actes effectués avec / sans prescription ;
- Le choix d'une cotation *ad hoc* pour les actes en accès direct (redoublement, nouvelle lettre...) devra être envisagé pour garantir une traçabilité équivalente.

Recommandation n°13 Afficher et mettre en place avant le lancement de l'expérimentation des modalités et circuits de financement simples et traçables ; mettre en place par l'assurance maladie un système de suivi des actes réalisés en accès direct, en privilégiant l'identification du masseur-kinésithérapeute comme prescripteur dans les territoires expérimentateurs et en garantissant par une cotation *ad hoc* la qualité de traçabilité de l'activité

3.2.5 Le protocole d'évaluation doit être en place au moment du lancement de l'expérimentation

[253] Sans anticiper sur les propositions relatives aux conditions de conduite de l'évaluation, en partie 3.3, la mise en place préalable à l'expérimentation d'un cadre d'évaluation est un des pré-requis. Les exemples étrangers, notamment ceux du Royaume-Uni ou des Pays-Bas, montrent l'intérêt de cette anticipation pour mobiliser les professionnels, suivre les indicateurs utiles et produire en temps utile des éléments.

[254] Le protocole d'évaluation devrait idéalement être annexé au décret.

3.3 Les conditions dans lesquelles sera conduite l'évaluation de l'expérimentation apparaissent déterminantes pour son succès et l'objectivation de l'opportunité d'une généralisation

[255] Le II de l'article 73 de la LFSS pour 2022 prévoit que le décret d'application, pris après avis de la HAS et de l'Académie nationale de médecine, précise « les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation » et qu'un rapport d'évaluation soit réalisé au terme de l'expérimentation et fasse l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

[256] Tant au regard des interrogations des professionnels, notamment médicaux, sur les effets de l'accès direct, que des enseignements parcellaires fournis par les éléments de comparaison internationale, l'évaluation de l'expérimentation apparaît déterminante.

[257] La mission souligne la nécessité que cette évaluation repose sur des fondements scientifiques incontestés et fasse l'objet d'un partage, dès la conception du dispositif d'évaluation jusqu'au rapport final et au cours des points intermédiaires, avec les professionnels concernés. En effet, le caractère potentiellement conflictuel de la mise en place de l'accès direct et l'absence, jusqu'à présent, d'évaluations approfondies des mécanismes expérimentaux de coopération mis en place sont susceptibles de créer un manque d'adhésion au nouveau dispositif. Veiller à associer

largement les professionnels à un dispositif assis sur des mécanismes d'évaluation incontestables constitue donc un enjeu majeur (cf. recommandation n°6).

[258] D'autre part, le déploiement de l'expérimentation ne devra intervenir qu'après qu'aura été arrêté un protocole d'évaluation précisant :

- Les objectifs et les critères de jugement ;
- Le mode recueil et de transmission des données collectées ;
- L'organisme qui sera en charge du traitement de ces données ;
- Le mode de financement de l'évaluation.

3.3.1 Prévoir des types d'ouverture de l'accès direct différents selon les départements expérimentateurs et anticiper les évolutions des dispositifs expérimentaux

[259] S'agissant du périmètre de l'expérimentation, plusieurs éléments pourraient être précisés par le décret d'application de l'article 73, voire par des modifications législatives de celui-ci.

[260] Au regard des questionnements évoqués *supra* par la mission (cf. point 3.1.3.), il serait opportun que le décret prévoie plusieurs types d'accès direct différents dans les territoires concernés par l'expérimentation. Ne retenir qu'une modalité d'accès direct, identique dans tous les départements expérimentateurs, a certes le mérite de la simplicité (notamment pour l'évaluation *a posteriori*) mais il paraît légitime, au regard du bouleversement que constitue cette évolution comme de la variété des expériences étrangères que plusieurs formules soient explorées. Cette diversité permettra de bénéficier, au terme de l'expérimentation, d'indications plus robustes sur les mécanismes les plus susceptibles d'améliorer la qualité et l'efficacité du parcours des patients, en vue d'une éventuelle généralisation.

Recommandation n°14 Utiliser la matrice de choix proposée pour éventuellement retenir plusieurs formats d'accès direct à conduire parallèlement et à évaluer conjointement, sous réserve de disposer, pour chacun des modèles retenus, d'un échantillon suffisant

[261] Les conditions d'une évaluation rigoureuse des effets d'une expérimentation requièrent en principe que le dispositif soit précisément calibré et circonscrit à son point de départ puis demeure inchangé en cours de mise en œuvre, afin que soient valablement déterminés des éléments de constat *ab initio* et *a posteriori*. Dans le cas particulier des expérimentations de nouvelles coopérations ou délégations de compétences entre professionnels de santé, il paraît nécessaire à la mission d'introduire une forme de souplesse, tenant compte du foisonnement des dispositifs et des évolutions fréquentes de la réglementation d'une part, des évolutions possibles du contexte d'autre part (modifications susceptibles d'intervenir dans les champs de la formation, des décrets de compétences, des relations conventionnelles, des conditions d'exercice). Il convient donc d'anticiper ces évolutions de contexte afin de bâtir un dispositif qui puisse être lissé dans le temps.

[262] En conséquence, il serait souhaitable que le décret d'application prévoit :

- Que des structures d'exercice coordonné créées dans les départements expérimentateurs en cours de déploiement de l'expérimentation puissent rejoindre celle-ci, au moins au cours des deux premières années ;

- Que de nouvelles formes d'exercice coordonnée (différentes des maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé ou communautés professionnelles territoriales de santé) puissent intégrer le dispositif expérimental, dès lors qu'elles acquièrent une forme de reconnaissance juridique et respectent l'esprit de l'article 73. A titre d'exemple, l'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel, soumis à la signature le 22 décembre 2021, prévoit des expérimentations de nouveaux modes de coopération et de coordination entre professionnels, autour d'équipes de soins primaires ou spécialisées.

Si celles-ci devaient, au cours des trois ans de l'expérimentation d'accès direct, émerger dans les départements concernés, il serait souhaitable qu'elles puissent être intégrées, soit que le décret offre cette souplesse en autorisant le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente à en décider, soit qu'une mesure de portée plus générale prévoie ces inclusions au fil de l'eau ;

- Qu'il soit offert une latitude aux structures expérimentant d'autres dispositifs, et notamment les protocoles de coopération soumis aux régimes de l'article 51 de la LFSS pour 2018 ou de l'article 66 de la loi du 24 juillet 2019, d'être retenus dans l'expérimentation d'accès direct.

[263] Ces souplesses doivent être envisagées sous réserve qu'elles ne compromettent pas la scientificité des résultats de l'évaluation globale mais conduisent à en enrichir les données.

Recommandation n°15 Anticiper les évolutions du cadre d'exercice des professionnels afin de conduire un dispositif d'expérimentation permettant des inclusions au fil de l'eau

3.3.2 Construire une gouvernance adaptée du dispositif d'évaluation

[264] La gouvernance du dispositif d'évaluation constitue un enjeu majeur, dont la complexité résulte de deux facteurs : la nécessité d'intégrer largement les organisations professionnelles, afin d'en légitimer les résultats, et la contrainte que représente le foisonnement de dispositifs expérimentaux et, conséquemment, de dispositifs d'évaluation. La première question consiste donc à déterminer s'il convient de construire un dispositif *ad hoc*, ne concernant que le champ de l'article 73, ou s'il est préférable de s'inscrire, le cas échéant avec des adaptations, dans les dispositifs existants. La question se pose par ailleurs dans les mêmes termes pour les expérimentations d'accès direct prévues par la LFSS pour 2022 pour les orthophonistes (article 74) et les infirmiers en pratique avancée (article 76).

[265] Rappelons le cadre :

- S'agissant des protocoles nationaux régis par l'article 66 de la loi du 24 juillet 2019, le dispositif d'évaluation s'appuie sur :

- Un comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) qui est, en application de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique, en charge « d'assurer le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés ». A cette fin, lui sont transmises annuellement les données pertinentes pour chacun des protocoles mis en œuvre. Sa composition comprend les administrations compétentes¹¹⁸, les CNP et ordres étant simplement « associés » à ses travaux, sans voix délibérative (article D. 4011-2 du code de la santé publique). Ce primat de l'administration s'explique par le caractère même des protocoles, lesquels découlent d'une identification et priorisation effectuée par le CNCI ;
 - Une équipe de rédaction, sélectionnée par appel à manifestation d'intérêt, rédige le protocole, avec l'appui des CNP et des ordres concernés ;
 - Les structures engagées dans un protocole national transmettent annuellement au comité national via une application en ligne dédiée les données relatives aux indicateurs de suivi et toute donnée pertinente mentionnée dans celui-ci (article D. 4011-4 du code de la santé publique).
- S'agissant des protocoles expérimentaux locaux également régis par l'article 66, le régime d'évaluation renvoie à la procédure des expérimentations à dimension régionale mentionnées au III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire aux protocoles dits de l'article 51 de la LFSS pour 2018.
 - Un conseil stratégique de l'innovation en santé, institué au niveau national, est associé au suivi des expérimentations. Il comprend une composition très large et partenariale : représentants des administrations centrales, des ARS, de la HAS, de l'UNCAM mais aussi des professionnels, patients, collectivités territoriales¹¹⁹. Présidé par le ministre en charge de la santé, il est destinataire des rapports d'étape et d'évaluation ainsi que des avis du comité technique de l'innovation en santé sur l'opportunité d'une généralisation des expérimentations (article R. 162-50-3 du code de la sécurité sociale) ;
 - Un comité technique de l'innovation en santé, composé de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé, émet un avis sur leurs modalités d'évaluation. Il est destinataire des rapports d'étape rédigés par les porteurs de projet et des rapports d'évaluation sur la base desquels il rend un avis sur l'opportunité et les modalités d'une généralisation (article R.162-50-2 du code de la sécurité sociale). Concrètement, il pose les éléments de doctrine généraux en matière d'évaluation : définition du cadre méthodologique d'évaluation avec notamment les objectifs attendus des évaluations, les moyens requis et les principes méthodologiques à retenir¹²⁰.

¹¹⁸ Représentants de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie, de la Haute Autorité de santé, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ainsi que des agences régionales de santé.

¹¹⁹ La composition inclut des représentants des agences nationales intervenant dans le secteur sanitaire, du CEPS, de la CNSA, de l'UNOCAM, de professionnels de santé, du champ sanitaire et médico-social ou de l'aide à domicile, de structures de soins primaires, d'établissements de santé et médico-sociaux, de patients et d'usagers du système de santé et du champ médico-social, de conseils départementaux, d'entreprises de produits de santé. De surcroît, ce conseil stratégique comporte également des personnalités qualifiées.

¹²⁰ L'article R.162-50-14 du code de la sécurité sociale précise que « les moyens requis doivent être proportionnés aux enjeux et à l'ampleur de l'expérimentation concernée et permettre d'évaluer les expérimentations au fil de leur mise en œuvre. Lorsque le niveau de complexité ou l'ampleur du projet le justifie, le comité technique de l'innovation en santé peut s'appuyer sur des évaluateurs externes. Le financement des évaluations est assuré par le fonds pour l'innovation du système de santé » (FISS).

- Un rapporteur général du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé assure l'organisation et la coordination des travaux. Il est notamment en charge d'élaborer un état des lieux des expérimentations achevées et en cours ainsi que de « s'assurer de la réalisation de l'évaluation des expérimentations et de transmettre les rapports d'évaluation au comité technique de l'innovation en santé, au conseil stratégique de l'innovation en santé et au ministre » (article R.162-50-4 du code de la sécurité sociale) ;
- En effet, c'est le responsable de la structure porteuse de projet qui est, en application de l'article R. 162-50-6) en charge de préciser, dans le cahier des charges, la durée, le champ territorial et les « modalités d'évaluation » de l'expérimentation. Le comité technique de l'innovation en santé examine le cahier des charges, se prononce sur les modalités d'évaluation et détermine le champ d'application territorial, le cas échéant après avis de la HAS.

Pour les projets validés, le porteur de projet transmet annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente les données relatives aux indicateurs de suivi des protocoles locaux au moyen d'une application en ligne dédiée du site internet du ministère chargé de la santé (article D. 4011-4-2 du code de la santé publique). Ces indicateurs de suivi renseignent au minimum sur :

- Le nombre de patients ayant été pris en charge au titre du protocole ;
- Le taux de reprise par les professionnels de santé délégants ;
- La nature et le taux d'événements indésirables s'il y a lieu ;
- Le taux de satisfaction des professionnels de santé adhérents au protocole, au moyen d'un questionnaire dédié.

[266] C'est la nature même de l'expérimentation de l'accès direct qui permettra de définir, après concertation avec les professionnels, le modèle de gouvernance de l'évaluation le plus adapté.

[267] La mission observe cependant que le dispositif de l'article 73, quoiqu'il prévoie des modalités territorialisées de mise en œuvre, présente des caractéristiques qui le rapprochent davantage d'un protocole national au sens de l'article 66 : on peut, par analogie, estimer que le législateur a identifié le besoin, comme l'aurait fait le CNCI, et que le texte d'application va préciser le cahier des charges et les modalités d'évaluation, comme le ferait l'équipe de rédaction prévue au III de l'article L. 4011-3.

[268] Elle juge que le cadre prévu par l'article 66 est donc le plus adapté, d'autant qu'il sera utile que l'on puisse comparer cette expérimentation avec celles qui ont un objet proche. Le CNCI pourrait assurer le suivi de l'évaluation et être rendu destinataire des données pertinentes, sous réserve des éléments suivants :

- Les CNP et ordres compétents seraient associés dès la détermination du cadre stratégique de l'expérimentation (concertation sur le décret, selon un format proche de celui des équipes de rédaction des protocoles nationaux) ;
- Des points réguliers de suivi (*a minima*, une fois par an) seraient effectués devant le CNCI, en présence des CNP et Ordres ;
- Une évaluation externe serait mobilisée, selon le modèle existant pour les protocoles de l'article 51, pour rédiger le rapport d'évaluation destiné au Parlement, à partir des indicateurs renseignés par les structures expérimentatrices et les données de l'assurance maladie ;

- Ce rapport d'évaluation serait transmis au CNCI, qui aurait en charge de l'examiner, en présence des Ordres et CNP, que les présidents du CNCI auraient obligation d'inviter, avant transmission au ministre.

Recommandation n°16 Confier au CNCI le suivi de l'évaluation en associant les ordres et conseils nationaux professionnels et en s'appuyant sur une équipe d'évaluation externe indépendante

[269] La mission souligne par ailleurs que le récent rapport « Trajectoires » de l'IGAS a formulé plusieurs propositions en vue de renforcer le pilotage et le suivi des différents protocoles de coopération en cours de déploiement (recommandations n°2, 3, 4, 7)¹²¹.

3.3.3 Déterminer les indicateurs à suivre au cours de l'expérimentation

[270] Comme rappelé *supra* (point 3.2), il importera que le décret d'application rappelle, comme le font l'article R. 4011-1 du code de la santé publique pour les protocoles relevant de l'article 66 et les articles 162-50-11 du code de la sécurité sociale pour les expérimentations relevant de l'article 51, plusieurs exigences essentielles en matière de sécurité et de qualité (respect des recommandations de bonnes pratiques élaborées ou validées par la Haute Autorité de santé, qualifications ou conditions d'expérience professionnelle) et d'information et de recueil de consentement du patient. Ces exigences pourront elles-mêmes être assorties d'indicateurs.

[271] S'agissant plus particulièrement des indicateurs de qualité et d'efficacité de prise en charge, les deux protocoles prévus par les arrêtés du 6 mars 2020 offrent un cadre approprié, qui peut cependant être complété. Ils prévoient en effet un dispositif de recueil et de partage des informations, des indicateurs d'activité, de qualité et de satisfaction des patients et un retour d'expérience des professionnels. Ils pourraient figurer en annexe au décret, après avoir été concertés avec les professionnels intéressés, selon le modèle aujourd'hui retenu par les équipes de rédaction des protocoles nationaux relevant de l'article 66.

Recommandation n°17 Annexer au décret le protocole d'évaluation comprenant notamment la liste des indicateurs d'activité et de qualité à renseigner par les structures d'exercice coordonné et prévoir des enquêtes de satisfaction des professionnels concernés et des patients

[272] Comme pour ces deux protocoles, ces indicateurs d'activité et de qualité pourraient être requêtés, par exemple tous les trimestres, par le responsable structure d'exercice coordonné et être analysés en groupe d'analyse de pratique (médecin généraliste ou spécialiste et masseur-kinésithérapeute). Ils devront être complétés par l'analyse des données de remboursement collectées par l'assurance maladie, par exemple pour le taux de prescription de médicaments ou d'imagerie, liés à la pathologie concernée, pour les patients en accès direct.

[273] La mission estime enfin essentiel que la nature des données qu'il sera demandé aux structures expérimentatrices de renseigner fasse l'objet d'une concertation approfondie avec les intéressés, afin que le travail demandé reste soutenable et ne dissuade pas les volontés de participation et qu'il soit rapidement approprié par les intéressés.

¹²¹ Inspection générale des affaires sociales : « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé », IGAS n°2021-051, novembre 2021.

