Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Département Masso-Kinésithérapie

Mémoire N°1921

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie
Présenté pour l'obtention du
Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie
Par
BERNARD Maxime

Impacts de l'accès direct en kinésithérapie sur le système de santé français : proposition de protocole pour une évaluation médico-économique

Impacts of direct access to physiotherapy on the French healthcare system: proposal for a protocol for a medico-economic evaluation

Directeur de mémoire
GALHARRET Yoann

Année 2023-2024
Session 1

Membres du jury
GALHARRET Yoann
CHOPLIN Arnaud
MADI Ayodélé

PRÉFÈTE DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

CHARTE ANTI-PLAGIAT DE LA DREETS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

La Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes paramédicaux et du travail social.
C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue, que les directives suivantes sont formulées.
Elles concernent l'ensemble des candidats devant fournir un travail écrit dans le cadre de l'obtention d'un diplôme d'État, qu'il s'agisse de formation initiale ou de parcours VAE.
La présente charte définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de certification du diplôme préparé (mémoire, travail de fin d'études, livret2).

Il est rappelé que « le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou des idées originales d'un auteur, sans lui en reconnaître la paternité, par des guillemets appropriés et par une indication bibliographique convenable »[1] .
La contrefaçon (le plagiat est, en droit, une contrefaçon) **est un délit** au sens des articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle.

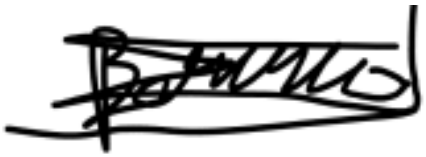
Article 1 :
Le candidat au diplôme s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 2 :
Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation[2] et du Code de la propriété intellectuelle[3], il s'expose également à des poursuites et peines pénales.

Article 3 :
Tout candidat s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné Maxime BERNARD atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DREETS Auvergne-Rhône-Alpes et de m'y être conformé.
Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du livret/mémoire fourni en vue de l'obtention du diplôme suivant :

Fait à Lyon, ***Le 6 mai 2024*** ***.....*** ***Signature***



[1] Site Université de Nantes : http://www.univ-nantes.fr/statuts-et-chartes-usagers/dossier-plagiat-784821.kjsp

[2] Article L331-3 : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics »

[3] Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle

PRÉFET
DE LA RÉGION
AUVERGNE-
RHÔNE-ALPES
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités (DREETS)

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation

Département Masso-Kinésithérapie

Mémoire N°1921

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie

Par

BERNARD Maxime

Impacts de l'accès direct en kinésithérapie sur le système de santé français : proposition de protocole pour une évaluation médico-économique

Impacts of direct access to physiotherapy on the French healthcare system: proposal for a protocol for a medico-economic evaluation

Directeur de mémoire

GALHARRET Maxime

Année 2023-2024

Session 1

Membres du jury

GALHARRET Yoann

CHOPLIN Arnaud

MADI Ayodélé

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Frédéric FLEURY

Vice-président CA
REVEL Didier

Secteur Santé

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation
Directeur
Jacques LUAUTE

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur
RODE Gilles

U.F.R d'Odontologie
Directeur
Jean Christophe MAURIN

U.F.R de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux
Directrice
PAPAREL Philippe

Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
Directrice
DUSSART Claude

Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine
Directeur
SCHOTT Anne-Marie

Comité de Coordination des Etudes Médicales (CCEM)
COCHAT Pierre

Institut Sciences et Techniques de la Réadaptation

Département MASSO-KINESITHERAPIE

Directeur ISTR

Jacques LUAUTE

Équipe de direction du département de Masso-kinésithérapie :

Directeur de la formation

Charles QUESADA

Responsable des travaux de recherche

Denis JAUDOIN

Référents d'années

Ilona BESANCON (MK3)

Edith COMEMALE (MK4)

Denis JAUDOIN (MK5)

Antoine YAZBECK (MK2)

Référente de la formation clinique

Ayodélé MADI

Responsable de scolarité

Rachel BOUTARD

Remerciements

Je tiens à remercier et exprimer toute ma gratitude aux personnes m'ayant accompagné pour ce mémoire. Je remercie particulièrement Yoann GALHARRET, mon directeur de mémoire, qui m'a permis de découvrir, par l'initiation à la recherche, une partie du vaste domaine qu'est l'économie de la santé. Merci également à Madame MADI et Messieurs JAUDOIN et QUESADA, pour leur accompagnement et leur aide

Il me faut aussi adresser des remerciements à l'ensemble de notre équipe pédagogique pour la nouvelle impulsion qu'elle donne à cet IFMK dans lequel de jour en jour, je le crois, la formation est meilleure, la recherche davantage à sa juste place, les étudiants mieux considérés et plus en sécurité.

Je ne peux omettre de remercier la Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie et les étudiants engagés que j'ai eu l'immense chance et honneur de rencontrer et de représenter. Mention tout à fait spéciale au bureau 2021-2022 !

Aussi et surtout, merci à ma famille, tout particulièrement, mes parents pour leurs inlassables soutien et confiance dans tous les choix m'ayant conduit jusqu'à présent.

Merci à mes amis d'avoir contribué à rendre inoubliables ces années six dernières années. Particulièrement, merci à Jaja & Raph pour leur aide passionnée et inspirante dans ce travail.

Par-dessus tout, je veux infiniment remercier celle qui, en plus de partager ma vie, lui donne un sens. A nous la vie !

Enfin, à l'heure où j'écris les dernières lignes de mes études, je ne peux m'empêcher de te les dédier, à Toi avec qui j'ai tant partagé. Je t'espère fier de mon parcours et de tout ce que je vais entreprendre.

Liste des acronymes :

ACE : Analyse Coût-efficacité

AD : Accès Direct

ACU : Analyse Coût-Utilité

ANM : Académie Nationale de Médecine

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ALD : Affection de Longue Durée

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CER : Comité Ethique et Recherche

CCI : Coefficient Intraclasse

CDS : Centre de Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

CSBM : Consommation de Biens et de Services Médicaux

DAP : Disposition à payer

DE : Dépassement pour Exigence

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EIAS : Effets Indésirables Associés aux Soins

EN : Echelle Numérique

EQ-5D : EuroQoL-5D

ESP : Equipe de Soins Primaires

FFMKR : Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs

HAS : Haute Autorité de Santé

HN : Hors nomenclature

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables

MG : Médecins Généralistes

MP : Maladie Professionnelle

MCD : Différence Clinique Mesurable

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NHS : National Health Service

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

QALY : Quality Adjusted Life Year, année de vie pondérée par la qualité

RGPD : Règlement Général sur le Protection des Données

SEM : *Standard Error of Mesure*, Erreur Standard de Mesure

SNMKR : Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs

TMS : Troubles musculosquelettiques

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

WCPT : World Confederation of Physical Therapy

Table des matières

INTRODUCTION

1 Situation d'appel 1

2 Cadre théorique 2

2.1 Contexte du système de santé français 3

2.1.1 Parcours de soins et difficultés d'accès aux soins 3

2.1.2 Demande de soins : le cas des troubles musculosquelettiques 3

2.1.3 Démographie et dépenses en kinésithérapie 4

2.2 L'accès direct comme réorganisation des systèmes de santé 6

2.2.1 Dans les systèmes de santé étrangers 6

2.2.2 Dans le système de santé français 12

3 Problématisation 14

4 Cadre de recherche 15

4.1 Objectifs de la recherche 15

4.1.1 Objectif principal 15

4.1.2 Objectifs secondaires 15

4.2 Hypothèses de recherche 15

4.3 Design de l'étude 16

4.4 Justification du choix du design de l'étude 17

5 Conception du protocole 18

5.1 Modèle du protocole 18

5.1.1 Groupe intervention 18

5.1.2 Groupe comparaison 18

5.1.3 Caractéristiques des deux groupes 18

5.2 Population 18

5.2.1 Critères d'inclusion 19

5.2.2 Critères de non-inclusion 20

5.2.3 Critères d'exclusion 21

6 Critères de jugement 21

6.1 Critère de jugement principal 21

6.1.1 Qualités métrologiques 22

6.1.2 Justification du critère de jugement principal....24
6.2 Critères de jugement secondaires....24
6.2.1 Coût-efficacité....24
6.2.2 Délai d'accès aux soins de kinésithérapie....25
6.2.3 Quantité de séances de kinésithérapie....25
6.2.4 Recours aux imageries....25
6.2.5 Recours aux traitements médicamenteux....25
6.2.6 Survenue d'événements indésirables associés aux soins....26
6.2.7 Quantité d'hospitalisations....26
6.2.8 Douleur....26
6.2.9 Satisfaction des patients....27
7 Organisation du protocole....27
7.1 Déroulement des interventions....27
7.1.1 Intervention à J0....28
7.1.2 Interventions à 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an....29
7.1.3 Durée des interventions d'évaluations....30
7.2 Calendrier des interventions....30
7.3 Lieux des interventions....30
8 Cadre règlementaire et financier du protocole....30
8.1 Budget....30
8.2 Assurance....31
8.3 Considérations légales et éthiques....31
8.3.1 Autorisation de la recherche....31
8.3.2 Enregistrement de l'étude....31
8.3.3 Comité de protection des personnes....31
8.3.4 Information et consentement des sujets....32
8.4 Gestions des données....32
9 Nombre de sujets inclus....33
10 Analyse de la population....33
11 Analyse des critères de jugements....36
11.1 Critère de jugement principal....36
11.1.1 Coûts des parcours de soins....36
11.1.2 Utilité....38
11.1.3 Coût-utilité....40

11.2 Critères de jugements secondaires 42
11.2.1 Douleur 42
11.2.2 Coût-efficacité 43
11.2.3 Délais d'accès aux soins de kinésithérapie 45
11.2.4 Quantité de séances de kinésithérapie 45
11.2.5 Imageries 45
11.2.6 Médicaments 46
11.2.7 Hospitalisation 46
11.2.8 Evénements indésirables aux soins 47
11.2.9 Satisfaction 48
11.3 Analyses statistiques 49
11.3.1 Analyse de la population 50
11.3.2 Analyse des critères de jugement 50
11.4 Récapitulatif des critères des jugements et de leur méthode d'analyse 51
12 Principes d'analyse 53
13 Projections des résultats 54
13.1 En cas de validation des hypothèses 54
13.1.1 Hypothèse principale 54
13.1.2 Hypothèses secondaires 54
13.2 En cas de validation du critère de jugement principal uniquement 56
13.3 En cas de validation des critères de jugement secondaires uniquement 57
13.4 En cas d'invalidation de toutes les hypothèses 58
14 Forces de l'étude 62
15 Limites de l'étude 63
16 Perspectives 63
Annexe I : Schéma de l'algorithme de l'outil d'aide au suivi des consommations de services et biens de santé 86
Annexe II : Questionnaire de satisfaction, traduction du questionnaire de Ludvigsson & Enthoven (2012) 88
Annexe III : Questionnaire EQ-5D-5L 90
Annexe IV : Formulaire de consentement 92

Liste des tableaux

Tableau I : Part de la kinésithérapie dans les dépenses de santé en France 5
Tableau II : Récapitulatif des interventions d'évaluations 30
Tableau III : Caractéristiques descriptives de la population d'étude 34
Tableau IV : Effectifs des sujets selon les pathologies présentées 34
Tableau V : Effectifs des sujets selon leur niveau de diplôme 35
Tableau VI : Effectifs des sujets selon le type de structure d'exercice coordonné où a lieu l'inclusion 35
Tableau VII : Quantités et coûts liés aux hospitalisations selon le type d'établissement en 2019 37
Tableau VIII : Matrice des coefficients de décrémentation pour le calcul des QALY par les scores d'utilité 39
Tableau IX : Résultats des scores d'utilités et QALY 40
Tableau X : Résultats de la coût-utilité 41
Tableau XI : Outil d'interprétation du graphique de cout-utilité 42
Tableau XII : Résultats des scores de douleur 42
Tableau XIII : Résultats des rapports coût-efficacité en matière de douleur 43
Tableau XIV : Outil d'interprétation du graphique d'analyse de coût-efficacité 44
Tableau XV : Résultats des délais d'accès aux soins de kinésithérapie 45
Tableau XVI : Résultats des quantités de séances de kinésithérapie 45
Tableau XVII : Résultats des quantités et coûts des imageries 45
Tableau XVIII : Résultats des quantités et coûts des AINS et analgésiques 46
Tableau XIX : Résultats des quantités et coûts d'hospitalisation totaux selon le type d'établissement 47
Tableau XX : Résultats des occurrences d'événements indésirables 47
Tableau XXI : Résultats de la satisfaction des sujets 49
Tableau XXII : Récapitulatif des outils d'analyses statistiques par critère de jugement 52

Liste des figures

Figure 1 : Design général de l'étude. 17
Figure 2 : Graphique d'analyse de coût-utilité 41
Figure 3 : Graphique d'analyse de cout-efficacité 44

Résumé :

Contexte/Introduction : L'accès direct à la kinésithérapie désigne la possibilité pour un patient de recourir à des soins de kinésithérapie sans prescription médicale préalable. Plus de quarante pays l'ont autorisé à travers le monde et en ont étudié les effets cliniques et économiques pour les patients dans leur système de santé. En France, la loi du 19 mai 2023 autorise cet accès direct dans le cadre des structures de soins coordonnées. De plus, le système de santé français doit résoudre l'équation combinant un meilleur accès aux soins, une plus grande maîtrise des dépenses de santé et une meilleure efficience des soins. Partant de ce constat, cette étude vise à identifier les impacts médico-économiques de la mise en place de l'accès direct à la kinésithérapie en France sur son système de santé.

Méthode : Ce protocole est une étude médico-économique de type analyse coût-utilité. Une analyse coût-efficacité relative à la douleur est investiguée secondairement. Le groupe contrôle est constitué des patients consultant en kinésithérapie sur prescription et les sujets du groupe expérimental y ont recours en accès direct. Le protocole ne prévoit pas d'intervention modifiant la prise en charge des patients. Les variables étudiées sont la coût-utilité, la coût-efficacité, la douleur et l'efficacité associée, la satisfaction des patients ainsi que le délai d'accès à la kinésithérapie et les quantités : de séances de kinésithérapie, d'imageries, de médicaments analgésiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens, de journées d'hospitalisation et d'événements indésirables associés aux soins comptabilisés dans les parcours de soins. Les données sont collectées sur déclaration des sujets et lors de cinq évaluations de suivi réparties sur un an.

Résultats : L'analyse de ces variables a lieu à chaque date d'évaluation de suivi. Les données sont analysées en intention de traiter, en intragroupe et intergroupe. La corrélation de chaque variable secondaire avec la variable principale est interrogée.

Discussion : Au regard des spécificités des systèmes de santé étrangers qui ont fait le choix de l'accès direct en kinésithérapie, les résultats de ce protocole peuvent participer aux premières évaluations des impacts de ce nouveau mode de recours à la kinésithérapie en France.

Conclusion : La vérification des hypothèses peut contribuer aux futures décisions relatives à la mise en place de l'accès direct en France, qu'il s'agisse de l'élargir ou de le restreindre davantage.

Mots clés : accès direct en kinésithérapie, coût-utilité, coût-efficacité, qualité de vie.

Abstract

Background: Direct access to physiotherapy refers to the possibility for a patient to seek physiotherapy care without a prior medical prescription. More than forty countries around the world have authorised it and have studied the clinical and economic effects for patients in their healthcare systems. In France, the law of May 19th, 2023, authorises this direct access within the framework of multi-professional health centres. In addition, the French healthcare system must solve the equation combining better care access, greater control over healthcare spending and more efficient care. Based on this observation, this study aims to identify the impacts of direct access to physiotherapy on the French healthcare system from a medico-economic point of view.

Methods: This protocol is a medico-economic study based on a cost-utility analysis. A cost-effectiveness analysis relating to pain was investigated secondarily. The control group is composed of patients consulting a physiotherapist with medical prescription and the subjects in the experimental group have direct access to it. The protocol does not provide for any intervention modifying patient cares. The variables studied were usefulness, pain, patients' satisfaction, time to access to physiotherapy and resources used such as: physiotherapy sessions, imaging procedures, analgesic and non-steroidal anti-inflammatory drugs, days of hospitalisation and adverse events associated with care recorded in the care pathways. The data was collected by subjects' self-reporting and during five follow-up assessments spread over one year.

Results: These variables were analysed at each follow-up assessment day. Data were analysed on an intention-to-treat basis, within and between groups. The correlation of each secondary variable with the main variable was investigated.

Discussion: In view of the specific features of foreign healthcare systems which have opted for direct access to physiotherapy, the results of this protocol may contribute to the first assessments of the real impact of this new way of accessing physiotherapy in France.

Conclusion: Verifying the hypotheses may contribute to future decisions relating to the introduction of direct access to physiotherapy in France, whether to extend or restrict it further than is currently the case.

Keywords: direct access to physiotherapy, cost-utility, cost-effectiveness, quality of life

INTRODUCTION

1 Situation d'appel

Le 16 janvier 2023 a marqué l'échec d'un cycle de négociations de l'avenant n°7 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladies (UNCAM). En effet, alors que la Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR) a signé cet avenant le 16 décembre 2022, le Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNMKR) et le syndicat Alizé ont signifié respectivement le 21 décembre 2022 et le 16 janvier 2023 leur opposition à la proposition d'avenant formulée par l'UNCAM après plus d'une année de négociations conventionnelles. Cet avenant 7 n'est donc pas entré en vigueur et le cycle de négociations a été clos.

En ce qui concerne les syndicats représentatifs des professionnels, la FFMKR, signataire, saluait le « niveau historique de l'investissement apporté par cet accord à hauteur de 530 millions d'euros, ce qui représente une augmentation de 8,5% des dépenses annuelles de kinésithérapie [et] 3400€ dès 2023 puis 7 350€ par an à partir de 2025 » pour chaque kinésithérapeute (FFMKR, 2023a). D'autre part, le SNMKR énonçait le « montant et calendrier des revalorisations, [l']extension massive du zonage, [la] non valorisation de la pertinence des soins, [et les] mesures concernant les jeunes diplômés » comme raisons de son opposition (SNMKR, Alizé, 2023) et Alizé dénonçait notamment également que "les revalorisations que l'avenant n°7 prévoyait pour l'année 2023 n'étaient pas suffisantes pour couvrir l'inflation de la seule année 2022" (Alizé, 2023a). À la suite de ce rejet de l'avenant n°7, l'UNCAM, disait prendre "acte de cette décision qui va priver les 70 000 kinésithérapeutes sur le terrain des revalorisations prévues à partir du mois de juillet 2023 et défendait un "avenant 7 [...] inédit sur l'investissement financier et le positionnement des kinésithérapeutes dans le système de santé" (UNCAM, 2023).

Après la clôture de cette session de négociations conventionnelles, soldée par un rejet majoritaire de l'avenant proposé, une nouvelle session s'est ouverte le 21 juin 2023. Celle-ci s'est terminée le 13 juillet 2023 par l'adoption d'un avenant dont les dispositions sont financièrement équivalentes à celles de l'accord rejeté six mois auparavant. En effet, la FFMKR annonçait une enveloppe globale de 530 millions d'euros lors de la proposition de décembre 2022 (FFMKR, 2023a) et le SNMKR estimait à 520 millions le montant des revalorisations permise par l'avenant 7 adopté en juillet 2023 (SNMKR, 2023a). Cette nouvelle session de négociations conventionnelles s'est aussi associée avec les négociations dites « Flash » demandées par le ministre chargé de la Santé, François Braun, visant à « soutenir [l'] activité de soins » des professionnels (FIGARO, AFP, 2023). Dans un communiqué, Alizé

résumait le choix laissé aux syndicats de la manière suivante : “Soit l’on se contentait de la revalorisation de la lettre clé à 2,21 sans contrepartie, soit on avait la possibilité d’y ajouter l’avenant n°7 mais sans modifications” (Alizé, 2023b). Or, la proposition de la revalorisation de la lettre clé seule, sans les dispositions de l’avenant 7, a été “retirée 2 jours après le début de la consultation” (SNMKR, 2023b), bien que ces négociations aient été annoncées comme indépendantes des négociations conventionnelles quinquennales.

A l’avenant finalement adopté, s’ajoute donc une revalorisation de la lettre clé de 2,8% censée compenser en partie l’inflation. Cela représente une revalorisation de 160 millions d’euros (SNMKR, 2023a). Il est intéressant de noter que les revalorisations de l’avenant 7 adopté (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 - Légifrance, 2023) seront mises en place selon un calendrier prorogé à celui proposé dans sa première version en décembre 2022. En effet, les mesures entreront en vigueur progressivement jusqu’en 2027, contre 2026 dans la proposition rejetée en janvier 2023.

Le syndicat Alizé, qui s’était opposé à la proposition d’avenant en janvier 2023, a finalement signé l’avenant tout comme la FFMKR, ce qui a entraîné l’adoption de celui-ci, à la majorité. Par communiqués, Alizé a alors avancé que “dans le contexte politique et économique actuel nous sommes allés au bout de ce que nous pouvions obtenir” (Alizé, 2023c), la FFMKR affirmait que “le pouvoir d’achat des kinésithérapeutes doit continuer à évoluer rapidement pour être adapté à l’évolution des missions” (FFMKR, 2023b).

En résumé, les négociations conventionnelles, particulièrement dans un contexte inflationniste conjugué à un déficit de l’Assurance Maladie, semblent concentrer toutes les tensions autour d’une équation qui apparaît insoluble : rémunérer les kinésithérapeutes à la hauteur de leurs besoins et de leurs demandes, tout en veillant à contrôler les dépenses de santé en France.

2 Cadre théorique

Ce constat posé, il semble intéressant de se pencher sur les défis actuels et futurs auxquels le système de santé français doit faire face, puis de s’intéresser à la réalité des dépenses de santé en kinésithérapie et à la démographie de cette profession.

2.1 Contexte du système de santé français

2.1.1 Parcours de soins et difficultés d'accès aux soins

En France, le parcours de soins des patients est coordonné par un médecin généraliste (MG) ou un autre spécialiste qui est déclaré médecin traitant par le patient. Sans connaître la part exacte de MG parmi les médecins traitants, il semble que cette fonction de médecin traitant soit presque exclusivement assumée par des MG d'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM, 2014). Or l'une des problématiques majeures du système de santé français est la baisse du nombre de MG en France, et particulièrement de leur densité rapportée au nombre d'habitants. En effet, au 1er janvier 2017, cette densité médicale s'élevait à 157 MG pour 100 000 habitants contre 146 pour 100 000 habitants au 1er janvier 2023 selon l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE, 2023 ; INSEE, 2024a ; CNOM, 2023). Cette diminution de la densité médicale n'est pas liée qu'à la croissance de la population française, elle est d'abord le fait d'une baisse d'effectifs des MG. En effet, une étude a évalué que les effectifs de MG ont diminué de 4,7% entre 2012 et 2021 (Anguis et al., 2021).

Ainsi, en 2022, 65% des MG ont déclaré être amenés à refuser de devenir médecin traitant de nouveaux patients. Dans cette même étude, 78% des MG interrogés ont jugé insuffisante l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice (DREES, 2023b). En 2023, l'Assurance Maladie a dénombré 6,7 millions de personnes sans médecins traitants dont 710 000 souffrant d'une affection longue durée (ALD) (Assurance Maladie, 2023).

2.1.2 Demande de soins : le cas des troubles musculosquelettiques

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles musculosquelettiques (TMS) « comprennent plus de 150 maladies/affections différentes qui affectent le système et se caractérisent par des déficiences des muscles, des os, des articulations et des tissus conjonctifs adjacents entraînant des limitations temporaires ou permanentes du fonctionnement et de la participation » (OMS, 2022). Une étude a évalué que 1,71 milliard de personnes dans le monde vivaient avec des TMS en 2019 (Cieza et al., 2021). En France, la prévalence des TMS en population générale ne semble pas déterminée mais le taux de 14% de la population active française est évoqué (*Prévalence et Chiffres des TMS en France*, s. d.). Par ailleurs, il est établi qu'il s'agit de la première cause de maladies professionnelles (MP) en France (Ameli, 2022) avec 44 492 cas en 2019, soit 88% des MP (Santé Publique France, 2022).

