

Masseurs-kinésithérapeutes libéraux : conditions d'exercice et activité en Pays de la Loire. Synthèse

Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire

2 300 masseurs-kinésithérapeutes libéraux exercent dans les Pays de la Loire en 2010.

Cet effectif a progressé de 2,9 % par an entre 2004 et 2010 (+2,6 % au plan national).

L'URPS masseurs-kinésithérapeutes des Pays de la Loire a souhaité mettre en place, dès sa création, un Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes, afin de recueillir l'opinion des professionnels sur leurs conditions d'exercice, de mieux connaître leur activité et leur choix d'organisation.

Ce projet a reçu le soutien de l'Agence régionale de santé (ARS).

Cette plaquette présente les principaux résultats de la première enquête, menée auprès d'un échantillon de 300 masseurs-kinésithérapeutes libéraux, représentatif des 2 300 professionnels de la région.

► Une profession majoritairement installée en groupe

L'installation en groupe ne répond à aucune définition officielle. Elle est définie ici comme l'installation dans les mêmes locaux d'au moins deux professionnels de santé, quelle que soit leur profession.

Dans les Pays de la Loire, 80 % des masseurs-kinésithérapeutes (MK) sont installés en groupe (60 % chez les plus de 50 ans).

Ce taux est l'un des plus élevés parmi ceux observés dans les différentes professions de santé libérales.

Un MK sur trois exerce dans un cabinet "pluriprofessionnel", associant au moins un MK et un autre professionnel de santé.

La taille des groupes est relativement importante : 42 % des professionnels en groupe sont dans un cabinet composé de quatre MK et plus (Fig. 1).

Dans les groupes, 80 % des MK sont titulaires. 20 % ont le statut d'assistant-collaborateur (disposant ainsi, moyennant une redevance, de la patientèle et des locaux des titulaires).

La société civile de moyens (SCM) est la forme d'association la plus fréquente, huit titulaires sur dix l'ayant choisie.

► Une pratique au cabinet, mais aussi au domicile et en Ehpad

Si l'essentiel de leur activité s'effectue au cabinet, 86 % des MK déclarent intervenir au domicile des patients, et 67 % en Ehpad.

Les exercices en établissement de soins, ou au sein d'un organisme de prévention sont moins fréquents (14 %).

► Des équipements thérapeutiques

La quasi-totalité des MK disposent d'équipements thérapeutiques.

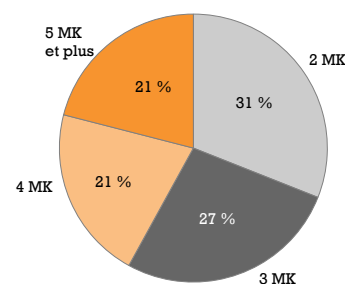
Plus de 80 % ont un appareil pour la proprioception, l'équilibre et le renforcement, un équipement d'ultrasonothérapie et d'électrophysiothérapie, et 71 % un équipement de thermothérapie ou de cryothérapie.

Environ 30 % des MK disposent aussi d'un appareil de palper-rouler instrumental, d'un équipement informatique dédié à la rééducation, et d'un équipement de pressothérapie.

Bassin ou piscine de rééducation, onde de choc, appareil de rééducation vestibulaire et équipement d'hydrothérapie à sec sont peu mentionnés.

Les MK utilisent tous l'outil informatique, et notamment un logiciel-métier. 71 % enregistrent aussi les prescriptions après les avoir scannées.

Fig. 1 Répartition des masseurs-kinésithérapeutes, installés avec un (ou des) confrère(s), selon le nombre de MK dans le cabinet



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire (2013). URPS masseurs-kinésithérapeutes, ORS Pays de la Loire. (Champ : ensemble des MK)

Nombre de cabinets de groupe

Les données de l'enquête permettent d'estimer le nombre de cabinets de groupe avec au moins un masseur-kinésithérapeute (MK) entre 700 et 750 dans les Pays de la Loire.

La moitié de ces cabinets sont "pluriprofessionnels", réunissant dans les mêmes locaux la profession de MK et une autre profession de santé.

► Plus de dix heures de travail par jour pour un MK sur deux

Le temps de travail des MK comprend, outre les soins, la rédaction des bilans kinésithérapeutiques, les échanges avec les autres professions de santé, la formation, les prises de rendez-vous, le travail administratif (télétransmission notamment), l'entretien du cabinet et de ses équipements...

