

QUEL AVENIR POUR LA KINÉSITHÉRAPIE EN FRANCE ?

ETUDE D'IMPACT MEDICO-ÉCONOMIQUE
ET DES CONDITIONS DE L' ACCÈS DIRECT
À LA KINÉSITHÉRAPIE EN FRANCE !

Pr Frédéric Bizard

SYNTHÈSE

JUIN 2026

Méthodologie de l'étude

L'étude a été conduite en mobilisant simultanément une démarche **déductive** – fondée sur la science et les données institutionnelles existantes – et une démarche **inductive**, nourrie par les observations de terrain et les retours des acteurs du secteur. Cette articulation entre **rigueur scientifique** et **approche pragmatique** optimise la capacité de produire des recommandations à la fois robustes, opérationnelles et adaptées aux réalités du domaine étudié.

La mission s'est structurée autour de cinq étapes successives.

1. État des lieux approfondi de la profession
 - **Revue bibliographique nationale et internationale** : collecte et analyse des données disponibles, publications scientifiques, rapports institutionnels et études sectorielles, afin de constituer une base de connaissances exhaustive et actualisée ;
 - **Analyse des dimensions clés de la profession** : démographie, statuts, aspects économiques, organisation du travail, modes d'exercice et conditions de vie professionnelle.

Cette analyse a permis d'établir un diagnostic précis et objectif de la situation actuelle.

2. Réalisation d'une étude médico-économique sur l'impact du recours tardif et du non-recours à la kinésithérapie sur la santé publique, l'économie de la santé et l'économie globale.
3. Production d'une première ébauche de solutions en interne pour étendre l'accès direct à la kinésithérapie
 - À partir du diagnostic établi, une **analyse approfondie des données** a été réalisée ;
 - Combinée à notre **expertise interne** sur l'économie et le système de santé français, elle a permis de dégager une première série de pistes de solutions structurées et cohérentes.
4. Confrontation des pistes avec les acteurs du secteur
 - Une **campagne d'entretiens** internes et externes à la profession a été menée pour :
 - Affiner le diagnostic initial ;
 - Tester la pertinence des premières orientations ;
 - Compléter et enrichir les pistes identifiées.

Cette phase d'échanges a renforcé la validité des propositions en intégrant la diversité des points de vue et des pratiques.

5. Conception finale et consolidation des propositions
 - À l'issue des entretiens, les solutions ont été **révisées, ajustées et consolidées** en interne ;
 - Cette étape a abouti à la formulation de 5 **recommandations finales**, alignées à la fois sur les enjeux du secteur, les attentes des parties prenantes et les objectifs de la mission.

Synthèse

État des lieux de la profession

Une expansion démographique sans équivalent en santé

La démographie des kinésithérapeutes a doublé depuis 2010, passant de 52 795 à 109 000 en 2025. La dynamique démographique s'est intensifiée au cours des trois dernières décennies, avec un taux de croissance moyen annuel de +2,7% dans les années 2000, de +3,4% dans les années 2010 et +4,1% dans les années 2020, illustrant la forte attractivité de la profession au cours de cette période. Deux moteurs principaux expliquent cette expansion : la hausse des capacités de formation, et le flux croissant de diplômés étrangers, qui représentaient 31% des inscrits à l'Ordre en 2024.

La sociologie de la profession a été marquée par une féminisation et un rajeunissement. En 2024, 52% des kinésithérapeutes sont des femmes (68% dans l'exercice salarié), et l'âge moyen a légèrement baissé à 41 ans en 2024 (vs 41,3 ans en 2020). L'âge moyen de départ en retraite est resté stable à 62 ans.

La France occupe la douzième position dans l'Union européenne en termes de densité de kinésithérapeutes, avec 155 professionnels pour 100 000 habitants (355 en Belgique, 245 en Allemagne). Cette densité est marquée par de fortes disparités régionales, avec un gradient Nord/Sud prononcé : PACA (211), Occitanie (208) et Corse (203) dépassent les 200 pour 100 000 habitants, alors que Normandie (98) et Centre-Val-de-Loire (95) restent en -dessous de 100.