Pour la prise en charge des personnes atteintes de TMS, l'OMS recommande l'accès à une prise en charge rééducative dans le cadre de son programme *Rehabilitation 2030* (OMS,

2023). Par ailleurs, la littérature scientifique a largement étudié la prise en charge kinésithérapique des TMS. En France, une méta-analyse a conclu que la prise en charge médicale habituelle combinée à de la kinésithérapie est efficace dans le cadre de TMS. (Kechichian et al., 2022). Ces TMS sont une cause fréquente de consultation en médecine générale et en soins primaires (Kechichian et al., 2023 ; Maisonneuve, 2017).

2.1.3 Démographie et dépenses en kinésithérapie

Tout d'abord, La Consommation de Biens et de Services Médicaux (CSBM) est un indicateur largement utilisé pour suivre l'évolution des dépenses de santé en France. En effet, la CSBM correspond à la valeur totale « des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé » (DREES, 2022).

En 2018, la Consommation de Services et de Biens Médicaux (CSBM) s'élevait à 203,5 milliards d'euros soit 8,6% du Produit Intérieur Brut (PIB) (DREES, 2016). En 2021, celui-ci s'élevait à 226,7 milliards d'euros (9,1% du PIB), soit une augmentation de 23,2 milliards d'euros sur la période (DREES, 2022). La part du PIB dédiée aux dépenses de santé a donc augmenté de 5,8% sur ces quatre années.

Parallèlement, sur cette même période, une progression de la densité de kinésithérapeutes en France, de 128,4 à 144,2 professionnels pour 100 000 habitants est observable (CNOMK, 2023). Cela correspond à une augmentation de 9646 kinésithérapeutes libéraux ou mixtes entre 2018 et 2022, soit 13,11%. Sur la même période, les quotas de places accessibles dans les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie sont passés de 2789 à 3031, soit une augmentation de 8,7%, ce qui indique une poursuite de l'augmentation du nombre de kinésithérapeutes dans les prochaines années (CNOMK, 2023).

Concernant la part des dépenses annuelles de santé dédiée à la kinésithérapie, elle reste stable autour de 2,9% depuis 2015 tel qu'exposé dans le tableau I. Il est à noter qu'environ "80% des cabinets" ont fermé durant les cinquante-cinq jours du confinement (Poirier, 2020) lié à la pandémie de Covid-19 mais qu'un dispositif public d'indemnisation de la perte d'activité a compensé les pertes de chiffres d'affaires des kinésithérapeutes libéraux.

Année	CSBM totale (en millions d'Euros)	Dépenses en kinésithérapie (en millions d'Euros)	Part de la CSBM attribuée à la kinésithérapie	Sources
2010	175 000	4 562	2,6%	(DREES, 2011b)
2015	194 600	5 597	2,8%	(DREES, 2016)
2018	203 500	6 175	3%	(DREES, 2019)
2020	209 200	5 833	2,8%	(DREES, 2021a)
2021	226 700	6 587	2,9%	(DREES, 2022)
2022	235 775	6 771	2,9%	(DREES, 2023a)

Tableau I : Part de la kinésithérapie dans les dépenses de santé en France

Entre 2010 et 2022, les dépenses de santé attribuées à la kinésithérapie ont augmenté de 48%, passant de plus de 4,562 milliards d'euros, à plus de 6,771 milliards d'euros.

En outre, il semble nécessaire de poursuivre ces observations économiques en les confrontant à la démographie de la profession. En 2010, 56 196 kinésithérapeutes libéraux étaient recensés (DREES, 2011b). Rapporté aux dépenses publiques annuelles en kinésithérapie, ce nombre correspond à 81 180 euros par an et par kinésithérapeute. En 2021, année durant laquelle 80 073 libéraux étaient dénombrés, l'indicateur atteignait 82 262 euros par an et par professionnel (CNOMK, 2023). D'après la même source, en 2022 cet indicateur a diminué pour atteindre 81 386 € par an et par kinésithérapeute.

Parallèlement à cette relative baisse des dépenses publiques en kinésithérapie par kinésithérapeute (-2.83%), il apparaît que l'indice des prix à la consommation, qui mesure l'inflation, c'est-à-dire la différence de prix de produits consommés entre deux périodes, a augmenté de 10% sur la période 2010-2018 et cette augmentation se porte à plus de 20% entre 2010 et 2022 (L. Holdsworth et al., 2007). A ce propos, cette augmentation globale des prix et la stagnation des chiffres d'affaires des kinésithérapeutes contribuent à expliquer que les syndicats ont demandé une augmentation des tarifs conventionnels comme exposé en partie 1.

Après s'être penché sur l'actualité économique et démographique de la kinésithérapie, il s'agit désormais de la placer dans la perspective du système de santé dans laquelle elle s'intègre.

2.2 L'accès direct comme réorganisation des systèmes de santé

Il existe ainsi un enjeu important d'amélioration des parcours de soins des patients, tant sur le plan clinique qu'économique. Dans ce but d'améliorer l'efficience médico-économique des prises en charge des patients, particulièrement lorsqu'ils souffrent de troubles musculosquelettiques, certains pays ont établi des mesures permettant un accès direct (AD) aux kinésithérapeutes ou aux *physiotherapists* selon le titre de la profession en vigueur selon les pays. L'AD désigne l'autorisation pour "les kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale" (CNOMK, 2021), autrement dit, il s'agit de la possibilité pour les patients de "se référer à un *physiotherapist* sans avoir à voir quelqu'un d'autre au préalable, ou sans qu'on leur dise de se référer par un autre professionnel de la santé." (WCPT, 2019a). Concernant l'AD en *physiotherapy*, des revues systématiques s'intéressant à des systèmes de santé étrangers autorisant l'AD en *physiotherapy* ont abouti à la conclusion que l'AD en *physiotherapy* est efficace (Piano et al., 2017) et coût-efficace (Demont et al., 2021) pour les patients atteints de TMS.

Par ailleurs, il convient de distinguer l'AD – exercice de la kinésithérapie sans prescription médicale – de la pratique avancée (PA) qui est entendue comme le cadre qui permet au kinésithérapeute de réaliser des actes hors de son champ de compétences initiales et « initialement réalisés par d'autres professions » (Kechichian et al., 2023) ; (WCPT, 2019c).

Afin d'étudier les différentes formes d'AD développées à l'étranger et l'impact médico-économique qu'elles ont sur les systèmes de santé concernés, une revue de la littérature a été réalisée.

2.2.1 Dans les systèmes de santé étrangers

De nombreux pays ont mis en place cet AD à la *physiotherapy*. L'Australie et certains états des Etats-Unis ont été pionniers en 1976, suivi du Royaume-Uni en 1978. En 2013, seuls neuf pays et quarante états avaient pris des mesures permettant l'AD à la *physiotherapy* (Darbois, 2021). L'autorisation légale de la prise en charge kinésithérapique en AD a permis son application et, de ce fait, la réalisation d'études sur son efficacité clinique et sa rentabilité. Une revue de la littérature préparatoire à ce travail d'initiation à la recherche a pu être menée sur la base de trente-sept références sélectionnées parmi trois cent dix-sept articles sur la base de données PubMed, le 26 juin 2023, grâce à l'équation de recherche suivante : ((*direct access*) AND (*physiotherapy*)) AND (*economic analysis*).

L'analyse de ces articles a permis d'obtenir des données concernant les divers impacts de la prise en charge kinésithérapiques en AD de certaines pathologies à l'étranger.

2.2.1.1 Impacts sur les parcours de soins des patients

Plusieurs études ont conclu que le temps d'attente avant un premier rendez-vous est inférieur dans le cas d'un AD en *physiotherapy*. En effet une étude rétrospective sur l'Ecosse révèle que 44% des patients étaient vus en deux semaines lorsqu'ils avaient recours à la *physiotherapy* en AD, contre 36% lorsqu'elle leur était prescrite (L. K. Holdsworth et al., 2006). Une autre étude rétrospective, portant cette fois sur les États-Unis a conclu que le fait de consulter un médecin généraliste allonge le délai de recours au *physiotherapist* et que les tiers-payeurs qui exigeaient une prescription de *physiotherapy* pour son remboursement retardent l'accès aux soins et peuvent augmenter les coûts de prise en charge (Riley et al., 2016). Une étude de cohorte prospective au Royaume-Uni a également révélé une différence significative de temps d'attente avant le premier rendez-vous : tous les patients en AD entraient dans le parcours de soins en 3,55 jours en moyenne, contre 30,99 jours en moyenne pour ceux ayant recours à la *physiotherapy* sur prescription (Mallett et al., 2014). Une revue systématique de la littérature sur les impacts de l'AD en *physiotherapy* pour la prise en charge des TMS a conclu également en faveur de l'AD en matière de réduction des délais d'attente (Demont et al., 2021). Selon une étude incluse dans la méta-analyse, ces délais d'attente plus courts au profit des patients en accès direct n'allongent pas les délais pour les patients qui consultent sur prescription médicale ces mêmes *physiotherapists* (Bishop et al., 2017).

Des études ont constaté que les parcours de soins avec AD en *physiotherapy* comportent moins de séances de *physiotherapy* que lorsqu'elle est prescrite. (L. K. Holdsworth et al., 2006) (L. K. Holdsworth & Webster, 2004). Une analyse rétrospective aux Etats-Unis a évalué que la quantité moyenne de séances de *physiotherapy* initiées en AD était de 7,6 contre 12,2 séances sur prescription (Mitchell & de Lissovoy, 1997). La revue systématique de la littérature précédemment citée a dénombré quatre études révélant une quantité de séances significativement plus faible pour les patients en AD (Demont et al., 2021), sans pour autant qu'il puisse être établi de corrélation avec une amélioration ou non des soins.

Aussi, la quantité d'imageries prescrites est un élément exploré par des études économiques dans les systèmes de santé étrangers. Leurs conclusions convergent vers une diminution de la quantité d'imageries médicales prescrites. Parmi elles, une étude portant sur le système de santé militaire états-unien a révélé que les parcours de soins en AD comportaient moins de recours aux imageries (Szymanek et al., 2022). Une autre étude portant sur le système de santé écossais a conduit à la même conclusion relative aux prescriptions d'imageries. Cette étude a également révélé une baisse des réorientations vers

des médecins spécialistes autres que les MG dans les parcours de soins en AD en *physiotherapy* comparativement à ceux avec de la *physiotherapy* sur prescription. Les coûts de consultations de ces médecins d'une autre spécialité que la médecine générale sont par ailleurs plus élevés. (McFadyen, 2007). La revue systématique précédemment citée (Demont et al., 2021) a inclus une étude révélant que le recours aux imageries est significativement plus faible dans les parcours de soins en AD (L. K. Holdsworth et al., 2007). Il est à noter que ces études portent sur des systèmes de santé étrangers qui diffèrent du système de santé français en termes de prescription d'imageries médicales : en France, les kinésithérapeutes ne peuvent pas prescrire d'imageries et doivent réorienter le patient vers un médecin pour cela.

La littérature existante exprime une diminution de la consommation et des coûts de certains types de médicaments. En effet, d'après la seule étude ayant retenu ce critère de jugement dans la revue systématique de Demont et al., les médicaments de type anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et analgésiques sont moins prescrits dans les parcours de soins en AD en Ecosse (L. K. Holdsworth et al., 2007). Ces résultats sont concordants avec d'autres études portant sur les Etats-Unis (Mitchell & de Lissovoy, 1997) et l'Ecosse (McFadyen, 2007).

Les effets indésirables associés aux soins (EIAS) peuvent être définis comme « un évènement défavorable survenant chez un patient, associé aux actes de soins et d'accompagnement, qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour le patient, qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin [et] qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient » (HAS, 2021). A propos des effets indésirables liés aux interventions de *physiotherapists* libéraux en AD, aucun n'a été rapporté parmi les trois études suivantes, incluses dans la revue systématique précitée : une étude de cohorte rétrospective au Royaume-Uni (Goodwin & Hendrick, 2016), une étude pilote d'essai contrôlé randomisé (ECR) au Royaume-Uni (Bishop et al., 2017), et un ECR pragmatique en Suède (Bornhöft, Larsson, et al., 2019). Une autre revue de la littérature conclut également à une absence d'EIAS dans les parcours de soins en AD en *physiotherapy* mais signale un manque d'étude de bonne qualité sur le sujet (Piscitelli et al., 2018a).

L'hospitalisation d'un patient constitue un élément coûteux dans un parcours de soin. La revue de littérature réalisée révèle que la quantité de jours d'hospitalisation diminue dans les parcours de soins avec *physiotherapy* en AD bien qu'un faible nombre d'études les ait traités. Une étude rétrospective dans le Maryland (Etats-Unis) affirme que le recours aux hospitalisations et le type de parcours de soins ne sont pas significativement corrélés (Mitchell

& de Lissovoy, 1997). Il semble par ailleurs que cet indicateur ait été exploré uniquement dans des études s'intéressant exclusivement à des parcours de soins en secteur libéral

Outre les informations relatives aux parcours de soins, il est nécessaire de se pencher sur le profil des personnes faisant le choix de recourir à la *physiotherapy* en AD plutôt que via une prescription. Concernant les catégories de population qui ont recours à l'AD en *physiotherapy*, une étude écossaise a révélé que les patients qui consultent directement un kinésithérapeute sont davantage des hommes et sont davantage jeunes que ceux qui consultent sur prescription médicale. Une étude de cohorte anglaise tend à confirmer le fait que les patients ayant recours à l'AD en *physiotherapy* sont plus jeunes (Goodwin & Hendrick, 2016). La HAS a publié un rapport dans lequel une revue non systématique de la littérature a été réalisée (HAS, 2023). Cette revue de huit articles révèle notamment que les patients ont des caractéristiques similaires en termes d'âge et de genre et de meilleurs niveaux socio-économique et d'éducation. Toutefois, l'un des articles est une revue de la littérature qui a dénombré neuf études dans lesquelles les patients inclus étaient davantage des femmes et jeunes dans le groupe en AD (Babatunde et al., 2020).

2.2.1.2 Impacts sur l'état de santé des patients

Concernant les capacités fonctionnelles des patients, elles semblent significativement améliorées dans les parcours de soins avec *physiotherapy* en AD. Une méta-analyse d'études internationales conclut en ce sens en termes de capacités déclarées (questionnaire de Rolland Morris ou sous-scores du SF36) et en termes de présentéisme au travail (Demont et al., 2021). Parmi les études incluses dans cette méta-analyse, l'une d'entre elles indiquent que cette amélioration de la fonction peut être liée à la collaboration entre médecins et *physiotherapists*, ce qui est l'un des éléments constitutifs de l'AD en kinésithérapie tel que déployé en France (Brooks et al., 2008). Ces résultats sont en accord avec les conclusions de la précédente revue systématique sur le sujet de l'AD en *physiotherapy* (Ojha et al., 2014).

Les analyses de la douleur dans les études comparant les parcours de soins avec *physiotherapy* en AD ou sur prescription apportent des résultats variés. On relève une étude sur la question dans des services de santé britannique qui conclut en faveur des parcours de soins avec AD en *physiotherapy* pour la gestion de la douleur (Phillips, Phillips Nee Buck, et al., 2012). Cependant, la méta-analyse la plus récente révèle que la douleur n'est pas améliorée de façon significative dans les parcours de soins en AD (Demont et al., 2021), d'après quatre études incluses pour ce critère de jugement utilisant diverses échelles de mesure de la douleur (*pain self-efficacy questionnaire*, échelle numérique).

Le catastrophisme est définit comme un « "ensemble mental" négatif exagéré mis en œuvre lors d'expériences douloureuses » (M. J. Sullivan et al., 2001). Le catastrophisme a été révélé comme un facteur amplifiant les douleurs, les déficits fonctionnels et la consommation d'antalgiques chez des patients atteints de lombalgies (Vlaeyen et al., 1995). Une autre étude s'intéressant à des patients avec des douleurs chroniques à la suite d'accidents de la route ou de travail apporte des conclusions similaires et ajoute que le catastrophisme est indépendant des facteurs de dépressions et d'anxiété (M. J. L. Sullivan et al., 1998). Concernant l'impact de la *physiotherapy* en AD sur le catastrophisme, une étude dans le système de santé public britannique a montré une baisse du catastrophisme chez les patients pris en charge en AD (Phillips, Phillips (née Buck), et al., 2012).

Concernant la satisfaction des patients, celle-ci a été révélée meilleure dans les parcours de soins avec AD en *physiotherapy*, notamment par une étude de cohorte (Ludvigsson & Enthoven, 2012), une revue de la littérature (Piano et al., 2017), une revue systématique (Piscitelli et al., 2018) et une méta-analyse (Demont et al., 2021). De tels résultats ont également été rapportés via la revue de littérature (Ojha et al., 2014) dans un article portant sur le système hospitalier états-unien (Hackett et al., 1993) et sur le modèle libéral écossais (Webster et al., 2008). Cependant, ces études portent toutes sur des systèmes de santé étrangers. En France, une étude exploratoire menée auprès d'un échantillon représentatif de la population française a révélé que 91% des Français ayant déjà eu recours à un kinésithérapeute ont été satisfaits des soins. Selon cette même étude, les Français sont plus enclins à consulter un kinésithérapeute en premier recours pour les entorses, un ostéopathe pour les troubles rachidiens, et un médecin généraliste pour les douleurs tendineuses, musculaires ou articulaires. Enfin, 85% des Français consultés estiment que les kinésithérapeutes sont compétents pour diagnostiquer et traiter les TMS en soins primaires, et 92% leur font confiance (Demont et al., 2023).

2.2.1.3 Impacts médico-économiques

Cinq des dix-huit études incluses dans la revue systématique de Demont et al. sur les impacts de l'AD en *physiotherapy* ont utilisé comme critères de jugement les coûts de santé des parcours de soins (Demont et al., 2021). De manière générale, elles révèlent que les parcours de soins avec *physiotherapy* en AD semblent plus économiques que les parcours de soins avec *physiotherapy* sur prescription. Sur ces cinq études incluses dans la revue systématique de Demont et al., une étude pilote d'essai randomisé ne relève pas de différence significative entre les groupes en AD et les groupes sur prescription (Bishop et al., 2017) et quatre autres révèlent des différences significatives en faveur de l'AD. Les économies révélées par ces quatre études sont de 36,42£ dans une étude de cohorte au Royaume-Uni (Mallett et

al., 2014), 13,19£ par séance dans une étude écossaise (L. K. Holdsworth et al., 2007), 538,01£ dans une étude cas-témoin au Royaume-Uni (Goodwin & Hendrick, 2016) et oscillent entre 64,91$ et 17,85$ dans une étude rétrospective aux États-Unis respectivement pour les hommes et les femmes (Pendergast et al., 2012).

Des études médico-économiques ont également été menées pour analyser la mise en place de l'AD en *physiotherapy* dans les pays concernés. Les études de coût-efficacité avec divers critères de jugements d'efficacité ont suggéré que les parcours de soins avec *physiotherapy* en AD sont davantage coût-efficaces que lorsque la *physiotherapy* est prescrite. Une méta-analyse sur les Etats-Unis, a révélé que l'AD à la *physiotherapy* permet une diminution des coûts de santé par des diminutions de la quantité de séances et des coûts de *physiotherapy* ainsi que par de meilleures capacités et un meilleur état fonctionnel, comparativement à une entrée dans le parcours de soins par un médecin pour la prise en charge de patients souffrant de TMS (Hon et al., 2021). Une étude de cas comparant l'AD en *physiotherapy* à des parcours de soins avec de la *physiotherapy* sur prescription pour des patients atteints de radiculopathie cervicale a révélé que les parcours de soins en AD sont 6,2 fois plus efficaces que les parcours de soins avec prescription pour traiter l'invalidité pour chaque tranche de 100$ dépensés et 5 fois plus par séance. Concernant la coût-efficacité relativement au traitement de la douleur, ses résultats sont en faveur des parcours de soins sur prescription médicale (Ramirez & Brennan, 2020).

Des études rétrospectives apportent des résultats équivalents aux Etats-Unis (Mitchell & de Lissovoy, 1997), et au Royaume-Uni (Riley et al., 2016). De plus, une revue systématique incluant treize articles conclut en faveur de l'AD en *physiotherapy* par rapport à sa prescription en matière de coût-efficacité (Piscitelli et al., 2018).

Dans les pays ayant établi un seuil de coût-utilité, l'AD en *physiotherapy* semble être davantage coût-utile que la *physiotherapy* sur prescription médicale dans les parcours de soins de ces pays. Au Royaume-Uni, une étude semble abonder dans le sens d'une coût-utilité pour le *National Health Service* (NHS) : l'augmentation de l'activité se traduit par un coût de 4 999£ par QALY (*Quality-Adjusted Life Years*, années de vie pondérées par la qualité) gagnée ce qui est inférieur au seuil admis par les autorités britanniques qui est de 20 000£/QALY gagnée (Yang et al., 2021). Par ailleurs, cette même étude indique qu'à l'échelle individuelle, l'AD est moins couteux pour chaque patient pour un bénéfice équivalent en termes de QALY (-8,80£/QALY). En Suède, un essai contrôlé randomisé a conclu à une économie de soins de santé de plus de 15 500 € et à une économie totale de plus de 24 200€ par QALY perdue pour les parcours de soins avec *physiotherapy* en AD. Dans le détail, les auteurs ont rapporté une baisse moyenne de coûts totaux de 364€, dont 215€ de soins, pour une altération de 0,015 QALY de la qualité de vie déclarée (Ho-Henriksson et al., 2022).

Cette revue de la littérature préparatoire permet d'affirmer que l'AD à la *physiotherapy* a des impacts cliniques et économiques dans les pays qui l'ont mis en place. Ce type de parcours de soins semble ainsi être davantage cout-utile que les parcours de soins avec *physiotherapy* sur prescription en diminuant les coûts totaux pour une amélioration au moins équivalente de la qualité de vie. Il s'agit désormais d'explorer l'état actuel des dispositions relatives à la mise en place de l'AD en kinésithérapie en France.

2.2.2 Dans le système de santé français

En ce qui concerne la France, l'article 123 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 a disposé qu'en "cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie" (2016). Cette évolution a été le premier pas vers un AD, encore très limité et très encadré. Il est intéressant de noter que figure déjà dans cette disposition le principe d'un "compte rendu des actes accomplis dans ces conditions [...] remis au médecin dès son intervention". Cependant, en termes d'organisation des soins, « ce dispositif n'est à ce jour pas reconnu par l'Assurance maladie » (CNOMK, 2021)

Dans la perspective de développer cette possibilité de prise en charge, l'article 66 de la loi n°2019-774 relative à l'organisation et la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 a permis et encadré le développement de protocoles de coopération pouvant inclure l'AD à la kinésithérapie (2019). Ces dispositions ont conduit à la réalisation de deux protocoles autorisés par deux décrets parus le 6 mars 2020 : l'un concerne la douleur lombaire aigüe inférieure à quatre semaines (2020), l'autre porte sur le traumatisme en torsion de cheville (2020).

En fin d'année 2021, dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2022 (LFSS 2022), le législateur a ouvert la voie à un développement de l'AD à la kinésithérapie, non plus par le biais de la généralisation des protocoles de coopération locaux, mais par une expérimentation d'une durée de trois ans dans six départements (Article 73 - LOI de financement de la sécurité sociale pour 2022 - Légifrance, 2021). Toutes les modalités pratiques de cette expérimentation devaient être précisées par décret après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Académie Nationale de Médecine (ANM), mais ce décret n'est jamais paru.

Enfin, la loi n° 2023-379 a apporté quelques modifications à la LFSS 2022 en ce qui concerne les modalités de cet AD. En effet, l'expérimentation dans les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) est possible pour "cinq ans", "six départements dont deux d'outre-mer" et elle est toujours conditionnée par la parution d'un décret, qui n'est pas encore paru (Article 3 - Loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux

professionnels de santé, 2023). Aussi, cette loi du 19 mai 2023, dite loi Rist, autorise les kinésithérapeutes à exercer leur “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” dans les structures d’exercice coordonnées, à l’exception notamment des CPTS qui font l’objet de l’expérimentation en attente citée précédemment. Il est à noter que cet AD est associé une nouvelle fois à un “bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute” à transmettre “systématiquement [...] au médecin traitant du patient ainsi qu'à ce dernier” et à reporter “dans le dossier médical partagé de celui-ci”. Par ailleurs, le champ d’application de cet AD, qui devait initialement concerner toutes les structures d’exercice coordonné, a été réduit au fil des débats parlementaires. La proposition de cette loi a suscité de vives tensions interprofessionnelles : neuf syndicats représentatifs de médecins et deux représentatifs d’internes en médecine ont par exemple signifié leur opposition à ce qu’ils considèrent comme un “démantèlement de la médecine en France et à la destruction de notre système de santé” (UFML, 2023).

