

Démarche : Accès direct en CPTS

Organisme : Ministère de la santé

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Le décret n° 2024-618 du 27 juin 2024 relatif à l'expérimentation permettant aux masseurs kinésithérapeutes participant à une communauté professionnelle territoriale de santé d'exercer leur art sans prescription médicale précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue à 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.

Il autorise à titre expérimental pour cinq ans les masseurs kinésithérapeutes participant à une communauté professionnelle territoriale de santé mentionnée à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique 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.

L'arrêté relatif à l'expérimentation permettant aux masseurs kinésithérapeutes regroupés au sein d'une communauté professionnelle de santé d'exercer leur art sans prescription médicale fixe la liste des départements participant à l'expérimentation :

- Aude ;
- Deux-Sèvres ;
- Côtes d'Armor ;
- Gers ;
- Haute-Corse ;
- Haut-Rhin ;
- Isère ;
- Loiret ;
- Martinique ;
- Mayotte ;
- Meurthe-et-Moselle ;
- Nord ;
- Réunion ;
- Rhône ;
- Seine-Maritime ;
- Tarn ;
- Var ;
- Vendée ;
- Yonne ;
- Yvelines.

La déclaration de participation à l'expérimentation est exclusivement nominative et doit être réalisée pour chaque praticien installé, titulaire ou collaborateur.

## Accès direct en CPTS

Les praticiens remplaçants ne peuvent pas participer à l'expérimentation.

### Je souhaite

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Déclarer ma participation à l'accès direct en tant que masseur-kinésithérapeute
- ☐ Déclarer les réorientations effectuées après la prise en charge d'un patient en accès direct
- ☐ Signaler les événements indésirables survenus chez des patients reçus en accès direct
- ☐ Déclarer l'absence d'événement indésirable survenu chez des patients reçus en accès direct
- ☐ Transmettre annuellement le document justifiant de l'exercice, pour l'année en cours, dans une communauté professionnelle territoriale de santé

