

Modélisation: accès direct à la physiothérapie en Suisse

Résumé

02.10.2025

Mandante: Physioswiss
Auteur·trice·s: Stefan Boes, Maria A. Cattaneo, Roberto Monfermoso, Noémi Nagy

Contact: Stefan Boes, stefan.boes@unilu.ch, tél. +41 41 229 59 49

Objectif du projet et approche

La hausse continue des coûts pose des défis majeurs au système de santé suisse et figure parmi les principales préoccupations de la population. Les maladies musculosquelettiques représentent une part considérable de ces coûts; les douleurs dorsales et au genou comptent notamment parmi les affections les plus fréquentes, entraînant des coûts directs et indirects élevés. Dans ce contexte, la question se pose de savoir dans quelle mesure un accès direct à la physiothérapie pourrait non seulement améliorer les résultats thérapeutiques et la satisfaction des patient·e·s, mais aussi contrer la pression sur les coûts dans le système de santé. Des études internationales suggèrent que l'accès direct peut être rentable et durable, d'une part en réduisant directement la charge de morbidité, et d'autre part en prévenant la chronicisation, en renforçant l'autogestion et en déchargeant les médecins de famille. Actuellement, l'assurance obligatoire des soins (AOS) ne rembourse toutefois la physiothérapie que sur prescription médicale.

Ce projet vise donc à évaluer le potentiel d'économies qui pourrait être réalisé si, en Suisse, les patient·e·s souffrant de douleurs dorsales et au genou pouvaient consulter directement un·e physiothérapeute – c'est-à-dire sans prescription préalable (accès direct, DAPT) – par rapport au parcours actuel dirigé par le médecin (*Physician-Led Care Model*, PLCM). À cette fin, des études internationales ont été systématiquement rassemblées et analysées, puis les effets observés ont été transposés dans un modèle de coûts spécifique à la Suisse.

Résultat principal

L'accès direct à la physiothérapie (DAPT) est associé, en moyenne, à des coûts plus faibles. Les études incluses – axées sur des protocoles d'essais contrôlés randomisés – révèlent une réduction moyenne de 8,02% des coûts directs de santé et de 43,26% des coûts indirects (liés par exemple aux arrêts de travail ou aux pertes de productivité) par rapport au modèle de soins dirigés par un médecin (PLCM). En transposant ces résultats à la Suisse et en se basant sur une estimation prudente d'une part de DAPT de 25%, l'accès direct générerait, pour les douleurs dorsales, des économies directes annuelles d'environ 144 à 156 millions de CHF. Le potentiel d'économie concernant les coûts indirects se situe, selon la méthode d'évaluation, entre 0,59 et 1,09 milliard de CHF par an. Pour les douleurs au genou, le potentiel d'économies supplémentaire sur les coûts directs est estimé à environ 18 à 19,5 millions de CHF par an. Pris dans l'ensemble, ces montants ne représentent certes qu'une faible proportion des dépenses totales de santé (environ 0,2%), mais ils revêtent une importance sociétale majeure, compte tenu de l'ampleur particulièrement élevée des coûts indirects.

D'où proviennent ces différences? Le DAPT modifie le parcours de soins: il faut s'attendre à une augmentation des prestations de physiothérapie. Parallèlement, les données internationales suggèrent que les dépenses liées à l'imagerie médicale ainsi qu'aux prestations ambulatoires et hospitalières diminuent. Au final, il en résulte un bénéfice net par patient·e. Pour l'impact global, la part effective de recours au DAPT est également déterminante: plus cette part est élevée, plus le potentiel d'économie est important.

Quelle est la fiabilité de ces résultats? Les calculs du modèle intègrent différentes approches qui indiquent toutes des potentiels d'économies similaires. De plus, les paramètres centraux du modèle – tels que la part de DAPT, les tarifs et les prévalences – ont été vérifiés à l'aide d'analyses de sensibilité. Ces analyses confirment la robustesse des résultats principaux, tout en identifiant les domaines où des données suisses plus précises permettraient de réduire nettement la marge d'incertitude.

Pourquoi une étude pilote suisse est-elle nécessaire? Il n'existe à ce jour aucune étude en Suisse mesurant directement les effets du DAPT sur les coûts. Par ailleurs, les données de coûts spécifiques par diagnostic, notamment pour les douleurs au genou, sont limitées. Cela impose aujourd'hui de recourir à des extrapolations basées sur des sources internationales ou des estimations de coûts plus anciennes, ce qui comporte une part d'incertitude. Une étude pilote permettrait de combler cette lacune: elle fournirait des chiffres adaptés au contexte suisse et poserait ainsi les bases d'une évaluation exhaustive.

À quoi ressemblerait une telle évaluation? Dans le contexte actuel, une analyse coût-efficacité ou coût-utilité s'avère particulièrement appropriée. Concernant les critères d'évaluation cliniques, il est recommandé de prendre en compte les dimensions centrales de l'efficacité: la douleur, la capacité fonctionnelle et la qualité de vie liée à la santé. En complément, des mesures axées sur les patient·e·s permettraient d'évaluer la pertinence de ces critères cliniques. Au niveau des processus, les données relatives aux délais d'attente, aux parcours d'orientation et à la satisfaction des patient·e·s sont particulièrement pertinentes. Celles-ci devraient être complétées par des indicateurs médico-économiques détaillés sur les coûts de traitement et l'utilisation des ressources en physiothérapie, dans les soins ambulatoires et stationnaires, ainsi que pour l'imagerie et la médication. Cette approche permettrait d'évaluer conjointement l'efficacité clinique, l'expérience patient et les effets économiques.

Quelles sont les limites de la présente analyse? En l'absence d'études sur le rapport coût-efficacité du DAPT en Suisse, des données issues d'études internationales ont été utilisées. Or, les pays de référence présentent des différences en termes d'accès, de financement et de rôles des groupes professionnels, ce qui limite la transposabilité. En raison du manque de données, des simplifications ont également été nécessaires: ainsi, le modèle ne rend compte que de manière incomplète, par exemple, des limites de capacité, des délais d'attente et des répercussions (dus par exemple à une modification de la demande).

Que signifient ces résultats pour la pratique? Si le DAPT était introduit en Suisse, il serait nécessaire de mettre en place des standards clairs en matière de qualité et de sécurité (ex: dépistage des *red flags*, modalités de réorientation définies, triage structuré). Cette évolution aurait des répercussions sur la formation initiale et continue, la supervision, ainsi que sur les processus et l'infrastructure informatique. Parallèlement, elle offrirait l'opportunité d'accroître l'efficacité et la qualité des soins. Les médecins pourraient se concentrer davantage sur les cas complexes et le co-management, tandis que les physiothérapeutes contribueraient à décharger les soins médicaux de base.

Conclusion

Selon des hypothèses réalistes, le DAPT peut réduire les coûts directs de santé ainsi que les coûts sociaux indirects liés aux douleurs dorsales et au genou, tout en garantissant une qualité de soins au moins équivalente, comme le montrent les études internationales. Une étude pilote soigneusement planifiée, s'appuyant sur une collecte de données à grande échelle, constitue la prochaine étape indispensable. Elle permettra de démontrer de manière fiable les bénéfices, la sécurité et les coûts pour la Suisse, et d'ouvrir la voie à une décision éclairée quant à sa mise en œuvre.