En somme, au regard de l’historique de la mise en place de l’AD dans le monde, il apparaît de prime abord que celui-ci suscite des réticences politiques et professionnelles en France tout en étant déployé dans d’autres pays depuis plusieurs décennies.

Ces disparités entre la France et d’autres pays se retrouvent également dans l’état actuel des connaissances relatives au déploiement de l’AD dans les différents systèmes de santé en général, et à son aspect médico-économique en particulier. En effet, les études sur l’impact médico-économique de la mise en place de l’AD sur les systèmes de santé sont rares en France mais semblent nombreuses à l’étranger. Toutefois, les méthodologies et les données utilisées pour ces études reposent sur le système de santé et le pays étudiés. Or, ces systèmes étrangers ne sont jamais en tout point comparables au système de santé français en raison des différences de modèle de financement, des couvertures des frais de soins, des organisations des parcours de soins, des objectifs nationaux de santé publique ou des populations concernées par exemple.

De ce fait, pour l’heure, la transposabilité de résultats des études s’intéressant à des systèmes de santé étrangers au cas français est donc imprécise et difficile.

3 Problématisation

En somme, la revue de la littérature a permis d'établir que l'AD en *physiotherapy* est déployé dans plus de 40 pays et états (WCPT, 2018) et a fait l'objet d'études de haut niveau de preuve révélant l'intérêt clinique et économique de ce type de parcours de soins. Or, ces études s'inscrivent dans des systèmes de santé étrangers ; leurs résultats ne peuvent donc pas nécessairement être transposés dans le système de santé français. Cependant, la législation française a autorisé l'exercice de la kinésithérapie sans prescription médicale dans certains cadres définis.

Ce processus de recherches et de réflexions conduit alors à la question suivante : quels sont les impacts médico-économiques de l'AD à la kinésithérapie en France ?

METHODE

4 Cadre de recherche

4.1 Objectifs de la recherche

4.1.1 Objectif principal

L'objectif principal de ce protocole est de déterminer si l'AD en kinésithérapie en France est davantage coût-utile que la kinésithérapie sur prescription médicale.

4.1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette recherche sont de déterminer si l'AD en kinésithérapie en France est davantage coût-efficace en termes de douleur comparativement à la kinésithérapie sur prescription médicale, et d'étudier des facteurs cliniques et des événements du parcours de soins pour identifier des éléments qui contribuent à expliquer les impacts médico-économiques investigués dans le cadre de l'objectif principal du protocole.

4.2 Hypothèses de recherche

De la question de recherche précédemment citée, plusieurs hypothèses ont été émises. L'hypothèse principale est la suivante : (1) L'AD à la kinésithérapie est davantage coût-utile dans le système de santé Français que les parcours de soins avec prescription de kinésithérapie.

Aussi, des hypothèses secondaires ont été émises. L'une d'entre elles concernent un autre type d'impact médico-économique :

(2) L'AD à la kinésithérapie est davantage coût-efficace dans le système de santé Français que les parcours de soins avec prescription de kinésithérapie.

Les impacts médico-économiques précités nécessitent par ailleurs le recueil distinct de données cliniques et économiques. Ces données collectées pour répondre aux hypothèses médico-économiques du protocole sont étudiées par ailleurs pour évaluer d'autres dimensions des impacts de l'AD en kinésithérapie en France. Ces impacts complémentaires sont évalués sur la base des hypothèses ci-après.

Quatre hypothèses portent sur le parcours de soins des patients :

(3) L'AD à la kinésithérapie entraîne un accès plus rapide au premier rendez-vous de kinésithérapie que par une prescription médicale

(4) Les parcours de soins en AD à la kinésithérapie comportent moins de séances de kinésithérapie que les parcours de soins avec prescription médicale de kinésithérapie.
(5) Les parcours de soins en AD à la kinésithérapie comportent moins de recours à des médicaments anti-inflammatoire non stéroïdiens et analgésiques et moins de recours à des imageries médicales que les parcours de soins avec prescription médicale de kinésithérapie.
(6) Les parcours de soins en AD à la kinésithérapie ne comportent pas plus d'événements indésirables (EI) et comportent moins de jours d'hospitalisation que les parcours de soins avec prescription médicale de kinésithérapie.

Enfin, deux hypothèses concernant l'état de santé des sujets :

(7) Les parcours de soins en AD à la kinésithérapie entraînent une réduction de la douleur plus importante par rapport aux parcours de soins avec prescription médicale de kinésithérapie.
(8) Les parcours de soins en AD à la kinésithérapie entraînent une plus grande satisfaction des patients que les parcours de soins avec prescription médicale de kinésithérapie.

4.3 Design de l'étude

Dans l'objectif de vérifier ces hypothèses, un protocole expérimental pour une étude médico-économique, prospective, contrôlée et non randomisée a été réalisé.

Il s'agit d'une étude pragmatique. En effet, les sujets de l'étude sont inclus une fois qu'ils sont entrés dans le parcours de soins. Leur attribution dans les deux groupes de l'étude est fonction du fait qu'ils entrent dans le parcours de soins par un médecin ou par un kinésithérapeute ; ils ne sont donc pas randomisés.

Les sujets sont des patients de kinésithérapeutes consultant sur prescription ou en l'absence de prescription médicale et connaissent leur groupe d'attribution de ce fait ; ils ne sont donc pas en aveugle. Les évaluateurs de résultats réalisant les évaluations initiales, intermédiaires et finales sont les kinésithérapeutes des sujets inclus dans l'étude, ils ne sont donc pas en aveugle non plus.

Le design général de l'étude est retracé au travers de la Figure 1.

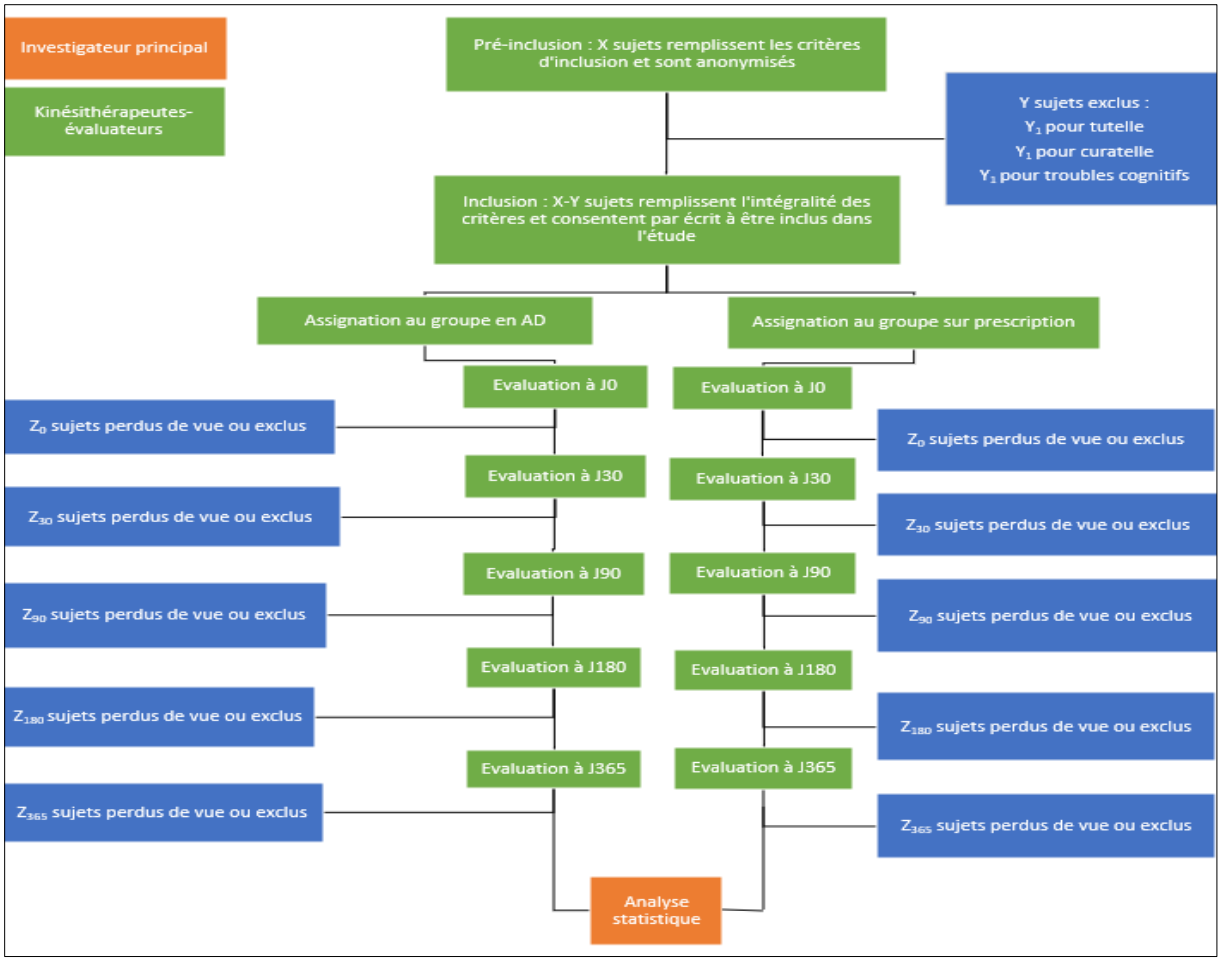


Figure 1 : Design général de l'étude.

4.4 Justification du choix du design de l'étude

Tout d'abord, le choix de mener une étude médico-économique de type coût-utilité comme critère de jugement principal et de type coût-efficacité secondairement associée est conforme aux recommandations de la HAS en France (2020).

En outre, le choix de la rédaction d'un protocole s'est imposé pour plusieurs raisons. En premier lieu cette étude requiert des déclarations et autorisations qui n'auraient certainement pas pu être obtenues dans des délais raisonnables au regard du temps imparti pour ce travail. En second lieu, le temps nécessaire à l'inclusion des sujets peut s'avérer très long actuellement pour deux raisons principales : le faible nombre de kinésithérapeutes pratiquant en MSP et pouvant donc pratiquer en AD et le manque d'information sur la possibilité de ce nouveau mode de recours par les patients eux-mêmes, condition par définition nécessaire pour consulter un kinésithérapeute en AD.

5 Conception du protocole

5.1 Modèle du protocole

L'étude ayant pour objectif de comparer deux parcours de soins mis en place en France, le protocole n'émet aucune consigne particulière à destination des professionnels de santé consultés. L'ensemble des techniques d'examens ou de traitements, de bilans, d'orientations vers un autre professionnel de santé sont laissés au libre choix du kinésithérapeute, dans le cadre de ses compétences (Annexe II de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute., 2015).

5.1.1 Groupe intervention

Le groupe testé est constitué par les personnes incluses dans l'étude qui consultent un kinésithérapeute sans prescription médicale préalable pour la déficience ou pathologie dont ils font état.

5.1.2 Groupe comparaison

Le groupe témoin comprend des personnes incluses dans l'étude qui consultent un kinésithérapeute sur prescription médicale pour la déficience ou la pathologie dont ils font état.

5.1.3 Caractéristiques des deux groupes

Dans chacun de ces deux groupes, des données sur le statut des sujets sont analysées afin d'estimer la comparabilité des deux groupes entre eux et ainsi discuter des résultats et des biais de l'étude, mais aussi pour les comparer avec les données de la population française et ainsi discuter de l'extrapolation des résultats de cette étude au contexte national.

Ces données sont en premier lieu démographiques. Elles concernent alors le genre des sujets, leur âge, et leur niveau de diplôme. Ces données s'intéressent également à la pathologie pour laquelle le sujet consulte son kinésithérapeute.

5.2 Population

Plusieurs critères ont été déterminés de sorte que les sujets inclus dans l'étude présentent à la fois des caractéristiques proches de la population de patients consultant un kinésithérapeute, qu'ils entrent dans le cadre légal de la mise en place de l'AD et qu'ils aient des capacités permettant de réaliser le suivi tout au long du protocole.

5.2.1 Critères d'inclusion

5.2.1.1 Lieu d'inclusion

Tous les patients inclus comme sujets de l'étude doivent être pris en charge par un kinésithérapeute dans la même structure que celle où a eu lieu l'inclusion. Ce dernier doit travailler dans le cadre de structures permettant l'AD à la kinésithérapie, afin que la comparaison des deux groupes porte sur les parcours de soins et ne soit pas biaisée par l'intervention de kinésithérapeutes qui ne peuvent en aucun cas exercer en AD.

Une partie de ces structures est définie selon le cadre de l'Article 3 de la LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (2023), modifiant l'article L4321-1 du Code de la Santé Publique (CSP) (2016). L'AD est ainsi autorisé pour tout kinésithérapeute pratiquant en établissement de santé public ou privé, en établissement et service médico-social, en Equipe de Soins Primaires (ESP), en Centre de Santé (CDS), Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

Les autres structures sont définies dans le cadre d'une dérogation expérimentale. En effet, dans ce cadre, les kinésithérapeutes en CPTS peuvent également exercer en AD. Cette expérimentation est initiée par l'Article 3 de la LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 précédemment citée et conditionnée à la publication d'un décret d'application, à ce jour non paru. L'inclusion dans ce protocole de sujets consultant un kinésithérapeute en CPTS - que ce soit en AD ou sur prescription médicale – est pour l'heure suspendue, tant que ce décret d'application n'est pas paru. Les conditions de l'inclusion de patients consultant en CPTS seront définies par ce cadre légal, une fois ce dernier publié.

Par ailleurs, les séances de kinésithérapie peuvent être pratiquées au domicile du patient ou au cabinet du kinésithérapeute.

5.2.1.2 Âge des sujets

Concernant l'AD en CPTS, la HAS a interrogé les collèges nationaux professionnels des principales professions concernées par le parcours de soins des patients consultant un kinésithérapeute et rendu un rapport établissant des recommandations sur ces modalités en vue du décret à paraître sur l'application de l'expérimentation (HAS, 2023). Ce rapport préconise de limiter l'AD en CPTS aux patients majeurs. Par souci d'homogénéisation des groupes, tous les patients doivent être âgés de plus de 18 ans le jour de l'inclusion pour être inclus dans l'étude.

5.2.1.3 Pathologies des sujets

Comme évoqué précédemment, les TMS représentent des pathologies diverses et multiples, à forte prévalence en population générale et leurs conséquences socio-économiques sont importantes. Ils peuvent entraîner des douleurs et des incapacités fonctionnelles et la prise en charge kinésithérapique est recommandée, efficace pour ces troubles et évaluables au moyen d'outils et de résultats comparables dans la littérature existante. De ce fait, dans ce protocole, seuls les patients présentant un ou des TMS peuvent être admis comme sujets de l'étude.

Si les patients consultent le kinésithérapeute avec une prescription médicale de kinésithérapie pour le TMS dont ils font état, ils sont attribués au groupe témoin. S'ils n'ont pas de prescription de kinésithérapie pour leur TMS, ils sont associés au groupe test.

5.2.2 Critères de non-inclusion

Afin de pouvoir assurer le suivi précis du parcours de soins du sujet et son consentement libre et éclairé, le sujet ne doit pas être sous la contrainte de mesure de curatelle ou de tutelle et il ne doit pas être porteur de troubles cognitifs. L'absence de mesure de curatelle ou tutelle est vérifiée sur déclaration du sujet. L'absence de troubles cognitifs est vérifiée par la réalisation d'un test des cinq mots de Dubois. Si le résultat est inférieur ou égal à 8/10, le sujet ne peut être inclus dans l'étude.

Par ailleurs, la PA, entendue comme le cadre qui permet au kinésithérapeute de réaliser des actes « initialement réalisés par d'autres professions » (Kechichian et al., 2023) ; (WCPT, 2019c) est permise pour les kinésithérapeutes en France depuis la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (2019). Depuis, les kinésithérapeutes peuvent prendre part à une des expérimentations de protocoles de coopération avec dépassements des compétences du kinésithérapeute autorisés dans le cadre du A du III de l'article 66 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019. A ce jour, ces protocoles peuvent concerner les lombalgies aiguës (Arrêté du 6 mars 2020) et les entorses de cheville (Arrêté du 6 mars 2020).

En outre, toute intervention d'un kinésithérapeute prenant part à cette étude doit rester dans le cadre de son champ de compétences. De ce fait, les patients d'un kinésithérapeute pouvant exercer en PA ne peuvent être sujets de l'étude.

Enfin, dans le cadre de l'AD, les kinésithérapeutes exercent avec un niveau de responsabilités supérieur à celui d'une prise en charge sur prescription. Afin que les parcours de soins des sujets inclus soient comparables sur le plan des responsabilités des professionnels consultés, ce protocole expérimental est restreint aux personnes consultant un

kinésithérapeute libéral. Ainsi, le sujet ne peut être inclus dans l'étude si la prise en charge kinésithérapique qu'il reçoit a lieu dans un cadre institutionnel (en EHPAD, en maison de retraite, en hôpital ou en clinique) ou si le kinésithérapeute est salarié.

5.2.3 Critères d'exclusion

Un sujet est retiré de l'étude si des troubles cognitifs apparaissent (test des cinq mots de Dubois), si le kinésithérapeute devient salarié ou entre dans un protocole de coopération avec dépassement du champ de compétences initiales tels que définis au titre des critères de non-inclusion dans l'étude. De plus, le sujet inclus dans l'étude peut retirer son consentement à la poursuite de l'étude et ainsi en être retiré à tout moment. Enfin, si le sujet décède ou est perdu de vue, ses données sont analysées en intention de traiter.

6 Critères de jugement

6.1 Critère de jugement principal

Notre hypothèse principale (1) est que l'AD à la kinésithérapie est davantage coût-utile dans le système de santé français que les parcours de soins avec prescription de kinésithérapie.

La présente étude est une étude médico-économique comparant l'AD à la kinésithérapie et la kinésithérapie sur prescription médicale. Des études sur l'AD à la kinésithérapie à l'étranger ont mis en évidence que le recours à la kinésithérapie sans prescription médicale préalable semble entraîner une meilleure qualité de vie liée à la santé pour les patients (Phillips, Phillips (née Buck), et al., 2012 ; Bishop et al., 2017). Une différence de qualité de vie peut donc être attendue entre les deux groupes inclus dans cette étude au profit du groupe consultant un kinésithérapeute en AD. Or, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), dans le cas où la qualité de vie liée à la santé est une conséquence importante de l'intervention, il est recommandé que l'analyse de référence de l'étude soit de type coût-utilité (ACU) (HAS, 2020). L'application de cette recommandation explique le choix de la coût-utilité comme critère de jugement principal et le choix de l'hypothèse principale (1).

Une analyse coût-utilité relie les coûts d'une intervention à ses résultats exprimés en QALY. Les QALY visent donc à objectiver l'utilité d'une intervention qui peut être définie comme le « niveau de satisfaction que procure le fait [de] disposer » de la conséquence de cette action (Le Galès, 2000). Les QALY sont obtenues au moyen d'un score d'utilité qui correspond, selon la HAS à la « mesure de la préférence pour un état de santé sur une échelle, qui assigne le score 1 à la parfaite santé et le score 0 au décès.» et est compris entre -1 et 1.

Ce score peut être obtenu grâce au questionnaire auto-administré EuroQol à cinq dimensions (EQ-5D) dont les résultats sont pondérés selon une matrice associée (HAS, 2020). La version française du questionnaire et sa matrice ont été validées (Andrade et al., 2020).

L'EQ-5D est un outil permettant de déterminer le score d'utilité à l'issue d'une intervention. Il est développé par EuroQol (2021) et comporte deux parties : l'indice EQ et l'EQ VAS. L'indice EQ est un questionnaire explorant cinq domaines (la mobilité, l'autonomie de la personne, les activités courantes, douleur/gêne et anxiété/dépression) à travers trois (EQ-5D-3L) ou cinq propositions de réponses (EQ-5D-5L) sur le modèle d'une échelle de Likert. L'EQ-VAS est une échelle visuelle analogique d'autoévaluation de « la meilleure santé que [le patient puisse] imaginer », à la pire santé [qu'il puisse] imaginer », graduée de 0 à 100 (EuroQol, 2021).

6.1.1 Qualités métrologiques

La HAS recommande l'EQ-5D-5L comme outil de référence pour mesurer l'utilité d'un résultat d'une intervention ; la validité de cet outil est donc admise en ce qui concerne les études en France (HAS, 2020). Il est toutefois intéressant de questionner la fiabilité et la réactivité au changement, qui sont les autres propriétés métrologiques d'un outil (Piette, 2016).

6.1.1.1 Effets plancher et plafonds

Les effets plancher et plafond désignent le fait qu'à proximité des valeurs extrêmes, il est possible qu'un outil ne différencie plus les écarts de valeurs mesurées (Piette, 2016). Par ailleurs, de nombreuses études ont visé à comparer les caractéristiques psychométriques des questionnaires EQ-5D-3L à sa version révisée et plus récente, l'EQ-5D-5L. Bien que les dimensions de la santé étudiées soient identiques, ces questionnaires diffèrent par le nombre de niveaux de santé proposés pour que le sujet auto-qualifie son état de santé : trois niveaux pour l'EQ-5D-3L et cinq pour l'EQ-5D-5L. Cet ajout a permis de diminuer les effets plancher et plafond entre les deux questionnaires (KCE, 2021 ; Janssen, Birnie, & Bonsel, 2008), notamment pour les populations de patients atteints de cancer (Pickard et al., 2007). Dans cette population, selon cette étude, l'effet plafond du questionnaire EQ-5D-3L s'élève à 17% des sujets, et celui de l'EQ-5D-5L s'élève à 11%. Ces deux valeurs sont inférieures à la valeur maximale habituellement tolérée de 20% (Piette, 2016).

Une autre étude en population générale indique que l'association d'un questionnaire EQ-5D-3L et d'un questionnaire SF-12 permet de couvrir divers domaines et scores en matière de santé (Johnson & Pickard, 2000).

En somme, bien qu'aucune étude ne semble encore avoir évalué les effets plancher et plafond en population générale du questionnaire EQ-5D-5L, il semble être à préférer par

rapport à l'EQ-5D-3L (Janssen, Birnie, Haagsma, et al., 2008). De plus, face au risque de mal discriminer de faibles changements d'états de santé pour les patients présentant des affections légères, il semble nécessaire de combiner l'EQ-5D-5L avec d'autres outils de mesure

6.1.1.2 Autres paramètres métrologiques

L'erreur standard de mesure (*standard error of mesure*, SEM) désigne la variabilité des valeurs autour d'une mesure. La SEM évalue la stabilité d'une mesure (Piette, 2016 ; Harvill, 1991). Pour l'EQ-5D, la SEM a été évaluée à 6,8 pour la partie EQ-VAS de l'EQ-5D-3L qui est identique à celle de l'EQ-5D-5L, dans le cadre d'une étude portant sur des sujets atteints de Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) (Hansen et al., 2021). Il ne semble pas que la SEM de l'EQ-5D-5L ait été déterminée pour l'ensemble de l'outil ni pour des patients avec des TMS en France.

La plus petite différence réelle (*smallest real difference*, SRD) désigne le plus petit changement détectable par l'outil. Pour la partie VAS de l'EQ-5D, elle a été définie à 9,7 pour une population de patients atteints de BPCO (Hansen et al., 2021), elle ne semble pas avoir été évaluée pour des sujets présentant des TMS.

La fiabilité test-retest inter journalière atteint 0,87 pour la partie VAS de l'EQ-5D ce qui traduit une bonne fiabilité entre des résultats obtenus par un même sujet à plusieurs jours d'intervalle. (Hansen et al., 2021 ; Piette, 2016).