Un fort tropisme libéral

En 2024, 85% des kinésithérapeutes exercent en libéral et 15% en salariat, des proportions quasi stables depuis dix ans (85,4% en libéral en 2018). La structuration de l'activité libérale a néanmoins sensiblement évolué, avec une hausse du nombre d'assistants et de collaborateurs (37% de l'activité libérale en 2024 vs 34% en 2020), et une augmentation notable des cabinets secondaires et tertiaires.

Le nombre de sociétés inscrites à l'Ordre a augmenté de 68% depuis 2020, avec un quasi-doublement du nombre de sociétés d'exercice libéral (SEL) - atteignant 2018 unités en 2024 -, et une hausse de 235% des sociétés de participation financière des professions libérales (SPFPL), atteignant 75 unités en 2024.

Ce maintien d'un haut niveau d'exercice libéral s'est déroulé dans un contexte de régulation renforcée des installations depuis 2019 (avenant 6), avec un avenant 7 en 2023 imposant le principe « 1 départ pour 1 installation » dans les zones non prioritaires (surdotées). Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de cette régulation.

Une formation profondément réformée

La réforme de 2015 constitue un véritable tournant pour la profession. La formation dure désormais 5 ans et repose sur une logique de compétences, et non plus sur la simple transmission de contenus. L'objectif est de former un kinésithérapeute autonome, adaptable, réflexif, créatif, capable d'esprit critique et apte au travail d'équipe.

La réforme de 2015 confère au diplôme d'état un niveau bac +5, conférant le grade de master depuis le 13 août 2021, pas encore officiellement reconnu comme tel. L'intégration universitaire des instituts de formation en kinésithérapie demeure insuffisante, tout comme leur participation aux programmes de recherche en santé publique.

De l'exécutant paramédical au professionnel autonome

L'évolution des missions officielles des masseurs-kinésithérapeutes sur trente ans est une histoire de conquête progressive de l'autonomie et de redéfinition de l'identité professionnelle. Les onze compétences officialisées couvrent désormais bien plus que le soin : le diagnostic kinésithérapique, la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique, la coordination avec les autres professionnels, la démarche de recherche et la formation.

Ce référentiel constitue un socle solide pour légitimer, sur le plan scientifique, la construction d'une discipline en masso-kinésithérapie. En trente ans, le masseur-kinésithérapeute est passé du statut d'exécutant d'actes prescrits à celui de professionnel de santé disposant de sa propre démarche diagnostique, et d'un périmètre de prévention et d'éducation thérapeutique. Depuis 2023, il dispose d'une capacité d'accès direct au patient.

Des dépenses tirées par la hausse des volumes

Les dépenses de kinésithérapie ont atteint 7,6 milliards d'euros en 2024, en hausse de 46% depuis 2014 (+240 M€ par an en moyenne). Depuis 2020, cette croissance s'est accélérée, passant de 3,2% en 2022 à 7,7% en 2024. Cette augmentation est imputable pour 90% à la hausse des volumes, sous l'effet conjugué de la dynamique de la démographie et de la demande.

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) a progressé de 36% sur la même période soit un rythme légèrement inférieur (+3,6% contre +4,6% par an). Il en résulte une part des dépenses de kinésithérapie dans la CSBM portée à 3% en 2024 vs 2,8% en 2014. En revanche, leur poids dans le poste des « *auxiliaires médicaux* » est restée stable à 66% depuis 2020.

Un reste à charge élevé et des revenus en baisse

Par rapport à l'ensemble de la CSBM, le financement de la kinésithérapie fait apparaître une part plus faible de l'assurance maladie (71% vs 79%) et des complémentaires santé (11% vs 12,5%), ce qui se traduit par un reste à charge près de deux fois et demie plus élevé (18% vs 7%).

Alors que les honoraires totaux des kinésithérapeutes ont augmenté de 53 % entre 2013 et 2024, les honoraires moyens des professionnels n'ont progressé que de 6 % sur la période, soit une baisse réelle d'environ 14 % en euros constants (pour une inflation cumulée de 20 %).