3.3.3.1 S'agissant de la qualité et de la sécurité de la prise en charge

[274] Les indicateurs renseignés pourraient concerner :

- Nombre de patients¹²² suivis en accès direct par le masseur-kinésithérapeute (au sein de sa patientèle / au sein de la patientèle des médecins de la structure d'exercice coordonné) ;
- Le pourcentage de patients ré-adressés vers un médecin après mise en œuvre d'un diagnostic d'exclusion ;
- Le taux d'événements indésirables constatés en cours de prise en charge ;
- Le taux de patients ayant eu recours aux urgences pour un motif lié à la pathologie prise en charge ;
- Le taux de patients ayant eu une récurrence ;
- Le temps d'accès à des soins de kinésithérapie en cas de prescription médicale (hors accès direct) ;
- Les délais de rendez-vous pour la file active du masseur-kinésithérapeute et celle du médecin (gain de temps médical) ;
- Le nombre de réunions d'analyse partagée entre médecin(s) et masseur(s)-kinésithérapeute(s) de la structure concernée.

3.3.3.2 S'agissant de l'efficacité de la prise en charge

[275] Les indicateurs pourraient concerner :

- La durée de la prise en charge assurée en accès direct ;
- La fréquence et la durée moyenne des arrêts de travail prescrits pour les patients en accès direct ;
- Le pourcentage de patients ré-adressés, en cours de prise en charge en accès direct, vers un service d'urgence, le médecin traitant ou un médecin spécialiste.

3.3.3.3 S'agissant des indicateurs de satisfaction

[276] La mesure pourrait s'appuyer sur un taux de satisfaction (oui/non) des patients, des médecins et masseurs-kinésithérapeutes de la structure d'exercice coordonné (soit mesuré de façon binaire en oui/non, soit de façon plus qualitative avec très/plutôt satisfaits/insatisfaits, soit encore sur une échelle de 1 à 10), ainsi que sur une enquête de satisfaction auprès du patient et des professionnels, après la prise en charge¹²³.

¹²² Devront naturellement être produites des données sur le patient (âge, sexe, comorbidité ...) et la pathologie.

¹²³ A titre d'exemple, pour les deux protocoles actuels, les questionnaires sont administrés à 3 mois, 18 mois et 36 mois, Trois questions sont posées aux patients : « êtes-vous satisfait ? vous êtes-vous senti en sécurité ? Avez-vous eu toutes les informations dont vous aviez besoin ? » avec la possibilité d'ajouter des remarques.

Pour le médecin délégué et le masseur-kinésithérapeute délégué, deux questions identiques sont posées : « la démarche vous paraît-elle sécurisée ? Avez-vous et toutes les informations dont vous aviez besoin pour évaluer la prise en charge ? » avec la possibilité d'ajouter des remarques.

3.3.4 Mobiliser l'assurance maladie afin de bénéficier des données de remboursement des patientèles des structures expérimentatrices et de disposer d'éléments de comparaison avec une patientèle et des professionnels « témoins »

[277] Les protocoles actuellement déployés en application des arrêtés du 6 mars 2020 prévoient le partage d'un logiciel informatique au sein duquel médecin délégant et masseur-kinésithérapeute délégataire ont accès à l'ensemble des informations du patient (antécédents, traitements, allergies). L'ensemble de la consultation, les prescriptions et certificats éventuels sont renseignés dans le logiciel.

[278] Dans le cadre de l'expérimentation d'accès direct, il serait souhaitable que le même type de dispositif puisse être mis en place dans les structures expérimentatrices.

[279] Par ailleurs, il importera de s'appuyer sur les données de l'assurance maladie pour que l'équipe d'évaluation externe puisse comparer les revues ou consommation de soins des médecins, masseurs-kinésithérapeutes et patients inclus dans l'expérimentation avec des cohortes ou un panel, comparables, de professionnels et patients non concernés.

Recommandation n°18 S'appuyer sur les données de l'assurance maladie pour construire des cohortes de patients, masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes et spécialistes non concernés, afin de permettre aux évaluateurs de conduire une mesure des effets de l'expérimentation

[280] Au-delà des travaux qui devront être conduits pour identifier les actes et professionnels concernés (cf. *supra*), le déploiement de l'accès direct à titre expérimental offre une bonne occasion pour conforter les chantiers conduits par l'assurance maladie, notamment dans le champ conventionnel, en matière de kinésithérapie. Il ne doit pas conduire à « geler » les actions de contrôle de la facturation, de respect des référentiels et de gestion du risque, de révision de la nomenclature et des tarifs. La mission considère même *a contrario* que l'expérimentation les rend plus que jamais pertinents.

Anne BRUANT-BISSON

Philippe LAFFON

Marion MARTY

LETTRE DE MISSION



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

CAB/OV/SSD/pégase D-21-024906

Paris, le 08 OCT. 2021

Inspection générale des affaires sociales

12 OCT. 2021

A

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des
affaires sociales

La loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification prévoit dans son article 1er la remise au Parlement d'un rapport du Gouvernement qui examine l'opportunité pour les masseurs-kinésithérapeutes de pratiquer leur art en accès direct.

L'accès direct aux soins constitue la possibilité pour les patients de recourir directement aux soins de kinésithérapie sans prescription médicale préalable alors qu'en France les patients doivent être munis d'une prescription pour bénéficier d'une prise en charge des soins de masso-kinésithérapie. Pour autant, le plan de refondation des urgences de 2019 a permis une ouverture sur cette question : en effet, l'accès direct à la kinésithérapie est possible en cas d'entorse de cheville ou de lombalgie aiguë dans le cadre de protocoles de coopération dans l'objectif notamment de désengorger les services d'urgences de petite traumatologie.

Sans attendre les résultats de ces nouveaux protocoles nationaux de coopération, qui ne sont actuellement possibles qu'aux sein de MSP ou de CDS, (2% des MK exercent en structure d'exercice coordonné aujourd'hui) les représentants des masseurs-kinésithérapeutes revendiquent l'accès direct à certains soins de masso-kinésithérapie, arguant que celui-ci est possible dans de nombreux autres pays et que ce modèle fonctionne avec efficacité. Selon eux, l'accès direct à la kinésithérapie permettrait une diminution des dépenses de santé et des délais de prise en charge tout en maintenant la qualité des soins.

Bien que les modèles développés à l'étranger présentent des avantages, la transposition de ces modes de fonctionnement au modèle français n'est pas sans poser des difficultés à la fois au regard des compétences des professionnels concernés¹ et des conditions de la prise en charge des séances de masso-kinésithérapie, qui diffèrent selon les pays.

Par ailleurs, il convient de rappeler que la démographie des masseurs-kinésithérapeutes est particulièrement dynamique : les prévisions de la DREES² indiquent que sa croissance serait supérieure à celle des besoins de la population en 2040 (+57%). Cette croissance contribue à la hausse continue des dépenses de kinésithérapie, au risque de stagnation des rémunérations individuelles, et appelle à la vigilance sur le desserrement des conditions de l'accès à l'offre.

.../...

¹ Dans le cadre des comparaisons internationales, le terme « physiothérapeutes » est utilisé mais ne recouvre pas le même panel de compétences/professions en fonction des pays (intégration pour certains des chiropracteurs ou des ostéopathes).

² DREES Etudes & Résultats n°1075, juillet 2018

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07

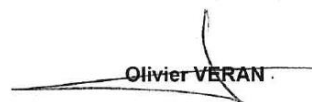
Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rgpd-cab@social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

La mission qui vous est confiée consistera à réaliser un diagnostic et des propositions qui devront être rendus avant fin novembre. Le rapport de votre mission aura pour objet de :

- Réaliser une comparaison, a minima à l'échelle européenne, de l'accès direct tenant compte des paramètres pertinents (formation et modalités de remboursement notamment) ;
- Evaluer la pertinence d'un éventuel accès direct pour les patients, en fonction des pathologies prises en charge, et en considérant notamment les risques de perte de chance ;
- Evaluer le risque d'accroissement non maîtrisé de la dépense de soins de masso-kinésithérapie, notamment au regard de la démographie dynamique de la profession ;
- Evaluer les bénéfices et risques d'un accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pour le patient et l'assurance maladie ;
- Formuler sur la base de ces travaux des propositions et prérequis à l'accès direct si celui-ci est jugé favorable pour les patients et l'assurance maladie (notamment en termes de régulation de la démographie, de maîtrise médicale, de poursuite de la réforme de la nomenclature, d'approfondissement de la maîtrise médicalisée, de création de nouveaux référentiels HAS, de modification ou de création de nouveaux référentiels de compétences et de formation, etc.).

Pour la conduite de cette mission, vous pourrez notamment vous appuyer sur les services de la direction générale de l'offre de soins, de la direction de la sécurité sociale et de l'assurance maladie.

Je vous prie d'agréer, Madame la cheffe du service de l'Inspection générale des affaires sociales, l'expression de ma considération distinguée.


Olivier VERAN

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

I- Assemblée nationale

Mme Stéphanie Rist, Députée

II-Sociétés savantes et conseils nationaux professionnels

Société française de gériatrie et de gérontologie (par écrit) :

Pr Nathalie Salles, Présidente,

Pr Sylvie Bonin Guillaume, Présidente du conseil scientifique

Dr Jean-Pierre Aquino, délégué général

Société française de pédiatrie :

Pr Christèle Gras-Le Guen (entretien et contribution écrite)

Société française de gynécologie (par écrit) :

Pr Jean-Marie Antoine

Société française de neurologie :

Pr Jean-Philippe Azoulay, président

Société française de rhumatologie :

Pr Christian Roux, président

Conseil National Professionnel de Médecine Physique et de Réadaptation :

Pr Philippe Marque, président

III – Ordres

Conseil national de l'ordre des médecins :

Dr François Simon, président de la section Exercice professionnel

Mme Isabelle Jouannet, responsable du service des Contrats

Marine Thomassin, conseiller juridique

Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes :

Pascale Mathieu, présidente

III-Syndicats et fédérations

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) :

Dr Jean-Paul Ortiz, président

Dr Franck Devulder, président des spécialistes CSMF

Dr Luc Duquesnel, Président des généralistes CSMF

Dr Christian Augareils

Fédération des médecins de France (FMF) :

Dr Corinne Le Sauder, présidente

Syndicat des médecins libéraux (SML) :

Dr Philippe Vermesch, président

Dr Sophie Bauer, secrétaire générale

MG-France :

Dr Jacques Battistoni, président

Dr Margot Bayart, Première vice-présidente

Avenir Spé :

Dr Patrick Gasser, président

Dr Jean-Pascal Devailly, Président du syndicat français de médecine physique et de réadaptation

Dr Vincent Diebolt, Secrétaire général-adjoint

Dr Georges de Korvin, membre du bureau

Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes (FFMKR) :

M. Sébastien Guérard, premier secrétaire général

M. Anthony Demont

Alizé Kiné:

M. François Radazzo, président

Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNMKR) :

M. Guillaume Rall

Avenir des Équipes Coordonnées AVECSanté

Dr Pascal Gendry, président

Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé (USMCS) :

Dr Frédéric Villebrun, président

Dr Charlotte Serrano, secrétaire général

IV-Ministère et administrations centrales

Cabinet du ministre des solidarités et de la santé :

M. Clément Lacoïn, directeur adjoint de cabinet

M. Sébastien Delescluse, conseiller formation et enseignement supérieur

Haute Autorité de Santé (HAS) :

Dr Pierre Gabach, directeur adjoint de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Dr Valérie Ertel-Pau, adjointe au chef du service Bonnes pratiques

Direction générale de l'offre de soins (DGOS):

Mme Eva Jallabert, adjointe à la sous-directrice des ressources humaines du système de santé

M. Eric Maurus, chef du bureau Exercice et déontologie des professions de santé

Mme Caroline Collin, adjointe au chef du bureau Exercice et déontologie des professions de santé

Dr Sophie Augros, conseillère soins primaires et professionnels libéraux auprès de la Directrice générale

Direction générale de la santé (DGS) :

Mme Laure-Marie Issanchou, adjointe à la sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

Mme Caroline Bussière, cheffe du Bureau de la santé des populations et de la politique vaccinale

Direction de la sécurité sociale (DSS):

M. Franck Von Lennep, directeur

M. Nicolas Labrune, sous-directeur du financement du système de soins

M. Emmanuel Frère-Lecoutre, chef du bureau des relations avec les professions de santé

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) :

Mme Agnès Bocognano, secrétaire générale de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

Mme Noémie Vergier, Adjointe à la cheffe du Bureau des professions de santé

V-Organismes de sécurité sociale

Caisse nationale d'assurance maladie :

Mme Julie Pougheon, directrice de l'offre de soins

M. Ayden Tajahmady, Directeur adjoint de la stratégie des études et de statistiques

M. Emin Agamaliyev, Responsable du département des études sur l'offre de soins

Dr Mickaël Benzaqui, Responsable du Département des Actes médicaux

Mme Claire Traon, Responsable adjointe du département des professions de santé

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) :

Dr Philippe Labatut, médecin conseil chef

Dr François Frété, médecin conseil

VI-Autres

Haut Conseil des professions paramédicales :

Mme Dominique Acker, présidente

M. Ivan Tourjanski, Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Pôle de santé Les Allymes – Plaine de l'Ain (Amberieu-en-Bugey):

Dr Etienne Deslandes (ancien membre du pôle et co-réacteur des protocoles)

VII – Interlocuteurs à l'étranger

Association canadienne de physiothérapie

Mme Kayla Scott, Directrice principale

Mme Lisa Carroll, Directrice Politiques et recherche

Pr François Desmeules, Responsable des programmes - Ecole de réadaptation Université de Montréal

Conseil de l'ordre des physiothérapeutes du Québec :

M. Denis Pelletier, président

Ministère de la santé, du bien-être et du sport des Pays-Bas

M. Jurriaan Jansen, chargé de mission soins curatifs (contribution écrite)

SIGLES UTILISES

ACIP	Accord-cadre interprofessionnel
ALD	Affection de longue durée
AMC	Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre clé AMK
AMK	Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé
AMS	Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectué par le masseur- kinésithérapeute
AMI	Appel à manifestation d'intérêt
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDS	Centre de santé
CEPS	Comité économique des produits de santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNCI	Comité national des coopérations interprofessionnelles
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNOMK	Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes
CNP	Conseil national professionnel
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMP	Dossier médical partagé
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
DU	Diplôme universitaire

ECG	Electrocardiogramme
ECTS	Système européen de transfert et d'accumulation de crédits
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESCAP	Equipes de Soins Coordonnées Autour du Patient
ESP	Equipe de soins primaire
ESS	Equipe de soins spécialisée
ETP	Equivalent temps plein
FCP	<i>First Contact Practitioner</i>
FFMKR	Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FISS	Fonds pour l'innovation du système de santé
FPH	Fonction publique hospitalière
GHT	Groupements hospitaliers de territoire
HAS	Haute autorité de santé
HCERES	Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
HCPP	Haut Conseil des Professions Paramédicales
HPST	Loi Hôpital Patient Santé et territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IK	Indemnités horokilométriques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPP	Incapacité permanente partielle
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MESRI	Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation
MG	Médecin généraliste
MK	Masseur-Kinésithérapeute
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSS	Ministère des solidarités et de la santé
MT	Médecin traitant
NHS	<i>National health service</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique

ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OTSS	Loi Organisation et transformation du système de santé
PA	Pratique avancée
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNC	Protocole national de coopération
SI	Système d'information
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNPS	Union nationale des Professionnels de Santé
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VAE	Validation des acquis de l'expérience
WCPT	Confédération mondiale de la physiothérapie
WP	Physiothérapie mondiale

ANNEXE 1 : Comparaisons internationales

Remarques liminaires

A des fins de comparaisons internationales, les chiffres sont tirés pour l'essentiel du Panorama de la santé de l'OCDE 2021 et de statistiques collectées par le site *Country economy*. Les années de référence sont les années 2019 et 2020. La précision figure en cas de données antérieures. Des compléments sont apportés par le questionnaire aux conseillers pour les affaires sociales (Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Royaume-Uni).

Les dépenses publiques de santé sont constituées des transferts publics et cotisations obligatoires d'assurance maladie ; les dépenses de santé/habitant sont exprimées en parité du pouvoir d'achat (PPA) (chiffres 2019 ou 2020).

Les chiffres pour la France peuvent ainsi être différents de ceux des Comptes de la santé de la DREES, les conventions ou périmètres retenus n'étant pas nécessairement identiques.

S'agissant du nombre de professionnels, il s'agit selon les cas du nombre de professionnels habilités à exercer ou du nombre de professionnels en exercice, ce qui est un biais pour la comparaison. Il peut y avoir de gros écarts entre les chiffres OCDE et ceux des instances professionnelle nationales, auquel cas les deux chiffres sont indiqués.

Enfin, le ratio conseillé par l'OMS s'agissant des physiothérapeutes est de 1 pour 1000 habitants.

Pour rappel et dans ce cadre de comparaison :

FRANCE

Dépenses de santé : 225, 627Mds€ - part des dépenses publiques 77% -12,4% du PIB – 4656 €/hab. (2019)

Densité médicale : 3,2 pour 1000 habitants

Nb de masseurs- kinésithérapeutes (assimilés ici à des physiothérapeutes) : 87 630 – 1,3 pour 1000 habitant

*Pour mémoire, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 209,2 milliards d'euros en **2020**, soit 9,1 % du PIB. Cette **dépense** représente ainsi en moyenne 3 109 euros par habitant. (DREES – Dépenses de santé en 2020)*

ANALYSE GENERALE

[1] A titre liminaire, il est nécessaire de préciser que la comparaison, si elle peut être éclairante sur bien des aspects, s'avère délicate s'il s'agit d'en tirer des modèles immédiatement reproductibles.