Le changement clinique minimal détectable (*minimal clinically d*ifference, MCD) désigne la plus petite quantité de changement du résultat d'un test pour laquelle le sujet déclare une amélioration. Sa valeur permet aux kinésithérapeutes de fixer des objectifs de rééducation mesurables visant un changement clinique perçu comme utile ou important par les patients (Haley & Fragala-Pinkham, 2006). La MCD de l'EQ-RD-5L a été déterminée pour les patients en rééducation après AVC : elle est établie tel que celle de l'indice EQ-5D-5L est égale à 0,10 et celle de l'EQ-VAS vaut 8,61 (Chen et al., 2016). Elle est également déterminée pour les patients atteints de symptômes de COVID-long (MCD=0,262) (del Corral et al., 2023). Cependant, en ce qui concerne les TMS, la MCD du questionnaire EQ-5D-5L n'a pas été déterminée mais elle a été estimée à plusieurs reprises. Une revue systématique conclut que les estimations de cette MCD varient de 0,03 à 0,52 selon les pathologies musculosquelettiques des populations étudiées et recommande d'ajouter une échelle de satisfaction des patients dans les études utilisant l'EQ-5D-5L tant que sa MCD pour la population incluse n'est pas déterminée (Coretti et al., 2014). La MCD pour la partie indice de

l'EQ-5D-5L de l'Espagne a été mesurée à 0.061 ± 0.008 et à 0,045 ± 0,009 en excluant les paramètres de notation maximale. Selon la même étude, celui de l'Angleterre atteint 0.063 ± 0.013 et 0.037 ± 0.008 en excluant les paramètres de notation maximale (McClure et al., 2017). L'enjeu de déterminer une MCD est de pouvoir la comparer à la SRD afin de déterminer si l'outil est capable de détecter la MCD. Ici, des recherches complémentaires doivent être réalisés pour déterminer la SRD de l'indice EQ-5D-5L en France.

Pour cette étude et sur la base des recommandations de la revue systématique de Coretti et al., le choix est fait de considérer que la MCD pour la partie indice est de 0,52 pour réduire les risques de conclure à tort en faveur d'une évolution clinique significative.

Enfin, le coefficient de corrélation intraclasse (CCI) est un indicateur de la fiabilité d'une mesure quantitative. En effet, son calcul étudie les variabilités interindividuelle, inter-examinateur et d'amplitude d'échelle. Il est à noter que ce dernier type de variabilité ne concerne pas l'EQ-5D car il s'agit d'un questionnaire auto-administré (Piette, 2016). Le CCI de l'EQ-5D-5L en population générale a été étudié en Italie, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Leur valeur pour l'indice EQ-5D était respectivement de 0,76, 0,84 et 0,81. Dans ces trois cas, la valeur du CCI est supérieure à 0,7, il semble donc que le CCI de l'indice EQ-5D signe en faveur d'une fiabilité acceptable voire très bonne selon McDowell (McDowell, 2006), et acceptable en recherche selon Piette (2016). Le CCI de la partie VAS de l'EQ-5D était de qualité modérée avec des valeurs comprise entre 0,62 et 0,27 selon les pays (Long et al., 2021).

6.1.2 Justification du critère de jugement principal

La revue de la littérature préalable révèle que l'AD en *physiotherapy*, qui constitue l'intervention étudiée de ce protocole, présente des effets sur la qualité de vie liée à la santé des patients. Or la HAS recommande dans ce cas de mettre en place une étude coût-utilité, dans laquelle la coût-efficacité peut être un critère de jugement secondaire (HAS, 2020).

6.2 Critères de jugement secondaires

6.2.1 Coût-efficacité

La coût-efficacité est définie comme la comparaison entre deux interventions s'intéressant aux variations de coût et de résultats au moyen d'un ratio incrémental coût-efficacité (RICE). Le critère de jugement clinique est défini selon les résultats attendus et selon l'impact de ce critère clinique sur la vie de la population cible. Or, les douleurs et les capacités fonctionnelles comptent parmi les conséquences fréquentes des TMS et les premiers symptômes décrits (Cieza et al., 2021 ; Leclerc et al., 2015 ; Assurance Maladie, 2022). Si les

deux symptômes sont très fréquents dans les TMS, les douleurs apparaissent plus précocement et plus systématiquement (INRS, 2015). De plus, les douleurs sont un motif de recours fréquent chez les MG. En effet, Maisonneuve et al. rapportent une fréquence de 36% et citent d'autres études dont les résultats varient entre 30% et 60% (2017). Au vu du type de pathologies présentées par les sujets de l'étude, et du fait que l'étude porte sur différents types de recours aux soins, la douleur est le critère clinique retenu pour évaluer la coût-efficacité de l'AD en kinésithérapie dans ce protocole.

6.2.2 Délai d'accès aux soins de kinésithérapie

Le délai d'accès aux soins est défini ici comme le temps écoulé entre le premier jour où le patient cherche à obtenir un rendez-vous chez un professionnel de santé et le jour du premier rendez-vous chez un kinésithérapeute. Le jour de début de recherche de prise de rendez-vous est une information collectée sur déclaration du patient lors de la première séance de kinésithérapie qui correspond à l'inclusion dans l'étude. Le jour d'entrée dans le parcours de soins correspond au jour de l'inclusion pour tous les patients.

6.2.3 Quantité de séances de kinésithérapie

Afin d'éviter des biais de désirabilité sociale, la quantité de séances de kinésithérapie en lien avec le TMS présenté par le patient est une information obtenue sur déclaration du patient et non du kinésithérapeute. L'outil d'aide au suivi des biens et services de santé consommés (Annexe 1) est pensé sous une forme d'application dont le sujet peut se servir pour renseigner facilement les éléments constituant son parcours de soins et ainsi réduire les risques d'oublis de biens et de services de santé consommés.

6.2.4 Recours aux imageries

La quantité et la nature des imageries réalisées sont des données collectées sur déclaration du sujet. Dans la rubrique « imageries » de l'outil de suivi, un menu déroulant comporte cinq propositions de types d'imageries : « radiographie », « échographie », « IRM », « scanner », « scintigraphie » ; dans le but de faciliter le renseignement du type d'imagerie passée et de limiter le risque d'erreur.

6.2.5 Recours aux traitements médicamenteux

La consommation de deux types de traitements médicamenteux est suivie dans ce protocole : les AINS et les analgésiques. Un traitement analgésique est un traitement dont l'objectif est de prévenir ou de diminuer une sensation de douleur. Le recueil d'informations relatives à la consommation de médicaments AINS et analgésiques est réalisé sur déclaration

du sujet au moyen de l'outil d'aide au suivi mis à sa disposition. Il est demandé au sujet de renseigner le nom commercial du médicament délivré dans le cadre de prescriptions relatives au TMS pour lequel il a consulté, ainsi que la quantité de boites délivrées. Pour l'y aider, un menu déroulant propose des noms commerciaux de médicaments.

6.2.6 Survenue d'événements indésirables associés aux soins

Définie comme « un évènement défavorable survenant chez un patient, associé aux actes de soins et d'accompagnement, qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour le patient, qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin [et] qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient », la survenue d'EIAS est recherchée sur déclaration du sujet. Il est demandé au sujet d'indiquer en quelques lignes la nature, l'historique et la date de survenue de l'EIAS.

Dans le cadre de ce protocole, les EIAS recherchés sont le décès inattendu du sujet, l'engagement du pronostic vital à court terme, la survenue d'une incapacité, une hospitalisation non prévue, un transfert non prévu en service de soins intensifs ou de réanimation, une intervention chirurgicale non prévue, une ablation, une lésion ou une réparation non prévue d'un organe, ou des complications cardio-vasculaire ou respiratoire. Cette liste est construite sur la base de l'étude ENEIS (DREES, 2011a) et peut être complétée sur décision de l'investigateur selon les déclarations des sujets.

6.2.7 Quantité d'hospitalisations

La quantité d'hospitalisations est également collectée sur déclaration du patient par le l'outil d'aide au suivi. La date et la quantité de jour(s) de chaque hospitalisation sont demandées. Afin de déterminer de manière plus précise le coût de l'hospitalisation, le patient a la possibilité d'indiquer s'il s'agit d'une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie ou de réanimation.

6.2.8 Douleur

La douleur est investiguée lors des séances d'évaluations qui ont lieu le jour de l'inclusion dans l'étude puis à 1 mois, 3 mois, 6 mois, et 12 mois. Le kinésithérapeute investigateur évalue la douleur du sujet au moyen d'un échelle numérique (EN) simple. Cette échelle est acceptée en France (HAS, 2022). La validité interne de l'EN est admise car elle présente un CCI de 0,95, sa SEM est égale à 0,48 et sa MDC est égale à 1,33 dans une étude portant sur son application à un TMS : la gonalgie arthrosique (Alghadir et al., 2018). La validité de l'EN est confirmée par une recherche systématique de la littérature ayant inclus cinquante-

quatre articles utilisant l'EN ou la comparant à d'autres échelles d'évaluation de la douleur (Hjermstad et al., 2011).

Le kinésithérapeute-évaluateur de l'étude transmet ces scores aux investigateurs de l'étude.

6.2.9 Satisfaction des patients

La satisfaction des sujets au regard du parcours de soins qu'ils ont suivi pour leur TMS au sein de ce protocole est évaluée au moyen d'un questionnaire auto-administré lors des séances d'évaluation. Il ne semble pas exister de questionnaire spécifique pour l'étude de satisfaction concernant la prise en charge des TMS en kinésithérapie en France. Le questionnaire retenu est une traduction française de celui utilisé par Ludvigsson et Enthoven (2012) et il est adapté à l'évaluation du parcours de soins et pas seulement des soins de kinésithérapie. Cette traduction permet la comparaison à une autre étude (Goodwin & Hendrick, 2016) ayant également utilisé une traduction sur la base de ce même questionnaire de Ludvigsson et Enthoven. Ce questionnaire comporte trois questions pour lesquelles les sujets disposent de cinq propositions de réponse sur le modèle d'une échelle de Likert. Les trois questions sont les suivantes : Avez-vous reçu suffisamment d'informations sur votre problème au cours de votre parcours de soins ? Avez-vous reçu suffisamment de renseignements sur les soins auto-administrables tels que des conseils ou des programmes d'exercices ? Avez-vous confiance en la capacité des professionnels de santé rencontrés pour évaluer vos problèmes ? Les propositions de réponse sont les suivantes : Totalement d'accord ; D'accord ; Neutre ; En désaccord ; Totalement en désaccord. Le kinésithérapeute-évaluateur de l'étude transmet ces résultats aux investigateurs de l'étude.

7 Organisation du protocole

7.1 Déroulement des interventions

Les interventions d'évaluation consistent en cinq recueils de données concernant l'état de santé des sujets et leur consommation de services et de soins de santé le jour de l'inclusion (J0), puis 30, 90, 180 et enfin 365 jours après l'inclusion.

La personne dénommée « kinésithérapeute-évaluateur » est le kinésithérapeute consulté par le sujet lorsqu'il conduit des interventions d'évaluations dans le cadre du protocole, en plus des soins relatifs à la prise en charge normale de son patient.

La personne dénommé « investigateur » est la personne chargée de coordonner l'étude et de recueillir les données transmises par les kinésithérapeutes-évaluateurs et les sujets.

7.1.1 Intervention à J0

Le jour de l'inclusion correspond au jour du premier rendez-vous chez le kinésithérapeute. Ce jour-là, après avoir réalisé l'inclusion du sujet, le kinésithérapeute-évaluateur pose des questions au sujet pour connaître l'âge et le genre du patient et des données relatives au parcours de soins du patient. Le kinésithérapeute-évaluateur renseigne également le type de structure d'exercice coordonné dans lequel il reçoit le patient. Les données sur le parcours de soins contiennent la date à laquelle il a effectué la première recherche ou demande pour obtenir un rendez-vous chez un professionnel de santé ainsi que l'ensemble des ressources et services de santé et de soins utilisés jusqu'à présent.

Concernant ces consommations de biens et de service de santé, le questionnaire comporte différentes propositions de postes de dépenses de santé : consultations, médicaments, produits de santé, hospitalisations, imageries, EIAS. Pour chacun de ces postes de dépenses possible, il est demandé au sujet de préciser la nature et le montant des éventuelles dépenses de ce poste. Pour cette première intervention d'évaluation, le kinésithérapeute-évaluateur se base sur l'outil de suivi pour renseigner les services et prestations de soins utilisés avant le jour de l'inclusion et il présente également l'outil qui sera laissé à disposition du sujet à l'issu de la séance.

A J0 également, la douleur est évaluée par le kinésithérapeute par une échelle numérique (EN) entre 0 et 10. Le kinésithérapeute pose au patient la question suivante : "sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous votre douleur actuellement ; 0 signifiant aucune douleur, et 10 étant la douleur maximale imaginable ? "

Aussi, le kinésithérapeute-évaluateur inscrit la zone pathologique et le type de pathologie que présente le sujet d'après son bilan. Dans le cas où le patient est référé par un médecin via une prescription, le kinésithérapeute stipule également le type de pathologie renseignée par le médecin sur la prescription et/ou la lettre d'adressage.

Enfin, la dernière partie de l'intervention d'évaluation à J0 concerne deux questionnaires auto-administrés que le sujet devra compléter. Cette partie comporte d'abord l'EQ-5D-5L. Elle présente ensuite le questionnaire traduit en français de Ludvigsson & Enthoven (2012) qui est une triple échelle de Likert à cinq niveaux pour évaluer la satisfaction des patients à l'égard de leur parcours de soins (Annexe 2).

Enfin, avant de conclure l'entretien, le kinésithérapeute-évaluateur donne accès à l'outil d'aide au suivi des consommations de biens et de services de santé (Annexe 1) que le sujet utilise au fur et à mesure des éléments utilisés pour son parcours de soins. Il s'agit, grâce à cet outil de simplifier et de standardiser l'auto-déclaration des biens et services de santé consommés.

7.1.2 Interventions à 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an

Les interventions à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après l'inclusion sont respectivement notées J30, J90, J180, J365.

De la même manière que lors de l'entretien à J0, chacune de ces interventions requiert que le kinésithérapeute évalue la douleur du patient au moyen d'une EN. Lors de chacune de ces interventions, le sujet remplit le dossier qui contient alors l'EQ-5D-5L (Annexe 3) et le questionnaire de satisfaction (Annexe 2). Avant de conclure l'entretien le patient transmet l'ensemble des données renseignées via l'outil d'aide au suivi des services et biens de santé consommés.

L'ensemble de ces interventions d'évaluations et leur contenu sont présentés dans le tableau II. Le kinésithérapeute-évaluateur se base sur ce type de tableau à compléter pour recueillir et transmettre les données.

Temporalité de l'intervention	Variable investiguée	Eventuelles propositions de réponses pour standardisation	Note
J0 – le jour de l'inclusion	Structure d'exercice		
	Age		
	Genre	Masculin ou Féminin	
	Niveau de diplôme	DNB ou inférieur	
		CAP / BEP	
		Baccalauréat	
		BTS / DUT	
		Licence / BUT	
		Master	
		Doctorat	
	Zone(s) pathologique(s)		
	Type de pathologie supposée ou diagnostiquée		
	Date du début des recherches de rendez-vous avec un professionnel de santé		
	Consommation des services et biens de santé avant ce premier rendez-vous	Via l'outil d'aide au suivi	Annexe 1

	Douleur	EN de 0 à 10	
	Utilité	EQ-5D-5L	Annexe 3
	Satisfaction	3 échelles de Likert	Annexe 2
J30, J90, J180 et J365	Douleur	EN de 0 à 10	
	Utilité	EQ-5D-5L	Annexe 3
	Satisfaction	3 échelles de Likert	Annexe 2

Tableau II : Récapitulatif des interventions d'évaluations

7.1.3 Durée des interventions d'évaluations

Trente minutes semblent nécessaires à la bonne réalisation de la première séance comprenant les tests d'inclusions et, en cas d'inclusion, l'intervention d'évaluation J0. Quinze minutes semblent suffisantes pour les quatre autres sessions.

L'évaluation à 1 mois après l'inclusion peut être réalisée à deux jours près et les évaluations de 3 mois, 6 mois et 1 an à une semaine près.

7.2 Calendrier des interventions

Le suivi de chaque patient dure un an. De plus, un temps conséquent semble être nécessaire pour inclure un nombre de patients – déterminé en partie 9 – assurant une puissance satisfaisante à l'étude, en raison notamment de la faible proportion de kinésithérapeutes exerçant en MSP. La phase d'inclusion se déroule jusqu'à ce que le nombre de sujets à inclure soit atteint, dans la limite d'un an. Les inclusions et les suivis au cours de l'étude durent donc au maximum deux ans.

7.3 Lieux des interventions

Les séances d'inclusions et d'évaluations se déroulent au cabinet du kinésithérapeute investigateur ou au domicile du sujet. Ce protocole peut être mené dans l'ensemble des structures françaises dans lesquelles l'AD en kinésithérapie est autorisé.

8 Cadre règlementaire et financier du protocole

8.1 Budget

Les frais liés à la mise en place de ce protocole comprennent une rémunération des kinésithérapeutes-évaluateurs car le temps consacré à chaque intervention d'évaluation n'est pas compris dans le temps de l'acte pour lequel ils sont rémunérés par l'Assurance Maladie. Le temps consacré par le kinésithérapeute pour chaque patient est discuté en partie 7.1.3 et

estimé à 1h30. À raison d'un forfait de 20€/heure et d'un nombre de sujets inclus de 592 comme détaillé en partie 9, ce budget peut donc être estimé à 17 760€. Il est possible de rémunérer les sujets inclus non perdus de vue à un an à hauteur de 20€/sujet, soit un coût additionnel de 11 840 €. Par ailleurs, l'étude ne requiert pas l'achat d'un quelconque matériel, le coût estimé est donc de 29 600€.

Enfin, les frais administratifs s'ajoutent au coût total, dont la charge revient au promoteur de l'étude

8.2 Assurance

L'assurance est à la charge du promoteur de l'étude et des investigateurs au titre de leur propre responsabilité civile professionnelle obligatoire.

8.3 Considérations légales et éthiques

Ce protocole propose une étude à risques et contraintes minimes impliquant la personne humaine et nécessitant la recherche et la collecte de données de santé. Cette étude correspond à une méthodologie de référence de catégorie 1 (MR-001) (CNIL, 2023) et doit répondre aux exigences légales associées (Délibération n° 2018-153 , 2018).

8.3.1 Autorisation de la recherche

Dans le cadre d'une étude de type MR-001, une demande d'autorisation préalable doit être déposée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) notamment en ce qui concerne la collecte, le stockage, le traitement et la conservation des données.

8.3.2 Enregistrement de l'étude

Tout d'abord, l'étude sera enregistrée auprès de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) en vue de l'obtention de son numéro d'enregistrement.

8.3.3 Comité de protection des personnes

S'agissant d'un protocole médico-économique, cette étude revêt une dimension clinique au cours de son intervention sur des personnes humaines. Le passage devant un comité de protection des personnes (CPP) et un Comité Ethique et Recherche (CER) semble donc nécessaire au regard des articles R1121-1 (2021) et L-1121-1 du CSP (2022).

8.3.4 Information et consentement des sujets

L'investigateur de l'étude s'engage à délivrer une information la plus précise et exhaustive possible concernant l'étude. Ces informations portent sur la nature de données collectées, le nombre, la temporalité et la durée des séances d'évaluations de suivi. Elles portent également sur le fait que le sujet peut retirer à tout moment son consentement pour participer à l'étude et ainsi s'en voir retiré.

Ces informations sont délivrées oralement et à l'écrit via un formulaire de consentement (annexe 4).

8.4 Gestions des données

La collecte, la gestion et l'utilisation des données relatives aux sujets sont réalisées conformément au règlement général de protection des données (RGPD)

Tous les professionnels impliqués dans l'étude s'engagent sur l'honneur à assurer la confidentialité de l'identité des sujets ayant participé à l'étude. Les sujets inclus sont identifiés durant toute la durée de l'étude par un code. Seul l'investigateur de l'étude, chargé de la réalisation de ce codage des identités des sujets a connaissance du tableau de correspondance des codes et des identités. Il en est de ce fait seul responsable.

Lors de toute publication relative à l'étude, aucune donnée identifiant directement ou pouvant identifier indirectement les sujets ne sera divulguée. Les données collectées dans le cadre de l'étude ne sont diffusées qu'à des personnes tenues de garder ces informations confidentielles et dont la possession des données est nécessaire au bon déroulement de l'étude.

La collecte puis le stockage des données s'effectuent respectivement avec le logiciel Excel® et avec un espace de stockage en ligne sécurisé approuvé par le promoteur de la recherche, dont le fichier individuel de chaque sujet est transmis par messagerie sécurisée. Elles sont conservées 20 ans et le sujet peut les consulter à tout moment sur simple demande à l'investigateur.

RESULTATS

9 Nombre de sujets inclus

A l'heure actuelle il n'existe pas de valeurs moyennes de coût-utilité en France. Cependant, les moyennes de coût-utilité supposées dans chaque groupe et leurs écarts-types ont été approximées à travers certaines données de quatre études européennes. Yang et al. ont estimé la coût-utilité à 17525£/QALY pour le groupe avec *physiotherapy* sur prescription contre 12646£/QALY pour le groupe en AD sur la base de 10 000 patients (2021). Bishop et al. l'a estimé à 1654£/QALY pour le groupe prescrit et à 1626£/QALY en AD sur 978 sujets (Bishop et al., 2017). Enfin, Ho-Henriksson et al. (2022) et Bornhöft et al. (2019) ont respectivement conclu leur étude avec une économie moyenne de 15 333€/QALY perdue sur 69 patients et de 2571€/QALY gagnée en faveur des groupes en AD sur 55 patients. Il est à noter que ces importantes variations d'ordre de grandeur selon les études peuvent être expliquées par le nombre de sujets inclus et le type de soins inclus dans les calculs de coûts. Les écarts-types de ces moyennes sont également importants en raison de la variété des soins nécessaires et des traitements associés aux différentes pathologies présentées par les sujets.

A partir de ces données, et en considérant un risque de première espèce α de 0,05 une puissance 1-β de 0,9, le calcul de la taille de l'échantillon nécessaire est réalisé par le logiciel BiostaTGV. On détermine ainsi un nombre de sujets à inclure de 592 sujets, soit 296 dans chaque groupe.

10 Analyse de la population

La population incluse dans l'étude est décrite selon plusieurs variables. Certaines portent sur les caractéristiques démographiques des sujets inclus : les âges moyen et médian par genre, à laquelle sont associés les écarts-types et intervalles interquartiles, le sexe-ratio entre hommes et femmes et le niveau de diplôme. D'autres variables concernent les pathologies présentées par les sujets : la zone et le type de pathologie. Enfin, la structure d'exercice coordonné dans laquelle est réalisée l'inclusion est également renseignée.

Afin d'évaluer si les échantillons inclus peuvent comporter un biais de sélection, l'analyse de ces données descriptives vise à interroger d'une part la représentativité de l'échantillon inclus par rapport à la population générale et d'autre part la comparabilité des deux groupes. Pour cela, le ratio nombre d'hommes/nombre de femmes et les âges moyen et médian des

échantillons de l'étude sont comparés entre eux puis à ceux de la population générale adulte en France en raison de la non-inclusion des sujets mineurs à l'étude.

Les différents effectifs descriptifs de la population sont renseignés dans les tableaux III à VI.

	Groupe en AD	Groupe sur prescription	Population générale adulte (au 1er janvier 2024) (INSEE, 2024b)
Sexe Ratio H/F	-?-	-?-	0,91
Age moyen des hommes adultes (en années)	-?-	-?-	50
Age médian des hommes adultes (en années)	-?-	-?-	49
Age moyen des femmes adultes (en années)	-?-	-?-	51,88
Age médian des femmes adultes (en années)	-?-	-?-	52

Tableau III : Caractéristiques descriptives de la population d'étude

Zone pathologique (exemple)	Type de pathologie (exemple)	Groupe en AD	Groupe sur prescription
Membre inférieur	Tendinopathie	-?-	-?-
Membre inférieur	Fracture	-?-	-?-
Membre supérieur	Arthrose	-?-	-?-
Tête	Migraines	-?-	-?-
…	…	-?-	-?-

Tableau IV : Effectifs des sujets selon les pathologies présentées

Niveau de diplôme	Groupe en AD	Groupe sur prescription
DNB ou inférieur	-?-	-?-
CAP / BEP	-?-	-?-
Baccalauréat	-?-	-?-
BTS / DUT	-?-	-?-
Licence / BUT	-?-	-?-
Master	-?-	-?-
Doctorat	-?-	-?-

Tableau V : Effectifs des sujets selon leur niveau de diplôme

Structure d'exercice coordonné	Groupe en AD	Groupe sur prescription
MSP	-?-	-?-
ESP	-?-	-?-
CDS	-?-	-?-
Etablissement de santé public ou privé	-?-	-?-
Etablissement et service médico-social	-?-	-?-
CPTS (après parution du décret d'application)	-?-	-?-

Tableau VI : Effectifs des sujets selon le type de structure d'exercice coordonné où a lieu l'inclusion

De plus, au regard de la littérature exposée précédemment, ces analyses visent aussi à investiguer si les patients consultant un kinésithérapeute en AD en France sont plus jeunes que les patients consultant sur prescription et si les hommes y ont davantage recours que les femmes.