Les MK ont été interrogés sur leurs horaires de travail le mardi précédant l'enquête¹ : 42 % commencent leur travail avant 8h30 et 48 % terminent à 20 h ou au-delà². D'où une durée d'une journée de travail, supérieure à dix heures² pour 56 % des professionnels (hors pause-déjeuner) (Fig.2).

Le nombre hebdomadaire de journées de travail dépasse quatre jours et demi² pour 72 % des MK. 40 % travaillent plus de cinq jours². 41 % travaillent le samedi : 17 % tous les samedis, 5 % un samedi sur deux et 19 % moins souvent. 74 % assurent des séances de kinésithérapie respiratoire le week-end ou les jours fériés.

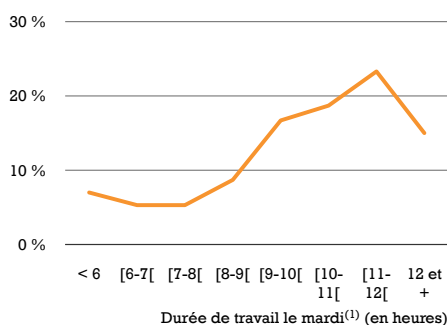
► Les remplacements

63 % des MK prennent cinq semaines de congés et plus dans l'année, 23 % sept semaines et plus. Pendant ces semaines de congés (toutes ou une partie d'entre elles), la moitié ont recours à un remplaçant³.

Lorsqu'ils n'y ont pas recours, les MK expliquent une fois sur deux que c'est parce qu'ils n'en ont pas trouvé.

Cette situation est plus fréquente dans les communes situées hors des grands pôles urbains et de leurs zones d'attraction.

Fig. 2 Répartition des masseurs-kinésithérapeutes selon la durée de travail le mardi (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire (2013). URPS masseurs-kinésithérapeutes, ORS Pays de la Loire. (Champ : ensemble des MK)

(1) Le mardi précédant l'enquête ou, s'ils n'ont pas travaillé le mardi, le dernier jour de travail (hors "pause-déjeuner").

► Les activités de soins

Les MK libéraux réalisent des séances de soins sur prescription médicale (séances remboursables par l'assurance maladie), ou sans prescription, pour certains champs d'activités spécifiques.

Selon les données de l'assurance maladie, 71 % des actes remboursables sont des actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques (cotés AMS dans la NGAP⁴), et 29 % des actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (cotés AMK ou AMC).

Pour comparer les profils d'activité des MK, l'URPS a choisi une liste de 24 séances de soins. Les actes cotés AMS, jugés non discriminants d'une éventuelle orientation de leur activité, n'y sont pas inclus (excepté les déviations latérales du rachis chez l'enfant) (Encadré p.3).

Selon cette nomenclature *ad hoc*, plus de 70 % des MK pratiquent régulièrement (au moins une fois par semaine) des séances de prise en charge de pathologies neurologiques (maladies de Parkinson ou d'Alzheimer, séquelles d'AVC notamment), de douleurs chroniques (troubles musculosquelettiques), de séances de maintien de l'autonomie des personnes âgées dépendantes, et de prise en charge de bronchiolites chez les moins de 3 ans (lors d'épidémies).

Les MK prennent régulièrement en charge également les problèmes liés à la pratique d'un sport, les syndromes d'algoneurodystrophie, les déviations du rachis chez l'enfant, les maladies des vaisseaux ou les lymphœdèmes, les personnes handicapées, les crises aiguës de pathologies respiratoires chroniques, les fibromyalgies, et les pathologies cicatricielles (36 à 63 % des MK).

Les MK sont moins nombreux (moins de 30 %) à prendre régulièrement en charge les douleurs cancéreuses et/ou les soins palliatifs, les rééducations périnéales, les pathologies vestibulaires, et les pathologies ORL ou maxillofaciales.

Enfin, les MK sont peu nombreux à pratiquer régulièrement des soins non remboursables : ostéopathie, gymnastique hygiénique et préventive, soins esthétiques, massages de bien-être, préparation à l'effort physique ou sportif (Fig.3).

