
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Accès direct aux masseurs kinésithérapeutes en CPTS

Avis sur le projet de décret concernant l'expérimentation prévue par l'article 3 de la loi du 19 mai 2023

Validé par le Collège le 9 novembre 2023

Descriptif de la publication

Titre	Accès direct aux masseurs kinésithérapeutes en CPTS Avis sur le projet de décret concernant l'expérimentation prévue par l'article 3 de la loi du 19 mai 2023
Méthode de travail	Analyse de la littérature et avis des parties prenantes
Objectif(s)	Rendre un avis sur le projet de décret
Cibles concernées	Professionnels de santé : Masseur-kinésithérapeutes, médecins généralistes, MPR, neurologues, ORL, rhumatologues, pédiatres
Demandeur	Direction de la Sécurité Sociale
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Cheffe de projet HAS : Dr Anne-Claire de Pastre Responsable de l'unité parcours, pertinence et coopération : Dr Valérie Ertel-Pau Chef du service des bonnes pratiques : Dr Pierre Gabach Assistante du projet : Sophie de Cosmi
Recherche documentaire	Recherche initiale sur la période février 1988 à août 2023 Réalisée par : Emmanuelle Blondet (documentaliste), avec l'aide de Laurence Frigère (assistante-documentaliste) (chef du service documentation – veille : Frédérique Pagès)
Auteurs	Dr Anne Claire de Pastre et Dr Valérie Ertel-Pau
Validation	Version du 9 novembre 2023

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – novembre 2023

Sommaire

Contexte	4
1. État des lieux de la pratique de la masso-kinésithérapie en France	6
1.1. Formation des masseurs-kinésithérapeutes	6
1.1.1. Déroulé des études	6
1.1.2. Formation des masseurs-kinésithérapeutes	6
1.2. Pratiques actuelles des masseurs-kinésithérapeutes	7
1.3. Dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire	8
1.4. Actes professionnels réalisables par les masseurs-kinésithérapeutes	8
2. Accès direct aux soins de masso-kinésithérapie	9
2.1. Analyse de la littérature	9
2.1.1. État des lieux	9
2.1.2. Compétences nécessaires à l'accès direct en France	11
2.1.3. Rapport IGAS	13
2.2. Avis des Conseils Nationaux Professionnels des spécialités concernées	15
Conclusion	17
Table des annexes	18
Références bibliographiques	47

Contexte

L'article 3 de la loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance « autorise à titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique (ce qui correspond aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé - CPTS), [...] les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de cinq ans, dans six départements dont deux départements d'outre-mer. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseurs-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

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 premier alinéa du présent IV, 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 alinéa 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. »

Une CPTS est un dispositif visant à faciliter l'exercice des professionnels de santé, à améliorer l'organisation des prises en charge des patients mais qui émerge avant tout à partir des initiatives des professionnels de santé eux-mêmes. Une CPTS est conçue pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. Une CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées. Le projet de santé est un pré-requis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS¹.

En 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. Ce rapport a soulevé plusieurs mesures nécessaires à la mise en place d'un accès direct (Cf. 1.2.4). (1)

En parallèle, l'article 73 de LFSS 2022² prévoyait à 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, d'autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans, dans six départements.

Cet article a par la suite été abrogé par l'article 3 de la loi du 19 mai 2023³ portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé laissant place aux dispositions suivantes :

- accès direct au masseur-kinésithérapeute exerçant au sein d'un établissement de santé, d'un établissement ou d'un service social et médico-social, d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'un centre de santé ou d'une équipe de soins primaires ou spécialisés dans la limite de huit

¹ <https://www.ars.sante.fr/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-santé>

² LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000044553531

³ LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé- https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000047561959

séances par patient, dans le cas où celui-ci n'a pas eu de diagnostic médical préalable. Cet accès concerne toutes les pathologies sans conditions de formation ;

- accès direct au masseur-kinésithérapeute exerçant en CPTS à titre expérimental pendant 5 ans dans 6 départements.

Concernant cette expérimentation de l'accès direct au masseur-kinésithérapeute exerçant en CPTS, la loi prévoit qu'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 ;
- les départements concernés par cette expérimentation ;
- les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

La Haute Autorité de santé a été saisie le 8 août 2023 par courrier électronique de la DSS afin qu'elle donne son avis sur ce projet de décret dans un délai de 3 mois en application de l'article 3 de la loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance (cf. annexe 1.). La date butoir a été fixée au 10 novembre 2023 dans le courrier de saisine de la DSS.

1. État des lieux de la pratique de la masso-kinésithérapie en France

1.1. Formation des masseurs-kinésithérapeutes

Suite à l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute⁴, la formation des étudiants en masso-kinésithérapie a été renouvelée.

1.1.1. Déroulé des études

Dans l'article 2 de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, la formation conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute dure quatre années. Elle est précédée d'une année universitaire validée conformément aux dispositions du décret 2015-1110 du 2 septembre 2015 susvisé.

Pour les critères d'admission en institut de formation préparant au diplôme d'État de masseur kinésithérapeute : cf. annexe 2.

Organisation du cursus

Article D 4321-16 du Code de Santé Publique⁵ : La **formation conduisant au diplôme d'État 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 :

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

Le programme et les modalités d'organisation de la formation en lien avec l'université sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

1.1.2. Formation des masseurs-kinésithérapeutes

La formation vise l'acquisition de 11 compétences :

- Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, une situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique ;

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031127778/>

⁵ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031131231

- Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation ;
- Concevoir une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage ;
- Concevoir, mettre en œuvre, évaluer une séance de masso-kinésithérapie ;
- Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie ;
- Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie ;
- Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle ;
- Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques ;
- Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources ;
- Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ;
- Informer et former les professionnels et les personnes en formation.

Pour plus de précisions sur le contenu de la formation, cf. annexes I, II, III, IV et IV bis 21 de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute⁶.

1.2. Pratiques actuelles des masseurs-kinésithérapeutes

Article L4321-1 du Code de Santé Publique⁷: 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.

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.

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination.

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.

La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin, est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les produits de santé, dont les substituts nicotiniques,

⁶ <https://legislation.ordremk.fr/2015/09/02/arrete-du-2-septembre-2015-2/>

⁷ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930031/2016-01-28#:~:text=La%20pratique%20de%20la%20masso,des%20alt%C3%A9rations%20des%20capacit%C3%A9s%20fonctionnelles.

nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces produits de santé est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Par dérogation au neuvième alinéa du présent article, dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du présent code, dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles et dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sans prescription médicale, dans la limite de huit séances par patient, dans le cas où celui-ci n'a pas eu de diagnostic médical préalable. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont systématiquement adressés au médecin traitant du patient ainsi qu'à ce dernier et reportés dans le dossier médical partagé de celui-ci.

Le masseur-kinésithérapeute peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales initiales d'activité physique adaptée, dans des conditions définies par décret.

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.

Par ailleurs, concernant les troubles musculosquelettiques, la NHS a élaboré un guide qui aide au repérage de pathologies sérieuses courantes qui peuvent se présenter sous la forme de douleurs musculosquelettiques nécessitant un avis médical. Il a été traduit en français et est recommandé par Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes⁸.

1.3. Dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire

La liste des dispositifs médicaux que les masseurs kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire a été fixé par l'arrêté du 9 janvier 2006, modifié par l'arrêté du 29 juin 2006^{9 10} :

À l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, sauf indication contraire du médecin, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire chez leurs patients certains dispositifs médicaux dont la liste se situe en annexe 3.

1.4. Actes professionnels réalisables par les masseurs-kinésithérapeutes

Les actes professionnels réalisables par les masseurs-kinésithérapeutes sont définis par la loi par les articles R 4321-1 à R 4321-13 du code de santé publique¹¹. (Cf. Annexe 4.)

⁸ https://manche.ordremk.fr/files/2022/04/guide_pathologies_serieuses_digital-pages.pdf

⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000635168>

¹⁰ https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=TYZWI5G8aEBRZLRf4bGq5iVbQzUnjlsVZBbPPchMM_c=

¹¹ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190616/#LEGISCTA000006190616

2. Accès direct aux soins de masso-kinésithérapie

2.1. Analyse de la littérature

L'accès direct à la masso-kinésithérapie est défini comme la possibilité donnée aux patients de se référer eux-mêmes à un masseur-kinésithérapeute sans avoir à consulter d'abord un autre professionnel de santé, ou sans qu'un autre professionnel ne leur ordonne de se référer au masseur-kinésithérapeute. (2)

2.1.1. État des lieux

En France

Actuellement en France, par application de l'article L 4321-1 du code de santé publique¹², l'accès direct est possible pour les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie, en cas d'urgence et en absence d'un médecin. « 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. »

Une autre possibilité d'accès direct aux soins de masso-kinésithérapie se fait via 2 protocoles de coopération dans la prise en charge de la lombalgie aiguë de moins de 4 semaines¹³ et dans la prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville¹⁴. Cependant, les protocoles de coopération se distinguent de l'accès direct car ils proposent des dérogations qui vont au-delà du champ de compétences du masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'un protocole écrit avec une coopération directe avec un médecin déléguant désigné.

À ce stade, il n'y a pas eu d'évaluation de la mise en œuvre de ces 2 protocoles de coopération.

À l'étranger

Les deux premiers pays à avoir introduit le modèle de l'accès direct en soins primaires sont l'Australie en 1976 et le Royaume-Uni en 1977. De nombreux pays l'ont mis en œuvre ultérieurement dans leur système de santé tels que les Pays-Bas, la Suède, les États-Unis, le Canada, la Norvège, Singapour, la Jamaïque, l'Afrique du Sud, l'Autriche. (2)

¹² https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930031/2016-01-28#:~:text=La%20pratique%20de%20la%20masso,des%20alt%C3%A9rations%20des%20capacit%C3%A9s%20fonctionnelles.

¹³ https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=VYP54z8IWFIDBW_KiWMmmDT0vZ5Ek71A8bGZcLXcvGM=

¹⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=VYP54z8IWFIDBW_KiWMmmElqajYle0bwMRsYTZ99Ki0=

Tableau III : **QUELQUES DATES DE L'INSTAURATION DE L'ACCÈS LIBRE^A**

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

a : liste non exhaustive

(3)

Il existe de nombreuses différences entre les cursus de formation des différents pays dans lesquels les études ont été menées comparativement à la France (nombre d'années d'études, nombre d'heures théoriques et pratiques...etc.).

Le rapport IGAS, précise que les pays autorisant l'accès direct dans le secteur public de santé nécessite souvent une formation supérieure en comparaison à la France (Australie : niveau Licence et Master en physiothérapie, Canada : 6 ans (4 ans +2 ans de Master) voire 6 ans et demi au Québec (2 ans + 4 ans et demi de master), Etats-Unis : doctorat ; Pays-Bas : Bachelor de 4 ans + plusieurs spécialisations proposées au niveau du master ; Royaume Uni : Bachelor de 3 ans intégrant minimum 1000h de pratique +master en physiothérapie) (1).

Selon le rapport IGAS, les résultats d'une enquête publiée en 2013 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 remboursé (83%) que du service public de santé (22%). (1)

Plusieurs modèles d'accès direct aux soins de masso-kinésithérapie à l'étranger ont été analysées. Ces modèles concernaient très majoritairement des patients présentant des troubles musculo squelettiques :

- suivi sur 12 mois de 1311 patients par 272 masseurs-kinésithérapeutes présentant des douleurs cervicales aux Pays Bas (4) ;
- revues systématiques de la littérature sur les pratiques de l'accès direct dans plusieurs pays l'autorisant concernant les troubles musculo squelettiques (2) (5) (6) (7) (8) ;
- 2 études sur les caractéristiques de l'accès direct au Royaume Uni pour les patients présentant des troubles musculo squelettiques (9) (10) ;

Ces études montrent que les patients présentant des troubles musculo squelettiques et utilisant l'accès direct ont des caractéristiques similaires (âge, sexe et durée des symptômes) aux patients ayant une prescription du MG bien qu'ils soient souvent plus jeunes, légèrement plus éduqués et avec un statut socioéconomique meilleur. Les conséquences des soins (douleur et incapacité) n'ont pas montré de grandes différences entre l'accès direct et les soins prescrits et la plupart des études montrent que les

patients ayant un accès direct utilisaient moins les soins de santé (moins de consultations en physiothérapie, d'analgésiques ou d'ordonnances de relaxants musculaires, ou procédures d'imagerie), moins d'arrêt de travail par rapport aux soins prescrits par un médecin généraliste et montraient une augmentation de la satisfaction des patients. Cependant, en raison de la rareté de données empiriques solides provenant d'études méthodologiquement robustes, il n'est pas encore possible de supposer qu'un déploiement à grande échelle et généralisé des services d'accès direct entraînera des gains socioéconomiques et de santé à long terme.

