

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

RAPPORT COMPLET

JUIN 2026

Sommaire

METHODOLOGIE DE L'ETUDE	2
SYNTHESE	3
<i>État des lieux de la profession.....</i>	<i>3</i>
<i>Étude d'impact médico-économique de l'accès direct.....</i>	<i>5</i>
<i>Recommandations pour l'extension de l'accès direct.....</i>	<i>7</i>
PARTIE 1.....	12
ÉTAT DES LIEUX DE LA PROFESSION DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE.....	12
1. DEMOGRAPHIE ET MODES D'EXERCICE.....	13
I. <i>Une profession en forte croissance démographique.....</i>	<i>13</i>
II. <i>Un mode d'exercice essentiellement libéral</i>	<i>17</i>
2. UNE FORMATION ET DES MISSIONS EN EVOLUTION DEPUIS 20 ANS.....	20
I. <i>Une formation profondément réformée, avec une reconnaissance du grade master du diplôme</i>	<i>20</i>
II. <i>Une évolution des missions : de l'exécutant paramédical au professionnel autonome</i>	<i>23</i>
3. ANALYSE ECONOMIQUE DE LA PROFESSION	25
4. INITIATION AU DISPOSITIF D'ACCES DIRECT AU KINESITHERAPEUTE EN FRANCE.....	32
PARTIE 2.....	34
ÉTUDE D'IMPACT MEDICO-ECONOMIQUE DU NON-RECOURS OU DU RECOURS TARDIF A LA KINESITHERAPIE	34
5. CADRAGE GENERAL DE L'ETUDE	35
6. METHODOLOGIE DETAILLEE DE L'ETUDE	37
I. <i>Une méthodologie en six étapes.....</i>	<i>37</i>
II. <i>Champ d'étude sur quatre catégories d'indications.....</i>	<i>40</i>
7. ÉTUDE D'IMPACT PAR INDICATION	42
I. TMS -Lombalgie.....	42
II. Neurologie - AVC, Parkinson, SEP	50
III. Gériatrie – Prévention des chutes.....	69
IV. Respiratoire – BPCO, Mucoviscidose	77
V. Les limites des modèles utilisés.....	87
8. SYNTHESE GENERALE DES RESULTATS DE L'ETUDE D'IMPACT ECONOMIQUE.....	88
I. Gains financiers par patient	88
II. Analyse de l'impact économique de la kinésithérapie précoce	89
PARTIE 3.....	91
RECOMMANDATIONS POUR L'EXTENSION DE L'ACCES DIRECT AUX KINESITHERAPEUTES EN FRANCE.....	91
9. LES 6 PRINCIPALES JUSTIFICATIONS POUR ETENDRE L'ACCES DIRECT AUX KINESITHERAPEUTES EN FRANCE.....	92
I. <i>Une formation à la hauteur des besoins de l'accès direct.....</i>	<i>92</i>
II. <i>Un levier majeur pour les patients en affection de longue durée (ALD).....</i>	<i>94</i>
III. <i>Faire face efficacement au mur du grand âge de 2030</i>	<i>100</i>
IV. <i>Pour une reconnaissance du kinésithérapeute comme un acteur de santé publique.....</i>	<i>107</i>
V. <i>Un levier majeur de maîtrise des dépenses de santé</i>	<i>108</i>
VI. <i>Les apports des expériences étrangères</i>	<i>110</i>
10. LES 3 PRINCIPAUX FREINS A LA GENERALISATION DE L'ACCES DIRECT	117
I. <i>L'opposition de certaines professions médicales</i>	<i>117</i>
II. <i>Le risque inflationniste sur les dépenses : un frein central pour les Pouvoirs Publics.....</i>	<i>119</i>
III. <i>Une trop faible reconnaissance de la valeur ajoutée en santé publique de la kinésithérapie en France</i>	<i>121</i>
11. LA KINESITHERAPIE ET LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE	123
I. <i>Un changement de paradigme du risque santé s'impose.....</i>	<i>123</i>
II. <i>La kinésithérapie conforte l'exigence d'une réforme du financement de la santé</i>	<i>124</i>
2.1. <i>Pour un financement à financeur unique par prestation de santé</i>	<i>125</i>

2.2.	<i>Pour un comité ad hoc en charge de gérer de façon dynamique le panier des produits et services remboursés par l'assureur public</i>	127
2.3.	<i>Réforme de la régulation économique des dépenses de santé</i>	128
2.4.	<i>La forte rentabilité de l'investissement dans la bonne santé</i>	130
2.5.	<i>Impact de l'IA générative en santé et en kinésithérapie</i>	135
12.	NOS CINQ RECOMMANDATIONS POUR GARANTIR LE SUCCES DE L'ACCES DIRECT A LA KINESITHERAPIE EN FRANCE	140
I.	<i>Recommandation 1 : Conduire une opération massive de promotion de la valeur ajoutée sanitaire de la kinésithérapie</i>	140
II.	<i>Recommandation 2 - Circonscrire l'extension de l'accès direct à des indications prioritaires pour les kinésithérapeutes non concernés à ce stade par l'accès direct</i>	142
III.	<i>Recommandation 3 : Garantir la continuité et la qualité du partage d'information entre tous les acteurs du parcours de soins</i>	145
IV.	<i>Recommandation 4 : Une parité tarifaire encadrée pour le financement de l'accès direct</i>	148
V.	<i>Recommandation 5 : Mettre en place un protocole d'évaluation médico-économique et clinique rigoureux, préalable à toute extension</i>	151
	LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES	153
	BIBLIOGRAPHIE	154
	L'AUTEUR	157

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.

ÉTUDE D'IMPACT ET DES CONDITIONS DE L'ACCÈS DIRECT À LA KINÉSITHÉRAPIE EN FRANCE !

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 ; Gériatrie - 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 6 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'accélérera 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 5^e 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.

5 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.

Partie 1

État des lieux de la profession de Masseur-Kinésithérapeute

Cette première partie dresse un panorama structuré de la profession à travers quatre dimensions complémentaires :

- La dynamique démographique et les modes d'exercice,
- L'évolution de la formation et des missions,
- L'analyse du modèle économique,
- L'état d'avancement du dispositif d'accès direct.

1. Démographie et modes d'exercice

I. Une profession en forte croissance démographique

Une expansion sans équivalent dans les professions de santé

Au 1er janvier 2024, la France comptait 109 000 masseurs-kinésithérapeutes inscrits au tableau de l'Ordre, soit une progression de 16,3 % en quatre ans. Cette dynamique n'est pas nouvelle : depuis l'an 2000, les effectifs ont augmenté en moyenne de 3 % par an, quand la population générale ne croissait que de 0,6 %¹.

La kinésithérapie est ainsi, depuis trois décennies, la profession de santé dont la croissance démographique est la plus soutenue.

La densité pour 100 000 habitants, indicateur de référence pour apprécier l'accessibilité territoriale, illustre l'ampleur de cette évolution : de 87 en 2000, elle atteignait 127 en 2016 et 154,5 en 2024, soit une progression de 78 % en un quart de siècle.

Les projections de la DREES prévoient que les effectifs pourraient atteindre 133 000 kinés à l'horizon 2040², soit 22 % d'augmentation par rapport à 2025, alors que dans le même temps la population n'augmenterait que de 1,3 %.

La démographie a doublé depuis 2000. Le tableau suivant montre que la dynamique démographique s'intensifie à chaque décennie depuis 2000 : +2,7% par an dans les années 2000, +3,4% dans les années 2010 et 4,1% depuis 2020. Cette tendance démontre une **forte attractivité** pour la profession de kinésithérapeute sur la période.

Tableau 1 : Évolution des effectifs de Masseurs-kinésithérapeutes depuis 2000

Année	2000	2008	2016	2018	2020	2022	2024	TCAM 2000-2008	TCAM 2009-2020	TCAM 2020-2024
Démographie	52 795	64 300	85 000	86 116	90 840	97 790	105 658	2,7%	3,4%	4,1%
Source: Démographie 2024- CNOMK - Calculs F. Bizard										

¹ Caducee.net - Démographie paramédicale : le nombre de masseurs kinésithérapeutes explose – 24/07/2018

² Drees – Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes à l'horizon 2040 – Études et résultats n° 1075 – Juillet 2018

Deux moteurs de la croissance démographique

La hausse des capacités de formation

Jusqu'en 2020, les études de masso-kinésithérapie étaient encadrées par un *numerus clausus* fixé par arrêté ministériel.

Les quotas ont été progressivement relevés : de 2 789 places en 2018, ils ont atteint 3 031 en 2022. Plus de 12 300 étudiants sont aujourd'hui inscrits dans la cinquantaine d'instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) (quota d'admission fixé à 3036 en 2023-2024).

Un flux croissant de diplômés étrangers qui contourne le cadre réglementaire

Entre 2012 et 2016, 38 % des nouveaux inscrits à l'Ordre étaient titulaires d'un diplôme étranger, dont 22 % étaient des étudiants français ayant choisi de se former à l'étranger.

Au 1er janvier 2024, 32 574 kinésithérapeutes - soit 31 % des inscrits - sont titulaires d'un diplôme obtenu hors de France, contre 23 728 (26,1 %) en 2020³.

La croissance de ce groupe progresse quatre fois plus vite que celle des diplômés français. Plus de 66 % de ces professionnels sont d'origine française, principalement formés en Espagne et en Allemagne.

Ce phénomène produit des effets territoriaux visibles : six départements frontaliers présentent un taux de détenteurs d'un diplôme étranger supérieur à 50 %, auxquels s'ajoutent la Guadeloupe et Mayotte. Il constitue également l'une des principales sources de pression sur les revenus, en alimentant la suroffre dans les zones déjà bien dotées.

Une structure socio-démographique en mutation : féminisation et rajeunissement

La kinésithérapie a longtemps été une profession masculine. Ce n'est plus le cas. Depuis 2020, les femmes sont majoritaires au sein des effectifs.

Les femmes kinésithérapeutes représentent désormais 52,2 % de la profession en 2024. Si cette proportion s'observe parmi les libéraux, la féminisation est encore plus prononcée en salariat (68 %). Les femmes sont mieux représentées chez les jeunes : elles constituent 56,4 % des 25-29 ans.

La profession est également relativement jeune : l'âge moyen s'établit à 41 ans en 2024, avec un âge médian de 38,2 ans. La profession rajeunit légèrement, l'âge moyen était de 41,3 ans en 2020. Les tranches d'âge 25-29 ans sont les plus représentées, avec près de 19 746 professionnels dans cette seule tranche, soit 19% du total.

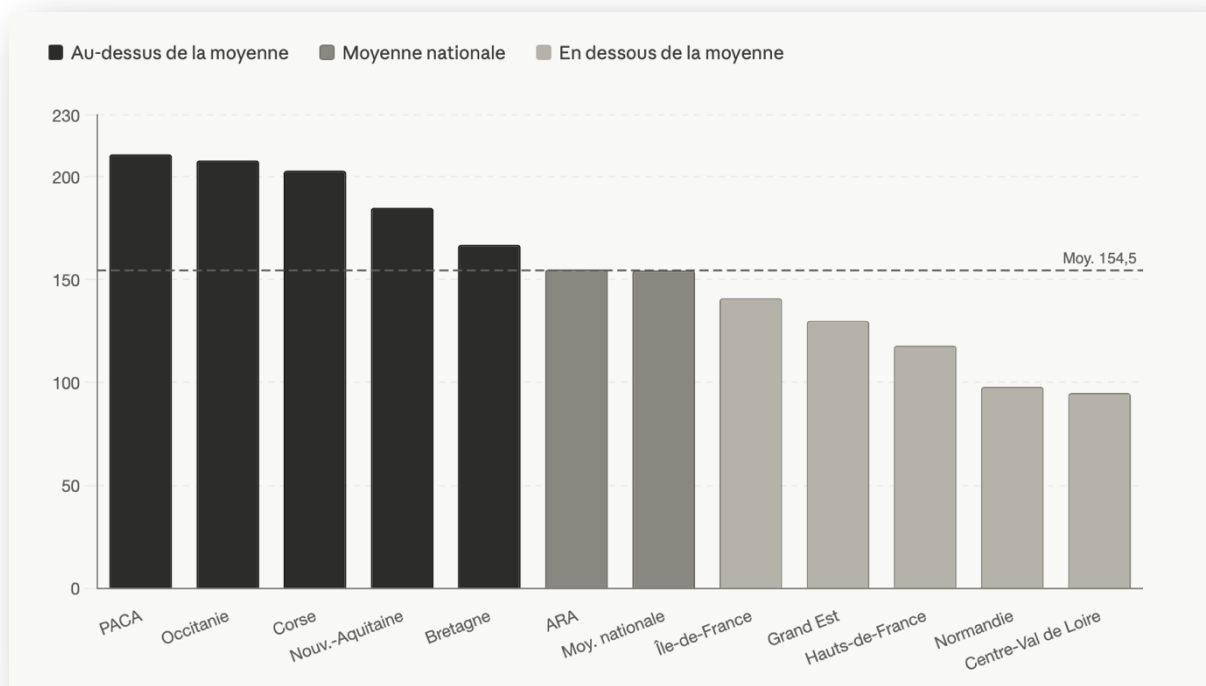
Un phénomène nouveau attire l'attention : un rajeunissement des cessations d'activité, avec un âge médian de cessation à 36,8 ans en 2023, pouvant s'expliquer par des reconversions professionnelles. En revanche, l'âge moyen de départ à la retraite reste stable à 67 ans.

³ Idem 2

Une forte disparité territoriale

La France se situe à la douzième place en Europe concernant la densité par habitant avec 155 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants (355 en Belgique et 245 en Allemagne), avec une forte disparité régionale (de 91 à 211). Si des régions comme PACA (211), l'Occitanie (208) et la Corse (203) dépassent 200 kinés pour 100 000 habitants, des faiblesses persistent en Normandie (98) et Centre-Val de Loire (95).

Graph 1 : Densité régionale des kinésithérapeutes en France (/100 000 habitants) en 2024



Sources : CNOMK 2024 – F.Bizard

En outre-mer, la situation est contrastée : Martinique (252,9), Guadeloupe (283,7) et Réunion (266,5) affichent des densités remarquables, tandis que celles de Mayotte (24) et Guyane (51,8) sont préoccupantes. Le phénomène d'attraction vers le sud est structurel, et s'accroît au fil des années. Il reflète à la fois les préférences d'installation des jeunes professionnels et les dynamiques de population.

Dans les zones très sous-dotées, la densité peut descendre en dessous de 5 praticiens pour 10 000 habitants, et les délais d'attente peuvent dépasser 30 jours, contre une moyenne nationale d'environ 10 jours.

L'avenant 7 impose aux étudiants entrant en formation depuis 2023 de justifier soit de deux ans d'expérience en établissement sanitaire ou médico-social - au moins 70 % d'un ETP, soit 2 240 heures - , soit d'exercer les deux premières années de leur conventionnement en zone sous-dotée ou très sous-dotée avec un minimum de 6 000 actes réalisés. Ces conditions ne s'appliqueront aux premiers diplômés concernés qu'à partir de 2028.

Les effets de l'avenant 5 (2017-2018) restent trop récents pour être pleinement évalués; ceux de l'avenant 7 (2023) ne seront mesurables qu'à partir de 2028 pour la partie relative aux nouveaux diplômés. La régulation à l'installation constitue un levier utile mais **probablement insuffisant en l'absence de politiques d'attractivité plus larges pour les zones sous-dotées**.

Outre cette disparité régionale, le rajeunissement de la profession s'accompagne d'un risque de décalage croissant entre les aspirations des kinésithérapeutes et les besoins essentiels de santé publique. Entre autres, les fortes aspirations des jeunes pour la kinésithérapie du sport - en augmentation depuis le recrutement par la L1 Staps en 2015 changeant la sociologie de la profession - ne vont pas forcément aider à répondre aux besoins croissants de l'activité pour les patients chroniques et la prévention des chutes des personnes âgées fragiles.

II. Un mode d'exercice essentiellement libéral

En 2024, 85 % des kinésithérapeutes exercent en libéral - exclusivement ou en mode mixte - tandis que 15 % sont exclusivement salariés.

Ce tropisme libéral coexiste cependant avec une progression sensible du secteur salarié (+4,7 % en moyenne nationale entre 2020 et 2024, et plus de 5 % dans la plupart des départements), soutenue par les revalorisations du Ségur de la Santé et par les restrictions d'installation en zones non prioritaires qui ont orienté une partie des jeunes diplômés vers des structures employeuses.

Tableau 2 : Répartition des effectifs de kinésithérapeutes par mode d'exercice depuis 2018

	2018	2020	2022	2024	2024 vs 2020	TCAM
Salariés	12 566	13 323	14 594	15 849	19,0%	4,7%
Libéraux /mixtes	73 550	77 517	83 196	89 809	15,9%	4,0%
Total	86 116	90 840	97 790	105 658	16,3%	4,1%
% Libéraux/mixtes	85,4%	85,3%	85,1%	85,0%	-0,4%	-0,1%

Source: Démographie 2024- CNOMK

Le secteur libéral a maintenu une dynamique forte ces dernières années si on considère la régulation croissante des installations depuis une dizaine d'années.

La structuration de l'activité des kinésithérapeutes a sensiblement progressé de 2020 à 2024.

Le nombre d'activités déclarées par kinésithérapeute augmente. Ainsi au 1^{er} janvier 2020, pour 100 kinésithérapeutes inscrits dans le collège libéral et mixte, 109 lieux d'exercice étaient déclarés. Au 1^{er} janvier 2024, le nombre de lieux d'exercice déclaré est de 115, soit une augmentation de 22.1 %.

L'observation fine du mode d'exercice libéral montre une nette progression du nombre d'activités d'assistants et de collaborateurs. Au 1^{er} janvier 2024, ces activités représentent 37,4 % des activités libérales contre 34,6 % en 2020 .

Parallèlement, le nombre de cabinets secondaires et tertiaires augmente passant de 13 982 en 2020 à 20 374 en 2024 soit une augmentation de 45,7 %.

Tableau 3 : Évolution du nombre d'activités (lieux d'exercice déclarés) principales, secondaires et tertiaires, d'assistants et de collaborateurs, de 2020 à 2024

Années	Activités libérales	dont cabinets secondaires et tertiaires	dont activités d'assistants	dont activités de collaborateurs	% activités assistants	% activités collaborateurs
2020	84 598	13 982	23 834	5 416	28,17	6,40
2021	91 385	15 646	26 973	6 254	29,52	6,84
2022	94 754	16 504	28 353	6 271	29,92	7,11
2023	96 743	18 016	27 894	6 761	28,83	6,99
2024	103 278	20 374	31 132	7 511	30,14	7,27

Source : Démographie des kinésithérapeutes 2024 - CNOMK

De 2020 à 2024, le nombre de sociétés inscrites au Tableau de l'Ordre a augmenté de 68%, passant de 1391 à 2350. C'est clairement le type de sociétés de participation financière des professions libérales (SPFPL) qui a le plus progressé (+241%) passant de 22 à 75 sociétés, ainsi que les sociétés d'exercice libéral (SEL), qui ont progressé de 85% et qui restent largement majoritaires (86% de l'ensemble des sociétés).

Tableau 4 : Évolution des sociétés d'activité des kinésithérapeutes de 2020 à 2024

Types de société	2020	2021	2022	2023	2024
Société d'exercice libéral (SEL)	1094	1264	1484	1727	2018
Société civile professionnelle (SCP)	275	279	272	257	252
Société de participation financière des professions libérales (SPFPL)	22	29	41	58	75
Société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA)	0	0	0	0	5
Total	1391	1572	1797	2042	2350

Source : Démographie des kinésithérapeutes 2024 - CNOMK

Un dispositif de régulation de l'installation aux résultats mitigés

La régulation actuelle est le fruit d'une sédimentation conventionnelle dont les effets restent difficiles à évaluer à court terme. Le principe de régulation du conventionnement dit « *1 pour 1* » avait été initialement instauré, puis annulé par le Conseil d'État en 2014, avant d'être réintroduit par l'avenant 5 du 6 novembre 2017 et complété par l'avenant 6 du 14 mai 2019.

L'avenant 6 (2019) : le point de départ de la régulation appliquée

À compter du 18 février 2019, les Agences Régionales de Santé ont publié des arrêtés mettant en place une répartition géographique en 5 catégories : zones très sous-dotées, sous-dotées, intermédiaires, très dotées et sur-dotées. Dans cette dernière catégorie, l'installation n'est possible qu'en cas de départ d'un kinésithérapeutes, avec 6 mesures dérogatoires disponibles.

Le zonage repose sur l'indicateur APL (Accessibilité Potentielle Localisée), qui intègre à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels du côté de l'offre, et le taux de recours différencié selon l'âge du côté de la demande.

L'avenant 7 (juillet 2023) : une intensification majeure

L'avenant 7 procède à une actualisation du zonage, désormais ramené à 4 niveaux : zones très sous-dotées, sous-dotées, intermédiaires et non prioritaires (anciennement sur-dotées). Le principe du « *1 départ pour 1 installation* » est maintenu dans les zones non prioritaires.

Trois contrats incitatifs encadrent l'installation en zones très sous-dotées

Le CACCMK (aide à la création de cabinet) : 49 000 € sur 5 ans ; le CAIMK (aide à l'installation) : 34 000 € sur 5 ans ; le CAMMK (aide au maintien) : 4 000 € par an pendant 3 ans, renouvelable. Une rémunération complémentaire de 300 €/mois est prévue en cas d'accueil de stagiaire.

Depuis le 1er décembre 2020, l'outil « *Rézone Kiné* » propose une cartographie interactive permettant aux praticiens d'identifier en temps réel la catégorie de zonage de la commune visée et de simuler les aides auxquelles ils peuvent prétendre.

2. Une formation et des missions en évolution depuis 20 ans

L'évolution de la profession sur trois décennies est celle d'une conquête progressive d'autonomie clinique, appuyée sur deux réformes majeures de la formation et sur une série de redéfinitions législatives du périmètre d'intervention.

I. Une formation profondément réformée, avec une reconnaissance du grade master du diplôme

La réforme de 1989 : structuration initiale

Le décret du 28 mars 1989 a instauré un nouveau programme de formation.

Ce programme, qui restera en vigueur pendant 26 ans, organisait la première année autour de quatre grands modules : anatomie/biomécanique (296 h), physiologie (110 h), pathologie-psychologie (100 h) et techniques de masso-kinésithérapie (394 h), pour un total de 900 heures théoriques, complétées par 175 heures de stages.

Les deuxième et troisième années approfondissaient les spécialités cliniques (neurologie, traumatologie, rhumatologie, cardio-respiratoire...). La logique dominante était celle d'un programme transmissif centré sur des contenus, avec peu d'initiation à la recherche.

L'accès se faisait via un concours propre à chaque école, sous contrôle de la direction sanitaire des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Des quotas d'entrée avaient été fixés dès 1981 face à l'augmentation de la démographie professionnelle⁴. Par dérogation à titre expérimental certains IFMK recrutèrent après une année de PCEM1, ancrant d'avantage la profession dans les sciences médicales.

La réforme de 2015 : universitarisation et approche par compétences

La réforme de 2015, matérialisée par l'arrêté du 2 septembre⁵, constitue un tournant historique pour la masso-kinésithérapie.

La durée de formation a été allongée de 4 à 5 ans (1 année universitaire par 3 voies désormais, PACES STAPS ou SCIENCES et 4 années en IFMK), et la réforme impose aux instituts un conventionnement avec une université pour la sélection et la formation des étudiants.

⁴ Ordre des masseurs-kinésithérapeutes – Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine - Histoire de la kinésithérapie – [Consulté le 18 mars 2026](#)

⁵ Légifrance – Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseurs-kinésithérapeutes – [Consulté le 18 mars 2026](#)

À l'issue du diplôme d'État, les futurs professionnels peuvent désormais faire valoir 240 crédits pour la formation en institut, et 60 crédits pour l'année universitaire préalable. Cette réforme adapte, pour la première fois depuis 1989, la formation aux nouvelles exigences de l'exercice⁶.

Le contenu est réorganisé selon deux cycles de deux ans :

- Le premier cycle couvre les enseignements fondamentaux, les sciences et ingénierie en kinésithérapie, et l'apprentissage des techniques de base ;
- Le second cycle est centré sur les enseignements cliniques avancés, la professionnalisation et l'approfondissement.

L'ensemble représente 6 670 heures de charge de travail pour l'étudiant, combinant enseignement théorique, pratique et stages cliniques dans le cadre du processus de Bologne.

L'étudiant réalise 7 stages auprès de kinésithérapeutes et valide différents domaines de compétences. La formation comporte également une initiation à la recherche scientifique pour sensibiliser les futurs thérapeutes à l'utilisation de techniques basées sur des preuves.

Ce qui a fondamentalement changé

Sur le fond, on est passé d'une logique de transmission de contenus à une logique de compétences, où les formateurs doivent se déplacer d'une posture d'expertise à une posture d'accompagnement, pour former un kinésithérapeute autonome, adaptable, réflexif, créatif, capable d'esprit critique et apte au travail d'équipe⁷.

La réforme de 2015 a profondément modifié le cursus en lui attribuant un grade master (bac+5) et en renforçant considérablement son contenu scientifique et clinique.

Un grade master reconnu en 2021

La réforme de 2015 confère au diplôme d'État de masso-kinésithérapie un niveau bac +5, de facto équivalent au grade de master.

Cependant, le Conseil national de l'Ordre a obtenu en 2021 par décret la reconnaissance du grade master pour les professionnels obtenant leur diplôme à compter de juin 2021⁸.

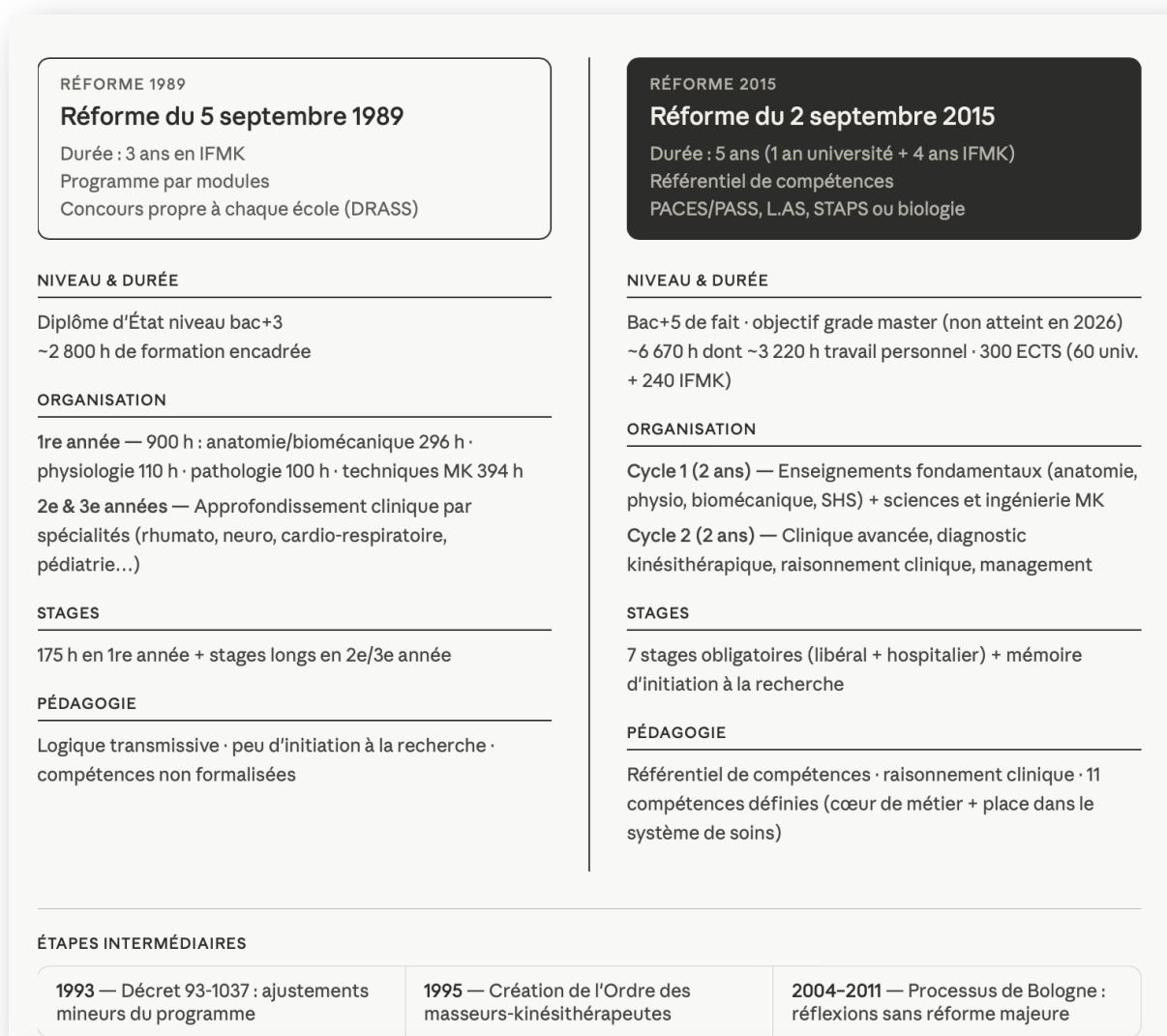
L'intégration universitaire des Instituts de formation en kinésithérapie est encore insuffisante, ainsi que leur participation dans les programmes de recherche en santé publique. La profession comporte plus de 200 docteurs en Sciences et voit de nombreux professionnels qualifiés en section de CNU 91 (sciences de la rééducation et de la réadaptation), mais qui n'ont pas de postes faute de créations et en raison du fonctionnement de l'université.

⁶ Ordre des MK- Réforme de la formation initiale – 2015 – Consulté le 28 mars 2026

⁷ Perez-Roux T. (dir.) (2019). *La réforme des études en santé entre universitarisation et professionnalisation : le cas des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie*- L'Harmattan, 256 p. ISBN : 978-2-343-18043-4

⁸ Reconnaissance du grade master – [Site du CNOMK](#) – 16 août 2021

Schéma 1 : Vue d'ensemble de l'évolution de la formation des masseurs-kinésithérapeutes depuis 30 ans



Source : CNOMK – Frédéric Bizard

II. Une évolution des missions : de l'exécutant paramédical au professionnel autonome

L'évolution des missions officielles des masseurs-kinésithérapeutes sur trente ans est une histoire de conquête progressive d'autonomie et de redéfinition de l'identité professionnelle, articulée autour de quatre tournants majeurs.

Avant 1995 : l'exécutant paramédical

Pendant des décennies, la profession de masseur-kinésithérapeute est définie par l'article L4321-1 du code de santé publique ; consistant à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale, sur ordonnance médicale.

Le Kinésithérapeute n'avait ni ordre professionnel, ni compétences propres formellement définies : il exécutait des actes prescrits par le médecin, sans marge d'appréciation clinique reconnue.

1995–2002 : structuration déontologique et cadre légal consolidé

La loi du 4 février 1995 crée l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, posant les premiers jalons d'une identité professionnelle autonome. L'Ordre veille au maintien des principes de moralité, de probité et de compétences indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie et contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins. Abrogé par B Kouchner, il a été re-créé par la loi du 9 août 2004 et mis en place en 2006.

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades consolide le cadre sans en modifier substantiellement les missions.

2015 : le référentiel de compétences, première définition exhaustive des missions

C'est la rupture intellectuelle majeure. Pour la première fois, le diplôme d'État atteste des compétences pour exercer les activités de la profession définies à la fois par les articles du code de la santé publique et par les référentiels d'activités et de compétences fixés par voie réglementaire⁹.

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 élément très solide pour légitimer, sur le plan scientifique, la construction d'une discipline en masso-kinésithérapie¹⁰.

⁹ Colson Sébastien, Forner Christian, Gonçalves Pedro - L'impact de l'universitarisation de la formation en masso-kinésithérapie. La professionnalisation comme une stratégie de négociation identitaire des formateurs entre université et IFMK – Kinésithérapie, La Revue – Mars 2021

¹⁰ Idem 5

Les 11 compétences du référentiel de 2015 :

C1 — Analyser et évaluer la situation, élaborer un diagnostic kinésithérapique • C2 — Concevoir et conduire un projet thérapeutique • C3 — Promotion de la santé et éducation thérapeutique • C4 — Réaliser des actes et techniques adaptés • C5 — Évaluation et pratique fondée sur les preuves (EBP) • C6 — Travail en équipe pluriprofessionnelle • C7 — Actions de santé publique et prévention • C8 — Démarche qualité • C9 — Formation et information • C10 — Recherche et analyse de données scientifiques • C11 — Gestion, organisation et coopération avec les acteurs du système de santé

2016 : Redéfinition identitaire – du masseur au thérapeute du mouvement

L'article 123 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a précisé la définition de la profession et a eu pour effet de supprimer la notion de « massage » de la définition légale.

Cette évolution conforte et recentre le masseur-kinésithérapeute dans son rôle de professionnel de santé de la rééducation. La pratique de la kinésithérapie est désormais définie comme comportant la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité, et des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles. Elle est définie par des missions, comme les professions médicales, et non plus par des actes, comme les auxiliaires. Apparaissent ici les prémisses de l'accès direct avec cet alinéa « en cas d'urgence et en l'absence du 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. »

Le masseur-kinésithérapeute devient officiellement un thérapeute du mouvement, et non plus un praticien du massage.

2023 : l'accès direct, rupture avec la subordination à la prescription (cf. partie 1- 4)

Publiée le 20 mai 2023, la loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé permet désormais, sous certaines conditions, d'être directement pris en charge par un kinésithérapeute sans prescription médicale.

L'accès direct permet à un patient de consulter un kinésithérapeute sans prescription médicale s'il n'a pas eu de diagnostic médical préalable, dans la limite de 8 séances maximum, à condition que le masseur-kinésithérapeute exerce dans une structure de soins, (établissement de santé ou médico social) ou d'exercice coordonné.

Un décret de juin 2024 a étendu à titre expérimental pour cinq ans ce dispositif aux masseurs-kinésithérapeutes participant à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) dans 20 départements.

Ainsi, en trente ans, le masseur-kinésithérapeute est passé d'un exécutant d'actes prescrits à un professionnel de santé disposant de sa propre démarche diagnostique, d'un périmètre de

prévention et d'éducation thérapeutique. Depuis 2023, il dispose d'une capacité d'accès direct au patient.

3. Analyse économique de la profession

L'essentiel des dépenses de kinésithérapie provient des honoraires des kinésithérapeutes libéraux exerçant dans des cabinets libéraux. Le Drees les intègre dans un groupe de dépenses intitulé « Auxiliaires médicaux ».

Des dépenses en hausse soutenue, portées par les volumes

Les dépenses ont augmenté de 46% de 2014 à 2024, soit en moyenne 240 M€ par an, évoluant de 5 193 M€ à 7 598 M€ sur la période. La hausse des dépenses s'est accélérée depuis 2022, atteignant 7,7% en 2024. La part des dépenses de kinésithérapeutes parmi les auxiliaires médicaux est stable à 66% depuis 202, après avoir baissé de 72% en 2014 à 67% en 2020.

La part des dépenses de kinésithérapie dans la Consommation de soins et biens médicaux a légèrement augmenté depuis 2014, passant de 2,8% à 3%. La hausse moyenne des dépenses de CSBM a été de 1 point inférieur (3,6% vs 4,6%) en moyenne depuis 2014.

Tableau 5 : Dépenses de kinésithérapie, d'auxiliaires médicaux et de consommation de soins et biens médicaux (CSBM) de 2014 à 2024

	2014	2020		2021		2022		2023		2024		2024 vs 2014	
	M€	M€	TCAM 2014-2020	M€	% n/n-1	M€	% n/n-1	M€	% n/n-1	M€	% n/n-1	%	TCAM
Kinésithérapeutes	5 193	5 446	0,8%	6 402	17,6%	6 604	3,2%	7 052	6,8%	7 598	7,7%	46%	4,6%
Total Auxiliaires médicaux (TAM)	7 206	8 121	2,1%	9 634	18,6%	10 050	4,3%	10 781	7,3%	11 592	7,5%	61%	6,1%
Kiné /TAM en %	72%	67%		66%		66%		65%		66%			
CSBM	187 564	210 179	2,0%	226 696	7,9%	234 349	3,4%	245 707	4,8%	254 796	4,8%	36%	3,6%
Kiné/CSBM en %	2,8%	2,6%		2,8%		2,8%		2,9%		3,0%			
Sources : Drees - Comptes de la santé, Edition 2025 - Calculs F Bizard													

Sources: Drees - Comptes de la santé, Edition 2025 - Calculs F Bizard

Selon la DREES, plus de 90 % de cette hausse des dépenses est imputable à une augmentation des volumes d'actes, liée à la fois à la croissance de l'offre et à l'évolution de la demande.

En 2023, 11,6 millions de patients ont été remboursés pour des soins de kinésithérapie, dont 3,5 millions pris en charge pour un cancer et 5,5 millions pour une pathologie cardio-neurovasculaire¹¹.

Une hausse significative du reste à charge pour les ménages

¹¹ Améli, données 2023

Le financement des dépenses de kinésithérapie laisse apparaître une part plus faible de l'assurance maladie et des complémentaires santé, laissant un reste à charge plus élevé par rapport au financement de la CSBM.

La part de prise en charge de l'assurance maladie est de 71,4% vs 79,2% pour la CSBM, celle des complémentaires est de 10,9% vs 12,7% pour la CSBM et le reste à charge est de 10 points plus élevé que pour le CSBM (17,7% vs 7,7%).

De 2022 à 2024, on assiste à une baisse de 2 points de la part financée par l'assurance maladie, dont les trois quarts se sont reportés sur le reste à charge des ménages qui a augmenté de 1,5 point (16,2% à 17,7%).

Tableau 6 : Financement des dépenses de kinésithérapie par financeur depuis 2022

	2022		2023		2024		2024 vs 2022	
	% total	Mrds €	% total	Mrds €	% total	Mrds €	en %	TCAM
Assurance maladie	73,3%	4 841	72,2%	5 092	71,4%	5 425	12,1%	6%
Complémentaires santé	10,5%	693	10,9%	769	10,9%	828	19,4%	10%
Ménages	16,2%	1 070	16,9%	1 192	17,7%	1 345	25,7%	13%
Total	100%	6 604	100%	7 052	100%	7 598	15,1%	8%
Sources: Drees - Comptes de la santé, Edition 2025 - Calculs F Bizard								

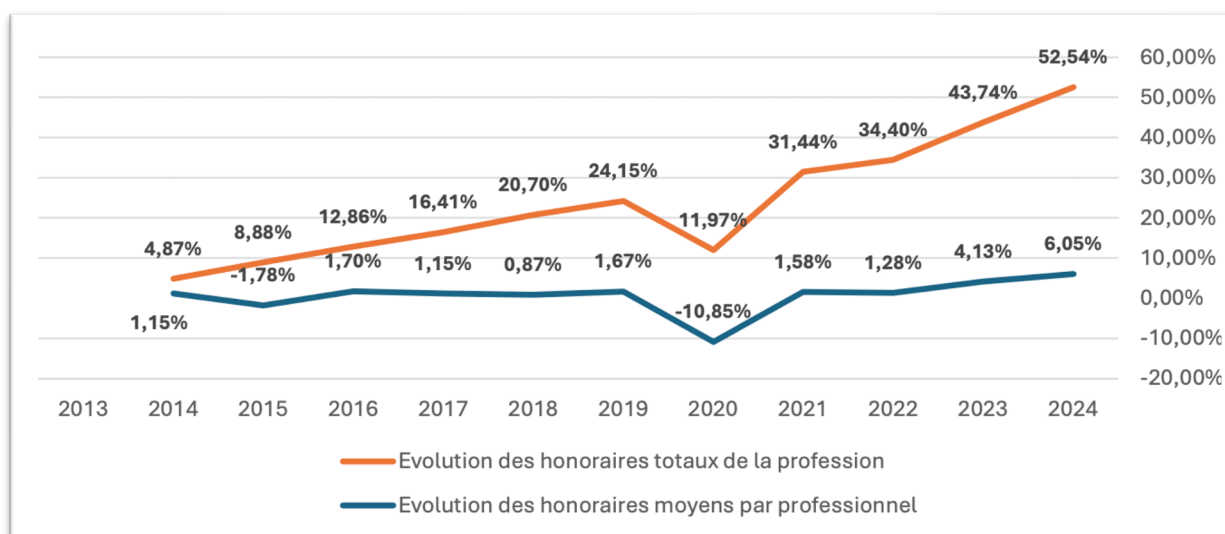
Le taux de remboursement de la kinésithérapie par l'assurance maladie est de 60%, soit 9,95€ sur une consultation de 16,58 euros (BRSS), avec une exonération de tickets modérateurs pour les cas reconnus par le droit commun (patients ALD, femmes enceintes).

Des revenus individuels en tension structurelle

Alors que les honoraires totaux des kinésithérapeutes ont augmenté de 53 % entre 2013 et 2024, les honoraires moyens par professionnel n'ont progressé que de 6 % sur la période, soit une baisse réelle de l'ordre de 14 % en euros constants (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.

Graph 2 : Évolution des honoraires totaux et moyens des kinésithérapeutes de 2013 à 2024 (en % par rapport au niveau de 2013)



Sources : Ameli - FFMKR

Les revenus des kinésithérapeutes varient significativement en fonction du mode d'exercice.

L'exercice libéral génère un revenu plus élevé mais aussi plus variable que le salariat, dépendant du volume de patients, des actes réalisés et des charges. Un kinésithérapeute salarié dispose d'un revenu régulier et encadré (grilles, primes...).

Selon la Cnam¹², les médecins spécialistes et les chirurgiens-dentistes ont quasiment doublé leurs honoraires depuis 2000.

Globalement, on observe des dynamiques haussières fortes dans toutes les professions, sauf chez les masseurs-kinésithérapeutes qui atteignent quasiment un plateau dès 2014, et les orthophonistes qui ont des taux d'évolution plus modérés sur l'ensemble de la période.

Selon les données de l'UNASA (édition 2025)¹³, le bénéfice comptable moyen d'un kinésithérapeute libéral avant impôt est le suivant :

- Kiné remplaçant : 27 872 €/an soit 2 323 €/mois ;
- Kiné titulaire : 40 701 €/an soit 3 392 €/mois.

L'UNASA donne aussi la médiane :

- Remplaçant (médiane) : 25 861 € / an, soit ≈ 2 155 € / mois avant impôt.
- Titulaire (médiane) : 31 356 € / an, soit ≈ 2 613 € / mois avant impôt.

La dispersion des revenus peut aussi s'évaluer à l'aide des quartiles :

¹² Rapport charges et produits – Cnam – Rapport 2023

¹³ Union nationale des associations agréées – RPPS 2025 – UNASA 2025 – [Consulté le 21 mars 2026](#)

- Q1 : 19 513 € / an ($\approx$ 1 626 €/mois)
- Q3 : 41 562 € / an ($\approx$ 3 464 €/mois)
- Q4 : 70 180 € / an ($\approx$ 5 848 €/mois)

Chez les titulaires, les recettes encaissées moyennes sont de 85 282 € / an pour un bénéfice moyen de 40 701 € par an. Cela correspond à environ 52% de charges professionnelles “implicites” (écart entre encaissements et bénéfice comptable).

En exercice salarié hospitalier, le salaire moyen s'établit à 2 300 € nets/mois en 2025 (moins de 2 000 € en début de carrière), ce qui constitue l'un des principaux facteurs explicatifs des difficultés de recrutement rencontrées par les établissements de santé et du nombre élevé de postes vacants dans le secteur public.

Des revenus nets à la baisse du fait de la hausse des charges

Selon les statistiques UNASA 2025, le bénéfice comptable d'un kinésithérapeute libéral titulaire s'établit à 31 356 € par an en médiane (environ 2 613 € par mois) et 40 701 € en moyenne (environ 3 392 € par mois), avant impôt sur le revenu.

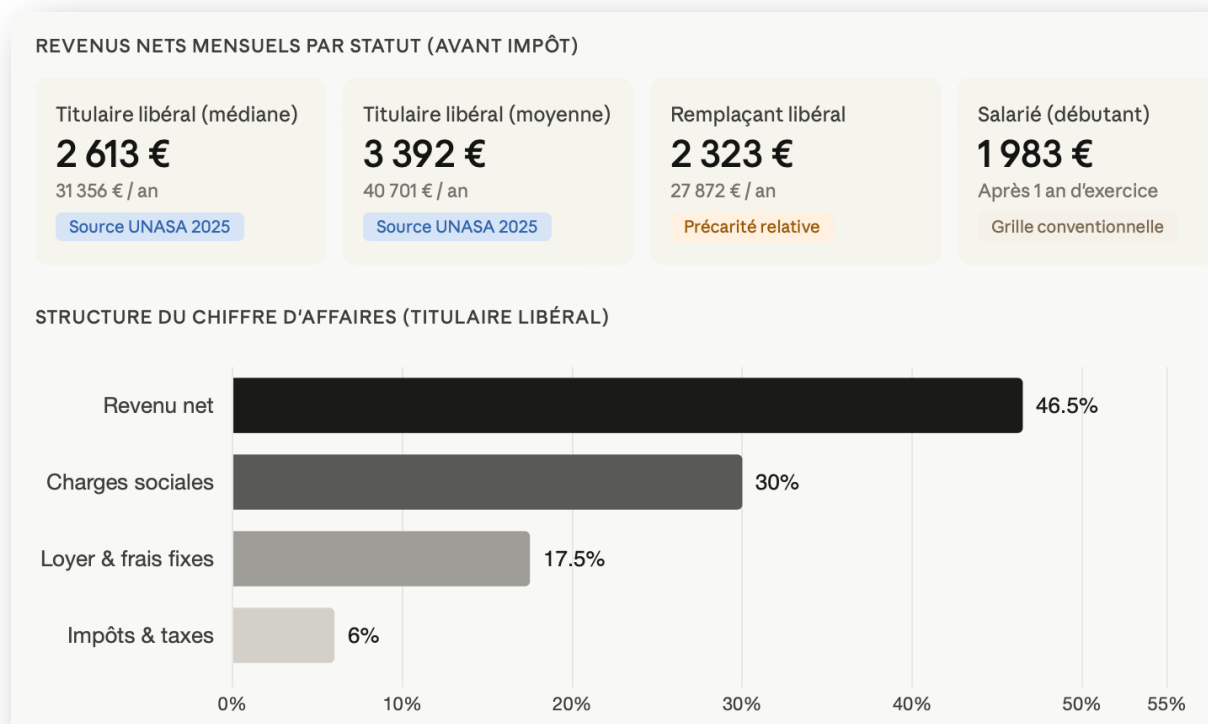
Sur 100 € facturés, le titulaire ne conserve en net que 46,51 €, et son revenu annuel déclaré en 2023 s'élevait à 37 285 €, soit 3 107 € nets mensuels - une diminution globale de 10 % par rapport à l'année précédente due à une hausse des impôts, taxes et charges sociales.