► Des activités "diversifiées" pour la majorité

D'un MK à l'autre, les champs d'activités peuvent différer, en fonction de l'offre et de la demande de soins, des relations avec les autres professions de santé, de l'expérience, de la formation,

ou encore des choix des professionnels eux-mêmes.

Le degré de diversité de l'activité des MK est approché dans cette étude par le calcul d'un score, distinguant les activités "très diversifiées" (26 % des professionnels), "diversifiées" (41 %), et "peu diversifiées" (33 %) (Encadré p.3).

Plusieurs profils de MK ont ainsi été identifiés, répartis au sein de deux groupes principaux caractérisés par le degré de diversité de leur activité.

Le premier groupe réunit les deux tiers des effectifs. Il rassemble des professionnels qui ont pour l'essentiel une activité dite "diversifiée" ou "très diversifiée", selon la définition du score.

Ce groupe distingue trois profils spécifiques, d'effectifs équivalents :

- ceux pratiquant des séances de prise en charge des pathologies vestibulaires, prise en charge qui nécessite une formation spécifique (84 % vs 29 % pour l'ensemble de l'échantillon),
- ceux pratiquant des séances de soins non remboursables (89 % vs 27 %), et pratiquant régulièrement des séances de prise en charge des pathologies cicatricielles (73 % vs 36 %),
- ceux sans caractéristique spécifique.

Le deuxième groupe (un tiers des effectifs) rassemble essentiellement des MK dont l'activité est "peu diversifiée".

Ce groupe distingue deux profils spécifiques, d'effectifs équivalents :

- ceux concentrant leur activité sur la prise en charge des personnes âgées,
- ceux ayant opté pour une "orientation" spécifique de leur activité.

► La prescription : un vecteur de coordination entre MK et médecins...

Les prescriptions médicales constituent un premier vecteur de coordination entre médecins et MK.

Celles-ci sont rédigées le plus souvent par un médecin généraliste (*pour le dernier patient vu par le MK*, 72 % des prescriptions). Dans les autres cas, elles sont rédigées par un spécialiste suite à une consultation (15 %), ou par un établissement de santé suite à une hospitalisation (12 %).

La grande majorité des prescriptions sont jugées par les MK *suffisamment explicites pour assurer la prise en charge* (plus de 80 % des cas).

1. Le mardi précédant l'enquête ou, s'ils n'ont pas travaillé le mardi, le dernier jour de travail.

2. Borne inférieure comprise.

3. MK non installé dans le cabinet.

4. Nomenclature générale des actes professionnels.

Ces prescriptions peuvent s'accompagner de la transmission de données de santé sur le patient, mais cette situation n'est pas systématique :

- pour le dernier patient vu dont les soins ont été prescrits par un généraliste, un MK sur deux estime que la connaissance de la pathologie lui aurait été utile,
- pour le dernier patient vu, pris en charge après une hospitalisation, un professionnel sur deux mentionne n'avoir reçu aucune information sur l'hospitalisation (bilan de sortie kinésithérapique, compte-rendu d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, bilan radio...).

► ... avec l'échange direct

Certaines prises en charge nécessitent des échanges avec les prescripteurs. Pour le dernier patient vu dont les soins ont été prescrits par un médecin généraliste, 27 % des professionnels ont eu des échanges avec le médecin généraliste par téléphone, mail ou encore lors d'une rencontre.

Les contacts avec les établissements de santé sont plus rares.

Lorsque le MK contacte le médecin généraliste prescripteur, il s'agit le plus souvent pour lui de demander des informations médicales, ou d'informer le médecin de l'évolution de l'état du patient.

► Etendue du réseau professionnel

Les échanges "informels" ne concernent pas que les médecins. Dans l'enquête, l'importance et la diversité du réseau professionnel ont été évaluées à partir de la question suivante : *au cours des quinze derniers jours, avez-vous eu des échanges à propos de vos patients par téléphone, mail ou encore lors d'une rencontre avec...* La liste des professions citées se compose de professions de santé et de professions d'aide.