Ce paradoxe s'explique par l'effet dilutif d'une croissance des effectifs plus rapide que celle de l'activité globale. Malgré la revalorisation de l'avenant 7, le secteur reste soumis à une forte tension économique.

Étude d'impact médico-économique de l'accès direct

Les deux approches coût/bénéfice et coût/efficacité sont mobilisées en comparant deux scénarios : le statu quo – recours tardif ou non-recours – et un scénario cible d'accès précoce et généralisé à la kinésithérapie.

L'impact est étudié selon trois axes : la santé publique – bénéfices en termes de qualité de vie et de santé -, l'économie de la santé – dépenses évitées pour les financeurs -, et d'économie globale - coûts évités pour les entreprises et la collectivité (absentéisme, perte de productivité).

Le champ de l'étude a été conçu pour disposer de résultats robustes (données disponibles) et significatifs dans la part de l'activité des kinésithérapeutes.

Quatre groupes d'indications sont étudiés : troubles musculosquelettiques - Lombalgie ; Neurologie - AVC, Parkinson, SEP ;

Gérontologie - Prévention des chutes ; Respiratoire – BPCO, mucoviscidose. Ce périmètre couvre près de 80% des dépenses des kinésithérapeutes en France.

TMS - Lombalgie

La lombalgie concerne 84 % de la population adulte sur la vie entière, pour une incidence annuelle de 8,9 millions de personnes. Entre 7 et 10 % des épisodes sont aigus et représentent 80 % des dépenses totales, avec un taux de non-recours de 48 % (entre 40 % et 55 % selon les régions).

Sur 5 ans par patient, le gain brut global de la kinésithérapie précoce dans la lombalgie est de 7500 € par patient (1 500€/Patient/an), dont 3 640€ (730€/an) pour l'assurance maladie ; et de 0,38 QALY grâce à une meilleure qualité de vie (réduction de la douleur et du handicap).

Les bénéfices sur la productivité sont évalués à 36 jours d'arrêt de travail évités, une baisse de 5,6 points d'inaptitude et de 5,4 points du taux de chirurgie rachidienne.

Sur 5 ans pour 100 000 patients, le gain brut sociétal est de 750 millions d'euros (150 M€/an), dont un ROI de 4,2 :1 pour les employeurs et 144 M€ d'indemnités journalières évitées (3,6 M de jours). Pour l'Assurance maladie, le gain brut est de 365 M€ (73M€ /an).

Pour un programme de kinésithérapie estimé à 28 M€ par an, le gain net sociétal de l'accès précoce à la kinésithérapie dans la lombalgie pour 100 000 patients est de 122 M€ par an (610M€ sur 5 ans), dont 53 M€ par an pour l'assurance maladie.

En retenant une base de non-recours de 4,3 millions de patients (taux de 48% appliquée à la prévalence totale) et un taux de participation de 15% à un programme de kinésithérapie précoce, tenant compte des contraintes de l'offre et de la demande, soit 645 000 patients, le gain net annuel pour l'Assurance maladie s'élève à 350 M€ et à 790 M€ pour la société.

Neurologie - AVC, Parkinson, SEP

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) concernent 140 000 nouveaux cas par an, dont 40% (56 000 patients) - 35% à 45% selon les régions - n'ont pas accès à une kinésithérapie précoce.

La maladie de Parkinson touche 270 000 patients en France (25 000 nouveaux cas par an), avec un taux de suivi régulier en kinésithérapie estimé à seulement 40% , soit 60% (162 000) en recours tardif ou en non-recours. La sclérose en plaques (SEP) affecte 120 000 patients, dont 55% (66 000) sont peu ou pas suivis en kinésithérapie.

Sur 5 ans, les gains bruts globaux (assurance maladie et aidants) par patient de l'accès précoce à la kinésithérapie sont de 35 200 € pour l'AVC, de 21 200 € pour Parkinson et de 27 400 € pour la SEP.

Le gain potentiel global pour ces trois indications neurologiques est estimé à 7,2 Mrds € sur 5 ans, soit 1,44 Mrds € par an. Le gain net est estimé à un milliard d'euros par an, dont 700 M€ pour l'assurance maladie.