De même, le rapport IGAS note également que 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). (1)

2.1.2. Compétences nécessaires à l'accès direct en France

Capacités de triage

En France, la législation sur la prescription médicale en masso-kinésithérapie, et le processus de raisonnement clinique, conduisent le masseur-kinésithérapeute à utiliser ses compétences de triage pour assurer la sécurité et l'efficacité du soin. À partir de ces notions, il semble intéressant d'observer la compétence de triage qui reste le point clé de l'accès direct. Le référentiel de formation de septembre 2015 contient l'enseignement des notions telles que le diagnostic différentiel, les drapeaux rouges ou encore le processus de raisonnement clinique permettant de consolider cette compétence chez les étudiants. Les choix pédagogiques des instituts de formation sont donc déterminants pour la sécurité des patients mais aussi pour l'obtention d'un accès direct. (11)

Une enquête de 2019 évaluant les compétences nécessaires des masseurs-kinésithérapeutes en France pour réaliser un diagnostic d'entorse de cheville pour envisager la mise en place de l'accès direct a révélé que les masseurs-kinésithérapeutes, en moyenne, ne sont pas suffisamment compétents pour que la sécurité du patient soit maximale. Cependant, les jeunes diplômés sont plus formés et informés avec des résultats significativement meilleurs que les kinés diplômés depuis longtemps notamment sur la classification de Lécluse, les critères d'Ottawa, les recommandations et la nécessité de la radiographie. (12)

Une étude observationnelle descriptive sur les pratiques de l'examen subjectif des masseurs-kinésithérapeutes français libéraux chez les patients lombalgiques a montré que les résultats sont insuffisants à propos des outils de triage. Dans l'échantillon global de l'étude, plus de 25 % des masseurs-kinésithérapeutes ignorent ce qu'est la notion de drapeaux rouges dans la lombalgie. Parmi ceux les connaissant, seulement 82 % l'identifient systématiquement, ce qui constitue déjà un taux élevé mais cela reste insuffisant pour une première intention. En effet, il faudrait une identification systématique au risque d'une erreur médicale. Cette investigation est également indissociable des diagnostics d'exclusion et différentiel ; pourtant, plus de 20 % des masseurs-kinésithérapeutes de l'échantillon ne connaissent pas la notion de diagnostic d'exclusion et 3 % celle de diagnostic différentiel. Cette partielle méconnaissance du

diagnostic d'exclusion associée à la méconnaissance des drapeaux rouges dans la lombalgie constitue un frein potentiel à l'accès direct des masseurs-kinésithérapeutes français pour ce symptôme. (13)

Besoin de formation

Les premiers diplômés français du nouveau cursus de la formation initiale de 2015 sont favorables et se sentent prêts pour un accès direct, cependant la réalisation de cas cliniques critiques, types de cas qui mettent la sécurité des patients en danger, ne sont pas bien réussis. Malgré le manque d'expérience de la population interrogée, il semble raisonnable de considérer qu'une formation supplémentaire puisse être nécessaire pour une pratique sécurisée de l'accès direct. Il serait aussi utile d'évaluer ces compétences décisionnelles chez les professionnels qui ont été formés avec l'ancien cursus. (14)

D'après un mémoire de fin d'études concernant l'avis des masseurs-kinésithérapeutes libéraux français concernant un besoin de formation quant à la mise en place de l'accès direct, il existe une volonté de formation de la part des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ayant répondu au questionnaire notamment les masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'avant 2019 n'ayant pas eu le programme de la réforme de 2015. (15).

Interprofessionnalité

En termes de collaboration interprofessionnelle, les masseurs-kinésithérapeutes français semblent devoir être plus investis. (16)

En effet, une étude de cas traite d'un IDM qui s'est manifesté par une douleur musculosquelettique du membre supérieur (17). Une autre étude illustre un cas de cancer qui s'est révélé dans le cadre d'une douleur lombaire (18). Ces exemples montrent l'importance d'une part du raisonnement clinique à la recherche d'un diagnostic différentiel par le professionnel de santé mais également de la collaboration interprofessionnelle.

Par ailleurs, l'enquête de pratique sur l'examen subjectif des masseurs-kinésithérapeutes français libéraux chez les patients lombalgiques a montré que plus la durée d'exercice est longue, l'âge élevé et le niveau de formation développé, plus le sentiment de compétence était positif. Cependant, malgré une tendance plutôt positive de l'identification des traitements antérieurs ou suivis en parallèle, l'information prise auprès des autres professionnels de santé était assez rare. La démarche interdisciplinaire apporte pourtant des effets positifs pour la sécurité des patients, sur l'efficacité des professionnels de santé, et globalement sur l'environnement de travail. Il serait donc essentiel que les masseurs-kinésithérapeutes développent cette démarche en France pour bénéficier d'un atout supplémentaire en vue de l'obtention de l'accès direct. (13)

Publiée en août 2023, une revue de la littérature vient confirmer ces données (19). Elle décrit et synthétise les compétences de base nécessaires aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant en accès direct pour les patients présentant des troubles musculo squelettiques en soins primaires et aux urgences tous pays confondus sur lesquelles ils doivent être formés. 17 compétences de base ont été retrouvées dans la littérature regroupées en 5 thèmes :

- Évaluation et examen clinique : capacité à identifier les patients qui nécessitent un examen médical notamment par la recherche de drapeaux rouges ;
- Prise en charge et intervention : capacité de triage des patients nécessitant une attention médicale ;
- Communication : bonnes compétences en communication ;
- Coopération : avec les autres professionnels de santé dans le parcours de soins et collaboration ;
- Professionnalisme et leadership : haut niveau de professionnalisme et connaissances appropriées du modèle de soins pour guider les patients dans leurs soins ;

Un programme de formation national adapté à chaque pays en fonction de son niveau de pratique de l'accès direct est nécessaire afin de développer les compétences de base de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes.

Par ailleurs, le rapport IGAS(1) note que la World Physiotherapy, qui milite pour le développement de l'accès direct, a publié en 2019 une déclaration de politique relative à la pratique avancée en physiothérapie, 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.

2.1.3. Rapport IGAS

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 dans le cadre de l'article 73 de la LFSS 2022. (1)

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 [...]. 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 [...] 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.

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. [...] 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.

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.

Pour plus d'informations sur les recommandations de l'IGAS : cf. annexe 3.

En conclusion de l'analyse de la littérature, l'enjeu de l'accès direct est qu'il n'y ait pas de perte de chance pour le patient pour les pathologies concernées par l'accès direct. Il ne faut donc pas que le masseurs-kinésithérapeutes méconnaisse une pathologie grave, une complication...etc. qui pourrait entraîner un retard diagnostic.

Compétences à acquérir

L'analyse de la littérature a permis de mettre en évidence que les compétences indispensables pour un accès direct sûr impliquent des connaissances approfondies sur :

La sémiologie médicale concernant les pathologies secondaires ;

L'interrogatoire et l'examen clinique approfondi allant au-delà du diagnostic kinésithérapeutique incluant l'identification de drapeaux rouges ;

Le raisonnement clinique et la prise de décision concertée conduisant à l'identification de situations d'urgence, de diagnostics différentiels chez les patients et au choix d'orientation vers un spécialiste : la sécurité des patients et la performance de l'identification des signes de gravité réalisée par les masseurs-kinésithérapeutes doivent être questionnées car elles peuvent être compromises par des compétences insuffisantes à identifier des pathologies ne relevant pas de leurs compétences et impliquant une réorientation vers un médecin.

Formation

Ce niveau d'exercice doit impérativement s'appuyer sur une formation initiale adaptée aux niveaux d'exercice professionnel et des compétences d'accès direct requises pour les masseurs-kinésithérapeutes y ayant droit pour assurer au patient une prise en charge sûre et de qualité. Une formation professionnelle continue après l'obtention du diplôme doit également être prévue pour aider les masseurs-kinésithérapeutes à fournir un accès direct et à permettre l'auto-orientation des patients. La mise à jour continue de la formation initiale ainsi qu'une potentielle certification des masseurs-kinésithérapeutes en activité semblent nécessaires.

Interprofessionnalité

L'exercice collaboratif dans un environnement pluri professionnel incluant la communication et le leadership.

La pratique des masseurs-kinésithérapeutes en structure d'exercice coordonné (avec des médecins généralistes) doit permettre une organisation médecin généraliste/masseur-kinésithérapeute pertinente (cf. protocoles de coopération).

2.2. Avis des Conseils Nationaux Professionnels des spécialités concernées

Les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) des professions concernées ont été interrogés pour avis sur ce projet de décret. (Conseil National de l'Ordre des Médecins, Collège de la Médecine Générale, CNP de neurologie, CNP de rhumatologie, CNP de MPR, CNP de chirurgie orthopédique et traumatologique, France Assos Santé, Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, CNP de kinésithérapie, CNP d'ORL, CNP de pédiatrie). **France Assos Santé** et le **CNP de chirurgie orthopédique et traumatologique** ont été sollicités mais n'ont pas répondu à la demande de la HAS.

L'ensemble des avis se trouve en annexe 6.

Les CNP médicaux s'interrogent :

- sur les conditions de coordination des soins dans le cadre d'une CPTS, dispositif qui facilite l'exercice coordonné mais qui n'est pas une structure d'exercice coordonnée (type centre de santé, maison de santé, équipe de soins primaires) et sans accès au dossier médical du patient ;
- sur les compétences des masseurs-kinésithérapeutes à l'accès direct sans formation complémentaire (pathologies ORL, pédiatriques, neurologiques, rhumatologique) ;
- sur le risque d'aggravation des retards déjà constatés d'accès aux soins prescrits ;

Malgré les réticences, les CNP médicaux ont dégagé certaines situations où l'accès direct pourrait être envisagé :

- pathologie neurologique connue, diagnostiquée et bilantée par un neurologue pouvant refaire de la kinésithérapie sans nouvelle ordonnance de son médecin ;
- quelques séances dans la traumatologie du jeune enfant ;
- récurrence dans l'année d'un vertige paroxystique positionnel bénin répondant aux critères diagnostiques de la Barany Society, diagnostiqué et traité avec succès une première fois par un médecin puis un kinésithérapeute vestibulaire ;
- la lombalgie aiguë, le post-traumatique aigu, les symptômes d'une pathologie ostéoarticulaire connue (c'est-à-dire avec un diagnostic porté au préalable par un médecin) ;

Certains CNP suggèrent que le nombre de séances doit être limité dans le temps et que les masseurs-kinésithérapeutes ne doivent pas attendre la dernière séance pour réorienter le patient vers le médecin.

Ils signalent que les conditions d'évaluation de l'expérimentation ne sont pas précisées.

Conclusion

La HAS rend un avis en tenant compte de plusieurs éléments notamment :

- de la littérature qui met en évidence certains éléments en faveur de l'accès direct notamment la réingénierie du diplôme de masseur-kinésithérapeute en 2015 formant les masseurs-kinésithérapeutes à plus d'autonomie mais qui préconise également le renforcement continu de cette formation, des capacités de triage, notamment par l'apprentissage de l'interrogatoire et de l'examen clinique en vue d'éliminer les diagnostics différentiels et les signes de gravité et la communication avec les professionnels de santé, en vue d'orienter efficacement les patients si nécessaire. Par ailleurs, une formation complémentaire pour les masseurs-kinésithérapeutes diplômés avant 2019 paraît indispensable.
- des avis des Conseils Nationaux Professionnels et ordres sollicités qui précisent certaines situations où l'accès direct est envisageable mais qui mettent en garde notamment sur certaines situations où l'accès direct serait dangereux, sur le fait de limiter le nombre de séances, sur la difficulté d'application dans le cadre de CPTS notamment dans la transmission d'informations et sur l'absence d'évaluation de l'expérimentation.

Table des annexes

Annexe 1. Projet de décret relatif à l'expérimentation prévue par l'article 3 de la loi du 19 mai 2023	19
Annexe 2. Critères d'admission en institut de formation préparant au diplôme d'État de masseur kinésithérapeute	22
Annexe 3. Dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire	23
Annexe 4. Actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes	24
Annexe 5. Liste des recommandations issue du rapport IGAS(1)	27
Annexe 6. Avis des parties prenantes	28

Annexe 1. Projet de décret relatif à l'expérimentation prévue par l'article 3 de la loi du 19 mai 2023

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et
de la prévention

Décret n° du relatif à l'expérimentation prévue par l'article 3 de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé

NOR :

Publics concernés : patients, masseurs-kinésithérapeutes et médecins.