Le graphe suivant montre que les charges d'un titulaire libéral se décomposent en trois composantes :

- Les loyers et autres charges fixes : 19,5% ;
- Les charges sociales : 28% ;
- Impôts & taxes : 6%.

En salarié, un kinésithérapeute gagne en moyenne 1 983 € nets après un an d'exercice selon l'UNASA, ce qui explique en grande partie la difficulté des hôpitaux à recruter des kinésithérapeutes et le nombre important de postes à pourvoir dans ces structures.

Par rapport à ces données UNASA, la pratique actuelle est un recrutement des salariés à un échelon supérieur (environ 2200 euros). Cette «ancienneté» est ensuite gelée le temps que le professionnel rattrape ses échelons.

Graph 3 : Revenus nets mensuels (avant impôts) par statut et structuration du chiffre d'affaires en 2025

Sources : UNASA - Données 2025 – Calculs Frédéric Bizard

Les tensions structurelles du modèle économique

La baisse des revenus en euros constants est le signe d'un début de tension du modèle économique des kinésithérapeutes libéraux.

Une suroffre qui comprime les revenus

Les revenus moyens des masseurs-kinésithérapeutes progressent peu, les effets de la hausse du volume de soins étant absorbés par la hausse du nombre de professionnels.

Une forte proportion de diplômés étrangers

En 2025, 27 655 kinésithérapeutes exerçant en France ont obtenu leur diplôme hors de France, soit 28,3 % des inscrits au tableau de l'Ordre, contre 20 115 en 2018.

La majorité des départements concernés sont frontaliers (Belgique, Espagne). Ce phénomène amplifie la pression concurrentielle sur les tarifs et les revenus.

La revalorisation des tarifs

Le premier levier passe par la revalorisation tarifaire des actes les plus courants, négociée dans l'avenant 7 de la convention signée en juillet 2023¹⁴.

L'avenant 7 prévoit des revalorisations progressives : les actes cotés AMS¹⁵ 7,5 passent à 8,1 en juillet 2025, et à 8,4 en juillet 2027 - soit une revalorisation totale de 0,9 point étalée sur trois ans.

Depuis le 22 février 2024, une refonte importante de la NGAP a introduit 20 nouvelles lettres-clés pour identifier les différents actes. La valeur du point s'élève désormais à 2,21 € en métropole et 2,43 € dans les DROM.

La principale mesure de revalorisation concerne les actes correspondant à l'ancienne cotation AMS 7,5, qui étaient cotés entre 7,47 et 7,53 dans la nomenclature de 2024.

À compter de janvier 2026, ces actes bénéficient d'une augmentation de coefficient de +0,6 point. Leur cotation est donc désormais comprise entre 8,07 et 8,13.

Cette revalorisation permet une hausse de quasiment 8% du tarif des actes courants comme la rééducation du membre inférieur (17,90€).

Cette revalorisation vise à mieux rémunérer les actes de rééducation standards, souvent chronophages et répétés, qui représentent une part importante de l'activité courante des kinésithérapeutes libéraux.

Elle s'applique également lorsque ces actes sont réalisés à distance dans le cadre d'une téléconsultation ou téléconsultation assistée.

Lancée en 2024, la nouvelle nomenclature kiné était jusqu'ici facultative, laissant le choix aux praticiens d'utiliser l'ancienne ou la nouvelle cotation pour leurs feuilles de soins.

À partir du 1^{er} janvier 2026, elle devient obligatoire pour tous les masseurs-kinésithérapeutes libéraux : toutes les facturations doivent désormais être effectuées selon les codes, lettres-clés et coefficients de la version révisée de la NGAP.

¹⁴ Arrêté du 21 août 2023 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'assurance maladie signée le 3 avril 2007

¹⁵ AMS : Acte de Masso-kinésithérapie Spécifique - lettre-clé utilisée dans la nomenclature des actes de kinésithérapie pour la facturation à l'Assurance maladie.

Tableau 7 : Évolution des tarifs des principaux actes de kinésithérapeutes libéraux depuis 2023

Valeur du point AMS : 2,21 € en métropole / 2,43 € en outre-mer (depuis 2024)			
Type d'acte	Cotation	Tarif (métropole)	Évolution
Rééducation membre inf. (non opéré) VIM – acte courant le plus fréquent	AMS 8,1	17,90 €	+7,9% vs 2024
Rééducation rachis RAM – lombalgies, cervicalgies	AMS 7,47	16,51 €	+3% vs 2023
Rééducation membre sup. (non opéré) VSM – épaule, coude, poignet	AMS 7,5	16,58 €	+3% vs 2023
Rééducation post-op (membre opéré) VIC – après chirurgie orthopédique	AMS 9,5–9,8	21,00–21,67 €	Revalorisé 2026
Bilan diagnostic kinésithérapique BDK – obligatoire à chaque 1ère séance	AMK variable	~26–30 €	Stable
Paralysie cérébrale / polyhandicap enfant TER 16 – acte spécialisé pédiatrique	TER 16	35,20 €	Créé 2024
Indemnité forfaitaire déplacement IFS – soins à domicile (personnes dépendantes)	IFS	4,00 €	Simplifiée juil. 2025

Sources : Ameli – NGAP - F. Bizard

La télé santé, introduite par l'avenant 7, ouvre une nouvelle possibilité de facturation pour les actes réalisés à distance, à condition que le patient soit connu du kinésithérapeute avec au moins un acte en présentiel dans les 12 mois précédents.

Le vieillissement de la population constitue un moteur démographique majeur pour stimuler la demande.

En conclusion, la kinésithérapie est une profession de santé à forte valeur économique collective (plus de 7 milliards d'euros de dépenses annuelles), mais dont le modèle économique individuel est sous pression : tarifs administrés peu revalorisés pendant des années, suroffre professionnelle croissante (variable selon les régions), poids des charges élevé (environ 53 % du chiffre d'affaires pour un libéral), et concurrence accrue des diplômés étrangers.

Les réformes récentes (avenant 7, accès direct, télésoin) tentent de rééquilibrer ce modèle, mais la tension structurelle entre l'offre et la demande reste le principal défi économique de la profession jusqu'en 2040.

4. Initiation au dispositif d'Accès direct au kinésithérapeute en France

Dans ce climat de tension économique, de désertification médicale dans un nombre croissant de territoires, et de hausse inévitable des besoins de la population en soins de kinésithérapie, l'accès direct apparaît comme un levier majeur dans les prochaines années pour optimiser l'efficacité de la kinésithérapie. Nous allons mesurer dans cette étude les bénéfices médico-économiques et émettre des recommandations pour promouvoir l'extension de l'accès direct.

Le cadre légal – 2 volets d'expérimentation

C'est la loi Rist du 19 mai 2023 (article 3) - portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé¹⁶ - qui a posé le cadre de l'accès direct en kinésithérapie, en le structurant en deux volets : un accès direct immédiat pour certaines structures, et une expérimentation dans les CPTS.

Volet 1 - L'accès direct immédiat (sans expérimentation)

La loi permet de bénéficier de séances de kinésithérapie sans prescription médicale lorsque le kinésithérapeute (libéral ou salarié) exerce dans l'une des structures suivantes : établissements ou services sociaux et médico-sociaux, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé, ou équipes de soins primaires ou spécialisés.

L'article 3 de la loi de 2023 indique précisément les modalités de cet accès direct dans ces structures :

« 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. ».

Volet 2 - L'expérimentation en CPTS (depuis juin 2025)

Depuis le 8 juin 2025, les patients de vingt départements français peuvent consulter un kinésithérapeute sans passer par un médecin, dans le cadre d'une expérimentation nationale prévue pour durer cinq ans.

L'article 3 de la loi de 2023 indique les conditions de cette expérimentation :

« A 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

¹⁶ LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé – JORF n° 0116 du 20 mai 2023 – [Consulté le 21 mars 2026](#)

dans le dossier médical partagé... Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement. »

Les 20 départements pilotes sont : l'Aude, les Deux-Sèvres, les Côtes-d'Armor, le Gers, la Haute-Corse, le Haut-Rhin, l'Isère, le Loiret, la Martinique, Mayotte, la Meurthe-et-Moselle, le Nord, la Réunion, le Rhône, la Seine-Maritime, le Tarn, le Var, la Vendée, l'Yonne et les Yvelines.

Conditions pour les kinésithérapeutes participants

Le kinésithérapeute doit fournir un document justifiant son exercice dans une CPTS, puis se déclarer auprès du directeur général de l'ARS via une application en ligne. Le directeur général de l'ARS transmet ensuite les noms des participants aux organismes de sécurité sociale locaux concernés.

Conditions de prise en charge des patients

La règle centrale dépend de l'existence ou non d'un diagnostic médical préalable¹⁷ :

- Sans diagnostic médical préalable : le nombre de séances est limité à 8 par patient ;
- Avec un diagnostic médical préalable : le kinésithérapeute pratique conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, sans limite de séances fixée.

La prise en charge sans diagnostic est également limitée à un épisode de soin. Si le patient nécessite une poursuite des soins après ces 8 séances, il doit être réadressé vers son médecin traitant.

Obligations du kinésithérapeute

Le kinésithérapeute doit orienter le patient vers son médecin traitant (ou, à défaut, un autre médecin) dès lors qu'un diagnostic ou un avis médical s'avère nécessaire. Par ailleurs, un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés doivent être adressés au médecin traitant et inscrits dans le dossier médical partagé (DMP).

Remboursement

Pour le patient, aucun changement côté remboursement : la Sécurité sociale prend en charge les séances selon le droit commun. Pour facturer, le kinésithérapeute renseigne son propre numéro professionnel dans la case « prescripteur » et il n'y a pas de pièce justificative à joindre.

¹⁷ Décret n° 2024-618 du 27 juin 2024 relatif à l'expérimentation permettant aux masseurs-kinésithérapeutes participant à une communauté professionnelle territoriale de santé d'exercer leur art sans prescription médicale

Partie 2

Étude d'impact médico-économique du non-recours ou du recours tardif à la kinésithérapie

5. Cadrage général de l'étude

L'étude utilisera une **approche coût-bénéfice et coût-efficacité**, en comparant deux scénarios : le statu quo (recours tardif ou non-recours) versus un scénario cible (accès précoce et généralisé à la kinésithérapie).

Les trois axes recommandés dans le cahier des charges de la mission ¹⁸ seront traités de façon complémentaire. Ils pourront se renforcer mutuellement dans l'argumentation finale.

Axe 1 - Santé publique

L'enjeu est de quantifier le bénéfice en termes de santé et de qualité de vie. Les indicateurs à utiliser sont :

- Les QALY¹⁹ (quality-adjusted life years) ;
- Les scores fonctionnels validés (DASH, SF-36, Oswestry...) ;
- Les données épidémiologiques par pathologie.

Les principaux champs de la kinésithérapie – le musculo-squelettique (lombalgies, TMS, post-chirurgical), le neurologique (AVC, SEP, Parkinson), le respiratoire (BPCO, mucoviscidose), et le gériatrique – seront couverts.

Pour chaque champ, des études cliniques françaises ou européennes permettront de documenter le bénéfice d'une prise en charge précoce versus tardive.

Les données de la CNAM, de la DREES et des rapports HAS constituent les sources principales pour calibrer les volumes de patients concernés.

Axe 2 - Économie de la santé

L'enjeu est de valoriser les dépenses évitées par le recours précoce à la kinésithérapie pour l'Assurance maladie et pour les financeurs privés. Nous étudierons 4 postes principaux de dépenses :

Médicaments : réduction de la consommation d'antalgiques, d'AINS, d'opioïdes notamment dans les pathologies chroniques musculo-squelettiques. A titre d'exemple, des études montrent des corrélations fortes entre kinésithérapie précoce pour les lombalgies et réduction de la prescription médicamenteuse.

Imagerie et examens : la kinésithérapie en accès direct (expérimentée dans plusieurs pays) réduit significativement le recours à l'IRM et aux examens inutiles pour les douleurs rachidiennes.

¹⁸ Impact économique du non-recours ou du recours tardif à la kinésithérapie -État des lieux international – 09/12/2025 – Section santé publique - CNOMK

¹⁹ Le **QALY** (de l'anglais quality-adjusted life year, « année de vie pondérée par la qualité ») est un indicateur économique visant à estimer la valeur de la vie. Le QALY peut être utilisé, en médecine, pour déterminer la valeur pécuniaire d'une intervention ou d'un traitement. Une année en bonne santé correspond à un QALY de 1 ; une intervention causant la mort correspond à un QALY de 0 ; une année au cours de laquelle l'intervention thérapeutique permet de prolonger l'espérance de vie effective mais affecte les conditions de vie (par exemple, en évitant le décès au prix d'un handicap) sera comptée entre 0 et 1.

Hospitalisations et réhospitalisations : en rééducation post-AVC, en prévention des chutes chez la personne âgée, ou en suites chirurgicales orthopédiques, la rééducation précoce raccourcit la durée de séjour et réduit les réadmissions.

Dépendance : c'est un des leviers le plus puissant en termes de coût. Retarder l'entrée en EHPAD de 12 à 18 mois représente une économie de l'ordre de 20 000 à 30 000 € par personne. La kinésithérapie préventive chez les personnes âgées - prévention des chutes, maintien de la mobilité - est l'un des recours les mieux documentés²⁰.

Axe 3 - Économique global

Cet axe concerne les coûts supportés par les entreprises et la collectivité au titre de l'absentéisme et de la perte de productivité.

Arrêts de travail : les TMS représentent la première cause d'arrêts longs en France. En Haut-de-France, 83% des maladies professionnelles sont liées à des TMS²¹. La lombalgie seule coûte plusieurs milliards d'euros par an à la collectivité (arrêts, indemnités journalières, inaptitudes) ; elle est responsable de 30% des arrêts de travail de plus de six mois selon la Cnam.

Une prise en charge kinésithérapique précoce - idéalement dans les 48 à 72 heures suivant l'épisode aigu - est associée à un retour au travail significativement plus rapide.

Présentéisme et impact sur les collaborateurs : le non-recours génère un présentéisme - présence au travail mais efficacité réduite - difficile à mesurer mais réel, ainsi qu'une surcharge pour les collègues qui absorbent une partie du travail. Ces coûts indirects sont souvent sous-estimés dans les études françaises et constituent un angle différenciant.

Efficience et Ressources humaines : les coûts de remplacement, de formation, et d'organisation liés aux absences longues sont documentés dans les rapports de l'INRS et de l'Anact.

Selon l'Agence pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), les coûts indirects des TMS représentent entre deux et sept fois les coûts directs. Ils incluent notamment les coûts de remplacement durant l'arrêt ou en cas d'inaptitude, la perte de qualité liée au temps de formation nécessaire pour atteindre le niveau requis, et la perte de capacité de production²².

Selon l'Assurance Maladie²³, les coûts indirects des TMS sont estimés à **cinq fois les coûts directs**, et comprennent absences répétées, baisse de motivation, désorganisation et perte de productivité. Les TMS représentent 87% des maladies professionnelles et le mal de dos 23% des accidents du travail.

²⁰ Le coût annuel d'une place en EHPAD tourne autour de 30 000 € (2 500 €/mois en moyenne selon la CNSA 2025), ce qui rend les fourchettes de 20 000–30 000 € cohérentes pour 12 à 18 mois, mais il s'agit d'un calcul dérivé, pas d'un chiffre cité dans un rapport officiel.

²¹ Carsat – TMS et lombalgies – [Site internet – Consulté le 24 mars 2026](#)

²² Les TMS : que coûtent-ils à votre entreprise ? – Arofrance – Juin 2019

²³ Les TMS : Pourquoi et comment agir ? – Ameli – 16 mars 2026

6. Méthodologie détaillée de l'étude

L'étude d'impact sera menée en six étapes sur 4 groupes d'indications.

I. Une méthodologie en six étapes

Étape 1 : Définir le cadre analytique pour chaque indication

Trois éléments structurants seront définis pour chaque indication :

- **Le périmètre de population** : identifier la population cible en France (prévalence, incidence annuelle), la part en situation de non-recours ou recours tardif, et les sous-groupes à risque (âge, catégorie socioprofessionnelle, zone géographique). Les sources sont les données CNAM en open data, les enquêtes DREES (notamment l'Enquête Santé Européenne), et la littérature épidémiologique.
- **Le scénario de référence et le scénario alternatif** : le scénario de référence est la situation actuelle (recours tardif ou non-recours). Le scénario alternatif est un accès précoce à la kinésithérapie, défini par un délai et une fréquence de prise en charge cibles issus des recommandations HAS ou de la littérature internationale. C'est la comparaison entre ces deux scénarios qui génère le différentiel d'impact.
- **La perspective d'analyse** : selon l'axe visé, la perspective change. Pour l'axe santé publique, on adopte la perspective sociétale. Pour l'axe économie de la santé, la perspective est celle de l'Assurance Maladie. Pour l'axe économique global, on intègre la perspective de l'employeur et de la collectivité.

Étape 2 : Modéliser la chaîne causale pour chaque indication

C'est le cœur de la modélisation de l'étude d'impact : on formalisera le chemin entre le non-recours et ses conséquences économiques, via un modèle de type arbre décisionnel ou modèle de Markov²⁴ selon l'horizon temporel.

Pour les pathologies aiguës (lombalgie aiguë, post-chirurgical, AVC en phase initiale), un arbre décisionnel à court terme suffit. Il modélise les probabilités de transition entre états : récupération complète, chronicisation, complications, arrêt de travail, hospitalisation.

Pour les pathologies chroniques ou évolutives (BPCO, Parkinson, prévention des chutes, SEP), un modèle de Markov est nécessaire. On définit des états de santé (stable, aggravé, dépendant, hospitalisé, décédé) et des probabilités de transition annuelles, issues de la littérature

²⁴ Le modèle de Markov est un système mathématique qui modélise des séquences d'événements où la probabilité de chaque événement ne dépend que de l'état immédiatement précédent - et non de tout l'historique passé. C'est ce qu'on appelle la **propriété de Markov** ou "absence de mémoire". Une chaîne de Markov est définie par un ensemble d'**états** (les situations possibles du système) et des **probabilités de transition** entre ces états. Ces probabilités forment une matrice, où chaque ligne indique les chances de passer d'un état donné vers chacun des autres états. La somme des probabilités sur chaque ligne vaut toujours 1.

clinique. Le modèle tourne sur l'horizon temporel choisi (5, 10 ou 20 ans) et compare les deux scénarios.

Pour les TMS professionnels, on modélise le chemin : non-recours → chronicisation → arrêt de travail prolongé → inaptitude → coûts RH, en parallèle du chemin : recours précoce → retour au travail rapide → maintien dans l'emploi.

La qualité du modèle dépend directement de la qualité des probabilités de transition, qu'on tire en priorité des méta-analyses Cochrane, des rapports HAS et NICE, puis des études françaises.

Étape 3 : Quantifier les ressources consommées dans chaque état

Pour chaque état de santé du modèle, on recense les consommations de soins et on leur attribue un coût unitaire.

Côté santé : consultations médicales (tarif CCAM/NGAP), actes de kinésithérapie (nomenclature AMK/AMC), médicaments (base de remboursement CNAM), imagerie (IRM, radio, scanner - tarifs GHS), hospitalisations (coût par séjour selon le GHM, disponible dans la base PMSI/ATIH), soins de suite et de réadaptation (SSR), entrées en EHPAD (coût journalier moyen CNSA : environ 60 à 100 € de charge Assurance Maladie par jour).

Côté travail : indemnités journalières (montant moyen par arrêt selon la CNAM, durée moyenne par pathologie), coûts de remplacement et de formation (données INRS²⁵ : estimation à 25-30 % du salaire annuel brut pour un arrêt long), perte de valeur ajoutée (approche capital humain : salaire journalier × nombre de jours perdus).

Côté qualité de vie : coût par QALY perdu, valorisé selon le seuil implicite français (généralement 50 000 € par QALY dans les évaluations HAS, contre 20 000 à 30 000 £ au NICE britannique).

Étape 4 — Calculer les indicateurs économiques synthétiques

Une fois le modèle paramétré et les coûts unitaires renseignés, on calculera pour chaque indication et chaque axe les indicateurs suivants.

Le coût total du non-recours : somme des coûts différentiels entre le scénario de référence et le scénario alternatif, sur la population cible et l'horizon choisi. Cela donne un chiffre en euros, agrégeable au niveau national.

Le ratio coût-efficacité incrémental (RCEI) : coût supplémentaire de la kinésithérapie précoce divisé par le gain en QALY. Si ce ratio est inférieur au seuil d'acceptabilité, l'intervention est jugée coût-efficace.

Le retour sur investissement (ROI) : particulièrement pertinent pour l'axe économique. $ROI = (\text{bénéfices économiques} - \text{coût de la kinésithérapie}) / \text{coût de la kinésithérapie}$.

²⁵ Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

Le budget impact : combien cela coûterait-il à l'Assurance Maladie de financer un accès précoce généralisé, et combien cela économiserait-il en dépenses évitées ? C'est un indicateur très opérationnel pour un plaidoyer institutionnel.

Étape 5: Conduire une analyse de sensibilité

Nous testerons la robustesse des résultats du modèle médico-économique face à l'incertitude des paramètres.

Trois types d'analyses sont possibles :

- L'analyse de sensibilité univariée fait varier un paramètre à la fois (ex : taux de non-recours de 20 % à 40 %, durée d'arrêt de 30 à 60 jours) et observe l'impact sur le résultat final. On la représente sous forme de diagramme de Tornado.
- L'analyse de sensibilité probabiliste (méthode de Monte-Carlo) fait varier simultanément tous les paramètres selon leurs distributions statistiques et produit un intervalle de confiance sur le résultat.
- L'analyse de scénarios compare des hypothèses contrastées : scénario pessimiste (faible taux d'adoption de la kinésithérapie précoce), scénario central, scénario optimiste.

Étape 6 : Synthèse par indication et agrégation nationale

Pour chaque indication, on recherchera les points suivants : la population concernée en France, le coût annuel estimé du non-recours (par axe), le bénéfice estimé d'un recours précoce et les limites et incertitudes du modèle.

L'agrégation nationale consiste ensuite à sommer les impacts sur l'ensemble des indications, en veillant à éviter les doubles comptes.

II. Champ d'étude sur quatre catégories d'indications

L'objectif de l'étude d'impact économique du non-recours ou du recours tardif à la kinésithérapie est de disposer de résultats robustes mais aussi significatifs dans la part des dépenses totales de kinésithérapies.

Nous avons vu en partie 1 que les dépenses totales de kinésithérapie en 2024 s'élevaient à près de 7,6 Mrds €, dont 71% étaient remboursées par l'Assurance maladie (5,4 Mrds €), 11% par les complémentaires (0,8 Mrd €) santé et 18% par les ménages (1,4 Mrd €).

Nous analyserons l'impact économique pour les 4 catégories d'indications suivantes :

- Troubles musculosquelettiques - Lombalgie ;
- Neurologie - AVC, Parkinson, SEP ;
- Gériatrie - Prévention des chutes ;
- Respiratoire – BPCO, mucoviscidose.

La « *cartographie des pathologies et des dépenses* »²⁶ publiée par la CNAM, les bilans diagnostics kinésithérapiques (BDK) et les études de pratique, du type de la saisine HAS de 2011 sur les lombalgies, nous permettent de définir la part des quatre catégories d'indications dans l'activité global des kinésithérapeutes.

Les données issues des BDK sont stockées dans le Système national des données de santé (SNDS), via les feuilles de soins.

Le champ de couverture de l'étude couvre **une part très significative de l'activité des kinésithérapeutes (autour de 80%)**.

La part estimée des actes de kinésithérapie se répartit de la façon suivante²⁷ :

- TMS/Rachis/orthopédie : 50 à 60%
- Neurologie (AVC, SEP, Parkinson, neuromusculaire) : 15 à 20%
- Gériatrie /personnes âgées (dont chutes) : 10 à 15% ;
- Respiratoire (BPCO, asthme, bronchiolite) : 5 à 10%.

À la suite du paragraphe précédent, nous pouvons définir une synthèse méthodologique par indication.

²⁶ Data.ameli.fr – Dernière mise à jour en juillet 2025 avec les données 2023

²⁷ Sources : Structure de la NGAP- saisine HAS 2011- structure démographique des patients – Études de pratique étrangères, notamment britanniques (CSP) et américaines (APTA) - Drees

Tableau 8 : Synopsis de la méthodologie de l'étude d'impact par indication

Étape	Lombalgie / TMS	AVC / Neurologie	Gériatrie / Chutes	BPCO / Respiratoire
Modèle	Arbre décisionnel	Markov (états fonctionnels)	Markov (autonomie)	Markov (stades GOLD)
Horizon	1–2 ans	5–10 ans	5–15 ans	5–10 ans
Indicateur clé axe 2	IJ + médicaments	Durée SSR + réhospitalisations	Entrée EHPAD retardée	Hospitalisations BPCO
Indicateur clé axe 3	Jours d'arrêt	Retour partiel au travail	Maintien à domicile	Absentéisme
Source principale	CNAM, INRS	SFNV, HAS, Cochrane	CNSA, DREES	SPLF, HAS
<i>Source: Frédéric Bizard</i>				

Les sources de références pour chaque indication et chaque indicateur clé retenu sont les suivantes.

Tableau 9 : Synthèse des sources de références pour chaque indication et chaque indicateur

Paramètre	Lombalgie/TMS	Neurologie	Gériatrie	Respiratoire
Prévalence/incidence FR	CNAM Open Data, InVS	Registre Loire (AVC), France Parkinson	DREES enquête chutes	SPLF, registres
Taux de non-recours	CNAM (2018), BVA - Assurance Maladie (2019)	HAS, littérature	HAS recommandations	HAS, SPLF
Efficacité kinésithérapie	Cochrane (Hayden 2005+)	Cochrane (Pollock 2014)	Cochrane (Sherrington 2019)	Cochrane (McCarthy 2015)
Utilities par état	EQ-5D, Lambeek 2010	EQ-5D post-AVC (Rivero-Arias)	EQ-5D NHES	EQ-5D BPCO (Rutten-van Mölken)
Coûts unitaires soins	CCAM/GHS ATIH 2023	GHS SSR, PMSI	GHS orthopédie, CNSA	GHS pneumologie
Coûts arrêts travail	CNAM, INRS 2022	CNAM	—	CNAM
<i>Source: Frédéric Bizard -Etude d'impact CNOMK- 2026</i>				

7. Étude d'impact par indication

Les 4 groupes d'indications seront traités comme des modules indépendants mais selon un cadre méthodologique commun.

Pour chaque indication, nous allons extraire de la littérature les données suivantes :

- **Taux de recours tardif ou de non-recours** (données épidémiologiques françaises et européennes) ;
- **Efficacité clinique** du recours précoce vs tardif : effet size, NNT, différence de score fonctionnel ;
- **Probabilités de transition** entre états de santé (pour le modèle de Markov) ;
- **Utilisation de ressources de santé** dans chaque état (consultations, médicaments, hospitalisations) ;
- **Données de qualité de vie** (utilities) par état de santé, mesurées par EQ-5D²⁸ de préférence.

I. TMS -Lombalgie

1.1. Cadrage épidémiologique

La lombalgie est la première cause d'années vécues avec un handicap en France. Les données de cadrage sont les suivantes :

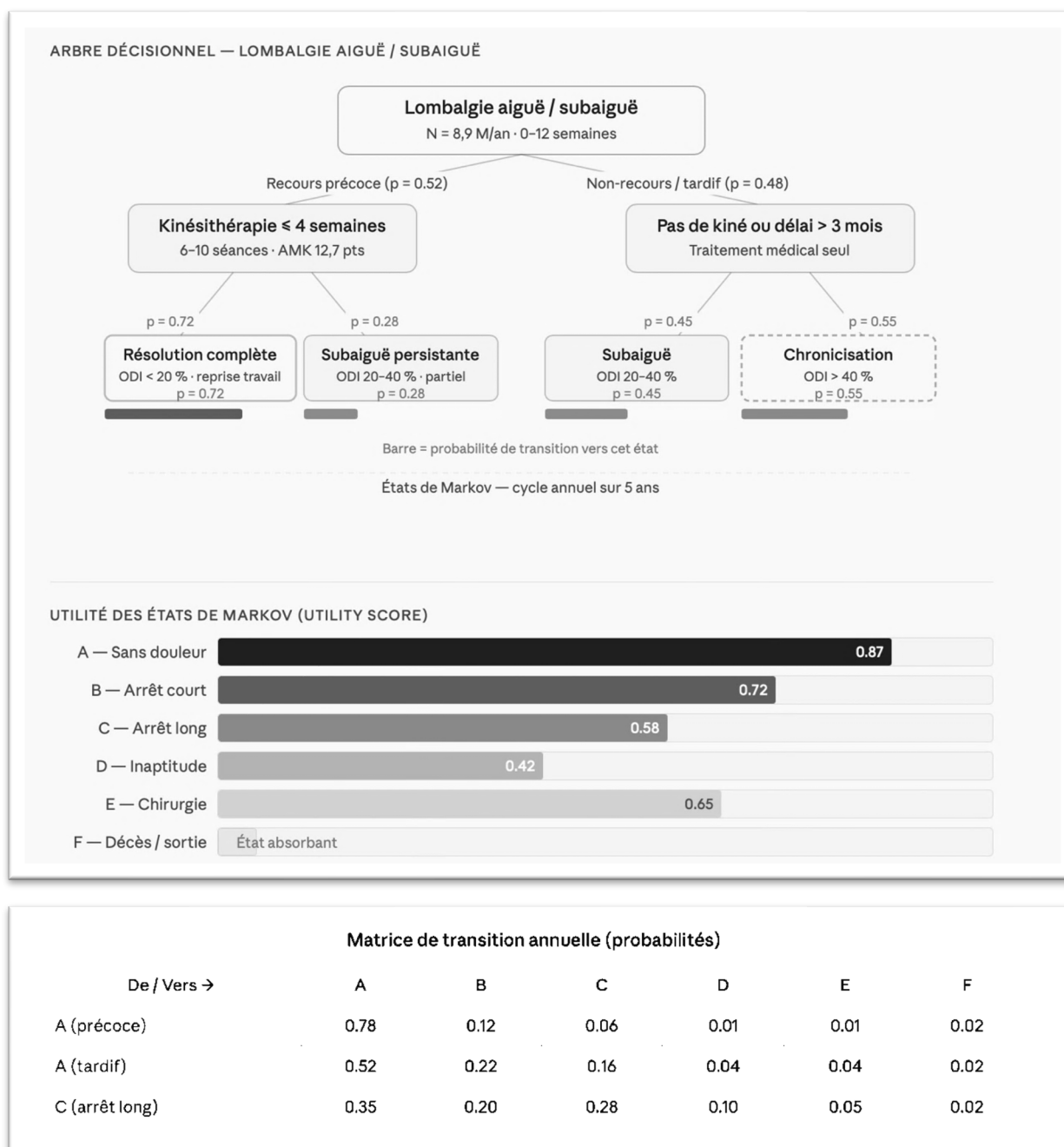
- **Prévalence vie entière** : 84 % de la population adulte (environ 44 millions de personnes) ;
- **Incidence annuelle** d'épisodes lombalgiques nécessitant une prise en charge : environ 8,9 millions de personnes par an (CNAM, 2022) ;
- **Part des lombalgies** évoluant vers la chronicité (> 3 mois) : 7 à 10 % des épisodes aigus, mais ces 7–10 % représentent 80 % des coûts totaux ;
- **Taux de non-recours ou recours tardif** à la kinésithérapie en phase aiguë : estimé à 30–55 % selon la Cnam (2018) et une enquête BVA (2019), avec des disparités territoriales marquées (déserts médicaux, délai d'obtention d'ordonnance) ;
- **Population cible du modèle** : patients avec lombalgie aiguë ou subaiguë (0–12 semaines) n'ayant pas eu accès à la kinésithérapie dans les 4 premières semaines suivant l'épisode.

1.2. Modèle médico-économique : modèle de Markov

Le modèle combine un arbre décisionnel à court terme (0-3 mois) à un modèle de Markov à 5 ans pour simuler la transition vers la chronicisation. Les états de santé sont :

Épisode aigu → résolution complète / chronicisation → arrêt de travail court / arrêt long / inaptitude / retour au travail.

²⁸ EQ-5D est une mesure standardisée de la qualité de vie liée à la santé développée par le groupe EuroQol pour fournir un questionnaire simple et générique à utiliser dans l'évaluation clinique et économique et les enquêtes sur la santé de la population.

Graph 3 : Structure complète du modèle avec les états de santé et les probabilités de transmission dans la lombalgie

Sources : Hayden 2005 (Cochrane), Lambeek 2010, CNAM données IJ 2022, Henschkle 2008-
Utilités : Rivero-Arias 2010 – Cycle annuel – Actualisation 4% - Synthèse F. Bizard

1.3. Paramètres du modèle pour la lombalgie

1.3.1. Probabilités de transition

Le différentiel clé entre le recours précoce et le recours tardif correspond à la probabilité de rester dans l'état « *sans douleur* » à un an de 0,78 pour le recours précoce contre 0,52 pour le recours tardif, soit un écart de 26 points de pourcentage. Cet écart génère l'essentiel de l'impact économique sur 5 ans.

Les probabilités de notre matrice d'étude proviennent de trois sources principales :

- La méta-analyse de Hayden et al (Cochrane, 2005, mise à jour en 2021)²⁹³⁰ pour les données d'efficacité des exercices thérapeutiques supervisés sur la résolution de la lombalgie ;
- L'étude de cohorte de Lambeek et al. (2010, BMJ) pour les probabilités de transition vers la chronicisation selon les délais de prise en charge³¹ ;
- Les données CNAM sur les indemnités journalières définissent les niveaux de transition vers les états d'arrêt de travail en France³².

1.3.2. Coûts unitaires par état (2023, perspective Assurance maladie + employeur)

Les coûts de l'état A (sans douleur) correspondent aux consultations de suivi, à l'automédication et aux éventuelles séances de kinésithérapie d'entretien.

Les coûts de l'état D (Inaptitude/pension) intègrent les indemnités journalières de longue durée, les soins médicaux continus et une estimation du coût de remplacement du salarié (25% du salaire annuel brut selon l'INRS, sur la base d'un salaire médian annuel de 24 000€).

Le coût de la kinésithérapie précoce – le différentiel de coût à imputer au scénario alternatif – est de 12 séances x 17,88 € (tarif RAM 8,09 – 17,88€³³) soit 215€ par patient, pris en charge à 60% par l'assurance maladie (128 €) et 86 € payés par les ménages ou complémentaires santé.

²⁹ Meta-analyse de Haydeen et al : Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021; Issue 9: CD009790. DOI: 10.1002/14651858.CD009790.pub2

³⁰ Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Annals of Internal Medicine*, 2005;142(9):765-775.

³¹ Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*, 2010;340:c1035. DOI: 10.1136/bmj.c1035

³² Assurance Maladie – Risques professionnels.- Rapport annuel 2022 – Accidents du travail et maladies professionnelles. Publié en décembre 2023.

³³ Rééducation dans le cadre d'une lombalgie commune – SNMKR – [Consulté le 25/3/2026](#)

Tableau 10 : Coûts unitaires par état en euros, 2023 – Perspective Assurance maladie et employeur

État	Coût annuel Assurance maladie	Coût annuel employeur	Coût total
A — Sans douleur	380 €	0 €	380 €
B — Arrêt court (< 30 j)	1 200 €	1 800 €	3 000 €
C — Arrêt long (30–180 j)	4 800 €	7 200 €	12 000 €
D — Inaptitude / pension	9 500 €	15 000 €	24 500 €
E — Chirurgie rachidienne	8 200 €	4 500 €	12 700 €

Sources: CCAM - CNAM IJ- CNAM - DARES - INRS - ATIH GHS 2023 - F BIZARD

1.3.3. Utilités (valeurs EQ-5D) dans la lombalgie

Les utilités (ou *utilities*) mesurent la qualité de vie associée à chaque état de santé sur une échelle de 0 (décès) à 1 (santé parfaite).

Les valeurs retenues sont issues de Rivero-Arias et al. (2010)³⁴ recalibrées sur les tarifs de préférence de la population française (Chevalier et al., 2013, *Eur J Health Econ*)³⁵ :

- État A (sans douleur) : **0,87** ;
- État B (arrêt court) : **0,72** ;
- État C (arrêt long) : **0,58** ;
- État D (inaptitude) : **0,42** ;
- État E (post-chirurgie stabilisé) : **0,65**

Le gain en QALY sur 5 ans est calculé comme la différence pondérée par le temps passé dans chaque état entre le scénario précoce et le scénario tardif, actualisée à 4 % par an.

1.4. Résultats du modèle sur 5 ans (cohorte de 100 000 patients) de la lombalgie

L'étude d'impact fournit des résultats simulés pour une cohorte de 100 000 patients avec lombalgie aiguë, en comparant les deux scénarios sur 5 ans.

Le gain brut sur 5 ans de la kinésithérapie précoce par patient dans la lombalgie pour l'assurance maladie et l'employeur est de l'ordre de **7 500 € sur 5 ans - 1 500 € par an**, dont 3 640€ pour l'assurance maladie - soit 730 € par an.

Un recours précoce à la kinésithérapie permet également de gagner 0,38 QALY grâce à une meilleure qualité de vie (moins de douleur et handicap).

³⁴ Rivero-Arias et al. (2010) - Rivero-Arias O, Ouellet M, Gray A, et al. (2010).- *Mapping the EQ-5D index from clinical measures: methodological considerations*.

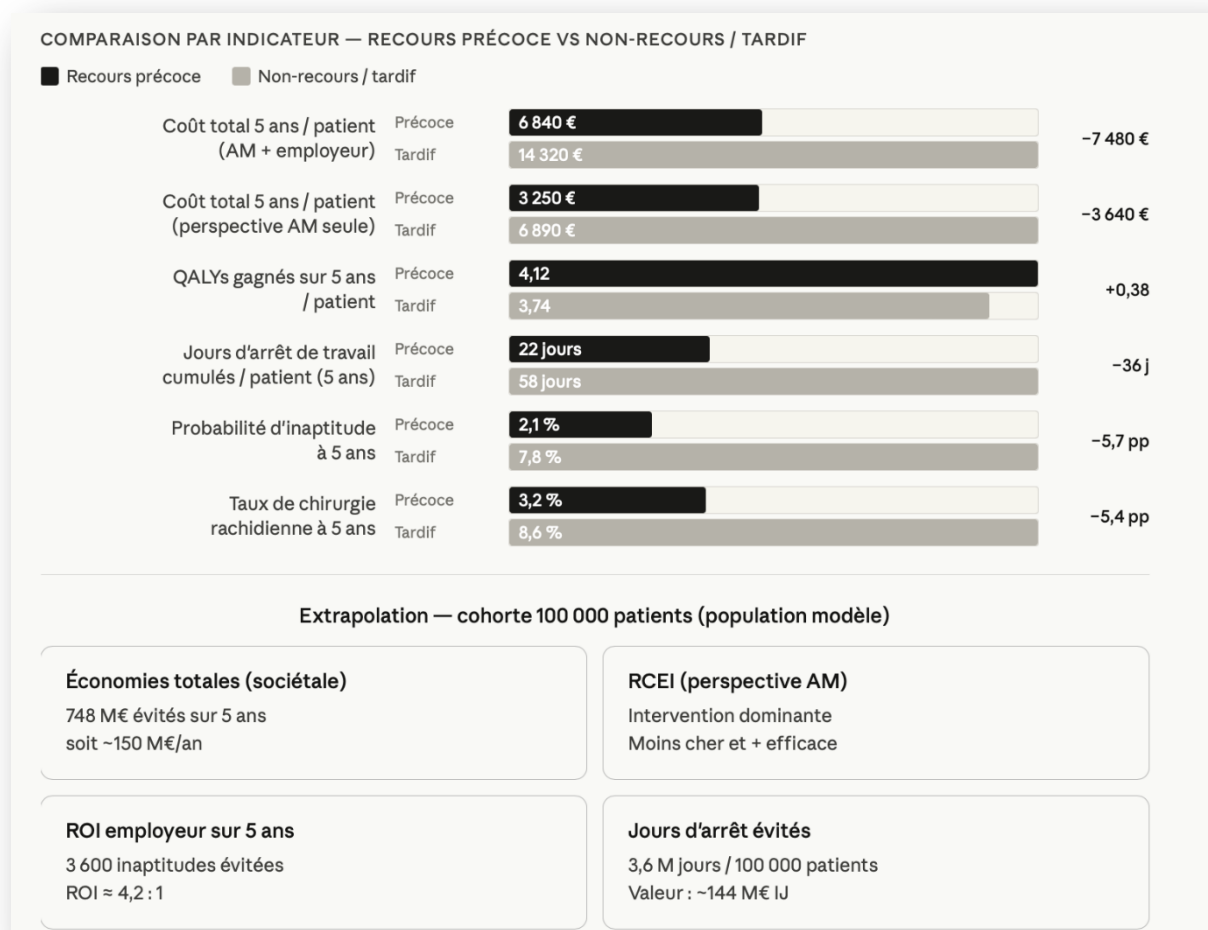
³⁵ Chevalier et al. (2013) - Chevalier J, de Pourville G. (2013). - *Valuing EQ-5D using Time Trade-Off in France. The European Journal of Health Economics*, 14(1): 57–66

Les bénéfices sur la productivité sont évalués à 36 jours d'arrêt de travail, accompagnés d'une baisse de 5,7 points d'inaptitude et de 5,4 points de taux de chirurgie rachidienne.

Le gain brut sociétal de la kinésithérapie précoce pour 100 000 patients est évalué à près de **750 M€ sur 5 ans (7 500 €/patient) soit 150 M€ par an (1 500€/patient)**, avec :

- Un ratio coût-efficacité incrémental (RCEI) non informatif car l'intervention précoce est moins chère (-7 500€) et plus efficace (+0,38 Qaly) ; elle est dite dominante ;
- Un ROI pour l'employeur de 4,2 : 1 (chaque euro investi rapporte 4,2 € d'économies) ;
- 144 M€ d'économies d'indemnités journalières (3,6 M jours pour 100 000 patients).

Graph 4 : Gains bruts sur 5 ans - cohorte 100 000 patients - d'un accès précoce à la kinésithérapie pour la lombalgie ; Modèle de Markov- cycle annuel- actualisation 4% - Prix 2023



Sources : Hayden 2021, Lambeek 2010, CNAM 2022, ATIH GHS 2023, INRS 2022- Probabilités de transition : borne basse/haute disponibles en analyse de sensibilité – F. Bizard

Le gain par patient sur 5 ans est de près de 7 500 € par patient soit environ 1500 €/patient/an en moyenne (perspective sociétal), dont 730 € (49%) pour l'Assurance maladie.

Ce gain intègre typiquement :

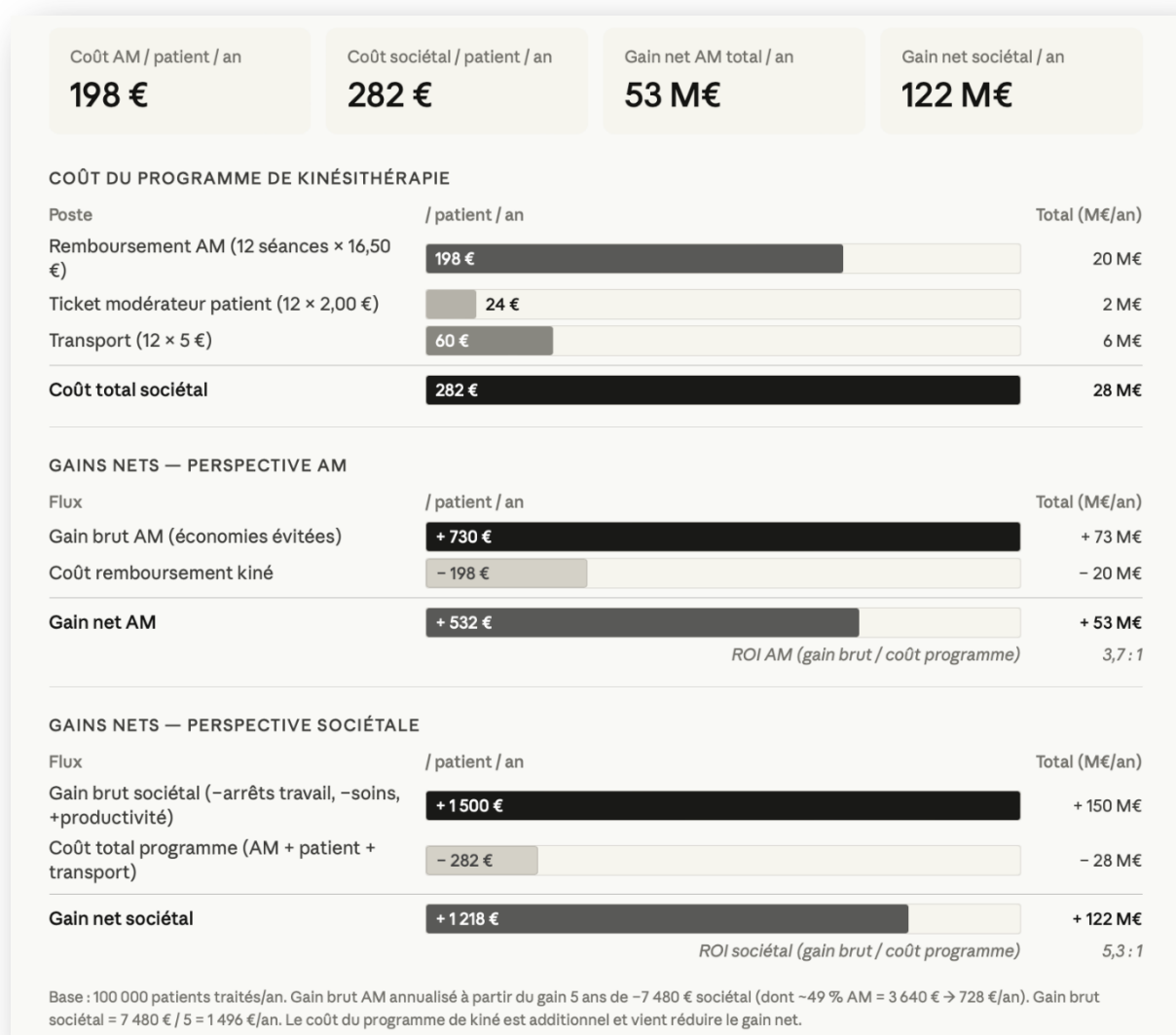
- Réduction des arrêts de travail (coût majeur dans les TMS/lombalgies) ;
- Moins de consultations, kiné, imagerie répétée ;
- Réduction des soins médicamenteux (antalgiques, infiltrations) ;
- Gains de productivité (perspective sociétale).

Sur une base de 8,9 millions de personnes souffrant de lombalgie, le taux de non-recours de 48% conduit à 4,3 millions de patients par an qui ne recourent pas à la kinésithérapie.

Évaluation des gains nets pour 100 000 patients

Avec un programme de kinésithérapie de 12 séances, nous pouvons calculer les gains nets pour l'assurance maladie et la société.