Gériatrie - Prévention des chutes

La chute de personnes âgées concerne deux millions de personnes par an, dont 450 000 chutes graves (fractures, traumatismes crâniens, hospitalisations). Première cause de décès accidentel après 65 ans, elles représentent 10% des appels SAMU pour cette tranche d'âge. Le taux de non-recours à la kinésithérapie préventive est estimé entre 65% à 70%.

Pour une cohorte de 1000 patients sur 5 ans, les gains de la kinésithérapie préventive sont de 233 QALY et de 2,91 M€ pour la société (de 2910 € / patient, soit 580€ / an). Ce gain bénéficie principalement à l'assurance maladie (1 800 € sur 5 ans, 360€/an), à une moindre mesure aux Conseils départementaux (financement de la dépendance) et aux ménages.

Le ratio coût/utilité de la kinésithérapie préventive est de l'ordre de 12 650 € par QALY, bien en deçà du seuil implicite de la HAS à 50 000 € par QALY, démontrant sa grande utilité à moindre coût. Il ne s'agit pas d'un programme de survie mais de préservation de la qualité de vie et de l'autonomie, dont le bénéfice dominant est l'évitement de l'entrée en EHPAD.

Respiratoire – BPCO, mucoviscidose

La BPCO touche environ 3,5 millions de patients dont seulement 800 000 (23%) sont diagnostiqués, pour une incidence de 150 000 nouveaux cas par an. Le taux de non-recours à la réhabilitation respiratoire est estimé entre 85% et 90%.

La mucoviscidose concerne 7500 patients en France (200 nouveaux diagnostics par an), avec un taux de non-observance à la kinésithérapie respiratoire quotidienne estimé à 50%, concentré sur les stades légers où les patients ressentent peu de symptômes.

Pour une cohorte de 10 000 patients sur 5 ans, les gains bruts pour l'Assurance maladie sont de 232 M€ (46 M€ par an), soit 4640€ par patient par an. Les gains nets sont de 179 M€ sur 5 ans (36 M€ par an), soit 3 580€ par patient par an. Le ROI pour l'assurance maladie d'un programme de kinésithérapie pour la BPCO est ainsi de 4,4 :1.

Pour la société dans la BPCO, en ajoutant le gain de 0,54 QALY par patient, valorisé selon le seuil de la HAS à 270 M€, le gain sociétal total atteint 502 M€ (50 000€ par patient sur 5 ans, soit 10 000€ par an), pour un ROI sociétal de 7,7 :1.

Pour la mucoviscidose, les gains bruts pour l'Assurance maladie sur 5 ans pour 1000 patients (hospitalisations évitées et coûts liés) sont de 9,8 M€ (1 960 € /patient/an), et les gains bruts sociétaux de 36,7 M€ (7 340 € /patient / an).

La base de patients BPCO non traités par an est estimée à 750 000 patients (800 000 diagnostiqués – 50 000 déjà pris en charge), soit un gain net potentiel de 2,68 Mrds € par an pour l'Assurance maladie par an et de 6,53 Mrds € par an pour la société.

En retenant un programme incluant 20% de cette base, soit 150 000 patients, les gains nets s'élèvent à 500 M€ par an pour l'Assurance maladie et à 1,3 Mrd € par an pour la société.

Synthèse des résultats

Les gains nets potentiels annuels de l'accès à la kinésithérapie dans les conditions recommandées par les référentiels internationaux et la HAS, pour les quatre groupes d'indications étudiés, s'élèvent à 14 milliards d'euros pour la société et à 6,5 milliards d'euros pour l'Assurance maladie, couvrant ainsi 120% du coût annuel de la kinésithérapie libérale en 2024 pour l'Assurance maladie (5,4 Mrds €).

En tenant compte des contraintes organisationnelles et démographiques de l'offre de kinésithérapie ainsi que des freins côté demande (information, passage à l'acte), un programme réaliste de kinésithérapie précoce dégagerait un gain net de 2,9 milliards d'euros pour la société et de 1,4 milliard d'euros pour l'Assurance maladie, soit 26 % des dépenses publiques annuelles de kinésithérapie en 2024.