Toute différence significative sur un des critères précités entre les sujets inclus et la population générale ou entre les deux groupes doit être discutée et mise en perspective avec les variations observées des critères de jugements. Les tests statistiques évaluant cette différence sont précisés en partie 11.3.

11 Analyse des critères de jugements

11.1 Critère de jugement principal

11.1.1 Coûts des parcours de soins

Le coût du parcours de soins est calculé à partir des données de l'outil d'aide au suivi laissé à disposition du sujet pour noter les multiples consommations de services et de biens médicaux. Pour chacun des services et biens médicaux consommés, le patient est invité à noter, s'il le connait, le prix associé. Lorsque le sujet ne connait pas ce prix, les investigateurs de l'étude associent le montant correspondant selon la méthodologie détaillée ci-après.

11.1.1.1 Coûts des séances de kinésithérapie

Afin de ne pas créer des variations dans les biais de mesure des consultations selon les professionnels de santé consultés, ni de biais de confirmation, leur quantité est toujours déclarée par les sujets. Dans les cas où le sujet ne connait pas le prix total des séances de kinésithérapie, les kinésithérapeutes sont seulement invités à noter la cotation qu'ils ont appliquée aux actes selon la prescription, et la ou les zones à traiter. L'investigateur multiplie la quantité de séances effectuées et leurs cotations respectives pour obtenir le coût total des séances de kinésithérapie réalisées dans le cadre d'un parcours de soins donné. Il s'appuie pour cela sur la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) (Assurance Maladie, 2024).

Comme indiqué en introduction, il est à noter qu'une revalorisation des actes de kinésithérapie dans le cadre de la signature de l'avenant 7 à la convention entre la majorité des syndicats de kinésithérapeutes libéraux et l'Assurance Maladie a débuté. Ces revalorisations de certains honoraires s'échelonnent jusqu'en 2027, date à laquelle toutes les revalorisations prévues actuellement seront entrées en vigueur. De ce fait, afin d'obtenir des résultats projetables à plus long terme, les tarifs conventionnels appliqués selon les cotations renseignées par les kinésithérapeutes dans cette étude sont ceux en vigueur à l'issue du cycle de revalorisation, soit 2027.

Il est à noter également que des kinésithérapeutes peuvent dispenser des soins hors nomenclature (HN) ou demander des dépassements pour exigence des patients (DE). Les montants des soins HN ou DE déclarés doivent être inclus aux coûts de kinésithérapie.

11.1.1.2 Autres consultations

De la même façon que pour les consultations de kinésithérapie, le sujet est invité à indiquer lui-même le montant de chaque consultation pour tout professionnel dans le cadre de sa pathologie. Pour tout montant que le sujet ne sait pas renseigner, l'investigateur complète

ces données en se référant à la NGAP et aux conventions nationales établies entre les professionnels et l'Assurance Maladie.

11.1.1.3 Consommations de produits et prestations de santé associés au parcours de soins

Il est aussi demandé aux sujets de l'étude de renseigner les divers produits et prestations de santé consommés. Ces données concernent les imageries passées et les médicaments et dispositifs de santé délivrés, qu'ils soient prescrits ou non. La liste des produits et prestations remboursables (LPP) (Liste des produits et prestations remboursables, 2024) est utilisée pour associer un montant standardisé à chaque médicament ou produit de santé.

En ce qui concerne les hospitalisations, il est demandé au sujet de renseigner si l'hôpital est public, privé conventionné ou privé non conventionné ainsi que le type de service d'hospitalisation et la quantité de jour(s) passé(s). En effet, d'après les chiffres de 2019 – derniers chiffres définitifs et représentatifs en raison de l'épidémie de COVID-19 dès début 2020 – les coûts d'une journée d'hospitalisation diffèrent selon le statut de l'établissement. Les établissements de santé ont pris en charge 116 856 640 journées d'hospitalisation dans le cadre d'hospitalisation complète, et 17,6 millions en hospitalisation partielle, pour un montant total de 97,1 milliards d'Euros (DREES, 2022 ; DREES, 2020). Ces données, contribuant au calcul menant au forfait journalier hospitalier retenu dans le cadre de cette étude, sont présentées dans le tableau VII.

Type d'établissement	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Totaux
Quantité de journées d'hospitalisation partielle en 2019	7 657 767	3 311 930	6 617 813	17 587 510
Quantité de journées d'hospitalisation complète en 2019	74 226 737	16 007 471	26 622 432	116 856 640
Quantité totale de journées d'hospitalisation	81 884 504	52 559 646		134 444 150
Coût total (en milliard d'Euros)	74,9	22,2		97,1
Moyenne du coût par journée d'hospitalisation (en Euros)	915	422		

Tableau VII : Quantités et coûts liés aux hospitalisations selon le type d'établissement en 2019

La différence de coûts journalier peut être expliquée par au moins deux éléments d'après le DREES. Tout d'abord, les cliniques privées semblent recevoir plus particulièrement des patients présentant des pathologies peu graves dont l'état de santé ne nécessitent pas une hospitalisation longue. En effet, la durée moyenne d'un séjour hospitalier en secteur privé lucratif est de 4,2 jours contre 6 en secteur public et 69% des hospitalisations totales sont assurées par le secteur public, contre 51% des hospitalisations partielles. De plus, les établissements publics « assurent les prises en charge les plus complexes » ; par exemple dans le secteur de la chirurgie, les cliniques privées effectuent 63% des actes pouvant être réalisés en ambulatoire et les établissements publics assurent la majeure partie des actes liées aux urgences, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (DREES, 2021b). Par ailleurs, les coûts de journées d'hospitalisation ne prennent pas systématiquement en compte les actes réalisés dans le cadre de cette hospitalisation lorsqu'ils sont délivrés dans le secteur privé, contrairement aux hôpitaux publics.

Pour ces raisons précitées et dans la mesure ou le choix du statut de l'établissement hospitalier relève uniquement du patient, le forfait de 915 € correspondant à une journée moyenne en hôpital public, sera associé à toute journée d'hospitalisation déclarée dans cette étude.

Ainsi, il est à noter que tout produit, service ou prestation de santé délivré dans le cadre d'une hospitalisation ne doit figurer comme des dépenses supplémentaires à l'hospitalisation.

11.1.2 Utilité

L'utilité est déterminée par le questionnaire EQ-5D-5L dans cette étude. Pour chaque auto-administration du questionnaire, un état de santé codé par cinq chiffres est attribué. Cet état de santé est composé des scores sur cinq points attribués pour chacun des cinq items du questionnaire. Pour rappel, les cinq items sont, dans l'ordre, « mobilité », « autonomie de la personne », « activités courantes », « douleurs/gênes » et « anxiété/dépression ». Ainsi, l'état de santé 41222 signifie que le sujet a coché la quatrième proposition de l'item « mobilité », la première de l'item « autonomie de la personne » et la deuxième proposition des trois derniers items.

Dans le calcul permettant de convertir les états de santé en score total d'utilité, un coefficient est utilisé. Ce coefficient tient compte de deux variables : le rang de la proposition choisie dans chaque item et le rang de chaque item dans les préférences sociétales de la population étudiée. En ce qui concerne la population française, Andrade et al. proposent la matrice de décréments suivante (Andrade et al., 2020) (Tableau VIII).

	Mobilité	Autonomie de la personne	Activités courantes	Douleurs/gêne	Anxiété/Dépression
Rang 2	0,03759	0,03656	0,03313	0,02198	0,02046
Rang 3	0,04774	0,050781	0,03979	0,04704	0,04683
Rang 4	0,17949	0,172251	0,15689	0,26374	0,20005
Rang 5	0,32509	0,258331	0,24005	0,44399	0,25803

Tableau VIII : Matrice des coefficients de décrémentation pour le calcul des QALY par les scores d'utilité

Il est à noter que le coefficient 0 est appliqué pour toutes les propositions de rang 1. Ainsi, l'état de santé 41222 servant d'exemple est associé à un score d'utilité de 1 – 0,17949 – 0 – 0,03313 – 0,02198 – 0,02046 = 0,74494

De ce fait, l'EQ-5D-5L et sa matrice permette d'aboutir à un score d'utilité de 1 pour le meilleur état de santé possible qui est codé par 55555 et un score d'utilité pour le pire état de santé, codé par 11111, de -0,525491 (de Pouvourville et al., 2020).

Pour cette étude, les moyennes et médianes des scores d'utilité sont recherchées dans les deux groupes. Ce score est alors multiplié par le temps écoulé entre le début de l'étude et l'auto-administration du questionnaire pour en déduire le QALY. Toutes ces données sont renseignées dans le tableau IX.

		Groupe en AD	Groupe sur prescription
J0	Moyenne (écart-type) des scores d'utilité	-?-	-?-
	Médiane des scores d'utilité	-?-	-?-
J30	Moyenne (écart-type) des scores d'utilité	-?-	-?-
	Médiane des scores d'utilité	-?-	-?-
	Moyenne (écart-type) des QALY	-?-	-?-
	Médiane des QALY	-?-	-?-
J90	Moyenne (écart-type) des scores d'utilité	-?-	-?-
	Médiane des scores d'utilité	-?-	-?-
	Moyenne (écart-type) des QALY	-?-	-?-
	Médiane des QALY	-?-	-?-
J180	Moyenne (écart-type) des scores d'utilité	-?-	-?-
	Médiane des scores d'utilité	-?-	-?-
	Moyenne (écart-type) des QALY	-?-	-?-

	Médiane des QALY	-?-	-?-
J365	Moyenne (écart-type) des scores d'utilité	-?-	-?-
	Médiane des scores d'utilité	-?-	-?-
	Moyenne (écart-type) des QALY	-?-	-?-
	Médiane des QALY	-?-	-?-

Tableau IX : Résultats des scores d'utilités et QALY

11.1.3 Coût-utilité

Les études de type coût-utilité mettent en relation le coût/QALY d'une intervention avec un seuil admis comme seuil de décision pour conclure ou non en faveur d'une coût-utilité de l'intervention. Or, aucune instance décisionnaire française n'a émis pour l'heure de recommandations à propos de la valeur de ce seuil théorique d'aide à la décision. De ce fait, afin de déterminer si chacun des parcours de soins est coût-utile pour le système de santé français, le coût/QALY déterminé pour chacun des groupes peut alors être mis en relation avec une estimation de la disposition à payer (DAP) de la société pour un QALY gagné.

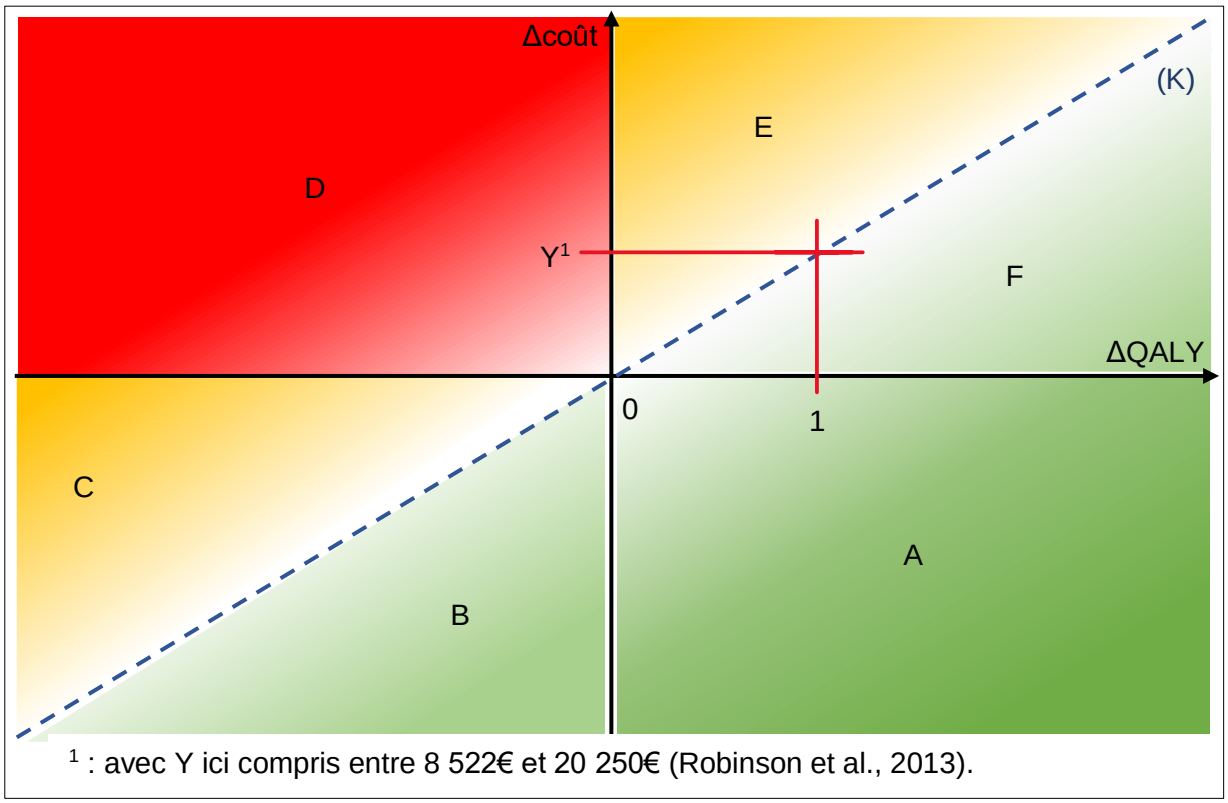
Il n'existe pas de valeur déterminée de la DAP/QALY en France mais des estimations européennes et françaises permettent de l'approximer. En effet, une étude sur huit pays européens dont la France a estimé que la moyenne de DAP/QALY oscille entre 18 247$ et 34 097$ selon les pays. Cette même étude a estimé que le DAP/QALY en France oscillait entre 11 317$ et 26 890$, soit 8 522€ et 20 250€ (Robinson et al., 2013). Au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), a défini depuis 2014 que le seuil s'élève entre 20000 et 50000 £ (Vallejo-Torres et al., 2016 ; HAS, 2014). En Suède et aux Pays-Bas, ces seuils s'élèvent à 57000€ et à 80000€ respectivement (Ali & Tubeuf, 2018).

Il n'est pas possible de déterminer de façon normative si une quelconque intervention est coût-utile en France en raison de l'absence de seuil de coût-utilité admis par les autorités politiques ou scientifiques en France. Cependant, dans ce protocole, il est possible de déterminer la différence de coût-utilité des parcours des soins avec kinésithérapie en AD relativement aux parcours de soins avec prescription médicale de kinésithérapie. En effet, cela revient à comparer leurs résultats respectifs en matière de coût-utilité pour vérifier si les parcours de soins avec kinésithérapie en AD sont plus coût-utiles que ceux avec prescription médicale de kinésithérapie, tel que l'énonce l'hypothèse principale. Les moyennes des valeurs de coût/QALY sont reportées dans le tableau X.

	Groupe en AD	Groupe sur prescription
J0	-?-	-?-
J30	-?-	-?-
J90	-?-	-?-
J180	-?-	-?-
J365	-?-	-?-

Tableau X : Résultats de la coût-utilité

Toutefois, il peut être intéressant de comparer les résultats des deux groupes en matière de coût-utilité avec une estimation du seuil de coût/QALY acceptable, ici basé sur la DAP/QALY précédemment citée d'après Robinson et al (2013). Pour une meilleure analyse de ces données, il est aussi nécessaire de se demander dans quelle mesure la variation de coût et la variation de QALY influence respectivement la variation de la cout-utilité. La méthode graphique, inspirée de Black (1990) permet de se figurer ces résultats pour un seuil de cout-utilité (K) correspondant ici à la DAP/QALY. Le graphique (figure 2) est interprétable avec le tableau XI.



[1] : avec Y ici compris entre 8 522€ et 20 250€ (Robinson et al., 2013).

Figure 2 : Graphique d'analyse de coût-utilité

Zone du graphique dans laquelle se trouve le Coût/QALY	Interprétation du Coût/QALY (Black, 1990)
A	Augmentation de la QALY et baisse du coût. Coût-utilité du parcours de soins concerné.
B	Baisse de la QALY et baisse du coût. Coût/QALY < Seuil (K) : Coût-utilité du parcours de soins concerné.
C	Baisse de la QALY et baisse du coût. Coût/QALY > Seuil (K) : Absence de coût-utilité du parcours de soins concerné.
D	Baisse de la QALY et augmentation du coût. Absence de coût-utilité du parcours de soins concerné.
E	Augmentation de la QALY et augmentation du coût. Coût/QALY > Seuil (K) : Absence de coût-utilité du parcours de soins concerné.
F	Augmentation de la QALY et augmentation du coût. Coût/QALY < Seuil (K) : Coût-utilité du parcours de soins concerné.

Tableau XI : Outil d'interprétation du graphique de cout-utilité

11.2 Critères de jugements secondaires

11.2.1 Douleur

L'évaluation de la douleur est réalisée au moyen d'une échelle numérique. La douleur est donc cotée de 0 à 10. Elle est traitée en tant que variable quantitative discrète. La moyenne, et les écarts-types (ET) sont calculés et comparés.

Moyennes (et ET)	Groupe en AD	Groupe sur prescription
Jour de l'inclusion	-?-	-?-
Suivi à 1 mois	-?-	-?-
Suivi à 3 mois	-?-	-?-
Suivi à 6 mois	-?-	-?-
Suivi à 1 an	-?-	-?-

Tableau XII : Résultats des scores de douleur

11.2.2 Coût-efficacité

L'efficacité est évaluée en termes de douleur. L'analyse coût-efficacité est réalisée par le RICE tel que : RICE = Δcoût/Δdouleur, avec Δcoût étant les coûts en Euros du parcours de soins entre deux instants et Δdouleur étant la différence des scores de douleur sur l'EN entre ces deux mêmes instants au sein de chaque groupe. Les RICE respectifs de chaque groupe sont alors comparés entre eux pour conclure ou non en faveur d'une différence significative de coût-efficacité d'un parcours de soins par rapport à l'autre.

Il s'agit d'une variable quantitative continue. Ce RICE est calculé à chaque date d'évaluation de la douleur et reporté dans le tableau XIII.

Moyennes (et ET)	Groupe en AD	Groupe sur prescription
Jour de l'inclusion	-?-	-?-
Suivi à 1 mois	-?-	-?-
Suivi à 3 mois	-?-	-?-
Suivi à 6 mois	-?-	-?-
Suivi à 1 an	-?-	-?-

Tableau XIII : Résultats des rapports coût-efficacité en matière de douleur

Au-delà de la différence entre les deux groupes, il est possible de déterminer dans quelles mesures chaque parcours de soins est coût-efficace. Pour cela, il est à noter que la douleur est mesurée au moyen d'une EN qui traduit une intensité élevée de douleur par une nombre plus important qu'une intensité faible. L'amélioration clinique au cours de l'étude, notée Δdouleur, est donc traduite par un résultat positif. De ce fait, dans ce protocole, une baisse du critère de jugement clinique est attendu pour conclure à l'efficacité respective des parcours de soins.

Il est possible de placer chaque valeur de RICE dans le graphique schématisé en figure 3, inspiré de Black (1990), et d'isoler toutes les interprétations détaillées dans le tableau XIII. Dans la figure 2, la droite (K), représentée en pointillés bleus, correspond au seuil de coût-efficacité.

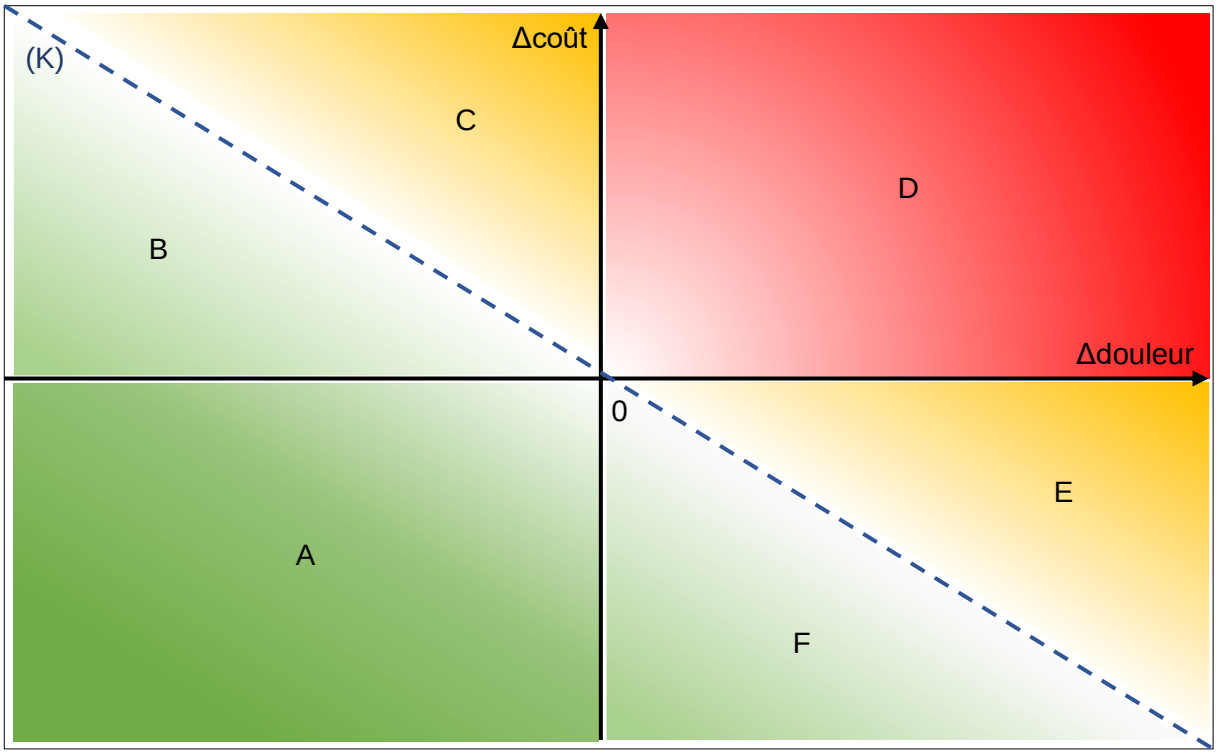


Figure 3 : Graphique d'analyse de cout-efficacité

Zone du graphique dans laquelle se trouve le RICE	Interprétation du RICE (Black, 1990)
A	Baisse de la douleur et baisse du coût. Coût-efficacité du parcours de soins concerné.
B	Baisse de la douleur et augmentation du coût. RICE<Seuil (K) : Coût-efficacité du parcours de soins concerné.
C	Baisse de la douleur et augmentation du coût. RICE>Seuil (K) : Absence de coût-efficacité du parcours de soins concerné.
D	Augmentation de la douleur et augmentation du coût. Absence de coût-efficacité du parcours de soins concerné.
E	Augmentation de la douleur et baisse du coût. RICE>Seuil (K) : Absence de coût-efficacité du parcours de soins concerné.
F	Augmentation de la douleur et baisse du coût. RICE<Seuil (K) : Coût-efficacité du parcours de soins concerné.

Tableau XIV : Outil d'interprétation du graphique d'analyse de coût-efficacité

11.2.3 Délais d'accès aux soins de kinésithérapie

Le délai d'accès aux soins de kinésithérapie est le temps écoulé, exprimé en jours, entre le début de recherche d'un rendez-vous chez un professionnel de santé et le premier rendez-vous chez un kinésithérapeute. Il s'agit donc d'une variable quantitative discrète dont les moyennes et écarts-types sont rapportés dans le tableau XV.