Graph 5 : Récapitulatif des gains nets du recours précoce à la kinésithérapie pour l'assurance maladie et pour la société pour 100 000 patients traités pour la lombalgie



Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK - 2026

En conclusion, le recours précoce à la kinésithérapie pour les lombalgies est une stratégie dominante : elle améliore la santé des patients tout en réduisant fortement les coûts, **avec un impact économique massif à l'échelle populationnelle**.

1.5. Analyse de sensibilité

Les gains nets du recours précoce à la kinésithérapie pour les lombalgies dépendent du taux de participation au programme. En se basant sur un taux de 15% pour prendre en compte les contraintes de l'offre et de la demande, soit 645 000 patients (sur 4,3 M), on obtient un gain net pour l'Assurance maladie proche de **350 M€ par an** et un **gain sociétal net de 790 M€**.

Tableau 11 : Évolution du gain net pour l'Assurance Maladie et pour la société d'un recours précoce à la kinésithérapie pour les lombalgies en fonction de l'extension du programme

N patients	Taux de recours au programme	Gain net AM	Gain net sociétal
100 000	2,3%	53 200 000	121 800 000
129 000	3%	68 628 000	157 122 000
172 000	4%	91 504 000	209 496 000
215 000	5%	114 380 000	261 870 000
258 000	6%	137 256 000	314 244 000
301 000	7%	160 132 000	366 618 000
344 000	8%	183 008 000	418 992 000
387 000	9%	205 884 000	471 366 000
430 000	10%	228 760 000	523 740 000
473 000	11%	251 636 000	576 114 000
516 000	12%	274 512 000	628 488 000
559 000	13%	297 388 000	680 862 000
602 000	14%	320 264 000	733 236 000
645 000	15%	343 140 000	785 610 000
860 000	20%	457 520 000	1 047 480 000
1 075 000	25%	571 900 000	1 309 350 000
1 290 000	30%	686 280 000	1 571 220 000

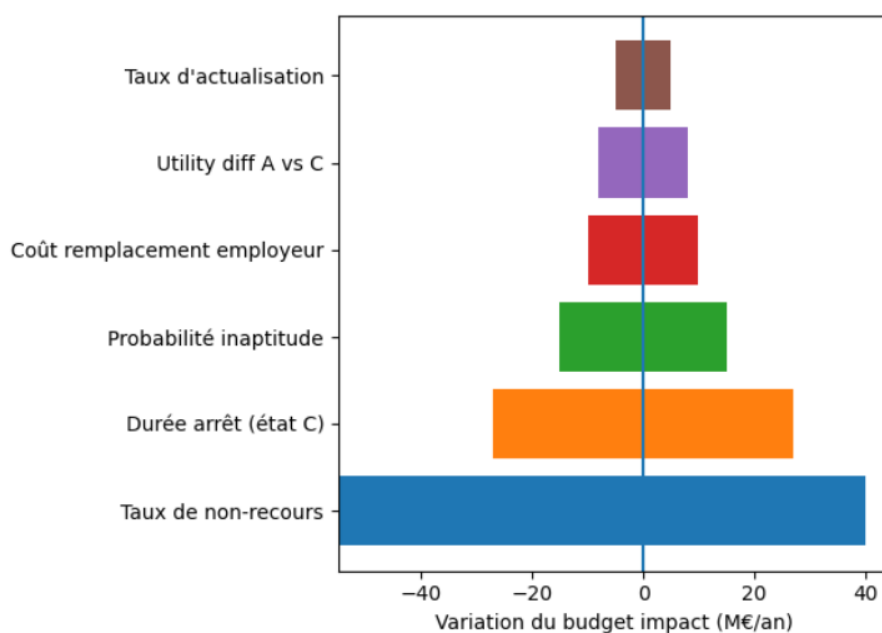
Sources: F. Bizard - Etude d'impact CNOMK -2026

Le résultat central - intervention dominante — moins coûteuse et plus efficace - est robuste, mais deux paramètres font le plus varier l'amplitude du bénéfice économique :

- Le **taux de non-recours ou de recours tardif** (paramètre le plus incertain) :
 - Si ce taux est de 30 % (hypothèse basse) au lieu de 48 %, le budget impact national passe de 150 M€/an à environ 95 M€/an.

- Si ce taux atteint 60 % (hypothèse haute, notamment en zones sous-dotées), le budget impact monte à 190 M€/an.
- La **durée moyenne de l'arrêt de travail en cas de chronicisation** : la littérature indique une durée médiane de 90 à 180 jours selon les études ; une variation de ± 30 jours fait varier le résultat du budget impact de ± 18 % environ.

Diagramme de Tornado - Analyse de sensibilité pour l'impact du recours précoce à la kinésithérapie dans la prise en charge des lombalgies



Sources : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK - 2026

Le taux de non-recours est le levier dominant avec une variation de -55 M€ à +40 M€ selon le taux, suivi par la durée d'arrêt de travail dont la variation est de ± 27 M€ (reflète le poids des coûts indirects).

La probabilité d'inaptitude et le coût de remplacement sont des paramètres intermédiaires, les autres sont des paramètres mineurs.

II. Neurologie - AVC, Parkinson, SEP

2.1. Cadrage épidémiologique

La neurologie regroupe trois pathologies de nature différente : un événement aigu (AVC), une maladie neurodégénérative progressive (Parkinson), et une maladie inflammatoire récurrente-rémittente (SEP). Ces trois cas imposent des sous-modèles distincts partageant un cadre commun.

Les données de cadrage sont les suivantes :

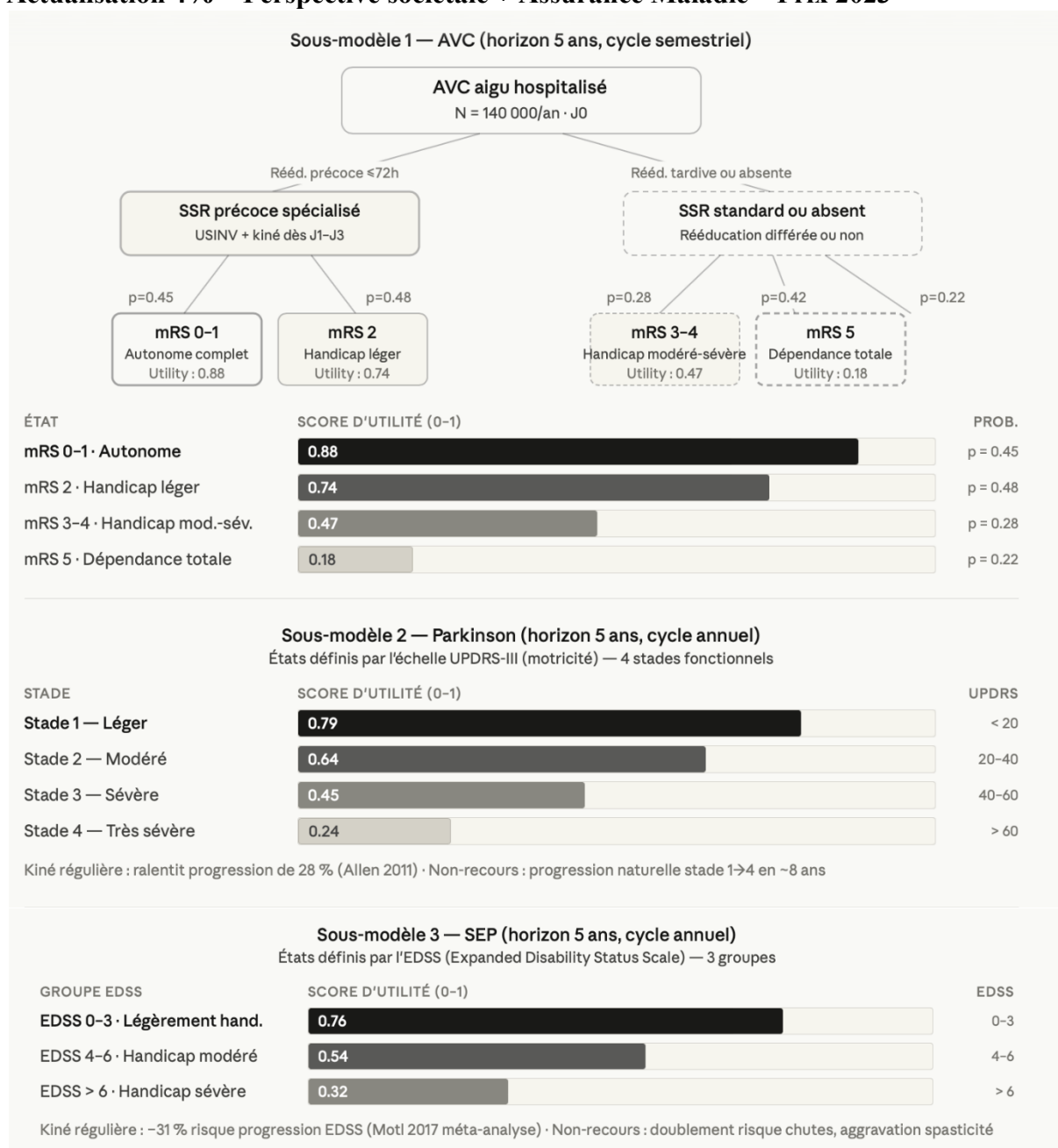
- **AVC** : 140 000 nouveaux cas par an en France (Registre Loire, 2022), première cause de handicap acquis de l'adulte. La fenêtre thérapeutique de la rééducation est critique : les bénéfices neurologiques de la kinésithérapie précoce (< 72h) sont bien documentés sur la plasticité cérébrale. Le taux de non-accès à une rééducation précoce en SMR spécialisé est estimé à 35–45 % selon les régions, principalement par manque de places en Unité de soin intensif neurovasculaire (USINV) et déficit de filières de rééducation ;
- **Maladie de Parkinson** : 270 000 patients en France, 25 000 nouveaux cas par an (France Parkinson, 2023). La kinésithérapie n'est pas curative mais ralentit le déclin fonctionnel, réduit le risque de chutes ($\times 2,3$ sans rééducation régulière), et retarde la dépendance. Le taux de suivi régulier en kinésithérapie est estimé à 40 % seulement parmi les patients diagnostiqués ;
- **Sclérose en plaques (SEP)** : 120 000 patients en France (ARSEP, 2023), deuxième cause de handicap neurologique chez l'adulte jeune. La kinésithérapie joue un rôle central dans la gestion de la fatigue, des troubles de l'équilibre et de la spasticité. Le manque de suivi en kinésithérapie est largement lié à la fatigue elle-même et aux déserts médicaux ; il est estimé à 55% (taux dit de sous-suivi).

La population cible du modèle est structurée en trois cohortes indépendantes, agrégées en fin d'analyse pour le budget impact national.

2.2. Modèle médico-économique : modèle de Markov

On utilise trois sous-modèles médico-économiques pour simuler l'évolution des patients et estimer leur qualité de vie (utilités) sur cinq ans.

Graph 6 : Les trois sous-modèles médico-économiques utilisés en neurologie – Actualisation 4% – Perspective sociétale + Assurance Maladie – Prix 2023



Sources des probabilités de transition

AVC- Pollock 2014 (Cochrane), Registre Loire 2022, Kwakkel 2004 (Stroke)
 Parkinson : Allen 2011 (Cochrane), UPDRS transitions – Schrag 2000, Auyeng 2012
 SEP : Motl 2017 (méta-analyse), Petajan 1996, EDSS transitions – Weinshenker 1991
 Utilities AVC : Rivero- Arias 2010 – Parkinson : Soh 2012 – SEP : Orme 2007
 F.Bizard

Pour l'Accident vasculaire cérébral (AVC), la rééducation précoce augmente fortement les chances d'autonomie, alors que l'absence de rééducation conduit à plus de dépendance³⁶.

³⁶ mRS est une échelle de mesure du niveau d'autonomie après AVC, appelée Modified Ranking Scale : de 0 (vie normale) à 5 (handicap sévère, dépendant total).

Pour Parkinson, la progression naturelle du stade 1 à 4 se fait en moyenne en 8 ans. La kinésithérapie régulière ralentit la progression de la maladie de 28%³⁷.

Pour la SEP, la progression de du handicap diminue de 31% avec le recours précoce à la kinésithérapie³⁸. L'absence de prise en charge augmente le risque de chutes et aggrave la spasticité (forme d'hypertonie musculaire).

2.3. Paramètres du sous-modèle AVC

2.3.1. Probabilités de transition semestrielles (mRS)

La majorité de la récupération neurologique après un AVC survient dans les 6 premiers mois, d'où un cycle semestriel pour les deux premières années puis annuel des années 3 à 5. Les probabilités du tableau suivant distinguent le scénario de rééducation précoce (SSR spécialisé ≤ 72h) du scénario tardif ou absent.

Tableau 12 : Probabilité de transition après un AVC selon le recours précoce ou tardif à la kinésithérapie

Transition	Recours précoce	Recours tardif
mRS 3-4 → mRS 0-1 à 6 mois	0.22	0.09
mRS 3-4 → mRS 2 à 6 mois	0.31	0.19
mRS 3-4 → mRS 5 à 1 an	0.08	0.21
Maintien mRS 0-1 à 1 an	0.89	0.81
Réhospitalisation toutes causes à 1 an	0.18	0.34
Décès à 1 an (tous stades)	0.11	0.15
Sources: Kwakkel 2004, Pollock 2014, Registre Loire 2022, PMSI ATIH 2022, CépiDe INSEE 2022		

2.3.2. Coûts unitaires annuels par état de l'AVC

Le coût de l'état mRS 5 intègre plusieurs postes :

- Le forfait EHPAD : environ 22 000 €/an à la charge de l'Assurance maladie selon la CNSA ;
- Les soins médicaux continus (3 500 €/an), les actes de kinésithérapie en institution (2 000 €/an) ;
- Une valorisation résiduelle des aidants informels : 4 200 €/an au coût d'opportunité du temps selon l'enquête DREES Handicap-Santé 2022.

³⁷ UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating scale) : échelle utilisée pour mesurer la gravité de la maladie de Parkinson. 4 sections - 1/ fonction mentale/comportement, 2/activités de la vie quotidienne, 3/ examen moteur (celui utilisé ici), 4/ complication des traitements – et 4 scores de gravité (léger à très sévère) permettent de suivre la progression et l'efficacité des soins.

³⁸ Score EDSS (expanded disability Status Scale) : échelle utilisée pour mesurer le handicap dans la SEP ; score de 0 (normal, aucun symptôme) à 10 (décès à la SEP)

Le coût de la rééducation précoce à imputer au scénario alternatif (recours précoce) est de 45 séances de kinésithérapie en soins médicaux et de réadaptation (SMR) spécialisé :

$45 \times \text{AMK } 15 \text{ pts} \times 2,21 = \text{environ } 895 \text{ € pour l'AMO}$ auxquelles s'ajoutent les séances en ville après la sortie de SSR (environ 480 €/an la première année).

Le surcoût d'organisation du SMR précoce par rapport au SMR standard est estimé à 1 200 € par séjour dans la littérature française.

Tableau 13 : Coûts unitaires annuels par état mRS (2023, perspective Assurance maladie + aidants) dans l'AVC

État	Coût AM/an	Coût aidants/an	Coût total
mRS 0–1 (autonome)	2 800 €	0 €	2 800 €
mRS 2 (handicap léger)	5 400 €	3 200 €	8 600 €
mRS 3–4 (handicap modéré-sévère)	12 600 €	9 800 €	22 400 €
mRS 5 (dépendance totale, EHPAD)	28 500 €	4 200 €	32 700 €
Réhospitalisation (coût unitaire)	4 900 €		4 900 €

Sources: CCAM, CNAM, ATIH GHS, CNSA, ATIH SSR, CNSA 2022, DREES, GHS AVC ATIH 2023, F.Bizard

2.3.3. Utilités (valeurs EQ-5D) dans l'AVC

Les valeurs d'utilités sont issues de Rivero-Arias et al. (2010)³⁹, qui constituent la référence la plus citée pour les utilities post-AVC en Europe, recalibrées sur les préférences de la population française par Chevalier et al. (2013)⁴⁰.

La démarche combinée consiste à utiliser les profils EQ-5D par niveau mRS produits par Rivero-Arias (via le modèle MLogit), puis à leur appliquer le tarif français de Chevalier pour convertir ces profils en utilités calibrées sur les préférences de la population française. C'est l'approche standard pour les évaluations médico-économiques de l'AVC soumises à la HAS.

- mRS 0–1 : **0,88** (proche de la population générale appariée en âge)
- mRS 2 : **0,74** (incapacité légère, autonomie conservée)
- mRS 3 : **0,55** (incapacité modérée, aide partielle nécessaire)
- mRS 4 : **0,39** (incapacité sévère, aide substantielle)
- mRS 5 : **0,18** (incapacité très sévère, dépendance totale)

On remarque que la décroissance des utilités n'est pas linéaire entre les niveaux mRS. Elle est plus marquée aux extrêmes (entre mRS 0–1 et 2, et entre mRS 4 et 5), ce qui a des implications directes sur le calcul des QALYs gagnés selon que le bénéfice du traitement déplace des patients en haut ou en bas de l'échelle.

³⁹ Rivero-Arias et al. (2010) — Medical Decision Making, 30(3):341–354- Les données cliniques proviennent de l'étude observationnelle Oxford Vascular Study (OXVASC), portant sur des patients ayant subi un AVC ou un AIT. Deux méthodes statistiques ont été testées : une régression OLS (moindres carrés ordinaires) pour prédire directement les tarifs EQ-5D à partir des scores mRS, et une régression logistique multinomiale avec simulation de Monte Carlo (MLogit) pour prédire les réponses à chaque question de l'EQ-5D

⁴⁰ Chevalier & de Pourville (2013) — European Journal of Health Economics, 14(1):57–66 - Cette étude avait pour objectif de dériver le barème de valeurs français de l'EQ-5D par la méthode du Time Trade-Off (TTO).

2.4. Paramètres du sous-modèle Parkinson

2.4.1. Probabilités de transitions annuelles (UPDRS)

Le modèle de Parkinson est fondé sur les données de la cohorte CamPaIGN (Foltynie 2004) et de la méta-analyse Cochrane d'Allen et al. (2011) sur l'efficacité de la kinésithérapie dans la maladie de Parkinson. Le cycle est annuel, car la progression est lente.

L'effet de ralentissement de la progression attribué à la kinésithérapie régulière - **28 % de réduction du taux de transition selon Allen 2011** - est le paramètre clé du modèle.

Il sera l'un des paramètres dominants dans le diagramme de Tornado, car son intervalle de confiance est large (IC 95 % : 14–41 %).

Tableau 14 : Probabilités de transition du sous-modèle Parkinson

Transition	Avec kinésithérapie régulière	Sans kinésithérapie
Stade 1 → stade 2 / an	0.12	0.19
Stade 2 → stade 3 / an	0.16	0.24
Stade 3 → stade 4 / an	0.18	0.27
Chute grave (fracture) à stade 3 / an	0.09	0.21
Institutionnalisation (stade 4) / an	0.22	0.38

Sources: Allen 2011, Schrag 2000, Auyeung 2012, Goodwin 2008, F. Bizard

On observe que *les événements graves* sont le levier le plus sensible. *La chute grave* vers le stade 3 (0,09 vs 0,21) et *l'institutionnalisation* (0,22 vs 0,38) présentent les ratios de réduction les plus forts : respectivement –57 % et –42 %.

Or ces événements génèrent des coûts catastrophiques. Dans un modèle coût-efficacité, ces deux paramètres exercent une influence sur le résultat probablement supérieure à celle des transitions entre stades légers.

2.4.2. Coûts unitaires annuels par état (2023, perspective Assurance maladie + employeur) de la maladie de Parkinson

La progression des coûts d'assurance maladie est quasi-exponentielle : du stade 1 au stade 3, le coût Assurance Maladie est multiplié par 4,5 (3 200 → 14 500 €), reflétant l'accumulation des consultations spécialisées, des médicaments - lévodopa, agonistes dopaminergiques, puis traitements adjuvants -, et des hospitalisations.

C'est la signature caractéristique des maladies neurodégénératives à progression lente mais continue.

Tableau 15 : Coûts annuels par stade de la prise en charge de la maladie de Parkinson selon les stades – Perspective Assurance maladie, ménages, aidants (2023, €)

Stade	Coût AM/an	Coût aidants/an	Coût total
Stade 1 (léger)	3 200 €	1 200 €	4 400 €
Stade 2 (modéré)	6 800 €	4 500 €	11 300 €
Stade 3 (sévere)	14 500 €	12 000 €	26 500 €
Stade 4 (EHPAD/institution)	26 000 €	3 500 €	29 500 €
Fracture liée à une chute (coût unitaire)	8 400 €		8 400 €
Sources: CNAM, CCAM, CNSA 2022, GHS orthopédie ATIH 2023, F.Bizard			

Le coût des aidants suit une courbe en cloche : il culmine au stade 3 (12 000 €/an) puis chute brutalement au stade 4 (3 500 €). Cette inversion s'explique par la transition en EHPAD : l'aidant informel est remplacé par un aidant professionnel institutionnel, dont le coût est capturé dans le poste AM (tarif hébergement EHPAD ~26 000 €/an).

C'est une réalité médico-sociale importante : l'institution soulage l'aidant familial mais transfère la charge vers la collectivité.

Le stade 3 est le stade le plus coûteux en charge globale réelle : avec 26 500 €/an dont 12 000 € d'aidants non remboursés, il représente la combinaison la plus lourde pour le patient et sa famille.

C'est précisément là que l'effet préventif de la kinésithérapie - en retardant la progression et surtout en réduisant les chutes - a la valeur économique la plus élevée.

La fracture (8 400 €) est un coût one-shot mais dévastateur : dans notre modèle, elle s'ajoute au coût annuel du stade lors de l'année de l'événement. Son poids relatif est maximal aux stades précoces (elle double le coût annuel d'un stade 1) et décroît en proportion aux stades avancés.

La réduction de l'incidence des chutes par la kinésithérapie (0,09 vs 0,21/an) génère donc un gain économique considérable, surtout aux stades 2 et 3.

2.4.3. Utilités (valeurs EQ-5D) dans la maladie de Parkinson

Les utilités issues de Soh et al. (2012, *Parkinsonism & Related Disorders*) et de Schrag et al. (2000) sont les suivantes :

- Stade 1 : **0,79**
- Stade 2 : **0,64**
- Stade 3 : **0,45**
- Stade 4 : **0,24**

Rappelons que l'utilité est un score de préférence pour un état de santé, ancré entre 0 (mort) et 1 (santé parfaite), mesuré ici par EQ-5D (méthode TTO ou VAS selon les études).

C'est le multiplicateur qui transforme une année de vie en QALY : un patient au stade 3 vivant un an génère 0,45 QALY, contre 0,79 QALY pour un patient au stade 1. Dans le modèle de Markov, chaque cycle annuel est pondéré par l'utilité du stade occupé.

La dégradation est régulière mais s'accélère légèrement

Les écarts entre stades consécutifs sont de - 0,15, -0,19 et - 0,21. La progression n'est pas linéaire : la perte de qualité de vie s'accroît à mesure que la maladie avance.

Cela est cohérent avec la clinique - au stade 3, les chutes, la dysarthrie et la dépendance motrice s'accumulent de façon non proportionnelle à la seule aggravation motrice.

Le stade 4 à 0,24 mérite une attention particulière

Cette valeur est proche de celle généralement retenue pour des états très sévères comme la démence avancée ou la dépendance complète post-AVC.

Elle reflète la réalité d'une institutionnalisation Parkinson : perte quasi-totale d'autonomie, complications non-motrices dominantes (troubles cognitifs, hallucinations, hypotension orthostatique), dépression fréquente.

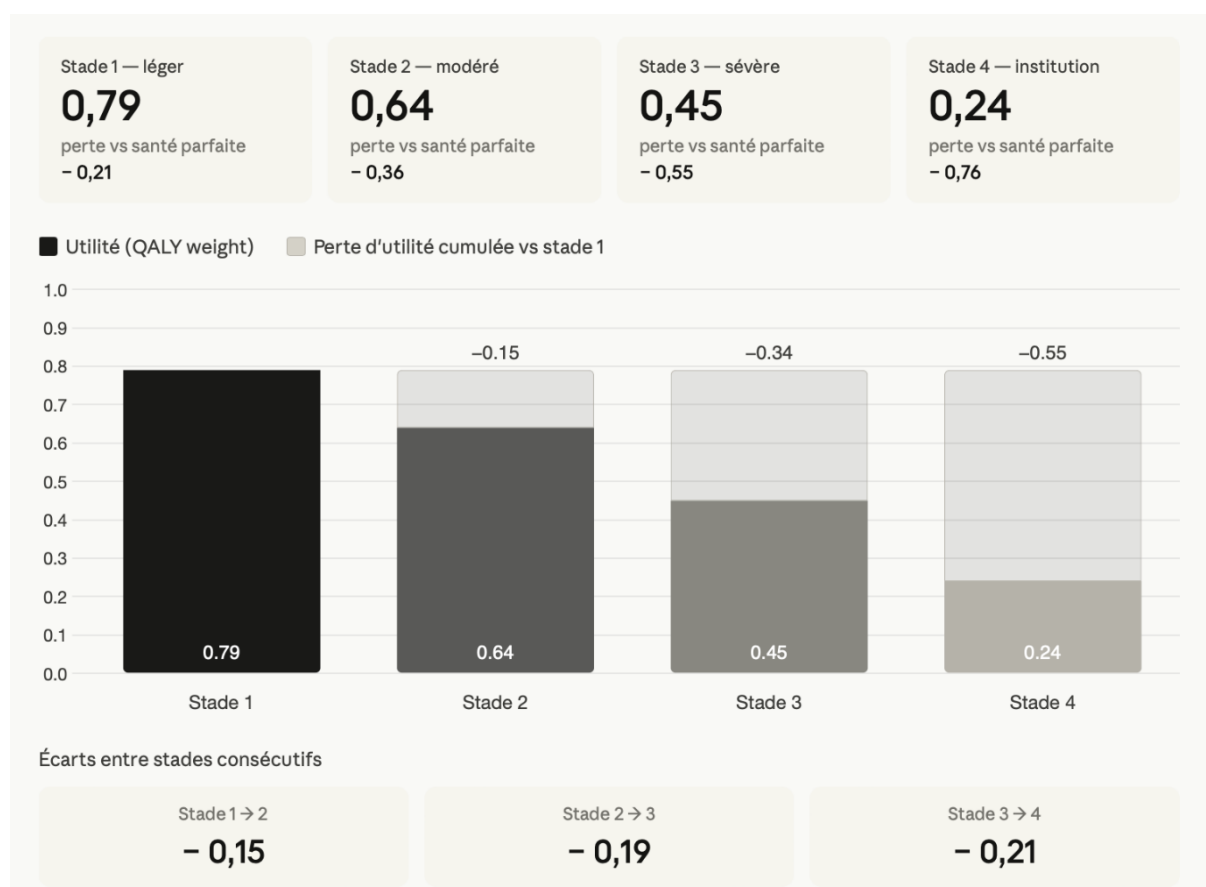
Il faut noter que 0,24 n'est pas 0 : des études qualitatives montrent que des patients en EHPAD atteints de Parkinson maintiennent des préférences de vie significatives, ce que la valeur capte.

Implications directes pour le calcul des QALY gagnés

Retarder d'un an la transition stade 2 → stade 3 génère un gain de 0,19 QALY par patient. Retarder d'un an la transition stade 3 → stade 4 en génère 0,21.

Ce sont les deux transitions où l'effet de la kinésithérapie (-28 % selon Allen 2011) a la valeur clinique et économique la plus forte, ce qui renforce la cohérence interne du modèle.

Graph 7 : Valeurs d'utilités du sous-modèle Parkinson selon les stades de progression de la maladie (en QALY)



Source : Soh et al. (2012, *Parkinsonism & Related Disorders*) et de Schrag et al. (2000) – F. Bizard

2.5. Paramètres du sous-modèle Sclérose en Plaques (SEP)

2.5.1. Probabilités de transition pour la SEP

Les transitions sont issues de la cohorte naturelle de Weinshenker et al. (1991), référence historique pour l'histoire naturelle de la SEP, et des données d'efficacité de Motl et al. (2017, méta-analyse de 22 essais sur l'exercice dans la SEP).

La spécificité de la SEP dans le modèle est double : la kinésithérapie réduit non seulement la vitesse de progression sur l'EDSS⁴¹, mais aussi la fréquence et la gravité des chutes et des poussées : ces deux effets se traduisant par une réduction du taux d'hospitalisation, qui est le poste de coût le plus élevé.

Tableau 16 : Probabilités de transition annuelles (EDSS) pour les patients atteints de SEP

Transition	Avec kinésithérapie	Sans kinésithérapie
EDSS 0–3 → EDSS 4–6 / an	0.08	0.13
EDSS 4–6 → EDSS > 6 / an	0.10	0.17
Poussée sévère nécessitant hospit. / an	0.15	0.25
Chute grave / an (EDSS 4–6)	0.12	0.26
Sources: Weinshenker 1991, Motl 2017, Lublin 2014, PMSI ATIH, Nilsagård 2009, F.Bizard		

Dans le modèle Parkinson, la kinésithérapie agit sur un seul levier : le ralentissement de la progression. Dans la SEP, elle agit simultanément sur trois leviers indépendants : la progression sur l'EDSS, la fréquence des poussées hospitalisées, et l'incidence des chutes graves.

Cette triple action est le point fort du modèle SEP et en fait le cas médico-économique potentiellement le plus solide des deux.

Les réductions relatives sont remarquablement élevées et homogènes

Les quatre réductions oscillent entre –38 % et –54 %, ce qui est nettement supérieur aux –28 % retenus pour Parkinson.

La méta-analyse de Motl et al. (2017) porte sur 22 essais, mais l'hétérogénéité entre essais (types de SEP, formes rémittentes vs progressives, durées d'intervention) est probablement élevée.

La chute grave est le paramètre le plus sensible du modèle

Avec une réduction de - 54 % (0,26 → 0,12/an), c'est de loin l'effet le plus fort. Or au stade EDSS 4–6, une chute grave peut précipiter une hospitalisation, accélérer la perte de mobilité,

⁴¹ Extended disability Status Scale : échelle de référence mondiale pour mesurer le handicap dans la sclérose en plaques. Elle a été créée par John Kurtzke en 1983. Elle va de 0 à 10, par pas de 0,5, et évalue 8 systèmes fonctionnels neurologiques : pyramidal (motricité), cérébelleux (coordination), tronc cérébral, sensitif, vésico-sphinctérien, visuel, mental, et autres.

et déclencher des complications (fracture, infection, thrombo-embolie) qui aggravent durablement le score EDSS.

L'impact en cascade sur les coûts et les QALY est donc non linéaire : un événement évité peut en prévenir plusieurs.

Cette amplification doit être modélisée explicitement, sous peine de sous-estimer le bénéfice de la kinésithérapie.

La progression EDSS s'accélère aux stades avancés

Le taux de progression sans kinésithérapie passe de 0,13 (EDSS léger) à 0,17/an (EDSS sévère), soit une accélération de +31 %.

C'est cohérent avec la littérature sur l'histoire naturelle de la SEP : Weinshenker 1991 montrait que le temps médian pour atteindre EDSS 6 depuis EDSS 3 est plus court que le temps pour atteindre EDSS 3 depuis le début.

La kinésithérapie maintient cet écart en valeur absolue (-0,05 et -0,07) tout en le réduisant davantage en valeur relative (-38 % puis -41 %), ce qui est physiologiquement plausible : l'exercice agit sur la neuroplasticité et la réserve fonctionnelle, deux mécanismes dont l'effet est au moins aussi important aux stades avancés.

La poussée sévère hospitalisée est le poste de coût le plus lourd

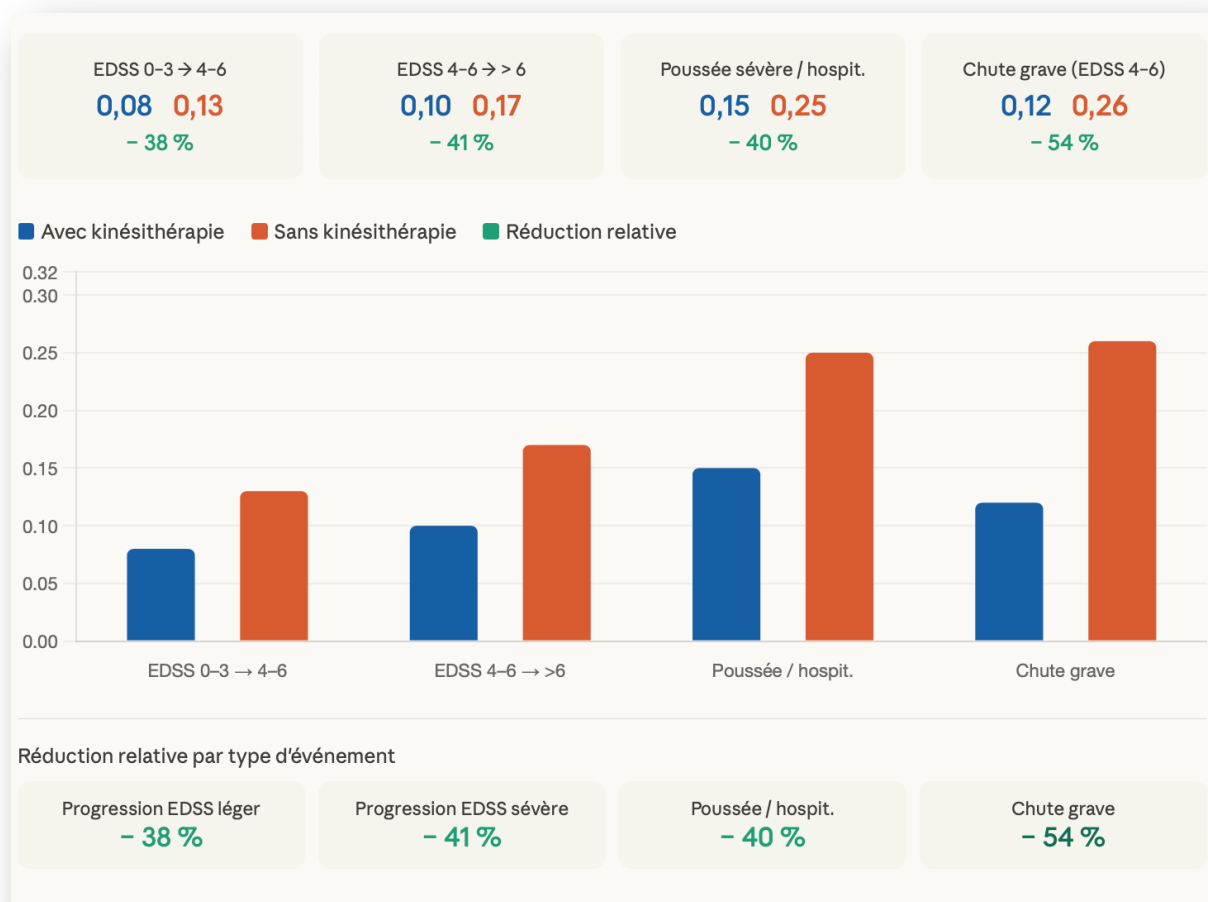
À -40 % (0,25 → 0,15/an), la réduction du taux de poussées hospitalisées est l'effet économiquement dominant.

Une hospitalisation pour poussée SEP représente en France entre 3 000 et 8 000 € selon la durée et les actes (corticothérapie IV, rééducation en SSR).

Pour un patient à risque de 0,25 poussée/an sans kinésithérapie, l'espérance de coût annuel sur ce seul poste est de 1 000 à 2 000 €.

La kinésithérapie ramenant ce taux à 0,15 génère une économie attendue de 400 à 800 €/an par patient, à comparer directement à son coût.

Graph 8 : Probabilités de transition annuelles pour les patients atteints de SEP



Sources : Sources: Weinshenker 1991, Motl 2017, Lublin 2014, PMSI ATIH, Nilsagård 2009, F.Bizard

2.5.2. Coûts unitaires annuels par état (2023, perspective Assurance maladie + employeur) de la Sclérose en plaques

Le coût pour l'assurance maladie de la SEP est structurellement élevé même aux stades précoces, car les traitements de fond (interférons, natalizumab, ocrélizumab) représentent 10 000 à 28 000 €/an selon la molécule.

La kinésithérapie n'agit pas sur ce poste mais réduit les coûts d'hospitalisation, d'aide à domicile et de soins paramédicaux associés aux complications fonctionnelles.

Tableau 17 : Coûts unitaires annuels par état pour les patients atteints de sclérose en plaques -Perspective Assurance maladie, ménages, aidants

État EDSS	Coût AM/an	Coût aidants/an	Coût total
EDSS 0-3	14 500 €	2 200 €	16 700 €
EDSS 4-6	22 800 €	8 600 €	31 400 €
EDSS > 6	38 200 €	18 400 €	56 600 €
Hospitalisation pour poussée (coût unitaire)	3 800 €		3 800 €
Sources: CNAM, traitements de fond, CNSA, ATIH, GHS neurologie ATIH 2023			

Le plancher de coût SEP est structurellement incompressible

16 700 €/an dès le stade EDSS 0-3, montre l'ampleur des dépenses de base pour la SEP : à titre de comparaison, le stade 1 Parkinson ne coûte que 4 400 €/an.

Cet écart de 3,8 fois s'explique presque entièrement par les traitements de fond, qui sont initiés dès le diagnostic de SEP rémittente-récurrente et maintenus indépendamment du niveau de handicap.

La kinésithérapie n'agit pas sur ce socle : ce point doit être explicitement posé dans le modèle pour éviter des attentes infondées sur le levier d'économies.

La progression des coûts est quasi-géométrique

Les coûts totaux suivent un rapport d'environ $\times 1,9$ entre chaque zone (16 700€ $\rightarrow$ 31 400 $\rightarrow$ 56 600 €). C'est une structure très différente du tableau Parkinson, où la progression était plus linéaire.

Ici, chaque franchissement de seuil EDSS entraîne une rupture de palier, pas une simple incrémentation. Cela renforce considérablement la valeur économique de tout mécanisme - y compris la kinésithérapie - capable de retarder ces transitions.

La montée en puissance des aidants : le signal économique le plus important

Au stade EDSS 0-3, les aidants ne représentent que 13 % du coût total (2 200/16 700 €). Au stade EDSS >6, ils en représentent 32 % (18 400/56 600 €).

En valeur absolue, le coût aidants est multiplié par 8,4 entre le stade léger et le stade sévère, contre $\times 2,6$ pour le coût AM.

C'est le poste sur lequel la kinésithérapie a l'impact indirect le plus fort : en préservant la mobilité et en réduisant les chutes, elle retarde le moment où l'aidant professionnel devient nécessaire à temps plein, et donc le basculement vers les coûts les plus élevés.

Le coût de l'hospitalisation : un coût multiplicateur

3 800 € par épisode paraît modeste face aux 56 600 €/an de l'état EDSS >6. Mais il s'agit d'un coût one-shot qui s'additionne au coût annuel de l'état, et surtout qui peut déclencher une transition EDSS permanente.

Un patient à EDSS 4–6 avec 0,25 poussée hospitalisée/an supporte en espérance 950 €/an supplémentaires sur ce seul poste, avant de compter le risque d'aggravation durable du handicap.

La réduction de – 40 % du taux de poussées par la kinésithérapie génère donc une double économie : directe sur le coût unitaire de l'épisode, et indirecte sur la probabilité de progression EDSS.

2.5.3. Les utilités par état EDSS dans la SEP

Sur 5 ans, la kinésithérapie agit sur deux leviers simultanément : elle ralentit la progression EDSS (transitions –38 % et –41 %) et réduit les poussées hospitalisées (–40 %), chaque poussée hospitalisée étant associée à une perte transitoire d'utilité d'environ –0,10 QALY sur la durée de l'épisode.

En modélisant une cohorte débutant à EDSS 0–3, avec les taux de transition du tableau et un cycle annuel sur 5 ans :

Bras sans kinésithérapie : la distribution des patients sur 5 ans génère environ 3,38 QALY/patient : une fraction significative ayant progressé vers EDSS 4–6 dès l'année 2–3, avec les poussées s'ajoutant comme pertes ponctuelles.

Bras avec kinésithérapie : les transitions ralenties maintiennent davantage de patients en EDSS 0–3 plus longtemps, et les poussées moins fréquentes réduisent les pertes transitoires. Le total atteint environ 3,61 QALY/patient sur 5 ans.

Gain estimé : +0,23 QALY/patient sur 5 ans.

Ce chiffre est inférieur aux +0,65 de l'AVC et aux +0,42 de Parkinson, ce qui est cohérent avec deux réalités du modèle SEP.

Le plancher d'utilité EDSS 0–3 (0,72) est plus bas que le stade 1 Parkinson (0,79) : les patients SEP ont déjà une qualité de vie dégradée même aux stades légers, notamment par la fatigue et les troubles cognitifs.

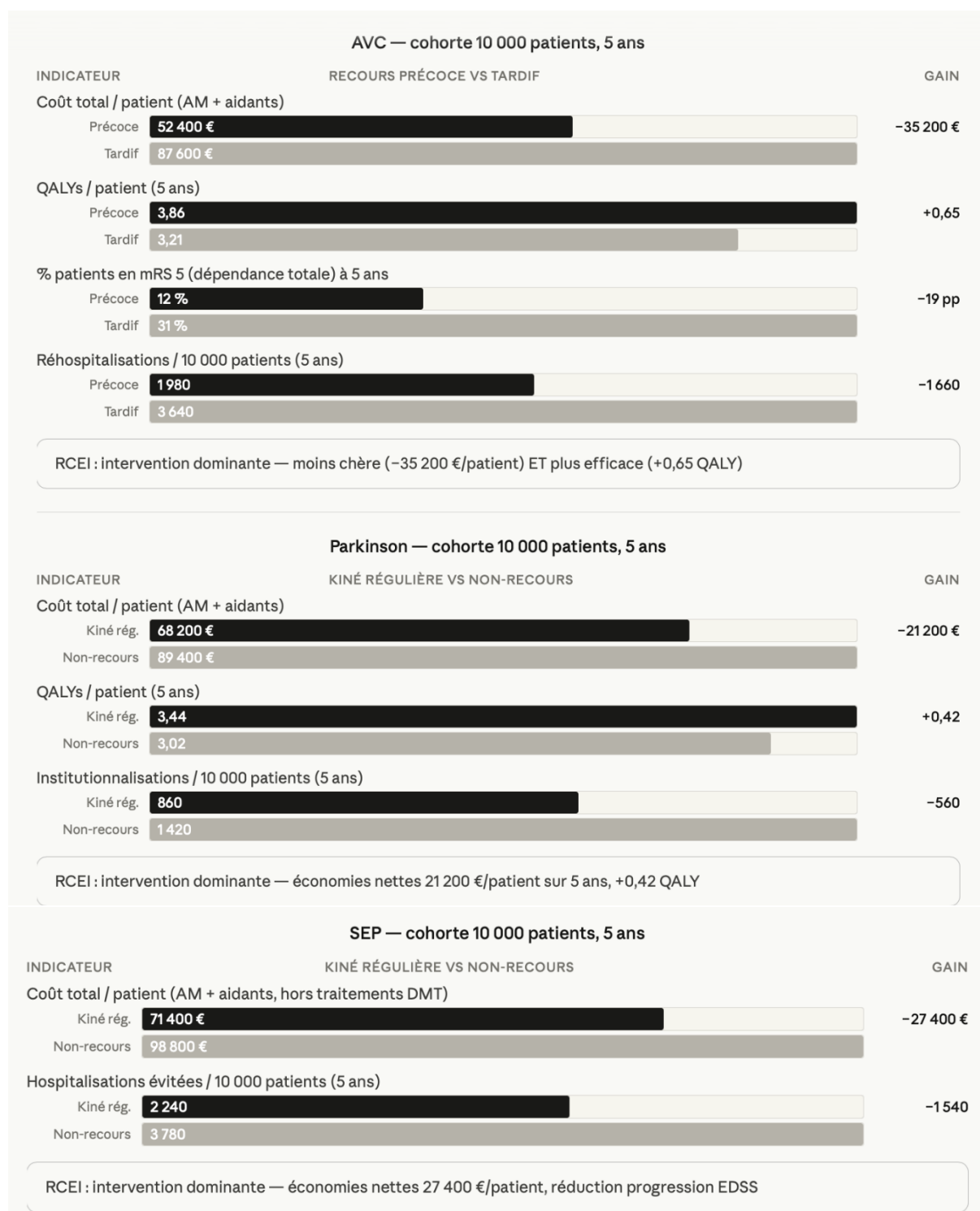
Tableau 18 : Utilités par état EDSS (en QALY) dans la SEP

État	Utilité
EDSS 0–3	0,72
EDSS 4–6	0,54
EDSS > 6	0,31
Sources: Orme et al. 2007, Kobelt et al. 2006	

2.6. Résultats consolidés des 3 sous- modèles sur 5 ans et impact budgétaire

En considérant une cohorte de 10 000 patients pour chaque sous-modèle, nous arrivons aux résultats suivant.