Le ROI le plus élevé est celui des AVC, tant sur le plan sociétal (13,8:1) que pour l'Assurance maladie (9:1), suivi de la BPCO et de la lombalgie. La prévention des chutes chez les personnes âgées représente avant tout un enjeu de volume et, à ce titre, un enjeu majeur de santé publique.

Recommandations pour l'extension de l'accès direct

Les six justifications de l'extension de l'accès direct

La formation : La réingénierie de la formation en 2015 et l'universitarisation des études sont des avancées cruciales pour légitimer l'accès direct en France. La capacité à identifier ce qui relève ou non de la kinésithérapie est devenue une compétence fondamentale d'un praticien formé à l'autonomie.

Le screening en kinésithérapie permet de définir si la présence ou l'absence de drapeaux rouges et de facteurs de risque.

Les patients ALD : Leur diagnostic est posé, leur protocole de soins est établi, et la kinésithérapie fait partie intégrante de leur traitement pour une grande partie d'entre eux. Imposer une consultation médicale supplémentaire pour une prise en charge kinésithérapique connue et récurrente est une charge administrative et logistique injustifiée.

Ces patients représentent 20% de la population, génèrent les deux tiers des dépenses publiques de santé et 80% de leur croissance.

Le « mur de 2030 » du grand âge : la kinésithérapie est un pilier incontournable du bien vieillir : les chutes représentent 90% des accidents de la vie courante aux urgences pour les plus de 75 ans. 45% des actes de kinésithérapie concernent les plus de 65 ans, la classe d'âge de 65-74 ans est la plus consommatrice (23% des actes).

La croissance de la prévalence de la dépendance s'accroîtra dans la décennie 2030, avec une hausse des plus de 75 ans de 2 millions dans la décennie 2020, et de 1,5 million dans les deux prochaines décennies.

La reconnaissance de la kinésithérapie en santé publique : le champ de compétences du kinésithérapeute lui permet d'agir auprès de toute la population, à tous les âges de la vie. Son rôle dans la rééducation, dans la prévention et l'accompagnement des patients au long cours doit être reconnu dans le système de santé.

La subordination systématique à la prescription médicale contredit cette réalité et maintient artificiellement le kinésithérapeute dans une position d'exécutant.

La maîtrise des dépenses : même si cela paraît contre-intuitif, l'extension de l'accès direct répond aussi à une logique financière. Le surcoût du parcours actuel de soins ne se limite pas à la consultation médicale : il inclut surtout le coût du retard thérapeutique, du recours tardif ou du non-recours à la kinésithérapie.

Notre étude pour 4 groupes d'indications l'évalue à 6,5 Mrds € pour l'assurance maladie et à 14 Mrds € pour la société. L'accès direct améliore la qualité et l'équité d'accès aux soins, tout en réduisant leur coût global.

Les apports des expériences étrangères : la comparaison internationale – Royaume-Uni, Australie, USA, Pays-Bas, Suède, Canada - démontre que la reconnaissance de la kinésithérapie comme discipline de premier recours produit des bénéfices cliniques et économiques indiscutables, scientifiquement établis.

Elle révèle aussi les conditions de succès : reconnaissance du niveau de compétence de la profession, identification des justifications locales de l'accès direct et financement de ce dernier.

Les 3 principaux freins à l'accès direct en France

L'opposition de certaines professions médicales : les organisations syndicales médicales forment un front commun contre l'accès direct, s'appuyant sur les arguments du diagnostic médical préalable, de la sécurité du patient, du manque de concertation.

Le risque inflationniste : la crainte que la suppression du filtre de la prescription médicale libère une demande latente est profondément ancrée chez les Pouvoirs Publics. Une autre crainte, plus fondée, est l'essor de la kinésithérapie du sport qui pourrait engendrer un glissement de la kinésithérapie médicale vers une kinésithérapie de confort ou de performance sportive.

Une trop faible reconnaissance de la profession : dans les pays évoqués, la reconnaissance scientifique et institutionnelle de la kinésithérapie a précédé et légitimé l'accès direct. Le système de santé français repose historiquement sur la primauté médicale et sous-estime la valeur ajoutée diagnostique et thérapeutique du kinésithérapeute.