	Groupe en AD	Groupe sur prescription
Quantité totale de jours de délais	-?-	-?-
Moyennes (ET)	-?-	-?-

Tableau XV : Résultats des délais d'accès aux soins de kinésithérapie

11.2.4 Quantité de séances de kinésithérapie

La quantité de séances de kinésithérapie est une variable quantitative discrète. Les moyennes et ET sont renseignés dans le tableau XVI.

	Groupe en AD	Groupe sur prescription
Quantité total de séances	-?-	-?-
Moyennes (ET)	-?-	-?-

Tableau XVI : Résultats des quantités de séances de kinésithérapie

11.2.5 Imageries

La quantité d'imageries médicales est une variable quantitative discrète. Les moyennes et ET sont renseignés dans le tableau XVII.

Type d'imagerie	Groupe en AD		Groupe sur prescription	
	Quantité d'unités délivrées	Coût total	Quantité d'unités délivrées	Coût total
Radiographie	-?-	-?-	-?-	-?-
Échographie	-?-	-?-	-?-	-?-
IRM	-?-	-?-	-?-	-?-
Scanner	-?-	-?-	-?-	-?-
Scintigraphie	-?-	-?-	-?-	-?-
Totaux	-?-	-?-	-?-	-?-
Moyennes (ET)	-?-	-?-	-?-	-?-

Tableau XVII : Résultats des quantités et coûts des imageries

11.2.6 Médicaments

Le traitement des données concernant les médicaments AINS et analgésiques, renseignées dans le tableau XVIII, est le même que celui portant sur les données liées aux imageries.

Classe médicamenteuse	Nom du médicament	Groupe en AD		Groupe sur prescription	
		Quantité d'unités délivrées	Coût total	Quantité d'unités délivrées	Coût total
AINS	Ibuprofène	-?-	-?-	-?-	-?-
	Diclofénac	-?-	-?-	-?-	-?-
	…	-?-	-?-	-?-	-?-
	…	-?-	-?-	-?-	-?-
Autres anti-douleur	Doliprane	-?-	-?-	-?-	-?-
	Efferalgan	-?-	-?-	-?-	-?-
	Dafalgan	-?-	-?-	-?-	-?-
	…	-?-	-?-	-?-	-?-
	…	-?-	-?-	-?-	-?-
Totaux		-?-	-?-	-?-	-?-
Moyennes (ET)		-?-	-?-	-?-	-?-

Tableau XVIII : Résultats des quantités et coûts des AINS et analgésiques

11.2.7 Hospitalisation

Le traitement des données concernant les journées d'hospitalisation, renseignées dans le tableau XIX, est le même que celui portant sur les données liées aux imageries ou aux médicaments.

	Groupe en AD		Groupe sur prescription	
	Quantité de sujets concernés	Coût	Quantité de sujets concernés	Coût
0 journée d'hospitalisation	-?-	-?-	-?-	-?-
1 journée	-?-	-?-	-?-	-?-
2 journées	-?-	-?-	-?-	-?-

3 journées	-?-	-?-	-?-	-?-
4 journées	-?-	-?-	-?-	-?-
….	-?-	-?-	-?-	-?-
Quantité totale de journée(s)	-?-	-?-	-?-	-?-
Soit en moyenne (écart-type) par patient	-?-	-?-	-?-	-?-

Tableau XIX : Résultats des quantités et coûts d'hospitalisation totaux

11.2.8 Evénements indésirables aux soins

Le traitement des données concernant les EIAS, renseignées dans le tableau XX, est le même que celui portant sur les données liées aux imageries, aux médicaments ou aux journées d'hospitalisations.

	Groupe en AD (n=)	Groupe sur prescription (n=)
0 EIAS (quantité de patients concernés)	-?-	-?-
1 EIAS (quantité de patients concernés)	-?-	-?-
2 EIAS (quantité de patients concernés)	-?-	-?-
3 EIAS (quantité de patients concernés)	-?-	-?-
4 EIAS (quantité de patients concernés)	-?-	-?-
….	-?-	-?-
Quantité totale de journée(s)	-?-	-?-
Soit en moyenne (écart-type) par patient	-?-	-?-

Tableau XX : Résultats des occurrences d'événements indésirables

11.2.9 Satisfaction

L'évaluation de la satisfaction est réalisée par trois échelles de Likert portant chacune sur une question différente. Il s'agit donc de variables qualitatives ordinales. Les taux de répondants par groupe, pour chaque proposition sont renseignés dans le tableau XXI et comparés.

		Informations sur le problème		Renseignements sur les soins auto-administrables		Confiance en l'évaluation	
		Groupe en AD	Groupe sur prescription	Groupe en AD	Groupe sur prescription	Groupe en AD	Groupe sur prescription
J0	Totalement d'accord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	D'accord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	Neutre	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	En désaccord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	Totalement en désaccord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
J30	Totalement d'accord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	D'accord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	Neutre	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	En désaccord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	Totalement en désaccord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
J90	Totalement d'accord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	D'accord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	Neutre	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	En désaccord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-

	Totalement en désaccord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
J180	Totalement d'accord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	D'accord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	Neutre	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	En désaccord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	Totalement en désaccord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
J365	Totalement d'accord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	D'accord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	Neutre	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	En désaccord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-
	Totalement en désaccord	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-	-?-

Tableau XXI : Résultats de la satisfaction des sujets

11.3 Analyses statistiques

Selon que les données étudiées suivent ou non une distribution normale, les tests statistiques évaluant leur significativité diffèrent. De ce fait, la distribution des données de chaque type de variable étudiée est investiguée avec le test de Kolmogorov-Smirnov pour évaluer si celle-ci doit être considérée comme une distribution suivant une loi normale ou non. Ce test est choisi en raison de sa puissance statistique sur de grands échantillons ($n>50$). L'hypothèse nulle H_0 testée affirme que la variable étudiée suit une loi normale ; si la p-value associée est supérieure à 0,05, H_0 est acceptée ; dans le cas contraire elle est rejetée et la distribution de la variable ne suit pas une loi normale (« Analyse statistique », 2023)

11.3.1 Analyse de la population

La population incluse dans l'étude est décrite selon trois variables démographiques : ses âges moyen et médian par genre ainsi que le genre des sujets. Deux variables cliniques classent les différentes pathologies présentées par les sujets : la zone pathologique et le type de pathologie. Le type de structures d'exercice coordonné où se déroule la prise en charge est un autre élément descriptif afin d'isoler d'éventuelles différences significatives entre elles concernant les critères de jugements étudiés dans les parcours de soins.

Les âges moyen et médian par genre sont des variables quantitatives continues. Si la normalité de la distribution est démontrée, le test T de Student est appliqué pour interroger la significativité des variables ; dans le cas contraire le test de Mann-Whitney est utilisé.

Le type de structures d'exercice coordonné où se déroule la prise en charge, le genre des patients, la zone pathologique, le type de pathologie et le niveau de diplôme sont des variables qualitatives nominales. Pour les comparaisons intragroupes, qui visent à évaluer les éventuelles différences significatives de répartition des critères démographiques au sein de sous-catégories dans le groupe, les variables sont appariées ; le test de Mac-Nemar est donc utilisé. Pour les comparaisons intergroupes, les variables étant indépendantes, le test du Khi-deux est utilisé si les effectifs théoriques sont supérieurs ou égaux à 5 ; dans le cas contraire, il est remplacé par le test de Fisher.

11.3.2 Analyse des critères de jugement

L'analyse des critères de jugement secondaires est effectuée selon le type de variables et selon la normalité de leur distribution.

Dans l'hypothèse d'une distribution normale de leurs valeurs, un test T de Student pour données indépendantes doit être réalisé pour comparer des variables quantitatives entre les deux groupes en un temps donné, à chaque date d'évaluation.

Dans le cas d'une comparaison de variables quantitatives au sein d'un même groupe, le test T de Student pour données appariées est utilisé. Après avoir retranché les scores à J0 des scores déterminés à un instant donné, dans le cas où une évolution significative est constatée au sein des deux groupes, la comparaison intergroupe permet de vérifier la significativité de l'évolution d'un groupe par rapport à l'autre.

Dans l'hypothèse d'une distribution non normale de leurs valeurs, un test de Wilcoxon pour données indépendantes ou pour séries appariées est réalisé selon que la comparaison porte respectivement sur deux groupes ou le même groupe.

En ce qui concerne les variables qualitatives, le test du Khi-deux est appliqué si tous les effectifs théoriques sont supérieurs ou égaux à 5. Si ce n'est pas le cas, le test de Fisher est réalisé.

Par ailleurs, les critères de jugements secondaires qui ne sont pas médico-économiques visent à explorer des explications des différences de coût et/ou d'efficacité des types de parcours de soins étudiés. Enfin, les coefficients de corrélation entre la variation du critère de jugement secondaire et la variation du critère de jugement principal sont calculés. Ces coefficients visent à renseigner dans quelle mesure chaque critère de jugement secondaire est susceptible d'expliquer les résultats du critère de jugement principal. Ces coefficients ne présument pas de l'existence de liens de causalité entre deux variables mais s'attachent à émettre des hypothèses explicatives à explorer.

Pour évaluer la corrélation entre deux variables quantitatives, le coefficient de Pearson (R^2) est calculé si ces variables suivent une distribution normale. Dans le cas contraire, le coefficient de Spearman est calculé.

Pour évaluer la corrélation entre une variable quantitative et une variable qualitative, une analyse de variance (ANOVA) est réalisée (« Test statistique », 2022).

11.4 Récapitulatif des critères des jugements et de leur méthode d'analyse

Critère de jugement	Outil de mesure	Type de variable	Test méthodologique	Valeur du test retenue en faveur de la significativité	Coefficient pour le test de corrélation avec le critère de jugement principal	Valeur du test retenue en faveur de la significativité de la corrélation
Coût-utilité	Coût/QALY	Quantitative continue	T de Student ou Wilcoxon	p-value≤0,05 ou $W_0 \geq 1,96$		
Coût-efficacité	RICE ΔCoûts/ ΔDouleur	Quantitative continue	T de Student ou Wilcoxon	p-value≤0,05 ou $W_0 \geq 1,96$	R^2 ou ρ	p-value≤0,05

Douleur	Echelle Numérique	Quantitative discrète	T de Student ou Wilcoxon	p-value≤0,05 ou W_0≥1,96	R^2 ou ρ	p-value≤0,05
Délai d'accès kinésithérapie	Déclaratif	Quantitative discrète	T de Student ou Wilcoxon	p-value≤0,05 ou W_0≥1,96	R^2 ou ρ	p-value≤0,05
Quantité de séances de kinésithérapie	Déclaratif	Quantitative discrète	T de Student ou Wilcoxon	p-value≤0,05 ou W_0≥1,96	R^2 ou ρ	p-value≤0,05
Quantité d'imageries réalisées	Déclaratif	Quantitative discrète	T de Student ou Wilcoxon	p-value≤0,05 ou W_0≥1,96	R^2 ou ρ	p-value≤0,05
Quantité d'AINS et d'analgésiques délivrés	Déclaratif	Quantitative discrète	T de Student ou Wilcoxon	p-value≤0,05 ou W_0≥1,96	R^2 ou ρ	p-value≤0,05
Quantité de jours d'hospitalisation	Déclaratif	Quantitative discrète	T de Student ou Wilcoxon	p-value≤0,05 ou W_0≥1,96	R^2 ou ρ	p-value≤0,05
Quantité d'événements indésirables déclarés	Déclaratif	Quantitative discrète	T de Student ou Wilcoxon	p-value≤0,05 ou W_0≥1,96	R^2 ou ρ	p-value≤0,05
Satisfaction des patients	Echelles de Likert	Qualitative ordinale	Khi-deux	χ^2>9,49	Test ANOVA	F_0≥3,89

Tableau XXII : Récapitulatif des outils d'analyses statistiques par critère de jugement

12 Principes d’analyse

Les sujets perdus de vue sont analysés en intention de traiter afin d’éviter les biais d’attrition. Aussi, en particulier pour déterminer les coûts des parcours de soins sur la base des renseignements indiqués par les sujets, une analyse parallèle de deux investigateurs de l’étude est réalisée afin de limiter les biais d’évaluation, notamment les biais de confirmation d’hypothèses.

Tous les critères de jugements secondaires sont explorés de la même manière dans les deux groupes.

DISCUSSION

13 Projections des résultats

13.1 En cas de validation des hypothèses

13.1.1 Hypothèse principale

Valider l'hypothèse principale revient à conclure que les parcours de soins ayant recours à la kinésithérapie sont davantage coût-utiles lorsque la kinésithérapie est en AD que lorsqu'elle est prescrite par un médecin.

La validation de cette hypothèse serait en adéquation avec la littérature scientifique actuelle. En effet, les études dans les autres pays ayant mis en place l'AD en *physiotherapy* en secteur libéral concluent en faveur de la coût-utilité de l'AD par rapport à la prescription médicale de *physiotherapy*. Par exemple, une revue systématique menée dans six bases de données et incluant dix-huit études concernant cinq pays différents, conclut en ce sens (Demont et al., 2021).

Cependant, en l'état actuel des recommandations françaises et particulièrement en l'absence de seuil de coût-utilité admis, il semble prématuré de conclure sur la coût-utilité de l'AD en kinésithérapie pour le système de santé français. Il est toutefois possible d'apporter une première estimation sur la base d'un seuil admis pour cette étude et extrapolé des différents seuils coût-utilité étrangers. Ce seuil est discuté en partie 11.1.3.

13.1.2 Hypothèses secondaires

Concernant les hypothèses secondaires, leur validation serait cohérente avec les données actuelles de la littérature étrangère pour la raison qu'elles ont été construites sur cette base. En particulier, au regard de la littérature existante, il parait cohérent de s'attendre à une cout-utilité par baisse des coûts et augmentation de la qualité de vie. Il est cependant nécessaire d'apporter des éléments de réflexions à propos des éventuelles corrélations entre les critères de jugements secondaires et la variation du critère de jugement principal car celles-ci ne signifient pas nécessairement des liens de causalité explicatifs de la variation de coût-utilité.

En effet, s'il est révélé que l'AD permet de débuter plus rapidement les soins de kinésithérapie, ce critère spécifique doit être exploré pour savoir s'il est une condition pour une plus grande efficience de prise en charge des patients. A ce sujet, trois études citées dans la

revue systématique de Demont et al. révèlent que la réduction du délai de prise en charge en *physiotherapy* est susceptible d'éviter la dégradation de l'état de santé des patients (Demont et al., 2021).

En ce qui concerne l'hypothèse d'une diminution de la quantité de séances de kinésithérapie, il est nécessaire de se questionner par la suite si cette diminution du temps de soins est réellement le reflet d'une augmentation de l'efficience des soins de kinésithérapie en AD comme réponse au besoin de santé qu'elle suppose. En effet, corréler l'efficience des soins et la quantité de séances de soins suggère de savoir quelle est la quantité optimale de séances de kinésithérapie pour chaque pathologie. Ce nombre serait à la fois suffisamment élevé pour permettre de répondre au besoin de santé et assez faible pour limiter la consommation de temps de soins et les dépenses associées. Or, ces données ne sont pas connues pour l'heure. Par ailleurs, cette quantité de séance peut aussi être interprétée comme un indicateur indirect d'un meilleur accès aux soins. En effet, les kinésithérapeutes doivent maintenir une quantité de séances assez stable pour la viabilité de leur modèle économique puisqu'ils sont payés à l'acte. Toute chose égale par ailleurs, en particulier le temps de travail du kinésithérapeute, on peut donc supposer qu'une diminution de la quantité de séances par patient induit un plus grand nombre de patients pris en soins par kinésithérapeute, et un délai d'attente plus court pour les patients.

En somme, l'analyse de la quantité de séances de kinésithérapie dans cette étude constitue donc davantage un indicateur du coût de la kinésithérapie par patient et de l'accès aux soins, qu'un indicateur de la qualité ou de l'efficience des soins administrés.

Concernant la diminution de la quantité de prescriptions d'imageries, les résultats seraient aussi en accord avec la littérature étrangère actuelle mais une nuance importante est à apporter entre les systèmes de santé étrangers et français. En effet, il est à noter qu'en France, à la différence de la plupart des pays dans lesquels les études de la revue de la littérature préalable ont été réalisées, la compétence de prescription d'imagerie est une compétence uniquement médicale. Pour que cette compétence soit également exercée par les kinésithérapeutes français, elle nécessiterait une PA pour des kinésithérapeutes spécifiquement formés à ce type de prescriptions. En l'état actuel de la coordination des soins en France, les kinésithérapeutes qui estiment utile la prescription d'une imagerie pour un patient doivent réorienter ce dernier vers le médecin avec un courrier d'adressage. Le seul cas autorisant ce type de prescription aux kinésithérapeutes concerne les protocoles de coopérations locaux qui suggèrent une formation préalable de ces kinésithérapeutes, les faisant alors exercer en pratiques avancées. Or, selon les critères de non-inclusion de ce protocole, les patients de ces kinésithérapeutes ne peuvent être inclus comme sujets de

l'étude. Ce raisonnement et cette nuance apportés à la prescription d'imageries peut également s'appliquer, en les mêmes termes, à la prescription de médicaments AINS ou analgésiques.

A propos des EIAS survenus aux cours de ces parcours de soins, les résultats de l'étude devront être mis en perspectives avec les pathologies présentées par les sujets. En effet, il est possible que les patients recourant directement à la kinésithérapie présentent des pathologies plus ou moins lourdes, plus ou moins à risque de complications ou nécessitant des prises en charge plus ou moins risquées que les patients consultant d'abord un médecin généraliste. Pour cela, il semble intéressant de déterminer si le taux d'EIAS par type de pathologies déclaré pour chacun des deux groupes d'inclusion est significativement différent de ce taux d'EIAS déclarés en France pour ces mêmes types de pathologies.

Pour ces raisons d'éventuelles différences de recours selon le type de pathologies ou de symptômes présentés, les résultats sur la quantité et la durée des hospitalisations ainsi que sur la douleur et la satisfaction des sujets doivent également être lus à la lumière de ces éventuelles variations significatives.

De même, les caractéristiques démographiques, tels que l'âge et le genre, des deux groupes étudiés peuvent être des facteurs influençant les types de pathologies présentées par les sujets consultant en kinésithérapie en AD ou sur prescription. Des patients plus jeunes peuvent être porteurs de pathologies moins à risque de complications ou nécessitant moins de soins que les pathologies présentées par des patients plus âgés. Il est à noter que l'étude de répartition des sujets en fonction de leur âge et de leur genre dans les deux groupes de l'étude constitue également des résultats qui peuvent être utilisés pour déterminer si l'AD en kinésithérapie est susceptible d'être source d'inégalités dans l'accès aux soins de kinésithérapie, quels que soient par ailleurs ses résultats en matière de qualité et d'efficience.

13.2 En cas de validation du critère de jugement principal uniquement

Dans ce cas de figure, les résultats de cette étude permettraient de conclure en faveur d'une coût-utilité de l'AD en kinésithérapie, mais cette différence significative ne peut pas être expliquée par les résultats des critères de jugements secondaires.

Des études supplémentaires et de plus haut niveau de preuve doivent être menées pour remettre en question la validation statistique du critère de jugement principal ; un essai

contrôlé randomisé peut être développé par exemple. De la même façon les critères de jugement secondaires de cette étude qui, appuyés par la littérature étrangère expliquent théoriquement tout ou partie de la différence de coût-utilité entre l'AD et la prescription de kinésithérapie, doivent être non seulement étudiés à nouveau mais également complétés par d'autres critères de jugements pouvant expliquer la coût-utilité de ce parcours de soins en AD.

Les critères de jugements secondaires ont tous été étudiés à l'étranger dans le cadre d'une évaluation d'un AD aux physiothérapeutes. Or, le système de santé français présente de nombreuses particularités qui pourraient expliquer des variations différentes de ces variables en France et ainsi des résultats différents en matière de coût-utilité des différents parcours de soins.

La principale différence avec d'autres pays comme les Etats-Unis ou l'Australie tient dans le caractère majoritairement public de la santé et de l'accès aux soins en France avec un poids culturel fort de la santé comme des biens et des services qui doivent être assumés par la force publique. La réduction du reste à charge pour les patients est ainsi un élément constitutif des politiques de santé en France. Par ailleurs, en matière d'organisation des soins, le système de santé français est à la fois centré sur le médecin et centré sur l'hôpital bien que les appels et les initiatives de décloisonnement des parcours de soins sont nombreux depuis plusieurs années. Ces déclarations et actions menées proviennent tant des acteurs de la santé (Millet et al., 2023) que des décideurs politiques (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). Cette tendance au décloisonnement a également été révélée et analysée par la littérature (Michel & Or, 2020).

13.3 En cas de validation des critères de jugement secondaires uniquement

Cette hypothèse ne semble ici pas plausible du fait que les critères de jugements secondaires n'établissent pas de données pouvant conduire à une conclusion en faveur ou défaveur de la coût-utilité elle-même.

Cependant, il est possible que seuls les critères de jugements secondaires, cliniques ou relatifs aux parcours de soins, conduisent à des résultats en faveur de l'AD mais ne se traduit pas en termes d'amélioration d'utilité des patients et donc d'une coût-utilité de l'AD. D'autres études seraient nécessaires pour interroger de nouveau la coût-utilité avec divers outils de

mesure complémentaires à l'EQ-5D-5L, tels que le SF-12 comme le recommandent Johnson et Pickard (2000) ou d'autres échelles sur l'état de santé (HAS, 2019).

Un autre cas de figure est possible dans cette hypothèse de résultats : l'AD en kinésithérapie est coût-efficace mais pas coût-utile. Cela peut signifier que l'impact médico-économique est bénéfique pour le système de santé français à l'échelle globale mais pas à l'échelle individuelle pour l'usager. Une analyse de la coût-efficacité selon d'autres facteurs cliniques que la douleur semble alors nécessaire, en particulier pour les capacités fonctionnelles qui sont un autre effet attendu des soins dans le cadre de TMS.

Dans cette hypothèse, les résultats de tout ou partie des critères de jugement secondaires sont statistiquement significatifs et valident l'hypothèse secondaire qui leur est associée alors que l'hypothèse principale ne l'est pas. Il est nécessaire d'une part d'analyser les critères de jugements secondaires pour comprendre quelles sont les variables secondaires qui se compensent en termes de bénéfices ou de préjudices cliniques et/ou économiques. D'autre part, l'étude d'autres critères de jugements secondaires, tels que les coûts indirects des parcours de soins, visant à déterminer plus précisément les dépenses, semblent intéressante.

13.4 En cas d'invalidation de toutes les hypothèses

Si l'hypothèse principale n'est pas vérifiée, il est nécessaire de déterminer pour quelles raisons la coût-utilité de l'AD en kinésithérapie par rapport à sa prescription n'est pas montrée. Il peut s'agir d'un manque d'amélioration significative de l'état de santé et des capacités des sujets du groupe en AD concernant les cinq domaines de l'EQ5D, à savoir la mobilité, l'autonomie, les activités courantes, la douleur et l'anxiété. Il peut aussi s'agir de coûts élevés de mise en œuvre et de coûts supplémentaires dans le parcours de soins.

Bien que certaines études, comme celle de Yang et al. (2021), évoque que les parcours de soins en AD peuvent se révéler plus onéreux pour le système de santé, de telles conclusions seraient toutefois en désaccord avec la littérature scientifique sur le sujet dans des systèmes de santé étrangers. Des études complémentaires devront alors être envisagées pour explorer des hypothèses explicatives de cette plus grande coût-utilité de la prescription de kinésithérapie par rapport à son AD en France.

Tout d'abord, les spécificités du système de santé français et des professions étudiées dans ce contexte français peuvent être un premier élément d'explication.