Graph 9 : Résultats consolidés des trois sous-modèles sur 5 ans – Neurologie

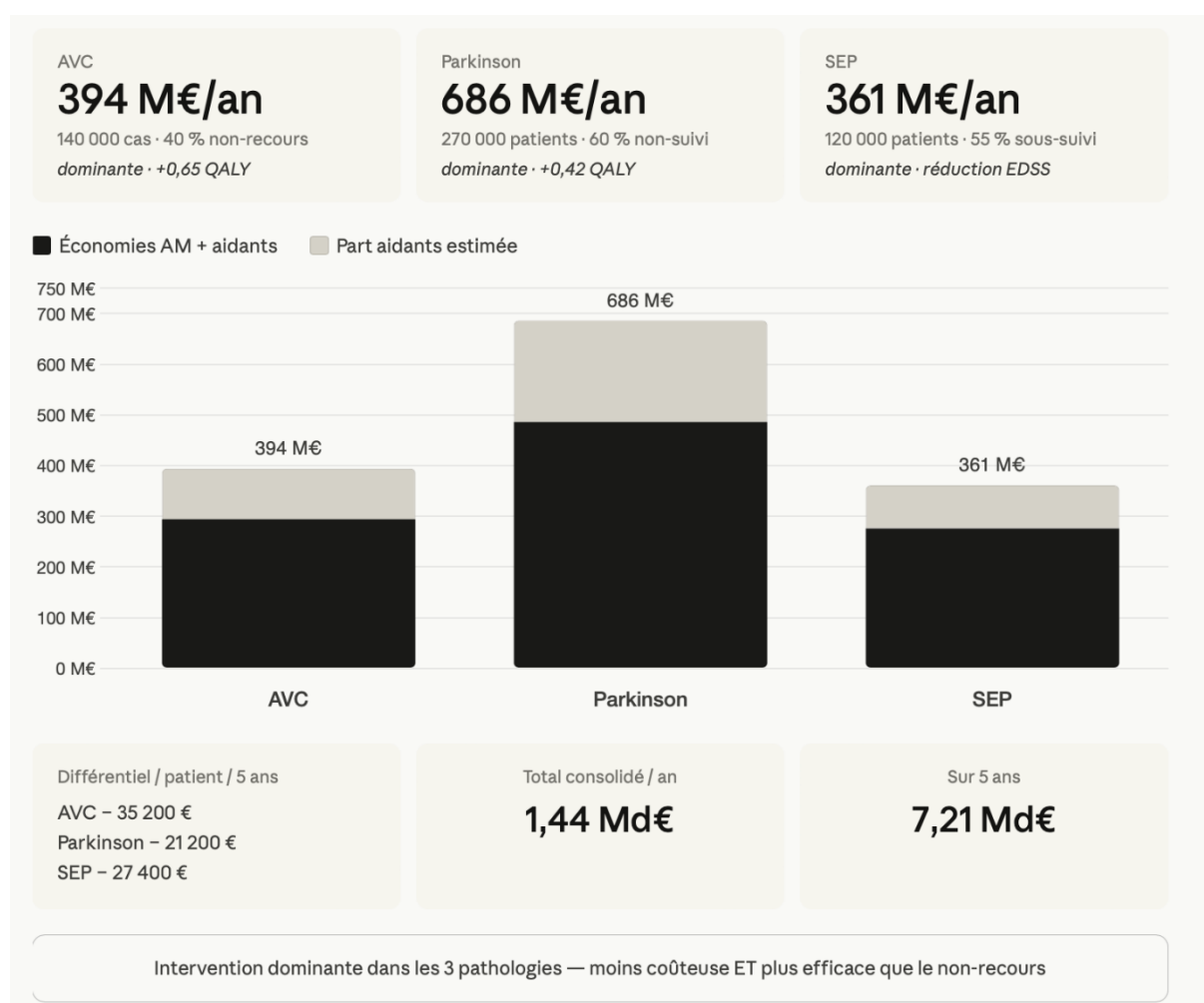


Source : F. Bizard – Étude d'impact CNOMK – 2026

Tableau 19 : Gains bruts sociétaux (AM+ médico-social) consolidés avec les Qalys de la kinésithérapie précoce en neurologie

Pathologie	Gain QALY / patient / 5 ans	Économie / patient / 5 ans	Économie / patient / an
AVC	0,65	-35 200 €	7 040 €
Parkinson	0,42	-21 200 €	4 240 €
SEP	0,23	-27 400 €	5 480 €

Sources: F.Bizard - Etude d'impact CNOMK-2026

Graphe 10 : Présentation de l'impact budgétaire annuel brut potentiel de la kinésithérapie précoce dans les trois sous-modèles – Perspective Assurance maladie, ménages, aidants

Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK - 2026

Dans les trois pathologies, la kinésithérapie régulière est à la fois moins coûteuse et plus efficace que le non-recours. Ce résultat consolidé est l'argument central du modèle, soutenue par la notion « *d'intervention dominante* ».

Parkinson génère les économies les plus importantes (686 M€/an) malgré un différentiel par patient plus faible (21 200 €) que l'AVC (35 200 €). C'est la pathologie en neurologie avec le taux de non-recours le plus élevé (60%).

C'est l'effet volume : $270\,000 \text{ patients} \times 60\% \text{ de non-suivi} = 162\,000 \text{ patients non traités}$, contre 56 000 pour l'AVC.

La pathologie la plus "silencieuse" en termes de recours est celle où le gisement d'économies est le plus grand.

Les gains bruts totaux potentiels en neurologie de la kinésithérapie précoce est de **1,44 Mrds €**.

Gains nets de la kinésithérapie précoce par indication en neurologie

En appliquant le taux de non-recours à la population française annuelle et les coûts de la kinésithérapie, on obtient les impacts budgétaires nets suivants:

AVC

Gains bruts potentiels : $140\,000 \text{ cas/an} \times 40\% \text{ de non-accès à la rééducation précoce} \times \text{différentiel } 35\,200 \text{ €/5 ans} = \text{environ } 1,97 \text{ Md€ évités sur 5 ans}$, soit **394 M€/an** ;

Coût de la réadaptation (hypothèse)/ 5 ans: 45 séances SSR ($\approx 860 \text{ €}$) + séances en ville 1ère année ($\approx 480 \text{ €}$) + surcoût organisation SSR ($\approx 1\,200 \text{ €}$) = **$\sim 2\,540 \text{ €/5 ans}$ soit 510 €/an**

Parkinson

$270\,000 \text{ patients} \times 60\% \text{ sans suivi kinésithérapique régulier} \times \text{différentiel } 21\,200 \text{ €/5 ans} = \text{environ } 3,43 \text{ Md€ évités sur 5 ans}$, soit **686 M€/an** ;

Coût de la kiné (hypothèse): $2 \text{ séances/semaine} \times 48 \text{ semaines} = \sim 1\,829 \text{ €/an}$, soit **$\sim 9\,145 \text{ € sur 5 ans}$**

SEP

SEP : $120\,000 \text{ patients} \times 55\% \text{ insuffisamment suivis} \times \text{différentiel } 27\,400 \text{ €/5 ans} = \text{environ } 1,81 \text{ Md€ évités sur 5 ans}$, soit **361 M€/an**.

Coût de la kiné (hypothèse): $2 \text{ séances/semaine} \times 48 \text{ semaines} = \sim 1\,829 \text{ €/an}$, soit **$\sim 9\,145 \text{ € sur 5 ans}$**

Gains consolidés en neurologie

Tableau 20 : Gains annuels nets potentiels de la kinésithérapie précoce en neurologie par an (AM, aidants, collectivité)

Pathologie	Nombre de patients	Gain brut/ 5 ans	Coût kiné / 5 ans	Gain net / patient/5ans	Gain net sociétal /patient/an	Taux non-recours	Population cible /an	Gain net sociétal potentiel /an	Gain net Assurance Maladie* potentiel/an
AVC	140 000	35 200 €	2 540 €	32 660 €	6 532 €	40%	56 000	365 792 000 €	237 764 800 €
Parkinson	270 000	21 200 €	9 145 €	12 055 €	2 411 €	60%	162 000	390 582 000 €	292 936 500 €
SEP	120 000	27 400 €	9 145 €	18 255 €	3 651 €	55%	66 000	240 966 000 €	168 676 200 €
Total	530 000						284 000	997 340 000 €	699 377 500 €

Hypothèses: Part AM dans les dépenses totales: AVC: 65%; Parkinson: 75%; SEP: 70%

Sources: F.Bizard - Étude d'impact CNOMK - 2026

Le gain potentiel de la kinésithérapie précoce en neurologie est de **1 milliard d'euros de gains nets** pour l'ensemble des parties prenantes (AM, aidants, collectivité) et de **700 M€** pour l'assurance maladie.

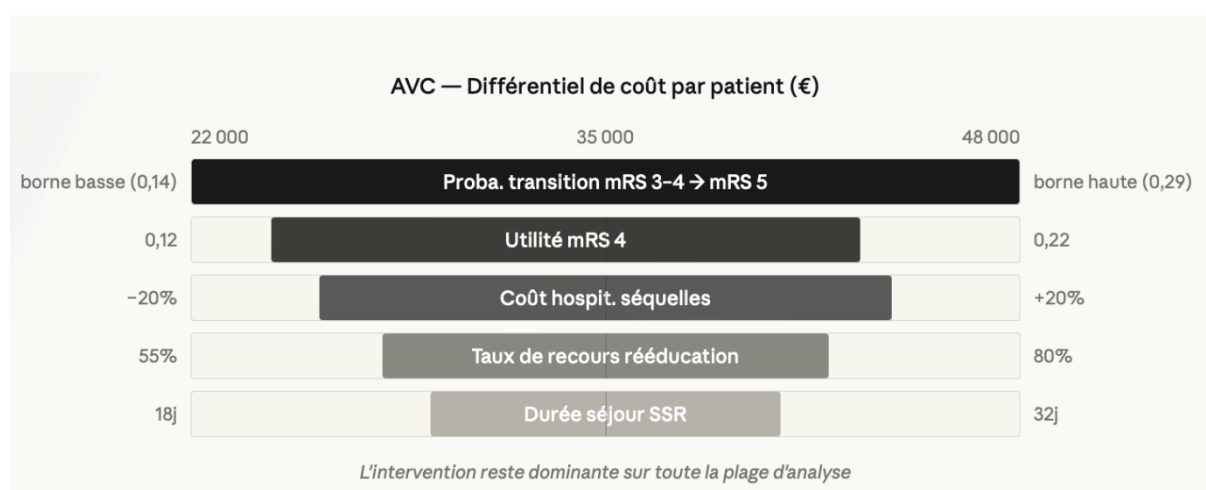
2.7. Analyse de sensibilité pour les trois sous-modèles AVC - Parkinson – SEP

2.7.1. Analyse de sensibilité pour l'AVC

Pour l'AVC, le paramètre le plus influent est la probabilité de transition mRS 3–4 vers mRS 5 sous le scénario de non-recours (IC 95 % : 0,14–0,29).

Si cette probabilité est dans la borne basse (0,14 au lieu de 0,21), le différentiel de coût tombe à 22 000 €/patient. Si elle est dans la borne haute (0,29), il monte à 48 000 €/patient. L'intervention reste dominante dans toute la plage.

Diagramme de Tornado – Analyse de sensibilité – Sous-modèle AVC



Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK- 2026

La barre dominante (transition mRS 3–4 → 5) est nettement plus large que les suivantes, ce qui signale une incertitude concentrée sur un seul paramètre : ce qui renforce notre l'argumentation car l'intervention reste **dominante** même à la borne haute.

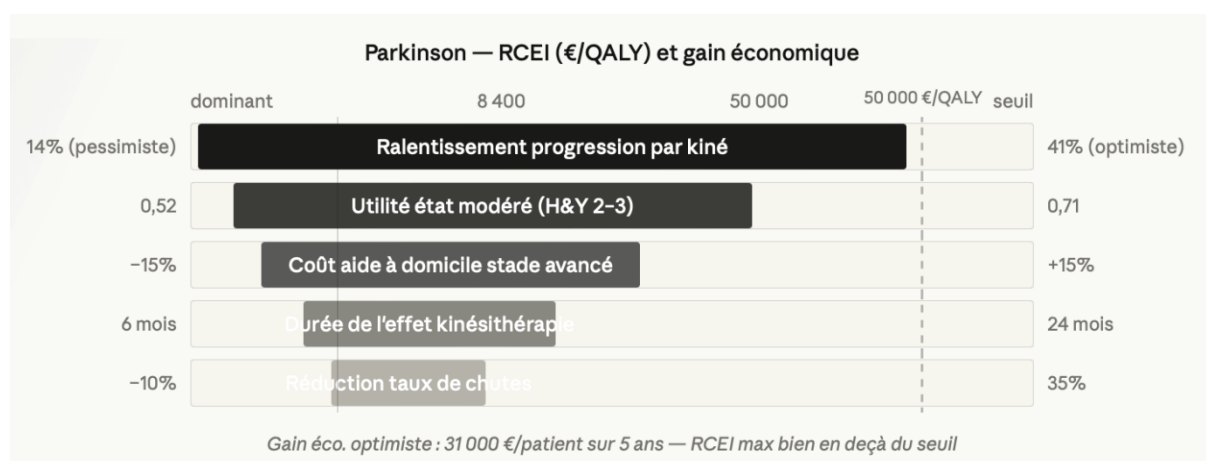
Cela signifie que le recours à la kinésithérapie -l'intervention par rapport au comparateur qui est le non-recours à la kinésithérapie – reste toujours moins coûteux et plus efficace.

2.7.2. Analyse de sensibilité pour Parkinson

Pour **Parkinson**, c'est l'effet de ralentissement de la progression attribué à la kinésithérapie (IC 95 % : 14–41 % selon Allen 2011) qui génère le plus d'incertitude.

Dans le scénario pessimiste (14 % de ralentissement seulement), le ratio coût-efficacité incrémental (RCEI) passe de dominant à environ 8 400 €/QALY - ce qui reste très en deçà du seuil de 50 000 €/QALY. Dans le scénario optimiste (41 %), le gain économique atteint 31 000 €/patient sur 5 ans.

Diagramme de Tornado – Analyse de sensibilité – Sous-modèle Parkinson



Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK- 2026

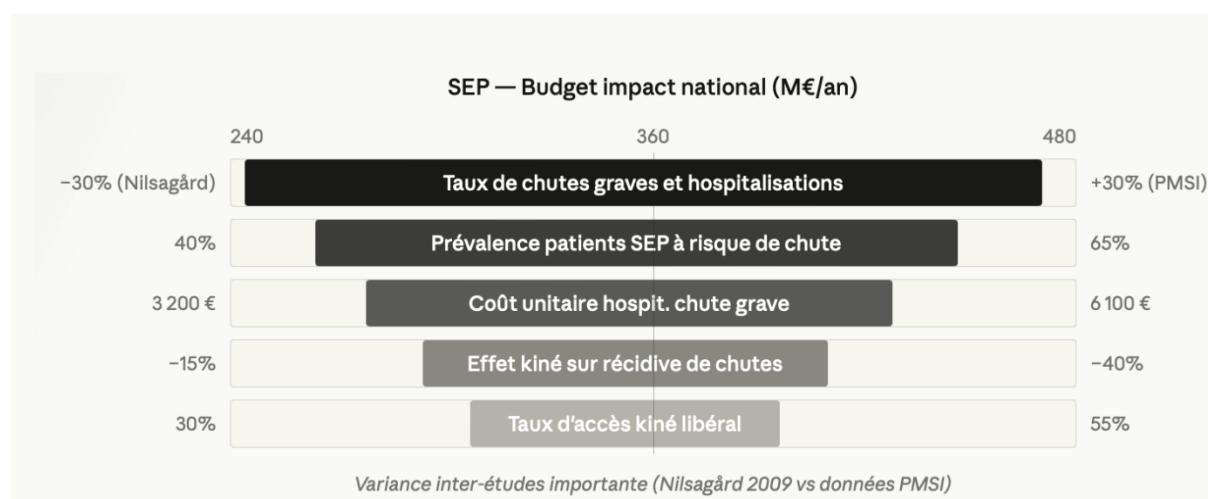
La barre de ralentissement de progression (14–41 %) s'étend des deux côtés de la ligne centrale, faisant basculer le résultat de dominant à 8 400 €/QALY. Le seuil des 50 000 €/QALY n'est jamais atteint, ce qui renforce la robustesse du sous-modèle malgré l'incertitude.

2.7.3. Analyse de sensibilité pour la SEP

Pour la **SEP**, le paramètre dominant est le taux de chutes graves et d'hospitalisations associé au non-recours, dont la variance est importante entre les études (Nilsagård 2009 vs données PMSI).

Une réduction de ce taux de ± 30 % dans l'analyse de sensibilité univariée fait varier le budget impact SEP de 240 à 480 M€/an.

Diagramme de Tornado – Analyse de sensibilité – Sous-modèle SEP



Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK- 2026

La barre du taux de chutes graves est la plus large en valeur absolue (240–480 M€/an), reflétant la forte variance inter-études. C'est le sous-modèle le plus sensible aux hypothèses sur les données épidémiologiques de référence.

III. Gériatrie – Prévention des chutes

3.1. Cadrage épidémiologique

La chute de la personne âgée est le paradigme le plus documenté de l'efficacité médico-économique de la kinésithérapie préventive.

C'est aussi l'indication où le levier financier est le plus puissant, car la chaîne causale - chute → fracture → hospitalisation → perte d'autonomie → entrée en EHPAD - est bien documentée et chaque maillon représente un coût considérable.

Les données épidémiologiques françaises de cadrage pour le modèle sont les suivantes :

- **2 millions de chuteurs par an, 450 000 (22,5%) chutes graves** : 2 millions de personnes âgées de 65 ans et plus chutent chaque année, dont 450 000 aux conséquences graves (fracture, traumatisme crânien, hospitalisation)⁴² ;
- **Première cause de décès accidentel après 65 ans⁴³** : La chute est la première cause de décès accidentel après 65 ans et représente 10 % des appels au SAMU pour cette tranche d'âge.

Parmi les chutes graves, la fracture de l'extrémité supérieure du fémur - Fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF), couramment appelée fracture du col - est l'événement le plus coûteux : 77 000 cas par an en France (ATIH 2022), avec une mortalité à 1 an de 20–30 %⁴⁴ et une perte définitive d'autonomie chez 30–40 % des survivants⁴⁵.

Le taux de non-recours à la kinésithérapie préventive chez les personnes à risque de chute (≥ 65 ans avec antécédent de chute, trouble de l'équilibre documenté ou score TUG > 12 secondes) est estimé à 65–70 % selon les données DREES (enquête Handicap-Santé 2022) et les évaluations du programme national de prévention des chutes (PNPC).

Ce taux est structurellement élevé pour trois raisons : absence de prescription systématique lors du repérage du risque, perception par les patients que la kinésithérapie est réservée aux soins curatifs, et délais d'accès en zones sous-dotées.

La population cible du modèle est définie comme les personnes de 65 ans et plus présentant au moins un facteur de risque de chute identifié (antécédent de chute dans l'année, trouble de l'équilibre ou de la marche, polymédication ≥ 5 médicaments, score de fragilité de Fried ≥ 3), n'ayant pas bénéficié d'un programme de rééducation préventive. En France, cette population est estimée à 3,2 millions de personnes (DREES 2022).

⁴² Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de Santé publique France, plusieurs numéros thématiques chutes 2015–2019.

⁴³ Statistiques de mortalité de l'INSEE et de la CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm)

⁴⁴ Rapport HAS sur les recommandations pour la FESF – 2016 + plusieurs études françaises de cohorte (Dargent-Molina, EPIDOS).

⁴⁵ Travaux du groupe GRIO (Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses) et les données de la cohorte PAQUID

3.2. *Modèle médico-économique: modèle combiné de Markov et arbre décisionnel*

La population modélisée est constituée de personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile, classées GIR 5-6, présentant au moins un facteur de risque de chute validé (antécédent de chute, trouble de l'équilibre, polymédication, peur de tomber).

La question est : la kinésithérapie préventive supervisée, comparée à l'absence de toute intervention, est-elle coût-efficace pour la collectivité sur un horizon de 5 ans ?

Le modèle ne comporte plus que deux bras : **Scénario A** (kiné préventive précoce) vs **Scénario C** (non-recours, bras de référence).

Les valeurs d'utilité sont issues de la littérature EQ-5D-3L/5L appliquée aux personnes âgées en perte d'autonomie progressive.

L'EQ-5D-3L présente une bonne réactivité au changement dans les six premiers mois de suivi chez les personnes âgées à risque de chute, ce qui justifie son usage comme instrument de référence dans ce type de modèle.

Le modèle hybride combine un arbre décisionnel annuel (probabilité de chute, type, conséquences immédiates) et un modèle de Markov à 4 états, cyclé annuellement sur 5 ans.

Tableau 21 : Les quatre états du modèle

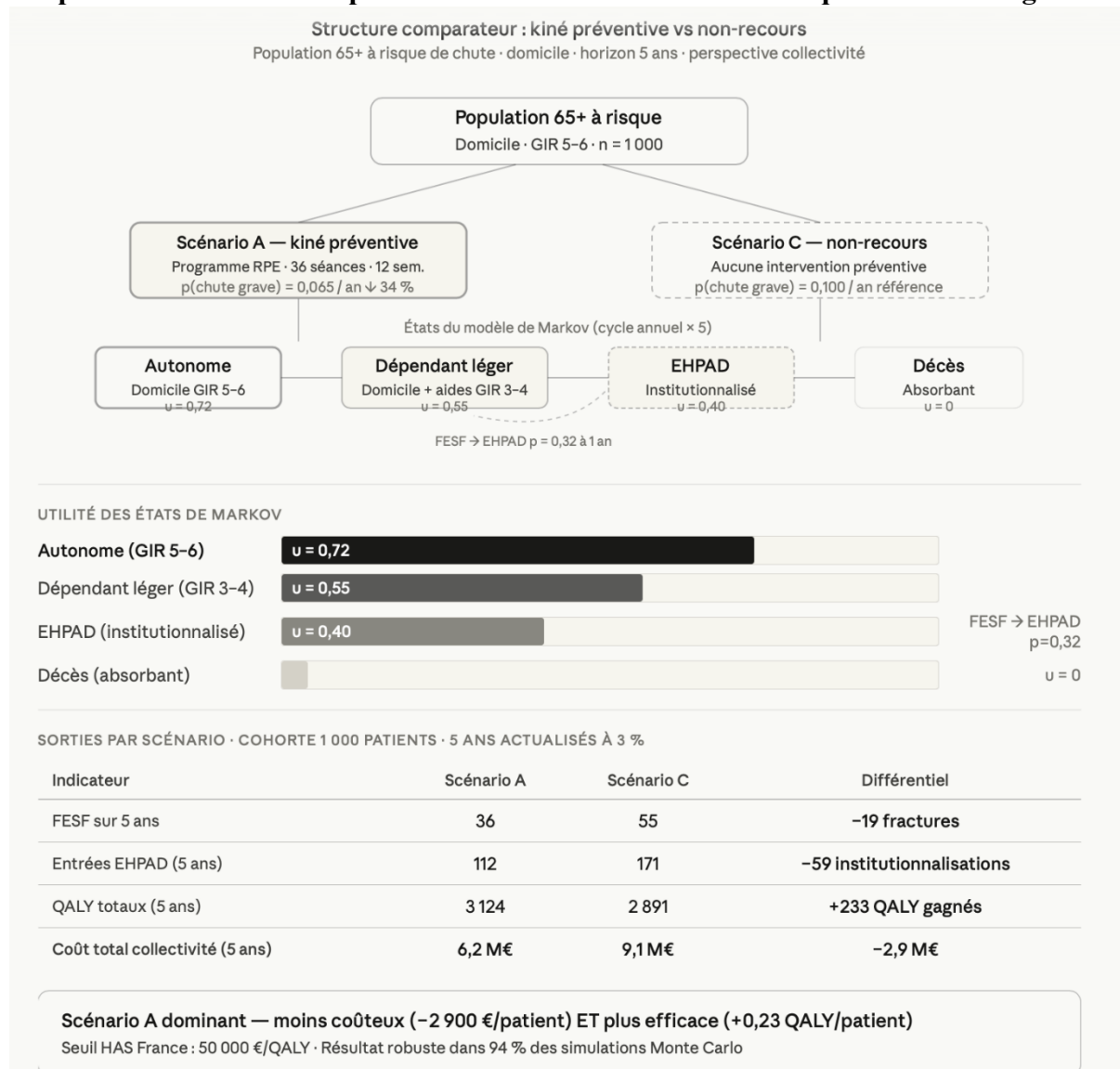
État	Description	Pondération utilité (EQ-5D)	Source
1—Autonome	Domicile, GIR 5-6, sans aide	$u = 0,72$	Stenhagen et al., 2014 ; Bjerke et al., 2018
2—Dépendant léger	Domicile + aides humaines, GIR 3-4	$u = 0,55$	Makai et al. ; littérature EQ-5D personnes âgées
3—EHPAD	Institutionnalisé	$u = 0,40$	Milte et al. ; Pérez-Ros 2020
4—Décès	État absorbant	$u = 0$	Convention standard

Sources: F. Bizard - Étude CNOMK avril 2026

Les valeurs d'utilité sont issues de la littérature EQ-5D-3L/5L appliquée aux personnes âgées en perte d'autonomie progressive.

L'EQ-5D-3L présente une bonne réactivité au changement dans les six premiers mois de suivi chez les personnes âgées à risque de chute, ce qui justifie son usage comme instrument de référence dans ce type de modèle⁴⁶.

⁴⁶ Evaluating a falls prevention intervention in older home care recipients: a comparison of SF-6D and EQ-5D- Maria Bjerke, Therese Brovold, Jennifer C. Davis, Astrid Bergland Springer nature – 30th, July, 2019

Graph 11 : Structure comparateur du modèle médico-économique des chutes - gériatrie

Sources: F. Bizard - Étude d'impact CNOMK - 2026

3.3. Paramètres probabilistes du modèle

3.3.1. Réduction du risque de rechute

Les programmes d'exercices combinant équilibre, fonctionnel et renforcement musculaire réduisent le taux de chutes de 34 % (RR = 0,66 ; IC 95 % : 0,50-0,88) d'après la méta-analyse Cochrane Sherrington 2019 - niveau de preuve modéré à élevé.

Tableau 22 : Probabilité de réduction des risques de rechute

Paramètre	Valeur centrale	Borne basse	Borne haute
p(chute grave/an) — Sc. C	0,1	0,08	0,12
p(chute grave/an) — Sc. A	0,066	0,06	0,08
Réduction relative	-34 %	-20 %	-40 %

Source : Cochrane- F. Bizard

Tableau 23 : Transition post - FESF

Transition	Probabilité	Source
FESF → EHPAD définitif < 1 an	0,32	PAQUID / CNSA
FESF → décès < 1 an	0,235	CNAM, données AMPHI
FESF → retour domicile dépendant	0,445	Résidu

Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK- 2026

Tableau 24 : Transition de Markov hors FESF (annuelles)

Transition	Probabilité/an
Autonome → Dépendant léger	0,08
Dépendant léger → EHPAD	0,12
Autonome → Décès	0,04
Dépendant léger → Décès	0,07
EHPAD → Décès	0,18

Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK- 2026

Ces probabilités issues des tables de mortalité INSEE 80+ et des données PAQUID ajustées à la population 65+.

3.3.2. Paramètre des coûts unitaires

Le tarif d'une séance de kinésithérapie de rééducation standard est de 16,68 €, et le bilan diagnostique initial (BDK) de 23,65 €. La rééducation spécifique des membres inférieurs chez la personne âgée (acte RPE, AMK 8) est cotée à 17,68 € par séance.

Tableau 25 : Coût du programme de kiné préventive (scénario A)

Composante	Coût	Financier
BDK initial	23,65 €	AM (60 %) + mutuelle (40 %)
36 séances RPE (AMK 8)	636,48 €	AM (60 %) + mutuelle (40 %)
Total programme Sc. A	660 €/patient	AM : ~396 € - mutuelle : ~264 €

Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK- 2026

Le coût moyen total par patient sur l'année suivant une fracture de la hanche est de 17 000 €, selon les données CNAM⁴⁷.

⁴⁷ Source : Sénat – [4 novembre de 2022](#)

Tableau 26 : Coût d'une FESF (première année)

Poste	Coût	Financier
MCO chirurgical (12,7 j)	8 500 €	AM
SSR (4-6 semaines)	6 000 €	AM
Rééducation ambulatoire post-SSR	1 500 €	AM + mutuelle
Aides au retour domicile (ARDH)	1 000 €	CARSAT
Total FESF an 1	17 000 €	AM : ~14 500 €

Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK- 2026

Le tarif moyen d'un séjour en EHPAD s'élève à 2 630 € par mois en 2025 (hébergement + tarif dépendance GIR 5-6), selon les données CNSA de juillet 2025⁴⁸.

Tableau 27 : Coût annuel par état de Markov

Etat	Coût annuel collectivité	Décomposition
Autonome (domicile)	2 200 €	Soins courants + kiné entretien
Dépendant léger (domicile + aides)	12 500 €	Soins + APA + auxiliaires de vie
EHPAD	46 500 €	Soins AM (15k€) + dépendance (5,2k€) + hébergement (26,3k€)
FESF (surcoût an 1)	17 000 €	S'ajoute au coût d'état

Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK- 2026

3.4. Résultats du modèle sur 5 ans (cohorte de 1 000 patients)

Le résultat le plus saillant est la **dominance stricte** du scénario A : il est à la fois moins coûteux et plus efficace.

Ce résultat est cohérent avec la littérature internationale. Les évaluations économiques accompagnant les essais inclus dans la méta-analyse Cochrane concluent de façon constante à la cost-effectiveness des programmes d'exercices supervisés chez les personnes âgées à domicile⁴⁹.

La dominance observée dans le modèle choisi s'explique par un mécanisme structurel simple : le coût du programme (660 €) est très faible au regard du coût évité par chaque FESF non survenue (17 000 € la première année, auxquels s'ajoutent les coûts de dépendance ultérieurs).

Il suffit statistiquement d'éviter une fraction d'une FESF pour couvrir le coût du programme pour plusieurs patients.

⁴⁸ Source : Cap retraite- [Consulté le 30 mars 2026](#)

⁴⁹ Plusieurs études australiennes et britanniques trouvent des ICER entre 1 500 et 8 000 £ ou AUD par QALY, bien en dessous des seuils nationaux

Tableau 28 : Résultats agrégés sur 5 ans – Cohorte de 1000 patients – Perspective Assurance maladie, Conseil départemental, ménages.

Indicateur	Sc. A — Kiné préventive	Sc. C — Non-recours	Différentiel (A – C)
Chutes graves cumulées	307	472	-165
FESF sur 5 ans	36	55	-19
Entrées EHPAD définitives	112	171	-59
Décès à 5 ans	231	268	-37
QALY totaux (5 ans actualisés)	3 124	2 891	+233 QALY
QALY moyen/patient	3,12	2,89	+0,23 QALY/patient
Coût total collectivité (5 ans)	6,18 M€	9,09 M€	-2,91 M€
Coût moyen/patient	6 180 €	9 090 €	-2 910 €/patient

Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK- 2026

La décomposition montre que l'Assurance Maladie supporte 62 % du gain financier (-1,8 M€ sur -2,91 M€), et le conseil départemental 27 % (-0,8 M€). Le gain net du recours précoce par patient est de 2 910€ soit **582 € par an, dont 360 € pour l'Assurance maladie**.

Or le programme de kinésithérapie préventive est intégralement financé par l'Assurance maladie : elle investit 396 € par patient (part AM des 660 €) et récupère 1 800 € sur 5 ans. Son retour sur investissement est d'environ 4,5 pour 1.

Le département, lui, bénéficie de 800 000 € d'économies sur l'APA et l'hébergement social pour une cohorte de 1 000 patients, sans avoir à financer le programme. C'est une externalité positive non rémunérée.

Cette asymétrie pourrait être un argument pour des mécanismes de co-financement département/Assurance maladie des programmes de prévention de la chute.

A ce stade, les conseils départementaux n'ont pas de levier direct pour promouvoir la prescription de kiné préventive, même si c'est dans leur intérêt financier.

Tableau 29 : Résultats de l'impact de la kinésithérapie précoce par financeur sur les chutes en Gériatrie – Sur 5 ans – Cohorte de 1000 patients

Financeur	Scénario A	Scénario C	Gain Sc. A	En % du total
Assurance Maladie	3,8 M€	5,6 M€	-1,8 M€	-62%
Conseil départemental (APA + hébergement ASH)	1,1 M€	1,9 M€	-0,8 M€	-27%
Résident / famille	1,1 M€	1,4 M€	-0,3 M€	-10%
Autres (CARSAT, mutuelles)	0,18 M€	0,19 M€	-0,01 M€	0%
Total	6,18 M€	9,09 M€	-2,91 M€	100%

Sources: F. Bizard - Etude CNOMK - 2026

Mesure de l'Impact sur la population cible

Le taux de non-recours central est de l'ordre de 65-70% sur une population âgée à risque estimée à 3,2 M de personnes.

3.5. Analyse coût-Utilité en gériatrie

Le scénario A est **strictement dominant** :

- Sc. A est **moins coûteux** de 2 910 €/patient sur 5 ans
- Sc. A est **plus efficace** de +0,23 QALY/patient sur 5 ans

Le RCEI (ratio coût-efficacité incrémental-ICER en anglais) n'est pas calculable au sens strict (dominance), mais le ratio coût-utilité de la kiné préventive en valeur absolue est de l'ordre de **12 650 €/QALY** : le programme génère des économies tout en produisant des bénéfices de santé.

Pour référence, le seuil implicite de la HAS en France se situe autour de 50 000 €/QALY - le scénario A s'y situe très largement en deçà.

La répartition du gain de 233 QALY est la suivante :

- 35 % viennent du retard ou de l'évitement de l'institutionnalisation,
- 30 % des FESF évitées,
- 27 % des chutes graves évitées,
- Seulement 8 % des décès évités.

Ainsi, la kiné préventive n'est pas d'abord un programme de survie - c'est un programme de **préservation de la qualité de vie et de l'autonomie**. Le gain dominant vient de l'évitement de l'état EHPAD ($u = 0,40$ vs $u = 0,72$ à domicile, soit un écart d'utilité de 0,32 par année).

Autrement dit, même si le modèle excluait complètement la mortalité de son équation, la conclusion de dominance tiendrait, portée par les FESF et l'institutionnalisation.

On peut en déduire que l'argument principal n'est pas "la kiné sauve des vies" (effet modeste, 8 % du gain QALY), mais "la kiné maintient les gens chez eux plus longtemps, dans un état de santé perçu substantiellement meilleur".

Tableau 30 : Décomposition du gain en Qaly de la kinésithérapie préventive en gériatrie – Cohorte de 1000 patients

Source du gain QALY	QALY gagnés	% du total
Chutes graves évitées (syndrome post-chute, douleur)	62	27%
FESF évitées (hospitalisation + séquelles)	71	30%
Entrées EHPAD retardées ou évitées	82	35%
Décès évités	18	8%
Total	+233 QALY	100 %
Sources: F. Bizard - Etude CNOMK avril 2026		

3.6. Analyse de sensibilité

Même dans le scénario le plus défavorable testé - réduction des chutes limitée à - 20 %, taux d'entrée en EHPAD post-FESF réduit à 22 %, horizon ramené à 3 ans, le scénario A reste dominant (différentiel -1,4 M€).

Cela signifie que la conclusion n'est pas un artefact des hypothèses centrales : elle est structurelle.

Tableau 31 : Paramètres déterministes pour la kinésithérapie précoce dans les chutes en gériatrie

Paramètre varié	Impact sur le différentiel de coût	Conclusion
Réduction chutes : -20 % (borne basse)	Différentiel réduit à -1,4 M€	Sc. A toujours dominant
Réduction chutes : -40 % (borne haute)	Différentiel porté à -3,8 M€	Sc. A renforcé
Coût EHPAD +15 %	Différentiel porté à -3,6 M€	Sc. A renforcé
Taux EHPAD post-FESF 22 % (-10 pp)	Différentiel réduit à -2,1 M€	Sc. A toujours dominant
Utilité EHPAD $u = 0,35$ (pessimiste)	+267 QALY (gain renforcé)	Sc. A renforcé
Horizon 3 ans (au lieu de 5 ans)	-1.7 M€ / +121 QALY	Sc. A dominant dès an 2

Sources: F. Bizard - Étude CNOMK - 2026

IV. Respiratoire – BPCO, Mucoviscidose

4.1. Cadrage épidémiologique

Nous avons retenu dans le champ respiratoire deux pathologies de nature radicalement différente :

- Une maladie chronique obstructive acquise liée au tabagisme et au vieillissement (BPCO), et
- Une maladie génétique rare débutant dans l'enfance (mucoviscidose) : ce qui impose, comme pour la neurologie, deux sous-modèles distincts partageant le même cadre méthodologique.

BPCO : 3,5 millions de patients en France selon la SPLF (Société de Pneumologie de Langue Française), dont seulement 800 000 diagnostiqués : le taux de sous-diagnostic est estimé à 77 %, ce qui constitue une limite importante à documenter dans la publication.

L'incidence annuelle de nouvelles BPCO symptomatiques nécessitant une prise en charge est de 150 000 cas. La BPCO est la troisième cause de mortalité mondiale (OMS 2023) et représente en France 100 000 hospitalisations par an pour exacerbation aiguë, avec un coût moyen par séjour de 4 200 € (ATIH 2022).

Le taux de non-recours à la réhabilitation respiratoire - intervention combinant kinésithérapie respiratoire, reconditionnement à l'effort et éducation thérapeutique - est estimé à 85–90 % des patients éligibles selon la HAS (2022), principalement en raison du faible nombre de centres et de la méconnaissance des patients et des prescripteurs.

Mucoviscidose : 7 500 patients en France (registre français de la mucoviscidose, 2022), avec environ 200 nouveaux diagnostics par an. La médiane de survie a progressé de façon spectaculaire (de 12 ans en 1970 à plus de 50 ans aujourd'hui grâce aux modulateurs CFTR).

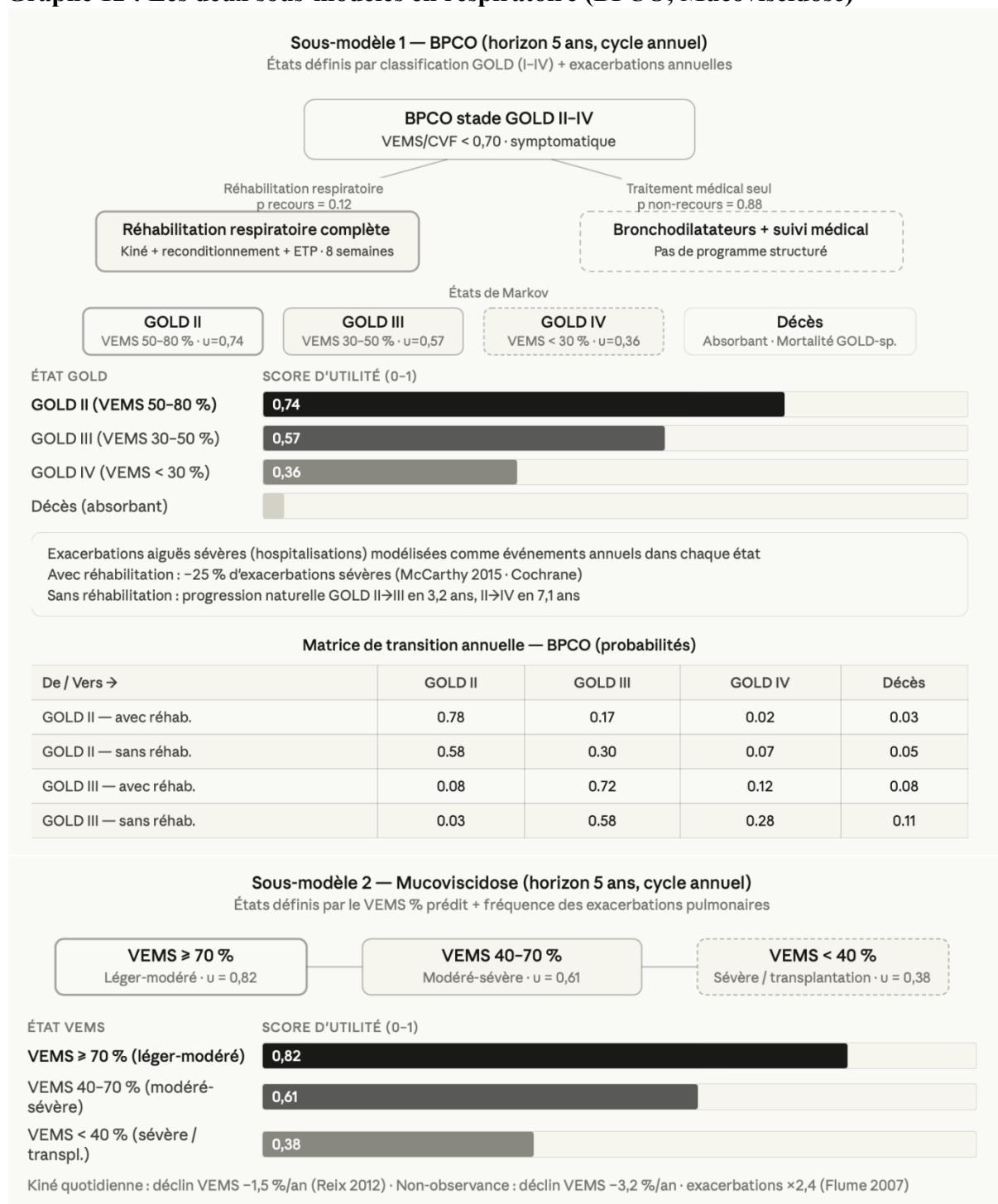
Cela modifie profondément le modèle économique : la kinésithérapie respiratoire quotidienne reste indispensable mais son rôle est complémentaire aux traitements pharmacologiques de fond. Le taux de non-observance à la kinésithérapie respiratoire quotidienne est estimé à 40–60 % selon les études, principalement aux stades légers où les patients ressentent peu de symptômes.

La population cible du modèle est définie est la suivante :

- Les patients BPCO de stade GOLD II à IV (symptomatiques, avec obstruction modérée à sévère) ;
- Les patients mucoviscidose de plus de 6 ans sans contre-indication à la kinésithérapie respiratoire active, n'ayant pas accès ou n'adhérant pas à un programme de réhabilitation ou de drainage bronchique régulier.

4.2. Modèle médico-économique : modèle de Markov

Graph 12 : Les deux sous-modèles en respiratoire (BPCO, Mucoviscidose)



Sources : BPCO- Mc Carthy 2015 (Cochrane), Donaldson 2002, SPLF 2021, ATIH 2022

Mucoviscidose : Reix 2012, Flume 2007, Registre français mucoviscidose 2022

Utilities BPCO : Rutten-Van mólken 2006- Mucoviscidose : Brazier 2002- Actualisation 4% - F.Bizard

4.3. Paramètres chiffrés - Sous-modèle BPCO

4.3.1. Probabilités de transition annuelles

Le paramètre clé du modèle BPCO est la réduction des exacerbations aiguës sévères (hospitalisations) attribuable à la réhabilitation respiratoire. La méta-analyse de McCarthy et al. (Cochrane, 2015, mise à jour 2021, 65 essais) montre **une réduction de 25 % du taux d'hospitalisation pour exacerbation** (RR = 0,75 ; IC 95 % : 0,62–0,91).

Ce paramètre est le moteur principal du différentiel économique, car chaque hospitalisation pour exacerbation BPCO coûte en moyenne 4 200 € (ATIH 2022) et génère une dégradation fonctionnelle résiduelle estimée à 8–12 % de la capacité respiratoire.

Le second effet modélisé est le **ralentissement de la progression entre stades GOLD⁵⁰**. La réhabilitation respiratoire n'arrête pas la progression mais **ralentit le déclin du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) d'environ 15 %** par an selon les données de la cohorte ECLIPSE (Vestbo 2011), ce qui décale statistiquement le passage au stade suivant de 8 à 14 mois sur un horizon de 5 ans.

4.3.2. Coûts annuels par état GOLD de la BPCO (€, 2023)

Le coût de la réhabilitation respiratoire (3 400 €/programme de 8 semaines) est nettement plus élevé que pour les autres indications car le programme combine kinésithérapie respiratoire (30 séances AMK), reconditionnement à l'effort supervisé, éducation thérapeutique et bilan fonctionnel respiratoire.

Ce coût est entièrement remboursé en ALD pour les BPCO GOLD III et IV, et à 70 % pour GOLD II.

Tableau 32 : Coûts annuels par état GOLD (2023, €)

État	Coût AM/an (hors hospit.)	Coût hospit. annuel moyen	Coût total/an	Source
GOLD II	3 200 €	1 800 €	5 000 €	CNAM, ATIH
GOLD III	6 800 €	5 600 €	12 400 €	CNAM, ATIH
GOLD IV	14 200 €	9 800 €	24 000 €	CNAM, ATIH
Réhabilitation respiratoire (programme)	3 400 €	—	3 400 €	HAS 2022, AMK

Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK- 2026

⁵⁰ Les stades GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) classifient la sévérité de la BPCO (4 stades : de léger à très sévère) selon la limitation du débit aérien mesurée par spirométrie, après administration d'un bronchodilatateur.

4.4. Paramètres et coûts – Sous-modèle mucoviscidose

Les coûts totaux de la mucoviscidose sont dominés par les traitements pharmacologiques de fond - notamment les modulateurs CFTR (ivacaftor, elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor), dont le coût annuel est de 150 000 à 200 000 €/an selon la molécule.

La kinésithérapie respiratoire représente moins de 2 % du coût total de la prise en charge. Son impact économique passe essentiellement par la réduction des exacerbations pulmonaires, dont chaque épisode hospitalisé coûte en moyenne 8 600 € (GHS pneumologie ATIH 2023) et accélère le déclin fonctionnel.

Tableau 33 : Impact économique de l'intervention de la kinésithérapie dans la mucoviscidose

État VEMS	Coût AM/an (hors modulateurs CFTR)	Exacerbations/an (avec kiné)	Exacerbations/an (sans kiné)	Source
VEMS ≥ 70 %	28 000 €	0,8	1,9	Reix 2012, Reg. français
VEMS 40-70 %	52 000 €	1,6	3,8	Flume 2007
VEMS < 40 %	98 000 €	3,2	6,4	Reg. français 2022

Source : F.Bizard – Étude d'impact CNOMK- 2026

4.5. Résultats pour les indications respiratoires – Cohorte de 10 000 patients

4.5.1. Résultats pour la BPCO

Pour l'Assurance Maladie, le gain est direct : 23 200 € économisés par patient × 10 000 patients = **232 M€** sur 5 ans ; **soit 4 640€ par patient par an.**

Le coût de la réhabilitation respiratoire est estimé à environ 5 300 €/patient (4600 à 6000€) sur 5 ans (séances kiné + programme d'entretien), soit **~53 M€ pour la cohorte.**

Les gains nets pour l'Assurance maladie sont de **17 900 € par patient sur 5 ans**, pris en charge précocement par la kinésithérapie sur 5 ans, **soit 3580 € par an.**

Le ROI AM est donc de l'ordre de **4,4:1** (chaque euro investi en rapporte 4,4).

Pour la société, on ajoute les gains en QALYs : +0,54 QALY/patient × 10 000 = 5 400 QALYs gagnés.

En valorisant le QALY à 50 000 € (seuil HAS), cela représente **270 M€** de bénéfice sociétal supplémentaire, soit un gain sociétal total d'environ **502 M€** (AM + QALYs), soit **50 200€ de gains bruts par patient sur 5 ans, soit environ 10 000 € par an par patient.**

Le ROI sociétal est donc de l'ordre de **7,7 :1** (chaque euro investi en rapporte 7,7).