L'argument médico-économique est insuffisamment exploité, la formation sous-évaluée, ce qui nourrit un cercle vicieux favorable au statu quo.

La kinésithérapie et la transformation du système de santé

Un changement de paradigme est nécessaire : une refondation du système de santé s'impose comme la seule issue à une crise devenue systémique. Le système actuel n'a réussi ni le virage préventif, ni le virage ambulatoire, ni le virage technologique, qui sont les trois défis du futur système de santé, dont les piliers ont été définis par l'Institut Santé.

La kinésithérapie, et l'extension de l'accès direct en particulier, font pleinement partie des conditions de succès de ce nouveau modèle. La réforme du financement — articulée autour d'une distinction entre les paniers de soins pris en charge par l'assureur public et ceux relevant de l'assureur privé — est une exigence incontournable pour l'avenir de la profession.

Le développement souhaitable de la kinésithérapie sur les cibles prioritaires, dont l'étude médico-économique démontre la forte rentabilité de la dépense, imposera à moyen terme de sortir du champ de remboursement public des actes de kinésithérapie relevant davantage du confort que du soin.

En d'autres termes, l'Assurance maladie devra mieux rémunérer les actes essentiels en santé publique et dérembourser les actes à faible valeur ajoutée en santé publique, sur la base de critères scientifiques définis par un comité ad hoc indépendant.

Une évolution de la régulation économique des dépenses de santé est également incontournable. Il convient de distinguer les dépenses d'investissement dans le capital humain - à haut rendement économique et social - des dépenses courantes, et de développer une véritable culture médico-économique dans les institutions pour dépasser la vision à court terme centrée sur les coûts, au profit d'une évaluation intégrant les gains de santé et les économies futures à moyen terme.

Enfin, la réforme du système de santé et la réflexion sur l'accès direct doivent intégrer l'impact de la généralisation de l'intelligence artificielle. La France est le 5e pays au monde pour l'adoption de l'IA par le grand public. Pour la pratique clinique, la gestion administrative et la formation, l'IA est appelée à générer des bénéfices substantiels qui renforceront la capacité à étendre l'accès direct dans de bonnes conditions — sans occulter pour autant ses limites.

Cinq recommandations pour étendre l'accès direct

1/ Conduire une opération massive de promotion de la valeur ajoutée sanitaire de la kinésithérapie

Tant que la kinésithérapie sera institutionnellement traitée comme une prestation d'exécution plutôt que comme une discipline clinique à part entière, l'accès direct restera une réforme orpheline de légitimité aux yeux des décideurs.

C'est donc un impératif stratégique pour la profession : produire, diffuser et valoriser les preuves de son efficacité, afin que la reconnaissance précède et légitime l'autonomie.

Cela passe par la constitution d'une masse critique de données probantes françaises et internationales, le renforcement de l'identité clinique de la profession, et le déploiement d'une stratégie de communication ciblée et différenciée.

2/ Circonscrire l'extension de l'accès direct à des indications prioritaires pour les kinésithérapeutes non concernés à ce jour par l'accès direct

L'accès direct pour les kinésithérapeutes exerçant en exercice coordonné serait conservé ; l'extension de l'accès direct serait pour les kinésithérapeutes non concernés par la législation actuelle.

Les personnes atteintes d'ALD constituent la première cible. L'accès direct en ALD ne représente donc pas un saut dans l'inconnu clinique : il s'agit simplement de permettre au patient et au kinésithérapeute de s'organiser sans repasser systématiquement par le médecin pour renouveler des prescriptions dont la nécessité est établie et connue de tous.

C'est également là que les gains économiques sont les plus substantiels. En termes de sécurité des soins, le risque de passer à côté d'une pathologie sérieuse est minimal : le diagnostic est posé, le traitement de référence est connu, et le kinésithérapeute dispose du contexte clinique complet.

Ce risque peut être maîtrisé en intégrant un système de drapeau rouge pour les médecins vis-à-vis de l'accès direct à la kinésithérapie pour les patients à haut risque.