On peut s'attendre à ce que la formation des kinésithérapeutes soit un élément explicatif. En effet, la formation des kinésithérapeutes ou des *physiotherapists* est différente et leurs compétences peuvent également varier selon les pays. Par exemple, les *physiotherapists* canadiens sont formés en deux ans et peuvent obtenir par la suite un doctorat de physiothérapie en six ans et demi maximum, et les *physical therapists* états-uniens sont formés en trois ans (CNOMK & FNEK, 2014 ; IGAS, 2022). Au niveau européen, des disparités existent également. Par exemple, les études se déroulent en quatre ou cinq ans en Belgique, trois ans au Royaume-Uni, et quatre ans en France (Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, 2015). Cependant, la plupart des kinésithérapeutes exerçant actuellement en France ont été formés avant la réforme de 2015 qui a généralisé les enseignements spécifiques à la prise en charge en AD. Malgré cela, les kinésithérapeutes diplômés en 2019 semblent témoigner d'un besoin de formation supplémentaire en matière d'AD (Mercier & Snowdon, 2021). Cette inégalité de formation initiale entre les kinésithérapeutes français a conduit la HAS à recommander une formation complémentaire pour les kinésithérapeutes diplômés avant 2019 – soit avant la mise en place de la réforme de la formation initiale de 2015 – qui exercent dans les CTPS, en vue de l'expérimentation de l'AD dans ces structures (HAS, 2023). Enfin, ces variations de formations peuvent expliquer des divergences de résultats entre les études étrangères et françaises ainsi qu'entre les études françaises selon l'année d'obtention du diplôme et/ou de formation continue des kinésithérapeutes français participants aux études.

Par ailleurs, outre la durée d'études et bien que les fondements et la définition de la profession soient définis au niveau international (WCPT, 2019b), le contenu et les compétences allouées aux professionnels formés varient d'un état à l'autre (CNOMK, 2022). Par exemple, à la différence de la France, des états comme l'Australie, le Royaume-Uni ou le Canada, ont autorisé leurs physiothérapeutes à poser un diagnostic dans leurs champs de compétences. Il serait aussi utile de se demander si le fait d'autoriser l'AD augmente ou non les exigences et le contenu des formations initiale ou continue, et le niveau des professionnels à l'issue de celles-ci.

Outre les compétences des kinésithérapeutes ou *physiotherapists* définies dans chaque pays, certains états les ont autorisés à dépasser, sous certaines conditions, leurs champs de compétences standard afin qu'ils puissent réaliser des actes auparavant réservés aux autres professionnels, notamment médicaux. Ces kinésithérapeutes dits « en pratique avancée » réalisent des tâches variées selon les pays ou leurs lieux d'exercice. Il peut s'agir, entre autres,

de formuler un diagnostic médical, de prescrire des examens diagnostics ou des médicaments et d'orienter vers d'autres professionnels de santé (Desmeules et al., 2012 ; Demont, 2020). Ces nouvelles missions confiées aux kinésithérapeutes peuvent modifier encore davantage le système de santé en question que le seul AD et entraîner de plus grandes évolutions d'efficience de soins. Enfin, elles peuvent donc expliquer en partie d'éventuels moindres impacts médico-économiques en France en comparaison des systèmes de santé étrangers étudiés dans la littérature actuelle.

En outre, la méthodologie de cette étude peut être un autre facteur explicatif de divergences entre les résultats issus de ce protocole et la littérature préexistante. Elle est également perfectible et ses limites doivent être appréhendées pour en lire ses résultats.

En premier lieu, il est à noter que cette étude médico-économique ne s'intéresse qu'aux coûts directs des parcours de soins, c'est-à-dire aux « coûts des ressources nécessaires à la production de l'intervention évaluée » d'après la HAS. Afin de compléter l'analyse multidimensionnelle des coûts liés à la santé des sujets de ces deux groupes de parcours de soins, il semble nécessaire d'explorer également les coûts indirects liés aux pathologies et prises en soins associées, c'est-à-dire « les coûts des ressources rendues indisponibles du fait d'un état de santé dégradé ou d'un décès » selon la même source. Ce type d'analyse est par ailleurs recommandé par la HAS, en second lieu d'une analyse des coûts directs (HAS, 2020). L'analyse de l'absentéisme et du présentéisme au travail semble être particulièrement intéressante dans le cadre de cette étude sur des sujets porteurs de TMS car ces affections sont la cause d'incapacités fonctionnelles et sont la première cause de MP. Par ailleurs, la littérature existante présente des résultats variés à ce propos. Bien qu'il soit établi que la *physiotherapy*, y compris en AD, améliore significativement les délais pour que les patients recouvrent de meilleures capacités fonctionnelles (Ojha et al., 2014), un essai clinique randomisé au Royaume-Uni a conclu que l'AD en *physiotherapy* entraîne un retour plus tardif au travail (Richardson et al., 2005). Cependant, d'autres études concluent dans le sens d'une réduction des temps de retour au travail (Bornhöft, Thorn, et al., 2019) et de l'efficacité au travail dans les groupes avec AD en *physiotherapy* (Bornhöft, Larsson, et al., 2019). Compte tenu des mesures sociales existant en France telles que les arrêts maladies ou les accidents de travail, de tels effets doivent être considérés dans l'évaluation de possibles coûts de santé supplémentaires menant éventuellement à une conclusion divergente en matière de coût-utilité de l'AD.

En second lieu, ce protocole dispose de questionnaires majoritairement auto-administrés, éventuellement guidés. Bien que cela permette de faciliter un recueil de données

très variées et précises telles que la quantité de médicaments délivrés, auprès d'un grand nombre de sujets inclus et à l'échelle nationale, cela expose l'étude à différents biais.

Tout d'abord, le biais d'indication est supposé important et est à investiguer. En effet, les personnes ayant directement recours à leur kinésithérapeute peuvent présenter des pathologies moins graves ou moins à risques de complications que ceux préférant consulter prioritairement leur médecin généraliste. Ce risque peut être majoré pour des raisons de caractéristiques démographiques des sujets inclus, notamment dans le cas ou des patients consultant leur kinésithérapeute sont plus jeunes que ceux s'y référant sur prescription médicale.

De plus, un double biais de désirabilité sociale semble devoir être pris en compte dans la discussion des résultats. Les kinésithérapeutes-évaluateurs de cette étude sont également thérapeutes du parcours de soins des sujets et leurs revenus sont constitués des dépenses publiques de santé. Les kinésithérapeutes concernés peuvent donc orienter leurs choix de prise en charge en fonction de cette désirabilité sociale ou en vue de conclusions de l'étude qui leur seraient favorables. Par ailleurs, cette étude porte sur des dépenses de santé, publiques pour l'essentiel, rapportées par les patients usagers eux-mêmes. Un biais de désirabilité sociale peut donc aussi s'appliquer aux sujets en considérant qu'ils sont susceptibles d'autocensurer les déclarations de leurs soins et des coûts associés.

Sur le plan de la capacité des sujets à rapporter le plus fidèlement et exhaustivement possible les multiples éléments de leur parcours de soin, des biais de primauté et de récence peuvent influer. Pour les réduire, les sujets se voient remettre un document Excel® prérempli sur lequel ils peuvent renseigner toutes les informations demandées de manière simplifiée et immédiate.

Enfin, comme pour toute étude, un effet Hawthorne est susceptible de biaiser les sujets dans les déclarations de la nature et du coût de leurs soins ainsi qu'en matière d'évaluations cliniques. Il est probable que ce biais s'applique davantage pour les sujets ayant choisi de recourir directement à la kinésithérapie, et améliore ainsi les résultats cliniques et/ou de diminuer les coûts du parcours de soins dans le groupe en AD. Cette projection est à nuancer par le fait que l'AD en kinésithérapie pourrait augmenter les coûts globaux en augmentant le nombre de patients suivis, par une diminution du non-recours aux soins.

En somme, dans le cas d'un rejet de l'hypothèse principale par tout ou partie des critères de jugement, la formation des professionnels impliqués dans le parcours de soins et particulièrement le niveau de responsabilités auquel ils ont été formés ainsi que les contours de leurs champs de compétences semblent être des dimensions à analyser.

14 Forces de l'étude

L'AD en kinésithérapie en France étant à la fois récent et limité au seul cadre des structures d'exercices coordonnées telles que les MSP, ESP et CDS, ce mode de recours aux soins de kinésithérapie n'est pas étudié à ce jour sur le terrain. Ce protocole permet donc une première approche des impacts cliniques, économiques et médico-économiques sur le système de santé français de la mise en place de l'AD en kinésithérapie. Compte tenu du contexte législatif récent qui a progressivement autorisé puis expérimenté et encadré l'AD, ces données cliniques, économiques et médico-économiques pourront permettre de tirer de premières conclusions utilisables pour décider de l'avenir de ce mode de recours à la kinésithérapie. Ces résultats ont pour but d'éclairer les décisions de déploiement de l'AD sous d'autres conditions, de maintien des cadres restrictifs, de durcissements des conditions d'AD, voire de suspension de toute autorisation.

Par ailleurs, les critères d'inclusion et de non-inclusion des sujets sont peu restrictifs. Ils contribuent ainsi à favoriser la transposabilité des résultats à la population générale en autorisant une diversité tant sur le plan des caractéristiques démographiques qu'en termes de pathologies ou de symptômes à traiter.

Outre la diversité des populations pouvant être incluses, cette étude applique un protocole dont les contraintes organisationnelles sont relativement faibles permettant un déploiement facilité sur l'ensemble du territoire national. De ce fait, il augmente les chances d'inclure un nombre suffisant de sujets pour obtenir des résultats d'une puissance satisfaisante et sur la base d'un échantillon représentatif de la population française.

Enfin, les critères de jugements et leurs outils de mesure ont été déterminés en s'appuyant sur les études étrangères portant sur l'AD. En raison des grands contrastes en matière de fonctionnement des systèmes de santé ainsi que de la littérature sur le sujet de l'AD entre la France et les autres pays l'ayant déployé, la similarité de ces critères de jugements et des outils utilisés est un élément favorisant la comparaison des résultats de ce protocole avec les multiples études préexistante.

15 Limites de l'étude

La limite principale de cette étude réside dans la fiabilité des résultats car ceux-ci sont rapportés par les sujets eux-mêmes, sur simple déclaration. L'outil d'aide au suivi prérempli laissé à disposition des sujets permet d'apporter une première réponse à cette limite. Une étude parallèle ou étude annexe basées sur les données des dossiers médicaux partagés des patients peuvent être un moyen de mieux contrôler la fiabilité des données collectées.

Par l'absence d'études préalables sur ce sujet en France, il est pour l'heure difficile de savoir si la mise en place de ce protocole est réalisable. Ainsi, élaborer une étude de faisabilité préalable semble intéressant avant d'engager des moyens supplémentaires dans la réalisation complète du protocole.

En outre, le fait de restreindre le cadre de l'étude au cadre légal de la mise en place de l'AD en France conduit à deux limites majeures en ce qui concerne la validité externe des résultats. En premier lieu, pour généraliser les résultats il faudrait supposer que les kinésithérapeutes exerçant en MSP et participant à l'étude dispensent des soins de qualité identique aux autres kinésithérapeutes. Il ne semble pas exister pour l'heure d'étude en attestant. Cette limite pourrait particulièrement être explorée pour évaluer l'AD en CPTS voire sans conditions d'exercice coordonné. En second lieu, il apparaît également nécessaire d'étudier les impacts de l'AD sur d'autres types de pathologies que les seuls TMS.

Enfin, la méthodologie d'analyse des résultats a été difficile à élaborer en raison des spécificités de la discipline médico-économique et du grand nombre d'hypothèses posées initialement. Des analyses plus approfondies et précises peuvent être mises en place pour s'affranchir de ces difficultés et biais possibles.

16 Perspectives

Traduite par la volonté du législateur de l'expérimenter dans les CTPS, la question du déploiement de l'AD à plus grande échelle en France se pose. Ce type d'étude mêlant des critères cliniques d'efficacité des soins et économiques d'efficience des parcours de soins est un outil concourant à une prise de décision scientifiquement éclairée sur l'avenir de l'AD en kinésithérapie en France. En ne s'intéressant pas qu'aux considérations économiques, ce protocole devrait apporter des résultats plus précis sur les raisons de ces impacts médico-économiques et sur les dispositions des Français à recourir à la kinésithérapie en AD. Cela constitue des indications complémentaires pertinentes pour les décideurs.

Enfin, à titre personnel, ce mémoire m'a permis de comprendre un certain nombre de rouages de la phase initiale de la recherche que constitue la rédaction du protocole. Par ailleurs, il m'a permis de découvrir et de mieux appréhender certaines spécificités de la discipline de l'économie de la santé et la recherche dans ce domaine.

CONCLUSION

Par la récence et le caractère restreignant du cadre légal de l'autorisation pour les patients en France de consulter un kinésithérapeute sans prescription médicale, il n'est pas encore possible de connaître ses impacts, notamment médico-économiques. Cependant, ces impacts sur les systèmes de santé étrangers sont largement évalués et en faveur de l'AD en *physiotherapy*. Dans ce contexte, ce protocole a pour but de contribuer à établir de premiers résultats relatifs à la mise en place de l'AD en France.

Les résultats principaux en matière de coût-utilité et secondaires en matière de coût-efficacité, de douleur, de satisfaction et des consommations de biens et services durant le parcours de soins sont des données cliniques et/ou médico-économiques sur lesquels pourront s'appuyer des études de plus haut niveau de preuve. Ces résultats ont ainsi pour fonction d'éclairer les décideurs et les professionnels de santé quant à l'avenir à donner à ce nouveau mode de recours aux soins de kinésithérapie.

BIBLIOGRAPHIE

Alghadir, A. H., Anwer, S., Iqbal, A., & Iqbal, Z. A. (2018). Test–retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain. *Journal of Pain Research*, *11*, 851. https://doi.org/10.2147/JPR.S158847

Ali, S. R., & Tubeuf, S. (2018). Seuil d'acceptabilité des technologies de santé : Quel retour d'expérience 20 ans après ? *PSE Working Papers*, Article halshs-01789639. https://ideas.repec.org//p/hal/psewpa/halshs-01789639.html

Alizé. (2023a, janvier 18). *Alizé s'oppose à l'application de l'avenant n°7 à la convention nationale des kinésithérapeutes*. https://www.alize-kine.org/actualites?modal_page=custom-page-detail&modal_detail_id=98846-le-syndicat-alize-s-oppose-a-l-avenant-n7&filter_query=content_id-157486,profile_sections__in-48549

Alizé. (2023b). *Avenant 7 + Flash : La consultation*. https://www.alize-kine.org/actualites?modal_page=custom-page-detail&modal_detail_id=102109-avenant-7-flash-la-consultation&filter_query=content_id-157486,profile_sections__in-48549

Alizé. (2023c). *Le syndicat Alizé signe l'avenant n°7 à la convention*. https://www.alize-kine.org/actualites?modal_page=custom-page-detail&modal_detail_id=102519-le-syndicat-alize-signe-l-avenant-n7-a-la-convention&filter_query=content_id-157486,profile_sections__in-48549

Ameli. (2022, septembre 8). *Comprendre les troubles musculo-squelettiques*. https://www.ameli.fr/rhone/assure/sante/themes/tms/comprendre-troubles-musculosquelettiques

Analyse statistique. (2023, décembre 5). *Normalité des données pourquoi et comment la mesurer ?* https://statinferentielle.fr/normalite/

Andrade, L. F., Ludwig, K., Goni, J. M. R., Oppe, M., & de Pouvourville, G. (2020). A French Value Set for the EQ-5D-5L. *Pharmacoeconomics*, *38*(4), 413-425. https://doi.org/10.1007/s40273-019-00876-4

Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., & Chaput, H. (2021). *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions

Annexe II de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute., Code de la Santé Publique 21 à 35 (2015). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-08/ste_20150008_0000_0103.pdf

Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (2015). https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-09/steUne.htm

Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance, Pub. L. No. SSAH2006765A, Code de la Santé Publique (2020). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697989

Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance, Pub. L. No. SSAH2006761A, Code de la santé Publique (2020). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697945

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 - Légifrance (2023). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047995983

Article 3 - Loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, Pub. L. No. 2023-379 (2023). https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000047564360

Article 66 - LOI relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1) - Légifrance, Pub. L. No. 2019-774, Santé Publique (2019). https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000038824930/

Article 73 - LOI de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1) - Légifrance, 2021-1754 (2021). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000044553531

Article L1121-1 - Code de la santé publique, Code de la Santé Publique (2022). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000046125746

Article L4321-1 - Code de la santé publique - Légifrance, Quatrième partie Santé publique (2016). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043424034/2021-04-28

Article R1121-1 - Code de la santé publique, Code de la Santé Publique (2021). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043723460

Assurance Maladie. (2022, septembre 8). *Symptômes, diagnostic et évolution des troubles musculo-squelettiques*. https://www.ameli.fr/rhone/assure/sante/themes/tms/symptomes-diagnostic

Assurance Maladie. (2023, mars 16). *Patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant : Un plan d'actions est lancé*. https://www.ameli.fr/rhone/medecin/actualites/patients-en-affection-de-longue-duree-ald-sans-medecin-traitant-un-plan-d-actions-est-lance

Assurance Maladie. (2024). *Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP%2013.01.2024_VF.pdf

Babatunde, O. O., Bishop, A., Cottrell, E., Jordan, J. L., Corp, N., Humphries, K., Hadley-Barrows, T., Huntley, A. L., & Windt, D. A. van der. (2020). A systematic review and

evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLOS ONE*, *15*(7), e0235364. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235364

Bishop, A., Ogollah, R. O., Jowett, S., Kigozi, J., Tooth, S., Protheroe, J., Hay, E. M., Salisbury, C., Foster, N. E., & STEMS study team. (2017). STEMS pilot trial : A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open*, *7*(3), e012987. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012987

Black, W. C. (1990). The CE plane : A graphic representation of cost-effectiveness. *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, *10*(3), 212-214. https://doi.org/10.1177/0272989X9001000308

Bornhöft, L., Larsson, M. E., Nordeman, L., Eggertsen, R., & Thorn, J. (2019). Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders : A pragmatic randomized controlled trial. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, *11*, 1759720X19827504. https://doi.org/10.1177/1759720X19827504

Bornhöft, L., Thorn, J., Svensson, M., Nordeman, L., Eggertsen, R., & Larsson, M. E. H. (2019). More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *20*(1), 186. https://doi.org/10.1186/s12891-019-2553-9

Brooks, G., Dripchak, S., Vanbeveren, P., & Allaben, S. (2008). Is a prescriptive or an open referral related to physical therapy outcomes in patients with lumbar spine-related problems? *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, *38*(3), 109-115. https://doi.org/10.2519/jospt.2008.2591

Chen, P., Lin, K.-C., Liing, R.-J., Wu, C.-Y., Chen, C.-L., & Chang, K.-C. (2016). Validity, responsiveness, and minimal clinically important difference of EQ-5D-5L in stroke patients undergoing rehabilitation. *Quality of Life Research: An International Journal of*

Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, *25*(6), 1585-1596. https://doi.org/10.1007/s11136-015-1196-z

Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019 : A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, *396*(10267), 2006-2017. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0

CNIL. (2023, janvier 11). *Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement*. https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-001-recherches-dans-le-domaine-de-la-sante-avec-recueil-du-consentement

CNOM. (2014). *ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/17q5sx6/atlas_2014.pdf

CNOM. (2023). *ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf

CNOMK. (2021, décembre 24). *Accès direct au kinésithérapeute : Promulgation de la LFSS 2022*. https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/acces-direct-au-kinesitherapeute-promulgation-de-la-lfss-2022/

CNOMK. (2022, février 4). Vers un cadre commun européen de formation pour les kinésithérapeutes. *Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*. https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/vers-un-cadre-commun-europeen-de-formation-pour-les-kinesitherapeutes/

CNOMK. (2023). *La démographie des kinésithérapeutes en 2022*. https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2022/

CNOMK & FNEK. (2014). *GUIDE DE LA MOBILITÉ INTERNATIONALE*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/03/GMI-Guide-de-la-Mobilite%CC%81-Internationale-2014.pdf

Coretti, S., Ruggeri, M., & McNamee, P. (2014). The minimum clinically important difference for EQ-5D index : A critical review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, *14*(2), 221-233. https://doi.org/10.1586/14737167.2014.894462

Darbois, N. (2021, novembre 21). Accès direct en kinésithérapie - Pourquoi ? Comment ? *Fonto Media - Infos santé & communication*. https://kinedarbois.fr/2021/11/21/acces-direct-kinesitherapie/

del Corral, T., Fabero-Garrido, R., Plaza-Manzano, G., Navarro-Santana, M. J., Fernández-de-las-Peñas, C., & López-de-Uralde-Villanueva, I. (2023). Minimal Clinically Important Differences in EQ-5D-5L Index and VAS after a Respiratory Muscle Training Program in Individuals Experiencing Long-Term Post-COVID-19 Symptoms. *Biomedicines*, *11*(9), Article 9. https://doi.org/10.3390/biomedicines11092522

Délibération n° 2018-153 du 3 mai 2018 portant homologation d'une méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement de la personne concernée (MR-001) et abrogeant la délibération n° 2016-262 du 21 juillet 2016 - Légifrance (2018). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037187386

Demont, A. (2020). *La pratique avancée en kinésithérapie : Note de synthèse*. URPS MK IDF. https://www.urps-kine-idf.com/blog/kinesitherapie-en-pratique-avancee

Demont, A., Bourmaud, A., Kechichian, A., & Desmeules, F. (2021). The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders : A systematic review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, *43*(12), 1637-1648. https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1674388

Demont, A., Desmeules, F., & Bourmaud, A. (2023). Acceptabilité des kinésithérapeutes en tant que praticiens de soins primaires pour la prise en charge des patients souffrant de

troubles musculosquelettiques : Enquête nationale transversale auprès d'un échantillon représentatif de la population française. *Kinésithérapie, la Revue*, *23*(255), 31. https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.12.054

de Pouvourville, G., Andrade, L., Touboul, C., Ludwig, K., Oppe, M., & Goni, J. R. (2020). Valorisation des états de santé du questionnaire de qualité de vie Euroqol-5D-5L. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *68*, S105. https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.03.020

Desmeules, F., Roy, J.-S., MacDermid, J. C., Champagne, F., Hinse, O., & Woodhouse, L. J. (2012). Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders : A systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *13*, 107. https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-107

DREES. (2011a). *Événements indésirables graves associés aux soins en établissement de santé*. DREES. https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/article/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante

DREES. (2011b). *Les Comptes nationaux de la santé en 2010 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-comptes-nationaux-de-la-sante-en-2010

DREES. (2016). *Les dépenses de santé en 2015—Résultats des comptes de la santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2015-resultats-des-comptes-de-la-sante

DREES. (2019). *Les dépenses de santé en 2018—Résultats des comptes de la santé—Édition 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante

DREES. (2020). *Les dépenses de santé en 2019—Résultats des comptes de la santé—Édition 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2019-resultats

DREES. (2021a). *Les dépenses de santé en 2020—Résultats des comptes de la santé—Édition 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2020-resultats

DREES. (2021b). *Les établissements de santé—Édition 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021

DREES. (2022). *Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022—Résultats des comptes de la santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/CNS2022

DREES. (2023a). *Les dépenses de santé en 2022—Résultats des comptes de la santé—Édition 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de

DREES. (2023b, mai 25). *Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-deux-tiers-des-generalistes-declarent-0

EuroQol. (2021, novembre 30). *EQ-5D-5L – EQ-5D*. https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/

FFMKR. (2023a). *Avenant 7 : La FFMKR prend acte et dénonce l'irresponsabilité du SNMKR et d'Alizé ! - Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs*. https://www.ffmkr.org/actualites/nos-actualites/17-janv-2023-avenant-7-la-ffmkr-prend-acte-et-denonce-l-irresponsabilite-du-snmkr-et-d-alize

FFMKR. (2023b). *Signature de l'avenant 7—Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs*. https://www.ffmkr.org/actualites/nos-actualites/13-juil-2023-signature-de-l-avenant-7-fin-de-11-ans-de-gel-tarifaire-grace-a-la-ffmkr

FIGARO, AFP. (2023, juin 2). Inflation : François Braun demande à la Sécu de négocier avant l'été avec les paramédicaux. *LEFIGARO*. https://www.lefigaro.fr/flash-eco/inflation-francois-braun-demande-a-la-secu-de-negocier-avant-l-ete-avec-les-paramedicaux-20230602

Goodwin, R. W., & Hendrick, P. (2016). Physiotherapy as a first point of contact in general practice : A solution to a growing problem? *Primary Health Care Research and Development*, *6*(1). https://doi.org/10.1017/S1463423616000189

Hackett, G. I., Bundred, P., Hutton, J. L., O'Brien, J., & Stanley, I. M. (1993). Management of joint and soft tissue injuries in three general practices : Value of on-site physiotherapy. *The British Journal of General Practice*, *43*(367), 61-64.