Objet : expérimentation prévue par l'article 3 de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé

Entrée en vigueur : le décret entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : l'expérimentation prévue par l'article 3 de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé permet aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans une structure d'exercice coordonné mentionnée à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique de recevoir sans prescription médicale les patients ayant un diagnostic médical préalable et dans une limite de huit séances ceux qui n'en ont pas. Ce décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation.

Références: le décret, ainsi que les dispositions du code de la santé publique qu'il modifie, peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

La Première ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la prévention,
Vu la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé ;
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 4321-1 ;
Vu l'avis de la Haute Autorité de Santé du ;
Vu l'avis de l'Académie Nationale de Médecine du ;
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 13 juin 2023 ;
Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du ;
Vu l'avis de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole en date du ;
Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du ;
Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du ;

Décète :

Article 1^{er}

I. Le masseur-kinésithérapeute dont le lieu d'exercice est situé dans un des départements désignés à l'article 4 du présent décret déclare sa participation à l'expérimentation prévue par l'article 3 de la loi susvisée auprès du directeur général de l'agence régionale de santé au moyen d'une application en ligne dédiée sur le site internet [de l'agence régionale de santé][du ministère en charge de la santé].

II. Le masseur-kinésithérapeute dépose sur cette application un document permettant de justifier son exercice dans une communauté professionnelle territoriale de santé mentionnée à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique dans un des six départements participant à l'expérimentation.

III. Pour chacun des six départements participant à l'expérimentation, la liste des masseurs-kinésithérapeutes autorisés à y participer est publiée sur le site internet de l'agence régionale de santé.

IV. Le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le département expérimentateur transmet [régulièrement] la liste des masseurs-kinésithérapeutes intégrant l'expérimentation aux organismes de sécurité sociale locaux concernés.

V. Les masseurs-kinésithérapeutes pourront être intégrés à l'expérimentation jusqu'à [six mois] avant la fin du dispositif.

Article 2

I. Le masseur-kinésithérapeute répondant aux conditions prévues à l'article 1^{er} peut, à titre expérimental, prendre en charge sans prescription médicale les patients :

- Dans la limite de huit séances par an, dans le cas où celui-ci n'a pas eu de diagnostic médical préalable ;
- Sans limitation de séances, dans le cas où celui-ci a eu un diagnostic médical préalable.

II. En l'absence d'amélioration, le patient est réorienté vers son médecin traitant, ou le cas échéant vers un médecin impliqué dans la prise en charge du patient ou exerçant dans la communauté professionnelle territoriale de santé.

Article 3

Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont systématiquement adressés au médecin traitant du patient ou le cas échéant à un médecin impliqué dans la prise en charge du patient, ainsi qu'à ce dernier et reportés dans le dossier médical partagé de celui-ci.

Article 4

Les six départements sélectionnés à l'issue d'un appel national à manifestation d'intérêt sont les suivants :

Article 5

Les modalités d'évaluation de l'expérimentation sont définies par arrêté.

Article 6

L'expérimentation prend effet au lendemain de la publication du présent décret pour une durée de cinq ans.

Article 7

Le ministre de la santé et de la prévention, le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de l'action et des comptes publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le,

Par la Première ministre :

Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,

Bruno LE MAIRE

Le ministre de la santé et de la prévention,

Aurélien ROUSSEAU

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie,
des finances et de la souveraineté industrielle et numérique
chargé des comptes publics,

Thomas CAZENAVE

Annexe 2. Critères d'admission en institut de formation préparant au diplôme d'État de masseur kinésithérapeute

Article D 4321-18 du Code de Santé Publique¹⁵ : L'admission en institut de formation préparant au diplôme d'État de masseur kinésithérapeute s'effectue après une première année universitaire validée et obtention de 60 crédits européens à compter de l'année universitaire 2016-2017. Les modalités d'admission dans ces instituts sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

L'arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute¹⁶ précise ces modalités :

- Peuvent être admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, dans la limite des places autorisées :

1° Les étudiants ayant validé une première année universitaire d'une formation du premier cycle de l'enseignement supérieur telle que définie au 1° de l'article R. 631-1 du code de l'éducation (Licence) Lorsque cette formation ne relève pas du domaine « sciences, technologies, santé » (Licence accès santé) ou de la mention « sciences et techniques des activités physiques et sportives » (STAPS), les candidats doivent avoir obtenu les 10 crédits ECTS minimaux dans des unités d'enseignement relevant du domaine de la santé définis au 1° de l'article R. 631-1-1 du code de l'éducation ;

2° Les étudiants ayant validé une année de formation du premier cycle de l'enseignement supérieur spécialement proposée par les universités telle que définie au 2° de l'article R. 631-1 du code de l'éducation. (Parcours accès santé spécifique)

- Peuvent être admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute pour la rentrée de septembre 2021 les étudiants ayant validé, dans les conditions du [III de l'article 6 du décret du 4 novembre 2019 susvisé](#), une première année commune aux études de santé régie par l'arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, au titre de l'année universitaire 2020-2021 ;
- Peuvent présenter leur candidature, auprès du directeur de l'institut, en vue de l'admission en première année de formation en masso-kinésithérapie, à la rentrée 2020, les étudiants ayant la qualité de sportif de haut niveau définie à l'article R. 221-1 du code du sport et ayant validé une première année universitaire ou bénéficié d'une procédure de validation des études, expériences professionnelles ou acquis personnels dans les conditions déterminées par les articles D. 613-38 et suivants du code de l'éducation en vue d'accéder à cette première année de formation en masso-kinésithérapie.

¹⁵ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031131238

¹⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041429244/>

Annexe 3. Dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire

À l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, sauf indication contraire du médecin, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire chez leurs patients les dispositifs médicaux suivants :

1. Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève-malades ;
2. Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier ;
3. Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc ;
4. Barrières de lits et cerceaux ;
5. Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur ;
6. Fauteuils roulants à propulsion manuelle, à la location pour des durées inférieures à 3 mois ;
7. Attelles souples de correction orthopédique de série ;
8. Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série ;
9. Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série ;
10. Sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire ;
11. Collecteurs d'urines, étuis péniers, pessaires, urinal ;
12. Attelles souples de posture et ou de repos de série ;
13. Embouts de cannes ;
14. Talonnettes avec évidement et amortissantes ;
15. Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe ;
16. Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie.

Annexe 4. Actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes

Article R 4321-1 : La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

Article R 4321-2 : Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur.

Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retrace dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix.

Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsque apparaît une complication pendant le déroulement du traitement.

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

Article R 4321-4 : On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, correctrice ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques.

Article R 4321-5 : Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :

1° Rééducation concernant un système ou un appareil :

- a) Rééducation orthopédique ;
- b) Rééducation neurologique ;
- c) Rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur ;
- d) Rééducation respiratoire ;
- e) Rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article R. 4321-8 ;
- f) Rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;

2° Rééducation concernant des séquelles :

- a) Rééducation de l'amputé, appareillé ou non ;

- b) Rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ;
 - c) Rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ;
 - d) Rééducation des brûlés ;
 - e) Rééducation cutanée ;
- 3° Rééducation d'une fonction particulière :
- a) Rééducation de la mobilité faciale et de la mastication ;
 - b) Rééducation de la déglutition ;
 - c) Rééducation des troubles de l'équilibre.

Article R 4321-6 : Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance.

Article R 4321-7 : Pour la mise en œuvre des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :

- 1° Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;
- 2° Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article R. 4321-4 ;
- 3° Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;
- 4° Étirements musculo-tendineux ;
- 5° Mécanothérapie ;
- 6° Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;
- 7° Relaxation neuromusculaire ;
- 8° Électro-physiothérapie :
 - a) Applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électrostimulation antalgique et excito-moteur ;
 - b) Utilisation des ondes mécaniques, infrasons, vibrations sonores, ultrasons ;
 - c) Utilisation des ondes électromagnétiques, ondes courtes, ondes centrimétriques, infrarouges, ultraviolets ;
- 9° Autres techniques de physiothérapie :
 - a) Thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ;
 - b) Kiné balnéothérapie et hydrothérapie ;
 - c) Pressothérapie.

Article R 4321-8 : Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

1° À pratiquer des élongations vertébrales par tractions mécaniques, par mise en œuvre manuelle ou électrique ;

2° À participer à la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardio-vasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;

3° À participer à la rééducation respiratoire.

Article R 4321-9 : Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

1° À prendre la pression artérielle et les pulsations ;

2° Au cours d'une rééducation respiratoire :

a) À pratiquer les aspirations rhinopharyngées et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé ;

b) À administrer en aérosols, préalablement à l'application de techniques de désencombrement ou en accompagnement de celle-ci, des produits non médicamenteux ou des produits médicamenteux prescrits par le médecin ;

c) À mettre en place une ventilation par masque ;

d) À mesurer le débit respiratoire maximum ;

3° À prévenir les escarres ;

4° À assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;

5° À contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs.

Article R 4321 -10 : En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.

Article R 4321-11 : En milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions.

Article R 4321-12 : Le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à la réalisation de bilans ergonomiques et à participer à la recherche ergonomique.

Article R 4321-13 : Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement. Ces actions concernent en particulier :

1° La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;

2° La contribution à la formation d'autres professionnels ;

3° La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;

4° Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;

5° La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive.

Annexe 5. Liste des recommandations issue du rapport IGAS(1)

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	Conservier 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 ad hoc 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
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

Annexe 6. Avis des parties prenantes

Conseil National de l'Ordre des Médecins :

À titre liminaire, le Conseil national de l'Ordre des médecins entend rappeler qu'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) n'est pas une structure d'exercice coordonnée par le médecin, mais un dispositif permettant, entre autres, de faciliter, sur un territoire, un exercice coordonné.

Pour cette raison, le Conseil national de l'Ordre des médecins continue à estimer que l'expérimentation prévue par la loi, dans les CPTS, n'est pas pertinente pour la prise en charge des patients.

Notre première remarque porte sur le I de l'article 2 du projet de décret qui indique notamment que le masseur-kinésithérapeute peut prendre en charge sans prescription médicale les patients « (...) Sans limitation de séances, dans le cas où celui-ci a eu un diagnostic médical préalable ».

Cette hypothèse n'apporte rien et, qui plus est, crée une ambiguïté. Nous serions donc favorables à sa suppression.

Toujours s'agissant de l'article 2, le II prévoit qu'« En l'absence d'amélioration, le patient est réorienté (...)» Nous proposons la rédaction suivante « en l'absence d'amélioration et au plus tard à l'issue des huit séances susmentionnées ». En effet, en l'absence d'amélioration ou si l'état de santé du patient se dégrade il nous paraît contraire à l'intérêt du patient, d'attendre la huitième séance pour réorienter celui-ci.

Ensuite, le II indique « (...) le patient est réorienté vers son médecin traitant, ou le cas échéant vers un médecin impliqué dans la prise en charge du patient ou exerçant dans la communauté professionnelle territoriale de santé ».

Nous sommes d'avis qu'il faut impérativement accorder la priorité au médecin traitant s'il existe et à défaut, au médecin impliqué dans la prise en charge du patient. Le médecin exerçant dans la CPTS et qui n'a pas pris en charge n'a en l'espèce aucune légitimité à intervenir dans le parcours de soin du patient et à prendre connaissance d'informations de santé.

L'expérimentation n'a pas vocation à modifier les règles législatives sur l'échange et le partage d'informations de santé.

Concernant l'article 3 du projet de décret, il est précisé dans le point II. : « Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont systématiquement adressés au médecin traitant du patient ou le cas échéant à un médecin impliqué dans la prise en charge du patient, ainsi qu'à ce dernier et reportés dans le dossier médical partagé de celui-ci ».

Pour des raisons de suivi évidentes nous proposons la rédaction suivante : « Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont systématiquement adressés au médecin traitant du patient ou le cas échéant à un médecin impliqué dans la prise en charge du patient, sur leur messagerie sécurisée en santé ainsi qu'à ce dernier et reportés dans le dossier médical partagé de celui-ci ».

Enfin, l'article 5 prévoit que « les modalités d'évaluation de l'expérimentation sont définies par arrêté ». Or, le IV de l'article 3 de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé renvoie à un décret les modalités d'évaluation. Le renvoi à un arrêté est donc contraire à la loi et supprime la garantie prévue par le législateur, qui tenait à la consultation de la HAS et de l'Académie nationale de médecine sur le décret, sur les modalités d'évaluation de l'expérimentation.