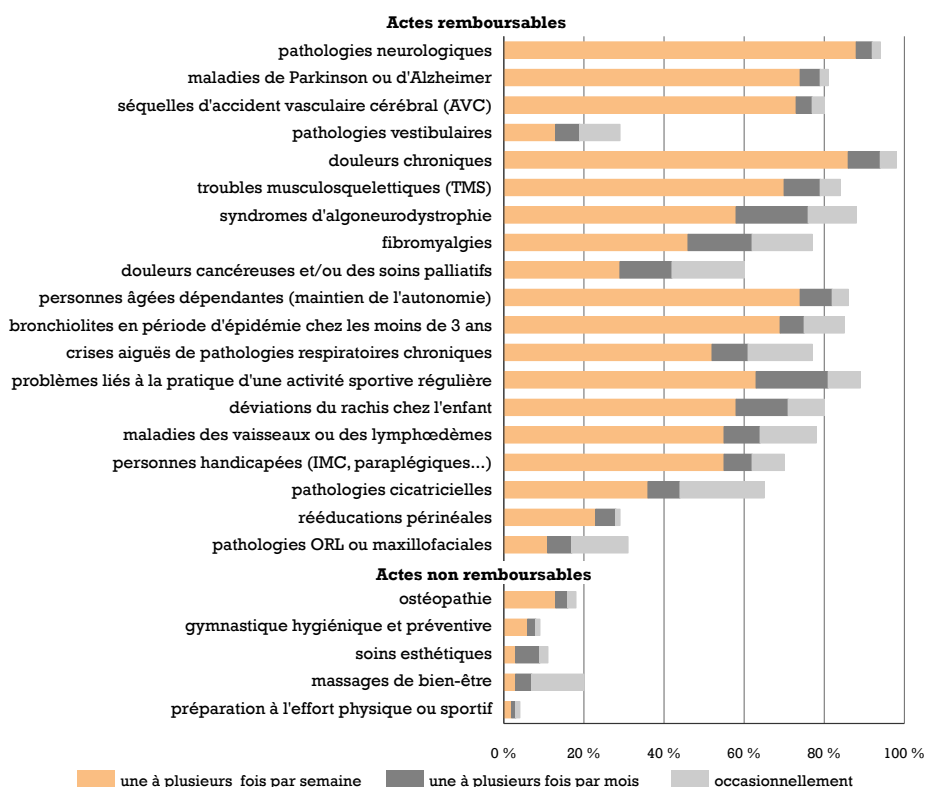
Les médecins généralistes et les infirmiers sont les professions avec lesquelles les MK sont les plus fréquemment en contact (Fig.4). Viennent ensuite les pédicures-podologues, les MK d'autres cabinets et les médecins spécialistes.

La fréquence de ces échanges interprofessionnels et le nombre de professions concernées sont plus élevés parmi les praticiens :

- dont l'activité est considérée comme "très diversifiée" selon la définition du score,
- et ceux âgés de plus de 50 ans.

Fig. 3 Fréquence de réalisation des séances de soins

Proportion de masseurs-kinésithérapeutes déclarant avoir réalisé en 2012, une ou plusieurs fois par semaine (une ou plusieurs fois par mois, occasionnellement) des séances de prise en charge de... (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire (2013). URPS masseurs-kinésithérapeutes, ORS Pays de la Loire. (Champ : ensemble des MK)

Nomenclature d'activité

La nomenclature d'activité construite pour l'enquête comprend 24 séances de soins types. Dix-neuf sont remboursables par l'assurance maladie. Leur description fait référence à un système ou un appareil, des séquelles, des douleurs ou des patients singuliers. Elles sont toutes cotées dans la NGAP¹ par la lettre-clé AMK (ou AMC), à l'exception des déviations latérales du rachis chez l'enfant. Cinq sont des séances non remboursables. Les actes cotés AMS (conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques), qui représentent 71 % du volume global d'activité remboursable (2010), jugés *a priori* non discriminants sur le plan de l'activité, n'ont pas été inclus dans la nomenclature.

1- Nomenclature générale des actes professionnels.