[2] La littérature internationale, lorsqu'elle s'intéresse à ce sujet évoque tout à la fois l'accès direct (*Direct access to physiotherapy*), l'auto-adressage ou auto-recommandation (*self-referral*) et la pratique avancée (*Advanced practice*) et si la conférence mondiale de la physiothérapie (désormais *World physiotherapy*) en donne des définitions claires¹²⁴, les frontières sont parfois moins évidentes dans la pratique. C'est notamment le cas pour l'intervention en services d'urgence ou l'exercice en centres de soins primaires, avec communauté de lieux d'exercice.

[3] La profession de masseur-kinésithérapeute au sens de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique recouvre, à l'étranger, plusieurs appellations distinctes, dont les plus répandues sont thérapeutes physiques et physiothérapeutes et qui recouvrent parfois non seulement la profession de masseur-kinésithérapeute mais également parfois pour partie d'actes réalisés en France par des ostéopathes, voire des chiropracteurs.

[4] Les systèmes publics de délivrance des soins et notamment de soins primaires sont également différents, avec un mode regroupé et pluridisciplinaire au sein de centres de soins primaires dans plusieurs pays (UK, Danemark, Espagne, Italie, ...) structures dans lesquelles le physiothérapeute peut être présent, parfois comme employé de la structure ou du médecin qui la porte.

[5] Le mode de financement des soins de masso-kinésithérapie n'est pas homogène ni au sein de l'Union européenne ni avec d'autres systèmes à l'international ; la France se distingue *a priori* par une forte socialisation des dépenses, le périmètre des actes remboursés étant large pour un niveau de remboursement relativement élevé.

[6] Enfin, les effets sur la dépense de cet accès direct ou de pratique avancée n'ont pu être précisément documentés même si les données disponibles au travers de certaines études fournissent des indications intéressantes mais qui ne permettent pas de dépasser une approche assez pixellisée.

1 L'accès direct est souvent présent, selon des modalités diverses

1.1 Une possibilité d'accès direct assez répandue

[7] L'accès direct est possible dans de nombreux pays, même si le modèle présent dans de très nombreux systèmes de soins reste celui d'un parcours de soins dont le médecin traitant ou médecin référent, le plus souvent le médecin généraliste, est pensé comme la porte d'entrée du parcours (*gate-keeper*) (cf. fiches pays).

¹²⁴ <https://world.physio/advocacy/direct-access> et https://world.physio/sites/default/files/2020-04/PS-2019-APTP_0.pdf.

[8] L'accès direct est possible soit dans le cadre de structures coordonnées, soit dans le secteur privé. Ce sont les Etats-Unis qui l'ont instauré les premiers au Nebraska en 1957.

[9] L'enquête annuelle menée auprès de 105 organisations membres (sur 120) et publiée en janvier 2021 par Physiothérapie Mondiale¹²⁵, (Conférence mondiale sur la physiothérapie WCPT devenue *World Physiotherapy* WP en 2020) révèlent que l'accès direct est possible dans 58% des pays ayant répondu et qu'il n'y a aucune restriction à la pratique privée dans 81% d'entre eux..

[10] *World Physiotherapy*, qui milite pour le développement de l'accès direct, a publié sur le sujet un « énoncé de politique »¹²⁶ qui défend le principe d'un accès direct par le patient, sans prescription et relève que la formation d'entrée de premier niveau des physiothérapeutes les « prépare à devenir des praticiens autonomes de premier contact, capables d'examiner / évaluer, évaluer, diagnostiquer, intervenir / traiter, déterminer les résultats et libérer les patients / clients sans référence d'un autre professionnel (par exemple, médecin) ou autre tiers ». « Bien que le développement de la pratique de l'accès direct au physiothérapeute ne soit pas encore répandue à l'échelle mondiale, il est considéré comme bénéfique et souhaitable par la majorité des organisations membres de la Confédération mondiale de la physiothérapie » lit-on dans cette déclaration politique.

[11] Elle a également publié en 2019 une déclaration de politique relative à la pratique avancée en physiothérapie¹²⁷, dont elle indique :

- qu'elle implique un niveau supérieur de pratique, de fonctions, de responsabilités, d'activités et de capacités ;
- qu'elle peut être associée à un titre professionnel particulier ;
- qu'elle exige une combinaison de compétences et de connaissances cliniques et analytiques avancées et nettement améliorées, de raisonnement clinique, d'attitudes et d'expériences ;
- qu'elle permet d'utiliser des compétences et des connaissances de niveau avancé pour influencer l'amélioration des services et améliorer les résultats et l'expérience des patients, ainsi que la présence d'un leadership clinique ;
- qu'elle favorise la prise de responsabilités en matière de prestation sûre et adéquate de soins aux patients/clients ayant généralement des besoins ou des problèmes complexes et de gestion des risques.

[12] Les débats en France et le choix fait de l'expérimentation d'un accès direct pour les masseurs-kinésithérapeutes s'inscrivent donc dans un contexte international d'échanges sur ces modalités d'exercice depuis déjà de nombreuses années.

[13] Les résultats d'une enquête publiée en 2013¹²⁸ sur les 27 pays de l'Union européenne auprès d'organisations adhérentes à WPCT révèle que l'accès direct est possible dans 52% des 23 pays ayant répondu, soit que la législation le précise ou que le cadre d'exercice professionnel le permette. Cet accès direct est nettement plus largement développé auprès du secteur privé non

¹²⁵ <https://world.physio/news/press-release-surveys-reveal-global-state-physical-therapy-profession>

La WP compte au 1^{er} janvier 2021 125 organisations membres (associations nationales, Syndicats, conseils de l'ordre...), représentant plus de 660 000 professionnels (rapport d'activité 2021).

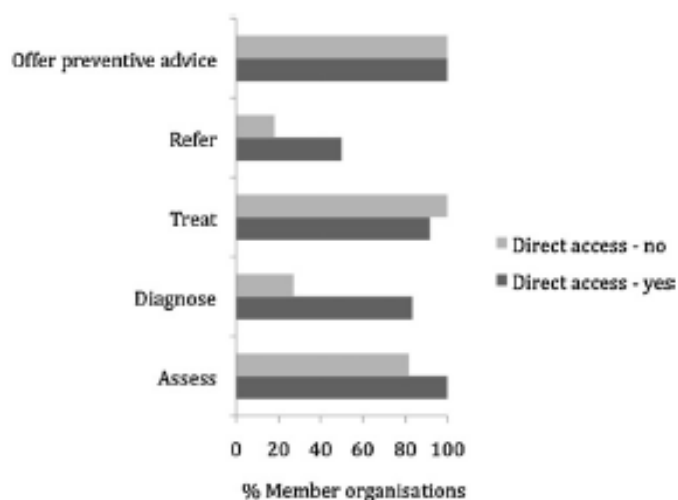
¹²⁶ <https://world.physio/fr/policy/ps-direct-access>

¹²⁷ <https://world.physio/sites/default/files/2021-05/PS-2019-APTP-French.pdf>

¹²⁸ Bury TJ, Stokes EK. *Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. Physiotherapy (2013).*

remboursé (83%) que du service public de santé (22%). Elle souligne le lien entre la possibilité d'un accès direct et le champ d'exercice plus ou moins large alloué au physiothérapeute.

Schéma 1 : Champ d'exercice et accès direct au physiothérapeute dans 23 pays de l'Union européenne



Source : T.J. Bury, E.K. Stokes- *Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union*

1.2 Des modalités et cadres différents

[14] S'agissant des pays pour lesquels la mission a pu recueillir des données plus précises (cf. fiches-pays en partie 2), l'accès direct est possible, sous deux modalités :

- Il est prévu par la législation : c'est le cas par exemple du Canada (les dates de mise en œuvre varient selon les provinces 1990 dans l'Ontario, 1998 en Nouvelle Ecosse et à Québec par exemple), de l'Australie depuis 1976, des Etats Unis dans tous les Etats désormais et sans restriction dans 18 d'entre eux, du Royaume Uni depuis 1977 (mais en pratique, seulement dans certains territoires et régions où ce service est disponible dans les services de soins du *National Health Service- NHS*), des Pays-Bas depuis 2006.

[1] Il peut être opérationnellement structuré pour la prise en charge de certains symptômes ou pathologies : aux Etats-Unis, l'accès direct se pratique dans la plupart des Etats au sein de structures ou services dédiés aux troubles musculo-squelettiques.

- Il n'est pas possible dans le secteur public de santé mais reste possible dans le secteur privé à l'initiative et aux frais du patient : c'est le cas de l'Espagne, de l'Italie (sauf Lombardie et Piémont), de l'Allemagne à condition que le physiothérapeute ait reçu une formation supplémentaire en tant que « *Heilpraktiker* ¹²⁹ » en physiothérapie/kinésithérapie, du Japon et du Danemark pour les opérateurs privés qui ne sont pas sous convention avec la région ou la commune. Une expérimentation de l'accès direct a été menée en 2019-2020 dans la région de Copenhague dont l'évaluation n'est pas encore publique. C'est également le cas du Royaume Uni pour les territoires ne disposant pas encore de service d'accès direct dans le NHS.

[15] L'accès direct est interdit dans certaines régions d'Italie (Piémont et Basilicate notamment).

[16] Même dans les pays où cet accès direct est possible, il peut être encadré ou conditionné :

- Une formation préalable ;
- Il peut être encadré pour certaines populations : c'est le cas aux Etats-Unis par exemple où l'accès direct est possible pour les personnes relevant des programmes publics (*Medicare*) mais son remboursement est soumis à la présentation d'une prescription, si bien qu'il est *de facto* limité pour ce groupe de population ; les assurances privées qui sont souvent les seules à prendre en charge les soins peuvent également exiger en fonction de l'assuré (âge, antécédents, ...) une recommandation formelle du médecin. Au Québec, certains établissements de santé peuvent choisir de ne pas appliquer l'accès direct pour leurs physiothérapeutes (quand la demande est trop importante et leur nombre trop restreint, pour réguler et prioriser le flux des patients de physiothérapie)¹³⁰.
- Les droits associés à l'accès direct sont différents : ainsi notamment du droit de prescriptions, très variable. Certains pays l'autorisent assez largement (Royaume-Uni), d'autres l'autorisent mais le limitent (possibilité pour les examens – radiologique au Québec, CT Scan et IMR dans l'Ontario, examens radiologiques, IRM et Scanners en Australie mais pas les médicaments), ou l'interdisent (Etats Unis). Au Québec, le physiothérapeute peut recommander des médicaments au pharmacien pour un patient donné, la délivrance des médicaments se fera sous l'autorité du pharmacien qui a droit de prescription.

2 Formation et droit d'exercice : une tendance nette à l'universitarisation et à l'autonomisation

[17] Il sera ici question de la formation dont l'aboutissement, sanctionné par un titre, universitaire ou non, associé à une description des compétences acquises, qui permet l'exercice dans le champ et le contexte définis par les lois et règlements de chaque pays.

[18] Les modèles d'enseignement varient dans le monde :

- Selon le type et la nature des institutions de formation : universités, instituts dédiés, programmes de troisième cycle publics et privés ;

¹²⁹ Les *Heilpraktiker* sont les praticiens en médecine naturelle ; ils exercent, après obtention d'un diplôme préparé en deux ans ; l'exercice de la médecine sans licence médicale est soumis à autorisation et des directives nationales encadrent depuis 2018 l'organisation de l'examen.

¹³⁰ Cf. Entretien avec le président de l'ordre des physiothérapeutes du Québec.

- Selon les priorités éducatives et donc les contenus et attendus (différents types d'intervenants : agent en physiothérapie, technologue ou technicien en physiothérapie, physiothérapeute. Par convention, le terme physiothérapeute et la formation associée seront retenus ;
- Selon enfin la qualité propre de chaque système de santé et de formation.

[19] De manière générale et que l'accès direct soit possible ou non, l'enquête auprès des pays de l'Union européenne citée *supra* (T.J Bury, E.K Stockes 2013) relève que 70% des répondants estiment que la formation donne aux jeunes diplômés les compétences nécessaires pour répondre à l'accès direct ou à l'auto-adressage par le patient. Lorsque ce n'est pas le cas, les jeunes physiothérapeutes sont appelés à suivre un complément de formation, soit en préparant un Master (pour 29% des réponses considérant le niveau comme non suffisant), un temps de pratique sous supervision (pour 28% de ces réponses), et/ou une formation professionnelle continue (43%).

[20] Des informations recueillies sur quelques pays plus ciblés, on constate globalement une harmonisation du niveau d'entrée dans la profession et de la durée des études au niveau Licence (*Bachelor of Sciences* en 3 ou 4 ans) ou Maîtrise (Master en 4 ou 5 ans)¹³¹ pour le droit à exercer. Le diplôme est le plus souvent associé à un « examen de compétences » dans les pays où la santé est une compétence des états fédérés (Etats-Unis, Canada, Australie notamment).

[21] Certains pays ou territoires qui pratiquent l'accès direct ont toutefois une formation plus poussée, soit qu'elle soit positionnée à un niveau supérieur (Doctorat ou doctorat professionnel – Etats Unis) soit qu'elle soit plus longue (Canada, Québec par exemple – Master en 4 ou 5 ans après une formation préuniversitaire de deux ans). L'Australie, où le niveau d'entrée dans la profession est la licence, a depuis longtemps travaillé sur la qualité des formations et la pratique autonome, ainsi que sur la notion de parcours de carrière (*Career pathway*)¹³². Les Pays-Bas proposent de nombreuses spécialisations en Master, lesquelles sont accessibles aux professionnels ayant déjà 5 ans d'expérience.

[22] En Allemagne, la durée affichée des études moins longue qu'en France (3 ans) et il n'y a pas encore d'universitarisation générale mais le nombre d'heures d'enseignement (2900 heures contre 1980) est supérieur et les stages pratiques tiennent une place très importante dans le cursus (1600h contre 1085). De plus, outre son diplôme d'Etat, le physiothérapeute doit avoir suivi des modules complémentaires et avoir la qualification de *Heilpraktiker* en physiothérapie pour pouvoir, dans le secteur privé exclusivement, recevoir directement des patients.

[23] Les contenus incluent enseignements théoriques et pratiques et font une large place aux stages cliniques (de l'ordre de 1200 heures le plus souvent). En Australie, certaines universités allient la formation en école de physiothérapie et en école clinique (*clinical school*). Les étudiants suivent les deux cursus ce qui accroît considérablement le temps dédié aux activités cliniques. Ce modèle intégré est en développement.

[24] Les compétences permettant l'exercice en « autonomie » deviennent progressivement un objectif éducatif prioritaire.

¹³¹ Cf. Tableau récapitulatif en pièce jointe n°3.

¹³² 20160420_HWC_White Paper-APA Career Pathway_Final.

3 Les expériences étrangères et diverses études sur l'accès direct apportent des enseignements intéressants

[25] Les sociétés et associations de physiothérapie à l'international ont assez largement théorisé le rôle du physiothérapeute en accès direct ou en pratique avancée, en faveur duquel elles font un plaidoyer appuyé (cette fonction « d'*advocacy* » est l'une des missions importantes de la *World Physiotherapy*) en se fondant sur des constats et études diverses.

[26] L'expérience des pays pratiquant l'accès direct ainsi que plusieurs travaux relèvent l'intérêt de cette modalité d'accès, en particulier s'agissant des troubles musculo squelettiques mais également d'autres pathologies chroniques, tant en premier recours dans le cadre de l'organisation des soins primaires qu'en service d'urgence et apportent des réponses ou des éléments de réponse aux inquiétudes des médecins et des patients sur la sécurité des soins notamment.

[27] La mission s'est appuyée plus spécifiquement sur une vingtaine d'études ainsi que sur plusieurs revues de littératures¹³³. La plupart sont des enquêtes et études observationnelles mais on compte quelques études contrôlées et randomisées et leur niveau de preuve varie.¹³⁴ La plupart concernent enfin la prise en charge des affections musculo-squelettiques. Une bibliographie figure en pièce jointe n°3, à laquelle renvoient les notes de bas de pages.

3.1 Les constats relativisent très largement un risque de perte de chance pour le patient

[28] S'agissant en premier lieu de la crainte souvent exprimée par le corps médical et certains patients d'un risque accru, lié à l'absence de diagnostic médical et de repérage du cas grave et donc la perte de chance subséquente pour le patient, une étude australienne¹³⁵ portant sur 1172 patients consécutifs reçus pour une lombalgie aiguë dans des services de soins primaires à Sydney constate que seuls 11 d'entre eux présentaient une pathologie grave soit 0,9%, dont une fracture pour 8 d'entre eux. L'utilisation de la méthode des « drapeaux rouges » -25 dans le cas de cette étude- avait permis de repérer la moitié d'entre eux dès la consultation initiale, les autres après examen.

[29] Une étude au long cours menée sur dix ans à l'Université du Colorado dans son centre de premier recours pour les blessures¹³⁶ avec accès direct à un physiothérapeute, ne relève aucun

¹³³ - Heidi A.Ojha, Rachel S. Snyder and Todd E. Davenport - *Phys Ther.* 2014; *Direct access compared to referred physical therapy episode care : a systematic review* - *Phys Ther* 2014.

- Leonardo Piano, Filippo Maselli, Antonello Viceconti, Silvia Gianola, Aldo Ciuro. - *Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review* - *Ther. Sci.* 29: 1463-1471, 2017.

- Demont A, Quentin J, Bourmaud A. Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : revue de la littérature. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2020;68:306-

- Anthony Demont, Aurélie Bourmaud, Amélie Kechichian & François Desmeules (2019): *The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature*, - *Disability and Rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2019.1674388

- Matifat E, Méquignon M, Cunningham C, Blake C, Fennelly O, Desmeules F - *Benefits of Musculoskeletal Physical Physiotherapy in Emergency Departments : a systematic review* - *Phys Ther* 2019;99: 1150-66 - <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz082>.