Collège de la Médecine Générale :

Voici le positionnement du Collège de la Médecine Générale sur l'accès direct aux masseurs kinésithérapeutes :

- sur la sécurité, nous ne rejoignons pas les alertes qui ont été lancées (nous sommes preneurs de la référence étayant le fait que 25% des vertiges seraient des AVC/AIT). Pour autant, cela reste une question qu'il paraît utile de documenter en demandant la mise en place d'un registre ;
- sur la formation, nous ne souscrivons pas à l'exigence d'une formation complémentaire ;
- sur la tension de l'offre de soins kiné, c'est un constat que nous rejoignons, même s'il y a sans doute une variation selon les territoires ;
- sur la concertation : nous rejoignons l'idée que le niveau CPTS ne permet pas aujourd'hui une réelle concertation. Le CMG demande à ce que cela soit restreint aux équipes pluriprofessionnelles (ESP, MSP officiellement labellisées ou non, CDS etc.).

Conseil National Professionnel de rhumatologie :

1. Pour quelle pathologie ?

Pour des raisons de sécurité des patients, la généralisation de toutes les prises en charge rhumatologiques concernant les pathologies de l'appareil locomoteur nous semble dangereuse.

Les pathologies qui pourraient faire l'objet d'une consultation directe avec le kinésithérapeute sont les suivantes :

- la lombalgie aiguë ;
- le post-traumatique aigu ;
- les symptômes d'une pathologie ostéo-articulaire connue (c'est-à-dire avec un diagnostic porté au préalable par un médecin).

Certaines situations ne doivent pas être prises en charge directement par un kinésithérapeute :

- toutes les situations qui peuvent faire craindre une pathologie inflammatoire ou infectieuse, en particulier lorsqu'il existe une tuméfaction, un gonflement ou une douleur de repos, de rythme pouvant être inflammatoire ;
- lorsqu'il existe un déficit sensitif ou moteur important ou un handicap fonctionnel qui semble important.

La nécessité, qui pourrait être évoquée par un masseur kinésithérapeute d'avoir des examens complémentaires doit être considérée comme un acte diagnostique médical, et constitue donc une contre-indication à la prise en charge directe par le masseur kinésithérapeute. La demande d'examen complémentaire doit obligatoirement être faite après un examen clinique médical par un médecin.

La prescription d'un arrêt de travail par le masseur-kinésithérapeute qui ne doit pas dépasser 3 jours, non renouvelable nous semble possible dans certaines situations aiguës.

La nécessité d'une prescription de traitement autres que ceux qui sont en vente libre doit être considérée comme un signe de gravité de la pathologie et ne doit pas être faite sans l'avis du médecin.

2. Dans quelles conditions ?

La prise en charge par masseur kinésithérapeute ne peut pas être faite de première intention sans un environnement médical, dans une structure de soins coordonnés, avec la possibilité d'avoir un accès au dossier médical, et d'avoir les conseils et de l'aide d'un médecin généraliste ou spécialiste.

Le masseur kinésithérapeute doit être formé pour pouvoir reconnaître les situations à risques (drapeaux rouges). Les structures de soins coordonnés doivent s'engager à former les masseurs kinésithérapeutes sur les signes qui doivent entraîner un adressage à un médecin.

Si la prise en charge initiale par un kinésithérapeute est jugée à risque pour le patient, un mode de circuit doit être mis en place pour permettre d'avoir un avis urgence par un médecin, que cet avis soit sous la forme un appel téléphonique ou d'une consultation médicale.

3. Durée de la prise en charge ?

La prise en charge par le masseur kinésithérapeute de première intention doit être limitée dans le temps, sur une période brève, d'environ 15 jours.

La prise en charge initiale par un masseur Kinésithérapeute doit s'accompagner par une évaluation initiale et d'une réévaluation après 15 jours, ou plus tôt si la prise en charge se termine plus tôt.

Les deux évaluations, initiale et après au plus 15 jours, doivent être transmises au médecin traitant du patient pour l'avertir du suivi par le kinésithérapeute.

L'absence de nette amélioration significative obtenue par les soins prodigués après 15 jours doit conduire à une consultation médicale pour réévaluer la pathologie.

Si l'efficacité de cette prise en charge est jugée, après 15 jours par le masseur Kinésithérapeute et le patient comme significative, la prise en charge pourra être poursuivie pendant 3 mois maximum, avec l'accord tacite du médecin du patient qui aura été averti de la prise en charge.

Au-delà de 3 mois d'une prise en charge exclusive par le Kinésithérapeute, une réévaluation doit obligatoirement être faite par le médecin traitant ou un médecin spécialiste.

4. Comment évaluer la prise en charge ?

Ce protocole expérimental doit faire l'objet d'une évaluation, en s'appuyant sur les résultats des expérimentations réalisés dans certaines régions pour la prise en charge directe par les kinésithérapeutes des lombalgies et des entorses de cheville.

La prise en charge rapide par le kinésithérapeute doit avoir pour objectif de limiter les complications et la chronicisation des pathologies ciblées par la délégation de tâches. Les critères d'évaluation évoquée par le CNPR :

- le nombre de patients (%) vus de première intention par le kinésithérapeute qui seront adressés dans un second temps aux médecins ;
- le nombre de patients (%) vus de première intention par le kinésithérapeute qui seront hospitalisés pour la même pathologie ;
- la durée totale des arrêts de travail pour les pathologies ciblées ;
- le nombre de primo consultations, sur une période donnée des kinésithérapeutes et des médecins généralistes.

CNP de Médecine Physique et Réadaptation :

La loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (loi Rist) dans sa version finale établit une distinction entre :

- d'un côté, les maisons et centres de santé, équipes de soins primaires et spécialisées, où l'exercice de l'art sans prescription médicale est autorisé pour les masseurs- kinésithérapeutes dans le cadre d'un exercice coordonné ;

- de l'autre côté les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), dont la plupart des syndicats de médecins ont fait valoir que ces structures ne garantissent les conditions nécessaires à une stratégie médicale coordonnée. Elles ne constituent pas des collectifs au contact du patient permettent la création, la combinaison et la transmission des connaissances collectives qui caractérisent une stratégie médicale coordonnée.

Les CPTS, n'ont pas vocation à faire du « case management » ou de la coordination clinique. Ceci a été confirmé récemment dans une mise à jour du cadre national d'orientation des DAC au sujet des parcours complexes (bulletin officiel santé protection sociale solidarité n° 2023-15 du 16/08/23). Elles ont une cible territoriale et populationnelle, pas de coordonner une prise en charge individuelle ni de supervision médicale directe.

L'expérimentation prévue par l'article 3 de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé permet aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans une structure d'exercice coordonné mentionnée à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique de recevoir sans prescription médicale les patients dans une limite de huit séances. Ce décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation. Celle-ci s'effectuerait dans six départements.

Nous reprenons donc l'argumentaire développé au moment de la loi Rist qui, à peine votée, semble faire l'objet de tentatives de contournement. Nous craignons que l'évaluation de l'expérimentation, faute d'une méthodologie adaptée, recueille insuffisamment les événements indésirables et n'aboutisse quasi automatiquement, avant même son évaluation, à la généralisation du dispositif.

La Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER), le Syndicat français de médecine physique et de réadaptation (SYFMER) ainsi que le Conseil national professionnel de MPR (CNP) alertent contre les risques de déstructuration des parcours de soins inhérents aux modalités de mise en œuvre de ce projet de décret.

L'expérimentation vise à promouvoir un modèle de soins primaires dont le pivot n'est plus médecin mais un praticien clinicien non-médecin qui orientera ou non les patients en seconde intention vers un médecin. Ces nouvelles responsabilités diagnostiques et thérapeutiques ne reposent PAS sur un exercice en pratique avancée mais sur une profession existante sans modification de sa maquette de formation qui ne prévoit pas ce type de compétence diagnostic. La place de la médecine générale et de la médecine spécialisée dans l'offre est radicalement remise en cause sans éléments de preuve notamment par comparaisons internationales.

Quels sont les risques de ce projet de décret ?

- les retards du diagnostic et de mise en œuvre d'un programme thérapeutique adéquat : à cet égard la notion de « diagnostic connu » suppose une situation figée. Elle est particulièrement dangereuse, alors que les maladies chroniques sont évolutives, émaillées de complications et de comorbidités qui contribuent à la complexité du diagnostic médical ;
- une coordination clinique purement virtuelle dans les CPTS. Être adhérent à la CPTS ne garantit pas une coordination clinique réelle hors protocole formalisant l'accès au médecin en temps opportun. La coordination doit reposer avant tout sur un temps partagé ;
- la fragilisation par effet de concurrence des dispositifs de soins de réadaptation ambulatoire déjà peu accessibles pour les patients requérant des soins complexes ;
- l'aggravation des retards déjà constatés d'accès aux soins prescrits, les déserts paramédicaux épousant les déserts médicaux ;
- la multiplication des pratiques peu validées, simples à réaliser et plus rentables ;

- la réduction des opportunités de soins médicaux de dépistage et prévention, à rebours des objectifs de nos politiques de Santé.

Nos propositions :

- éviter les pertes de chances et inégalités de santé. Diagnostic médical et stratégie thérapeutique permettant d'initier un traitement médical, médicamenteux et/ou non médicamenteux supposent un diagnostic étiologique et fonctionnel ainsi que l'établissement d'un programme de soins ciblé et coordonné par un médecin. L'exercice en pratique avancée, doit s'inscrire dans une organisation médicale et territoriale protocolisée garantissant la coordination clinique et l'accès à un généraliste ou spécialiste en temps opportun ;
- définir le cadre de l'exercice coordonné qui garantira la sécurité des soins au sein d'une équipe médicalisée par une coopération effective entre professionnels autour de protocoles formalisés, au-delà de la simple appartenance à une CPTS. C'est le préalable indispensable à l'évolution des métiers exerçant en coopération interprofessionnelle ;
- établir la traçabilité de ces nouvelles pratiques et de leurs évènements indésirables dans le but d'adapter et d'améliorer ces nouvelles pratiques ;
- élaborer des référentiels de formation des professions exerçant en pratique avancée pour toutes les filières paramédicales, en concertation étroite avec les filières spécialisées ;
- répondre de façon urgente aux difficultés d'accès aux soins en s'appuyant sur la coopération déjà développée entre les structures : maisons et centres de santé, équipes mobiles, équipes de soins primaires et spécialisées et établissements de santé MCO ou SMR.

CNP d'ORL :

Dans notre spécialité, les patients atteints de paralysie faciale consultent toujours un médecin avant toute prise en charge rééducative. Dans le cas des vertiges aigus, la littérature est maintenant très abondante sur le risque d'ignorer un accident ischémique transitoire voire un accident vasculaire cérébral de la fosse postérieure constitué ou en voie de constitution dans le cadre des vertiges aigus (15 à 25%). Seul un examen médical normé, et utilisant des outils de vidéonystagmoscopie offre les informations adaptées pour éviter d'ignorer ces situations à risque en urgence. La situation est encore plus complexe dans les vertiges chroniques ou les instabilités, particulièrement chez le sujet âgé.

Il s'avère aujourd'hui que les MK ne reçoivent dans leur formation initiale qu'une éducation très succincte pour faire face à ce risque important et les directeurs des écoles de MK ont en conscience. Parmi ces professionnels (104 000 en France), 400 à 600 seulement ont suivi une formation complémentaire ciblée de type DU de « Rééducation Vestibulaire » leur enseignant les situations à risque, et surtout la spécificité de la rééducation à effectuer. Le diplôme obtenu leur donne accès à la « spécificité » ordinale de « kinésithérapeute vestibulaire ». Les MK ainsi formés constituent un vivier de professionnels compétents, mais qui ne souhaitent pas, de leur propre aveu, être en première ligne face à des symptômes dont ils connaissent parfaitement le danger potentiel. Ce constat est le fruit d'échanges nombreux, encore récents, que nous avons sollicité avec le CNP de Masso-Kinésithérapie et les deux syndicats de kinés vestibulaires (SIRV et SNKV). Nous travaillons d'ailleurs avec eux pour universitariser cette formation qu'ils jugent eux-mêmes de qualité assez inégale pour aller vers une « pratique avancée ».

À ce jour, le rôle du MK ne peut pas en l'espèce être diagnostique. En matière de vertiges, mieux le praticien est formé moindre est le risque.

Les kinésithérapeutes doivent intervenir comme thérapeutes en aval d'un diagnostic médical.

La seule exception que nous avons identifiée est la suivante : la récurrence dans l'année d'un vertige paroxystique positionnel bénin répondant aux critères diagnostiques de la Barany Society, diagnostiqué et traité avec succès une première fois par un médecin puis un Kiné Vestibulaire. Dans ce contexte précis, le risque d'ignorer une pathologie dangereuse est suffisamment faible pour permettre un accès direct au même kiné vestibulaire.

Le CNP d'ORL prendra donc, comme il l'a toujours fait y compris en amont de la LFSS 2022 et de la LFSS 2023 une position très nette sur cette question : Il est dangereux de laisser un MK en première ligne, y compris au sein d'une CPTS, face à un vertige ou un trouble de l'équilibre nouvellement apparu, en dehors de la situation singulière précisée au paragraphe précédent.