Synthèse des gains par an par patient de la kinésithérapie précoce pour la BPCO

Assurance maladie

Gains bruts : 4 640€ par an

Coûts réhabilitation : 1060€ par an

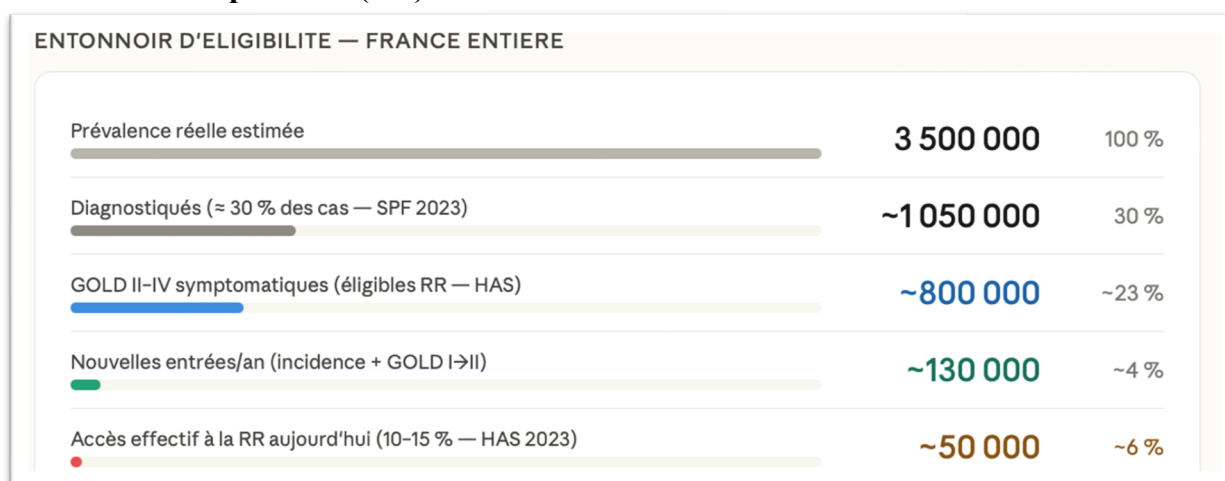
Gains nets : 3 580€ par an

Société

Gains bruts : 10 000 € par an

Coûts réhabilitation : 1300 € par an

Gains nets : 8 700 € par an

Graph 13 : Calcul de la base de patients BPCO éligibles à un programme de réhabilitation respiratoire (RR)

Sources : SPF 2023 – HAS 2023 – ANAP 2022 – RecoMédicales 2025 -GOLD 1 non éligible à la RR d'emblée (dyspnée absente ou minime)- F. Bizard

La base de patients BPCO non traitées par an est de 750 000 patients (800 000 – 50 000), soit un gain net potentiel par an pour l'Assurance maladie de **2,68 Mrds € par an** et un gain sociétal potentiel net de **6,53 Mrds € par an**.

Avec un programme incluant 20% de la base, soit 150 000 patients, on arrive à des **gains nets de 500 M€ par an** pour l'Assurance maladie et **1,3 Mrd € par an** pour la société.

5.4.2. Résultats 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€ soit 1 960 € /patient/an et les gains bruts sociétaux de 36,7 M€, soit 7 340 € /patient/an.

Synthèse des gains par an par patient de la kinésithérapie précoce

Assurance maladie

Gains bruts : 1960 € par an (hospitalisations évitées)

Coûts réhabilitation : 1 750 € par an

Gains nets : 210 € par an

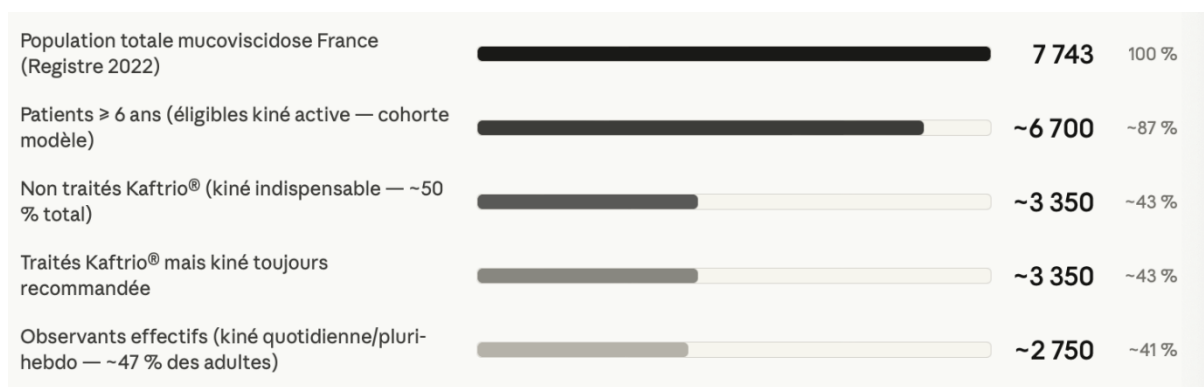
Société

Gains bruts : 7 340 € par an

Coûts réhabilitation : 1 750 € par an

Gains nets : 5 590 € par an

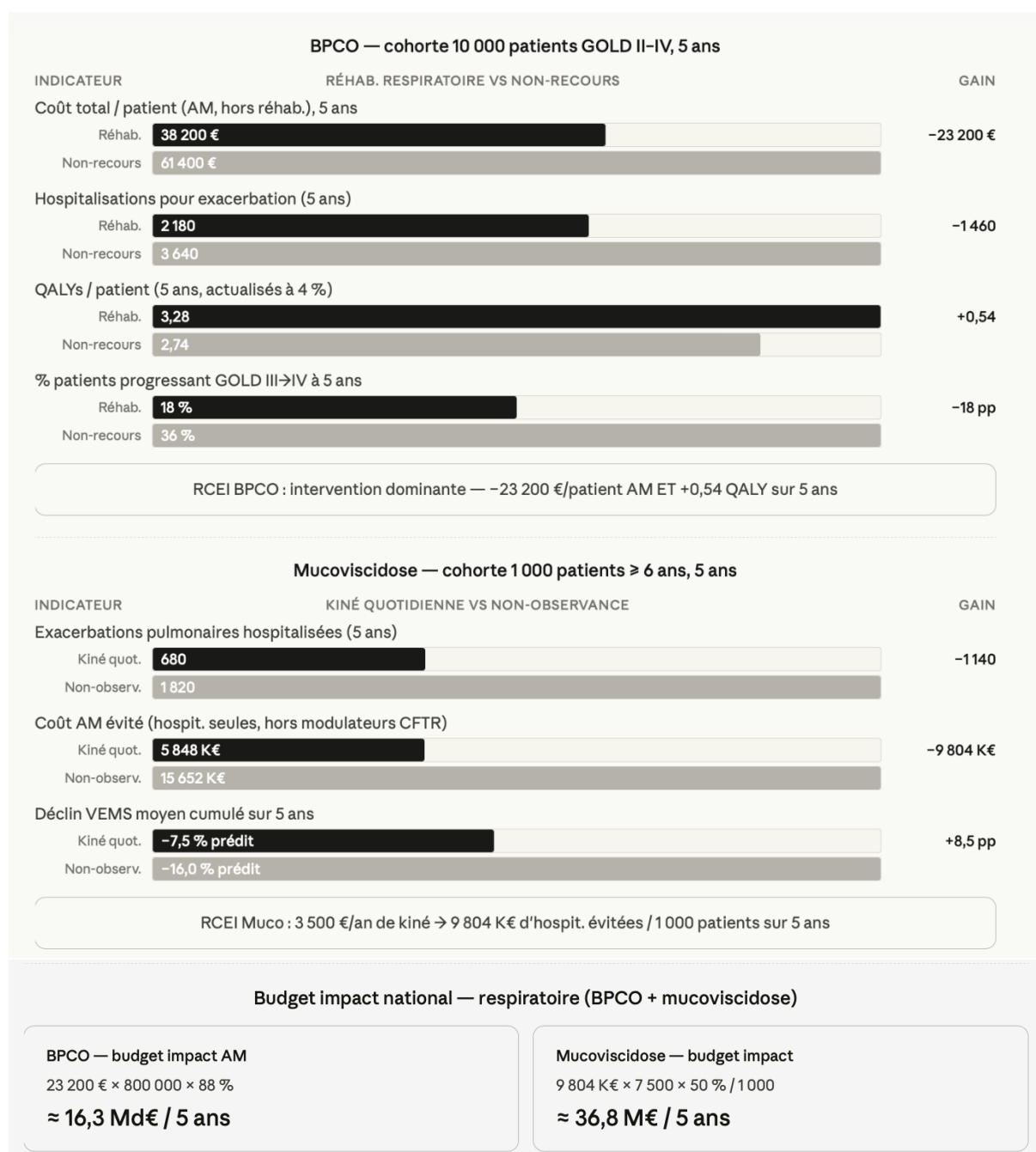
Graph 14 : Calcul de la base de patients souffrant de mucoviscidose éligibles à la kinésithérapie précoce



Sources : Registre français mucoviscidose 2022 – Science direct 2024 (observance 47% adultes) – Ameli.fr – Vaincre la mucoviscidose – Kaftrio- trithérapie ETI (elxacaftor/tezacaftor/ivacaftor : 50% des patients en 2022 – F. Bizard

Sur une population cible totale de 6700 patients mucoviscidose, 41% soit 2750 sont observants à la kiné et 59% ne le sont pas. La base de patients mucoviscidose éligibles à un programme de kinésithérapie précoce est donc **de 3950 patients**.

Avec un programme incluant 70% de la base éligible, soit 2765 patients, on arrive à des gains nets **de 830 000 € par an pour l'Assurance maladie (ROI= 1,12 :1) et 22,1 M€ par an pour la société (ROI= 4,2 :1).**

Tableau 34 : Synthèse des gains de la kinésithérapie précoce pour la BPCO et la mucoviscidose sur 5 ans

Sources : McCarthy 2015, Vetsbo 2011, Reix 2012, Flume 2007, ATIH 2023, Rutten-Van Mölken 2006

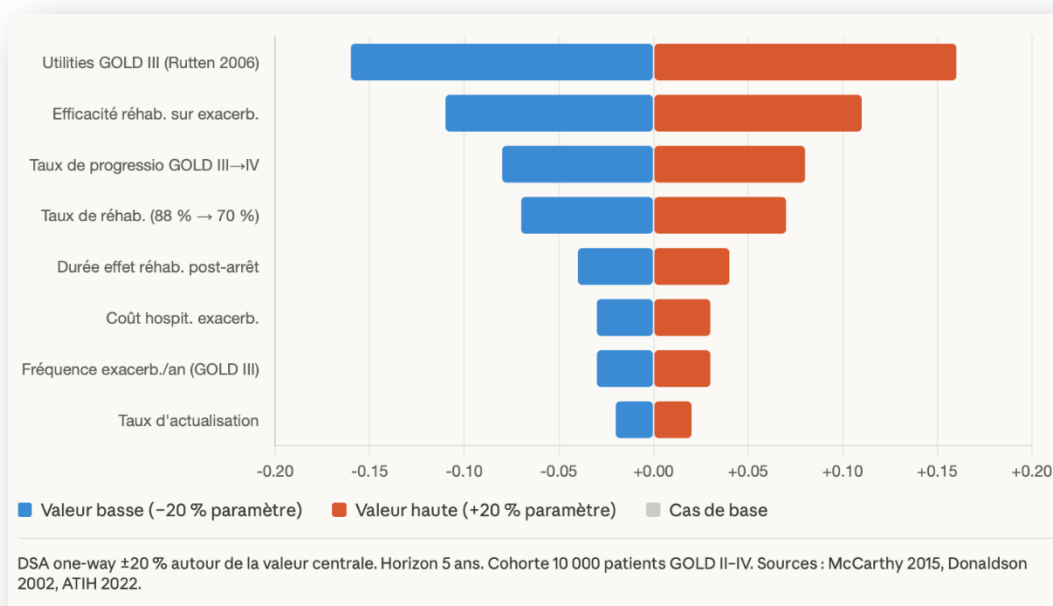
4.6. Analyse de sensibilité

4.6.1. Analyse de sensibilité – BPCO

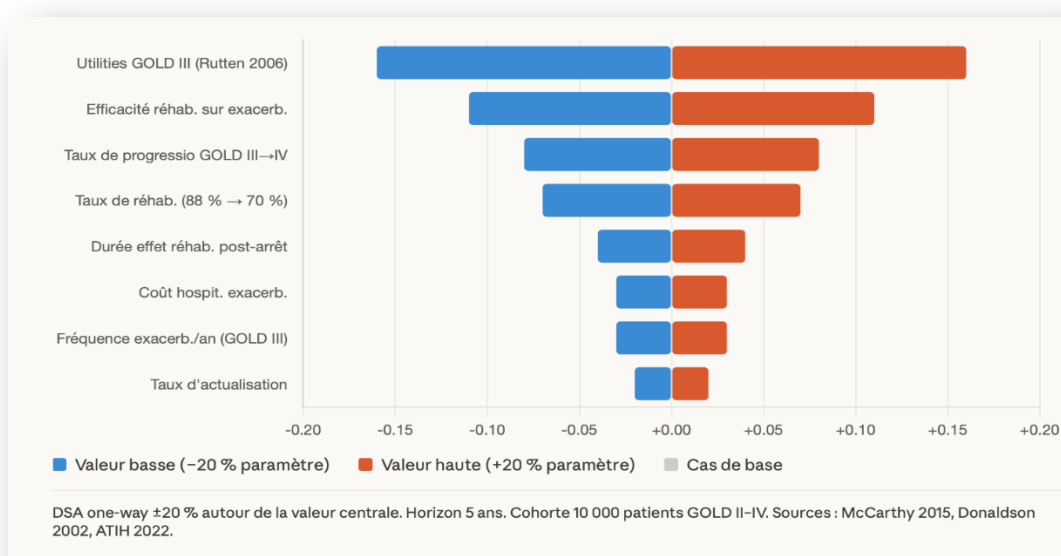
Les paramètres les plus influents sont le taux de recours à la réhabilitation et le coût d'hospitalisation pour exacerbation, suivis de l'efficacité de la réhabilitation sur la fréquence des exacerbations.

Diagramme de Tornado -BPCO

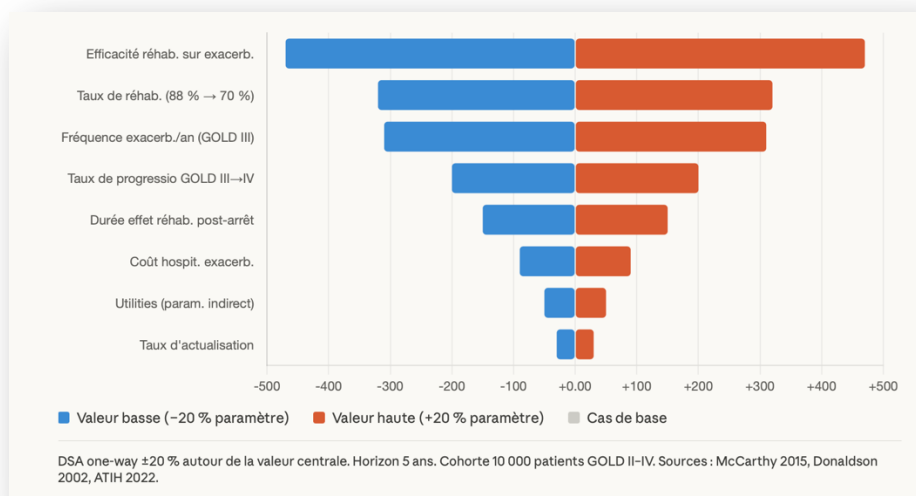
Coûts évités à l'Assurance maladie



QALYs gagnés



Hospitalisations évitées

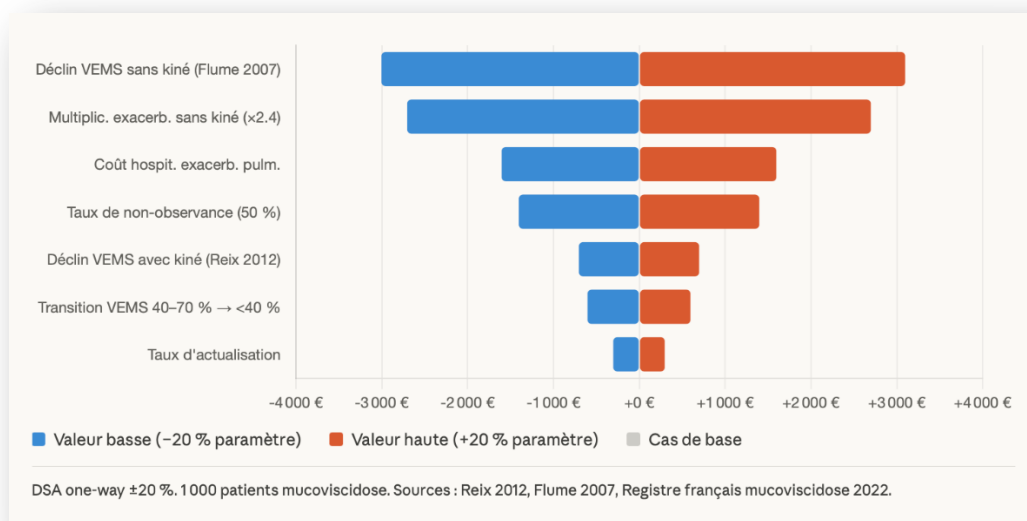


4.6.2. Analyse de sensibilité – Mucoviscidose

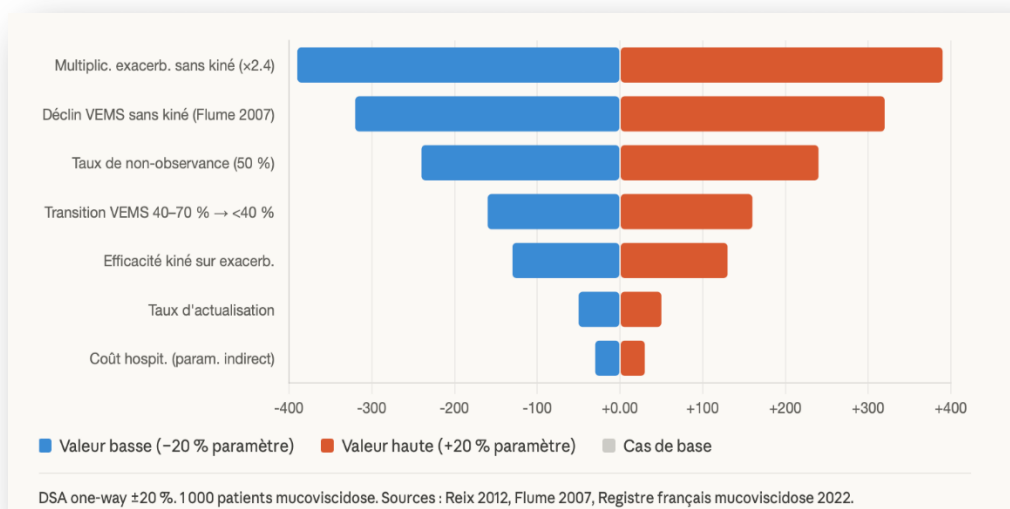
Le paramètre dominant est le **déclin du VEMS sans kinésithérapie** (Flume 2007, - 3,2 %/an), suivi du **multiplicateur d'exacerbations** ($\times 2,4$) et du **taux de non-observance** (50 %). Ces trois paramètres expliquent à eux seuls la majorité de la variance.

Diagramme de Tornado – Mucoviscidose

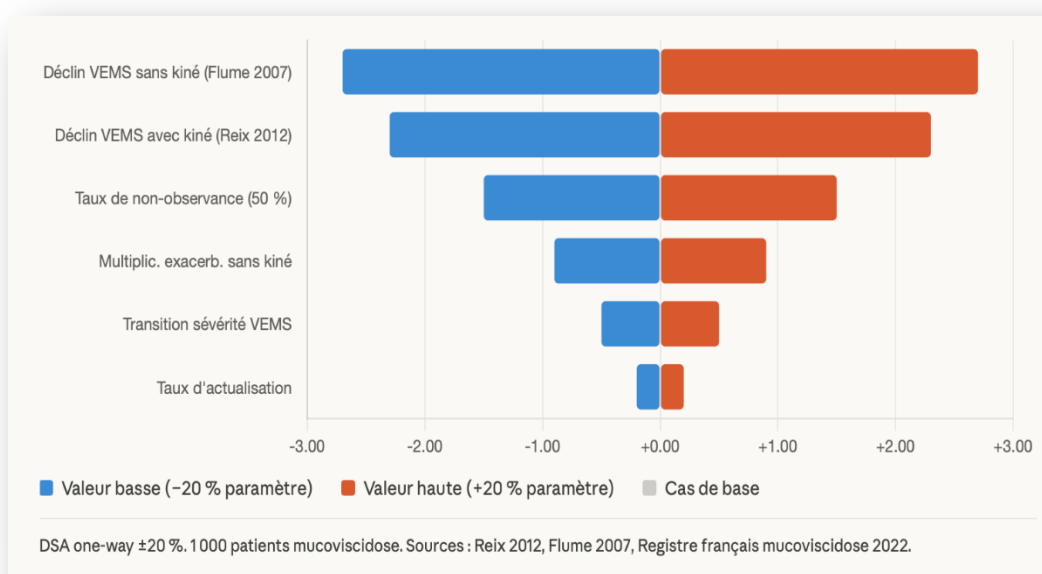
Coûts Assurance Maladie évités pour 1000 patients



Exacerbations évitées



Déclin VEMS à 5 ans



La BPCO est dominante dans 94 % des simulations, la mucoviscidose dans 87 %. Les deux pathologies restent dans le quadrant sud-est (moins cher, plus efficace) dans la très grande majorité des cas.

V. Les limites des modèles utilisés

Les modèles utilisés dans les groupes d'indications ont montré leur robustesse dans les résultats obtenus et les analyses de sensibilité. Cependant, ils ont des limites qu'il convient d'exposer.

Lombalgie /TMS

- Hétérogénéité des populations : modèles entraînés sur des cohortes peu représentatives (âge, IMC, comorbidités) ;
- Définitions variables de la chronicité et du « succès » thérapeutique selon les études ;
- Faible prise en compte des facteurs psychosociaux (modèle biopsychosocial sous-intégré) ;
- Imagerie souvent incluse sans corrélation clinique fiable (hernie $\neq$ douleur) ;
- Prédicativité à long terme limitée ; modèles rarement validés en conditions réelles.

Neurologie

- Hétérogénéité des pathologies regroupées sous un même modèle (AVC, SEP, Parkinson...) ;
- Données longitudinales rares ; suivi insuffisant pour capturer l'évolution naturelle ;
- Biais de sélection des cohortes hospitalières (cas sévères surreprésentés) ;
- Variabilité inter-examineurs dans les scores cliniques (NIHSS, EDSS...) ;
- Interprétabilité faible des modèles d'IA appliqués à l'imagerie cérébrale ;
- Généralisation limitée entre contextes géographiques et systèmes de soins

Chutes

- Définition non standardisée de la « chute » selon les études et les contextes ;
- Sous-déclaration fréquente en milieu ambulatoire ; données rétrospectives peu fiables ;
- Modèles développés en EHPAD peu transférables à domicile (environnement non contrôlé) ;
- Facteurs dynamiques mal captés : médicaments récents, état d'hydratation, fatigue ;
- Manque de validation externe prospective ; sensibilité/spécificité souvent insuffisantes ;
- Peu de modèles intégrant simultanément les dimensions cognitive, motrice et environnementale.

Respiratoires

- Hétérogénéité des phénotypes (BPCO, asthme, SAOS, fibrose...) regroupés parfois artificiellement ;
- Variabilité des EFR selon les équipements, techniciens et seuils de référence utilisés•
- Données incomplètes sur la compliance aux traitements (kinésithérapie, VNI, CPAP) ;
- Prédiction des exacerbations difficile : multifactorielle, sensible aux conditions environnementales ;
- Modèles de réhabilitation peu adaptés aux patients sévères ou polycomorbides ;
- Faible intégration des biomarqueurs et des données d'oxymétrie ambulatoire dans les modèles prédictifs.

8. Synthèse générale des résultats de l'étude d'impact économique

I. Gains financiers par patient

BPCO : Le programme le plus rentable

Les résultats par patient montrent que l'indication BPCO offre la plus forte rentabilité pour la kinésithérapie précoce avec 8 700€ de gain net sociétal et 3 580 € de gain Assurance maladie par patient. Le différentiel brut/net est modeste, signe d'un coût de réhabilitation bien maîtrisé.

AVC : Un gain sociétal très fort

Les gains nets de 6 532 € pour la société et 4 246€ pour l'assurance maladie par patient indiquent un gain fort pour la société, qui impacte la population active (AVC dès 50 ans). Le programme génère des gains élevés de productivité et une réduction de la dépendance.

Chutes/gériatrie : Le volume compense le faible gain unitaire

Cette indication a le plus faible gain sociétal net unitaire (582€), mais la population éligible de 2,24 millions de patients compense cette faiblesse unitaire.

Tableau 35 : Gains bruts et nets pour l'assurance maladie et pour la société par patient par an de la kinésithérapie précoce par indication (prix 2023 , €)

Indication	Population non-recours	Gain brut sociétal/patient/an	Gain net sociétal/patient/ an	Gain brut Assurance Maladie /patient/ an	Gain net Assurance Maladie /patient/ an
Lombalgie	48 %; 4,3 M	1 500 €	1 218 €	730 €	532 €
Neurologie					
AVC	40%; 56 000	7 040 €	6 532 €	4 576 €	4 246 €
Parkinson	60%; 162 000	4 240 €	2 411 €	3 180 €	2 385 €
SEP	55%; 66 000	5 480 €	3 651 €	3 836 €	2 685 €
Chutes/Gériatrie	70%; 2,24M	1224	582	1002	360
Respiratoire					
BPCO	21 %; 750 000	10 000 €	8 700 €	4 640 €	3 580 €
Mucoviscidose	59%; 3 950	7 340 €	5 590 €	1 960 €	210 €
Moyenne		5 261 €	4 098 €	2 846 €	2 000 €

Sources: F. Bizard - Étude d'impact CNOMK - 2026

II. Analyse de l'impact économique de la kinésithérapie précoce

Un gain sociétal potentiel net de 14 Mrds € et de 6,5 Mrds € pour l'Assurance maladie sur les 4 groupes d'indications pourrait être capturé si un programme de kinésithérapie précoce était instauré sur chaque patient éligible.

La première année, nous avons adopté une approche conservatrice afin de tenir compte des contraintes organisationnelles actuelles des kinésithérapeutes et de la relative faible disponibilité de la plupart d'entre eux. Cette approche **permettrait de capter 2,9 Mrds €, soit 20% de cette valeur à l'échelle de la société et presque 1,4 Mrds € pour l'Assurance maladie.**

Le plus fort ROI est de loin pour les AVC, aussi bien pour le ROI sociétal (13,8 :1) que pour le ROI Assurance Maladie (9 :1), suivi de la BPCO et de la lombalgie. Pour les chutes des personnes âgées, c'est un enjeu de volume avant tout et donc de santé publique.

Tableau 36 : Gains bruts et nets pour l'assurance maladie et la société du programme et du potentiel total (Prix 2023, €)

Indication	N patients participant au programme	Gain net Assurance maladie du programme	Gain net sociétal du programme	Gain net Assurance Maladie potentiel	Gain net sociétal potentiel	ROI Assurance Maladie	ROI Sociétal
Lombalgie	15%; 645 000	343 140 000 €	785 610 000 €	2 287 600 000 €	5 237 400 000 €	3,7:1	5,3:1
Total Neurologie		349 688 750 €	498 670 000 €	699 377 500 €	997 340 000 €		
AVC	50%; 28 000	118 882 400 €	182 896 000 €	237 764 800 €	365 792 000 €	9:1	13,8:1
Parkinson	50%; 81000	146 468 250 €	195 291 000 €	292 936 500 €	390 582 000 €	1,8:1	2,3:1
SEP	50%; 33000	84 338 100 €	120 483 000 €	168 676 200 €	240 966 000 €	2,1:1	3:1
Chutes/gériatrie	20%; 440 000	158 400 000 €	256 080 000 €	806 400 000 €	1 303 680 000 €	1,6:1	1,9:1
Total Respiratoire*		537 580 650 €	1 320 456 350 €	2 685 829 500 €	6 547 080 500 €		
BPCO	20%; 150 000	537 000 000 €	1 305 000 000 €	2 685 000 000 €	6 525 000 000 €	4,4:1	7,7:1
Mucoviscidose	70%; 2765	580 650 €	15 456 350 €	829 500 €	22 080 500 €	1,12:1	4,2:1
TOTAL		1 388 809 400 €	2 860 816 350 €	6 479 207 000 €	14 085 500 500 €		

Hypothèses: Part Assurance Maladie dans les dépenses totales: AVC: 65%; Parkinson: 75%; SEP: 70%

Source: F. Bizard - Étude d'impact CNOMK - 2026

Un paradoxe de santé publique

Notre étude montre que les programmes de kinésithérapie précoce sont dominants – i.e. plus efficace et moins coûteuses – pour chaque indication. Pourtant, les taux de non-recours auprès de la population éligible s'échelonnent de 22% dans la BPCO à 70% dans les chutes des personnes âgées.

La moyenne de non-recours pour ces indications majeures de kinésithérapie est de 47%, avec 7,5 M de patients sur les 16 millions.

Nous analyserons dans la troisième partie les leviers à activer pour réduire ce non-recours. Ils sont à rechercher, entre autres, dans l'organisation du parcours de soins des patients, le

financement des actes, l'organisation territoriale des acteurs du soin et surtout l'extension de l'accès direct à la kinésithérapie.

Tableau 37 : Taux de non-recours à la kinésithérapie précoce par indication de l'étude

	Population éligible à la kinésithérapie précoce	Taux de non-recours	Population de non-recours
Lombalgie	8 900 000	40-55%	4 300 000
AVC	140 000	35-45%	56 000
Parkinson	270 000	60%	162 000
SEP	120 000	55%	66 000
Total Neurologie	530 000	54%	284 000
Chutes/gériatrie	3 200 000	70%	2 240 000
BPCO	3 500 000	22%	750 000
Mucoviscidose	6 700	59%	3 950
Total Respiratoire	3 506 700	22%	753 950
Total	16 136 700	47%	7 577 950

Source: F. Bizard - Étude d'impact CNOMK - 2026

Partie 3

Recommandations pour l'extension de l'accès direct aux kinésithérapeutes en France

9. Les 6 principales justifications pour étendre l'accès direct aux kinésithérapeutes en France

I. Une formation à la hauteur des besoins de l'accès direct

La réingénierie de la formation achevée en 2015 et l'universitarisation des études (cf. Partie 1/ 2.I) sont des réalisations cruciales pour justifier l'extension de l'accès direct en France, et donc d'un nouveau positionnement des kinésithérapeutes dans le système de santé.

Rappelons les principaux points illustrant cette réalité.

Un cursus de haut niveau, équivalent à un master

Le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute s'obtient après 5 ans d'études : une année de sélection universitaire, puis 4 ans en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK). Ce diplôme est reconnu au niveau bac +5 (niveau RNCP 7, équivalent master), et la formation délivre 300 crédits ECTS (European credit transfer and accumulation system).

Ce niveau de formation est comparable à celui d'autres professionnels de santé auxquels l'accès direct est déjà accordé dans d'autres pays.

Une formation clinique concrète et diversifiée

Le cursus comprend 1 470 heures de stages réparties sur l'ensemble du parcours, à travers 7 stages couvrant différents aspects de l'exercice clinique : spécialités musculo-squelettiques, neurologiques, respiratoires, santé au travail, sport, dans des contextes libéraux et salariés, auprès de publics variés (âges, affections chroniques, etc.).

Cette exposition clinique multiforme prépare les kinésithérapeutes à accueillir des patients dans des situations variées, y compris sans diagnostic préalable.

Des compétences de triage et de raisonnement clinique au cœur du métier

La capacité à identifier ce qui relève ou non de la kinésithérapie est une compétence fondamentale du praticien. Le but du screening en kinésithérapie n'est pas de poser un diagnostic médical, mais de déterminer si le patient peut être pris en charge ou s'il doit être réorienté.

Ce triage classe les patients selon trois catégories :

- Absence de drapeaux rouges : prise en charge possible ;
- Présence de facteurs de risque : prise en charge avec consultation médicale rapide ;
- Présence de drapeaux rouges : réorientation immédiate vers un médecin ou les urgences.

La maîtrise des "drapeaux rouges" : une compétence formalisée

Les kinésithérapeutes sont formés à détecter les drapeaux rouges dans de nombreuses spécialités médicales : rhumatologie, cardiologie, pneumologie, neurologie, gastro-entérologie, gynécologie, traumatologie, et bien d'autres.

Des formations spécifiques au diagnostic d'exclusion et différentiel ont été élaborées en étroite collaboration avec des médecins régulateurs du SAMU, s'appuyant sur des cas cliniques réels et des fiches pratiques opérationnelles.

Une réorientation encadrée et sécurisée

En accès direct, le kinésithérapeute a pour responsabilité de réorienter son patient si sa situation ne relève pas de la kinésithérapie ou si des drapeaux rouges apparaissent. La prise en charge est limitée à 8 séances sans diagnostic médical préalable.

Ce cadre garantit que toute situation ambiguë ou complexe est rapidement renvoyée vers le médecin. Nous verrons dans ce rapport que ce cadre devrait être renforcé pour optimiser l'efficacité et les bénéfices médico-économiques de l'accès direct.

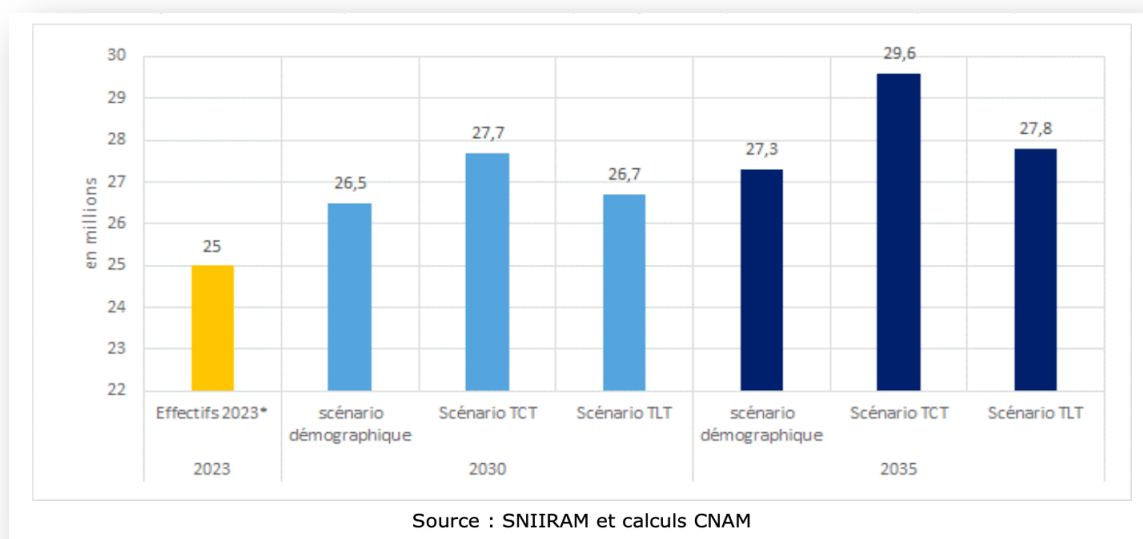
II. Un levier majeur pour les patients en affection de longue durée (ALD)

Le statut ALD, permettant une exonération du ticket modérateur, comprend une liste de 29 pathologies définies par décret, auxquelles les pathologies évolutives et invalidantes (ALD 31 hors liste) et les polypathologies (ALD 32) s'ajoutent.

Dans sa cartographie, la CNAM étudie 58 pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins, regroupés en 18 catégories. C'est ainsi que dans son rapport Charges et produits 2026, la CNAM considère que les pathologies et traitements chroniques concernent 37% de la population soit 25 millions de personnes⁵¹.

Selon la CNAM, la prévalence des pathologies chroniques devrait atteindre 43% de la population, soit 29,6 millions de patients en 2030, selon le scénario dit de tendance court terme, reprenant la tendance évolutive de la prévalence de 2019 à 2023, d'ici à 2030⁵².

Graph 15 : Nombre de personnes souffrant d'au moins une pathologie chronique en 2030 et 2035 (en millions)



Le terme affection de longue durée est associé au statut donnant droit à l'exonération du ticket modérateur et donc à une prise en charge à 100% par l'Assurance maladie. Cette population est donc la source de toute l'attention pour la maîtrise des dépenses.

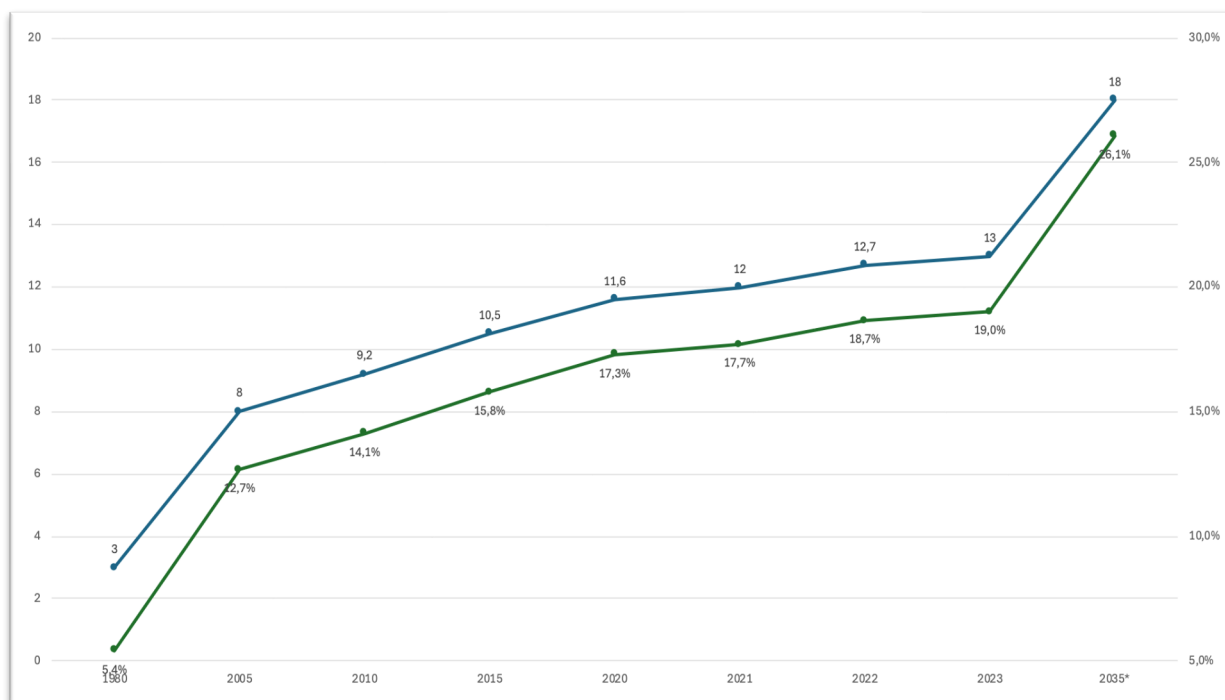
Près de 20% de la population en ALD en 2023 et 26% en 2035

La hausse de la prévalence des pathologies chroniques, reconnues comme ALD, devient le premier déterminant de hausse des dépenses publiques en santé. En 45 ans, cette prévalence est passée de 5,4% à 19% de la population.

⁵¹ Charges et produits 2026 – Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 – Juillet 2025 – P 86

⁵² Le scénario démographique prend l'hypothèse que les prévalences par pathologie âge et sexe sont égales à horizon 2030 à celles de 2023 et le scénario tendance long terme considère que l'évolution entre 2023 et 2030 sera identique à celle de 2015 à 2023.

Graph 16 : Évolution de la prévalence des affections de longue durée en France depuis 1980 (en millions de personnes axe de gauche et en % de la population axe de droite)



Sources : EGB (CNAM) et PMSI (ATIH); CNAM ; Calculs Drees ; Calculs Frédéric Bizard

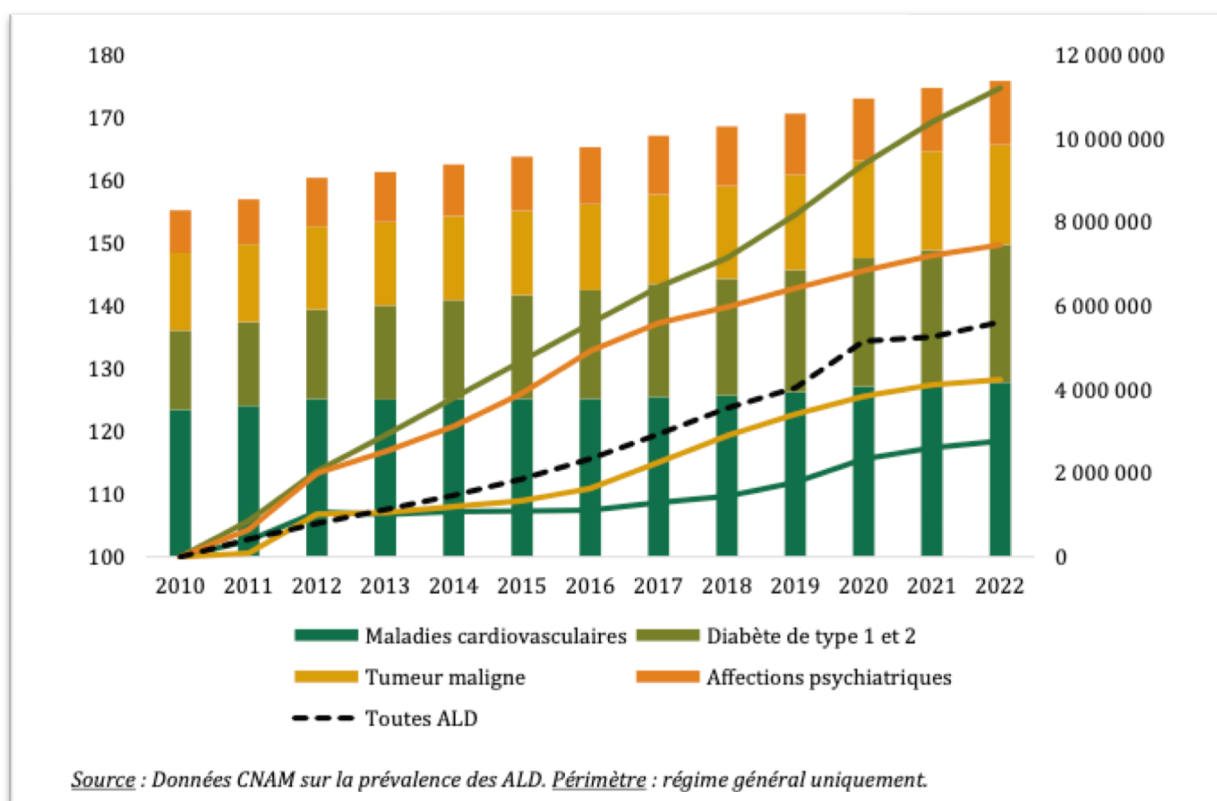
La CNAM prévoit une prévalence ALD de 26% de la population en 2035, soit 18 millions de personnes souffrant d'une ou plusieurs ALD. On peut distinguer 3 phases dans l'émergence d'un monde du soin dominé par les pathologies chroniques :

- De 1980 à 2010 : la hausse moyenne annuelle de la prévalence a été de 200 000 nouveaux patients ;
- De 2010 à 2023 : la hausse moyenne annuelle de la prévalence a été de 300 000 nouveaux patients ;
- De 2024 à 2035 : la hausse moyenne annuelle de la prévalence devrait être de 400 000 nouveaux patients.

Quatre groupes de pathologies chroniques - maladies psychiatriques, cancers, maladies cardiovasculaires & diabète - représentent plus des trois-quarts des personnes exonérées au titre d'une affection sur liste en 2022. Ils concentrent toute l'attention de la maîtrise des dépenses ALD.

Le graphique suivant montre que la prévalence du diabète et des affections psychiatriques a le plus augmenté depuis 2010, même si la prévalence des tumeurs malignes connaît une accélération depuis 2016.

Graph 17 : Évolution des affections des quatre ALD principales depuis 2010 (en base 100 sur l'axe de gauche et en million sur l'axe de droite) - Régime général uniquement



En 2022, la CNAM a comptabilisé 1 408 000 nouvelles exonérations des tickets modérateurs, à l'exclusion des renouvellements, pour 1 335 000 nouveaux bénéficiaires et 983 000 nouveaux entrants.

Le système a donc probablement largement dépassé le million de nouveaux patients reconnus par an - incidence de 1,5% de la population, soit 1 462 nouveaux patients ALD pour 100 000 personnes - avec une ou plusieurs affections longue durée, auquel on peut appliquer un multiple de 1,4 pour le nombre de nouvelles ALD (nombre de nouveaux entrants + nombre de nouvelles ALD pour des patients déjà en ALD).

Un doublement de la prévalence des cancers depuis 1990

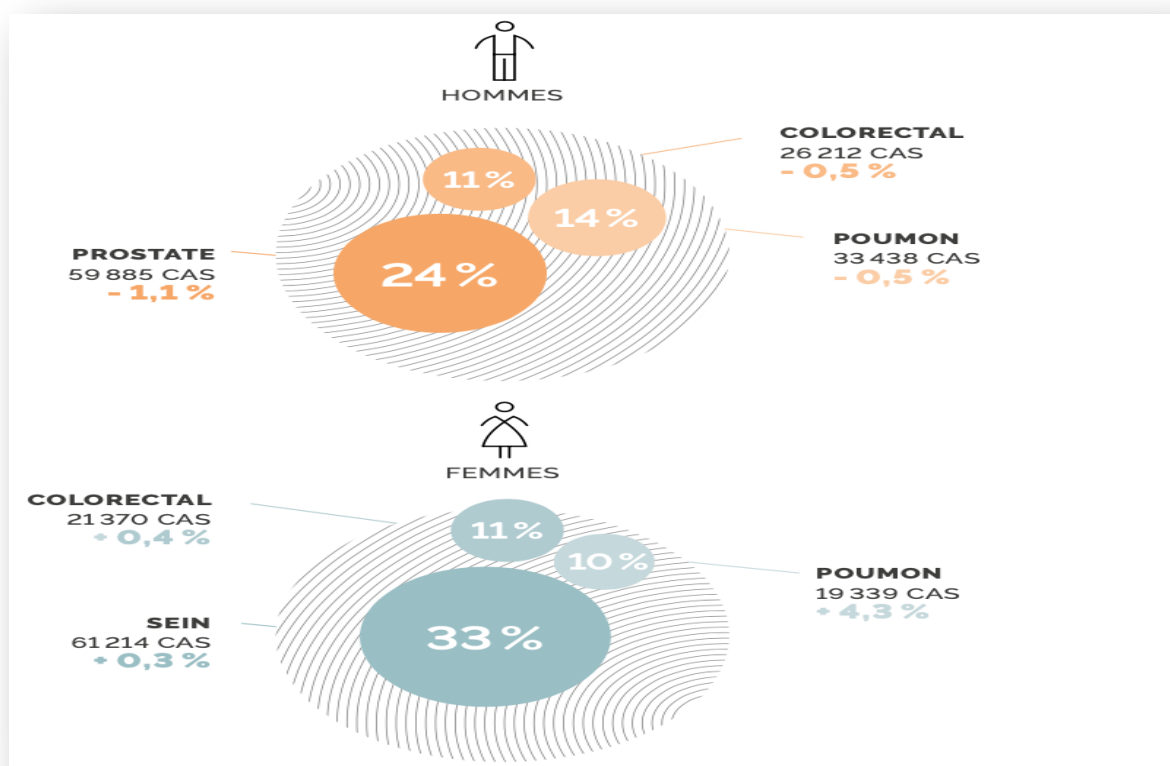
Le cancer est la première cause de décès chez l'homme et la seconde chez la femme, avec un nombre de décès de 164 095 en 2022 dont 56% (91 053) chez les hommes et 44% chez les femmes (72 592).