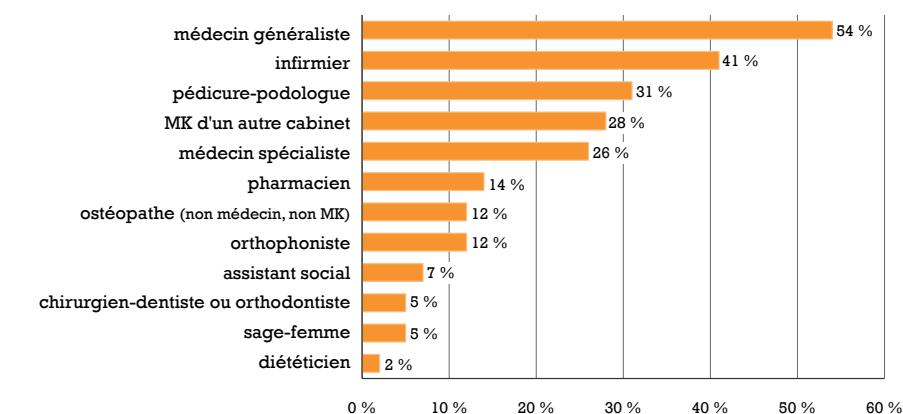
Score de diversité de l'activité

Le score global de diversité de l'activité remboursable par l'assurance maladie est la somme du score affecté à chacune des dix-neuf séances de soins types remboursables choisies pour la nomenclature construite pour l'enquête.

Pour les quatre champs d'activité "peu courants" (rééducations périnéales, pathologies vestibulaires, pathologies ORL ou maxillofaciales, douleurs cancéreuses et/ou soins palliatifs), le score vaut "1" si la fréquence de pratique est égale ou supérieure à "occasionnellement (en 2012)", "0" dans les autres cas. Pour les seize autres séances, le score vaut "1" si la fréquence de pratique est égale ou supérieure à "une fois par semaine ou plus souvent", et "0" dans les autres cas. L'activité est qualifiée de :
 - "très diversifiée", si le score global dépasse 14,
 - "diversifiée", s'il est compris entre 10 et 13,
 - "faiblement diversifiée", s'il est inférieur à 9.

Fig. 4 Echanges avec les professionnels de santé et les professionnels de l'aide

Proportion de masseurs-kinésithérapeutes déclarant avoir eu, au cours des quinze derniers jours, des échanges par téléphone, par mail ou encore lors d'une rencontre à propos de leurs patients avec un... (%)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire (2013). URPS masseurs-kinésithérapeutes, ORS Pays de la Loire. (Champ : ensemble des MK)

► La coordination autour des patients âgés dépendants

La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile, qui repose sur de nombreux intervenants du secteur sanitaire et social, implique pour le MK plus d'échanges interprofessionnels.

Pour le dernier patient âgé de plus de 75 ans, dépendant, vu à son domicile :

- 42 % des MK ont eu des échanges à propos du patient avec le médecin généraliste, lorsque ce dernier est prescripteur,
- et 38 % avec l'infirmier.

69 % considèrent qu'il est facile pour eux de se coordonner avec les différents professionnels, et 16 % plutôt facile.

La majorité considère également qu'il est facile ou plutôt facile de communiquer avec la famille ou les proches.

Les échanges "informels" peuvent reposer sur d'autres supports de communication que le téléphone : 28 % déclarent la présence d'un document de liaison et de transmission des informations, commun à tous les intervenants, au domicile de la personne.

Les situations complexes de patients dont l'état de santé est dégradé ou aux conditions de vie peu favorables pour un maintien à domicile (vivant seuls, conditions matérielles inadaptées...), peuvent nécessiter une coordination plus formelle. Cette mission peut être assurée par les centres locaux d'information et de coordination (Clic), ou à l'initiative d'une structure de soins ou d'un profes-

sionnel de santé, notamment par l'institution de "réunion de coordination".

Pour le dernier patient âgé vu, 10 % des MK déclarent avoir été sollicités pour participer à une réunion de coordination (37 % s'il est pris en charge par une structure d'HAD).

Etre installé avec des confrères : quelles spécificités ?

L'installation en groupe permet de partager les charges associées aux locaux professionnels. Deux masseurs-kinésithérapeutes (MK) titulaires sur trois sont propriétaires, copropriétaires ou locataires d'une SCI dont ils sont actionnaires.

L'installation en groupe favorise la présence d'équipements de rééducation et de physiothérapie dans le cabinet, le taux d'équipement augmentant avec la taille du groupe (Fig.5).

Dans les groupes réunissant au moins quatre confrères, 26 % des MK ont aussi un secrétariat (vs 6 % dans les autres configurations).

Les professionnels en groupe sont plus nombreux à numériser les prescriptions (76 % vs 55 % pour ceux installés seuls).