CNP de neurologie :

Bien évidemment il n'y a pas de problème à ce qu'un patient ayant une pathologie neurologique connue, diagnostiquée et bilatée par un neurologue puisse refaire de la kinésithérapie sans nouvelle ordonnance de son médecin.

Il faut noter que la réalisation du bilan initial et d'un compte rendu final après chaque prise en charge, adressés au médecin restent des éléments nécessaires mais que cela n'est déjà souvent pas réalisé actuellement, même pour les patients adressés avec ordonnance.

Un des principaux drapeaux rouges reste cependant pour nous, l'absence de diagnostic médical devant tout symptôme neurologique quel qu'il soit et pour savoir qu'un symptôme peut être d'origine neurologique, (faiblesse musculaire, douleur, raideur, vertige, perte d'équilibre et bien d'autres) un diagnostic clinique médical préalable est indispensable.

La liste des drapeaux rouges ne peut constituer en une liste de pathologies, ce qui sous entendrait que le diagnostic ait été posé !!!!! Il ne peut s'agir que d'une liste de symptômes et encore une fois, tout symptôme potentiellement neurologique nécessite d'avoir un diagnostic à la clé.

Un autre problème est de savoir qui portera la responsabilité de l'absence de diagnostic avec à la clé, risque pour le patient lié à un retard diagnostique, perte de chance pour celui-ci et potentiellement aggravation clinique pour beaucoup de pathologies neurologiques.

Nous répétons également la problématique (le bureau se répartit du sud-ouest au nord-est de la France en passant par l'île de France, l'ouest et le sud-est.) des difficultés déjà rencontrées sur tout le territoire pour faire prendre en charge nos patients avec pathologie neurologique connue et justifiant d'une rééducation adaptée. Nous avons tous les jours des patients atteints de SEP, Maladie de Parkinson... qui renoncent à leur prise en charge faute de trouver un masseur kinésithérapeute disponible.

CNP de pédiatrie :

Au vu du décret et après concertation, le CNP de pédiatrie est réticent à cet accès direct.

Les masseurs kinésithérapeutes sont des thérapeutes essentiels dans la prise en charge des nourrissons et des enfants.

Sur le domaine de la bronchiolite, la dernière conférence de consensus validée par l'HAS et le CNP montre bien que les kinésithérapeutes n'interviennent que comme conseiller dans une chaîne globale où la prescription médicale reste l'élément déclencheur.

Nous sommes prudents dans la prise en charge éventuelle chez les nouveau-nés et des jeunes nourrissons de tout ce qui est pathologie type torticolis, plagiocéphalie où une lecture médicale ne serait

plus réalisée. Nous voyons trop d'accès direct à des professions non médicales ni paramédicales type ostéopathe pour être très vigilant.

La prise en charge de la traumatologie du jeune enfant pourrait effectivement trouver une place dans quelques séances mais l'attente des familles n'est pas toujours l'accès au kinésithérapeute.

La question bien sûr de la formation des kinésithérapeutes à la pathologie de l'enfant et tout particulièrement au développement de l'enfant est bien sûr essentielle à prendre en compte avant toute mise en place d'un accès direct notamment avec un nombre de séances libres.

Certes, l'exercice dans le cadre d'une CPTS permet des liens avec un médecin mais à ce jour très peu de pédiatres sont membres de CPTS. Nous restons bien sûr à disposition pour de plus amples éléments.

Conseil National de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes :

Le texte en l'état convient au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Pour information, la majeure partie des pays développés a adopté depuis de nombreuses années cette possibilité d'accès direct au kinésithérapeute (ainsi, cet accès direct au kinésithérapeute déjà possible dans de nombreux pays (Albanie, Bosnie, Danemark, Estonie, Finlande, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Kosovo, Luxembourg, Malte, Hollande, Norvège, Portugal, Pologne, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni, pour ne citer que les pays européens, sans parler d'Australie, Nouvelle-Zélande, Canada, États-Unis,...). Aucune sinistralité supérieure n'a été observée.

Nous nous conformerons donc à ce que précise la loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (« À titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, l'État peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de cinq ans, dans six départements dont deux départements d'outre-mer. 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. »).

CNP de kinésithérapie :

L'article relatif à l'expérimentation n'impose aucun caractère limitatif à la mise en œuvre de l'accès direct et ne prévoit pas de restriction en nombre de séances et cela, quel que soit la situation. Seule, l'obligation de transmission au médecin traitant et de report dans le dossier médical partagé, du bilan initial et d'un compte rendu des soins réalisés, est précisée dans cet article. Le CNP de kinésithérapie rappelle que sur le fond, le caractère limitatif à 8 séances ne s'appuie sur aucun élément fondé, ni sur le plan scientifique, ni sur le plan médico-économique.

Les orthophonistes ont obtenu l'accès direct, dans toutes les structures d'exercice coordonné, sans restriction du nombre de séances et il serait souhaitable et simplifiant d'établir un parallélisme absolu entre nos professions, d'une part parce que c'est dans le sens de l'évolution de nos métiers, d'autres part, parce que nous avons espoir d'une expérimentation plus ambitieuse.

L'objet de cette expérimentation, de l'accès direct en kinésithérapie dans les CPTS et sans limitation de séance, est de pouvoir élargir le cadre réglementaire identique aux conditions d'accès direct autorisées pour les orthophonistes, dans l'hypothèse où les résultats de l'expérimentation s'avèrent concluants. Il est donc question de proposer un argumentaire référencé sur les conditions de l'accès direct en kinésithérapie dans le cadre de cette expérimentation, qui permette de respecter la qualité et la

sécurité des soins (cf. argumentaire ci-dessous p. 40). Cet argumentaire justifie les propositions que le CNP de kinésithérapie a produit dans le document en annexe (projet de décret relatif à l'expérimentation prévue par l'article 3 de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé).

Concernant la rédaction du projet de décret :

La limite de huit séances par an représente un frein à deux égards. D'une part, pour les patients qui rencontrent plusieurs pathologies dans la même année. Par exemple, un patient qui aura fait 8 séances dans les suites d'un traumatisme en torsion de cheville se verra privé d'un accès à la prise kinésithérapie dans le cadre d'un autre trouble musculosquelettique ou d'une autre pathologie relevant seulement d'une prise en charge rééducative. D'autre part, en référence avec les expériences internationales, les économies que génère ce nouveau parcours de soin ne doivent pas être bridées par la limitation du nombre de séances.

Néanmoins, le CNP est en accord avec une réorientation des patients si l'évolution, au terme de huit séances réalisées sans prescription médicale, n'est pas favorable.

Le CNP de kinésithérapie propose la rédaction suivante :

Article 2 : I. Le masseur-kinésithérapeute répondant aux conditions prévues à l'article 1er peut, à titre expérimental, prendre en charge sans prescription médicale les patients.

II. En l'absence d'amélioration au bout de huit séances de rééducation, le patient qui n'a pas eu de diagnostic médical préalable est réorienté vers son médecin traitant, ou le cas échéant vers un médecin impliqué dans la prise en charge du patient ou exerçant dans la communauté professionnelle territoriale de santé.

Le CNP de kinésithérapie souhaite ajouter la formule suivante à l'article 3 : « Les professionnels de santé qui participent à l'expérimentation et les médecins de la CPTS qui le souhaitent mettent en place, au moins deux fois par an, une action d'évaluation des pratiques professionnelles selon les fiches méthodes de développement professionnel continu publiées par la Haute Autorité de santé. »

Le CNP de kinésithérapie propose que l'évaluation de cette expérimentation soit définie autour de la sécurité des patients grâce aux indicateurs présents sur les registres épidémiologiques pour la surveillance des événements de santé et les registres professionnels d'observation des pratiques.

Argumentaire du CNP de kinésithérapie :

1/Préambule : terminologie et clarification réglementaire.

Il existe un malentendu courant entre l'accès direct à la kinésithérapie à compétence constante tel que prévue par la loi Rist et l'expérimentation qui est notre sujet, l'accès direct à la kinésithérapie dans le cadre d'un protocole de coopération (délégation de tâche médicale) et l'accès direct dans le cadre de la kinésithérapie en pratique avancée qui est aujourd'hui au stade de la simple réflexion.

L'accès direct à la kinésithérapie à compétence constante, prévu dans la loi Rist, est une simple réorganisation du parcours de soins kinésithérapiques habituellement dirigés par les médecins généralistes visant à permettre aux kinésithérapeutes de prendre en soins de rééducation le patient qui en nécessite au regard de leur condition pathologique et à partir des résultats du bilan-diagnostic kinésithérapique initial¹ et ce en l'absence de consultation et/ou de prescription préalable par un médecin généraliste (1,2). Ainsi, seules la consultation médicale et la prescription des soins de kinésithérapie ne sont pas obligatoires dans ce parcours de soins en accès direct. Le médecin généraliste reste

l'interlocuteur principal du kinésithérapeute en accès direct dans le cas où le patient ne nécessiterait pas de soins kinésithérapiques mais d'un avis médical pour la prise en charge de sa condition pathologique.

1/1 Les protocoles de coopération permettent une délégation de compétence d'un délégant vers un délégué. S'il s'agit d'un médecin et d'un kinésithérapeute, le médecin délégant va confier des compétences médicales définies au kinésithérapeute délégué qui les exécutera dans le cadre du protocole de coopération. Cela peut être par exemple le diagnostic médical, la prescription d'examens radiologiques ou d'antalgiques, la signature des arrêts de travail. Dans cette situation, la pratique professionnelle est celle d'une équipe de soins qui implique que la responsabilité est aussi celle de l'équipe de soin, aussi du délégant pour les actes du délégué.

1/2 La kinésithérapie en pratique avancée est un mode d'exercice impliquant la mobilisation par ce professionnel de compétences élargies sortant du référentiel initial du kinésithérapeute diplômé d'état (3). Les compétences et activités élargies mobilisées par un kinésithérapeute en pratique avancée retrouvées dans les différents modèles étrangers peuvent inclure (4) :

- La formulation d'un diagnostic médical,
- La prescription et l'interprétation d'examens diagnostics,
- La prescription de certains traitements médicamenteux,
- 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.

Actuellement, la kinésithérapie en pratique avancée est présente dans certains pays mais, en France, nous en sommes seulement au stade de la réflexion. Seules les infirmières en pratique avancée existent.

1/3 La loi Rist et l'expérimentation qui s'y adosse prévoit un accès aux soins de kinésithérapie sans délégation de tâches médicales permises par le protocole de coopération ou acquises par une pratique avancée. Le kinésithérapeute, lors de l'accueil du patient sans prescription médicale, mobilise ses compétences propres pour repérer la présence d'éventuels drapeaux rouges, les critères de réorientation vers un médecin et produire un diagnostic kinésithérapique issu de bilan qui permettra de définir l'indication d'une prise en charge rééducative selon une démarche EBP (Evidence Base Practice). Ces compétences sont initialement acquises lors de la formation de base et sont constamment mises en pratique de la même manière lors de la rééducation prescrite. Parfois, pendant le traitement, lorsque des signes d'alerte ou des indicateurs de besoin de réorientation se manifestent, le kinésithérapeute peut alors référer le patient de nouveau au médecin qui a prescrit le traitement. Les compétences des kinésithérapeutes acquises et maîtrisées pour la réorientation d'un patient vers un médecin à posteriori de la consultation médicale (cadre de la rééducation prescrite) sont les mêmes que le kinésithérapeute mobilisera dans le cadre de l'accès direct, en début de prise en charge. Dans cette situation, la pratique professionnelle est celle du kinésithérapeute qui implique pleinement et uniquement la responsabilité de celui-ci. La coordination avec le médecin ne constitue un partage de tâche médicale donc la responsabilité du médecin n'est pas engagée dans l'accès direct à compétence constante prévue par la loi Rist, encore moins que dans le cadre de la rééducation prescrite.

2/ Argumentaire pour s'assurer de la qualité et la sécurité des soins dans le cadre de l'accès direct en kinésithérapie au sein des CPTS

2/1 Formation des médecins généralistes et urgentistes et des kinésithérapeutes

La formation initiale des médecins généralistes et urgentistes a été identifiée comme répondant à un objectif majeur d'identification des pathologies graves pouvant causer diverses symptomatologies telle qu'une symptomatologie musculosquelettique (douleur lombaire, douleur au genou, etc...) (5). Toutefois, l'interrogatoire et la réalisation d'un diagnostic clinique spécifique à l'ensemble des pathologies musculosquelettiques couramment vus en pratique courante font peu partis de leurs acquis en formation initiale.