¹³⁴ Fondée sur les niveaux de preuves du Centre d'Evidence-Based Medicine d'Oxford (version 2011).

¹³⁵ Bibliographie [5]]

¹³⁶ Bibliographie [9] - [11] - [18]

événement indésirable , aucun défaut de repérage des situations graves et conclue au caractère sûr de ce modèle de prise en charge. Une autre étude menée aux Etats –Unis sur une période de 40 mois pour 472 013 consultations de patients militaires¹³⁷ aboutit aux mêmes conclusions. (On peut certes considérer que le public étudiant est par nature jeune et les patients militaires globalement suivis et en bonne santé, la durée et la taille des populations suivies sont pour autant significatives).

[30] Nombre d' études¹³⁸, et notamment plus récemment en soins primaires (étude contrôlée et randomisée)¹³⁹ et en service d'urgence¹⁴⁰, ne rapportent aucun événement indésirable ou complication identifiée suite à l'intervention du physiothérapeute en premier contact..

[31] Plus généralement, les pays qui autorisent l'accès direct ne signalent pas d'événements majeurs qui le remettrait en cause. Le président du Conseil de l'ordre des physiothérapeutes du Québec constate ainsi que la sécurité pour le patient est garantie, sécurité qu'il estime accrue par l'absence de retard dans la prise en charge, les cas graves ou ne relevant pas du physiothérapeute étant par ailleurs adressés rapidement au médecin spécialiste compétent.

3.2 Des impacts favorables sont observés mais la charge du médecin généraliste ne semble pas s'en trouver allégée

3.2.1 Des impacts favorables constatés : moins d'examens, fluidité du parcours et meilleurs résultats pour le patient, coût global plus faible

[32] A titre préliminaire, on rappellera que toutes les études n'avaient ni la même méthodologie (études contrôlées et randomisées, études randomisées, études de type expérimental, études observationnelles en majorité), ni la même puissance (de quelques dizaines de patients suivis à plusieurs dizaines de milliers pour quelques-unes). Aussi toutes n'offrent-elles pas le même niveau de preuve. Les revues de littératures citées *supra* en donnent le détail. Il est également précisé que la plupart de ces études s'intéressent à la prise en charge des affections musculo-squelettiques. Enfin, toutes ne portent pas directement sur l'accès direct par comparaison avec un parcours classique, certaines ont pour objet l'intérêt plus global d'une prise en charge précoce par le physiothérapeute.

[33] Ces préalables posés et de manière synthétique, les auteurs aboutissent à des conclusions récurrentes ou convergentes en faveur d'une prise en charge en première intention par le physiothérapeute :

- Un temps d'attente réduit aux urgences et un temps médical supérieur consacré par les médecins urgentistes aux cas graves¹⁴¹ ; un délai de prise en charge réduit en soins primaires ¹⁴² ;
- Un nombre de consultations chez la physiothérapeute sensiblement plus faible pour les patients en accès direct ¹⁴³;

¹³⁷ Bibliographie [1] – [98] – [18]

¹³⁸ Bibliographie [3] – [43] – [7] – [187]

¹³⁹ Bibliographie [12] – [18]

¹⁴⁰ Bibliographie [19] – [20]

¹⁴¹ Bibliographie [18] – [19] – [20]

¹⁴² Bibliographie [3]

¹⁴³ Bibliographie [4]

- Un nombre plus faible de consultations du médecin généraliste ou spécialiste, pouvant aller du simple au double (18% des patients en accès direct contre 39% via le généraliste – étude écossaise 2007 ; 2,5% des patients vu par le physiothérapeutes adressé à un spécialiste contre 8,2% de ceux vus par le médecin généraliste dans une étude anglaise 1993)¹⁴⁴ ;
- Une moindre consommation d'examens d'imagerie (différence de 4 à 8 points entre selon que l'on voit le physiothérapeute ou le médecin), et de consommations de médicaments dont celle d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'analgésiques (40 % de médicaments sur ordonnance en moins à un mois en service d'urgence – étude québécoise)%¹⁴⁵ ;
- Un moindre retour aux urgences lorsque la prise en charge est faite par le physiothérapeute en service d'urgence pour des affections musculo-squelettiques¹⁴⁶ ;
- Un niveau de douleur plus faible après une prise en charge en accès direct, que ce soit en soins primaires ou en service d'urgence¹⁴⁷ ;
- Une satisfaction du patient identique ou supérieure (de l'ordre de 5 points) et une meilleure appréciation de sa condition de santé par le patient (+9points)¹⁴⁸ ;
- De meilleurs résultats en termes d'achèvement du traitement, de qualité de vie, sans que soient constatés d'événement grave ou décès en lien avec le mode de prise en charge¹⁴⁹ ;
- Une réduction du niveau de handicap¹⁵⁰ ;
- Un gain en termes de coûts par épisode de soins ; à titre d'illustrations :
 - Aux États-Unis : 1004 USD contre 2236 USD dans une étude, 1 448 USD contre 1 744 USD dans la seconde
 - Au Royaume-Uni : avec des coûts moyens de 9,55£ contre 47,94 (étude 1993) et de 66,31 £ contre 88,99£ (étude 2007 –Ecosse)
- Comme de coût plus globaux de santé)¹⁵¹ ;
 - Un nombre de jours d'arrêt de travail inférieur en accès direct (10,4 jours d'arrêt après consultation d'un physiothérapeute en accès direct contre 27,9 jours pour le patient vu par un généraliste dans une étude ; 20% des patients s'étant vu délivrer un arrêt de travail par le physiothérapeute contre 28% par le généraliste dans une autre)¹⁵².

[34] Ces résultats intéressants, en termes d'accès et de qualité de soins sans impact sur la sécurité du patient, des modèles intégrant l'accès direct en soins primaires et en urgence amènent les auteurs d'une revue de littérature récente plus récente¹⁵³ à conclure que « Les études portant sur ces nouveaux modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie en soins primaires et aux urgences permettent de retenir deux enseignements : ils n'ont pas vocation à remplacer le

¹⁴⁴ Bibliographie [9]

¹⁴⁵ Bibliographie [3] – [9] – [20] – Holdsworth and Webster – 2004 *Direct access to physiotherapy in primary care : Now ? – And into the future*, June 2004 - Physiotherapy 90(2):64-72 DOI:10.1016/j.physio.2004.01.005.

¹⁴⁶ Bibliographie [19] - [20]

¹⁴⁷ Bibliographie [3] – [12] – [17] – [18] – [26 – [28]]

¹⁴⁸ Bibliographie [9]

¹⁴⁹ Bibliographie [3] – [9] – [18] – [20] - [28]

¹⁵⁰ Bibliographie [19]

¹⁵¹ Bibliographie [3] – [9] – [18] – Mitchell and de Lissovoy – 1997 ; Pendergast and al. 2012t - Hackett en al. 1993

¹⁵² Bibliographie [3] – [9]

¹⁵³ Bibliographie [18] - [28]

médecin et encouragent la collaboration entre professionnels de la santé afin d'améliorer l'accès pour les patients à des soins efficaces. »

[35] L'étude Stems 2¹⁵⁴ relève toutefois quelques résultats contradictoires, s'agissant des « gains » sur la charge de travail des médecins, avec un nombre de consultations qui augmente, et des arrêts de travail légèrement plus nombreux dans le groupe en accès direct ; l'usage par les patients du « vrai » recours direct (« *true self referral* », c'est-à-dire de leur totale initiative sans conseil d'un autre professionnel de santé, médecin ou infirmier) apparaît de plus relativement faible. Les auteurs imputent ces résultats notamment à une mauvaise connaissance du nouveau parcours et relèvent la nécessité de développer l'information et la communication.

¹⁵⁴ Bibliographie [24]

3.2.2 La charge du médecin généraliste ne s'en trouve pas *a priori* allégée

[36] Dans de nombreux pays en effet, la mise en place de l'accès direct avait en autres comme objectif de dégager du temps médical.

[37] Quelques études se sont intéressées à l'impact de l'ouverture à l'accès direct sur la charge de travail du médecin. Les résultats sur ce point, quand bien même les objectifs sont par ailleurs atteints, ne démontrent pas clairement d'amélioration sur ce point.

[38] Si une étude menée en Ecosse conclut à une économie de temps des médecins généralistes de 20%¹⁵⁵, l'étude STEMS2 précitée constate même un accroissement des consultations (qu'il est toutefois difficile de relier à la mise en œuvre en Angleterre du *First Contact Practitioner* [FCP]).

[39] L'évaluation à cinq ans de la mise en place de l'accès direct aux Pays Bas¹⁵⁶, si elle relève le succès du dispositif puisque l'accès direct qui concernait 28% des patients en 2006 atteint en 2010 46,2 % d'entre eux (et 72 % en 2019 selon les informations recueillies auprès du ministère de la santé des Pays-Bas), formule un constat similaire sur ce point : les médecins généralistes n'ont pas constaté d'allègement de leur rythme et quantité de travail.

[40] Le président du conseil de l'ordre des physiothérapeutes du Québec souligne quant à lui que l'accès direct, s'il a fluidifié le parcours du patient en matière d'affections musculo-squelettiques, n'a pas eu d'impact sur l'activité médicale et les listes d'attente. La trop faible densité médicale et le besoin croissant de soins (liés à la fois aux modes de vie et à une population vieillissante) font qu'au mieux, les rendez-vous dégagés ont permis de prendre quelques patients un peu plus rapidement.

3.2.3 L'exemple du Royaume Uni

[41] Le *National Health service* (NHS) britannique, dans sa nouvelle stratégie 2019-2024, fait siennes les constats des diverses études et d'évaluations menées localement. Selon des données reprises à son compte par le NHS¹⁵⁷ dans un document préparant la mise en place du « *First Contact Practitioner* » (FCP), 30% des consultations auprès des médecins généralistes concernent des affections musculo-squelettiques. Une personne sur 5 consulte dans le pays chaque année pour un problème musculo squelettique soit 8,75 millions de personnes. 90 % des douleurs lombaires aiguës sont appelées à se résoudre d'elles-mêmes dans les 6 semaines si les patients sont correctement pris en charge mais conduisent actuellement à un handicap pour 5 à 10 % des patients. La demande de soins pour les lombalgies augmente chaque année (un équivalent de 141 millions de livres soit 168 millions d'euros sont dépensés en consultations auprès des médecins généralistes), une tendance lourde puisque 80% des personnes seront amenées à développer ce type d'affection à un moment ou un autre de leur vie. Selon l'Office national des statistiques, les troubles musculo squelettiques sont la seconde cause la plus importante d'absence au travail et une cause majeure des dépressions. Les affections du dos seules coûtent chaque année 434 £ par salarié (519 € environ).

[42] Suite à l'évaluation menée en 2018/19 dans le cadre du « *Elective Care Transformation Programme* », expérimentant un contact privilégié avec un physiothérapeute pour les troubles

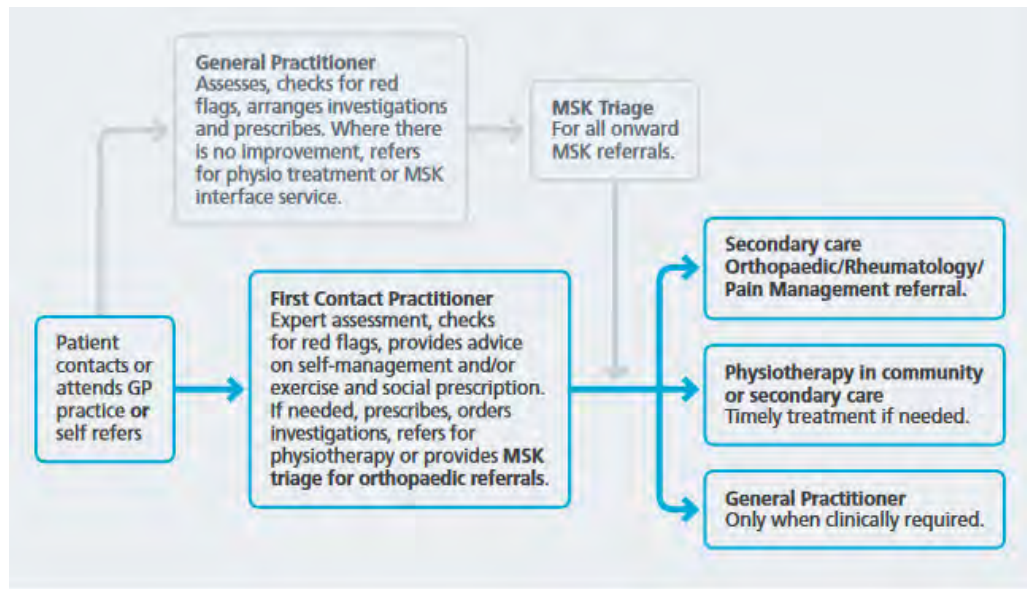
¹⁵⁵ Bibliographie [3] – [9]

¹⁵⁶ Bibliographie [10]

¹⁵⁷ NHS - *Elective Care High Impact Interventions: First Contact Practitioner for MSK Services - May 2019* - (Jordan et al., 2007) - (Arthritis and Musculoskeletal Alliance (ARMA), 2004).- <https://www.england.nhs.uk/gp/expanding-our-workforce/first-contact-physiotherapists/>

musculo-squelettiques et analysant plus de 6 800 consultations, le NHS a décidé d'une stratégie nationale en la matière, précisant que l'introduction de l'accès direct au niveau du soins primaires « permettra une meilleure prise en charge des affections musculo-squelettiques et réduira l'adressage vers le soins de second niveau de recours »¹⁵⁸.

Schéma 2 : Le nouveau parcours de soins pour les troubles musculo squelettiques du NHS



Source : NHS - Elective Care High Impact Interventions: First Contact Practitioner for MSK Services - May 2019

4 Les contextes de déploiement de cet accès direct sont sensiblement différents du cadre français tant en matière de formation que d'exercice que de remboursement des soins.

4.1 Une formation universitaire ancienne et bien ancrée

[43] Les pays pratiquant l'accès direct ont, de longue date pour la plupart un modèle universitaire. Les masseurs kinésithérapeutes, comme d'ailleurs d'autres professions de santé, sont formés à côté des médecins, fréquentent les mêmes universités, et leur positionnement est bien compris par la population aux dires du président du conseil de l'ordre de Québec. Celui-ci indique qu'en cas d'affectation musculo-squelettiques *a priori* sans gravité, les patients vont naturellement voir leur physiothérapeute « comme ils vont voir leur dentiste en cas de maux de dents ».

[44] La formation (cf. *supra*) y est souvent plus longue et exigeante (4,5 ans +2 ans de formation universitaire préalable au Québec, Doctorat aux Etats-Unis) qu'en France. Quant à l'Australie, même si le niveau d'entrée dans la profession se fait en licence, la profession y est reconnue depuis 1906 et jouit d'une grande considération. Le recrutement comme pour la filière médicale, se fait parmi les meilleurs élèves. La formation initiale en physiothérapie en Australie est strictement universitaire. L'accréditation des formations repose sur un double cadre : celui du Conseil

¹⁵⁸ NHS - Elective Care High Impact Interventions: First Contact Practitioner for MSK Services - May 2019

Australien de la Physiothérapie - APC (*Standards for Accreditation of Physiotherapy Educational Programs*) et sur les autorités nationales qui édictent les normes nationales (*Australian Standards for Physiotherapy*). Les normes d'accréditation de l'APC prennent en compte autant les différents éléments du programme que les ressources humaines et matérielles ou l'infrastructure pour sa mise en œuvre et que le soutien des étudiants et la performance des diplômés. Pour les normes nationales (ASP), l'accent est mis sur les connaissances théoriques essentielles, le savoir-faire clinique, et le comportement professionnel à atteindre en fin de formation initiale. En outre, l'*Australian Physiotherapy Association* insiste sur la notion de parcours de carrière¹⁵⁹ et propose un ensemble de formations de troisième cycle de spécialisation.

4.2 Un contexte de coordination facilité par un exercice collectif et public dans plusieurs cas

[45] La proportion de physiothérapeutes exerçant dans le secteur public peut également être un facteur facilitant ce succès du modèle intégré avec « accès direct ». En Grande-Bretagne, le nombre de masseurs physiothérapeutes exerçant dans une structure NHS est de 22 323 (chiffres 2017) ce qui représente au moins 38% des physiothérapeutes¹⁶⁰; au Québec, la moitié des physiothérapeutes (2 898 sur 5 768) exercent dans un établissement public, la plupart en établissements publics de santé (hôpital ou centres de soins primaires)¹⁶¹.

[46] Il est assez révélateur que la majorité des études concernant l'accès direct portent sur son application en structures de soins primaires ou bien en services d'urgences, dans le cadre d'une pratique coordonnée et le plus souvent sur un site unique.

[47] C'est aussi le modèle porté par la NHS britannique qui entend faire du physiothérapeute le premier point de contact en cas d'affections musculo-squelettiques. *"By being part of the GP team and using the local referral pathways and services, the FCP enhances the quality of care provided by the primary care workforce"*¹⁶². Tous les assurés du MHS pourront selon les annonces consulter un physiothérapeute dans le cadre de ce dispositif FCP en 2024.

4.3 Un remboursement par l'assurance publique qui reste souvent limité et soumis à prescription

[48] Toujours selon l'enquête précitée auprès des pays de l'Union européenne, 53 % des répondants (10 pays) indiquaient que les actes n'étaient pas remboursés, 16 % (3 pays) qu'ils l'étaient en partie, et 32 % (6 pays) que ce remboursement dépendait du contrat d'assurance.