Haley, S. M., & Fragala-Pinkham, M. A. (2006). Interpreting Change Scores of Tests and Measures Used in Physical Therapy. *Physical Therapy*, *86*(5), 735-743. https://doi.org/10.1093/ptj/86.5.735

Hansen, H., Beyer, N., Frølich, A., Godtfredsen, N., & Bieler, T. (2021). Inter-Day Test–Retest Reproducibility of the CAT, CCQ, HADS and EQ-5D-3L in Patients with Severe and Very Severe COPD. *Patient Related Outcome Measures*, *12*, 117-128. https://doi.org/10.2147/PROM.S306352

Harvill, L. M. (1991). NCME Instructional Module : Standard Error of Measurement. *Educational Measurement: Issues and Practice*, *10*(2), 33-41.

HAS. (2014). *Valeurs de références pour l'évaluation économique en santé Revue de la littérature*.

HAS. (2019). *Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins*. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/iqss_2019_aide_utilisation_proms_eds.pdf

HAS. (2020). *Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS* (p. 6-12) [Recommandations]. HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1499251/fr/choix-methodologiques-pour-l-evaluation-economique-a-la-has

HAS. (2021). *L'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS)*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf

HAS. (2022). *Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/liste_echelles_acceptees_2022.pdf

HAS. (2023, novembre 17). *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. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3473674/fr/acces-direct-aux-masseurs-kinesitherapeutes-en-cpts-avis-sur-le-projet-de-decret-concernant-l-experimentation-prevue-par-l-article-3-de-la-loi-du-19-mai-2023

Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., Fainsinger, R., Aass, N., & Kaasa, S. (2011). Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults : A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *41*(6), 1073-1093. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016

Ho-Henriksson, C.-M., Svensson, M., Thorstensson, C. A., & Nordeman, L. (2022). Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *23*(1), 260. https://doi.org/10.1186/s12891-022-05201-3

Holdsworth, L. K., & Webster, V. S. (2004). Direct access to physiotherapy in primary care : Now?—and into the future? *Physiotherapy*, *90*(2), 64-72. https://doi.org/10.1016/j.physio.2004.01.005

Holdsworth, L. K., Webster, V. S., & McFadyen, A. K. (2006). Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. *Physiotherapy*, *92*(1), 26-33. https://doi.org/10.1016/j.physio.2005.11.002

Holdsworth, L. K., Webster, V. S., & McFadyen, A. K. (2007). What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy*, *93*(1), 3-11. https://doi.org/10.1016/j.physio.2006.05.005

Holdsworth, L., Webster, V., & McFadyen, A. (2007). What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy*, *93*, 3-11. https://doi.org/10.1016/j.physio.2006.05.005

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

IGAS. (2022). *Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie* (2021-092R). IGAS. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-092r.pdf

INRS. (2015, février 4). *Troubles musculosquelettiques (TMS). Effets sur la santé—Risques—INRS*. https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/effets-sante.html

INSEE. (2023, septembre 19). *Professionnels de santé au 1er janvier 2023* | *Insee*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_regions2016

INSEE. (2024a, janvier 16). *Population totale au 1er janvier—France métropolitaine* | *Insee*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000067670

INSEE. (2024b, janvier 16). *Pyramides des âges − Bilan démographique 2023* | *Insee*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/7746192?sommaire=7746197

Janssen, M. F., Birnie, E., & Bonsel, G. J. (2008). Quantification of the level descriptors for the standard EQ-5D three-level system and a five-level version according to two methods. *Quality of Life Research*, *17*(3), 463-473. https://doi.org/10.1007/s11136-008-9318-5

Janssen, M. F., Birnie, E., Haagsma, J. A., & Bonsel, G. J. (2008). Comparing the standard EQ-5D three-level system with a five-level version. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, *11*(2), 275-284. https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00230.x

Johnson, J. A., & Pickard, A. S. (2000). Comparison of the EQ-5D and SF-12 health surveys in a general population survey in Alberta, Canada. *Medical Care*, *38*(1), 115-121. https://doi.org/10.1097/00005650-200001000-00013

KCE. (2021). *UNE MATRICE DE VALORISATION BELGE POUR L'EQ-5D-5L*.

Kechichian, A., Imbert, F., & Pinsault, N. (2023). Modèles de partage des tâches impliquant les kinésithérapeutes pour la prise en charge des troubles musculosquelettiques en soins primaires : Une revue narrative. *Santé Publique*, *35*(3), 271-284. https://doi.org/10.3917/spub.233.0271

Kechichian, A., S, L., E, M., F, D., D, L., P, B., K, P., J, F., P, R., J, H., J, R., J, M., & F, D. (2022). Multimodal Interventions Including Rehabilitation Exercise for Older Adults With Chronic Musculoskeletal Pain : A Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. *Journal of geriatric physical therapy (2001)*, *45*(1). https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000279

Le Galès, C. (2000). Théorie de l'utilité et mesure de la qualité de vie en économie de la santé. *M/S. Médecine sciences [revue papier, ISSN : 0767-0974], 2000, Vol. 16, N° 4; p.540-5*. https://doi.org/10.4267/10608/1687

Leclerc, A., Chastang, J.-F., Pascal, P., Plouvier, S., & Mediouni, Z. (2015). Conséquences des troubles musculo-squelettiques sur l'itinéraire professionnel, résultats d'une enquête nationale. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, *76*(3), 245-254. https://doi.org/10.1016/j.admp.2014.10.009

Liste des produits et prestations remboursables. (2024). https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP%2013.01.2024_VF.pdf

LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), 2019-774 (2019).

Long, D., Polinder, S., Bonsel, G. J., & Haagsma, J. A. (2021). Test–retest reliability of the EQ-5D-5L and the reworded QOLIBRI-OS in the general population of Italy, the Netherlands, and the United Kingdom. *Quality of Life Research*, *30*(10), 2961-2971. https://doi.org/10.1007/s11136-021-02893-3

Ludvigsson, M. L., & Enthoven, P. (2012). Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy*, *98*(2), 131-137. https://doi.org/10.1016/j.physio.2011.04.354

Maisonneuve, M. (2017). *La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : Résultats issus de l'étude ECOGEN*. 52.

Mallett, R., Bakker, E., & Burton, M. (2014). Is physiotherapy self-referral with telephone triage viable, cost-effective and beneficial to musculoskeletal outpatients in a primary care setting? *Musculoskeletal Care*, *12*(4), 251-260. https://doi.org/10.1002/msc.1075

McClure, N. S., Sayah, F. A., Xie, F., Luo, N., & Johnson, J. A. (2017). Instrument-Defined Estimates of the Minimally Important Difference for EQ-5D-5L Index Scores. *Value in Health*, *20*(4), 644-650. https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.015

McDowell, I. (2006). *Measuring Health : A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001

McFadyen, A. (2007). What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy*. https://www.academia.edu/27590584/What_are_the_costs_to_NHS_Scotland_of_self_referral_to_physiotherapy_Results_of_a_national_trial

Mercier, D., & Snowdon, N. (2021). Les diplômés français de 2019 en kinésithérapie sont-ils prêts pour un accès direct ? | Request PDF. *Kinésithérapie, la Revue*.

https://www.researchgate.net/publication/360688883_Les_diplomes_francais_de_2019_en_kinesitherapie_sont-ils_prets_pour_un_acces_direct

Michel, L., & Or, Z. (2020). Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : Expériences dans cinq pays. *Questions d'économie de la santé Irdes*, *248*. https://www.irdes.fr/recherche/2020/qes-248-decloisonner-les-prises-en-charge-entre-medecine-specialisee-et-soins-primaires-experiences-dans-cinq-pays.html

Millet, L., Herry, F., & Menut, M. (2023, février 11). TRIBUNE. « Système de santé français : Il faut décloisonner les soins ». *lejdd.fr*. https://www.lejdd.fr/societe/tribune-systeme-de-sante-francais-il-faut-decloisonner-les-soins-132549

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Ma Santé 2022 : Une engagement collectif*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

Mitchell, J. M., & de Lissovoy, G. (1997). A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical Therapy*, *77*(1), 10-18. https://doi.org/10.1093/ptj/77.1.10

Ojha, H. A., Snyder, R. S., & Davenport, T. E. (2014). Direct access compared with referred physical therapy episodes of care : A systematic review. *Physical Therapy*, *94*(1), 14-30. https://doi.org/10.2522/ptj.20130096

OMS. (2022, juillet 14). *Affections ostéo-articulaires et musculaires*. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions

OMS. (2023, janvier 30). *Rehabilitation 2030*. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation

Pendergast, J., Kliethermes, S. A., Freburger, J. K., & Duffy, P. A. (2012). A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. *Health Services Research*, *47*(2), 633-654. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01324.x

Phillips, C. J., Phillips Nee Buck, R., Main, C. J., Watson, P. J., Davies, S., Farr, A., Harper, C., Noble, G., Aylward, M., Packman, J., Downton, M., & Hale, J. (2012). The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *13*, 29. https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-29

Phillips, C. J., Phillips (née Buck), R., Main, C. J., Watson, P. J., Davies, S., Farr, A., Harper, C., Noble, G., Aylward, M., Packman, J., Downton, M., & Hale, J. (2012). The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *13*, 29. https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-29

Piano, L., Maselli, F., Viceconti, A., Gianola, S., & Ciuro, A. (2017). Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review. *Journal of Physical Therapy Science*, *29*(8), 1463-1471. https://doi.org/10.1589/jpts.29.1463

Pickard, A. S., De Leon, M. C., Kohlmann, T., Cella, D., & Rosenbloom, S. (2007). Psychometric comparison of the standard EQ-5D to a 5 level version in cancer patients. *Medical Care*, *45*(3), 259-263. https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000254515.63841.81

Piette, P. (2016). 1. Piette P. Métrologie appliquée à la kinésithér mesures , tests et bilans , concepts fondamentaux. EMC - Kinésithérapie—Médecine Phys—Réadaptation. 2016;0(16). *EMC - Kinesitherapie*, *26-007-A-40]*, 15.

Piscitelli, D., Furmanek, M. P., Meroni, R., De Caro, W., & Pellicciari, L. (2018). Direct access in physical therapy : A systematic review. *La Clinica Terapeutica*, *169*(5), e249-e260. https://doi.org/10.7417/CT.2018.2087

Poirier, C. (2020, juin 9). Covid-19 : Les séances de kiné sont désormais très encadrées. *Essentiel Santé Magazine*. https://www.essentiel-sante-magazine.fr/sante/traitements-soins/covid-19-les-seances-de-kine-sont-desormais-tres-encadrees

Prévalence et Chiffres des TMS en France. (s. d.). Consulté 7 avril 2024, à l'adresse https://www.ergoneos.fr/blog/prevalences-chiffres-tms-france/

Ramirez, M. M., & Brennan, G. P. (2020). Using the value-based care paradigm to compare physical therapy access to care models in cervical spine radiculopathy : A case report.

Physiotherapy Theory and Practice, *36*(12), 1476-1484. https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1579878

Richardson, B., Shepstone, L., Poland, F., Mugford, M., Finlayson, B., & Clemence, N. (2005). Randomised controlled trial and cost consequences study comparing initial physiotherapy assessment and management with routine practice for selected patients in an accident and emergency department of an acute hospital. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, *22*(2), 87-92. https://doi.org/10.1136/emj.2003.012294

Riley, S. P., Tafuto, V., & Brismée, J.-M. (2016). Retrospective analysis of physical therapy utilization by the specificity of the diagnosis and order written on the referral. *Physiotherapy Theory and Practice*, *32*(6), 461-467. https://doi.org/10.3109/09593985.2016.1145310

Robinson, A., Gyrd-Hansen, D., Bacon, P., Baker, R., Pennington, M., Donaldson, C., & EuroVaQ Team. (2013). Estimating a WTP-based value of a QALY : The « chained » approach. *Social Science & Medicine (1982)*, *92*, 92-104. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.013

Santé Publique France. (2022, mars 1). *Troubles musculo-squelettiques dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale : Mieux connaître les facteurs de risque pour mieux les prévenir*. https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/troubles-musculo-squelettiques-dans-le-secteur-de-la-sante-humaine-et-de-l-action-sociale-mieux-connaitre-les-facteurs-de-risque-pour-mieux-les-p

SNMKR. (2023a, juillet 8). *Tweet du SNMKR*. X (formerly Twitter). https://twitter.com/SNMKR1

SNMKR. (2023b, juillet 13). *Avenant 7 : Le SNMKR ne signe pas !* SNMKR. https://www.snmkr.fr/avenant_7_le_snmkr_ne_signe_pas

SNMKR, Alizé. (2023, décembre 21). *Négociations Conventionnelles : Le SNMKR s'oppose à la signature de l'avenant 7 !* SNMKR. https://www.snmkr.fr/n_gociations_conventionnelles_le_snmkr_s_oppose_la_signature_de_l_avenant_7

Sullivan, M. J. L., Stanish, W., Waite, H., Sullivan, M., & Tripp, D. A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*, *77*(3), 253-260. https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00097-9

Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, *17*(1), 52-64. https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00008

Szymanek, E., Jones, M., Shutt-Hoblet, C., & Halle, R. (2022). Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Military Medicine*, *187*(5-6), e649-e654. https://doi.org/10.1093/milmed/usab245

Test statistique. (2022, avril 7). *Analyse statistique - comment choisir le test paramétrique*. https://statinferentielle.fr/choix-test-statistique/

UFML. (2023). *TOUS UNIS POUR PROTÉGER VOTRE SANTÉ – communiqué commun des syndicats de médecins libéraux—Union Française pour une Médecine Libre Syndicat*. https://www.ufml-syndicat.org/tous-unis-pour-proteger-votre-sante-communique-commun-des-syndicats-de-medecins-liberaux/, https://www.ufml-syndicat.org/tous-unis-pour-proteger-votre-sante-communique-commun-des-syndicats-de-medecins-liberaux/

UNCAM. (2023). *L'Assurance Maladie prend acte et regrette l'opposition de deux syndicats MK à l'accord*. https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2023-01-18-cp-avenant7-mk

Vallejo-Torres, L., García-Lorenzo, B., Castilla, I., Valcárcel-Nazco, C., García-Pérez, L., Linertová, R., Polentinos-Castro, E., & Serrano-Aguilar, P. (2016). On the Estimation of the Cost-Effectiveness Threshold : Why, What, How? *Value in Health*, *19*(5), 558-566. https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.02.020

Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Boeren, R. G. B., & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, *62*(3), 363-372. https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)00279-N

WCPT. (2018, janvier 8). *Norwegian physical therapists celebrate direct access for patients*. World Physiotherapy. https://world.physio/news/norwegian-direct-access

WCPT. (2019a). *Accès direct et auto-référence*. World Physiotherapy. https://world.physio/fr/advocacy/direct-access

WCPT. (2019b). *Énoncé de politique : Description de la physiothérapie*. https://world.physio/fr/policy/ps-descriptionPT

WCPT. (2019c). *Énoncé de politique : Pratique avancée de la physiothérapie*. World Physiotherapy. https://world.physio/fr/policy/ps-advanced-pt-practice

Webster, V. S., Holdsworth, L. K., McFadyen, A. K., & Little, H. (2008). Self-referral, access and physiotherapy : Patients' knowledge and attitudes—results of a national trial. *Physiotherapy*, *94*(2), 141-149. https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.11.003

Yang, M., Bishop, A., Sussex, J., Roland, M., Jowett, S., & Wilson, E. C. F. (2021). Economic evaluation of patient direct access to NHS physiotherapy services. *Physiotherapy*, *111*, 40-47. https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.12.005

ANNEXES

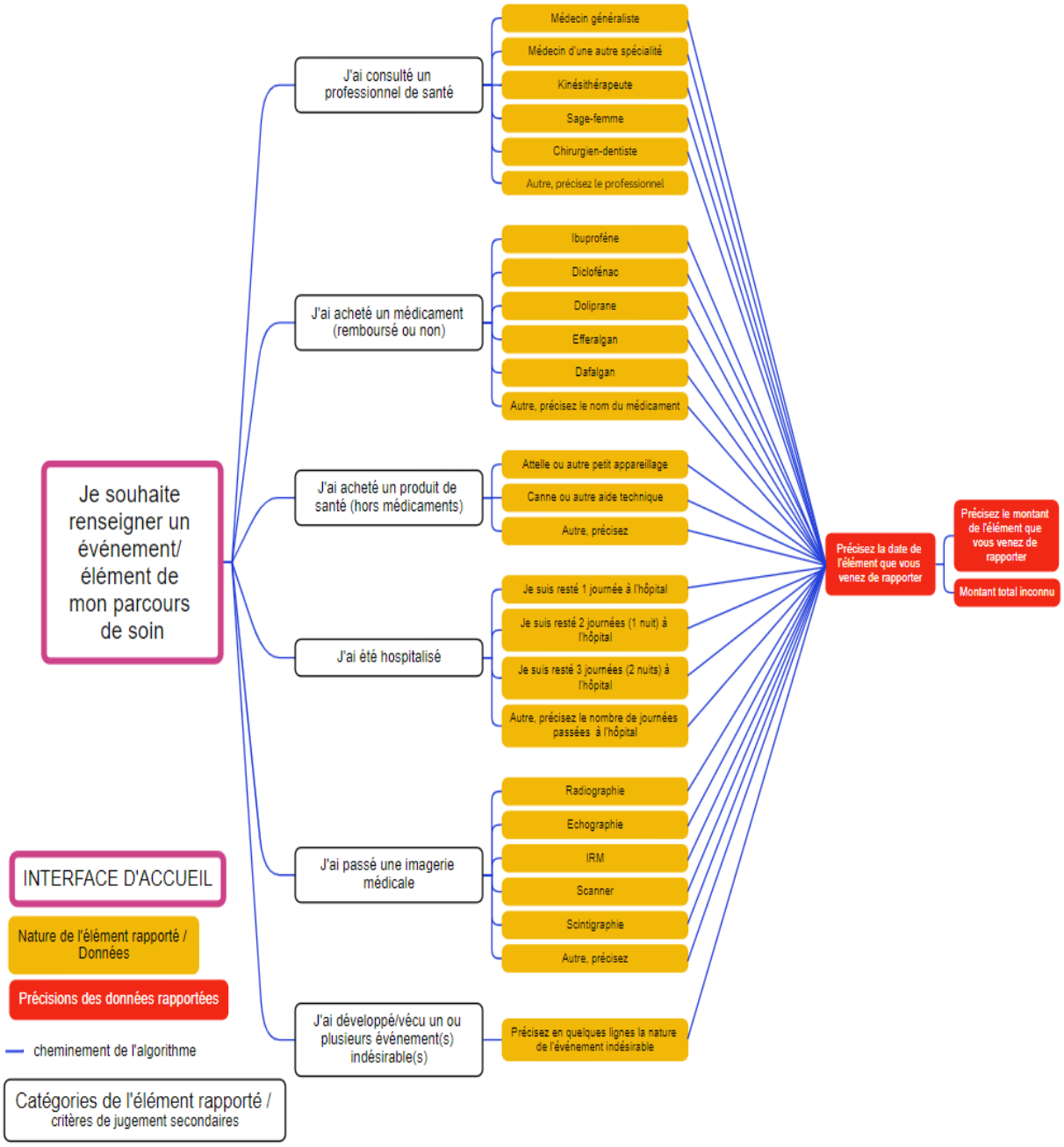
Annexe I : Schéma de l'algorithme de l'outil d'aide au suivi des consommations de services et biens de santé 86

Annexe II : Questionnaire de satisfaction, traduction du questionnaire de Ludvigsson & Enthoven (2012)..... 88

Annexe III : Questionnaire EQ-5D-5L 90

Annexe IV : Formulaire de consentement 92

Annexe I : Schéma de l’algorithme de l’outil d’aide au suivi des consommations de services et biens de santé


Je souhaite renseigner un événement/ élément de mon parcours de soin
J'ai consulté un professionnel de santé
Médecin généraliste
Médecin d'une autre spécialité
Kinésithérapeute
Sage-femme
Chirurgien-dentiste
Autre, précisez le professionnel
J'ai acheté un médicament (remboursé ou non)
Ibuprofène
Diclofénac
Doliprane
Efferalgan
Dafalgan
Autre, précisez le nom du médicament
J'ai acheté un produit de santé (hors médicaments)
Attelle ou autre petit appareillage
Canne ou autre aide technique
Autre, précisez
J'ai été hospitalisé
Je suis resté 1 journée à l'hôpital
Je suis resté 2 journées (1 nuit) à l'hôpital
Je suis resté 3 journées (2 nuits) à l'hôpital
Autre, précisez le nombre de journées passées à l'hôpital
J'ai passé une imagerie médicale
Radiographie
Echographie
IRM
Scanner
Scintigraphie
Autre, précisez
J'ai développé/vécu un ou plusieurs événement(s) indésirable(s)
Précisez en quelques lignes la nature de l'événement indésirable
Précisez la date de l'élément que vous venez de rapporter
Précisez le montant de l'élément que vous venez de rapporter
Montant total inconnu
INTERFACE D'ACCUEIL
Nature de l'élément rapporté / Données
Précisions des données rapportées
cheminement de l'algorithme
Catégories de l'élément rapporté / critères de jugement secondaires

Annexe II : Questionnaire de satisfaction, traduction du questionnaire de Ludvigsson & Enthoven (2012)

Question 1 : Avez-vous reçu suffisamment d'informations sur votre problème au cours de votre parcours de soins ?				
Totalement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Totalement en désaccord
Question 2 : Avez-vous reçu suffisamment de renseignements sur les soins auto-administrables tels que des conseils ou des programmes d'exercices ?				
Totalement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Totalement en désaccord
Question 3 : Avez-vous confiance en la capacité des professionnels de santé rencontrés pour évaluer vos problèmes ?				
Totalement d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Totalement en désaccord

Annexe III : Questionnaire EQ-5D-5L

Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

MOBILITÉ

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied ❑
- J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied ❑
- J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied ❑
- J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied ❑
- Je suis incapable de me déplacer à pied ❑

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

- Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ❑
- J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ❑
- J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ❑
- J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ❑
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e) ❑

ACTIVITÉS COURANTES *(exemples: travail, études, travaux ménagers, activités familiales ou loisirs)*

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes ❑
- J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes ❑
- J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes ❑
- J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes ❑
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes ❑

DOULEURS / GÊNE

- Je n'ai ni douleur ni gêne ❑
- J'ai des douleurs ou une gêne légère(s) ❑
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s) ❑
- J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s) ❑
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s) ❑

ANXIÉTÉ / DÉPRESSION

- Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e) ❑
- Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e) ❑
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e) ❑
- Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e) ❑
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e) ❑

Belgium (French) © 2010 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI.
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire une croix (X) sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI.
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle.

VOTRE SANTÉ AUJOURD'HUI = ☐

Belgium (French) © 2010 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

Sample

Annexe IV : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
en vue de participer à une étude médico-économique

Impacts de l'accès direct en kinésithérapie sur le système de santé français :

une évaluation médico-économique

Je soussigné(e) ……. (NOM et prénom du sujet)

- accepte de participer à l'étude évaluant des effets impacts de l'accès direct en kinésithérapie sur le système de santé français ;
- certifie que les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués ;
- certifie avoir lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise ;
- certifie avoir été avisé(e) de l'indemnisation financière et des conditions de son versement ;
- certifie avoir compris et accepte que les données déclarées ou collectées dans la cadre de cette étude soient accessibles et traitées par les investigateurs principaux de l'étude ;
- certifie avoir compris que je pourrai exercer mes droits d'accès, de rectification et de suppression de ces données auprès des investigateurs principaux ;
- certifie que ma participation est volontaire et que je pourrai retirer cette participation à tout moment de l'étude sans impact sur la qualité des soins ;
- certifie avoir pu poser toutes les questions et savoir comment contacter les investigateurs à tout moment ;
- certifie participer librement et volontairement à cette étude.

Fait à ……., le ……
NOM et signature du patient