La profession de kinésithérapeute, quant à elle, née en France en 1946, abrite aujourd'hui plusieurs générations de professionnels, issus de différents programmes de formation initiale. Une faible proportion de kinésithérapeutes a été formée avec un modèle antérieur à 1989 tandis que la majorité a suivi la formation initiale selon le programme de 1989 (6), et enfin une faible proportion a été formée avec le programme récemment réformé de 2015 (7). Bien que la Confédération Mondiale de la Physiothérapie ait établie des lignes directrices concernant les compétences à acquérir par le kinésithérapeute pour exercer en toute autonomie pour offrir ses services à un patient le consultant (8), celles rapportées dans l'ensemble des pays permettant à leur population de consulter directement un kinésithérapeute sans orientation ou avis préalable par un médecin sont globalement (9) :

- La sémiologie médicale concernant les pathologies secondaires pouvant causer un ou plusieurs symptômes musculosquelettiques ;
- Le raisonnement clinique ;
- L'évaluation clinique et la prise de décision concertée pour la prise en charge des patients venant les consulter en première intention incluant l'identification des drapeaux rouges et les comorbidités et le choix d'orientation vers un médecin ;
- L'exercice collaboratif dans un environnement pluri professionnel incluant la communication des données de santé et d'événements indésirables et l'éducation des patients.

Le diagnostic kinésithérapique est défini comme un acte intellectuel réalisé par le kinésithérapeute résultant d'une évaluation des déficits structurels et fonctionnels, enrichi d'un pronostic fonctionnel, d'objectifs et de propositions thérapeutiques (opposé à l'erreur sémantique figurant à l'article R 4321-2 du Code de la Santé Publique).

Dans le cadre de l'obligation, en termes de responsabilité professionnelle, de la traçabilité des informations relatives au bilan réalisé, au diagnostic kinésithérapique et au plan de traitement proposé, le kinésithérapeute fournira un document de synthèse dans le dossier médical du patient à destination du patient et du médecin traitant. On retrouve cette même obligation pour l'expérimentation qui prévoit que « 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 ».

Bien que les connaissances indispensables à l'acquisition des compétences à un exercice autonome aient été incluses dans la dernière réforme de la formation initiale de 2015, il est supposé, par certaines sociétés savantes médicales ou CNP médicaux, une variété de compétences parmi les kinésithérapeutes, principalement chez ceux ne s'étant pas mis à jour dans le cadre du développement professionnel continu dans la prise en charge des patients consultant pour un symptôme musculosquelettique. Cette hétérogénéité interroge les médecins, sur les différences de compétences des kinésithérapeutes lors de la mise en œuvre de l'accès à la kinésithérapie sans prescription médicale. Le diplôme d'état obtenu à l'issue de la formation initiale permet règlementairement aux kinésithérapeutes d'exercer dans la totalité de leur champ de compétences (musculosquelettique,

neurologie, cardiopulmonaire, pelvi-périnéologie, vestibulaire, etc...). Les deux protocoles de coopération publiés en Mars 2020 autorisent l'accès direct à la kinésithérapie pour les patients présentant une lombalgie aiguë de moins de 4 semaines ou un symptôme suite à entorse de la cheville. Ils incluent une formation continue obligatoire de coordination entre le médecin généraliste et le kinésithérapeute se focalisant particulièrement sur l'utilisation du dispositif informatique pour communiquer les événements indésirables identifiés par le kinésithérapeute et ainsi transmettre un compte rendu des soins réalisés au médecin traitant partagé via le dossier médical partagé (via « Mon espace santé » qui est en train de se généraliser) (3,4). Néanmoins, rappelons toutefois que des compétences médicales, qui ne font pas partie de sa formation initiale, sont déléguées au kinésithérapeute. L'obligation de formation supplémentaire ne peut pas être justifiée ni avoir de raison d'être dans le contexte de l'accès à la kinésithérapie sans prescription médicale, car ce cadre n'envisage pas la nécessité d'une formation complémentaire, et il n'autorise pas la délégation de compétences médicales.

2/2 Démographie des médecins généralistes et des kinésithérapeutes libéraux

Concernant les médecins généralistes libéraux, la France en compte 85 364 en 2020 (10). 74 % des médecins généralistes en exercice sont âgés de 25 à 59 ans et 26 % de plus de 60 ans proche de l'arrêt de leur activité professionnelle. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a rapporté une baisse des médecins généralistes en exercice de 0,9 % en 1 an et de 9 % en 10 ans sur l'ensemble du territoire français. La croissance annuelle moyenne de médecins généralistes ces dernières années est de -0.9 %. De plus, d'après le rapport et le calcul du taux de croissance moyen annuel, la tendance à la baisse du nombre de médecins généralistes à une forte probabilité de se poursuivre jusqu'en 2025 pour atteindre 82 018 médecins en activité régulière (soit une baisse de 3 346 médecins généralistes en exercice).

Cette baisse varie considérablement d'un département à un autre, comme la Corse présentant une baisse de l'ordre de - 2,5 %. Les données du CNOM mettent en évidence une attractivité majoritaire des médecins généralistes pour les départements situés sur la bordure Atlantique, les DOM-TOM et une frange Est de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Tous les autres départements observent annuellement une baisse du nombre de médecins généralistes en exercice. L'accès aux soins gérés par un médecin généraliste en France a été rapporté comme difficile pour les patients présentant un symptôme musculosquelettique (10,11). Le temps d'attente pour obtenir une ou plusieurs consultations avec un médecin généraliste en cas de symptôme musculosquelettique peut entraîner des conséquences négatives telles que la chronicisation des symptômes contribuant à une augmentation indirecte des dépenses de santé.

La France compte, en 2020, 77 035 kinésithérapeutes libéraux exclusifs ou mixtes (cumulant un exercice salarié et un libéral) (12). La proportion de kinésithérapeutes âgés de plus de 60 ans ainsi que le renouvellement des générations est jugée comme stable ces dernières années par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. 89 % des kinésithérapeutes sont âgés entre 20 et 59 ans et seulement 11 % de plus de 60 ans proche de l'arrêt de leur activité professionnelle. En moyenne, la population française bénéficie d'une densité moyenne de 11 kinésithérapeutes pour 10 000 habitants avec une croissance annuelle de 1,4 kinésithérapeutes ces dix dernières années bien que certains bassins de vie aient observé une décroissance de la densité de kinésithérapeutes (13).

L'accès direct à la kinésithérapie a compétence constante doit être un modèle de soins proposés à l'ensemble du territoire français. C'est l'objet même de cette expérimentation.

Néanmoins, certains territoires connaissent des tensions d'accès aux soins en kinésithérapie. L'avenant 7 à la convention nationale des kinésithérapeutes publié au journal officiel le 23 Aout 2023 contient

des dispositifs visant à améliorer l'accès des patients aux soins de masso-kinésithérapie en améliorant la répartition des professionnels sur le territoire. Parmi ces mesures, il y a notamment :

- des dispositifs de régulation (restriction) de l'accès au conventionnement dans les « zones non prioritaires ». Ces zones non prioritaires correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent les 30 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est le plus élevé.
- des mesures financières incitatives dans les “zones très sous dotées” qui correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent les 15 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL est le plus bas. Dans ces zones, une aide forfaitaire à l'installation d'un montant de 49 000 euros est versée au kinésithérapeute qui signe une adhésion.
- des conditions d'installation en exercice libéral sous convention pour les nouveaux diplômés. Peut s'installer en exercice libéral sous convention, le masseur-kinésithérapeute qui soit, justifie d'une expérience professionnelle préalable en masso-kinésithérapie de deux ans en établissement sanitaire ou médico-social en France, soit s'engage à exercer au moins les deux premières années de son conventionnement dans une zone « très sous dotée » ou « sous dotée ». Ces zones très sous dotée et sous dotée représentent 30 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL est le plus bas.

Ces mesures acceptées par les représentants des professionnels prouvent que les kinésithérapeutes ont pris les mesures nécessaires pour uniformiser l'offre de soin et montre toute la responsabilité prise pour solutionner la tension d'accès aux soins en kinésithérapie qui peut exister dans certains territoires.

2/3 Sécurité et qualité de la prise en charge des patients

Sécurité : capacité des kinésithérapeutes à identifier, à partir du bilan, les patients ne révélant pas de leurs compétences et devant être référés à un médecin généraliste

La sécurité des patients pris en charge en autonomie dans ce modèle de soins par les kinésithérapeutes implique d'une part l'identification de signes de gravité que le patient peut présenter et pouvant évoquer la présence d'une pathologie nécessitant un avis médical et non un traitement kinésithérapique, et d'autre part l'orientation appropriée, par le kinésithérapeute, du patient devant bénéficier d'un avis médical en urgence (vers un service d'urgence) ou non (vers son médecin traitant) pour éviter toute perte de chance. La sécurité de la prise en charge est donc conditionnée, d'une part, par les compétences du kinésithérapeute dont les caractéristiques ont été évoquées ci-dessus et, d'autre part, par la capacité du kinésithérapeute à s'adapter à la situation du patient venant le consulter et la pertinence des informations qu'il devra transmettre pour assurer la continuité des soins par le médecin lors de l'orientation du patient vers ce dernier.

Pour exemple, la prévalence de symptômes musculosquelettiques dont la cause est jugée comme grave chez les patients consultant en médecine générale ou aux urgences a été rapportée par de nombreuses études comme très faible (14–20) Une étude australienne portant sur 1 172 patients consultant pour une lombalgie aiguë a décrit que seulement 11 de ces patients présentaient une pathologie grave impliquant une intervention médicale, dont 8 présentaient une fracture (15). La majorité des causes des symptômes musculosquelettiques a été retrouvée comme bénigne et la kinésithérapie est recommandée comme l'un des principaux traitements de première intention à proposer à ces patients (21–23).

Depuis 2016 et sur tout le territoire, le kinésithérapeute est autorisé à accomplir les premiers actes de soins kinésithérapiques auprès d'un patient consultant en urgence et en l'absence d'un médecin (24). Cette autorisation permet donc déjà à un patient consultant un kinésithérapeute de recevoir les soins appropriés si ceux-ci relèvent bien des compétences de ce professionnel à l'image du modèle de soins

intégrant l'accès direct à la kinésithérapie évoqué plus haut. De plus, étant donné que le kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au Code de Déontologie (24), depuis 2000, il peut planifier de manière autonome la qualité et la quantité du traitement initial devant être mené auprès d'un patient suite aux résultats de son bilan-diagnostic kinésithérapique (25). Le bilan-diagnostic kinésithérapique est donc le résultat de l'évaluation initiale menée par le kinésithérapeute lui permettant de différencier les patients dont la prise en charge thérapeutique relève de ses compétences de ceux devant bénéficier d'un avis médical et non d'un traitement kinésithérapique. À partir des données issues de la MACSF-Sou Médical de 2015 à 2020 relatives aux plaintes et sinistres des kinésithérapeutes assurés par une responsabilité civile professionnelle, aucune plainte, ni aucun sinistre ayant pour causalité une prise en charge directe par le kinésithérapeute ou des soins d'urgence n'a été identifié, pas plus que de défaut de réorientation d'un patient présentant une pathologie jugée comme grave devant bénéficier d'un avis médical plutôt que de soins kinésithérapiques. De plus, au regard des décisions rendues par les Chambres Disciplinaires de Première Instance et la Chambre Disciplinaire Nationale, aucune condamnation de kinésithérapeutes directement liée à ces situations n'a été retrouvée.

De par l'autorisation donnée aux kinésithérapeutes d'effectuer les premiers soins kinésithérapiques en l'absence d'un médecin et le nombre important de patients consultant un kinésithérapeute avec une prescription datant de plus de 6 mois, impliquant ainsi la nécessité pour le kinésithérapeute de définir si l'indication au traitement kinésithérapique reste appropriée ou non, ceci démontre que la sécurité de la prise en charge d'un patient consultant sans prescription médicale serait garantie si les soins kinésithérapiques étaient en totalité gérés par le kinésithérapeute sans référencement médical, ni prescription préalable.