¹⁵⁹ 20160420_HWC_White Paper-APA Career Pathway_Final

¹⁶⁰ Health and Care Professional Council - 2017 et 2020 pour le nombre de physiothérapeutes enregistrés, L'OCDE mentionnent 31 600 PT en exercice, ce qui donnerait un pourcentage bien supérieur à 70%

¹⁶¹ Statistiques au 11 janvier 2022 – Conseil de l'ordre des physiothérapeutes du Québec

¹⁶² NHS - *Elective Care High Impact Interventions: First Contact Practitioner for MSK Services - May 2019*

Schéma 3 : Remboursement des actes de physiothérapie dans 23 pays de l'Union européenne



Source : Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy* (2013),

[49] Cette faiblesse du remboursement est d'ailleurs clairement perçue comme l'un des freins majeurs par les deux-tiers des organisations sondées.

[50] De manière générale, les pays qui n'admettent pas l'accès direct dans le secteur public mais laissent le patient libre d'accéder dans le secteur privé à un physiothérapeute de son choix ne remboursent pas les actes non prescrits dans ce cadre. C'est le cas dans de nombreux pays d'Europe, Italie, Espagne, Allemagne, Danemark, etc.

[51] Dans les pays où l'accès direct est possible, le remboursement est également encadré et limité. Ces limitations portent sur le type de publics pris en charge, le type de pathologies, le nombre de séances, le lieu de délivrance des soins. Le plus souvent, la prise en charge par l'assurance publique est conditionnée à la production d'une prescription, ce qui est une claire limitation de la notion même d'accès direct.

[52] Ainsi aux Etats-Unis, dans un système de très faible socialisation de la dépense puisque seulement un tiers de la population est couvert par une assurance publique, seuls les assurés relevant des programmes publics (*Medicare – Medicaid*) peuvent bénéficier d'un remboursement par « l'assurance publique »¹⁶³, mais sous réserve d'une prescription médicale. Pour les autres, les assurances privées peuvent également exiger, en fonction de l'assuré (âge, antécédents, ...) et de son contrat, une recommandation formelle du médecin.

[53] En Australie, la physiothérapie n'est pas couverte de façon générale par le système de soins public (*Medicare Australia*) sauf à relever du « *Medicare Chronic Disease Management (CDM) scheme* » pour certains soins complexes et chroniques, pour lesquels cinq séances sont prises en charge par an. Pour que ces séances soient prises en charge, elles doivent faire en outre faire l'objet d'un adressage par un médecin. En dehors de ces cas, c'est l'assurance complémentaire individuelle qui détermine le niveau de prise en charge.

[54] Aux Pays-Bas, qui ont introduit l'accès direct en 2006, ne sont pris en charge par l'assurance publique de base que les soins de physiothérapie délivrés dans le cadre d'une liste limitée de pathologie et pour un nombre limité de séances pour chacune (cf. fiches –pays). S'agissant des maladies chroniques, la prise en charge n'intervient qu'à partir de la 21^{ème} séance. Dans tous les cas de figure, une « preuve de diagnostic » doit être présenté, à savoir un certificat d'un médecin, ce qui revient à une prescription.

¹⁶³ Ce terme est employé pour faciliter la comparaison ; la nouvelle loi dite *Obamacare* ne crée en réalité pas un régime d'assurance santé public mais deux programmes *Medicare* et *Medicaid* qui fournissent aux bénéficiaires le moyen de recourir à des assurances privées, lesquelles doivent respecter une sorte de cahier des charges public.

[55] Au Canada, seuls les soins délivrés par des structures publiques sont remboursés en principe, comme au Québec. Selon l'origine de la pathologie ou maladie, les soins peuvent être plus largement remboursés. Ainsi à Québec par exemple, certains assurés victimes d'accidents de la route ou d'accidents du travail et maladies professionnelles peuvent être pris en charge dans d'autres établissements dès lors que le physiothérapeute est bien inscrit à l'ordre, mais les soins doivent être prescrits par un médecin.

FICHES-PAYS

	AUSTRALIE
<i>Système de santé/ couverture- maladie</i>	Le système de prise en charge de la santé repose sur un régime d'assurance santé universel appelé <i>MEDICARE</i>. Ce dernier fonctionne avec la participation du secteur public mais également du secteur privé. Les prestations <i>MEDICARE</i> sont définies par le <i>Medicare Benefits Schedule</i> (MBS) géré par le ministère de la Santé (<i>Department of Health</i>) et administré par le ministère des Services à la personne (<i>Department of Human Services</i>). Le système comporte plusieurs niveaux avec application de franchise. Les soins de physiothérapie relèvent des niveaux A (prise en charge à l'hôpital pour les personnes de 65 ans et plu) et B (soins de ville) : lorsqu'elle est médicalement nécessaire. L'assuré a le choix de n'être couvert uniquement que par <i>MEDICARE</i>, ou de compléter sa couverture en souscrivant une assurance santé privée. Les assurés bénéficient des prestations dans les établissements publics de santé, sans faire l'avance des frais. S'ils font le choix de se faire soigner dans un établissement privé agréé, ils peuvent (<i>en cas d'acte médicalement nécessaire</i>) obtenir un remboursement à hauteur de 75 % du tarif fixé par le gouvernement (100 % en souscrivant une assurance complémentaire privée).
<i>Dépenses de santé</i>	79, 726 Mds € - Part des dépenses publiques 69 % - 9,4 % PIB – 4 919 €/hab. (2019)
<i>Nombre de physiothérapeutes</i>	27 158 (2019) 1,07 physiothérapeutes pour 1 000 habitants 64 % femmes – 36 % hommes
<i>Densité médicale¹⁶⁴</i>	3,8 pour 1000 hab.
<i>Formation</i>	Formation de niveau Licence et Mastère en physiothérapie - Nombreuses formations de spécialisation : troubles musculo squelettiques, santé de la femme, personnes âgées, troubles respiratoires, santé au travail, blessures du sport, nourrissons et jeunes enfants, problèmes du système nerveux et blessures de la colonne. - Encouragement de l'<i>Australian Physiotherapy Board</i> à la recherche L'exercice est subordonné à l'inscription à l'<i>Australian Physiotherapy Board</i> en lien avec l'<i>Australian Health Practitioner Regulation Agency</i>. -
<i>Accès direct</i>	Oui depuis 1976.

¹⁶⁴ Densité médicale : source = OECD 2021 (chiffres 2020 ou les plus récents disponibles) – inclut les généralistes, l'ensemble des spécialistes et pour quelques pays dont la France, le Canada et les Pays-Bas, les médecins affectés à des fonctions managériales ou de la recherche. Cette densité est de 3,4 pour 1000 habitant pour la France.

	(Sauf quelques exceptions : <i>Workers Compensation Claims, Motor Vehicles Third Party Claims (CTP), Medicare Claims</i>)
Prescription	Oui pour les examens : radiologie, CT scans, scintigraphie osseuse et IRM, Non pour les médicaments
Remboursement	La physiothérapie n'est pas couverte de façon générale par le système de soins public (<i>Medicare Australia</i>) sauf à relever du « Medicare Chronic Disease Management (CDM) scheme » pour certains soins complexes et chroniques, pour lesquels 5 séances sont prises en charge par an. Pour que ces séances soient prises en charge, elles doivent faire l'objet d'un adressage par un médecin. Cette prise en charge doit également s'inscrire dans le cadre du Medicare (A et B voir supra). Le remboursement est dans ce cas de 85%, sur la base d'un tarif fixé à 62.50 AUD (taux à Novembre 2020) Tous les examens prescrits par les physiothérapeutes ne sont pas remboursés par le <i>Medicare</i> (les CT Scans et les scintigraphies osseuses ne sont pas remboursés) Coût de 90 à 170 AUD la séance dans le secteur privé (env. 57 à 108 €)

	CANADA
<i>Système de santé/ couverture- maladie</i>	• L'Etat fédéral : - édicte les normes et les conditions de l'établissement et de l'administration de ces normes nationales pour le système de santé (Loi canadienne sur la santé), - soutient financièrement des services de soins de santé provinciaux et territoriaux - soutient la prestation de services de soins de santé aux groupes particuliers (membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves, les Inuits, les membres actifs des Forces canadiennes, certains anciens combattants et les personnes détenues dans un pénitencier fédéral, certains groupes de demandeurs d'asile) - et plus généralement d'autres fonctions en matière de santé • La mise en œuvre opérationnelle repose sur les provinces et territoires - Il n'y a pas un régime d'assurance unique mais 13 régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. - Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la gestion et de l'organisation des services de soins de santé. De plus, ils assurent la prestation de ces services à leurs résidents.
<i>Dépenses de santé</i>	118, 363 Mds€ - part des dépenses publiques 70 % - 10,8 % PIB 4 743 €/hab. (2019)
<i>Densité médicale</i>	2,7 pour 1000 hab.
<i>Nombre de physiothérapeutes</i>	24 384 (2019) 0,65 physiothérapeutes pour 1 000 habitants 71 % femmes – 29 % hommes
<i>Formation</i>	Maitrise en physiothérapie dans l'une des 14 universités qui proposent ce programme. Ce programme se déroule généralement en 6 ans (4 ans +2 ans de Master). La réussite à l'examen de compétences en physiothérapie est généralement demandée par la province d'installation. Un nouveau Mastère de Technologue en physiothérapie remplace depuis novembre 2020 le titre de thérapeute en réadaptation physique. Il existe de nombreuses formations universitaires spécialisées. Au Québec : les physiothérapeutes suivent une formation de 6 ans ½ : deux ans de formation générale et 4 ans ½ pour obtenir un Mastère ; Les technologues en physiothérapie suivent une formation plus courte de trois ans. Seuls les physiothérapeutes peuvent pratiquer l'accès direct.
<i>Accès direct</i>	Oui, avec des nuances selon les Etats ; les physiothérapeutes sont des dispensateurs de soins primaires. (Ontario depuis 1991, Nouvelle Ecosse 1998, Québec depuis 1990, Canada national 1999)
<i>Prescription</i>	Non pour les médicaments. Au Québec le physiothérapeute peut recommander certains médicaments en lien direct avec le traitement qu'il pratique auprès du pharmacien, Examens : possibles selon les Etats ; à Québec par exemple, la prescription de radiographies est possible depuis 2018 ; tous examens radios/IRM CT Scans sont possibles dans l'Ontario (aux frais du patient).

<i>Remboursement</i>	L'assurance-maladie couvre en tout ou en partie les coûts des soins de physiothérapie. Les traitements sont gratuits en hôpital public, mais les délais longs. Certains régimes d'assurance élargis exigent une prescription du médecin pour rembourser les services de physiothérapie dans le cadre des soins privés Québec : Seuls les physiothérapeutes exerçant en établissement sont couverts par l'assurance maladie publique (exemple : hôpital, CLSC, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre de réadaptation). Certains traumatismes sont pris en charge par les caisses publiques (cas des accidents et maladies professionnelles, accidents de la circulation) : le remboursement est possible pour les soins délivrés dans ce cadre d'événements. Certains régimes privés d'assurances peuvent exiger une prescription d'un médecin avant d'accepter les remboursements.

	ETATS-UNIS
<i>Système de santé/ couverture- maladie</i>	Le système de financement de la santé aux US repose sur des assurances privées et deux programmes fédéraux principaux : - Medicare qui couvre les plus de 65 ans, les personnes en situation de handicap ou atteintes d'une maladie rénale nécessitant une dialyse (14 % de la population) ; la partie A du programme concerne l'hospitalisation et les soins délivrés à l'hôpital ou dans un établissement de soins infirmiers, palliatifs ou soins à domicile, la partie B les prestations médicales de toute nature ; - Medicaid pour les plus pauvres (20 % de la population). Ces deux programmes publics sont complétés par des couvertures privées, proposées par des assureurs privés, soit directement si les assurés le souhaitent/le peuvent, soit par l'intermédiaire des entreprises (l'assurance santé complémentaire est obligatoire depuis 2010 dans les entreprises de plus de 50 salariés dès lors qu'ils travaillent plus de 30 h par semaine). La loi <i>Patient Protection and Affordable Care Act</i> (dite <i>Obamacare</i>) a permis à 32 millions d'Américains qui en étaient dépourvus, d'avoir une couverture santé. Promulguée en 2010, l'<i>Obamacare</i> ne crée pas un régime public universel ou encore d'assurance publique. L'obligation d'assurance maladie individuelle que posait ce texte a été supprimée depuis le 1^{er} janvier 2019. Plusieurs Etats fournissent en revanche des aides financières pour faciliter la souscription d'une assurance santé aux plus nécessiteux. On estime qu'au total 1/3 de la population est couvert par une assurance santé publique.
<i>Dépenses de santé</i>	2 654, 604 Mds€ - part des dépenses publiques 51 % - 16,8 % PIB – 9 870 €/hab. (2019)
<i>Densité médicale</i>	2,6 pour 1000 hab.
<i>Nombre de physiothérapeutes</i>	233 350 (2019) / 312 716 selon APTA au 30 juin 2021 0,71 physiothérapeutes pour 1 000 habitants (0,956) 64 % femmes – 36 % hommes
<i>Formation</i>	Doctorat ou Doctorat professionnel de physiothérapie. Le programme doit être reconnu par la Commission on <i>Accreditation in Physical Therapy Education</i>. Une fois la qualification acquise, les physiothérapeutes diplômés peuvent choisir de développer leurs compétences de manière plus spécialisée dans un programme de résidence ou de bourse. De nombreux programmes de résidences cliniques permettent de développer la pratique clinique dans un champ déterminé, avec d'une part une supervision clinique et un mentorat académique et scientifique. Pour exercer, il faut également passer un examen de compétences dans l'état d'exercice.
<i>Accès direct</i>	Oui pour l'ensemble des Etats-Unis (les 50 états, Washington DC et les Iles Vierges sous juridiction américaine), mais avec des conditions et des limites qui varient. 18 Etats l'admettent sans restriction. L'accès dépend donc à la fois de l'Etat et de la police d'assurance.

	Des limitations existent aussi s'agissant des programmes bénéficiant de fonds publics, comme <i>Medicare</i>. Dans ce cadre, le patient peut s'adresser directement à un physiothérapeute mais le plan de prise en charge doit être validé dans le cadre d'une procédure prioritaire par le médecin traitant ou référent (<i>cf. infra</i> remboursement) En outre, les établissements (hôpitaux ou autres établissements de soins et de réadaptation) peuvent poser des conditions qui vont au-delà de ce que prévoit le contrat d'assurance individuel en matière d'accès direct.
<i>Prescription</i>	Non, seulement sous l'autorité d'un médecin. Ils peuvent utiliser pendant leur soins certains produits (injection, transcutanée), mais la prescription se fait sous la responsabilité d'un médecin référent.
<i>Remboursement</i>	Partiel, en fonction de votre police d'assurance complémentaire Pour les patients couverts par le Medicare, 20% à la charge du patient, sur la base du tarif de référence, et hors franchise qui s'applique. Sur prescription médicale, à l'hôpital ou en ville, le médecin devant certifier que les soins sont « nécessaires d'un point de vue médical » (<i>medically necessary</i>). Medicare Part B (ville) ne fixe plus de limite de montants de dépenses annuelles de physiothérapie. Coût moyen d'une séance : \$75 (env.66 €) Fourchette moyenne observée : \$50 à \$125 (env. 45 à 110 €) Coût maximum : \$350 (env. 310 €) La plupart des assureurs privés couvrent au moins 50 % des coûts, mais seulement après paiement de la franchise annuelle, de l'ordre de \$250 à \$1250 (env. 220 à 1105 €) et parfois plus selon les risques que présente l'assuré.

	JAPON
<i>Système de santé/couverture maladie</i>	Le système d'assurance santé obligatoire du Japon offre une couverture universelle, financée par les taxes et les contributions individuelles. Il comporte deux affiliations principales : - L'une liée au travail salarié, qui couvre environ 59 % de la population - L'autre fondée sur la résidence et qui inclut d'une part la couverture des personnes non employés de 74 ans et moins (env.27 % de la population japonaise) et les régimes d'assurance santé pour les personnes âgées dédiés aux personnes de 75 ans et plus (12,7 % de la population) Chacune des 47 préfectures/régions du Japon dispose de son propre régime d'assurance santé pour les résidents, et l'on compte plus de 1400 régimes de salariés. Ces régimes de couverture santé prennent en charge les consultations et séjours hospitalières, les soins primaires et de spécialité, la santé mentale, la prescription des médicaments approuvés, l'hospitalisation à domicile, les soins en résidence pour personnes âgées, la physiothérapie, et une grande partie des soins dentaires. Les assurés doivent contribuer à hauteur de 30 % par le biais d'une assurance complémentaire ; des paiements supplémentaires sont également susceptibles d'être facturés en soins primaires et soins de spécialités. (A noter que les personnes de plus de 70 ans et les assurés à faibles revenus sont exonérés en tout ou partie de ces contributions), les tarifs sont fixés nationalement ; des plafonds de participation individuelles à la contribution personnelle sont également fixés.
<i>Dépenses de santé</i>	419,073 Mds€ - part de dépense publiques 84 % - 11,4 % du PIB - 4 140 €/hab. ¹⁶⁵
<i>Densité médicale</i>	2,5 médecins pour 1000 habitants
<i>Nombre de physiothérapeutes</i>	164 500 1,3 pour 1000 hab. ¹⁶⁶ 36 % de femmes – 64 % hommes
<i>Formation</i>	Formation dans plus de 270 écoles/instituts en 3 ou 4 ans. La délivrance des certificats est opérée par le ministère de la santé et du travail.
<i>Accès direct</i>	Non. Une prescription médicale est indispensable dans le système de santé obligatoire.
<i>Prescription</i>	Non.
<i>Remboursement</i>	La prise en charge pour les soins prescrits s'inscrit dans le cadre du régime obligatoire d'affiliation et des compléments souscrits.