Entre 1990 et 2023, le nombre de nouveaux cas de cancers a doublé, avec une augmentation de 98% des cancers chez l'homme et de 104% chez la femme, toutes localisations confondues. Cette augmentation est principalement liée à des évolutions démographiques (en taille et en structure), et secondairement à une augmentation du risque de cancer.

Selon l'INCA, le nombre de nouveaux cas en 2023 est de 433 136, dont 57% chez les hommes et 43% chez les femmes, avec une évolution annuelle du taux standardisé monde (ou proportion de personnes qui développent un cancer) de +0,3% chez les hommes et +0,9% chez les femmes. En 20 ans, ce nombre est passé de 314 719 nouveaux cas (en 2003) à 433 136 en 2023, soit une hausse de 118 417 nouveaux cas par an (+37%).

Le taux de mortalité standardisé de 2010 à 2018 a baissé de 2% par an chez les hommes et de 0,7% par an chez les femmes. La diminution significative de la mortalité est le résultat de diagnostic plus précoce et d'avancées thérapeutiques majeures, notamment parmi les cancers les plus fréquents.

Graph 18 : Nombre de nouveau cas et évolution du taux d'incidence entre 2010 et 2023



Source : INCA, Panorama des cancers en France, Edition 2024

Deux tiers des dépenses de la CSBM et 73% de la croissance sont liées aux patients ALD

L'analyse des dépenses des patients ALD souffre d'un manque criant d'études des Pouvoirs Publics, probablement dû à la problématique des données évoquées supra. La compréhension de cette dynamique des dépenses ALD est pourtant essentielle si on veut l'enrayer.

Le tableau suivant montre que ce sont bien les dépenses ALD qui tirent la croissance des dépenses publiques de santé. De 2020 à 2023, elles ont représenté 70% de la croissance et même 80% si on prend les deux dernières années.

Tableau 38 : Structure des dépenses de l'assurance maladie pour les dépenses ALD et non ALD de 2005 à 2023

Mrds €	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	TCAM 2005-2019	TCAM 2019-2023
CSBM financée par l'AMO	116,1	132,3	149,5	163,5	169,7	181,7	189,4	199,4	2,9%	5,5%
Part dépenses ALD en % dans la CSBM	59,6%	63,3%	63,7%	65,7%	66,5%	65,3%	66,1%	66,8%		
Dépenses patients ALD en Mrds € (axe de gauche)	69,2	83,7	95,2	107,4	112,9	118,7	125	133	3,9%	6,0%
Part dépenses non ALD en % dans la CSBM	40,4%	36,7%	36,3%	34,3%	33,5%	34,7%	33,9%	33,2%		
Dépenses patients non ALD en M€ (axe de gauche)	46,9	48,6	54,3	56,1	56,8	63,0	64,2	66,2	1,4%	4,5%

Sources : CNAM - Drees - Comptes de santé - Calculs Frédéric Bizard

Les dépenses ALD⁵³ ont atteint les deux tiers de la Consommation des soins et biens médicaux en 2022 (66%), à hauteur de 125 Mrds €, et de 133 Mrds € en 2023 (67%).

L'analyse des dépenses ALD poste par poste montre que les dépenses ALD sont nettement plus dynamiques que les dépenses des patients non-ALD, à l'exception des transports sanitaires.

Au global, le taux de croissance annuel moyen des dépenses ALD a été de 6% vs 4,5% pour la croissance des dépenses non-ALD de 2019 à 2023.

L'accès direct en kinésithérapie

Un parcours de soins aujourd'hui trop complexe et chronophage

Aujourd'hui, même lorsqu'un patient en ALD a besoin d'une nouvelle séquence de kinésithérapie - pourtant inscrite dans son protocole de soins - il doit consulter son médecin traitant pour obtenir une ordonnance. Or ce passage obligé génère des délais et des frictions inutiles dans un contexte médical déjà saturé.

Le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques se traduisent par une augmentation du besoin de soins dits programmés, au détriment parfois des soins non programmés, la saturation des agendas des professionnels les conduisant à ne plus pouvoir apporter de réponses satisfaisantes aux demandes des patients⁵⁴.

⁵³ Charges et produits 2026 – Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 – Juillet 2025

⁵⁴ Lutte contre les déserts médicaux – L'exemple de l'Aveyron – Cour des Comptes – 31/05/2024

En 2024, 7 à 8 millions de Français n'avaient pas de médecin traitant, soit un nombre significatif de patients exposés à des ruptures de suivi médical (Cnam 2024). Pour les patients ALD, l'absence de médecin traitant peut bloquer l'accès à des soins kinésithérapiques pourtant indispensables.

Les patients ALD : des candidats idéaux à l'accès direct

L'accès direct peut s'appliquer notamment à la réalisation d'un bilan auprès de patients atteints de pathologies chroniques déjà reconnus en ALD et qui pourraient avoir besoin d'une séquence de rééducation - comme les patients atteints de la maladie de Parkinson ou de la sclérose en plaques - afin de pouvoir aller voir son kinésithérapeute sans nécessairement solliciter une ordonnance auprès du médecin traitant.

La logique est particulièrement évidente pour ces patients : leur diagnostic est déjà posé, leur protocole de soins est établi, et la kinésithérapie fait partie intégrante de leur traitement. Imposer une consultation médicale supplémentaire pour renouveler une prise en charge kinésithérapique connue et récurrente constitue une charge administrative et logistique injustifiée.

Un cadre légal qui reconnaît déjà ce droit pour les patients ALD dans l'expérimentation⁵⁵

Pour les patients disposant d'un diagnostic médical ou en ALD, aucune limite de séances n'est imposée en accès direct dans l'expérimentation lancée dans 20 départements depuis Juin 2025, sous réserve de respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

La loi distingue ainsi les patients ALD des autres : elle leur accorde un accès direct élargi, reconnaissant que leur situation clinique est déjà documentée et encadrée.

Le bilan initial et les comptes-rendus sont systématiquement inscrits dans le dossier médical partagé du patient et transmis au médecin traitant, garantissant ainsi la continuité et la coordination des soins, sans rupture dans le suivi médical global.

Un désengorgement bénéfique pour l'ensemble du système de soins

Les kinésithérapeutes prennent en charge, chaque jour, plus d'un million de patients en ALD⁵⁶. Autoriser ces patients à accéder directement à leur kinésithérapeute pour renouveler une séquence de rééducation libérerait d'autant de temps médical pour les situations qui le requièrent véritablement.

⁵⁵ Expérimentation lancée dans 20 départements depuis Juin 2025 – 11/06/2025 – [Caducee.net](https://caducee.net)

⁵⁶ Patients ALD : APA et bilan kiné dans le parcours de soin – Mars 2017 – [CNOMK](https://cnomk.fr)

III. Faire face efficacement au mur du grand âge de 2030

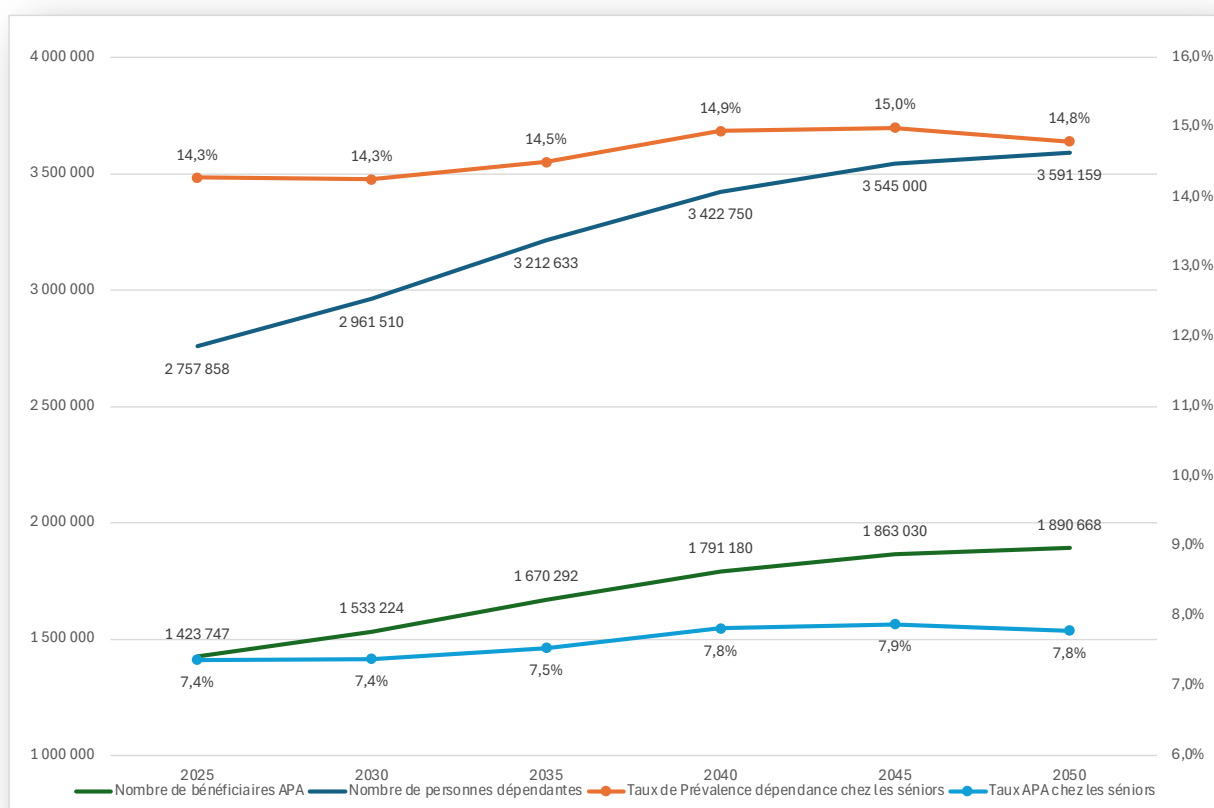
La loi d'airain de la démographie place les pouvoirs publics face à un compte à rebours dont on peut fixer la fin à 2030. Au-delà de ce point, tout effort de réforme sera vain tant les besoins de santé du grand âge seront exponentiels. Les cycles d'investissement et de transformation des modèles étant de l'ordre de 3 à 5 ans dans ce secteur comme en santé, on en déduit facilement l'urgence de la réforme.

L'évolution de la démographie d'ici à 2050 montre clairement un vieillissement de la population centré sur les plus de 75 ans dans les années 2020 et 2030. Les plus de 75 ans augmentent de 2 millions dans la décennie 2020 et de 1,5 million dans les décennies 2030 et 2040. Ils vont représenter 12,2% de la population en 2030 (contre 10,4% en 2025), 14,3% en 2040 et 16,4% en 2050.

Le début de ce mur démarre dès l'année 2026 où la première génération des boomers atteindra 80 ans. Ce point d'inflexion en 2026 est confirmé par la courbe des taux d'APA dans la population des 60 ans et plus.

En utilisant le scénario « *intermédiaire* » des modèles Lipvia et EP 24, qui a démontré sa fiabilité sur les données 2015 à 2024, on peut réaliser des prévisions de la prévalence de la dépendance entre 2025 et 2050 en s'appuyant sur les principales données de la science.

Graph 19 : Évolution du nombre (échelle de gauche) et du taux (échelle de droite) de bénéficiaires à l'APA et du nombre de personnes dépendantes de 2025 à 2050



Source : Modèle LIVIA (DREES)&modèle EP24 (INSEE-DREES)-Scénario intermédiaire-Calculs Institut Santé

La plus forte croissance de la prévalence de la dépendance en France se déroulera dans la décennie 2030. Si la hausse de la population des plus de 60 ans ralentit à partir de 2030, cette population supplémentaire de séniors présente des taux de dépendance et donc de bénéficiaires APA nettement plus élevés après 2030 (cf. tableau suivant).

Ainsi, le taux de dépendance chez la quantité additionnelle de « séniors » entre 2030 et 2035 est de 18,3% et atteint un pic de 28% entre 2035 et 2040.

Tableau 39 : Croissance du nombre et du taux de la prévalence de la dépendance entre 2025 et 2050 – Scénario intermédiaire

39 a : Croissance moyenne annuelle sur chaque période de 5 ans

N, %	2025-2030	2030-2035	2035-2040	2040-2045	2045-2050
Population >60ans	292 272	275 056	149 536	150 350	124 758
Nombre de personnes dépendantes	40 730	50 225	42 023	24 450	9 232
Nombre de bénéficiaires APA	21 895	27 414	24 178	14 370	5 528
Taux dépendance des séniors	13,9%	18,3%	28,1%	16,3%	7,4%
Taux APA des séniors	7,5%	10,0%	16,2%	9,6%	4,4%
Taux APA des dépendants	53,8%	54,6%	57,5%	58,8%	59,9%

Source: modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario intermédiaire - Calculs Institut Santé

39 b : Croissance sur la période donnée des cinq ans

N, %	2025-2030	2030-2035	2035-2040	2040-2045	2045-2050
Population >60ans	1 461 360	1 375 280	747 680	751 750	623 790
Nombre de personnes dépendantes	203 652	251 123	210 117	122 250	46 159
Nombre de bénéficiaires APA	109 477	137 068	120 888	71 850	27 638
Taux dépendance des séniors	13,9%	18,3%	28,1%	16,3%	7,4%
Taux APA des séniors	7,5%	10,0%	16,2%	9,6%	4,4%
Taux APA des dépendants	53,8%	54,6%	57,5%	58,8%	59,9%

Source: modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario intermédiaire - Calculs Institut Santé

Avec 2,1 millions de séniors supplémentaires dans la décennie 2030, on obtient 461 000 personnes dépendantes supplémentaires, soit +22% contre seulement +14% entre 2025 et 2030. Le pic du taux de prévalence des séniors, en se basant sur la hausse de cette population, se déroule entre 2035 et 2040.

Le seuil de 3 millions de personnes dépendantes serait franchi en 2031 selon le scénario intermédiaire du modèle Livia, et les 3,5 millions en 2043.

Selon ce scénario, la France aurait 665 000 personnes dépendantes supplémentaires de 2025 à 2040, dont près de 370 000 (55%) seraient GIR 1-4, bénéficiaires de l'APA.

Une stagnation du taux de prévalence globale qui exigera une politique de prévention efficace

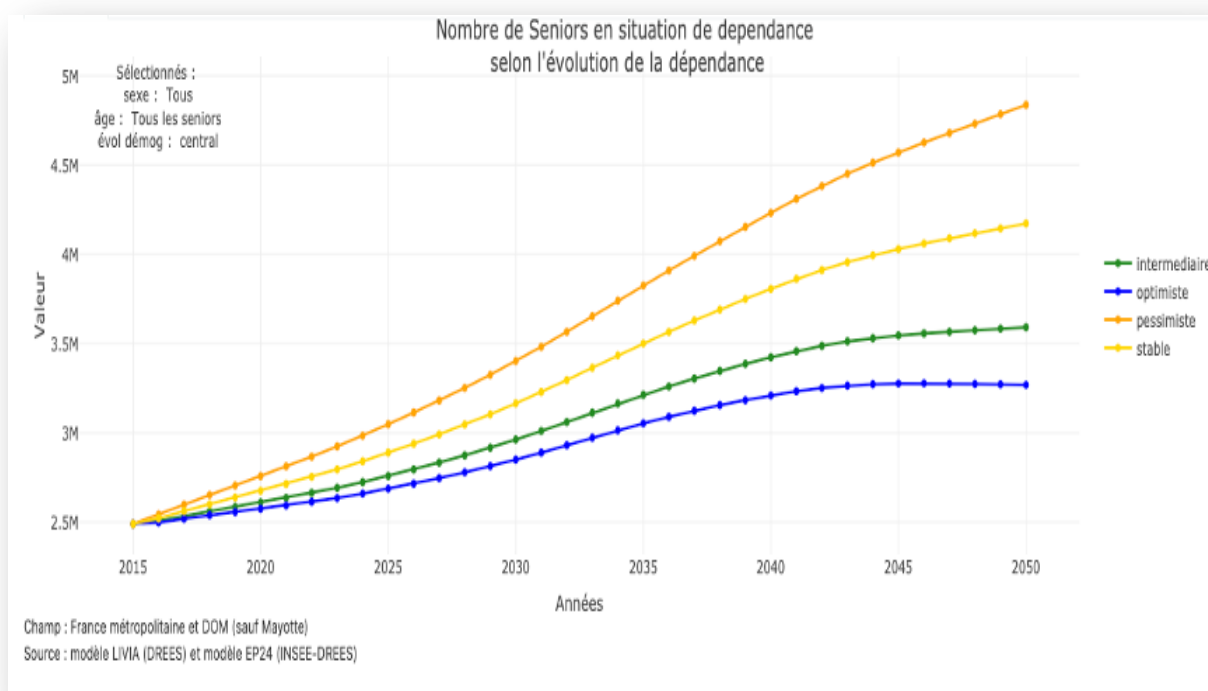
Ce scénario intermédiaire représente une version assez optimiste de l'évolution de la prévalence de la dépendance parmi la population des séniors. Dans ce scénario, les gains d'espérance de

vie à 60 ans correspondent en totalité à des gains d'année de vie en autonomie ; la durée moyenne passée en dépendance modérée est supposée rester constante au fil du temps.

Dans ce scénario, la progression du taux de prévalence va de 14,3% en 2025 des séniors à un pic de 15% en 2045 puis une baisse à 14,8% en 2050.

Rappelons que le modèle LIVIA comporte quatre scénarii – optimiste, intermédiaire, stable et pessimiste - dont les deux derniers prévoient un taux de dépendance à 17,2% et 19,9% en 2050, respectivement.

Graph 20 : Évolution de la prévalence de la dépendance de 2015 à 2050



Source : modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES)

La réalisation du scénario intermédiaire d'ici à 2050 nécessitera l'instauration d'une politique de prévention de la dépendance structurée et efficace – dont l'accès à la kinésithérapie préventive est une composante essentielle -, sans quoi la France se situera dans l'un des autres scénarii stable ou pessimiste (voir III de cette partie 2).

Notons que le scénario stable – dans lequel la part des années en dépendance modérée dans l'espérance de vie à 60 ans reste constante – prévoit en 2050 une prévalence de 4,17 millions de personnes dépendantes, soit 580 000 personnes dépendantes supplémentaires par rapport au scénario intermédiaire.

Quant au scénario pessimiste – dans lequel les taux de dépendance par âge restent constants, les gains d'espérance de vie sans perte de dépendance sont faibles –, il prévoit en 2050 une prévalence de 4,8 millions de personnes dépendantes, soit 1,24 million de patients supplémentaires par rapport au scénario intermédiaire.

Des personnes fragiles souvent plus précaires

En 2023, 27% de la population (18,6 M) a plus de 60 ans, dont 36% (6,8 M) a plus de 75 ans et 12% plus de 85 ans (2,3 M). En 2050, la part des plus de 60 ans serait de 33% (24,3 M), dont 50% auront plus de 75 ans.

Si le niveau de vie des séniors est en moyenne légèrement plus élevé que l'ensemble de la population, celui des personnes âgées en restriction d'activité est plus souvent modeste. Ainsi le taux de pauvreté des plus de 60 ans est de 11.1% contre 15,7% pour les moins de 60 ans, mais de 16,5% parmi les séniors en restriction d'activité⁵⁷.

14,3% de la population des séniors étaient considérés comme dépendants en 2025, cette proportion progressant à 14,8% en 2050. Selon la Drees⁵⁸, 26% des séniors déclarent au moins une restriction d'activité sévère, soit 4,9 M en 2023, contre 47% chez les 75 ans et plus (ce qui revient à 13,8% des 60-75 ans).

On estime un taux de prévalence de la fragilité (personnes fragiles mais non dépendantes APA) qui augmente de 11,2% et 15,6% de la population des séniors d'ici à 2050.

Tableau 40 : Évaluation de la prévalence des séniors fragiles non dépendants d'ici à 2050

	2023	2050
>60 ans	18 662 427	24 354 225
Au moins une restriction d'activité (26%)	4 852 231	7 394 182
Nombre de séniors dépendants	2 757 858	3 591 159
Nombre de séniors fragiles non dépendants APA	2 094 373	3 803 023
Taux de fragilité	11,2%	15,6%
Sources : Drees - Calculs Institut Santé		

L'impact du vieillissement accéléré sur le quart de siècle 2025-2050 conduit à une hausse du nombre de personnes fragiles de l'ordre de 1,7 million sur la période, soit plus de 60 000 personnes fragiles supplémentaires par an.

L'accès direct aux kinésithérapeutes face au mur du grand âge de 2030

La kinésithérapie, pivot incontournable du bien-vieillir

Les chutes représentent 90 % des accidents de la vie courante recensés dans les services d'urgence chez les plus de 75 ans. Des programmes d'exercices de prévention permettent une réduction significative du risque de chute de l'ordre de 25 %, d'après l'INSERM⁵⁹.

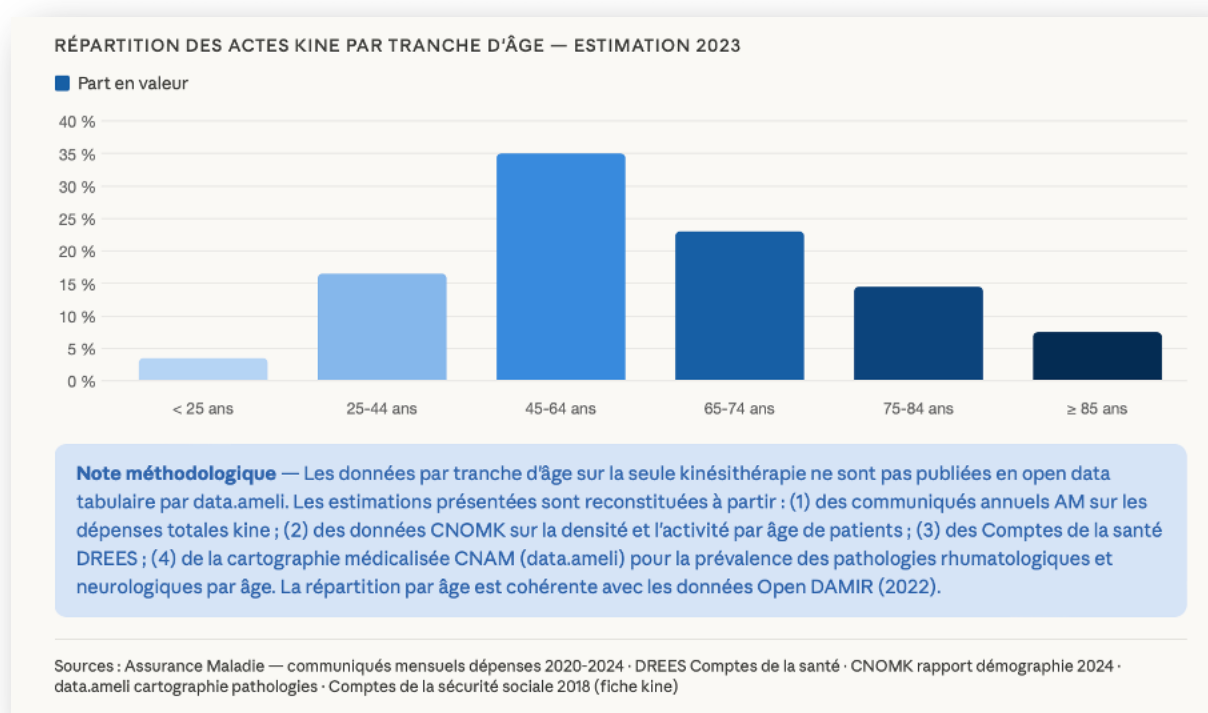
⁵⁷ L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées – Éditions 2024 - Drees
⁵⁸ Perte d'autonomie à domicile – Études et résultats – Novembre 2024- N° 1318
⁵⁹ Kinésithérapie et séniors – Avril 2019- [CNOMK](#)

En gériatrie, le kinésithérapeute prend en charge les troubles liés au manque de mobilité, les maladies cardiovasculaires (infarctus, AVC) et les troubles musculosquelettiques comme l'ostéoporose et l'arthrose - pathologies qui augmentent le risque de chute et de dépendance.

Prévention des chutes, maintien de l'autonomie, réhabilitation post-hospitalisation : la kinésithérapie est au cœur de tout ce qui permet à une personne âgée de rester chez elle plus longtemps et en meilleure santé.

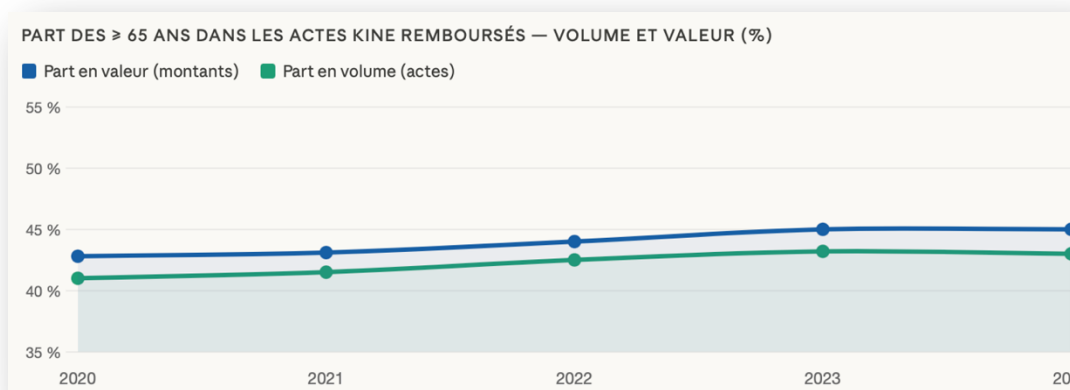
On constate que 55% des actes de kinésithérapie concernent les moins de 65 ans et 45% les plus de 65 ans en valeur. La tranche d'âge décennale la plus consommatrice en kiné est celle de 65-74 ans avec 23% des actes en valeur.

Graph 20 : Répartition des actes de kinésithérapie par tranche d'âge (2023)



La part des dépenses générées par les plus de 65 ans a légèrement augmenté, passant de 43% en 2020 à 45% en 2024 en valeur (de 41% à 43% en volume), pour une part dans la population des plus de 65 ans de 21% en 2025.

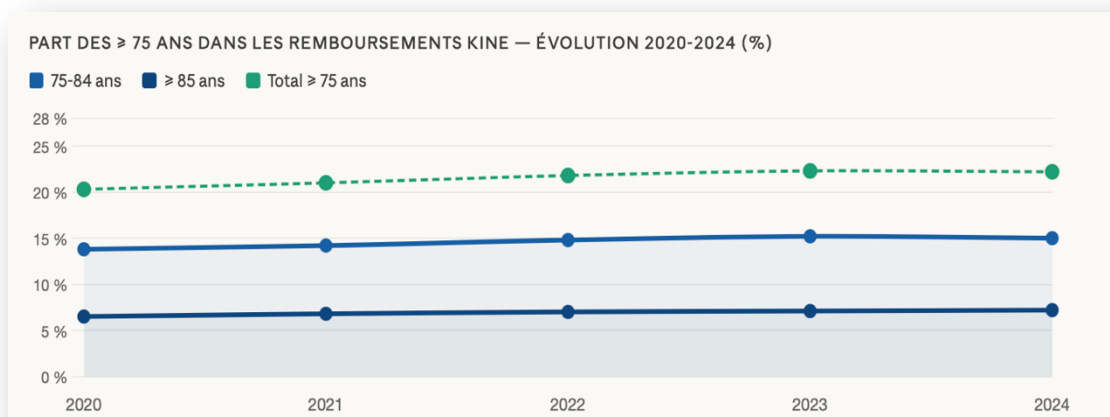
Graph 21 : Part des plus de 65 ans dans le remboursement des soins de kinésithérapie de 2020 à 2024



Source : Assurance maladie – data Ameli

La part des dépenses générées par les plus de 75 ans a augmenté de 20,3% en 2020 à 22,2% en 2024 en valeur, pour une part dans la population des plus de 75 ans de 10% en 2025.

Graph 22 : Part des plus de 75 ans dans le remboursement des soins de kinésithérapie de 2020 à 2024



Source : Assurance maladie – data Ameli

On peut penser que cette part va spontanément augmenter avec le vieillissement par le grand âge dans les prochaines années (tirée par les générations 75 ans et 85 ans). Il faudra prendre des mesures financières incitatives pour l'accès direct bénéficie aussi aux plus de 65 ans.

Le verrou de la prescription : une barrière à éviter dans le contexte actuel

Aujourd'hui, un senior qui ressent des douleurs lombaires, des troubles de l'équilibre ou une raideur articulaire doit d'abord obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste - souvent introuvable dans les zones sous-dotées - avant de pouvoir consulter un kinésithérapeute.

Ce délai peut être de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois. Durant ce temps, la situation fonctionnelle se dégrade.

Réduire les hospitalisations et les institutionnalisations

Chaque chute évitée, chaque trouble de la marche corrigé à temps, c'est potentiellement une hospitalisation évitée et un maintien à domicile prolongé - ce qui correspond à la fois au souhait des personnes âgées et à une économie pour la collectivité.

Renforcer la présence en EHPAD et à domicile

Les organisations de kinésithérapeutes revendiquent notamment la reconnaissance du métier de kinésithérapeute coordonnateur en EHPAD, et l'intégration des kinésithérapeutes dans les rendez-vous de prévention⁶⁰ - deux leviers directs pour faire face au grand âge.

On observe une baisse régulière des montants moyens d'honoraires de déplacement par kiné depuis 2010 (3102€ en 2024 vs 4435€ en 2010, soit -43%), signe d'une activité déclinante des kinésithérapeutes à domicile.

La revalorisation du domicile sera indispensable si on veut que l'accès direct se traduise par une hausse du recours à la kinésithérapie chez les patients les plus âgés et fragiles. Cette baisse du taux de non-recours chez les patients prioritaires est un enjeu essentiel de l'extension de l'accès direct.

S'appuyer sur une profession en croissance

Nous avons vu en partie I que la France comptait plus de 104 000 kinésithérapeutes diplômés inscrits au tableau de l'Ordre en 2024, avec 133 000 kinés attendus d'ici 2040. C'est une ressource humaine disponible, répartie sur tout le territoire, qui attend d'être pleinement mobilisée.

⁶⁰ Les organisations de kinésithérapeutes soutiennent la proposition de loi sur la kinésithérapie – 17/09/2024 - [FFMKR](#)

IV. Pour une reconnaissance du kinésithérapeute comme un acteur de santé publique

La kinésithérapie est trop souvent réduite, dans l'imaginaire collectif et dans les textes réglementaires, à sa seule dimension réparatrice : on consulte le kinésithérapeute *après* un accident, *après* une opération, *sur ordonnance*. Cette vision appauvrit considérablement ce que la profession peut et doit apporter à la société.

Les kinésithérapeutes ne sont plus seulement des acteurs de la rééducation. Leur rôle dans la prévention et l'accompagnement des patients sur le long terme devrait être désormais reconnu comme central dans le système de santé. Le champ de compétence du kinésithérapeute lui permet d'agir auprès de toutes les populations et à tous les âges de la vie⁶¹.

La subordination systématique à la prescription médicale contredit cette réalité. Elle maintient artificiellement le kinésithérapeute dans une position d'exécutant, alors que sa formation universitaire de niveau master lui confère une capacité d'évaluation, de diagnostic fonctionnel et de prise de décision thérapeutique pleinement autonome.

Un acteur clé de la prévention

La prévention est au cœur de la mission du kinésithérapeute. En se plaçant au cœur de la relation entre l'individu et son environnement, le kinésithérapeute valorise le patient en le rendant acteur de sa santé.

Grâce à ses connaissances en physiologie et en anatomie, ainsi qu'à des sensibilisations aux risques de chutes et des conseils en activité physique, il est possible de prévenir ces risques et de maintenir l'individu en bonne santé.

Or la prévention ne peut pas attendre une ordonnance. Lorsqu'un patient perçoit un trouble de l'équilibre, une douleur chronique ou une raideur articulaire, il doit pouvoir consulter directement le professionnel le plus qualifié pour évaluer ces signes précoces.

Obliger ce patient à passer d'abord par un médecin retarde l'intervention, dégrade l'état clinique et alourdit in fine la charge sur tout le système de soins.

Les kinésithérapeutes avaient demandé à pouvoir dispenser les rendez-vous de prévention "Mon bilan prévention", ce qui avait été approuvé en juin 2024 mais n'a pas été suivi d'effet jusqu'à présent⁶².

Un score de dépistage de la fragilité motrice chez les plus de 65 ans vivant à domicile et un arbre décisionnel d'orientation et de prise en charge national validé par des instances en gériatrie ont été mis en place par le CNOMK.

⁶¹ [Santé Publique – Kiné France Prévention](#)

⁶² 2025 : Les kinésithérapeutes au cœur des réformes de santé – 27/01/2025 - [CNOMK](#)

V. Un levier majeur de maîtrise des dépenses de santé

Même si cette affirmation peut apparaître de prime abord contre-intuitive, une justification essentielle de l'instauration de l'accès direct est bien de nature financière et économique.

Le paradoxe coûteux du système actuel

Le circuit actuel est doublement onéreux : pour obtenir une séance de kinésithérapie, le patient doit d'abord passer par le médecin - ce qui génère une consultation remboursée par l'Assurance maladie - puis accéder au kinésithérapeute.

La consultation chez un médecin généraliste de secteur 1 coûte désormais 30 €, remboursée à 70 % par la Sécurité sociale. Pour des pathologies fonctionnelles courantes (lombalgies, entorse, tendinite), cette étape médicale obligatoire ne produit souvent aucune valeur diagnostique ajoutée : le kinésithérapeute aurait pu évaluer et prendre en charge le patient directement.

C'est donc un acte médical supprimable, à grande échelle, pour des millions de consultations annuelles, sans perte de qualité de soins, et avec un gain net pour les finances de l'Assurance maladie.

Un coût systémique qui dépasse la seule consultation médicale

Mais le surcoût du circuit actuel ne se limite pas à la consultation elle-même.

Il faut y ajouter l'ensemble des prescriptions qui l'accompagnent mécaniquement : imagerie médicale (radiographies, IRM prescrites par précaution ou par réflexe), médicaments (anti-inflammatoires, antalgiques, myorelaxants), dont l'utilité est souvent limitée dans les pathologies fonctionnelles musculosquelettiques, et parfois des examens biologiques complémentaires.

Chacun de ces actes représente un coût remboursé par l'Assurance maladie, alors qu'un kinésithérapeute en accès direct aurait pu, dans de nombreux cas, se passer de ces prescriptions annexes ou les cibler avec davantage de pertinence clinique.

À cela s'ajoute le **coût du retard thérapeutique**.

Le délai imposé par le passage obligatoire chez le médecin - aggravé en zones sous-dotées où un rendez-vous peut prendre plusieurs semaines - allonge la durée d'évolution de pathologies qui auraient pu être prises en charge précocement.

Or, il est bien établi, notamment pour la lombalgie, que la prise en charge kinésithérapique précoce réduit le risque de chronicisation, lui-même générateur de coûts considérables : arrêts de travail prolongés, indemnités journalières, invalidité, recours aux urgences.

Le coût social et assurantiel de la chronicisation est sans commune mesure avec celui d'une consultation médicale évitée.

Notre étude démontre le potentiel colossal des gains financiers directs et indirects

Notre synthèse des résultats de l'étude médico-économique (partie 2-8) montre qu'un programme d'accès précoce à la kinésithérapie sur 4 groupes d'indications générerait des gains potentiels nets annuels supérieurs à 6,5 Mrds € pour l'assurance maladie et à 14 Mrds € pour la société.

Ces chiffres intègrent deux niveaux de gains à distinguer:

- Les **gains directs** correspondent aux dépenses évitées dans le circuit de soins lui-même : consultations médicales supprimées (délai de recours plus court), prescriptions d'imagerie et de médicaments réduites, actes spécialisés évités grâce à une orientation plus pertinente dès le premier recours, un parcours patient plus fluide. Ce sont des économies immédiates, quantifiables, et directement imputables à la modification du parcours de soins.
- Les **gains indirects** sont d'une tout autre ampleur et tiennent à la réduction du coût socio-économique de la maladie non ou mal traitée. Ils comprennent notamment la diminution des arrêts de travail et des indemnités journalières associées - postes de dépense considérables pour l'assurance maladie - mais aussi la réduction des situations d'invalidité partielle ou totale, la baisse du recours aux soins hospitaliers en urgence ou en chirurgie lorsque des pathologies évolutives sont prises en charge trop tardivement, et plus largement le maintien dans l'emploi de patients qui, faute d'une prise en charge rapide et efficace, basculent dans des trajectoires d'incapacité coûteuses pour la collectivité.

Un argument décisif dans le contexte actuel de contrainte budgétaire

Dans un contexte où les finances de la Sécurité sociale font l'objet de déficits structurels et où chaque réforme du système de santé doit désormais justifier son bilan économique, l'accès direct à la kinésithérapie dispose d'un argument précieux : celui d'être une réforme **structurellement économe**.

Elle ne crée pas de nouvelle dépense ; elle réorganise un parcours existant pour en supprimer les étapes redondantes et coûteuses. En ce sens, elle répond simultanément à deux impératifs que les pouvoirs publics peinent souvent à concilier : **améliorer la qualité et l'équité d'accès aux soins, tout en réduisant leur coût global**.

C'est précisément cette double vertu qui a conduit d'autres systèmes de santé à franchir le pas. Il serait paradoxal que la France, confrontée aux mêmes tensions budgétaires, continue d'ignorer un levier aussi puissant.

VI. Les apports des expériences étrangères

Les comparaisons internationales démontrent que de nombreux pays ont mis en place l'accès direct⁶³, pour des raisons et dans des contextes qu'il est important d'analyser.

Les modèles d'accès direct ne sont pas transposables à l'identique d'un pays à l'autre. Ils sont le fruit d'histoires institutionnelles, de modèles de financement, de cultures professionnelles et de contextes épidémiologiques spécifiques.

Paradoxalement, cette prudence rend la comparaison internationale particulièrement enrichissante. Malgré des points de départ très différents, une même logique converge : **reconnaître la kinésithérapie comme une discipline de premier recours produit des bénéfices cliniques et économiques indiscutables, scientifiquement démontrés.**

Prenons le cas des six pays suivants recouvrant trois continents - Royaume-Uni, Australie, USA, Pays-Bas, Suède et pays nordiques, Canada – et voyons les enseignements pour la France.

6.1. Royaume-Uni — L'accès direct comme réponse à une crise d'accessibilité

Contexte

Le National Health Service (NHS) britannique est un système beveridgien financé par l'impôt, à couverture universelle. Il souffre structurellement d'une pénurie de médecins généralistes et de délais de rendez-vous qui atteignent plusieurs semaines dans de nombreuses régions. Les pathologies musculosquelettiques représentent l'une des premières causes de consultation en médecine générale.

Modèle d'accès direct

Face à l'engorgement des cabinets de généralistes, le NHS a développé à partir des années 2000 le rôle de First Contact Physiotherapist (FCP), intégré directement dans les cabinets de médecine générale.

Le patient peut consulter ce praticien sans passer par le médecin pour toute pathologie musculosquelettique. Le FCP dispose de compétences étendues : bilan clinique complet, prescription d'imagerie dans certains cas, orientation vers le spécialiste approprié.

Raisons de l'accès direct

La raison première est l'engorgement du système de médecine générale et la nécessité de désengorger un premier recours médical à bout de souffle. L'accès direct n'a pas été pensé comme une réforme de la kinésithérapie, mais comme une solution systémique à une crise d'accès aux soins primaires. C'est le pragmatisme organisationnel, plus que la reconnaissance de la valeur propre de la kinésithérapie, qui a été le moteur initial.

Résultats documentés

⁶³ Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie – HAS - 2022

Des évaluations du NHS et d'experts, publiées dans des revues de référence⁶⁴⁶⁵⁶⁶⁶⁷, ont montré que les FCP réduisaient de 30 à 40 % le nombre de consultations médicales pour pathologies musculosquelettiques dans les cabinets où ils étaient intégrés, avec un niveau de satisfaction patient équivalent ou supérieur, et sans augmentation des événements indésirables.

6.2. Australie — La maturité d'un système établi de longue date

Contexte

L'Australie dispose d'un système mixte (Medicare pour la couverture universelle, complété par des assurances privées). Le pays est confronté à un défi géographique majeur : de vastes zones rurales et isolées où l'accès aux médecins est structurellement limité. La physiothérapie y est une profession universitaire de longue tradition.

Modèle d'accès direct

L'accès direct à la kinésithérapie est la norme depuis plusieurs décennies. Aucune ordonnance médicale n'est requise pour consulter un kinésithérapeute. Le remboursement via Medicare est cependant conditionné à certains dispositifs - comme le Enhanced Primary Care Plan, établi par un médecin pour les pathologies chroniques -, ce qui maintient une articulation avec la médecine générale sans en faire un passage obligatoire systématique.

Le Enhance Primary care plan illustre la limite du modèle australien : l'accès direct à la kinésithérapie y est légalement possible sans ordonnance mais le remboursement reste conditionné à l'intervention préalable à un médecin généraliste pour un remboursement Medicare.

Raisons de l'accès direct

Deux facteurs ont été déterminants. D'abord, la contrainte géographique : dans un pays-continent aux zones rurales immenses, imposer un passage médical préalable aurait simplement signifié l'absence de soins pour des millions d'habitants.

L'accès direct était une nécessité logistique avant d'être une option politique. Ensuite, la robustesse académique de la profession : les kinésithérapeutes australiens ont très tôt investi la recherche clinique, produisant des données probantes sur leur efficacité en premier recours qui ont légitimé leur autonomie aux yeux des pouvoirs publics.

Résultats documentés

⁶⁴ Brindle R.C. et al. "First contact physiotherapy: an evaluation of clinical effectiveness and costs", *British Journal of General Practice*, octobre 2024. DOI : 10.3399/BJGP.2024.xxxx URL : <https://bjgp.org/content/74/747/e717>

⁶⁵ Henning M., Lynch G. "First Contact Physiotherapy: A 4-Year Service Evaluation of UK Primary Care Data", *Musculoskeletal Care*, 2024. DOI : 10.1002/msc.1961 URL : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/msc.1961>

⁶⁶ Goodwin R. et al. "Evaluation of the First Contact Physiotherapy (FCP) model of primary care: a qualitative insight", *Physiotherapy*, 2021 ; 113 : 209-216. URL : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8612276/>

⁶⁷ NHS England, "First Contact Physiotherapists" URL : <https://www.england.nhs.uk/gp/expanding-our-workforce/first-contact-physiotherapists/>

Des études australiennes⁶⁸⁶⁹ ont démontré que les kinésithérapeutes en accès direct posent des diagnostics musculosquelettiques d'une précision comparable à celle des médecins, avec une orientation chirurgicale plus ciblée, réduisant ainsi les consultations spécialisées inutiles.

6.3. Pays-Bas - L'accès direct par confiance institutionnelle dans la profession

Contexte

Les Pays-Bas disposent d'un système de santé reposant sur des assurances privées obligatoires, fortement régulées par l'État. Le pays a une longue tradition de coopération interprofessionnelle dans les soins primaires. La kinésithérapie y est une profession bien structurée, disposant de ses propres organisations scientifiques et de protocoles cliniques formalisés.

Modèle d'accès direct

Depuis 2006, les Pays-Bas ont instauré l'accès direct à la physiothérapie (DAPT — Direct Access to Physical Therapy) sans ordonnance médicale préalable. Ce modèle a été précédé d'une phase pilote rigoureusement évaluée (2000-2006), qui a démontré l'absence d'effets indésirables et les bénéfices en termes de délais de prise en charge.

Ce droit d'accès s'applique sans restriction d'indication : il n'existe pas de liste limitative de pathologies ouvrant droit à l'accès direct, contrairement au modèle britannique qui cantonne le FCP au champ musculo-squelettique.

Raisons de l'accès direct

La démarche néerlandaise a reposé sur une démonstration scientifique préalable, via des études pilotes publiées dans des revues à comité de lecture. Ce n'est pas une pression budgétaire urgente ni une crise d'accès qui a motivé la réforme, mais une volonté de rationalisation fondée sur les preuves, dans un système culturellement favorable à l'évaluation et à la délégation interprofessionnelle. La confiance institutionnelle dans les professions de santé paramédicales y est historiquement plus forte qu'en France.

Résultats documentés

L'évaluation post-réforme⁷⁰⁷¹ a confirmé que l'accès direct n'avait pas généré d'augmentation non contrôlée des dépenses, que la sécurité des patients était préservée, et que les délais de prise en charge avaient significativement diminué.

⁶⁸ Oldmeadow L.B. et al. "Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care", Medical Journal of Australia, 2007 ; 186(12) : 625-628. URL : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01079.x>

⁶⁹ "Developing and embedding an advanced practice musculoskeletal physiotherapy service in Queensland", Musculoskeletal Science and Practice, 2024. PMID : 38309180 URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38309180/>

⁷⁰ Leemrijse C.J., Swinkels I.C., Veenhof C. "Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy", *Physical Therapy*, 2008 ; 88(8) : 936-946. PMID : 18566108 URL : <https://academic.oup.com/ptj/article/88/8/936/2683600>

⁷¹ Swinkels I.C. et al. "An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands", *Physical Therapy*, 2014 ; 94(12) : 1785-1795. Référéncé in : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4483212/>

6.4. États-Unis - Un accès direct fragmenté, moteur d'innovation

Contexte

Le système de santé américain est profondément hétérogène : pas de couverture universelle, multiplicité des assureurs privés, grande variation des législations selon les États. La physical therapy y est une profession de niveau doctoral (Doctor of Physical Therapy — DPT), ce qui lui confère un statut académique élevé.

Modèle d'accès direct

L'accès direct existe dans la totalité des 50 États, mais selon des modalités très variables : certains États autorisent un accès direct illimité, d'autres le limitent dans le temps (nombre de séances ou de jours avant obligation de référence médicale), d'autres encore en font dépendre le remboursement par les assureurs. Il n'existe donc pas de modèle unifié, mais un laboratoire d'expériences multiples.

Raisons de l'accès direct

Aux États-Unis, la logique est avant tout concurrentielle et économique. Les physical therapists, en obtenant le niveau doctoral, ont renforcé leur légitimité pour revendiquer l'autonomie de premier recours.

Dans les systèmes de soins intégrés - comme Kaiser Permanente ou les VA hospitals -, l'accès direct a été adopté pour réduire les coûts par épisode de soins musculosquelettiques, en substituant une consultation de physiothérapie moins chère à une consultation médicale, sans dégradation des résultats.

La pression des assureurs pour maîtriser les dépenses a joué un rôle moteur que l'on ne retrouve pas sous cette forme en Europe.

Résultats documentés

Une étude menée au sein du système VA (Veterans Affairs)⁷² et une méta-analyse⁷³ ont montré que l'accès direct à la physical therapy réduisait de manière significative les coûts globaux des épisodes de soins musculosquelettiques, notamment par la diminution des prescriptions médicamenteuses (opioïdes en particulier) et des examens complémentaires.