Les TMS hors accident du travail et hors sport de compétition sont la deuxième cible. Les TMS constituent la première indication de kinésithérapie en France et l'un des premiers motifs de consultation en médecine générale, et probablement le champ où la valeur ajoutée diagnostique et thérapeutique du kinésithérapeute en premier recours est la mieux documentée à l'international.

La délimitation "hors sport de compétition" permet d'écarter les situations où la pratique de sport en compétition, en particulier la déferlante du running évoquée supra, risquerait de conduire à concentration excessive de l'offre sur la kinésithérapie du sport. La délimitation "hors accident du travail" écarte les enjeux assurantiels, médico-légaux, qui justifient le maintien d'un bilan médical préalable plus complet.

Les personnes âgées fragiles (GIR 1 à 6) sont la troisième cible. L'accès direct permettrait ici de fluidifier des parcours souvent fragmentés, de réduire les hospitalisations évitables liées aux chutes et à la perte d'autonomie, et d'alléger la charge des médecins coordinateurs d'EHPAD.

3/ Garantir la continuité et la qualité du partage d'information entre les acteurs du parcours de soins

La condition sine qua non de la sécurité des patients et de l'acceptabilité de la réforme par les médecins est que l'accès direct s'accompagne d'une communication interprofessionnelle rigoureuse.

Un compte-rendu systématique et structuré au médecin traitant, un protocole d'alerte clair pour les situations à risque et une intégration dans les outils numériques du parcours de soins (messagerie sécurisée ou DMP) doivent être rendus obligatoires. La prise en compte de l'avis des médecins dans la conception du dispositif est aussi nécessaire.

4/ Conserver une parité tarifaire encadrée

L'accès direct existant se fait dans les mêmes conditions de financement que les actes faisant l'objet d'une prescription médicale. Une généralisation de l'accès direct devrait s'accompagner d'une inscription durable dans la convention nationale de la parité de remboursement, indépendamment du cadre expérimental, afin de sécuriser cet acquis pour les patients et les professionnels.

La limitation à 8 séances est une contrainte à réévaluer selon les indications. Le succès de l'extension ciblée de l'accès direct telle que nous la recommandons exige par ailleurs de revaloriser le bilan initial, la coordination et les soins à domicile, trois prestations dont le renforcement, via des incitations financières bien calibrées, constitue un facteur clé de succès.

5/ Mettre en place un protocole d'évaluation médico-économique et clinique rigoureux

La France doit éviter deux écueils symétriques : une extension précipitée qui exposerait la réforme au premier incident clinique sérieux, et une évaluation trop restrictive, qui perpétuerait le statu quo.

L'évaluation doit être ambitieuse, transparente et multiaxiale, conduite sur une période d'au moins trois ans - délai suffisant pour observer des effets sur des indicateurs de moyen terme (chronicisation, hospitalisations, arrêts de travail) - par un organisme ou un consortium indépendant.

À l'issue de cette période, la décision doit être différenciée par indication : certaines pourront être maintenues sans modification, d'autres nécessiteront des ajustements de protocole, d'autres encore pourraient être exclues du dispositif.

Cette granularité est préférable à une décision binaire — généralisation totale ou maintien du statu quo — qui ne refléterait pas la complexité des résultats.

L'auteur

Frédéric Bizard est économiste, spécialiste des modèles de protection sociale et de santé.

Frédéric Bizard est Professeur d'économie à l'ESCP Europe et enseigne aussi à Paris Dauphine. Il est un expert reconnu du secteur de la santé en France et à l'international.

Il est Président fondateur de l'Institut Santé, un organisme de recherche dédié à la refondation de notre modèle social, dont notre système de santé.

www.institut-sante.org

Derniers livres

« *Les itinérants de la santé. Quel avenir pour notre système de santé ?* » - Éditions Michalon - 2024

« *L'autonomie solidaire en santé* », Éditions Michalon, 2021

« *Et alors, la réforme globale de la santé, c'est pour quand ?* », Plaidoyer pour une refondation de notre système de santé, Éditions Fauves, Novembre 2019

« *Protection sociale : Pour un nouveau modèle* », Éditions Dunod, 2017

www.fredericbizard.com