¹⁶⁵ Estimation OCDE pour 2020.

¹⁶⁶ Estimation Japanese Physical Therapy Association 2020.

Europe

	ALLEMAGNE
<i>Système de santé/ couverture- maladie</i>	L'assurance maladie est obligatoire en Allemagne depuis le 1er janvier 2009. Chaque habitant doit être assuré auprès d'une assurance maladie publique ou privée. Le tarif de base de l'assurance maladie privée (PKV) fixé par le législateur vise à offrir aux assurés privés des prestations comparables à celles de l'assurance maladie obligatoire (GKV). Le système de protection sociale obligatoire est différent selon la caisse à laquelle un individu cotise, qui peut être publique ou privée. Environ 89% des assurés le sont auprès de caisses publiques (cotisations salariales et patronales assises sur le revenu brut) et 11 % d'assurances privées (cotisations fondées sur des critères d'âge et de l'état de santé du cotisant). Les caisses publiques prennent directement en charge les frais médicaux selon des forfaits préétablis. Les patients n'ont donc pas à avancer de frais lors des consultations. Ils paient seulement les frais supplémentaires, lorsque le forfait ne couvre pas toute la dépense. Cette prise en charge est conditionnée à la présentation par le patient d'une ordonnance prescrite par un médecin généraliste. Les patients paient les médecins et praticiens et ne sont remboursés que dans un deuxième temps. Le niveau de remboursement dépend de la police d'assurance individuelle.
<i>Dépenses de santé</i>	335,385 Mds€ - part des dépenses publiques 78 % - 12,5 % PIB - 5 757 €/hab. (2020)
<i>Densité médicale</i>	4,4 pour 1000 hab.
<i>Nombre de physiothérapeutes</i>	194 000 (203 000 est. – Syndicat professionnel) 2,33 pour 1000 hab.
<i>Exercice</i>	En cabinet libéral pour la grande majorité. 80 % exercent en cabinet libéral et seulement 16 % en hôpital, clinique de réhabilitation ou établissements pour personnes âgées ¹⁶⁷
<i>Formation</i>	La formation de kinésithérapie dure 3 ans. Elle est accessible avec un diplôme intermédiaire de fin d'études (<i>mittlere Bildungsabschluss</i>), pouvant être obtenu après 10 années de scolarité (enseignement primaire et secondaire), à l'issue de l'équivalent de la classe de seconde en France. L'accès est aussi possible après le baccalauréat (<i>Abitur</i>) La formation se déroule dans une <i>Fachhochschule /Berufsfachschulen</i>, école mêlant enseignements théoriques et pratiques à hauteur respectivement de 2 900 et 1 600 heures sur les trois années d'études. Cette formation correspond à un niveau licence. Elle est délivrée par plus de 250 écoles, qui sont de plus en plus nombreuses à être affiliées à des universités de sciences appliquées, pour délivrer des diplômes de niveau Bachelor. Quelques Masters sont proposés par quelques universités en vue d'une spécialisation et/ou d'une orientation vers la recherche.

¹⁶⁷ Chiffres 2013 – CAS Allemagne.

<i>Accès direct</i>	Non, pas dans le système public. Il faut une prescription médicale (médecin traitant, orthopédiste, chirurgien, dermatologue, spécialiste interne, orthodontiste, dentiste, neurologue, médecin ORL). Si le kinésithérapeute obtient à la suite d'une formation, une qualification supplémentaire en tant que <i>Heilpraktiker</i>¹⁶⁸ pour la kinésithérapie/physiothérapie (<i>Zusatzqualifikation als sektoraler Heilpraktiker für Physiotherapie</i>), il peut réaliser des diagnostics sans ordonnance médicale et de prescrire des soins médicaux préventifs.
<i>Prescription</i>	Non
<i>Remboursement</i>	Lors d'une consultation de physiothérapie/kinésithérapie, les caisses publiques prennent en charge 90 % des coûts dans un cadre prescrit. Le reste à charge pour le patient représente 10 % du tarif de la séance. A cela s'ajoute un forfait unique de 10 euros correspondant aux frais d'ordonnance. Les mineurs et les femmes enceintes auxquelles la thérapie a été prescrite pour soulager les douleurs de la grossesse sont exonérés de frais supplémentaires. La prise en charge financière des séances par les caisses privées dépend du niveau de tarif et de contrat choisi par l'assuré. Elle peut couvrir de 70 et 100 % du coût des soins. La prise en charge est conditionnée au fait que la thérapie soit, pour l'assuré, une nécessité médicale. Les soins et examens prescrits en accès direct ne sont pas pris en charge par les caisses publiques et sont à la charge du patient.

¹⁶⁸ Le terme allemand *Heilpraktiker* désigne ici les « praticiens de santé » en médecines naturelles certifiés par l'État. Cette pratique est inscrite dans la Loi allemande sur l'exercice professionnel de la médecine sans approbation (*Heilpraktikergesetz*) : « Toute personne souhaitant exercer la médecine sans être médecin doit y être autorisée. » L'octroi de cette autorisation se fait au niveau des *Länder*, sur la base de conditions minimales identiques (âge, casier judiciaire, aptitude médicale, ...).

	BELGIQUE
<i>Système de santé/ couverture- maladie</i>	Le régime belge de protection sociale couvre les personnes qui résident en Belgique et/ou qui y exercent une activité professionnelle en qualité de travailleurs salariés ou indépendants. C'est un régime basé sur la solidarité, avec une assurance obligatoire et une assurance complémentaire (facultative).
<i>Dépenses de santé</i>	38,986 Mds€ - part des dépenses publiques 77 % - 10,7 % PIB - 4 821€/hab. (2019)
<i>Densité médicale</i>	3,2 pour 1000 hab.
<i>Nombre de physiothérapeutes</i>	23 473 2,04 physiothérapeutes pour 1 000 habitants (2,58 physiothérapeutes pour 10 000 habitants selon le CNOMK)
<i>Formation</i>	Master en 4 ans en Haute Ecole ou à l'Université
<i>Accès direct</i>	Non. Le kinésithérapeute ne peut modifier la fréquence et la conception du traitement qu'en accord avec le médecin.
<i>Prescription</i>	Non
<i>Remboursement</i>	Les soins de masso-kinésithérapie prescrits par le médecin généraliste sont remboursés entre 60 % et 80 % (remboursement classique) ou entre 75 % et 90 % pour certaines pathologies. Le patient a droit à <u>18 séances de kinésithérapie remboursées par année civile</u> . Pour certaines pathologies, le patient peut être remboursé pour 60 séances par an. Au-delà des 18 ou 60 séances, la prise en charge diminue.

	DANEMARK
<i>Système de santé/ couverture- maladie</i>	Le système de santé danois est relativement décentralisé, car la responsabilité des soins de santé primaires et secondaires incombe aux régions et aux municipalités. L'État exerce les fonctions générales de réglementation et des fonctions fiscales, mais il assume aussi de plus en plus la responsabilité d'activités de planification. Le Ministère de la santé national détient un rôle majeur dans l'organisation et la gestion des soins aux niveaux régional et municipal, ainsi que dans la supervision et le financement partiel des municipalités et régions. De manière plus générale, le système de santé danois est un système performant, fluide (car très territorialisé et valorisant l'utilisation du numérique et à l'e-santé), et basé très largement sur la médecine de ville (système non hospitalo-centré). Le médecin généraliste occupe une place centrale. Le Danemark dispose d'un système d'assurance maladie universelle qui repose sur un principe d'assurance nationale. Les soins de réadaptation font partie des prestations couvertes, en totalité ou partiellement, par le régime danois d'assurance maladie. Les kinésithérapeutes danois expriment généralement une attitude positive envers la collaboration avec les hôpitaux, les régions, les municipalités et les médecins généralistes. La réadaptation est en partie assurée gratuitement dans les hôpitaux publics, qui relèvent de la responsabilité des régions. Les municipalités ont la responsabilité de fournir la formation et les mesures de réadaptation qui ne sont pas offertes dans le cadre d'un traitement hospitalier. Enfin, des cliniques privées offrent également des services de réadaptation. Le secteur de la kinésithérapie au Danemark se compose essentiellement de « cliniques » (= soins de spécialité, hors chirurgie) privées dirigées par un ou plusieurs kinés (exercice libéral). Environ 1/3 des kinés exercent au sein d'une clinique. La plupart de ces cliniques fournissent leurs prestations dans le cadre du système de santé publique et ont donc signé une convention avec les régions et/ou les communes. En 2019, il existait un total de 576 cliniques de kinésithérapie au Danemark couvertes par ce type de convention, un chiffre en diminution depuis des années. Le nombre de cliniques hors convention est difficile à estimer, mais serait compris entre 130 et 700. Il faut noter que la majorité des kinésithérapeutes qui travaillent sous convention avec le système public, dispensent également des prestations hors convention.
<i>Dépenses de santé</i>	27,725 Mds€ - part des dépenses publiques 83 % - 10,6 % du PIB - 4 839 €/hab. (2020)
<i>Densité médicale</i>	4,2 pour 1000 hab.
<i>Nombre de physiothérapeutes</i>	9957 - 1,72 pour 1000 hab. (2018) (OCDE) Les données du syndicat des kinésithérapeutes danois (<i>Danske Fysioterapeuter</i>) font état de 16 249 membres au 1er octobre 2021 ; 15000 seraient en activité.
<i>Formation</i>	La formation de kinésithérapeute au Danemark est une formation à temps plein, qui dure 3 ans et demi et se compose de 7 semestres

<i>Accès direct</i>	Non. Dans le cadre du système de santé publique, le patient doit obligatoirement être référé par un médecin (propre médecin généraliste, ou médecin spécialiste) à un kiné, avant le début du traitement au Danemark. La région de Copenhague a été autorisée par le ministère de la Santé et des Personnes âgées, à expérimenter une dispense de l'exigence de passer par son médecin, avant de pouvoir consulter un kiné. Pendant une période d'essai de 12 mois, à partir de l'automne 2019, la région de Copenhague a ainsi testé l'accès direct à la kinésithérapie ordinaire dans deux municipalités de la région. L'objectif de la région était de « faciliter la vie des citoyens et en même temps soulager les médecins généralistes », « donner aux citoyens souffrant de problèmes aux muscles et aux os un accès plus direct à des kinésithérapeutes qualifié » et « savoir si le programme peut nous faire économiser de l'argent en envoyant moins de citoyens pour de l'imagerie et en réduisant le nombre de visites chez son propre médecin ». Les données relatives à l'évaluation de cette expérimentation ne sont pas disponibles.
<i>Prescription</i>	Non.
<i>Remboursement</i>	Il existe globalement 3 cas de figure qui déterminent la prise en charge financière, dès lors que les soins ont été prescrits par le médecin référent : • La « kinésithérapie ordinaire » : elle est de loin la plus importante en termes de nombre de patients. Le patient doit payer une partie du coût de la consultation (61%), l'autre partie étant payée par la région (39%). La part à la charge du patient –qui peut être prise en charge en partie par une assurance privée– peut atteindre jusqu'à environ 38€ (280 couronnes) pour une première consultation, en sachant qu'une consultation normale coûte plutôt 25€ (180 couronnes) pour le patient. • La « kinésithérapie pour diagnostics spécifiques » : la consultation est gratuite pour le patient et le coût est pris en charge à 100% par la commune de résidence. La kinésithérapie gratuite est destinée aux citoyens avec des diagnostics spécifiques comme un handicap physique sévère ou de la rééducation suite à une hospitalisation. • La « kinésithérapie privée » (en dehors du service de santé publique) : les kinés sont libres de fixer le prix de leurs services. C'est alors la compagnie d'assurance ou le citoyen lui-même qui paie.

	ESPAGNE
<i>Système de santé/ couverture- maladie</i>	Le système public de santé espagnol (SNS) est complètement gratuit et universel. Les patients ne font pas l'avance des frais. Les professionnels de santé sont des salariés, rémunérés selon la convention collective et les grilles salariales applicables à leur profession. Les patients peuvent s'adresser à des cabinets privés, sans remboursement public. Une majorité de la population ne dispose pas d'un système d'assurance complémentaire puisque l'accès à la santé est gratuit, sans avance de frais. Toutefois, en souscrivant volontairement une assurance médicale privée, les patients peuvent avoir accès à des centres privés de soins primaires et à des hôpitaux privés, ainsi qu'aux spécialistes, y-compris kinésithérapeutes, dans les conditions fixées par le contrat d'assurance.
<i>Dépenses de santé</i>	81,6Mds (2020) - part des dépenses publiques 70 % - 6,6 % PIB(2020) – 3 180 €/hab. (2019)
<i>Densité médicale</i>	4,4 pour 1000 hab.
<i>Nombre de physiothérapeute et mode d'exercice</i>	57 147 1,21 pour 1000 hab. (59 791 selon l'Ordre, soit 1,24 pour 1000 hab.) – écart de 0,95 en Andalousie à 1,70 pour 1000 à Madrid 63 % de femmes- 37 % d'hommes
<i>Exercice</i>	Majorité d'exercice privé avec un ratio à 1 professionnel pour 1000 contre 0,1 pour 1000 dans le secteur public ¹⁶⁹ .
<i>Formation</i>	Depuis 2006, le diplôme de kinésithérapeute s'obtient après quatre ans d'études universitaires (obtention d'un diplôme dénommé « <i>grado</i> »), soit 240 crédits ECTS. Ce diplôme correspond au 1^e cycle Bologne, et au 6^e niveau du <i>European Qualification Framework</i> et de l'<i>International Standard Classification of Education</i>. Les études sont dispensées dans des universités publiques ou privées. Il n'y a pas de numerus clausus en tant que tel pour l'accès aux études. Pas de données sur le nombre et la proportion d'étudiants étrangers, qui seraient nombreux selon l'Ordre. Outre leur diplôme, les kinésithérapeutes, pour exercer, doivent obligatoirement être inscrits à l'ordre des kinésithérapeutes de leur région (« <i>colegio de fisioterapeutas</i> »). Il s'agit d'une simple inscription sans autre exigence que celle du diplôme. Le Conseil Général des Ordres de Kinésithérapeutes d'Espagne (le « Conseil Général ») est un organisme de droit public national, qui réunit les ordres de kinésithérapeutes régionaux (1 ordre par région).
<i>Accès direct</i>	Non dans le système public (Système national de santé) ; le patient doit passer par un médecin référent (médecin traitant). Les patients peuvent consulter directement à leurs frais.
<i>Prescription</i>	Dans le système public, il faut passer par le médecin traitant.

¹⁶⁹ Étude 2019 réalisée par le Syndicat SATSE, syndicat majoritaire des professionnels de l'infirmierie et de la kinésithérapie, - « Analyse de la situation des infirmiers, infirmières, sages-femmes et kinésithérapeutes dans les centres sanitaires du pays ».

<i>Remboursement</i>	La plupart des cabinets de kinésithérapie (et/ou ostéopathie) sont privés, fixent leurs tarifs et qui ne peuvent faire l'objet d'un remboursement public. Ces tarifs varient dans une fourchette (indicative) de 25 à 60 € la session (45 à 60 mn).
----------------------	---

	ITALIE
<i>Système de santé/ couverture- maladie</i>	Les prestations de santé sont définies et garanties par le Service national de santé pour l'ensemble du territoire italien, les modalités de prise en charge sont susceptibles de varier d'une région à l'autre. La législation nationale prévoit un certain nombre de tarifs de référence tout en laissant aux Régions la possibilité d'adapter les dispositifs prévus (par exemple en fonction de leur population, des structures médicales présentes sur le territoire ou des fonds disponibles). Toutes les régions doivent garantir à leurs patients les services inclus dans les niveaux de soins essentiels (LEA). Les LEA définissent les prestations qui sont prises en charge par le Service Sanitaire national dès lors qu'elles sont effectuées par son intermédiaire, avec application d'un ticket modérateur. Parmi ces soins essentiels, on trouve certains soins de physiothérapie et de masso-kinésithérapie. En outre, chaque Région peut décider d'étendre l'assistance garantie à ses citoyens résidents en allouant des ressources supplémentaires aux « niveaux supplémentaires », qui s'ajoutent aux niveaux essentiels. Cette prise en charge supplémentaire concernent dans certaines régions les soins de masso-kinésithérapie.
<i>Dépenses de santé</i>	122 412 M€ – part des dépenses publiques 74 % - 7,41 % PIB – 3 227€/hab. (2020)
<i>Densité médicale</i>	4,1 pour 1000 hab.
<i>Nombre de physiothérapeutes</i>	65 806 (Chiffre OCDE – l'association italienne AIFI mentionne un chiffre légèrement inférieur à 64 806 mais une absence de recensement depuis 2016) 1,1 pour 1000 hab. 52 % de femmes- 48 % d'hommes
<i>Formation</i>	Les physiothérapeutes sont au terme de la législation italienne des « opérateurs sanitaires » possédant un diplôme universitaire de trois ans (niveau licence) en physiothérapie et « qui exercent de manière autonome ou en collaboration avec d'autres opérateurs sanitaires, les interventions de prévention, de soin et de réhabilitation dans les domaines de la motricité, des fonctions corticales et viscérales supérieures à la suite d'événements pathologiques d'étiologies diverses, qu'ils soient congénitaux ou acquis ». Les « masseurs physiothérapeutes » sont quant à eux des « opérateurs d'intérêt sanitaire » avec deux ou trois années de formation professionnelle.
<i>Accès direct</i>	Non. L'accès via une prescription est la règle en Italie. Le patient doit débiter le parcours de soin via son médecin traitant, qui le dirige si nécessaire vers un médecin spécialisé en « médecine physique et de réhabilitation » (physiatre). Ce dernier évaluera la nécessité éventuelle d'une intervention et rédigera un « projet de réhabilitation individuel » qui définira les soins adaptés au patient.