### Région

### Département

- ☐ Aude

☐ ASSO CPTS MHVA

☐ ASSOCIATION CPTS ALARIC

☐ ASSOCIATION CPTS DU CABARDES

☐ CPTS DU BASSIN CARCASSONNAIS

☐ CPTS DU GRAND NARBONNE

☐ CPTS DU LAURAGAIS AUDOIS

- ☐ Côtes-d'Armor

☐ ASSOCIATION CPS DU KREIZ BREIZH

☐ ASSOCIATION CPTS PENTHIEVRE

☐ ASSOCIATION PSL SUD GOELO

☐ CPTS AMOR ARGOAT

☐ GPT PROF SANTE COTE GRANIT ROSE

- ☐ Deux-Sèvres

☐ CPTS BIG UP SANTE GATINE

☐ CPTS DU BOCAGE BRESSUIRAIS

☐ CPTS DU NIORTAIS

☐ CPTS SUD DEUX SEVRES

☐ CPTS THOUARSAIS - VAL DE THOUET

- ☐ Gers

☐ ASSOC CPTS TENAREZE

☐ ASSOC PS DU CANTON DE NOGARO

☐ ASSOCIATION CPTS DU SUD EST GERSOIS

☐

## Accès direct en CPTS

☒ CPTS Nord Lomagne

☒ CPTS SUD OUEST GERSOIS

☐ Haute-Corse

☒ CPTS DE BALAGNE

☐ Haut-Rhin

☒ CPTS COLMAR AGGLO

☒ CPTS DU THUR DOLLER

☒ CPTS Florival Vallée Noble

☒ CPTS MULHOUSE AGGLOMERATION

☒ CPTS MUNSTER

☒ CPTS RHIN-BRISACH

☒ CPTS SAINT LOUIS

☒ CPTS SUNDGAU

☐ Isère

☒ ASSO DES PS DE SANTE SUD GRESIVAUDAN

☒ CPTS BASSIN ROUSSILLONNAIS

☒ CPTS BIEVRE ISERE

☒ CPTS DE GRENOBLE

☒ CPTS DE LA PORTE DU DAUPHINE

☒ CPTS DE VIENNE

☒ CPTS DES PAYS BERJALLIENS

☒ CPTS DRAC RIVE GAUCHE

☒ CPTS DRAC SUD

☒ CPTS DU PAYS DES COULEURS

☒ CPTS DU VOIRONNAIS

☒ CPTS GRESIVAUDAN

☒ CPTS LACS ET MONTAGNES DU SUD ISERE

☒ CPTS NERON CHARTREUSE

☒ CPTS NORD DAUPHINE PORTE DE SAVOIE

☒ CPTS SUD EST GRENOBLE

☒ VERTASANTE

☐ La Réunion

☒ CPTS AUSTRALE

☐

## Accès direct en CPTS

- ☒ CPTS EST
- ☒ CPTS NORD DE LA REUNION
- ☒ CPTS OUEST
- ☒ CPTS REUNION SUD-OUEST
- ☐ Loiret
  - ☒ ASSO CPTS DU GATINAIS MONTARGOIS
  - ☒ CPTS BEAUCE-GATINAIS
  - ☒ CPTS DE L'EST ORLEANAIS
  - ☒ CPTS DU GIENNOIS-BERRY
  - ☒ CPTS OUEST LOIRET
  - ☒ CPTS'ORLEANAISE
  - ☒ CPTS SOLOGNE
- ☐ Martinique
  - ☒ CPTS MADININA
- ☐ Mayotte
  - ☒ Association des Professionnels de Santé du Sud (APSS)
  - ☒ CPTS de Petite Terre
- ☐ Meurthe-et-Moselle
  - ☒ CPTS COEUR DE MEURTHE ET MOSELLE
  - ☒ CPTS DE LA FAIENCE ET DU CRISTAL
  - ☒ CPTS DE MOSELLE ET MADON
  - ☒ CPTS DU PAYS HAUT
  - ☒ CPTS DU SAINTOIS
  - ☒ CPTS DU SEL& VERMOIS
  - ☒ CPTS DU SUD TOULOIS
  - ☒ CPTS DU TERRITOIRE DE BRIEY
  - ☒ CPTS METROPOLE NANCEIENNE
  - ☒ CPTS MUSSIPONTAINE
  - ☒ CPTS NORD TOULOIS
- ☐ Nord
  - ☒ CPTS ALLIANCE SANTE NORD OUEST
  - ☒ CPTS ASSOCIATION SANTE PEVELE DOUAISIS
  - ☒ CPTS BBH
  - ☐