6.5. Pays nordiques - L'accès direct comme norme dans des systèmes intégrés

Contexte

⁷² "VA provides veterans with same-day physical therapy", The American Legion, juillet 2024. URL : <https://www.legion.org/information-center/news/veterans-healthcare/2024/july/va-provides-veterans-with-same-day-physical-therapy>

⁷³ Ojha H.A., Snyder R.S., Davenport T.E. "Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review", cité in plusieurs méta-analyses. Référencé in : <https://www.academia.edu/63638696/>

Les pays nordiques (Suède, Norvège, Danemark, Finlande) disposent de systèmes de santé universels financés par l'impôt, avec une forte intégration des professionnels de santé dans des équipes pluridisciplinaires.

La physiothérapie y est intégrée depuis longtemps dans les soins primaires, à égalité fonctionnelle avec la médecine générale pour les pathologies relevant de son champ de compétence.

Modèle d'accès direct

L'accès direct est largement la norme dans ces pays. En Suède, par exemple, le patient peut consulter directement un physiothérapeute dans les centres de soins primaires (vårdcentral), sans passage préalable chez le médecin. Le physiothérapeute fait partie intégrante de l'équipe de soins primaires, au même titre que le médecin ou l'infirmière.

Raisons de l'accès direct

La raison est moins une réforme ponctuelle qu'une évolution culturelle et organisationnelle de longue durée. Dans des systèmes où la coopération interprofessionnelle est la norme et où la hiérarchie médicale est moins marquée qu'en France, l'accès direct s'est imposé naturellement comme une organisation rationnelle des soins.

La forte syndicalisation et la reconnaissance sociale des professions paramédicales ont facilité cette évolution sans résistance institutionnelle majeure.

Résultats documentés

Une étude suédoise⁷⁴ de référence montre que 85 % des patients vus par un physiothérapeute en premier recours n'avaient pas besoin d'être vus par un médecin. La satisfaction des patients était supérieure à celle du groupe soins médicaux habituels (plus de 80 % de satisfaction complète contre environ 50 % dans le groupe médecin).

6.6. Canada - Des avancées inégales selon les provinces

Contexte

Le Canada dispose d'un système universel (Medicare) géré province par province, ce qui crée une grande hétérogénéité dans les politiques de santé. La physiothérapie est une profession bien établie académiquement, mais son remboursement public est limité : la majorité des consultations sont payées par des assurances privées supplémentaires ou directement par les patients.

Modèle d'accès direct

L'accès direct est légalement possible dans la quasi-totalité des provinces, mais le remboursement public reste la contrainte principale. En l'absence de prise en charge par

⁷⁴ Ludvigsson M.L., Enthoven P. "Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care", *Physiotherapy*, 2012 ; 98 : 131-137. Référéncé in : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6842645/>

Medicare pour les soins ambulatoires de physiothérapie, la question du passage médical est moins centrale : les patients qui peuvent se payer la consultation y accèdent directement, tandis que ceux qui dépendent du secteur public restent souvent contraints par les circuits hospitaliers.

Raisons de l'accès direct

Le Canada illustre une limite importante : l'accès direct légal n'est pas suffisant s'il n'est pas accompagné d'un remboursement adéquat. La réforme formelle sans financement public ne résout pas les inégalités d'accès.

Tableau 41 : Synthèse des comparaisons internationales de l'accès direct à la kinésithérapie

Pays	Accès direct	Moteur principal	Remboursement	Maturité
Royaume-Uni	Oui (FCP)	Désengorgement médecine générale	Public (NHS)	Récente mais rapide
Australie	Oui (ALD, remboursement conditionné, EHPCP)	Contrainte géographique + recherche	Mixte	Très mature
Pays-Bas	Oui (sans restriction depuis 2006)	Preuve scientifique préalable	Assurance obligatoire	Bien établie
États-Unis	Oui (variable selon les Etats)	Compétition + maîtrise des coûts	Privé dominant	Fragmentée
Suède/ Pays Nordiques	Oui (intégré)	Culture interprofessionnelle	Public	Structurelle
Canada	Légal mais limité (contraintes de remboursement)	—	Privé dominant	Inaboutie
France	Expérimentation	—	Public (CNAM) dominant	Embryonnaire

Sources: Pr Frédéric Bizard

6.7 Enseignements de la comparaison internationale pour la France

Cette comparaison révèle plusieurs conditions de succès utiles pour la France.

Premièrement, aucun pays n'a généralisé l'accès direct sans une reconnaissance préalable ou concomitante du niveau de compétence de la profession. Que ce soit par la voie académique (DPT américain, master australien), par la voie de l'évaluation pilote (Pays-Bas) ou par l'intégration dans des équipes pluridisciplinaires (pays nordiques), la légitimité clinique a toujours précédé ou accompagné l'autonomie d'exercice.

Deuxièmement, le moteur de la réforme varie selon les contextes, mais il est toujours ancré dans une problématique locale identifiée : crise d'accès au Royaume-Uni, contrainte géographique en Australie, rationalisation probante aux Pays-Bas, maîtrise des coûts aux États-Unis. La France doit identifier et assumer clairement ses propres moteurs : déserts médicaux, coût de la chronicisation, déficit d'accès aux soins, pour donner à sa réforme une assise politique solide.

Troisièmement, l'expérience canadienne rappelle qu'une réforme du droit d'accès sans réforme du financement reste incomplète et risque de creuser les inégalités plutôt que de les réduire. La question du remboursement des actes en accès direct est indissociable de la réforme elle-même.

La France dispose aujourd'hui de tous les ingrédients pour franchir ce pas : une profession universitarisée, des données médico-économiques robustes, une crise avérée d'accès aux soins primaires, et des exemples étrangers suffisamment variés pour trouver un modèle adapté à son propre contexte institutionnel.

10. Les 3 principaux freins à la généralisation de l'accès direct

I. L'opposition de certaines professions médicales

Une mobilisation syndicale organisée et frontale

L'opposition médicale a pris la forme d'une action collective coordonnée. Dans un courrier du 2 novembre 2021, l'Ordre des médecins et les six syndicats représentatifs des praticiens libéraux (CSMF, MG France, Avenir Spé-Le Bloc, FMF, UFML, SML) ont demandé aux sénateurs « la suppression » de l'accès direct⁷⁵.

MG France, le principal syndicat de médecins généralistes, a jugé le texte « dangereux et inadapté » et alerté contre « une médecine où des professionnels de santé sont interchangeables sans une quelconque prise en compte de la qualité des soins ».

Ce front commun a eu un impact réel sur le processus législatif : en réponse aux levées de boucliers des organisations de médecins, les sénateurs ont ajouté plusieurs centaines d'amendements au PLFSS pour 2022 visant à mieux encadrer les transferts de compétence, limitant notamment l'expérimentation à six départements et dans le cadre strict de structures d'exercice coordonné.

Les arguments avancés par les médecins

a) L'argument du diagnostic médical préalable

C'est l'argument central. Les médecins font valoir qu'en raison de leur formation, ils sont les seuls à « pouvoir poser un diagnostic médical et prendre en charge un patient dans sa globalité », ajoutant que ces dispositions « dérogent aux règles sur l'exercice illégal de la médecine ».

Le Collège de la Médecine Générale estime que pour des raisons de sécurité des patients, la généralisation de toutes les prises en charge rhumatologiques concernant les pathologies de l'appareil locomoteur est dangereuse, et que la nécessité d'avoir recours à des examens complémentaires doit être considérée comme un acte diagnostic médical, constituant donc une contre-indication à la prise en charge directe par le masseur-kinésithérapeute⁷⁶.

b) L'argument de la sécurité du patient

Les médecins questionnent la sécurité et la performance de l'identification des signes de gravité par les kinésithérapeutes, estimant qu'elles peuvent être compromises par des compétences insuffisantes à identifier des pathologies ne relevant pas de leurs compétences et impliquant une réorientation vers un médecin⁷⁷.

⁷⁵ [Information Handicap - 8/11/2021](#)

⁷⁶ 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 – Haute Autorité de Santé – Validé par le Collège le 9 novembre 2023

⁷⁷ *Idem supra*

c) *L'argument procédural : le manque de concertation*

La CSMF a dénoncé des décisions « *prises en catimini, sans concertation* », le gouvernement n'ayant « jamais réuni sur ce sujet » les représentants des professions concernées⁷⁸. Cet argument a permis de légitimer l'opposition sur un terrain institutionnel, au-delà du seul fond médical.

Les Ordres ont pris position

Le 3 novembre 2022, l'Ordre des médecins a opéré une volte-face en rejoignant le front commun de la majorité des syndicats médicaux s'opposant aux mesures d'amélioration de l'accès aux soins.

Ce changement soudain de positionnement semble mettre en exergue une volonté d'utiliser ces mesures comme levier de négociation politique pour maintenir le médecin généraliste comme seule porte d'entrée du parcours de soins des patients⁷⁹.

Le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a riposté en dénonçant des « *blocages corporatistes* », justifiant la mesure par la nécessité de défendre « l'intérêt supérieur du patient »⁸⁰.

Un compromis législatif qui traduit le rapport de force

Le résultat législatif (loi Rist de mai 2023, puis expérimentation CPTS de 2025) reflète directement ce rapport de force.

L'accès direct n'est autorisé que dans des structures très encadrées : maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé, équipes de soins primaires, ou établissements médico-sociaux listés par la loi.

Dans le cadre de l'expérimentation CPTS, le kinésithérapeute est limité à huit séances par an sans diagnostic préalable, et en l'absence d'amélioration, le patient doit être réorienté vers son médecin traitant.

⁷⁸ [Information Handicap - 8/11/2021](#)

⁷⁹ Accès direct kiné : comment faire tomber les barrières chez les médecins... et chez les kinés- [Egora – 25/03/2023](#)

⁸⁰ Idem supra

II. Le risque inflationniste sur les dépenses : un frein central pour les Pouvoirs Publics

La crainte d'une explosion de la demande par l'accès direct

Le cœur de l'argument des pouvoirs publics repose sur une appréhension économique bien connue : supprimer un filtre (la prescription médicale) risque de libérer une demande latente jusqu'ici contenue.

L'IGAS l'a formulé explicitement dans son rapport de 2022⁸¹ : il pourrait être envisagé que le remboursement par l'Assurance maladie soit limité à un nombre déterminé de séances, 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 ».

La libération du temps médical qui serait octroyée par cette mesure semble être un « épouvantail » selon certains analystes : la patientèle transférée des médecins aux kinés ne pourrait vraisemblablement pas être totalement absorbée par ces derniers, et un grand nombre de patients resterait dans l'attente de recevoir des soins kinésithérapiques, dont les délais peuvent déjà être importants selon la densité territoriale⁸².

La "déferlante de la kiné du sport" : le scénario catastrophe redouté

La crainte est celle d'un glissement de la kinésithérapie médicale (pathologies lourdes, post-opératoire, maladies chroniques) vers une kinésithérapie de confort ou de performance sportive, à la charge de l'Assurance maladie.

Pourquoi le sport est-il au cœur de cette crainte ?

On assiste depuis plusieurs années à une explosion de la pratique de la course à pied. Treize millions de Français, soit un adulte sur quatre déclarent s'adonner à la course à pied en 2024, selon les derniers chiffres de l'observatoire du running réalisé par l'Union Sport et cycle (USC). Ils n'étaient que 7,8 millions en 2017, soit une hausse de 66% en 7 ans. Le peloton des coureurs s'est beaucoup rajeuni et féminisé ; 70% des néo-runners sont des femmes⁸³.

Une grande tendance débarquée des USA est le trail. Cette course en nature, hors des routes goudronnées, a supplanté la course sur route en nombre : 5 900 trails vs 4 905 courses sur route en 2025. On assiste à un essor des épreuves de longue distance et en montagne, comme l'ultra trail du Mont-Blanc (UTMB).

13 320 courses ont été organisées en 2025 en France, soit une hausse de 25% depuis 2015. Entre 2024 et 2025, le nombre de finishers d'une course a augmenté de plus de 40% selon les données de la Fédération française d'athlétisme : 4,1 millions en 2025 vs 2,9 millions en 2024.

⁸¹ Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie – Anne Bruant-Bisson, Philippe Laffon, Marion Marty – IGAS – Février 2022

⁸² Accès direct kiné : comment faire tomber les barrières chez les médecins... et chez les kinés- [Egora – 25/03/2023](#)

⁸³ Running : la déferlante phénoménale qui transforme le marché du sport » - Par Julien Boitel- Les Echos- 7/04/2026

La population sportive - en pleine croissance avec le développement des pratiques amateur depuis les années 2010 et l'effet post-JO - représente un gisement de demande potentiellement considérable : entorses, tendinites, douleurs musculaires, préparation physique, récupération...

Ces motifs sont souvent bénins, autorégressifs, et ne nécessitent pas systématiquement une prise en charge remboursée. Or, sans le filtre de l'ordonnance, rien n'empêcherait un sportif amateur de consulter directement un kiné pour une douleur passagère, et d'obtenir un remboursement là où il aurait auparavant renoncé à consulter un médecin.

A cette hausse de la demande se développe une offre de kinésithérapeutes provenant de la filière du sport. Sur les quelque 3000 nouveaux diplômés en France de kinésithérapeutes chaque année, près de la moitié provient d'une filière STAPS (sciences et techniques des activités physiques et sportives).

La kinésithérapie du sport occupe déjà une zone frontière problématique : la kinésithérapie offre une aide pour atteindre des objectifs comme perdre du poids, sculpter le corps ou optimiser les performances et l'endurance⁸⁴ - ce qui la place à mi-chemin entre soin médical et prestation de bien-être. L'accès direct sans filtre médical risquerait d'accentuer ce glissement vers des prises en charge de confort, entièrement remboursées.

⁸⁴ La kinésithérapie du sport : quels rôles joue-t'-elle réellement ? – [Kiné médical](#) – 22/08/2022

III. Une trop faible reconnaissance de la valeur ajoutée en santé publique de la kinésithérapie en France

Une profession efficace mais sous-valorisée

La kinésithérapie est reconnue internationalement comme une discipline à forte valeur ajoutée sur le plan sanitaire.

De nombreuses études démontrent son efficacité dans la prévention, le traitement et la réhabilitation de pathologies musculosquelettiques, respiratoires, neurologiques ou encore cardiovasculaires.

Pourtant, en France, cette valeur ajoutée peine à être institutionnellement reconnue, ce qui freine directement la généralisation de l'accès direct.

Dans ces pays, la reconnaissance scientifique et institutionnelle de la kinésithérapie a précédé et légitimé l'accès direct.

Une reconnaissance insuffisante qui bloque la réforme en France

Un positionnement institutionnel subordonné

Le système de santé français repose historiquement sur la **primauté médicale**. Le kinésithérapeute y est encore largement perçu comme un **auxiliaire médical** exécutant une prescription, et non comme un professionnel de santé autonome exerçant un jugement clinique propre. Cette représentation juridique et culturelle minimise sa valeur ajoutée diagnostique et thérapeutique.

Une recherche clinique française insuffisante

Contrairement aux pays anglo-saxons ou nordiques, la France produit peu de publications scientifiques valorisant l'efficacité spécifique de la kinésithérapie.

Sans masse critique de données probantes nationales, il est difficile de convaincre les décideurs publics, les assureurs (Assurance Maladie) et les médecins de la pertinence d'un accès direct.

L'argument économique mal exploité

À l'étranger, l'accès direct a été légitimé en partie par des **études médico-économiques** démontrant des économies substantielles : moins de consultations médicales, moins d'imagerie inutile, moins de prescriptions médicamenteuses (notamment d'anti-inflammatoires et d'opioïdes).

En France, cet argumentaire reste insuffisamment développé et porté auprès de la HAS ou de l'Assurance Maladie. Notre étude pourrait contribuer à résorber ce déficit.

Une formation sous-évaluée

Alors que le cursus de formation des kinésithérapeutes français a été réformé et universitarisé (grade master reconnu), cette montée en compétences n'a pas été accompagnée d'une révision de la place institutionnelle de la profession.

Les compétences cliniques acquises - bilan, diagnostic kinésithérapique, raisonnement clinique - ne sont pas traduites en droits d'exercice élargis, faute de reconnaissance de leur valeur ajoutée.

Un cercle vicieux institutionnel

La faible reconnaissance génère un cercle vicieux :

Faible reconnaissance → pas d'accès direct → peu de données sur l'efficacité en premier recours → difficile de plaider pour l'accès direct → faible reconnaissance maintenue

À l'inverse, les pays ayant accordé l'accès direct ont pu **générer des données probantes** en conditions réelles, renforçant rétrospectivement la légitimité de la réforme.

Les résistances entretenues par ce déficit de reconnaissance

- **Les médecins** : en l'absence d'une reconnaissance claire du niveau de compétence diagnostique des kinésithérapeutes, certains praticiens craignent une perte de sécurité pour le patient - argument qui s'effondre à la lumière des données internationales.
- **L'Assurance Maladie** : sans démonstration robuste de l'efficacité économique de l'accès direct dans le contexte français, la CNAM reste prudente, craignant un effet volume (plus de consultations kinés sans réduction des actes médicaux).
- **Le grand public** : mal informé sur les compétences réelles du kinésithérapeute, il n'exerce pas suffisamment de pression pour une réforme qu'il ne comprend pas comme une amélioration de son accès aux soins.

Ainsi, la généralisation de l'accès direct à la kinésithérapie en France se heurte à un **déficit structurel de reconnaissance de la valeur ajoutée sanitaire** de la profession, là où d'autres pays ont fait de cette reconnaissance le socle même de la réforme.

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, pour que la reconnaissance légitime l'autonomie.

11. La kinésithérapie et la transformation du système de santé

I. Un changement de paradigme du risque santé s'impose

Notre pays n'a jamais eu dans son histoire autant de ressources humaines, financières et d'innovations technologiques disponibles pour la santé de nos concitoyens.

A l'échelle globale, la crise du système ne peut donc pas se résumer à une crise de moyens, même s'il existe un problème d'allocation (efficacité allocative), et de bonne gestion de ces ressources (efficacité productive).

Si ce n'est pas une crise de ressources, c'est une crise d'une autre nature, que l'on appelle une **crise systémique**, de structuration du système social, ici de santé. On parle de crise structurelle. Elle s'est étendue dans les services, dans l'industrie et dans la recherche.

Cette crise structurelle est la résultante de l'inadaptation du modèle pour gérer la santé à l'ère de la triple transition démographique, épidémiologique et technologique. Le système actuel n'a réussi ni le virage préventif, ni le virage ambulatoire, ni le virage technologique qui sont les principaux défis du nouveau modèle. C'est donc bien un problème d'inadaptation d'un système à son environnement.

Sans détailler la réforme disponible sur le site de l'Institut Santé (www.institut-sante.org), il est utile de connaître les trois piliers du nouveau modèle, illustrant la place à prendre pour les kinésithérapie dans la santé de demain.

Schéma 2 : Les 3 piliers du nouveaux modèle de santé



Source : [Institut Santé - Quel avenir pour notre système de santé et son financement](http://www.institut-sante.org)

II. La kinésithérapie conforte l'exigence d'une réforme du financement de la santé

La prise en charge financière de la kinésithérapie pose la question de la répartition entre l'assureur solidaire public et des assureurs privés. La partie 1 a montré que le financement était à 71% par l'assurance maladie, à 11% par les complémentaires santé et 18% par les ménages.

La hausse des dépenses publiques en kinésithérapie est portée essentiellement par la hausse de volumes et non par la hausse des prix. La maîtrise des dépenses est concentrée sur une absence de revalorisation des actes, y compris vis-à-vis de l'inflation, i.e. une érosion de la valeur réelle des actes (en euros constants).

Dans une profession dominée par l'exercice libéral (85%), cela entraîne une fragilisation du modèle économique comme l'atteste la baisse des revenus, et une adaptation de l'activité d'un nombre croissant de kinésithérapeutes pour augmenter les volumes (plateaux techniques avec plusieurs patients à la fois).

Le développement souhaitable de la kinésithérapie sur les cibles prioritaires pour les indications préventives et curatives, dont l'étude médico-économique montre la forte rentabilité de la dépense, imposera à moyen terme de sortir du champ de remboursement public des actes de kinésithérapie qui sont du domaine du confort davantage que du sanitaire.

En bref, il faudra que l'Assurance Maladie rémunère mieux les actes de kinésithérapie considérés comme essentiels en santé publique, et qu'elle dérembourse les actes de convenance. Cette distinction doit être fondée sur la science, dans la pratique un comité ad hoc scientifique et démocratique devra être chargé de la sélection des actes remboursables.

Cela exigera une réforme structurelle de l'architecture de financement. La kinésithérapie est une parfaite illustration de la nécessité de cette réforme dans l'intérêt général. En réalité, elle est nécessaire pour tous les secteurs si on veut définir un modèle de santé performant et soutenable financièrement.

C'est d'autant plus urgent en kinésithérapie qu'on assiste à la déferlante du running, source d'une demande très attractive pour les kinésithérapeutes mais qui ne pourra pas rester dans le panier remboursable, sauf à aggraver le non-recours pour les indications prioritaires et le rabotage de la valeur des actes.

On voit que cette sélection est bien dans l'intérêt des patients, des kinésithérapeutes et de l'Assurance Maladie.

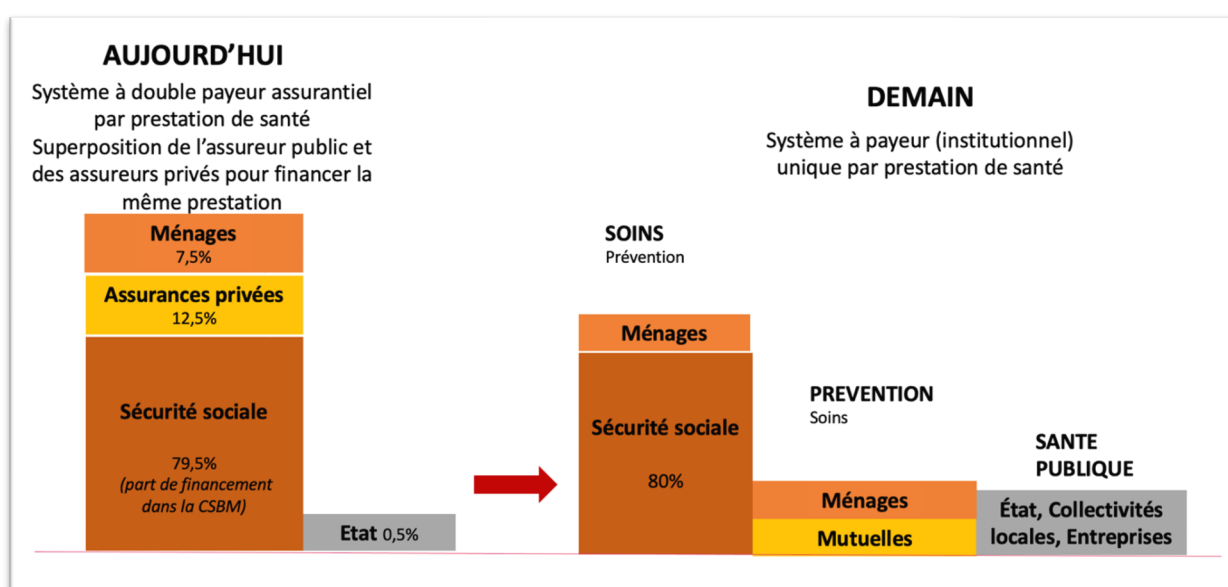
2.1. Pour un financement à financeur unique par prestation de santé

La France vit depuis des années avec un système imbriquant l'assurance privée et publique pour payer les mêmes prestations, donnant l'impression d'une santé gratuite, avec le reste à charge le plus faible au monde en macro, mais illisible et en réalité très coûteuse (inflationniste, coûts administratifs +++).

L'[Institut Santé](#)⁸⁵ a modélisé le futur système de santé intégrant un système de financement à un seul financeur par prestation.

Ce nouveau modèle acte la fin du système actuel à deux étages pour une même prestation et instaure une distinction des paniers de soins (un décroisement) par assureur.

Schéma 3 : Évolution du système de financement dans le nouveau modèle



Source : Institut Santé

Le décroisement des paniers de soins peut se faire de plusieurs façons mais doit être guidé par les parts existantes des assureurs dans les composantes de la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM).

Par exemple, les complémentaires santé (OCAM) financent plus de 50% des dépenses en optique, audioprothèse et dentaire (13,2 Mrds € sur 25,6 Mrds € en 2023), l'assurance maladie ne financerait plus du tout ces soins (6,9 Mrds €, 27% en 2023) dans le nouveau modèle.

L'assurance maladie devrait rembourser une part des dépenses totales de soins comprise entre 75% et 80% des dépenses totales. Un ticket modérateur non assurable (de l'ordre de 15-20% en moyenne) serait instauré, en conservant les critères d'exonération existants (ALD, grossesse, accidents du travail, maladies professionnels, bas revenus).

⁸⁵ Quel avenir pour notre système de santé ? Institut Santé – 2025-[Ici](#)

Un bouclier sanitaire plafonnerait le reste à charge des ménage à 2% de leur revenu disponible annuel.

Le contrat privé deviendrait un contrat supplémentaire (et non plus complémentaire), qui viendrait financer les prestations non financées par l'Assurance maladie publique. Un contrat socle privé, contenant des garanties devant être mutualisées sur toute la population, serait commercialisé obligatoirement par tous les assureurs privés.

Au-delà de ce contrat socle, chaque assureur aurait la possibilité de proposer toute option et service permettant de se différencier de la concurrence et de créer de la valeur pour les usagers. L'offre spécifique (hors contrat socle) des assureurs privés devrait s'orienter vers les services de prévention et les innovations technologiques à destination des usagers.

Pour garantir efficacité et viabilité assurantielle de ce système d'assurance privée supplémentaire, trois déterminants des contrats privés sont indispensables :

- Affiliation obligatoire et individuelle pour toute la population ;
- Interdiction de toute discrimination à la souscription ;
- Subvention des personnes à bas revenus.

Les évolutions du système de financement ces dernières années va dans ce sens mais il faut aller au bout de la logique et l'assumer comme un nouveau modèle.

2.2. Pour un comité ad hoc en charge de gérer de façon dynamique le panier des produits et services remboursés par l'assureur public

L'objectif est d'instaurer en France un mécanisme de déremboursement institutionnalisé et structuré pour prendre en compte l'aspect conflictuel de l'innovation, qui entraîne le remplacement de l'ancien par le nouveau d'une part, et le besoin de concentrer le remboursement sur ce qui est considéré comme essentiel dans chaque secteur, d'autre part.

Cette sélection des prestations du panier remboursable de l'assurance maladie doit être associée à une revalorisation des actes remboursés permettant la viabilité du modèle économique de l'offre en libéral comme en salariat, et la capacité de faire de la qualité.

Pour que le processus soit fluide et accepté socialement, sans susciter de scandale médiatique à répétition, il doit être dépolitisé et reconnu comme étant démocratique et reposant sur une base scientifique fiable.

Pour que le déremboursement des prestations de kinésithérapie soit une procédure fluide et acceptée dans le système, il faut l'organiser en conséquence. Si ce processus doit partir d'une analyse scientifique rigoureuse par la HAS, la question se pose de savoir quelle institution doit en avoir la charge.

La kinésithérapie n'est pas la seule profession qui devrait faire l'objet d'une réévaluation scientifique de la pertinence d'une prise en charge par la collectivité: radiologie, examens biologiques, matériel médical, procédures médicales, médicaments... sont aussi concernés.

Soit on prend une structure de la démocratie sociale existante, comme le Conseil de la CNAM ou la Conférence nationale Santé autonomie, soit il faut créer un comité ad hoc dédié à cette mission, composé de représentants des usagers et d'experts scientifiques qualifiés.

Le principe serait de réunir cette instance autant que de besoin, sur proposition de l'assureur public qui est chargé de soumettre une liste de prestations à étudier, sous forme de conférence de consensus pour arbitrer sur l'évolution du contenu du panier des produits et services de santé remboursables.

2.3. Réforme de la régulation économique des dépenses de santé

L'idée centrale est de considérer certaines dépenses de santé non plus comme de simples coûts à contenir, mais comme de véritables investissements dans le capital humain.

Autrement dit, dépenser pour maintenir la population en bonne santé (prévention, suivi, accompagnement) permet d'augmenter la qualité de vie, réduire les maladies évitables, et, à moyen et long terme, de diminuer les dépenses de soins lourds.

Mais pour être légitime et efficace, cet investissement doit être planifié, ciblé et évalué, comme n'importe quelle politique publique d'investissement.

Cela suppose de diffuser une **culture médico-économique**, aujourd'hui très peu développée en France, où la question dominante reste : « *combien ça coûte* » plutôt que « *combien ça rapporte en gains de santé et économies futures* ».

Une fois évacué le scepticisme des uns sur la rentabilité de ces investissements, il reste à gérer le scepticisme des autres sur notre capacité à faire les bons investissements.

Pour répondre à ces deux objections, il faut s'appuyer sur des outils objectifs d'évaluation, notamment l'analyse des **DALYs (disability adjusted Life years) évités**.

Les DALYs (Disability-Adjusted Life Years) mesurent le nombre d'années de vie en bonne santé perdues à cause d'une maladie ou d'un handicap.

L'analyse de l'impact sur le nombre de DALYs ⁸⁶ évités est un des outils pour construire un plan d'investissement en santé publique.

Les études montrent que 40% des gains de santé - notamment par la lutte anti-tabac et la prévention des maladies cardio-vasculaires - sont obtenus pour un coût inférieur à 100 \$ par années de vie gagnée en bonne santé, et 6% pour un coût inférieur à 1000 \$⁸⁷.

Cela prouve que des interventions très efficaces et peu coûteuses existent déjà, mais qu'elles ne sont ni suffisamment identifiées ni priorisées dans les choix budgétaires.

Un changement de paradigme comparable à l'éducation

Alors qu'il a fallu des siècles pour convaincre que l'investissement dans l'éducation pour tous n'était pas qu'une affaire de justice sociale mais aussi un levier vital pour la croissance

⁸⁶ DALY : Disability Adjusted Life Years = mesure de la charge de morbidité globale, exprimée par le nombre de cumulé d'années perdues en raison d'une mauvaise santé, d'un handicap ou d'une mort précoce. DALYs = années vécues avec handicap/mauvaise santé + années de vie perdues

⁸⁷ Institute for Health Metrics and Evaluation, WHO, Updated Appendix 3 of the WHO global NCD action plan 2013–2020, April 2017; "Disease Control Priorities 3 (DCP-3): Economic evaluation for health," University of Washington Department of GlobalHealth, 2018; Tufts Cost-Effectiveness Analysis Registry - Mc Kinsey Global Institute

économique, nous n'avons plus cet horizon de temps pour convaincre que l'investissement dans la bonne santé est le grand sujet économique et social contemporain.

La kinésithérapie : une dépense d'avenir à développer et à évaluer

Aujourd'hui, l'Assurance maladie adopte une logique essentiellement comptable. Elle ne mesure ni les économies futures générées, ni les externalités positives générées (moins d'hospitalisations, meilleure insertion, productivité accrue) par les dépenses qu'elle gère.

Elle considère les dépenses comme un stock fini, composé de dépenses égales en valeur, sans considérer la rentabilité marginale de chaque euro supplémentaire dépensé.

Les soins de ville des kinésithérapeutes sont de nature préventive et curative selon les secteurs. Pour la plupart, ils ont un profil médico-économique très favorable pour l'Assurance maladie comme notre étude le démontre, en accélérant le rétablissement des patients et/ou en évitant des soins coûteux.

Il conviendrait donc de dissocier le type de dépenses de kinésithérapie, entre celle qu'il faut encourager du fait de sa forte rentabilité et la dépense courante qu'il faut contenir.

Réformer la régulation économique des budgets au sein de la CNAM

C'est une transformation radicale de la gestion des dépenses publiques de santé à réaliser, pour passer d'une logique budgétaire statique à une logique économique, d'optimisation dynamique des ressources.

Le nouveau système devrait impérativement :

1. Distinguer clairement les dépenses d'investissement dans le capital humain (prévention, suivi, éducation en santé), des dépenses de soins courants ;
2. Produire régulièrement des études médico-économiques pour évaluer le rapport coût/efficacité, et mesurer la rentabilité marginale de chaque euro investi ;
3. Orienter les financements vers les dépenses les plus rentables sur les plans sanitaire, économique et social.

2.4. La forte rentabilité de l'investissement dans la bonne santé

Dans un rapport de Juin 2025 sur « *le redressement durable de la sécurité sociale* »⁸⁸, les trois Hauts Conseils font de la prévention un des principes cardinaux de ce redressement durable : « *la prévention des risques sanitaires et sociaux est le meilleur moyen d'infléchir ou d'atténuer la progression des dépenses* ».

Même si la France n'a toujours pas instauré une politique de pilotage et d'évaluation sérieuse des actions de prévention, les données médico-économiques internationales prouvent aujourd'hui que la prévention est un levier efficace pour réduire la prévalence des pathologies chroniques et maîtriser la dépense, et donc maintenir l'équilibre des comptes publics.

La Cour des comptes a estimé qu'un an d'espérance de vie sans incapacité supplémentaire faisait économiser un montant d'environ 1,5 Mrds € à l'assurance maladie⁸⁹. Il faut aussi y ajouter les bénéfices sociaux individuels et collectifs (externalités positives).

Une étude au Royaume-Uni⁹⁰ prouve que les dépenses en matière de santé publique sont globalement plus efficaces que les dépenses de soins.

Ainsi, produire une année de vie en bonne santé (un QALY) revient en moyenne à 3 800 £ dans le domaine de la santé publique, contre 13 500 £ pour les soins, soit 3,5 fois plus cher.

70% des gains de santé à venir se feront par la prévention (environnementale, sociale, comportementale et médicale)⁹¹

70% de ces gains seront accomplis par la prévention en développant des environnements plus propres et plus surs, en encourageant les comportements plus sains et en adressant les facteurs sociaux derrière les pathologies, tout en permettant un accès large aux vaccins et à la prévention médicalisée.

Les 30% de gains de santé restants viendront du traitement des pathologies et des conditions aiguës avec des thérapies prouvées dont la kinésithérapie.

L'eau et l'air non pollué, la nourriture saine cessible, la littératie (ensemble des connaissances et apprentissage fondamentaux) en santé forment les comportements individuels en santé et, avec les soins préventifs comme la vaccination, aident à réduire le fardeau des maladies sur le long terme.

Le tableau suivant montre que parmi les missions phares pour réduire la prévalence des pathologies et donc générer des gains de santé conséquents, les kinésithérapeutes ont un rôle

⁸⁸ Pour un redressement durable de la sécurité sociale. [Rapport remis par les trois Hauts Conseils](#) - HCAAM, HCFEA, HCFIPS - Juin 2025

⁸⁹ La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées – [Rapport de la Cour des comptes](#) - Novembre 2021

⁹⁰ Martin S, Lomas J, Claxton K. Is an ounce of prevention worth a pound of cure ? A cross-sectional study of the impact of English public health grant on mortality and morbidity. *BMJ Open* 2020;10

⁹¹ Institute for Health Metrics and Evaluation, WHO, Updated Appendix 3 of the WHO global NCD action plan 2013–2020, April 2017; “Disease Control Priorities 3 (DCP-3): Economic evaluation for health,” University of Washington Department of GlobalHealth, 2018; TuftsCost- Effectiveness Analysis Registry-Mc Kinsey Global Institute

clé à jouer dans les trois types d'intervention. Les kinésithérapeutes sont aussi des **effecteurs de bonne santé**, trop ignorés dans le système actuel. Ce sont **des transmetteurs d'information en santé** : ils ont un impact dans la diffusion et la transmission des bonnes connaissances en santé. Ils valorisent les activités physiques.

Tableau 42 : Potentiel de réduction des prévalence des pathologies par type d'intervention

Disease reduction potential by intervention type¹

100% represents the 41% reduction in the global disease burden

	Top 3 in category	Description	Examples
33%	Environmental, social, and behavioral	Dietary interventions 7%	Interventions designed to support people to achieve a nutritious and balanced diet, and to meet specific nutritional goals for people with conditions affected by their dietary intake and weight
		Supported behavior change 7%	Interventions designed to encourage sustained changes in lifestyle and behaviors, including levels of physical activity, eating habits, substance use, and management of stress
		Smoking cessation 4%	Full range of national and local policies and support programs to reduce uptake of smoking and encourage smokers to quit (including policies affecting pricing, marketing, and availability of tobacco products; smoking bans; and cessation support)
38%	Health promotion	Vaccines 11%	Medical products designed to provide immunity against a specific disease or group of related diseases by stimulating production of antibodies in individuals receiving the vaccine without inducing development of full disease
		Safe childbirth 9%	Provision of an appropriately equipped and resourced setting for intrapartum care that addresses main risks to maternal and neonatal health (eg, hemorrhage, infection, obstructed labor, and complications related to prematurity)
		Medicines for heart disease, stroke prevention, and diabetes 7%	A range of medicines that reduce risk of disease progression, complications, and mortality from these conditions by regulating blood pressure, cholesterol levels, and blood glucose levels; improving blood flow; and reducing risk of blood clots developing
29%	Therapeutic	Anti-infective medicines 10%	A range of medicines that treat or manage infectious diseases including bacterial, viral, or fungal infections, either by killing the pathogen (eg, bacteria or other microorganism) or slowing or interrupting its growth and ability to replicate
		Specialist surgery 5%	A range of surgical or interventional procedures used to treat complex conditions such as advanced heart disease, and major trauma; includes routine day surgery procedures (eg, cataract surgery)
		Counseling and talking therapies 3%	Interventions designed to address a range of conditions including mental health disorders, substance use disorders, and self-harm, using psychological techniques and talking in group or individual settings

Source : Institute for Health metrics and evaluation- Updated Appendix 3 of the WHO global NCD action plan 2013–2020,

Une réduction des dépenses de soins par une politique de maintien en bonne santé de 80 Mrds € d'ici à 2040 en France

Le gain potentiel pour la France sur 20 ans est donc de 40% de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) - 254 milliards € en 2024, en croissance de 3,6 % par an en moyenne depuis 10 ans (187 Mrds€ en 2014). En se projetant à 2040, la CSBM en 2040 sera de 360 Mrds€ en euros courants.

En considérant une baisse de 40% en 2040 de la charge des pathologies chroniques dans le système de santé (dont la dépense représentera près de 70% de toutes les dépenses), on obtient des gains financiers bruts de l'ordre de 80 Mrds €.

A ces bénéfices, il faut soustraire l'investissement nécessaire à l'obtention des 40% de gains pour disposer des gains économiques nets.

La rentabilité des investissements dans la bonne santé dans les prochaines années, dont l'activité des kinésithérapeutes, dispose donc d'un potentiel de rentabilité financière colossal pour le système de santé, auxquelles il faut ajouter les externalités économiques et sociales pour le pays.

Tableau 43 : Évaluation de l'impact de la baisse des charges des ALD de 40% en 2040

Mrds€/%	R	R	P	P
	2011	2021	2030	2040
CSBM	178	227	283	368
TCAM		2,8%	3,0%	3,0%
CSBM financée par la sécu	136	181	226	294
Part ALD dans la Csbm sécu	60%	64%	67%	70%
Part des ALD	81	116	151	206
Gain secu (-40% sur ALD)*			30	82

Sources: Drees - McKinsey-Calculs F Bizard

La mortalité prématurée (<65 ans) et la mauvaise santé freinent la croissance économique

Malgré les progrès accomplis, la santé pénalise encore la prospérité économique et le bien-être social, avec deux sources dominantes : la mortalité prématurée et la morbidité. La mortalité prématurée limite la quantité de la force de travail.

En France, on observe une baisse du taux de décès prématuré chez les hommes (299 à 238/100 000 depuis 2002) et une stabilisation chez les femmes (123/100000 en 2022). La mortalité infantile est le paroxysme de la mortalité prématurée. Deux-tiers des décès prématurés sont des hommes.

Tableau 44 : Les décès prématurés en France en 2023

Décès en France	2023		Total
	Hommes <65 ans	Femmes <65 ans	
Population <65 ans	26 659 258	26 659 504	53 318 762
Décès prématurée	63 449	32 791	96 240
Total décès	335 739	331 266	667 000
Taux de MP/sexe	19%	10%	14%

Source : Insee – Ined – Calculs F Bizard

La mauvaise santé et la morbidité rendent difficiles pour les individus affectés de rester actifs et de réaliser tout leur potentiel productif. En 2017, 580 millions d'années personnes (année personne : durée de suivi d'une personne non malade) ont été perdues du fait de la mauvaise santé dans le monde. Dans les pays développés, un actif sur cinq est atteint par une ALD (souvent migraine, mal de dos, dépression, angoisse), réduisant sa productivité⁹².

Le coût de la mauvaise santé a été estimé en 2017 à 12 000 Mrds \$, soit 15% du PIB mondial, la taille du PIB chinois à l'époque.

Le capital humain, clé de la croissance de la prochaine décennie

La politique de santé au XXème siècle, et encore aujourd'hui en France, a été avant tout une politique curative - centrée sur la gestion des professionnels de santé du secteur curatif - pour garantir un accès aux soins pour tous. La maîtrise des dépenses de santé a aussi été centrée sur l'offre de soins, et non sur la demande. La réduction par deux du numérus clausus de 1985 à 1995 en est un exemple parmi d'autres.

Le débat sur la maîtrise des dépenses d'indemnités journalières est caricaturale de ce point de vue. Si l'offre médicale joue un rôle (marginale) dans le dynamisme de ce poste, en prescrivant les arrêts maladie, les principaux déterminants à la hausse (à plus de 90%) sont du côté de la demande et du marché du travail.

Les gains économiques de la bonne santé vont être d'autant plus stratégiques que la population active va augmenter six fois moins vite dans les 50 prochaines années (+0,3% /an) que dans les 50 dernières années (+1,8%/an)⁹³. En France, elle sera quasiment stable jusqu'en 2040 (de 30,1 millions à 30,5 millions de personnes, avant de décroître ensuite.

L'enjeu de l'évolution qualitative de la population active, dont son état de santé est une composante majeure du facteur de production humain, va être un des facteurs clés pour optimiser la croissance potentielle des pays développés dans les prochaines années.

Ainsi, toute politique qui vise à maintenir plus longtemps la population active dans le marché du travail, par le report de l'âge de la retraite entre autres, devrait s'accompagner d'une politique active d'investissement dans le capital humain en santé.

Les femmes représentent 48% de la population active en France (vs 31% en 1968) selon le BIT. En 2024, le taux d'activité des femmes de 15 à 64 ans atteint environ 71,5% contre 77% pour les hommes (Insee, 2025). La santé des femmes est donc un enjeu majeur aussi pour le potentiel de croissance économique du pays.

⁹² Donna Allen et al., "Four-year review of presenteeism data among employees of a large United States health care system: A retrospective prevalence study," *Human Resources for Health*, November 2018, Volume 16, Issue 1.

⁹³ Donna Allen et al., "Four-year review of presenteeism data among employees of a large United States health care system: A retrospective prevalence study," *Human Resources for Health*, November 2018, Volume 16, Issue 1.

Une meilleure santé pourrait ajouter 12 billions \$ au PIB en 2040 dans le monde

Le PIB global pourrait augmenter de 12 billions \$ en 2040, soit une hausse de 8% - base de PIB mondial de 142 billions \$ en 2040 - , incluant :

- 1,4 billion \$ (12%) : moins de décès prématurés ;
- 4,2 billions \$ (36%) : de meilleures conditions de santé ;
- 4,1 billions \$ (35%) : de participation accrue au travail ;
- 2 billions \$ (17%) : de hausse de la productivité.

Extrapolé à la France, on peut évaluer la hausse à 360 Milliards € en 2040 pour un PIB de 4 860 Mrds € en 2040, au lieu de 4500 Mrds € (en euros courants), dont:

- 45 Mrds € : moins de décès prématurés ;
- 130 Mrds € : de meilleures conditions de santé ;
- 125 Mrds € : de participation accrue au travail ;
- 60 Mrds € : de hausse de la productivité.

Ces chiffres donnent une idée de l'ampleur des externalités économiques positives de l'investissement dans la bonne santé des femmes.

Un ratio coût/bénéfice de 2\$ à 4\$ selon le niveau de revenu des pays

Le ratio coût/bénéfice étant estimé de 1\$ investi pour 3\$ généré dans les pays à hauts revenus, cela donne une idée des montants des investissements à réaliser. Ces derniers sont loin d'être spécifiques à la santé et impliqueront les sphères publiques et privées.

Graph 23 : Rentabilité de l'investissement dans la bonne santé

For each \$1 invested in improving health, an economic return of \$2 to \$4 is possible.

Healthy growth scenario, 2040
\$ trillion



Note: Snapshot view of the healthy growth scenario in 2040. Additional healthcare spending, GDP impact, and welfare gains directly attributable to better health only (excluding expanded participation).

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation, used with permission, all rights reserved; Oxford Economics; ILOSTAT; National Transfer Accounts project; WHO, Updated Appendix 3 of the WHO global NCD action plan 2013–2020, April 2017; "Disease Control Priorities 3 (DCP-3): Economic evaluation for health," University of Washington Department of Global Health, 2018; Tufts Cost-Effectiveness Analysis Registry; McKinsey Global Institute analysis

2.5. Impact de l'IA générative en santé et en kinésithérapie

La révolution numérique connaît une accélération majeure avec l'émergence et la diffusion rapide de l'intelligence artificielle (IA) générative. Cette transformation technologique impacte l'ensemble des secteurs, et en particulier le champ de la santé, tant dans ses dimensions cliniques qu'organisationnelles, relationnelles et économiques.

L'IA ne doit susciter ni un pessimisme excessif, ni un optimisme naïf. Elle ne remplacera ni l'humain ni la relation de soin, et ne constitue pas une solution universelle aux défis contemporains du système de santé. Son impact ne doit donc être ni surestimé à court terme, ni sous-estimé à long terme.

Néanmoins, toute réflexion prospective sérieuse en santé se doit d'intégrer cette mutation technologique désormais incontournable, tant elle redéfinit les pratiques professionnelles, les parcours de soins et la place des acteurs de santé, dont celle des kinésithérapeutes.

2.5.1. Impact de l'IA générative sur la santé

L'IA est présente dans de nombreux dispositifs médicaux pour améliorer l'analyse et les procédés cliniques. Les progrès dans la vision par ordinateur ont généré entre autres des avancées dans la robotique chirurgicale, dans l'analyse des radiographies⁹⁴.

Mieux soigner grâce à l'IA

Depuis une dizaine d'années, l'amélioration continue des performances des systèmes d'IA contribue à accroître la fiabilité des diagnostics, à optimiser le ciblage thérapeutique et à accélérer la mise en œuvre des traitements.

En recherche médicale, l'IA ouvre des perspectives inédites, notamment dans la découverte de nouvelles molécules ou de nouveaux antibiotiques après des décennies d'échecs⁹⁵.