	Un patient peut choisir de s'adresser à un libéral du secteur privé, qui prend en charge la gestion de la réhabilitation du patient., aux frais de ce dernier. Dans certaines situations, toutefois, l'accès direct est proscrit, y compris dans le secteur privé. C'est le cas dans le Piémont et la Basilicate notamment.
<i>Prescription</i>	Non. Le décret établissant le profil professionnel du kinésithérapeute indique que le kinésithérapeute est le professionnel de la santé qui effectue « de manière indépendante, ou en collaboration avec d'autres figures de santé, des interventions de prévention, de soins et de réhabilitation dans les domaines des fonctions motrices, corticales supérieures et viscérales résultant d'événements pathologiques de diverses étiologies, congénitales ou acquises » et « réalise de manière autonome des activités thérapeutiques de rééducation fonctionnelle des handicaps moteurs, psychomoteurs et cognitifs ». Mais le législateur prévoit que l'intervention du kinésithérapeute doit être « en référence » au diagnostic et aux prescriptions du médecin.
<i>Remboursement</i>	Si les soins relevant de la masso-kinésithérapie et physiothérapie sont délivrés dans le cadre du Service du service national de santé, et relèvent des niveaux de soins essentiels, ils sont remboursés, avec application d'une franchise de 36,15 € par séance à la charge du patient. Certaines régions complètent le remboursement. Ainsi la Lombardie qui alloue 7,5 € par séance. Ces soins essentiels sont listés comme suit : - Rééducation motrice individuelle en cas de déficience motrice instrumentale grave - Rééducation motrice individuelle en cas de déficience motrice segmentaire simple - Rééducation motrice individuelle en cas de déficience motrice instrumentale grave et complexe - Manipulations de la colonne vertébrale Il est par ailleurs possible de souscrire une assurance complémentaire, de manière volontaire. Les montants et conditions du remboursement dépendent de chaque assurance complémentaire et du contrat choisi. Selon les assureurs : prise en charge directe (tiers-payant) si les soins sont délivrés par un professionnel agréé par l'assureur, prise en charge du ticket modérateur si les soins sont délivrés dans un établissement du système national de santé, application ou non de franchise selon les types de soins, plafond annuel de dépenses remboursées, etc. A noter la prise en charge spécifique des soins de réadaptation faisant suite à un accident du travail ou d'une maladie professionnelle : l'Inail (Institut national d'assurance contre les accidents du travail) fournit dans ce cas aux travailleurs concernés des services de réadaptation non hospitaliers : - à la fois directement, au sein de ses propres centres,

	- et indirectement, dans des établissements de santé publics et privés agréés et affiliés à Inail. Les services de rééducation motrice et de physio-kinésithérapie font partie des services pris en charge par l'Inail.
--	---

	LUXEMBOURG
<i>Système de santé/ couverture- maladie</i>	Le système de santé luxembourgeois se caractérise notamment par : • Une couverture universelle de la population via une assurance maladie et une assurance dépendance obligatoires, • Un conventionnement obligatoire des prestataires autorisés à exercer une profession ou une activité de santé et l'obligation pour le prestataire de respecter des tarifs fixés avec la Caisse Nationale de Santé (CNS), • Un exercice libéral prépondérant de la médecine avec le médecin traitant comme initiateur de toutes prestations opposables à l'assurance maladie, • Le libre choix du prestataire par le patient et l'accès direct au médecin spécialiste. Financement par cotisations sociales sur les revenus professionnels et du patrimoine. Sauf exceptions, les médecins doivent respecter les tarifs de remboursement fixés lors des négociations entre les professionnels de santé et les caisses de sécurité sociale. Les soins de rééducation et de réadaptation fonctionnelle sont pris en charge en tout ou partie.
<i>Dépenses de santé</i>	Part des dépenses publiques 88 % - 5,4% du PIB - 4 783 €/hab. (2019)
<i>Densité médicale</i>	3,0 pour 1000 hab.
<i>Nombre de physiothérapeutes</i>	1198 2,01 physiothérapeutes pour 1 000 habitants en 2017 (1,72 physiothérapeutes pour 10 000 habitants selon le CNOMK)
<i>Formation</i>	5 ans Formation en trois ans (niveau Licence – BSc – 180 Crédits européens) suivi de deux ans en Master.
<i>Accès direct</i>	Non
<i>Prescription</i>	Non
<i>Remboursement</i>	Les actes prescrits par un médecin peuvent être remboursés par la Caisse Nationale de santé. Le nombre de séances prises en charge dépend de la pathologie (8 par ordonnance pour une pathologie courante, 64 par ordonnance pour une pathologie lourde et 32 en cas de rééducation post-chirurgicale). Toute pathologie qui n'est pas définie comme lourde est considérée comme courante. Les traitements pour pathologies lourdes, rééducation post-chirurgicales et celles concernant les enfants de moins de 18 ans sont remboursés à 100%.

	NORVEGE
<i>Système de santé/ couverture- maladie</i>	Le système de santé repose en Norvège sur des acteurs de plusieurs niveaux : -la responsabilité des soins spécialisés incombe à l'État, via les 4 autorités régionales de la santé, qui pilotent des établissements hospitaliers. Les municipalités sont responsables des soins primaires et jouissent d'une grande liberté dans l'organisation des services de santé. Le rôle des comtés dans la prestation des soins se limite aux soins dentaires prévus par la loi. Le système est financé par l'impôt. L'accès aux soins de second recours dans le système public est conditionné par une prescription du médecin de famille, sauf urgence. Les soins de réadaptation sont accessibles en premier recours au niveau des municipalités, et en second recours au sein des hôpitaux. Il existe des assurances privées qui permettent l'accès au secteur privé ou à des actes non remboursés (ostéopathie par exemple).
<i>Dépenses de santé</i>	31 011,1 M€ – part des dépenses publiques 86 % - 11,3 % du PIB - 5 958 €/hab. (2020)
<i>Densité médicale</i>	5,0 pour 1000 hab.
<i>Nombre de physiothérapeutes</i>	13 454 2,51 pour 1000 hab. (25,8 physiothérapeutes pour 10 000 habitants selon le CNOMK)
<i>Formation</i>	Licence (BSc) en thérapie physique en 3 ans suivi d'un an de pratique pour pouvoir exercer.
<i>Accès direct</i>	Oui, depuis le 1 ^{er} janvier 2018
<i>Prescription</i>	Les physiothérapeutes ayant accompli une spécialisation supplémentaire dans les domaines prioritaires du régime d'assurance national peuvent prescrire : - Certains traitements en relation avec leurs compétences - Des examens d'imagerie, l'envoi vers un spécialiste ou un autre physiothérapeute - Un arrêt de travail jusqu'à 12 semaines

<i>Remboursement</i>	Les soins de physiothérapie sont partiellement couverts par le système national de santé, une part reste à la charge du patient pour chaque traitement. Cependant, dans le cadre de certaines maladies, le traitement est gratuit. Il est également gratuit dans les services municipaux pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes souffrant de troubles consécutifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle. Les soins sont délivrés par des physiothérapeutes salariés. Des conventions existent avec des physiothérapeutes libéraux qui reçoivent alors un financement des municipalités et doivent respecter les tarifs de référence. En l'absence de convention, les soins sont à la charge du patient (qui peut être couvert par une assurance privée).
	PAYS-BAS
<i>Système de santé/ couverture- maladie</i>	Le nouveau système universel d'assurance maladie mis en place en 2006 est constitué de trois volets : les soins de santé de base, les soins de longue durée ou de frais exceptionnels et les assurances complémentaires volontaires. L'Etat conserve un rôle de régulateur et facilitateur mais la mise en œuvre est décentralisée ; elle repose sur les assureurs privés et les prestataires de santé ; le rôle des municipalités est déterminant, notamment s'agissant des soins primaires, de la prise en charge des personnes âgées et des maladies chroniques. Le financement repose sur la dépense publique pour les soins de long terme et de haut risque, l'assurance privée obligatoire et l'assurance privée complémentaire pour les autres soins, et les ménages. Les assureurs négocient les tarifs avec les prestataires de santé. Les enfants âgés de moins de 18 ans sont obligatoirement et gratuitement assurés pour les soins de santé à titre individuel. Il appartient au parent de souscrire, gratuitement, une assurance auprès d'un assureur de soins pour l'enfant dont il a la charge.
<i>Dépenses de santé</i>	75 752 M€ - part des dépenses publiques 66 % - 11,2 % du PIB (2020) – 5 739€/hab. (2019)
<i>Densité médicale</i>	3,7 pour 1000 hab.
<i>Nombre de physiothérapeutes</i>	32 915 1,9 pour 1000 hab.
<i>Formation</i>	Universitaire. (12 établissements) BA de physiothérapie ou BSc de santé en physiothérapie en 4 ans. Plusieurs spécialisations sont proposées au niveau du Mastère : prise en charge des maladies chroniques, pédiatrie, physiothérapie musculo-squelettique, ... Ces spécialisations nécessitent dans la plupart des cas une expérience préalable.
<i>Accès direct</i>	Oui, depuis 2006. Les soins de physiothérapie sont accessibles dans le cadre des plans de santé financés individuellement par chacun.
<i>Prescription</i>	Non. Seuls les médecins peuvent prescrire les médicaments.

<i>Remboursement</i>	Le système de santé aux Pays-Bas <i>Zorgverzekeringswet</i> repose sur une couverture santé basique offerte par des assureurs privés mais dont les contours et prestations sont définis par l'Etat. Elle peut être complétée par des assurances complémentaires, souscrites auprès d'assureurs privés étagement. Chaque assuré est obligé de souscrire à une assurance maladie basique. Celle-ci ne couvre pas les traitements de physiothérapie après 18 ans, à l'exception de certaines pathologies sur <u>prescription médicale</u> d'un médecin (traitant ou spécialiste) : • Rééducation pelvienne en cas d'incontinence (9 séances par an) ; • Symptôme (claudication intermittente) de maladies artérielles périphériques de stade 2 (37 séances par an) ; • Arthrose de la hanche ou articulation du genou (12 séances par an) ; • Bronchopneumopathie chronique obstructive (jusqu'à 70 séances la première année, les années suivantes en fonction de la sévérité de la maladie) ; • Prise en charge complète à <u>partir du 21^{ème} traitement</u> pour les adultes, de certaines pathologies chroniques, de la réhabilitation post fractures, blessures avec cicatrices • Physiothérapie pédiatrique (18 séances – pas de limite pour les enfants souffrant de pathologies chroniques) Les assurances complémentaires santé (facultatives) peuvent couvrir en revanche une partie des soins de physiothérapie, en fonction des clauses du contrat choisi. Les coûts habituels s'élèvent à 35–70 € par séance.
-----------------------------	---

	ROYAUME-UNI
<i>Système de santé/ couverture- maladie</i>	Le système de santé du Royaume-Uni est largement financé par les impôts et son accès est généralement gratuit pour tous les résidents légaux du Royaume-Uni qui ont recours aux services publics du <i>National Health Service</i> (NHS). Au Royaume-Uni, les soins de santé sont principalement décentralisés : l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord prennent leurs propres décisions en matière d'organisation des services de santé. Le gouvernement du Royaume-Uni alloue un budget pour les soins de santé en Angleterre et alloue des subventions globales à l'Écosse, au Pays de Galles et à l'Irlande du Nord, qui à leur tour décident de leurs propres politiques en matière de santé. Le NHS dispose de 7 équipes régionales qui soutiennent l'organisation, la mise à disposition et le financement des services de soins dans tout le pays. Les soins sont gratuits lorsqu'ils sont délivrés dans le cadre du NHS, sous réserve en fonction des actes/interventions de l'application d'une franchise. Les patients sont également libres de souscrire une assurance maladie privée s'ils le souhaitent, ce qui s'avère en réalité nécessaire. Les médecins généralistes travaillent rarement seuls mais au sein de cabinets médicaux (<i>Primary Care centres</i>) gérés par un médecin ou des équipes de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes, de dentistes, d'ophtalmologistes, de visiteurs médicaux et d'autres professionnels de la santé. Des associations de médecins généralistes ou des prestataires du secteur privé peuvent fournir des soins en dehors des horaires normaux des centres de santé. Ces soins consistent en une prise en charge des appels, une évaluation et un triage par téléphone, ainsi que des consultations en personne. Les délais d'attente sont souvent très longs pour bénéficier du système de santé public et pour certains soins, le recours direct au privé (la physiothérapie en fait partie) s'avère la solution la plus rapide.
<i>Dépenses de santé</i>	247 604 M€ - part des dépenses publiques 79 % - 12,8 % PIB - 4 345 €/hab. (2020)
<i>Densité médicale</i>	3,0 pour 1000 hab.
<i>Nombre de physiothérapeutes</i>	31 600 en 2020 0,47 physiothérapeutes pour 1 000 habitants (OCDE) <i>A noter que le Health and Care Professional Council évoque un chiffre bien supérieur avec 58 097 kinésithérapeutes enregistrés en 2020.</i> 74 % de femmes – 26 % hommes

<i>Mode d'exercice</i>	En 2017 (derniers chiffres disponibles), 22 329 physiothérapeutes qualifiés employés en Angleterre au sein des <i>NHS Trusts et Clinical Commissioning Groups (CCG)</i>, et 4 940 personnels de physiothérapie, soit environ la moitié d'entre eux. La majorité des actes de physiothérapie s'effectue hors de l'hôpital, en ville ou dans des salles de sport, notamment pour l'accompagnement des sportifs. La stratégie du <i>NHS England</i> pour 2019-2024 a fixé pour objectif le fait que d'ici 2024 tous les cabinets de médecine générale disposent d'un physiothérapeute en accès direct. En outre, la pratique des consultations à distance a commencé à se répandre, avec la pandémie, dans la profession.
<i>Formation</i>	Au Royaume-Uni, le diplôme le plus courant s'obtient après un cursus de trois ans (des formations à temps partiel pouvant aller jusqu'à 6 ans sont également offertes par certaines universités), validé par un diplôme de niveau <i>Bachelor</i> et intégrant un minimum de 1 000 heures de pratique. Master en physiothérapie, après une formation de niveau <i>Bachelor</i> en physiothérapie ou autres matières scientifiques (appréciation de l'université). Les étudiants diplômés d'une licence dans une autre discipline connexe peuvent réaliser une formation accélérée et obtenir un master en deux ans. Être enregistré auprès du <i>Health and Care Professions Council</i>

<i>Accès direct</i>	Oui, depuis 1977 sur le principe. Mais l'insuffisance de physiothérapeute dans les services du NHS fait qu'en pratique, le principe reste le passage par la prescription médicale sur référence (<i>referral</i>) de votre cabinet médical, de l'organisme local NHS (local NHS <i>Clinical Commissioning Group</i> (CCG)) ou l'hôpital, plusieurs territoires et régions (Ecosse, Pays de Galles) acceptent l'absence de prescription médicale préalable. Il est possible dans ces quelques territoires de bénéficier d'un service de prise directe de RDV qui permet de voir un physiothérapeute du NHS sans passer par son médecin. Les patients sont invités à s'assurer auprès de leur cabinet médical, leur hôpital ou l'organisme local NHS de leur secteur que ce service est proposé. L'utilisation de ce service lorsqu'il existe <i>est encouragé pour les patients avec une indication simple, comme les douleurs articulaires, les entorses ou autres blessures similaires</i> (site NHS). D'autres secteurs testent un système de pré-RDV avec orientation par téléphone (<i>telephone triage appointment</i>) ; le physiothérapeute fait une évaluation de la situation et propose soit des conseils et ressources disponibles en ligne, un RDV en ligne ou en présentiel avec un physiothérapeute, ou un médecin si le cas le justifie. Les délais d'attente étant longs pour le système public (2 à 12 semaines), de nombreux patients recourent aux praticiens privés (moins d'une semaine d'attente). Les physiothérapeutes privés acceptent pratiquement tous la prise de RDV en direct. L'accès direct est désormais intégré à la stratégie du NHS, et est inscrit dans le <i>Long Term Plan 2019-2024</i>. A cette date, l'objectif est que tous les cabinets de soins primaires disposent des services d'un physiothérapeute, permettant des consultations en accès direct. Un financement spécifique a été alloué pour permettre aux cabinets de soins primaires de recruter un physiothérapeute.
<i>Prescription</i>	Oui. • Les physiothérapeutes peuvent prescrire des médicaments dans le cadre de leurs compétences ; ils peuvent également prescrire des médicaments spécifiques sur une liste limitée (Diazepam, Dihydrocodeine, Lorazepam, Morphine, Oxycodone, Temazepam, en administration orale; Morphine injectable ; Fentanyl en administration transcutanée) • Prescription possibles de radio, échographies, CT scans, scanners et IRM
<i>Remboursement</i>	La physiothérapie est prise en charge à 100% par le système de santé public (NHS) quand il est prescrit par son intermédiaire ou dans le cadre des projets pilotes déployés dans quelques territoires (cf. <i>supra</i>). Dans le système privé, les séances de physiothérapie ne sont pas prises en charge par l'assurance santé publique. 11% de la population environ disposent d'une assurance complémentaire couvrant ce type de dépenses.