Basées sur les données de la littérature et à partir de 300 patients souffrant de douleurs rachidiennes, les diagnostics ou motifs de consultation formulés par les médecins généralistes étaient présents pour seulement 27 % de tous les patients inclus (26). Comparativement aux médecins généralistes, les kinésithérapeutes ont recommandé significativement plus fréquemment des interventions kinésithérapiques telles que l'éducation, les exercices spécifiques du rachis lombaire ou la thérapie manuelle. Les médecins généralistes ont prescrit significativement plus fréquemment des approches de kinésithérapie passive telles que le massage et l'électrothérapie. La proportion de concordance entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes pour l'identification d'un diagnostic ou d'un motif d'orientation était de 41 % avec une faible concordance ($\kappa = 0,19$; 95 %CI : 0,08-0,31). 47,0 % des médecins généralistes et 76,7 % des kinésithérapeutes ont prescrit au moins une intervention de kinésithérapie soutenue par des données scientifiques de qualité modérée à forte. La proportion de kinésithérapeutes conformes était significativement plus élevée que celle des médecins généralistes lorsque l'on compare tous les patients souffrant de douleurs vertébrales (76,7 % contre 47,0 % ; $p < 0,001$). Ainsi, les auteurs ont constaté que les informations requises pour l'orientation des patients souffrant de douleurs rachidiennes vers la kinésithérapie sont souvent incomplètes. La majorité des médecins généralistes ne se sont pas conformés aux recommandations fondées sur des preuves en termes de prescription de soins de kinésithérapie, contrairement à la majorité des kinésithérapeutes.

Ainsi, dans un modèle dont les soins kinésithérapiques seraient dirigés par le kinésithérapeute et non prescrit par le médecin généraliste, le kinésithérapeute serait habilité à prodiguer en accès direct les soins kinésithérapiques dont le patient doit bénéficier au regard des résultats de son bilan-diagnostic kinésithérapique initial, servant d'outil de coordination médicale pour l'atteinte des objectifs de soins.

Qualité des soins fournis par les médecins généralistes et les kinésithérapeutes pour la prise en charge de patients consultant sans prescription médicale.

La capacité des professionnels de santé non spécialisés dans la prise en charge des patients présentant un trouble relevant d'un soin de rééducation, tels que les médecins généralistes, à formuler un diagnostic précis est souvent remise en question dans la littérature scientifique (27,28). Les hypothèses diagnostiques formulées par les médecins généralistes et urgentistes, notamment dans le cadre des symptômes musculosquelettiques n'ont pas été rapportées comme aussi valides et précises que celles émises par d'autres professionnels de santé spécialisés dans le champ musculosquelettique tels que les kinésithérapeutes, les chirurgiens orthopédiques ou les médecins du sport (29). De plus, comparés à deux standards de référence, à savoir les résultats du diagnostic des chirurgiens orthopédiques et les résultats de l'imagerie par résonance magnétique, les diagnostics cliniques formulés par les kinésithérapeutes étaient significativement plus précis que ceux des généralistes (28). Les prescriptions des médecins généralistes et urgentistes en termes de recours à des explorations diagnostiques et de traitements médicamenteux et/ou non-médicamenteux semblent aussi significativement différer des recommandations de pratique clinique établies, comme par exemple pour la prise en charge de la lombalgie en France (30), aux Etats-Unis (31), au Canada (32), en Irlande (33) ou en Australie (34). Un recours excessif aux traitements médicamenteux et à l'utilisation d'imagerie médicale, un manque d'éducation des patients et d'orientation vers des traitements actifs, comme la kinésithérapie, ont été rapportés comme les prises en charge les plus fréquemment proposés par les médecins généralistes et les urgentistes pour les patients consultant avec ces symptômes. Les médecins généralistes semblent fréquemment fournir des diagnostics non spécifiques incluant un nombre d'informations limité pour justifier l'orientation du patient vers la kinésithérapie (27). De nombreuses études ont rapporté une faible conformité des médecins généralistes lorsqu'ils prescrivent de la kinésithérapie et une conformité faible à élevée des kinésithérapeutes aux recommandations de pratique clinique pour les soins de kinésithérapie des patients avec des symptômes musculosquelettiques (29,33–39). Moins de la moitié des médecins généralistes prescrivaient des soins de kinésithérapie conformément aux recommandations, tandis que les trois quarts des kinésithérapeutes étaient conformes.

Ces pratiques peuvent avoir des conséquences délétères pour le patient tel qu'un retard de formulation du diagnostic approprié, des complications et de la iatrogénie, et pour le système de financement de la santé, lorsqu'il y a un recours accru aux consultations, à des examens et/ou des traitements non adaptés à la condition du patient, telle qu'une augmentation des dépenses de santé (31,33,40).

2/4 Impact médico-économique des modèles de soins dirigés par le médecin généraliste comparé à celui dirigés par le kinésithérapeute

Bien que ce ne soit pas un sujet directement en rapport avec la qualité et la sécurité des soins, l'impact médico-économique de cette expérimentation doit être réfléchi pour en déterminer le cadre. Si on prend seulement comme exemple les troubles musculosquelettiques, ils constituent la première maladie professionnelle reconnue en France et dans de nombreux pays européens et concernent tous les secteurs professionnels.

Santé Publique France a rapporté, à titre d'exemple, que les troubles musculosquelettiques indemnisés ont entraîné la perte d'environ 10 millions de journées de travail et 1 milliard d'euros de frais couverts par les cotisations d'entreprises (41).

Bien que la prescription des soins de kinésithérapie laisse à penser qu'il s'agit d'un dispositif de maîtrise des dépenses de santé par le médecin traitant, plusieurs évolutions majeures de l'exercice kinésithérapique peuvent être évoquées pour mettre en évidence l'absence de corrélation directe entre l'augmentation d'autonomie des kinésithérapeutes dans l'exercice de leur art et l'augmentation des dépenses de santé rapportées par les objectifs nationaux annuels de dépenses d'Assurance Maladie.

Suite à l'autorisation donnée aux kinésithérapeutes de fixer librement la qualité et la quantité des soins kinésithérapiques menés auprès d'un patient au regard des résultats du bilan-diagnostic kinésithérapique (25), la crainte d'une réduction de la maîtrise des dépenses de santé par l'augmentation du nombre d'actes réalisés par les kinésithérapeutes ne s'est pas produite (42). Ce même constat a pu également être constaté suite à la suppression des demandes d'entente préalable, ne conditionnant plus le remboursement des soins kinésithérapiques à l'avis préalable des services médicaux des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (43).

De plus, il doit être mentionné que la maîtrise supposée des dépenses de santé relatives aux soins kinésithérapiques de ville par la prescription du médecin généraliste implique une concordance des soins prescrits avec les recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge des patients selon leur condition pathologique. Pour exemple, comme l'indique l'Assurance Maladie et la Haute Autorité de santé, des écarts notables sont à souligner entre les recommandations de bonnes pratiques et les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge des patients consultant pour une douleur lombaire tel qu'un nombre considérable de prescription de radiographie alors que cet acte n'est pas recommandé dans les 6 premières semaines sauf en cas de présence de signes de gravité (44). Les prescriptions diagnostiques et thérapeutiques inappropriées pour la prise en charge de patients consultant pour des pathologies prévalentes en médecine de ville et pour lesquelles les recommandations de bonnes pratiques encouragent de les orienter vers de la rééducation ont un impact élevé sur les dépenses de santé et leur maîtrise médicalisée. L'accès à la kinésithérapie sans prescription médicale permettrait aux patients de bénéficier de la qualité des soins en toute sécurité :

- pour une grande partie des patients consultant pour un ou plusieurs symptômes devant bénéficier de soins kinésithérapiques pour le traitement de leur condition pathologique,
- pour une grande partie des patients consultant pour un ou plusieurs symptômes devant bénéficier uniquement de conseils, d'éducation thérapeutique et de prévention au regard de la condition pathologique du patient dont l'évolution naturelle est favorable,
- pour une très faible proportion de patients consultant pour un ou plusieurs symptômes pour lesquels les soins kinésithérapiques ne seraient pas indiqués en première intention et un avis médical est nécessaire.

Ainsi, à titre d'exemple pour le champ musculo-squelettique, les économies directes estimées de l'Assurance Maladie pouvant être réalisées à l'aide de l'accès direct à la kinésithérapie des patients consultant pour un ou plusieurs symptômes au regard des dépenses de santé actuelles et en maintenant les honoraires de l'acte de bilan-diagnostic kinésithérapique habituellement réalisé par un kinésithérapeute :

Première consultation diagnostique de médecine générale :

Parmi les 85 364 médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire français, il a été estimé qu'environ 17 % des 20 patients vus en moyenne par jour consultait pour un trouble musculosquelettique (sur en moyenne 220 jours travaillés à l'année),

Estimation annuelle du coût des consultations initiales de médecine générale : $23 * (17 \% * 748) * 85\ 364 = 249\ 662\ 383,52\ \text{€}^{17}$

Estimation annuelle des économies générées ajustées avec les bilan-diagnostic kinésithérapiques effectués par les kinésithérapeutes à la place des consultations

¹⁷ Calcul réalisé sur les données extraites lorsque la consultation de médecine générale était à 23 € (supposant une estimation annuelle des économies générées plus élevées avec le passage à la consultation à 25 €)

des médecins généralistes : $249\,662\,383,52 - (23^{18} * (17 \% * 748) * 77\,035) = 24\,359\,659,72 \text{ €}$

Consultations itératives diagnostiques, thérapeutiques et/ou d'orientation de médecine générale :

Il a été estimé que parmi les 127,16 patients en moyenne consultant annuellement un médecin généraliste pour un trouble musculosquelettique, 1,3 consultations supplémentaires à la première consultation étaient en moyenne proposées (45),

Estimation annuelle du coût des consultations itératives de médecine générale : $23 * 1,3 * 127,16 * 85\,364 = 324\,561\,098,58 \text{ €}$

Explorations diagnostiques prescrites par les médecins généralistes :

Il a été estimé que parmi les 127,16 patients en moyenne consultant annuellement un médecin généraliste pour un trouble musculosquelettique, en moyenne 99,1 % présente une pathologie jugée comme bénigne et requérant des soins kinésithérapiques (15–19), dont environ 42 % reçoivent une prescription d'exploration diagnostique telle qu'une radiographie standard (43,7 % étaient jugées comme inappropriées au regard des recommandations de bonnes pratiques) (46,47),

Estimation annuelle du coût des explorations diagnostiques prescrites en médecine générale : $46,49 * (43,7 \% * 42\%) * 127,16 * 99,1 \% * 85\,364 = 91\,788\,696,92 \text{ €}$

Prescriptions de traitements médicamenteux par les médecins généralistes :

Il a été estimé que parmi les 127,16 patients en moyenne consultant annuellement un médecin généraliste pour un trouble musculosquelettique, 42 % d'entre eux recevaient au moins un traitement médicamenteux antalgique dont la majorité recevait des anti-inflammatoires non-stéroïdiens (ibuprofène) (48,49),

Estimation annuelle du coût des traitements médicamenteux prescrits en médecine générale : $1,30 * (127,16 * 42\%) * 85\,364 = 5\,926\,767,9 \text{ €}$

Estimation annuelle des économies générées ajustées par les soins kinésithérapiques fournis auprès des patients s'orientant directement vers le kinésithérapeute et actuellement non référés : $5\,881\,579,6 - (1,30 * 127,16 * 40\% * 77\,035) = 787\,778,9 \text{ €}^{19}$

Estimation annuelle globale des économies générées ajustées lorsque les soins sont dirigés par le kinésithérapeute en accès direct comparativement à ceux dirigés par les médecins généralistes : $24\,359\,659,72 + 324\,561\,098,58 + 91\,788\,696,92 + 787\,778,9 = 441\,497\,234,12 \text{ €}$

Estimation annuelle globale après ajustement lié à la différence du taux de remboursement par l'Assurance Maladie des consultations des médecin généraliste (70 %) et des kinésithérapeutes (60 %) (50) : $441\,497\,234,12 * (1 + 10\%) = 485\,646\,957,53 \text{ €}$

Ainsi, le bilan en tant qu'acte de la nomenclature générale des actes professionnels est d'ores et déjà intégré dans la pratique habituelle des kinésithérapeutes. Les compétences mobilisées par le kinésithérapeute sans prescription médicale ne sont pas différentes de celles mobilisées en pratique courante et impliquent de manière similaire la réalisation d'un bilan, la formulation d'un diagnostic kinésithérapique et l'élaboration d'un pronostic fonctionnel et d'un plan de traitement.