Dans le champ de la santé publique, l'IA améliore également les capacités de modélisation et de prédiction des dynamiques épidémiques, renforçant ainsi les stratégies d'anticipation et de réponse sanitaire⁹⁶.

Les progrès récents de l'IA générative, notamment dans le traitement du langage et de la voix, transforment profondément les interactions entre soignants et patients.

Pour les professionnels de santé, ces technologies offrent un potentiel majeur de réduction de la charge administrative, de structuration des données médicales et d'amélioration de la coordination entre les multiples acteurs du système de soins.

⁹⁴ IA : notre ambition pour la France – Commission de l'IA – Gouvernement – Mars 2024

⁹⁵ Wong, F, Zheng, E J, Valeri, J A, et al (2023) « Discovery of a structural class of antibiotics with explainable deep learning » *Nature*.

⁹⁶ Olawade D B, O J Wada, A C David-Olawade, E Kunonga, O Abaire, et J Ling (2023) « Using artificial intelligence to improve public health: a narrative review » *Front Public Health*

Du côté des patients, les systèmes d'IA sont désormais capables de dialoguer de manière crédible, parfois perçue comme plus disponible ou empathique. Cette évolution brouille progressivement la frontière entre compétences techniques et compétences relationnelles du soin, longtemps considérées comme spécifiquement humaines⁹⁷.

Pour accompagner ces transformations, les politiques de santé doivent impérativement intégrer des programmes de formation et de sensibilisation à l'IA, tant dans la formation initiale que continue des soignants.

Si les bases de données de santé sont abondantes en France, leur accès reste limité. Le respect strict de l'anonymat et de l'éthique ne doit toutefois pas constituer un frein au développement d'une IA responsable, sécurisée et respectueuse des droits des patients.

Mieux prévenir grâce à l'IA

L'IA générative constitue également un levier majeur d'amélioration de la prévention, tant individuelle que collective.

L'analyse croisée de données individuelles – dossier médical, habitudes de vie, données issues d'objets connectés – permettra d'identifier plus précocement les facteurs de risque et de renforcer une prévention personnalisée et prédictive.

La génération de recommandations individualisées en matière d'alimentation, d'activité physique ou de suivi médical contribuera à renforcer la capacité des citoyens à gérer activement leur capital santé.

L'IA facilitera ainsi le passage d'une prévention généraliste à une prévention « *sur mesure* », continue et évolutive. Elle agira comme un compagnon de prévention, complémentaire du soignant, tout en constituant une aide précieuse pour les professionnels grâce à la synthèse automatisée des données et à l'aide à la priorisation des actions préventives.

Par des interactions régulières (chat, voix), l'IA pourra rappeler les dépistages et vaccinations nécessaires, détecter des signaux faibles (fatigue persistante, troubles du sommeil, modifications comportementales) et favoriser l'adhésion des patients aux comportements favorables à la santé.

Gains de productivité et baisse des dépenses en santé grâce à l'IA

L'application de l'IA générative à la masse croissante de données de santé permet d'envisager des gains de productivité significatifs, notamment par la réduction des tâches administratives.

À terme, les professionnels de santé pourront s'appuyer sur des assistants virtuels capables de structurer automatiquement les données, d'éviter les redondances d'examens et d'optimiser les parcours de soins.

⁹⁷ Tu, T *et al.* (2024) « Towards Conversational Diagnostic AI »

A l'avenir, ces professionnels pourront bénéficier d'un assistant personnel virtuel sur leur téléphone portable. L'optimisation des données de santé permettra de faire des économies considérables en évitant la redondance d'examens et de soins.

La prise en charge des patients par le professionnel de santé le mieux à même de répondre aux besoins des patients sera facilitée par l'IA. Aux Etats-Unis, il existe déjà des services de conciergerie médicale, basés sur l'IA. Un premier entretien permet d'orienter le patient dans le système de santé pour consulter le professionnel le plus adéquat de proximité.

Des outils d'aide à la prescription et au bon usage du médicament contribuent déjà à réduire les erreurs, à améliorer la qualité des soins et à générer des économies substantielles.

En France, le logiciel C-Naps (Synapse medicine)⁹⁸ est un outil d'aide à la prescription médicale qui utilise l'IA générative de Mistral AI. Il est déjà déployé dans plus de 300 hôpitaux français et des dizaines de milliers de médecins de ville.

Une version destinée au grand public, appelé « Galien » a été développée par Synapse medicine, pour être un coach des patients pour prendre le médicament le plus adéquat. Cet assistant virtuel dédié au bon usage du médicament « Galien » a été intégré sur santé.fr par le Ministère des solidarités et de la santé.

Même si ce logiciel n'a pas vocation à se substituer à un avis médical, elle apporte une information fiable et compréhensible par les citoyens. L'amélioration de la prescription et le meilleur usage des médicaments sont une source significatives d'économies.

Il demeure toutefois essentiel de rappeler que l'usage de l'IA en santé doit s'inscrire dans une vision humaniste du soin, plaçant l'éthique médicale, la responsabilité professionnelle et la relation humaine au cœur du système.

La France : 5^{ème} mondial des pays les plus avancés pour l'adoption de l'IA générative

L'impact de l'IA sur la santé en France sera d'autant plus rapide et fort que la France figure parmi les pays les plus avancés en matière d'adoption de l'IA générative. Notre pays se classe à la cinquième place mondiale avec 44% d'utilisateurs, selon une étude publiée par Microsoft début 2026⁹⁹.

La France fait partie du haut du tableau et surclasse même les USA (21^{ème}), le Royaume-Uni (9^{ème}), le Canada (14^{ème}) et l'Allemagne (24^{ème}). Notre taux d'adoption a progressé de 3,1% en 2025, soit une des croissances les plus fortes des 30 pays développés analysés par Microsoft (+2% en Allemagne et aux USA).

La mobilisation des pouvoirs publics, le fait de disposer en France de notre propre modèle d'IA générative (Mistral AI), la popularité dans le cadre professionnel de l'usage de l'IA (33% des sociétés de 250 ou + salariés selon l'INSEE), sont des facteurs explicatifs de cet engouement pour l'IA.

⁹⁸ Synapse medicine injecte l'IA générative de Mistral dans son outil d'aide à la prescription médicale – *LA Tribune* – 04/07/2024

⁹⁹ Global AI adoption in 2025 – A widening digital divide – Microsoft – Jan 8, 2026 - [ici](https://www.microsoft.com/fr-fr/ai/global)

2.5.2. Impact spécifique de l'IA pour la place des kinésithérapeutes dans la santé de demain

Cet engouement justifie d'autant plus d'intégrer dès maintenant l'impact de l'IA dans la réorganisation de notre système de santé en général et de la place des kinésithérapeute dans celui-ci.

L'extension de l'accès direct a vocation à rendre le kinésithérapeute plus autonome et responsable, il est clinicien à part entière. L'IA générative devient un véritable partenaire, sous réserve d'en connaître les limites et les enjeux.

Des bénéfices majeurs, notamment en vue de l'extension de l'accès direct

Pour la pratique clinique, l'IA générative peut assister à l'élaboration de protocoles de rééducation en tenant compte des données probantes récentes, générer des programmes d'exercices personnalisés, et faciliter l'éducation thérapeutique du patient avec des explications claires et adaptées à son niveau de compréhension.

Pour l'administratif, c'est probablement là que le gain est le plus immédiat : rédaction de comptes rendus, bilans fonctionnels, courriers aux médecins prescripteurs, cotations. Des tâches chronophages qui peuvent être accélérées considérablement, libérant du temps pour le soin direct.

Pour la formation, l'accès à des synthèses de la littérature scientifique et à des mises à jour cliniques facilite la formation continue, souvent difficile à concilier avec une activité libérale chargée.

En accès direct, le kiné reçoit un patient sans bilan médical préalable, sans imagerie, parfois sans anamnèse structurée. L'IA peut alors l'aider à construire un raisonnement clinique rigoureux : générer des hypothèses diagnostiques différentielles, rappeler les critères de drapeaux rouges (fracture, tumeur, cause vasculaire...), suggérer des tests cliniques adaptés.

De même, la rédaction du compte rendu de retour vers le médecin traitant - obligation déontologique en accès direct - est une tâche que l'IA peut considérablement fluidifier, en proposant une trame structurée et un langage médical approprié.

Des enjeux clés

Éthiques et légaux : la question de la responsabilité est centrale - si une IA suggère un protocole inadapté, qui est responsable ? Le kinésithérapeute qui l'a suivi, l'éditeur du logiciel ? Le cadre réglementaire européen (AI Act) commence à s'y attaquer, mais reste flou pour les actes paramédicaux.

Données de santé : les données patients sont parmi les plus sensibles. Utiliser un outil IA en cabinet suppose de vérifier que les données ne quittent pas un hébergement agréé HDS (Hébergeur de Données de Santé), ce que peu d'outils grand public garantissent.

Relation soignant-patient : la kinésithérapie repose fondamentalement sur le lien humain, la confiance, et la communication non verbale. Un recours excessif à des interfaces automatisées risque d'appauvrir cette relation.

Des limites à intégrer

Le geste reste irremplaçable : l'IA générative ne peut pas palper, ne perçoit pas la résistance tissulaire, ne ressent pas la douleur du patient. La dimension tactile et sensorielle de la kinésithérapie est hors de portée du texte ou de l'image générée.

Les illusions sont un risque réel en contexte clinique : une IA peut produire des recommandations plausibles mais inexactes, voire dangereuses (contre-indications oubliées, protocoles obsolètes). La vérification par le professionnel est non négociable.

Les biais des données d'entraînement posent un problème : les modèles ont été entraînés majoritairement sur des données anglophones et sur des populations adultes valides, ce qui peut les rendre moins pertinents pour les populations âgées, pédiatriques, ou atteintes de pathologies rares.

Le manque de validation clinique est probablement la limite la plus sérieuse à ce jour : il n'existe pas encore d'études robustes démontrant que l'utilisation de l'IA générative améliore les résultats cliniques en kinésithérapie.

En bref, l'IA générative et le kinésithérapeute en accès direct constituent un binôme à fort potentiel, mais sous haute exigence. L'accès direct augmente l'autonomie du kinésithérapeute, l'IA peut la soutenir, mais pas se substituer à son jugement.

12. Nos cinq recommandations pour garantir le succès de l'accès direct à la kinésithérapie en France

Les freins évoqués supra et les expériences étrangères nous conduisent à recommander une extension de l'accès direct dans un cadre bien défini, en tenant compte de la spécificité du contexte institutionnel français.

I. Recommandation 1 : Conduire une opération massive de promotion de la valeur ajoutée sanitaire de la kinésithérapie

La généralisation de l'accès direct à la kinésithérapie en France se heurte à un déficit structurel de reconnaissance de la valeur ajoutée sanitaire de la profession, là où d'autres pays ont fait de cette reconnaissance le socle même de la réforme.

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, pour que la reconnaissance précède et légitime l'autonomie.

1.1. Produire une masse critique de données probantes françaises

La France souffre d'un retard en matière de recherche clinique sur l'efficacité propre de la kinésithérapie. Les décideurs publics seraient preneurs des données nationales et internationales. Il serait utile de :

- **Structurer une filière de recherche clinique en kinésithérapie**, en s'appuyant sur l'universitarisation en cours de la formation (grade master) pour ancrer la production scientifique dans les instituts de formation et les CHU ;
- **Valoriser et centraliser les données issues de l'expérimentation en cours** d'accès direct, à partir d'outils de collecte et d'analyse qui permettront de disposer d'une base de preuves nationale incontestable ;
- **Développer l'argumentaire médico-économique** à partir des données de cette étude et des études internationales déjà menées. Il faut démontrer que la kinésithérapie pratiquée dans les règles de l'art n'est pas un coût élevé pour l'assurance maladie mais au contraire une source de maîtrise des dépenses de santé, en particulier pour certaines affections de longue durée et dans son rôle de prévention.

1.2. Déployer une stratégie de communication ciblée et différenciée

La méconnaissance des bienfaits sanitaires de la kinésithérapie est probablement sous-évaluée par la profession, d'une part (biais cognitif) et dans son blocage pour une extension de l'accès direct, d'autre part.

Pour cette raison, il faudrait mener une **opération de promotion massive** de la kinésithérapie en France, en adaptant l'argumentaire en fonction des cibles distinctes avec des messages adaptés :

- **Auprès des pouvoirs publics et des payeurs** (CNAM, HAS, DSS, ministère, Parlementaires) : le message doit être prioritairement économique et sanitaire : démontrer que l'accès direct est une réforme structurellement économe qui améliore simultanément l'accès aux soins et réduit les dépenses, en s'appuyant sur les données médico-économiques existantes et les résultats de l'expérimentation nationale ;
- **Auprès des médecins généralistes** : la communication doit être celle d'un partenariat et non d'une concurrence. Il s'agit de montrer concrètement ce que l'accès direct apporte au médecin lui-même : un désengorgement de ses consultations pour les pathologies fonctionnelles courantes, une meilleure coordination avec un professionnel dont il reconnaît la compétence, et une réduction de sa charge prescriptrice sur des pathologies où la kinésithérapie est un traitement incontournable. Des formations interprofessionnelles communes, des groupes de travail mixtes dans les territoires, et des publications partagées dans les revues de médecine générale seraient des vecteurs efficaces ;
- **Auprès du grand public** : la grande majorité des patients français ignore que le kinésithérapeute est un professionnel de santé diplômé d'État à niveau master, doté de compétences diagnostiques propres, et non un simple technicien exécutant des prescriptions médicales. Une campagne nationale - comparable à ce que d'autres professions paramédicales ont conduit pour leur reconnaissance - permettrait de créer une demande sociale qui soutiendrait politiquement la réforme.
- **Auprès des décideurs territoriaux** (ARS, collectivités locales, élus), l'argument des déserts médicaux est particulièrement puissant : dans les zones sous-dotées en médecins généralistes, l'accès direct à la kinésithérapie représente une solution concrète et immédiatement opérationnelle au problème d'accès aux soins primaires.

1.3. Renforcer l'identité clinique de la profession

Au-delà de la communication externe, la valorisation de la kinésithérapie passe par un renforcement interne de son identité clinique. Il faut **intégrer la kinésithérapie à part entière dans les politiques de santé publique**, au même titre que les autres professions médicales et paramédicales.

Par exemple, cela suppose de consolider et de diffuser le concept de diagnostic kinésithérapique - bilan, raisonnement clinique, décision thérapeutique autonome - comme norme de pratique universelle et non comme privilège des seuls kinésithérapeutes en pratique avancée.

La montée en compétences permise par l'universitarisation doit se traduire dans les pratiques quotidiennes, pas seulement dans les titres.

II. Recommandation 2 - Circonscrire l'extension de l'accès direct à des indications prioritaires pour les kinésithérapeutes non concernés à ce stade par l'accès direct

Une extension immédiate et totale de l'accès direct à l'ensemble des indications kinésithérapiques serait prématurée dans le contexte français actuel. Elle exposerait la réforme à des résistances frontales - médicales, institutionnelles et assurantielles - difficiles à surmonter d'un coup.

La stratégie recommandée est celle d'une extension progressive et ciblée, centrée sur les indications où la preuve est la plus robuste, le besoin le plus criant, et le risque clinique le plus maîtrisable.

Contrairement aux expérimentations en cours, nous recommandons de circonscrire l'extension de l'accès direct non pas à partir de l'offre mais à partir de la demande. **L'impact économique et sanitaire ne dépend pas de qui réalise cet accès direct mais de qui en bénéficie.**

Pour circonscrire le champ d'extension de l'accès direct, un avis de la Haute Autorité de Santé serait souhaitable. On peut déjà esquisser un champ plausible d'application.

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.

2.1. Les personnes atteintes d'affections de longue durée (ALD)

C'est l'indication la plus stratégiquement justifiée. Les patients en ALD sont, par définition, atteints de pathologies chroniques stabilisées, pour lesquelles le médecin traitant est déjà connu, le dossier médical établi, et la place de la kinésithérapie dans le parcours thérapeutique documentée pour le plupart des indications.

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.

Sur le plan économique, c'est également là que les gains sont les plus substantiels : les ALD génèrent une part considérable des dépenses de l'Assurance maladie, et la réduction des consultations médicales de renouvellement représente des économies immédiates et quantifiables.

En termes de sécurité, 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, sur lequel nous reviendrons ultérieurement. Ainsi, les patients souffrant d'une ALD pourraient bénéficier de l'accès direct, à l'exception de ceux ayant un drapeau rouge identifié par le médecin.

Il convient cependant de différencier les situations au sein des ALD : toutes ne relèvent pas de la kinésithérapie avec la même intensité. Une priorisation par pathologie - ALD neurologiques, rhumatologiques, respiratoires, cardiovasculaires - pour affiner la mise en œuvre et éviter une extension trop large en première phase pourrait être considéré si la HAS le recommandait.

2.2. Les troubles musculosquelettiques (TMS) hors accident du travail et hors sport de compétition¹⁰⁰

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.

Lombalgies, cervicalgies, pathologies de l'épaule, tendinopathies, syndromes canaux : autant de pathologies pour lesquelles l'étape médicale ne produit souvent aucune valeur diagnostique ajoutée et pour lesquelles un accès direct permettrait une prise en charge plus précoce, donc une meilleure prévention de la chronicisation.

Cette prise en charge précoce des TMS chez les actifs aurait **un impact économique positif** pour la productivité au travail et limiterait les arrêts de travail dont la maîtrise est un sujet de préoccupation majeur aujourd'hui.

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.

2.3. Les personnes âgées fragiles (GIR 1 à 6)

C'est une indication à la fois humainement urgente et stratégiquement pertinente. La France vieillit : nous avons évoqué l'impact du vieillissement en France, et que la kinésithérapie jouait un rôle essentiel dans le maintien de l'autonomie, la prévention des chutes, la rééducation post-fracture, la lutte contre la sarcopénie et la gestion des pathologies chroniques liées à l'âge.

Or, pour ces patients - souvent peu mobiles, vivant à domicile ou en EHPAD, avec des médecins traitants déjà surchargés - l'obligation de passer par une consultation médicale préalable constitue un obstacle réel et parfois insurmontable à l'accès aux soins kinésithérapiques.

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.

¹⁰⁰ Hors réathlétisation et prescription par le mk de l'activité physique adaptée de réathlétisation.

Pour que l'accès direct bénéficie aux personnes âgées fragiles, il faudra augmenter le nombre de kinésithérapeutes ayant une activité hospitalière, pas forcément à plein temps afin que les besoins des personnes hospitalisées soient mieux couverts.

Une solution pourrait passer par favoriser l'usage des plateaux techniques de kinésithérapie à l'hôpital par des professionnels libéraux, qui pourraient louer ces plateaux notamment l'après-midi et le week-end.

Une vigilance particulière s'impose cependant sur la coordination avec le médecin traitant dans cette population polymorbide et polymédicamentée : c'est précisément l'objet de la recommandation 3.

Au-delà des indications curatives, il convient d'anticiper l'extension **de l'accès direct à des indications** préventives - bilan de forme pour les seniors, prévention des TMS en milieu professionnel, éducation thérapeutique pour les patients à risque de complications musculo-squelettiques.

C'est dans ce champ que la valeur ajoutée sanitaire de la kinésithérapie est la plus difficile à quantifier à court terme mais la plus significative à long terme, notamment en termes de réduction des coûts indirects. Cette extension préventive pourrait constituer le troisième temps de l'instauration de l'accès direct, après la consolidation des indications curatives.

Le succès de l'accès direct sur ces cibles prioritaires passera par **des actions de promotion et de communication de la CNAM et du Ministère de la santé.**

Outre la communication grand public, l'envoi de mails d'information aux patients concernés par la Cnam serait envisageable. Le but est de générer un réflexe de « venir vers » le kiné des patients les plus prioritaires.

III. Recommandation 3 : Garantir la continuité et la qualité du partage d'information entre tous les acteurs du parcours de soins

L'accès direct ne signifie pas que le kinésithérapeute travaille en dehors du système de soins. Il signifie qu'il y entre en premier, mais qu'il en reste un maillon pleinement intégré.

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 et systématiquement respectée.

3.1. Un compte-rendu systématique et structuré au médecin traitant

Tout accès direct doit donner lieu, à l'issue du bilan kinésithérapique initial, à un **compte-rendu écrit transmis au médecin traitant**, comprenant, entre autres:

- Le motif de consultation et l'anamnèse recueillie ;
- Les conclusions du bilan kinésithérapique (diagnostic kinésithérapique, évaluation fonctionnelle) ;
- La présence ou l'absence de signes d'alerte ("drapeaux rouges") justifiant une orientation médicale ;
- Le projet thérapeutique retenu et sa durée prévisionnelle ;
- Les éventuels motifs d'orientation vers le médecin ou un spécialiste.

Ce compte-rendu doit être transmis via des outils sécurisés et interopérables - messagerie sécurisée de santé (MSSanté), intégration dans le Dossier Médical Partagé (Mon Espace Santé) - dans un délai maximal à définir (le jour même si drapeau rouge et 72h en routine clinique par exemple ?) après la première séance.

Un délai assez court est souhaitable: il permet au médecin d'être informé rapidement et de réagir si nécessaire, tout en préservant la fluidité du parcours pour le patient. Il serait peut-être utile de **standardiser** le contenu des bilans initiaux et finaux attendus les médecins et les pouvoirs publics, par indication, lors de l'accès direct.

Pour les patients en HAD ou à domicile, il faudrait élargir aux réseaux intervenants à domicile.

La bonne transmission de ce compte-rendu devrait être systématisé, soumis à contrôle de la CNAM et sujet à sanction si elle n'était pas respectée.

3.2. Un protocole d'alerte clair pour les situations à risque

Le kinésithérapeute doit disposer d'un protocole formalisé de détection des drapeaux rouges - signes évocateurs de pathologies graves se présentant sous couvert de symptômes fonctionnels - avec une procédure d'orientation urgente vers le médecin traitant ou les urgences selon la gravité.

Ce protocole, élaboré conjointement par les sociétés savantes de kinésithérapie et les collèges de médecine générale, fait déjà l'objet d'une formation spécifique intégrée au cursus de

formation initiale et continue. Le respect de ce protocole devrait être systématisé, soumis à contrôle de la CNAM et sujet à sanction s'il n'était pas respecté.

Ce protocole d'alerte pourrait être complété d'un système **de drapeau rouge pour des médecins sur l'accès direct à la kinésithérapie pour des patients à haut risque**. Prenons l'exemple des patients souffrant d'une affection cardio-vasculaire : les cardiologues réalisent une stratification des risques allant du patient à bas risque vers le patient à haut risque.

Les patients les plus à risque doivent être traités dans des structures médicales de réadaptation avec un scope pendant plusieurs semaines et des médecins du SMR. Un drapeau rouge à l'accès direct pour des séances de kinésithérapie dans le DMP du patient pourrait être indiqué pour ce type de patient, le temps que le médecin le juge nécessaire.

Cela suppose que le kinésithérapeute vérifie systématiquement que le patient ne dispose pas dans son DMP de ce drapeau rouge.

C'est aux représentants de la profession d'évaluer si la formation de l'ensemble des kinésithérapeutes en exercice (formés avant et après 2015) est suffisante sur les expertises spécifiques à l'Accès direct, ou s'il faut passer par un module dédié de quelques heures.

Le MOOC du Conseil de l'Ordre

Le MOOC lancé en mai 2025 par le CNOMK – intitulé « Maîtriser la communication professionnelle en kinésithérapie » (www.mooc.ordremk.fr) – mériterait probablement une communication plus large lors de l'extension de l'accès direct.

Cette formation est gratuite, 100 % en ligne **et** ouverte à tous les kinésithérapeutes. Elle offre les clés pour naviguer avec confiance dans les aspects réglementaires et déontologiques de la communication professionnelle.

À l'issue du parcours, un questionnaire d'évaluation est proposé. En cas de succès, un certificat de suivi est délivré. En cas d'échec, une seconde tentative est offerte, et il est possible de recommencer la formation autant de fois que nécessaire.

Un MOOC est en cours de réalisation par le CNOMK. Il sera bientôt disponible et gratuit.

Il est utile de rappeler que l'accès direct au kinésithérapeute restera **une option pour chaque kinésithérapeute et jamais une obligation professionnelle**. Chaque kinésithérapeute se sentant pas à l'aise avec l'accès direct de patient pourra toujours demander une consultation médicale de son patient au préalable.

3.3. Une intégration dans les outils numériques du parcours de soins

L'efficacité du partage d'information et **des coopérations interprofessionnelles** repose sur des outils adaptés. Il convient de :

- **Systématiser l'alimentation du DMP** par le kinésithérapeute en accès direct, avec un format de compte-rendu standardisé reconnu par tous les acteurs du parcours. Le DMP,

encore insuffisamment utilisé en France, trouverait ici un cas d'usage concret et valorisant.

- **Permettre au kinésithérapeute d'accéder en lecture** aux éléments pertinents du dossier médical du patient dans le DMP — antécédents, traitements en cours, résultats biologiques récents — afin de disposer du contexte clinique nécessaire à un bilan de qualité. Cet accès en lecture, conditionné au consentement du patient, est une condition de sécurité et de qualité, pas un empiétement sur les prérogatives médicales.
- **Intégrer le kinésithérapeute dans les outils de coordination** des CPTS et des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), où les échanges interprofessionnels peuvent se faire de manière fluide et structurée.

Si ce partage d'information est légalement déjà possible, il convient de faire en sorte qu'il soit une réalité pour tous les kinésithérapeutes.

3.4. Prendre en compte l'avis des médecins généralistes dans la conception du dispositif

La réforme ne peut réussir contre les médecins généralistes. Elle doit être conçue avec eux. Il est recommandé d'associer formellement les représentants de la médecine générale à la conception des protocoles d'information et de coordination, ainsi qu'aux instances d'évaluation.

Plusieurs études internationales montrent que la résistance initiale des médecins à l'accès direct s'estompe rapidement lorsqu'ils constatent, dans la pratique, que la qualité des comptes-rendus kinésithérapiques est élevée et que leur charge de travail diminue effectivement.

Il s'agit donc de créer les conditions d'une expérience positive dès la phase pilote, qui transforme les sceptiques en alliés.

IV. Recommandation 4 : Une parité tarifaire encadrée pour le financement de l'accès direct

La question du financement de l'accès direct est, avec la reconnaissance professionnelle, le déterminant le plus puissant de la réussite ou de l'échec des réformes comparables à l'étranger.

L'expérience canadienne est instructive : un accès direct légalement ouvert mais économiquement non financé reste une réforme de façade, qui ne réduit les inégalités d'accès aux soins que pour ceux qui peuvent se payer la consultation.

La France a partiellement résolu ce problème dans le cadre de l'accès direct existant. Les actes effectués par un masseur-kinésithérapeute sans prescription médicale dans le cadre des structures d'exercice coordonné sont pris en charge dans les mêmes conditions que les actes pour lesquels les patients disposent d'une prescription médicale.

C'est une avancée décisive, qui distingue favorablement le modèle français du modèle australien ou néerlandais, où le remboursement en accès direct reste conditionnel ou partiel.

Mais cette parité tarifaire, acquise de principe, soulève plusieurs questions structurelles qui devront être résolues avant toute extension et qui devrait être au cœur des négociations de la prochaine convention entre les représentants de la profession et l'Assurance Maladie.

4.1. La parité tarifaire : un principe acquis mais à consolider dans la durée

Le principe posé par la loi Rist et l'avenant conventionnel est clair : les séances en accès direct sont remboursées dans les mêmes montants que les actes réalisés sur prescription.

Cette parité est fondamentale. Elle évite l'écueil néerlandais - où certains assureurs maintiennent des exigences de référence médicale pour les pathologies relevant du panier de soins de base - et garantit que l'accès direct n'est pas une médecine à deux vitesses.

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.

4.2. La limitation à 8 séances : une contrainte à réévaluer selon les indications

Le dispositif actuel prévoit une limite de 8 séances en l'absence de diagnostic médical préalable. Le nombre de séances sera limité à 8 si le patient n'a pas eu de diagnostic médical préalable.

Cette limite est compréhensible dans le cadre d'une expérimentation prudente, mais elle révèle une tension structurelle : elle suppose implicitement que, passé ce seuil, un aval médical redevient nécessaire - ce qui réintroduit la logique de subordination que l'accès direct est censé lever.

Pour les indications prioritaires identifiées - ALD, TMS chroniques, personnes âgées fragiles - 8 séances sont souvent insuffisantes. Un patient lombalgique chronique en ALD, un senior en rééducation post-fracture, ou un patient atteint d'une pathologie neurologique dégénérative

nécessitent des protocoles kinésithérapiques longs, dont la durée est déterminée par le jugement clinique du kinésithérapeute, pas par un seuil administratif arbitraire. Il est donc probablement nécessaire de différencier le plafond de séances selon les indications.

4.3. La revalorisation du bilan initial, de la coordination et du domicile

La profession souhaite une revalorisation assez générale des actes de kinésithérapeutes. Il est constaté un recours accru aux dépassements d'honoraires – via les dépassements pour exigence et les dépassements facturés pour actes hors nomenclature – autrefois circonscrit aux métropoles et aujourd'hui en voie de généralisation.

Cette pratique se fait de plus en plus avec l'accord tacite des caisses primaires, démontrant que les tarifs actuels de la sécurité sociale ne sont plus viables pour une majorité de kinésithérapeutes. N'étant pas l'objet de ce rapport, nous ne détaillerons pas ce besoin de revalorisation financière générale des prestations de kinésithérapie.

En revanche, le succès de l'extension ciblée de l'accès direct telle que nous la recommandons exige de revaloriser le bilan initial, la coordination et le domicile. Le renforcement de ces trois prestations, qui passe par des incitations financières bien calibrées, apparaissent comme des facteurs clés de succès importants.

L'accès direct suppose que le kinésithérapeute réalise, dès la première séance, un **bilan diagnostic kinésithérapique (BDK)** complet - anamnèse, examen clinique, raisonnement diagnostique, détection des drapeaux rouges, élaboration du projet thérapeutique, compte-rendu au médecin traitant. Cet acte est cliniquement plus exigeant et chronophage qu'une séance de traitement habituelle, et sa valeur ajoutée est précisément celle qui justifie l'accès direct.

Or, la tarification actuelle du BDK - fixée à 23,65 € (10,7 AMK- est insuffisante au regard de la charge de travail réelle que représente un premier bilan en accès direct, notamment dans les situations complexes (polymorbidité, personnes âgées, pathologies chroniques).

Une revalorisation spécifique du BDK en accès direct - distinguant le bilan simple (pathologie aiguë non complexe) du bilan complexe (polymorbidité, pathologie chronique, pathologies neurologiques, personne âgée) - permettrait de rémunérer justement la valeur clinique ajoutée de l'accès direct et d'inciter les kinésithérapeutes à investir pleinement dans cette pratique.

Sans cette revalorisation, le risque est réel que les kinésithérapeutes rechignent à s'engager dans des bilans chronophages faiblement rémunérés, réduisant de facto la portée de la réforme.

La coordination avec le médecin traitant - compte-rendu systématique, alimentation du DMP, alerte en cas de drapeaux rouges - représente un temps de travail réel, non actuellement valorisé dans la nomenclature. En France, le risque est que cette charge administrative non rémunérée devienne un frein à l'adoption de l'accès direct par les kinésithérapeutes libéraux.

Il est donc souhaitable de créer une majoration de coordination en accès direct, forfaitaire, versée pour chaque premier bilan donnant lieu à un compte-rendu transmis au médecin traitant et versé dans le DMP.

Cette majoration, d'un montant modeste, aurait un triple effet : rémunérer une charge réelle, inciter à la traçabilité, et envoyer un signal institutionnel fort sur la valeur accordée à la coordination interprofessionnelle.

Pour que l'accès direct se traduise par une hausse du taux de recours des patients âgés et fragiles à la kinésithérapie, il faut que l'exercice à domicile ne soit pas associé avec des tensions financières, voire des pertes. C'est une des conditions pour que cet accès direct puisse exprimer tout son potentiel de gains médico-économiques calculés dans la partie 2.

L'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) à 2,5 € (puis 0,35 €/km >2km) et l'indemnité forfaitaire spécifique (IFS) de 4€ sont insuffisantes pour couvrir les charges. Rappelons que l'indemnité kilométrique est de 0,61 €/km et la majoration de déplacement pour visite à domicile est de 10€ pour les médecins.

V. Recommandation 5 : Mettre en place un protocole d'évaluation médico-économique et clinique rigoureux, préalable à toute extension

La France doit éviter deux écueils symétriques : une extension précipitée qui exposerait la réforme au premier incident clinique sérieux, et une évaluation tellement restrictive qu'elle aboutirait à une perpétuation du statu quo. L'évaluation doit être ambitieuse, transparente et multiaxiale.

5.1. Un protocole d'évaluation à trois ans sur les indications prioritaires

L'évaluation doit porter sur une période de trois ans minimum, suffisante pour observer des effets sur des indicateurs de moyen terme (chronicisation, hospitalisations, arrêts de travail) qui ne seraient pas visibles à court terme.

Elle pourrait être conduite par un organisme indépendant - HAS, IRDES, ou un consortium académique - avec les caractéristiques suivantes :

- **Un périmètre exhaustif** : Sur le plan de la rentabilité pour l'Assurance maladie, mesurer précisément les consultations médicales évitées, les prescriptions d'imagerie et de médicaments réduites, les hospitalisations évitées, les arrêts de travail raccourcis, en les comparant au coût des séances de kinésithérapie en accès direct remboursées. Le solde net - positif ou négatif selon les indications - est calculé par groupe d'indication pour permettre des ajustements ciblés ;
- Sur le plan de **l'impact clinique et de la sécurité des patients** : mesurer les résultats fonctionnels (scores validés de douleur et de fonction), la prévalence des événements indésirables (pathologies graves non détectées en premier recours), le taux d'orientation vers le médecin, et les délais de prise en charge ;
- Sur le plan de **l'impact économique global**, il convient d'aller au-delà du seul périmètre de l'Assurance maladie et de mesurer les gains indirects : productivité du travail préservée, réduction des coûts de l'invalidité, impact sur la qualité de vie. C'est à ce niveau que les gains sont les plus significatifs, comme le montrent les données médico-économiques de notre étude (14 milliards d'euros de gains sociétaux annuels) ;
- Sur le plan de la **satisfaction des professionnels de santé** : mesurer la satisfaction des kinésithérapeutes (charge de travail, perception de l'autonomie clinique, qualité des relations interprofessionnelles), mais aussi celle des médecins généralistes - dont l'adhésion est essentielle. Des enquêtes qualitatives auprès des deux professions, conduites à intervalles réguliers (6 mois, 18 mois, 36 mois), permettront d'identifier les freins et les facilitateurs pratiques et d'y remédier en cours d'expérimentation ;
- Sur le plan de la **satisfaction des patients** : mesurer les délais d'accès aux soins, la perception de la qualité de prise en charge, et l'expérience du parcours - notamment pour

les populations cibles (ALD, personnes âgées) pour lesquelles l'accès direct est censé lever des obstacles concrets.

5.2. Une gouvernance partagée de l'évaluation

L'évaluation ne peut être perçue comme un exercice conduit par et pour la kinésithérapie. Sa crédibilité repose sur une gouvernance multipartite associant :

- Les représentants de la kinésithérapie (syndicats, Ordre)
- Les représentants de la médecine générale ;
- La CNAM et la DSS pour les données de remboursement ;
- La HAS pour les standards méthodologiques ;
- Des représentants des patients (France Assos Santé) ;
- Des économistes de la santé indépendants.

Cette gouvernance partagée est à la fois une garantie méthodologique et une condition politique : elle rend les résultats incontestables par aucune des parties prenantes.

5.3. Des critères de succès prédéfinis et des seuils de décision clairs

Avant le démarrage de l'évaluation, il convient de définir **ex-ante** les critères qui permettront de conclure au succès ou à l'échec de l'extension, et les seuils au-delà desquels une généralisation sera recommandée, suspendue ou adaptée.

Cette approche - adoptée Pays-Bas pour leur phase pilote - évite que l'évaluation se transforme en instrument de procrastination institutionnelle au service du statu quo.

5.4. Vers une généralisation progressive et différenciée

À l'issue des trois ans, l'évaluation doit déboucher sur une **décision différenciée par indication** : certaines indications auront démontré leur plein succès et pourront être maintenues sans changement, d'autres nécessiteront des ajustements de protocole, d'autres encore pourraient justifier d'être exclues du dispositif permanent.

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

LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

Cette liste n'engage pas les personnes citées par rapport au contenu de ce rapport.

Pierre de BREMOND d'ARS

Médecin généraliste

Jérémy DESCoux

Médecin cardiologue

Jean-François DUMAS

Kinésithérapeute

Secrétaire général du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)

Julien GERE

Médecin Neurologue

Chef de service du Centre hospitalier Métropole Savoie (Chambery)

Pascale MATHIEU

Kinésithérapeute

Présidente Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)

Nicolas PINSAULT

Kinésithérapeute

Vice-président du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)

Aude QUESNOT

Kinésithérapeute

Présidente de la commission santé publique et démographie du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Frédéric SROUR

Kinésithérapeute

Conseiller national et ancien président de la commission éthique et déontologie du CNOMK

Chang Li PENG

Médecin gériatre, APHP

Bibliographie

1. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes - Démographie des masseurs -kinésithérapeutes – Observatoire de la démographie du CNOMK – 2024
2. Drees – Le nombre de masseurs- kinésithérapeutes à l’horizon 2040 – Études et résultats n° 1075 – Juillet 2018
3. Colson Sébastien, Forner Christian, Gonçalves Pedro - L’impact de l’universitarisation de la formation en masso-kinésithérapie. La professionnalisation comme une stratégie de négociation identitaire des formateurs entre université et IFMK – Kinésithérapie, La Revue – Mars 2021
4. LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé – JORF n° 0116 du 20 mai 2023 – Consulté le 21 mars 2026
5. Arrêté du 21 août 2023 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'assurance maladie signée le 3 avril 2007
6. Impact économique du non-recours ou du recours tardif à la kinésithérapie -État des lieux international – 09/12/2025 – Section Santé Publique - CNOMK
7. Meta -analyse de Haydeen et al : Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021; Issue 9: CD009790.DOI: 10.1002/14651858.CD009790.pub2
8. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Annals of Internal Medicine*, 2005;142(9):765-775.
9. Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*, 2010;340:c1035. DOI: 10.1136/bmj.c1035
10. Assurance Maladie – Risques professionnels.- Rapport annuel 2022 – Accidents du travail et maladies professionnelles. Publié en décembre 2023.
11. Rivero-Arias et al. (2010) - Rivero-Arias O, Ouellet M, Gray A, et al. (2010).- Mapping the EQ-5D index from clinical measures: methodological considerations.
12. Chevalier et al. (2013) - Chevalier J, de Pouvourville G. (2013). - Valuing EQ-5D using Time Trade-Off in France. *The European Journal of Health Economics*, 14(1): 57–66
13. Rivero-Arias et al. (2010) — *Medical Decision Making*, 30(3):341–354
14. Chevalier & de Pouvourville (2013) — *European Journal of Health Economics*, 14(1):57–66
15. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, Clemson L, Hopewell S, Lamb SE- Exercise for preventing falls in older people living in the community – Cochrane – January, 31st, 2019
16. Evaluating a falls prevention intervention in older home care recipients: a comparison of SF-6D and EQ-5D- Maria Bjerk, Therese Brovold, Jennifer C. Davis, Astrid Bergland Springer nature – 30th, July, 2019
17. Charges et produits 2026 – Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l’Assurance Maladie pour 2026 – Juillet 2025
18. Lutte contre les déserts médicaux – L’exemple de l’Aveyron – Cour des Comptes – 31/05/2024
19. 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 – Haute Autorité de Santé – Validé par le Collège le 9 novembre 2023
20. Accès direct kiné : comment faire tomber les barrières chez les médecins... et chez les kinés- Egora – 25/03/2023
21. Expérimentation de l’accès direct aux actes de masso-kinésithérapie – Anne Bruant-Bisson, Philippe Laffon, Marion Marty – IGAS – Février 2022
22. Brindle R.C. et al. "First contact physiotherapy: an evaluation of clinical effectiveness and costs", *British Journal of General Practice*, octobre 2024. DOI : 10.3399/BJGP.2024.xxxx URL : <https://bjgp.org/content/74/747/e717>
23. Henning M., Lynch G. "First Contact Physiotherapy: A 4-Year Service Evaluation of UK Primary Care Data", *Musculoskeletal Care*, 2024. DOI : 10.1002/msc.1961 URL : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/msc.1961>

24. Goodwin R. et al. "Evaluation of the First Contact Physiotherapy (FCP) model of primary care: a qualitative insight", *Physiotherapy*, 2021 ; 113 : 209-216. URL : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8612276/>
25. NHS England, "First Contact Physiotherapists" URL : <https://www.england.nhs.uk/gp/expanding-our-workforce/first-contact-physiotherapists/>
26. Oldmeadow L.B. et al. "Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care", *Medical Journal of Australia*, 2007 ; 186(12) : 625-628. URL : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01079.x>
27. "Developing and embedding an advanced practice musculoskeletal physiotherapy service in Queensland", *Musculoskeletal Science and Practice*, 2024. PMID : 38309180 URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38309180/>
28. Leemrijse C.J., Swinkels I.C., Veenhof C. "Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy", *Physical Therapy*, 2008 ; 88(8) : 936-946. PMID : 18566108 URL : <https://academic.oup.com/ptj/article/88/8/936/2683600>
29. Swinkels I.C. et al. "An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands", *Physical Therapy*, 2014 ; 94(12) : 1785-1795. Référencé in : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4483212/>
30. "VA provides veterans with same-day physical therapy", The American Legion, juillet 2024. URL : <https://www.legion.org/information-center/news/veterans-healthcare/2024/july/va-provides-veterans-with-same-day-physical-therapy>
31. Ojha H.A., Snyder R.S., Davenport T.E. "Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review", cité in plusieurs méta-analyses. Référencé in : <https://www.academia.edu/63638696/>
32. Ludvigsson M.L., Enthoven P. "Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care", *Physiotherapy*, 2012 ; 98 : 131-137. Référencé in : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6842645/>
33. Ouch, J. H., Berg, B., Pripp, A. H., Storheim, K., Ashton-James, C. E., Ferreira, M. L., Grotle, M., & Ferreira, P. H. (2024). Reducing strain on primary healthcare systems through innovative models of care: the impact of direct access physiotherapy for musculoskeletal conditions-an interrupted time series analysis. *Family medicine and community health*, 12(3), e002998. <https://doi.org/10.1136/fmch-2024-002998>
34. Severijns, P., Goossens, N., Dankaerts, W., Pitance, L., Roussel, N., Denis, C., Fourré, A., Verschueren, P., Timmermans, A., & Janssens, L. (2024). Physiotherapy-led care versus physician-led care for persons with low back pain: A systematic review. *Clinical rehabilitation*, 38(12), 1571–1589. <https://doi.org/10.1177/02692155241282987>
35. Hon, S., Ritter, R., & Allen, D. D. (2021). Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical therapy*, 101(1), pzaa201. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa201>
36. Garrity, B. M., McDonough, C. M., Ameli, O., Rothendler, J. A., Carey, K. M., Cabral, H. J., Stein, M. D., Saper, R. B., & Kazis, L. E. (2020). Unrestricted Direct Access to Physical Therapist Services Is Associated With Lower Health Care Utilization and Costs in Patients With New-Onset Low Back Pain. *Physical therapy*, 100(1), 107–115. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz152>
37. Blondin J., Desmeules F., Matifat E., Kechichian A. « Patients presenting with musculoskeletal disorders in the emergency department: a qualitative study of their experiences when cared by advanced practice physiotherapists in the province of Québec ». *Musculoskeletal Care*. 2024;22(3):e1914. DOI: <https://doi.org/10.1002/msc.1914>
38. Taylor N.F., Norman E., Roddy L., Tang C., Pagram A., Hearn K. « Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial ». *Physiotherapy*. 2011;97(2):107-114. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2010.08.011>
39. Bruant-Bisson A., Laffon P., Marty M. « Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie ». Paris : Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ; 2022. DOI: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/285123.pdf>

40. Fritz J.M., Kim M., Magel J.S., Asche C.V. « Cost-Effectiveness of Primary Care Management With or Without Early Physical Therapy for Acute Low Back Pain: Economic Evaluation of a Randomized Clinical Trial ». *Spine*. 2017;42(5):285-290. DOI: <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001729>
41. Denninger T.R., Cook C.E., Chapman C.G., McHenry T., Thigpen C.A. « The Influence of Patient Choice of First Provider on Costs and Outcomes: Analysis From a Physical Therapy Patient Registry ». *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2018;48(2):63-71. DOI: <https://doi.org/10.2519/jospt.2018.7423>
42. Xue Y., Ye Z., Brewer C., Spetz J. « Impact of state nurse practitioner scope-of-practice regulation on health care delivery: Systematic review ». *Nursing Outlook*. 2016;64(1):71-85. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.08.005>
43. Van Der Biezen M., Adang E., Van Der Burgt R., Wensing M., Laurant M. « The impact of substituting general practitioners with nurse practitioners on resource use, production and health-care costs during out-of-hours: a quasi-experimental study ». *BMC Primary Care*. 2016;17(1):132. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0528-6>
44. Shum C., Humphreys A., Wheeler D., Cochrane M.A., Skoda S., Clement S. « Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial ». *British Medical Journal*. 2000;320(7241):1038-1043. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7241.1038>
45. O'Neill K., Fleming G., Scott M., McAuley J., Linton A., Hall D., Whiteside L., McKeown G., Farrell E. « New models of physiotherapy prescribing: an audit and survey in Northern Ireland ». *Journal of Prescribing Practice*. 2025;7(4):165-173. DOI: <https://doi.org/10.12968/jprp.2025.0012>
46. Walsh N.E., Berry A., Halls S., Thomas R., Stott H., Liddiard C., et al. « Clinical and cost-effectiveness of first contact physiotherapy for musculoskeletal disorders in primary care: the FRONTIER, mixed method realist evaluation ». *Health and Social Care Delivery Research*. 2024;12(49):1-187. DOI: <https://doi.org/10.3310/RTKY7521>
47. Ojha H.A., Snyder R.S., Davenport T.E. « Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Physical Therapy* ». 2014;94(1):14-30. DOI: <https://doi.org/10.2522/ptj.20130096>
48. Horrocks S., Anderson E., Salisbury C. « Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors ». *British Medical Journal*. 2002; 324:819-823. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7341.819>
49. Zapala D.A., Stamper G.C., Sheller J.S., Walker D.A., et al. « Safety of Audiology Direct Access for Medicare Patients Complaining of Impaired Hearing ». *Journal of the American Academy of Audiology*. 2010; 21(6): 365-379. DOI: <https://doi.org/10.3766/jaaa.21.6.2>
50. Mabry L.M., Notestine J.P., Moore J.H., Bleakley C.M., Taylor J.B. « Safety events and privilege utilization rates in advanced practice physical therapy compared to traditional primary care: an observational study ». *Military Medicine*. 2020;185(1-2):e290-e297. DOI: <https://doi.org/10.1093/milmed/usz176>

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