L'installation en groupe permet pour un certain nombre de MK :

- de partager avec leurs confrères les dossiers-patients au sein du même réseau informatique (67 %).
 - et d'aborder souvent avec eux des questions relatives au suivi des patients et/ou de réflexion sur la pratique (67 %).
- Par contre, elle n'apparaît pas statistiquement liée à la fréquence des échanges avec d'autres professions de santé ou d'aide.

L'installation avec des confrères facilite les remplacements lors des congés : 60 % des professionnels installés dans un groupe réunissant au moins trois MK ont eu recours

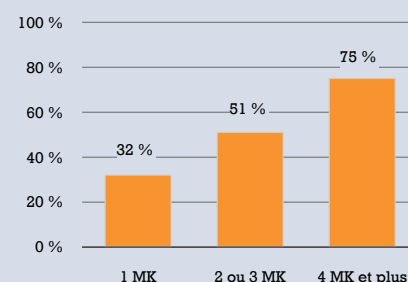
Ces différents constats, que la prochaine enquête prévue fin 2014 permettra d'enrichir, apportent quelques pistes aux réflexions conduites actuellement dans une perspective de développement des regroupements et des coopérations interprofessionnelles.

à un remplaçant, 46 % lorsqu'ils sont deux, 38 % s'ils sont seuls. Inversement, la part de ceux qui déclarent ne pas avoir trouvé de remplaçant diminue avec la taille du cabinet.

Le mode d'installation n'est pas associé au fait de prendre plus de sept semaines de congés par an, ni au travail le samedi. Les MK, qui travaillent moins de quatre jours et demi dans la semaine, sont plus nombreux dans les groupes de trois MK ou plus (39 % vs 24 % s'ils sont deux et 14 % s'ils sont seuls).

Fig. 5 Equipements de rééducation et de physiothérapie selon le nombre de masseurs-kinésithérapeutes dans le cabinet (%)

Proportion de MK disposant d'au moins cinq équipements



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire (2013). URPS masseurs-kinésithérapeutes, ORS Pays de la Loire. (Champ : ensemble des MK)

Sources de données

Cette enquête a été réalisée par l'Observatoire régional de la santé (ORS), à la demande de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire.

Les données utilisées dans ce document ont été recueillies par téléphone en janvier-février 2013 auprès d'un échantillon représentatif de 300 masseurs-kinésithérapeutes libéraux exerçant dans les Pays de la Loire.

La liste des professionnels contactés et invités à participer a été constituée par tirage aléatoire, stratifié sur l'âge, le type de commune d'exercice et le volume d'activité du professionnel. La participation s'élève à 82 %.

Financement

Le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire est financé par l'ARS.

Auteurs

Le questionnaire d'enquête, l'exploitation et l'analyse des données ont été réalisés par Marie-Christine Bournot, Marie-Cécile Goupil et François Tuffreau (ORS) en étroite collaboration avec l'URPS masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire.

Citation suggérée

ORS Pays de la Loire, URPS masseurs-kinésithérapeutes libéraux Pays de la Loire. (2014). Masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Conditions d'exercice et activité en Pays de la Loire. Synthèse. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux des Pays de la Loire. 4 p.

Merci à tous les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ayant participé à cette enquête, au Département observation et analyse de l'ARS pour la préparation du fichier d'adresses, et aux membres de l'URPS pour leurs relectures, critiques et suggestions.

Pour en savoir plus

Le rapport détaillé peut être consulté sur www.santepaysdelaloire.com et www.urps-mk-paysdelaloire.fr

Sont également disponibles sur www.sante.paysdelaloire.com les résultats des trois autres Panels d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en Pays de la Loire :

- médecins généralistes,
- chirurgiens-dentistes,
- infirmiers.

Repères bibliographiques

- Matharan J, Micheau J, Rigal E. (2009). Le métier de masseur-kinésithérapeute. Plein Sens, ONDPS. 124 p.
- Olry P, Lang N, Froissart MT. (2006). Etude exploratoire de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux : de l'analyse de l'action professionnelle à la conception d'un référentiel d'intervention. Afrek. 124 p.
- Articles R. 4321* du Code de la santé publique. Section 1 : Actes professionnels.
- Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.
- Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire.

L'ORS et l'URPS autorisent l'utilisation et la reproduction des résultats de cette étude sous réserve de la mention des sources. Cette publication est téléchargeable sur www.santepaysdelaloire.com et www.urps-mk-paysdelaloire.fr