¹⁸ Acte de bilan-diagnostic kinésithérapique initial : $AMS\ 10,7 * 2,15 = 23 \text{ €}$

¹⁹ Il a été proposé au regard des données de la littérature et des recommandations de bonnes pratiques que 40% des patients présentant un symptôme musculosquelettique a une indication à recevoir un traitement médicamenteux antalgique

BIBLIOGRAPHIE DE L'ARGUMENTAIRE DU CNP DE KINESITHERAPIE :

1. Babatunde OO, Bishop A, Cottrell E, Jordan JL, Corp N, Humphries K, et al. A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLoS ONE*. 2020;15(7):e0235364.
2. Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. 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 & Rehabilitation*. 2019;(11):1-12.
3. World Physiotherapy. Policy statement: Advanced physical therapy practice [Internet]. 2019 [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: <https://world.physio/sites/default/files/2021-05/PS-2019-APTP-French.pdf>
4. Fennelly O, Desmeules F, O'Sullivan C, Heneghan NR, Cunningham C. Advanced musculoskeletal physiotherapy practice: Informing education curricula. *Musculoskeletal Science and Practice*. 1 août 2020;48:102174.
5. Akesson K, Dreinhöfer KE, Woolf AD. Improved education in musculoskeletal conditions is necessary for all doctors. *Bull World Health Organ*. 2003;81(9):677-83.
6. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Rapport : Démographie des kinésithérapeutes [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf
7. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031127778/>
8. World Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for physical therapist professional entry level education [Internet]. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://www.wcpt.org/guidelines/entry-level-education>
9. World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Autonomy [Internet]. [cité 12 août 2019]. Disponible sur: <https://www.wcpt.org/policy/ps-autonomy>
10. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2021 [Internet]. 2021 [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
11. Rapport d'information n° 685 (2016-2017) de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html#toc66
12. Observation de la démographie du Conseil National de l'Ordre des Masseurs- Kinésithérapeutes. Démographie des kinésithérapeutes [Internet]. 2020 [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2021/03/rapportdemographiemk.pdf>
13. Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs. L'accès aux soins en kinésithérapie en France - Volet 1 : Analyse de la répartition des professionnels et de l'adéquation entre l'offre et la demande de soins [Internet]. 2021 [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ffmkr.org/actualites/nos-actualites/2-sept-2021-rapport-d-etude-sur-l-acces-aux-soins-en-kinesitherapie>
14. Linsell L, Dawson J, Zondervan K, Rose P, Randall T, Fitzpatrick R, et al. Prevalence and incidence of adults consulting for shoulder conditions in UK primary care; patterns of diagnosis and referral. *Rheumatology*. févr 2006;45(2):215-21.
15. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum*. oct 2009;60(10):3072-80.
16. Safiri S, Kolahi A-A, Hoy D, Buchbinder R, Mansournia MA, Bettampadi D, et al. Global, regional, and national burden of neck pain in the general population, 1990-2017: systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *BMJ*. 26 mars 2020;368:m791.
17. Fejer R, Kyvik KO, Hartvigsen J. The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature. *Eur Spine J*. juin 2006;15(6):834-48.
18. Cadogan A, Laslett M, Hing WA, McNair PJ, Coates MH. A prospective study of shoulder pain in primary care: Prevalence of imaged pathology and response to guided diagnostic blocks. *BMC Musculoskelet Disord*. 28 mai 2011;12:119.
19. Frese T, Peyton L, Mahlmeister J, Sandholzer H. Knee pain as the reason for encounter in general practice. *ISRN Family Med*. 2013;2013:930825.

20. Cui A, Li H, Wang D, Zhong J, Chen Y, Lu H. Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. *EClinicalMedicine*. déc 2020;29-30:100587.
21. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin C-WC, Chenot J-F, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J*. nov 2018;27(11):2791-803.
22. Tsakitzidis G, Remmen R, Dankaerts W, Royen PV. Non-specific neck pain and evidence-based practice. *European Scientific Journal, ESJ [Internet]*. 28 janv 2013 [cité 26 sept 2019];9(3). Disponible sur: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/727>
23. Royal Australian College of General Practitioners. Guideline for the management of knee and hip osteoarthritis [Internet]. 2nd edn. East Melbourne, Vic: RACGP; 2018 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/Musculoskeletal/guideline-for-the-management-of-knee-and-hip-0a-2nd-edition.pdf>
24. Article L4321-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930031/2016-01-28
25. Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins - Légifrance [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000581393/>
26. Demont A, Benaissa L, Recoque V, Desmeules F, Bourmaud A. Spinal pain patients seeking care in primary care and referred to physiotherapy: A cross-sectional study on patients characteristics, referral information and physiotherapy care offered by French general practitioners and physiotherapists. *BMC Musculoskeletal Disorders*. nov 2021;Under review.
27. Davenport TE, Watts HG, Kulig K, Resnik C. Current status and correlates of physicians' referral diagnoses for physical therapy. *J Orthop Sports Phys Ther*. sept 2005;35(9):572-9.
28. Moore J.H., Goss D.L., Baxter R.E., DeBerardino T.M., Mansfield L.T., Fellows D.W., et al. Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance imaging of patients referred by physical therapists, orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2005;35(2):67-71.
29. Finestone AS, Raveh A, Mirovsky Y, Lahad A, Milgrom C. Orthopaedists' and family practitioners' knowledge of simple low back pain management. *Spine*. 1 juill 2009;34(15):1600-3.
30. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo : Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Rapport d'élaboration. [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_rapport_lombalgie_2019_04_02.pdf
31. Di Iorio D, Henley E, Doughty A. A survey of primary care physician practice patterns and adherence to acute low back problem guidelines. *Arch Fam Med*. déc 2000;9(10):1015-21.
32. Bishop PB, Wing PC. Knowledge transfer in family physicians managing patients with acute low back pain: a prospective randomized control trial. *Spine J*. juin 2006;6(3):282-8.
33. Fullen BM, Maher T, Bury G, Tynan A, Daly LE, Hurley DA. Adherence of Irish general practitioners to European guidelines for acute low back pain: a prospective pilot study. *Eur J Pain*. août 2007;11(6):614-23.
34. Williams CM, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, McLachlan AJ, Britt H, et al. Low back pain and best practice care: A survey of general practice physicians. *Arch Intern Med*. 8 févr 2010;170(3):271-7.
35. Piccoliori G, Engl A, Gatterer D, Sessa E, in der Schmitten J, Abholz H-H. Management of low back pain in general practice – is it of acceptable quality: an observational study among 25 general practices in South Tyrol (Italy). *BMC Family Practice*. 4 oct 2013;14(1):148.
36. Bishop PB, Wing PC. Compliance with clinical practice guidelines in family physicians managing worker's compensation board patients with acute lower back pain. *Spine J*. déc 2003;3(6):442-50.
37. Zadro J, O'Keeffe M, Maher C. Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. *BMJ Open*. 1 oct 2019;9(10):e032329.
38. Negrini S, Politano E, Carabalona R, Mambriani A. General practitioners' management of low back pain: impact of clinical guidelines in a non-English-speaking country. *Spine*. 15 déc 2001;26(24):2727-33; discussion 2734.
39. González-Urzelai V, Palacio-Elua L, López-de-Munain J. Routine primary care management of acute low back pain: adherence to clinical guidelines. *Eur Spine J*. déc 2003;12(6):589-94.
40. Fritz JM, Cleland JA, Brennan GP. Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute low back pain delivered by physical therapists? *Med Care*. oct 2007;45(10):973-80.

41. Santé Publique France. Troubles musculo-squelettiques [Internet]. 2019 [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/troubles-musculo-squelettiques/la-maladie/>
42. Commission des comptes de la sécurité sociale - Secrétariat général. Regard sur 12 ans d'ONDAM (1997-2008) [Internet]. 2009 [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2009/POINT_D-ACTUALITE/CCSS-POINT_D-ACTUALITE-MARS_2009-REGAR_SUR_12_ANS_D-ONDAM_1997-2008.pdf
43. Arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie - Légifrance [Internet]. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000822193/>
44. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014 [Internet]. CNAMTS; 2013 [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2013-07_rapport-propositions-pour-2014_assurance-maladie_0.pdf
45. Jordan KP, Kadam UT, Hayward R, Porcheret M, Young C, Croft P. Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2 juill 2010;11(1):144.
46. David G. Prescriptions par les médecins généralistes auprès d'un centre d'imagerie libéral. Analyse de la conformité rédactionnelle et confrontation aux bonnes pratiques [Internet]. 2019 [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20061415/2020MCEM11669/fichier/11669F.pdf>
47. Jenkins HJ, Downie AS, Maher CG, Moloney NA, Magnussen JS, Hancock MJ. Imaging for low back pain: is clinical use consistent with guidelines? A systematic review and meta-analysis. *Spine J*. déc 2018;18(12):2266-77.
48. DREES. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants [Internet]. 2005 [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er440.pdf>
49. Ndlovu M, Bedson J, Jones PW, Jordan KP. Pain medication management of musculoskeletal conditions at first presentation in primary care: analysis of routinely collected medical record data. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 10 déc 2014;15(1):418.
50. Assurance Maladie. Tableaux récapitulatifs des taux de remboursement [Internet]. 2021 [cité 24 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement/tableau-recapitulatif-taux-remboursement#:~:text=Consultation%20d'un%20masseur%20kin%C3%A9sith%C3%A9rapeute,%E2%82%AC%2C%20soit%2060%20%25%20rembours%C3%A9s.>

Références bibliographiques

1. Inspection générale des affaires sociales, Bruant-Bisson A, Laffon P, Marty M. Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie. Paris: IGAS; 2022.
<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-092r.pdf>
2. 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. Rev Epidemiol Sante Publique 2020;68(5):306-13.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2020.08.001>
3. Remondière R, Durafourg MP. L'accès libre à la kinésithérapie: un processus à inventer pour la France. Sante Publique (Bucur) 2014;26(5):669-77.
4. Mutsaers BJ, Janssen FJF, Koes BW, Pool-Goudswaard A, Verhagen AP. Differences in Patient Characteristics, Number of Treatments, and Recovery Rates Between Referred and Self-referred Patients With Nonspecific Neck Pain in Manual Therapy: A Secondary Analysis. J Manipulative Physiol Ther 2020;43(6):559-65.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.impt.2019.10.008>
5. Babatunde OO, Bishop A, Cottrell E, Jordan JL, Corp N, Humphries K, et al. A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. PLoS ONE 2020;15(7):e0235364.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0235364>
6. Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R, De Caro W, Pellicciari L. Direct access in physical therapy: a systematic review. Clin Ter 2018;169(5):e249-e60.
<http://dx.doi.org/10.7417/ct.2018.2087>
7. Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. Phys Ther 2014;94(1):14-30.
<http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20130096>
8. Mallett R, Bakker E, Burton M. Is physiotherapy self-referral with telephone triage viable, cost-effective and beneficial to musculoskeletal outpatients in a primary care setting? Musculoskeletal Care 2014;12(4):251-60.
<http://dx.doi.org/10.1002/msc.1075>
9. Mitchell JM, de Lissovoy G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. Phys Ther 1997;77(1):10-8.
<http://dx.doi.org/10.1093/ptj/77.1.10>
10. Goodwin RW, Hendrick PA. Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? Prim Health Care Res Dev 2016;17(5):489-502.
<http://dx.doi.org/10.1017/s1463423616000189>
11. Panchout É. L'accès direct en masso-kinésithérapie : une mise en évidence. Kinésithérapie, la Revue 2018;18(194).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2017.11.032>
12. Paquet C. Le diagnostic masso-kinésithérapique d'une entorse de cheville, dans l'objectif de prise en charge en accès direct. Kinésithérapie, la Revue 2020;20(218).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2019.12.014>
13. Vervaeke R. Perspective d'une prise en charge en accès direct de la lombalgie : enquête de pratique sur l'examen subjectif des masseurs-kinésithérapeutes français libéraux. Étude exploratoire. Kinésithérapie, la Revue 2019;19(216):44-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.002>
14. Mercier D, Snowdon N. Les diplômés français de 2019 en kinésithérapie sont-ils prêts pour un accès direct ? Kinésithérapie, la Revue 2021;21(232).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2021.01.053>
15. Mangot A. L'accès direct en France : avis des masseurs-kinésithérapeutes libéraux concernant un besoin de formation quant à sa mise en place. Étude exploratoire. Kinésithérapie, la Revue 2019;19(216):13-7.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.006>

16. Vallet É. Accès direct à la masso-kinésithérapie en France : évaluation des compétences de raisonnement clinique et de collaboration interprofessionnelle des MK. Étude exploratoire. *Kinésithérapie, la Revue* 2019;19(216):24-7.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.005>
17. Storari L, Barbari V, Brindisino F, Testa M, Filippo M. An unusual presentation of acute myocardial infarction in physiotherapy direct access: findings from a case report. *Arch Physiother* 2021;11(1):5.
<http://dx.doi.org/10.1186/s40945-021-00099-x>
18. Ross MD, Bayer E. Cancer as a cause of low back pain in a patient seen in a direct access physical therapy setting. *J Orthop Sports Phys Ther* 2005;35(10):651-8.
<http://dx.doi.org/10.2519/jospt.2005.35.10.651>
19. Vervaeke R, Lafrance S, Demont A. Core competencies for first contact physiotherapists in a direct access model of care for adults with musculoskeletal disorders: A scoping review. *Musculoskeletal Care* 2023.
<http://dx.doi.org/10.1002/msc.1813>

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

