

## **Démographie, modes d'exercice et régulation de l'installation des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en France (DRINK)**

**Code projet :** DRINK

**Equipe :** Julien Mousquès, Yoann Galharret (UPEC-Erudite), Yann Videau (UPEC-Erudite)

**Collaborations extérieures :** Convention cadre de partenariat Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (Cnomk) et Irdes.

**Financement :** Bourse Ecole Doctorale « Organisations, Marchés, Institutions » (Upec)

**Période de réalisation :** 2022-2025

### **Contexte et objectifs**

La question de l'accès aux soins de premier recours est centrale aujourd'hui en France. On estime que 29 % de la population française réside dans une commune présentant des difficultés d'accès aux soins de premiers recours et que 44 % rencontrent spécifiquement une difficulté d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes (MK), auxiliaires médicaux délivrant des soins de premiers recours jusqu'au domicile du patient. Ce sont le plus souvent des territoires dans lesquels résident des populations présentant des états de santé moins favorables et des besoins de soins importants. Du fait d'une répartition des MK très corrélée à celle des médecins généralistes (MG), d'un attrait très marqué pour le Sud, les littoraux méditerranéen et atlantique ou les espaces frontaliers, et pour l'exercice dans les villes centres et couronnes favorisées, les inégalités de répartition sont importantes.

Pour autant, au niveau macroéconomique, l'évolution des densités des auxiliaires médicaux est beaucoup plus favorable que celles des MG. En effet, le nombre de MK exerçant en France a augmenté de plus de 60 % en vingt ans classant ainsi la France au neuvième rang européen avec une densité moyenne de 127 MK pour 100 000 habitants en 2020. Ces dynamiques opposées entre MG et MK constituent une opportunité en matière de modification des missions et des rôles respectifs des uns et des autres en favorisant, au-delà des complémentarités, les substitutions des MG par les MK pour certains soins et services.

Ces dynamiques mettent en lumière le rôle que pourraient jouer les MK et poussent, d'une part, à s'intéresser aux choix de localisation de ces derniers ainsi qu'à leurs déterminants et aux politiques limitative et incitatives qui les concernent, mais également à la nature de la relation MG-MK (complémentarité et substitution) dépendante autant de l'implantation des MK sur un territoire que de leurs modes et structures d'exercice.

En effet, l'exercice libéral des MK s'inscrit dans un cadre conventionnel avec l'Assurance maladie, restructuré en 2007, visant notamment à améliorer la répartition géographique des MK dans un contexte originel de liberté d'installation. Ainsi le renouveau de la politique conventionnelle a pour objectif, d'une part, de limiter l'installation des MK dans les zones sur-denses et d'autre part, à travers la mise en place d'incitations financières, de favoriser l'exercice dans les zones sous-denses (à l'instar de ce qui a été mis en œuvre pour les infirmiers libéraux). L'analyse de l'installation des professionnels de santé sur un territoire ne peut être observée uniquement sous le prisme de la politique conventionnelle actuelle. S'agissant des MK, une étude, conduite en Île-de-France, met en avant que le choix d'installation semble davantage répondre à des préférences non liées au métier et à son contenu. La dynamique d'amélioration des conditions d'exercice et d'une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle, commune aux autres professions de santé, se traduit par le caractère attractif de l'exercice regroupé pour les MK. Plus de 40 % des MK exercent à ce jour en groupe, et ils sont présents dans près de 50 % des 1 852 Maisons de santé

pluriprofessionnelles (MSP) aujourd'hui ouvertes et dont la croissance est exponentielle depuis la fin des années 2000. Or, ce mode d'exercice pourrait influencer l'accès aux soins primaires, d'une part car les MSP sont majoritairement localisées dans les espaces sous dotés, et peuvent attirer et retenir les MK dans les marges rurales (logique de marge extensive), et d'autre part, *via* une modification du rythme des consultations ou du nombre de patients pris en charge dans la file active des MG comme des MK (logique de marge intensive). En effet, sans accroître l'amplitude horaire d'exercice des professionnels, l'exercice en MSP permettrait d'accroître les files actives respectives des MG et MK. Pour le MG, cela passerait par un gain de temps médical, réalloué à l'exercice professionnel, permis par une meilleure complémentarité, voire des substitutions de tâches, entre MG et MK. Pour le MK, cela s'accompagnerait par une intensité plus accrue de l'activité, voire une diminution de la fréquence de consultations par patient.

L'exercice en MSP pourrait également permettre d'améliorer la qualité des soins et services rendus, en encourageant les coopérations et complémentarités entre professionnels de santé notamment par la mise en place de financements complémentaires, voire substitutifs, au paiement à l'acte. De plus, dans la continuité des expérimentations nationales mises en place depuis 2020 pour l'entorse externe de cheville et la lombalgie aiguë, l'essor de ce mode d'exercice pluriprofessionnel coordonné a permis, dans le cadre du projet de Loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2022, d'ouvrir la voie à une expérimentation de l'accès direct aux MK dans six départements, initiant ainsi un processus d'intégration verticale entre MK et MG (logique de complémentarité et substitution entre activité des MG et des MK).

## Matériel et méthode

Ce projet s'articule autour de trois thématiques qui traitent de l'interaction complexe entre les choix individuels d'installation, les modes d'exercice et les politiques mises en œuvre pour réguler l'installation et l'activité des MK :

- Une première aura pour objectif d'identifier les principaux facteurs influençant les choix d'installation des MK.
- Une seconde étape approfondira le travail précédent en proposant une estimation de l'effet causal sur la localisation géographique de l'activité et l'évolution de la densité de MK par territoire de vie-santé (TVS), de l'exercice en MSP et des politiques conventionnelles de limitation/incitation à l'exercice dans les espaces considérés comme sur et sous-dotés.
- Une troisième étape prolongera les analyses précédentes en s'intéressant à l'effet des protocoles de collaboration en accès direct dans le cadre de structures de soins de premiers recours pluriprofessionnels sur l'activité des MK, voire des MG.

Le matériel permettant la mise en œuvre de ces travaux nécessite la constitution de bases de données originales en panel à partir des informations individuelles d'inscriptions au tableau du Cnomk, de leur appariement à des enquêtes *ad hoc* permettant d'aller plus loin quant à la caractérisation des individus et de leur choix (mode d'exercice et localisation), ainsi qu'à des données d'extraction de registre des MSP de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), ou de registres de mise en application des décrets relatifs aux zonages conventionnels.