	Une séance est facturée à 50 euros en moyenne, avec des inégalités sensibles (jusqu'à plus de 110 € à Londres)
--	--

PIECE JOINTE N°1 : OFFRE DE MASSO-KINESITHERAPIE EXPRIMEE EN ETP, L'EXEMPLE DE L'ILE-DE-FRANCE

Tableau 1 : Offre de masso-kinésithérapie (en nombre de professionnels et en ETP),
Ile-de-France, juin 2018

Département	Densité pour 100 000 habitants	Nombre de professionnels	Nombre d'ETP	Nombre de professionnels/nombre d'ETP
75	91,5	3 100	1 984	1,56
77	61,7	848	877	0,97
78	70,0	1 091	1 007	1,08
91	66,0	874	867	1,01
92	75,5	1 485	1 218	1,22
93	50,3	700	828	0,85
94	69,8	1 009	978	1,03
95	68,1	822	846	0,97
Ile-de-France	70,3	9 929	8 605	1,15

Source : HCPP, à partir de données Cnam

PIECE JOINTE N°2 : QUELQUES ELEMENTS DE COMPARAISON SUR LA FORMATION INITIALE

Pays	Dénomination	Durée des études (an)	Niveau de fin d'études	type de formation	niveau d'entrée	Contenu	possibilité de poursuite du cursus
Europe							
Allemagne	physiothérapeute	3	Diplôme d'Etat - BSc pour les universités	écoles supérieures /écoles prof - qqs formations en universités	2nde dans les Ecoles - Bacc. À l'université	12 mois d'acquisition des compétences de base - 5 blocs de 8 semaines entrecoupés de stages de 6 à 8 semaines en hôpital, centre de rééducation ou cabinet privé - un bloc final au terme du dernier stage. 2900 h minimum théorie +1600 h minimum de stages - Il faut une formation complémentaire comme <i>Heil praktiker</i> " en physiothérapie pour exercer en accès direct)	Masters spécialisées /mastère recherche
Belgique	physiothérapeute	4	Master	Hautes Ecoles	2nde dans les Hautes Ecoles	Bachelier de transition en kinésithérapie (3 ans), suivi d'un master professionnalisant en kinésithérapie (1 an). La formation alterne cours théoriques et séances de travaux pratiques (env. 800h par an). Stages pratiques à compter de la 3ème année (env. 1200 h au total)	Masters spécialisés - Doctorat PhD (recherche)
		4	Master	Universités	Bacc. Universités	Bachelier de transition en Sciences de la motricité, parcours Kinésithérapie et Réadaptation (3 ans) complété par un master de même appellation, le plus souvent en 1 an (parfois 2 ans pour une orientation recherche). Stages pratiques	
Danemark	physiothérapeute	3,5		Universités	Bacc.	Formation à temps complet de 7 semestres; expérience pratique : stage découverte 3 jours; + 27 semaines de stages réparties en 5 stages tout au long de la formation	Master

RAPPORT IGAS N°2021-092R

Pays	Dénomination	Durée des études (an)	Niveau de fin d'études	type de formation	niveau d'entrée	Contenu	possibilité de poursuite du cursus
Espagne	Physiothérapeute	4	Diplôme de physiothérapeute BSc	Universités	Bacc.	Ecoles situées au sein de plus de 40 universités - formation théorique et pratiques + expérience clinique de 1200h env.	Master spécialisé et Doctorat PhD
Finlande		3,5 à 4	BSc	Universités			Master après 3 ans de pratique - Doctorat professionnel - Doctorat de Recherche
Islande	Thérapeute physique	5	Master	Université de médecine	Bacc.	Formation théorique et pratique incluant 27 semaines de stages au titre de l'expérience clinique durant le master, réparties en 4 stages	Master de spécialité clinique ou Doctorat recherche PhD
Italie	Physiothérapeute	3,5	BSc	Universités	Bacc	Les 2/3 du programme correspondent à un tronc commun national, et le dernier 1/3 est à l'appréciation des universités	spécialisation sur 2 ans (mais pas reconnue au niveau Master - possibilité d'accès aux masters universitaires après la spécialisation)
Luxembourg	Masseur-kinésithérapeute, physiothérapeute	5	Master	Université (Lunex)		Formation pratique sous forme de séminaires et de stages cliniques réparties au cours des 5 ans	
Norvège	Physiothérapeute	3 ou 4+1	BSc	Universités	Bacc.	Formation alliant enseignements théoriques et pratiques et stages cliniques et de terrain. (dès la première année et jusqu'à 5 stages de 5 semaines les trois années suivantes). A la formation de 3/4 ans en universités s'ajoute une année de pratique obligatoire avant de pouvoir exercer.	masters spécialisés dans de nombreux domaines, Doctorat
Pays-Bas	Physiothérapeute	4	BSc	Universités	Bacc.	2 stages de 20 semaines, et 1 semestre mineur de spécialisation obligatoire	Master - Doctorat recherche (PhD)
Royaume Uni	Physiothérapeute	3	BSc	Universités	Bacc.	Expérience clinique : 5 stages de 6 semaines (au moins 1000h de pratique)	Master - Doctorat professionnel - Doctorat recherche (PhD)

RAPPORT IGAS N°2021-092R

Pays	Dénomination	Durée des études (an)	Niveau de fin d'études	type de formation	niveau d'entrée	Contenu	possibilité de poursuite du cursus
Hors Europe							
Australie	Physiothérapeute	4	BSc	universités	Bacc	Programmes d'enseignement, accrédités par le Conseil national de physiothérapie (<i>Australian Physiotherapy Council</i>) et garantis en termes de qualité par l'université. Le diplôme donne le droit de s'inscrire au registre des praticiens. Tous les physiothérapeutes enregistrés auprès du <i>Australian Physiotherapy Board</i> doivent accomplir 20 heures de formation continue par an.	Doctorat (PhD)
		2	Master	Universités	BA ou BS	programme Master pour les étudiants avec une formation initiale à dominante Sciences	
Canada	Physiothérapeute	5 à 6	Master	universités	Bacc	2 à 3 années de formation universitaire sur les fondamentaux puis Master en 2 ans. Stages en 1ère et 3ème années et 2 stages d'environ 15 semaines en master pour un minimum de 1025 heures de pratique supervisées	Masters spécialisés - Doctorat en PT
Québec	Physiothérapeute	6,5	Master	Universités	Bacc	Deux ans de formation préalable (DEC - formations techniques préuniversitaires) + 4 à 5 ans de formation <i>Bachelor</i> /Maîtrise intégrée	
Japon	Thérapeute physique	3 à 4	Diplôme d'Etat niveau BSc	Instituts professionnels	Bacc.		Master - Doctorat recherche à (PhD) Master + 3 ans
		4	BSc	universités		Si formation universitaire, stage demandé de 810H en hôpital	
Etats-Unis	Physiothérapeute	7 à 8	Doctorat en thérapie physique - Doctorat professionnel	Universités	pré-requis pour l'entrée à l'université	Après un <i>Bachelor</i> dans le domaine de la santé, préparation du doctorat en 3 ans	Certificat de spécialisation, résidences cliniques ...

Source : Guide de la mobilité internationale 2020 FNEK/Ordre des MK, sites des associations de physiothérapies nationales, site <https://www.euroguidance-france.org/etudes-europe-domaine/les-etudes-de-kinesitherapie/>, questionnaires CAS

PIECE JOINTE N°3 : BIBLIOGRAPHIE

Sources

Générales

<https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/index.html>

https://cse.google.com/cse?cx=012428578986359347354%3Aajkk_ececy0&ie=UTF-8&q=syst%C3%A8%C3%B9es+de+sant%C3%A9+europ%C3%A9ens&sa=OK

<https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30173>

[Health at a glance 2021 – OEDC](#)

[Panorama de la santé 2021 – OCDE](#)

<https://fr.countryeconomy.com>

<https://world.physio/>

[Questionnaire auprès des CAS \(Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Royaume-Uni\)](#)

<http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2020/11/Compilation-Fiches-Pays.pdf>

Par pays

<https://physiocouncil.com.au/>

<https://ahpa.com.au/allied-health-professions/physiotherapy/>

https://www.privatehealth.gov.au/health_insurance/what_is_covered/medicare.htm

https://www.privatehealth.gov.au/health_insurance/what_is_covered/medicare.htm

https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_195-practising-physiotherapists-per-100-000/

<https://www.ahpra.gov.au/About-Ahpra/What-We-Do/Legislation.aspx>

[https://australian.physio/sites/default/files/tools/Resources/Private Practice Standards for physiotherapy practices 2011.pdf](https://australian.physio/sites/default/files/tools/Resources/Private%20Practice%20Standards%20for%20physiotherapy%20practices%202011.pdf)

https://www.pbs.gov.au/info/healthpro/explanatory-notes/section1/Section_1_2_Explanatory_Notes#PBS-prescribers

<https://ahpa.com.au/allied-health-professions/physiotherapy/>

<https://www.health.gov.au/health-topics/allied-health/about#what-allied-health-professionals-do>

https://www.pbs.gov.au/info/healthpro/explanatory-notes/section1/Section_1_2_Explanatory_Notes

<https://www.healthline.com/health/medicare/is-medicare-part-a-free#about-medicare>

<https://www.oneflare.com.au/costs/physiotherapist>

<https://www.humber.nhs.uk/news/?postid=118514>

<https://www.england.nhs.uk/gp/case-studies/physio-first/>

<https://psnc.org.uk/dispensing-supply/receiving-a-prescription/who-can-prescribe-what/>

<https://www.england.nhs.uk/gp/case-studies/improving-gp-access-physiotherapy/>

<http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2008-2505/DEP2008-2505.pdf>
<https://www.csp.org.uk/news/2017-03-13-patients-must-have-direct-access-physio-says-csp>
<https://www.england.nhs.uk/gp/expanding-our-workforce/first-contact-physiotherapists/>
NHS Long-term Plan 2019-2024 (version 1.2.pdf)
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/05/elective-care-high-impact-interventions-first-contact-practitioner-msk-services-specification.pdf>
<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html#a2>
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-systeme-dassurance-sante-aux-etats-unis-un-systeme-fragmente-et>
<https://www.medicare.gov/coverage/physical-therapy>
<https://www.retireguide.com/medicare/coverage/conditions-and-treatments/physical-therapy/>
U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search.aspx>
Federation of State Boards of Physical Therapy Jurisdiction Licensure Reference Guide Topic: Direct Access Language – JLRG_DirectAccessLawsAndRegs_201408.pdf
<https://cns.public.lu/fr/assure/vie-privee/sante-prevention/prestations-paramedicales/kinesitherapie.html>

Bibliographie/enquêtes et études

- [1] Josef H Moore 1 , Danny J McMillian, Michael D Rosenthal, Marc D Weishaar - *Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities* - J Orthop Sports Phys Ther - 2005 Oct;35(10):674-8.
doi: 10.2519/jospt.2005.35.10.674.
- [2] Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, et al.: « A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions », BMC Musculoskelet Disord, 2005.
- [3] Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. - *What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. Physiotherapy* 2007;93:3-11.
- [4] Leemrijse, C.S Swinkels, C.Veenhof - *Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy* - NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research, The Netherlands - *Physical Therapy: 2008, 88(8), 936-946 C. J.*
- [5] Nicholas Henschke 1 , Christopher G Maher, Kathryn M Refshauge, Robert D Herbert, Robert G Cumming, Jane Bleasel, John York, Anurina Das, James H McAuley - *Pub Med.Gov Arthritis Rheum - Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain*
. 2009 Oct;60(10):3072-80.
doi: 10.1002/art.24853. PMID: 19790051 DOI: [10.1002/art.24853](https://doi.org/10.1002/art.24853)
- [6] Direct Access – *Patient self-referral within the ER-WCPT (September 2011)* – World Confederation for Physical Therapy – Europe Region

- [7] Bury TJ, Stokes EK. *Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union*. *Physiotherapy* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2012.12.011>
- [8] Tracy J. Bury, Emma K. Stokes *A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession* - - April 2013 Volume 93 Number 4 *Physical Therapy* f 449
- [9] Heidi A. Ojha, Rachel S. Snyder and Todd E. Davenport - *Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review* - September 12, 2013 - *PHYS THER*. 2014; 94:14-30.
- [10] Swinkels, I.C.S., Kooijman, M.K., Spreeuwenberg, P.M., Bossen, D., Leemrijse, C.J., Dijk, C.E.van, Verheij, R., Bakker, D.H. de, Veenhof, C. *An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands* - *Physical Therapy*, Volume 94, Issue 12, 1 December 2014, Pages 1785–1795, <https://doi.org/10.2522/ptj.20130309>
- [11] Paul E Mintken ¹, Stephanie C Pascoe, Andrea K Barsch, Joshua A Cleland - *Direct Access to Physical Therapy Services Is Safe in a University Student Health Center Setting*
J Allied Health - Fall 2015;44(3):164-8.
- [12] Annette Bishop, Stephanie Tooth, Joanne Protheroe, Chris Salisbury, Reuben O Ogollah, Sue Jowett, Elaine M Hay, Nadine E Foster , STEMS study team - *A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain: the STEMS pilot trial protocol* (ISRCTN23378642) - - Bishop et al. *Pilot and Feasibility Studies* (2015)
- [13] Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. *STEMS pilot trial: a pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain*. *BMJ Open* 2017; 7:e012987. doi:10.1136/bmjopen-2016-012987
- [14] Orna Fennelly , François Desmeules , Cliona O'Sullivan , Nicola R Heneghan, Caitriona Cunningham - *Advanced musculoskeletal physiotherapy practice: Informing education curricula* - *Musculoskeletal Science and Practice* 48 (2020) 102174
- [15] Salt, E. (2016) - Effectiveness of Musculoskeletal Emergency Physiotherapy Practitioners -. *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, - 2016
146-149. <http://dx.doi.org/10.4236/ojtr.2016.43013>
- [16] Leonardo Piano, Filippo Maselli, Antonello Viceconti, Silvia Gianola, Aldo Ciuro. - *Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review* - *Ther. Sci.* 29: 1463–1471, 2017 ©2017 The Society of Physical Therapy Science. Published by IPEC Inc.
- [17] Lena Bornhöft, Maria EH Larsson, Lena Nordeman, Robert Eggertsen, and Jörgen Thorn - *Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial*- *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2019; 11: 1759720X19827504.

Published online 2019 Feb 15. doi: 10.1177/1759720X19827504

- [18] Anthony Demont, Aurélie Bourmaud, Amélie Kechichian & François Desmeules (2019): *The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature*, *Disability and Rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2019.1674388
- [19] Matifat E, Méquignon M, Cunningham C, Blake C, Fennelly O, Desmeules F – *Benefits of Musculoskeletal Physical Physiotherapy in Emergency Departments : a systematic review* – *Phys Ther* 2019;99: 1150-66 – <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz082>
- [20] Rose Gagnon, Kadija Perreault, Simon Berthelot - Eveline Matifat, ,François Desmeules, Bertrand Achou Marie-Christine Laroche, Catherine Van Neste, Stéphane Tremblay Jean Leblond, Luc J. Hébert, - *Direct access physiotherapy to help manage patients with musculoskeletal disorders in an emergency department: results of a randomized controlled trial*
medRxiv posted October 29, 2020. ; <https://doi.org/10.1101/2020.10.28.20221531>
- [21] Rob Goodwin, Fiona Moffat, Paul Hendrick, Stephen Timmons, Neil Chadborn, Pip Logan *First point of contact physiotherapy; a qualitative study- Physiotherapy 108 (2020) 29–36*
- [22] Annette Bishop, Yin Chen, Joanne Protheroe, Reuben O. Ogallah, James Bailey, Martyn Lewis, Kelvin Jordan, Nadine E. Foster - *Providing patient with direct access in musculoskeletal physiotherapy: the impact on general practice musculoskeletal workload and resource use- Physiotherapy 111 (2021) 48–56* - <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.04.006>
- [23] *Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis* - Sandra Hon , Richard Ritter , Diane D Allen 2021 Jan 4;101(1):pzaa201. DOI: [10.1093/ptj/pzaa201](https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa201)
- [24] Timothy Noblet, Nicola R. Heneghan, Jacqueline Hindle, Alison Rushton - *Accreditation of advanced clinical practice of musculoskeletal physiotherapy in England: a qualitative two-phase study to inform implementation* -- Available online 30 April 2020 - *Physiotherapy 113 (2021) 217–244*
- [25] Chinonso N. Igwesi-Chidobe, Annette Bishop, Katrina Humphreys, ,Emily Hughes, Joanne Protheroe, John Maddison, Bernadette Bartlam - *Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England* - - *Physiotherapy 111 (2021) 31–39*
- [26] S. Stynes, K.P. Jordan, J.C. Hill, G. Wynne-Jones, E. Cottrell, N.E. Foster, R. Goodwin, A. Bishop- *Evaluation of the First Contact Physiotherapy (FCP) model of primary care: patient characteristics and outcomes- Physiotherapy 113 (2021) 199–208*
- [27] Fennelly, Blake, FitzGerald et alii : « *Advanced musculoskeletal physiotherapy practice in Ireland: A National Survey* » *Musculoskeletal Care*, 2018.
- [28] Demont A, Quentin J, Bourmaud A. : « *Impact des modèles de soins intégrant l'accès direct à la kinésithérapie dans un contexte de soins primaires ou d'urgence pour les patients présentant une affection musculosquelettique : revue de la littérature* », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2020