## Accès direct en CPTS

☒ CPTS COEUR D'OSTREVENT

☒ CPTS DE LA MARQUE

☒ CPTS DE LA PORTE DES WEPPES

☒ CPTS DE L'AMANDINOIS

☒ CPTS DE ROUBAIX

☒ CPTS DE TOURCOING-MOUVAUX-N EN FERRAIN

☒ CPTS DES 7 VILLES

☒ CPTS DES WEPPES

☒ CPTS DEULE - MARQUE

☒ CPTS DU GRAND DOUAI

☒ CPTS DU HAUT ESCAUT

☒ CPTS FIVES HELLEMES MONS

☒ CPTS GRAND DENAIN

☒ CPTS GRAND VALENCIENNES

☒ CPTS LILLE OUEST

☒ CPTS LITTORAL NORD

☒ CPTS LYS ARMENTIÈRES

☒ CPTS PAYS DE CAMBRESIS

☒ CPTS PEVELE CAREMBAULT SECLIN

☒ CPTS SAMBRE AVESNOIS

☒ CPTS SUD METROPOLE LILLOISE

☒ CPTS VAL DE SAMBRE

☒ CPTS VALLÉE DE LA LYS

☒ POLE DE SANTÉ SUD AVESNOIS

☐ Rhône

☒ CPTS DES VALLONS DU LYONNAIS

☒ CPTS BEAUJOLAIS DOMBES

☒ CPTS CROIX-ROUSSE PRESQU'ILE

☒ CPTS DE BRON

☒ CPTS DE CALUIRE

☒ CPTS DE L OZON

☒ CPTS DE L'EST LYONNAIS COPSEL

☒ CPTS DE L'OUEST RHODANIEN

☐

## Accès direct en CPTS

☒ CPTS DE L'YZERON

☒ CPTS DE VAULX EN VELIN

☒ CPTS DE VILLEURBANNE

☒ CPTS DES COTEAUX RHODANIENS

☒ CPTS DES MONTS DU LYONNAIS

☒ CPTS DU VAL DE SAONE

☒ CPTS INTERPRO SANTE VENISIEUX

☒ CPTS LE GRAND LARGE

☒ CPTS LYON 3

☒ CPTS LYON 5

☒ CPTS LYON 6EME

☒ CPTS LYON 7EME

☒ CPTS LYON 9EME

☒ CPTS LYON NORD - LA COTIERE

☒ CPTS LYON SUD

☒ CPTS OUEST LYONNAIS

☒ CPTS REGION DE CONDRIEU

☒ CPTS SAINT-PRIEST MIONS

☐ Seine-Maritime

☒ ASSOCIATION CPTS AGGLOMERATION

☒ ASSOCIATION CPTS DU PAYS DE CAUX

☒ ASSOCIATION CPTS ROUEN COEUR METROPOLE

☒ ASSOCIATION CPTS SANTE SUR SEINE

☒ ASSOCIATION DE LA PREFIGURATION DE LA CPTS BRAY ET BRESLE MAISON DE SANTE

☒ ASSOCIATION DE PREFIGURATION CPTS DIEPPE

☒ CPTS CAUX SEINE ESTUAIRE

☒ CPTS DU TERRITOIRE ELBEUVIEN

☒ CPTS HAVRAISE SEXTANT 76

☒ CPTS MED'IN CAUX

☒ CPTS PLATEAU EST ROUEN

☒ CPTS SEINE AUSTREBERTHE

☒ CPTS VALLEE DE SEINE

☐ Tarn

☐

## Accès direct en CPTS

☒ CPTS CARMAUSIN SEGALA

☒ CPTS DU GRAND ALBIGEOIS

☒ CPTS DU GRAND GAILLACOIS

☒ CPTS OUEST

☒ CPTS SUD TARN

☐ Var

☒ CPTS COEUR DU VAR

☒ CPTS DRACENIE PROVENCE VERDON

☒ CPTS DU GOLFE

☒ CPTS EST-VAR PAYS DE FAYENCE

☒ CPTS HYERES ET ILES D'OR

☒ CPTS LA SEYNE TOULON OUEST

☒ CPTS PAYS DES MAURES-LITTORAL

☒ CPTS PROVENCE VERTE

☒ CPTS TOULON LITTORAL

☒ CPTS VALLEE DU GAPEAU

☒ CPTS VAR ESTEREL MEDITERRANEE

☒ CPTS VAR OUEST

☒ CPTS VAR PROVENCE MEDITERRANEE

☐ Vendée

☒ ASSOCIATION CPTS CENTRE VENDEE

☒ ASSOCIATION CPTS DU HAUT BOCAGE

☒ CPTS LITTORAL VENDEEN

☒ CPTS LVO

☒ CPTS PLAINE ET MARAIS

☒ CPTS SUD-VENDEE

☒ CPTS TERRES DE MONTAIGU

☐ Yonne

☒ ASSOCIATION SANTE SERVICES NORD YONNE

☒ CPTS CENTRE YONNE

☒ CPTS GIPS

☒ CPTS GRAND AUXERROIS ET ARMANCE

☒ CPTS PUISAY-FORTERRE

☐

## Accès direct en CPTS

- ☐ ASSO COMM PROF TERRIT SANTE VAL SEINE
- ☐ ASSO COMMUNAUTE PROF VALLEE CHEVREUSE
- ☐ ASSO PROFESSIONNELS RAMBOUILLET TERRIT
- ☐ SOCIATION APSYO
- ☐ SOCIATION CPTS 78 NORD
- ☐ SOCIATION CPTS BOUCLE DE SEINE OUEST
- ☐ SOCIATION CPTS FORT DE YVELINES
- ☐ SOCIATION CPTS GRAND VERSAILLES
- ☐ SOCIATION CPTS NORD EST 78
- ☐ SOCIATION SQYPS
- ☐ CPTS BOUCLE DE SEINE
- ☐ CPTS DU CONFLUENT

### Commune

### Adresse électronique

### N°RPPS

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Document justifiant votre exercice, pour l'année en cours, dans une communauté professionnelle territoriale de santé

Exemple de document à transmettre:

- Attestation sur l'honneur
- Attestation de membre

### Document justifiant l'exercice pour l'année :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ 2025
- ☐ 2026
- ☐ 2027
- ☐ 2028
- ☐ 2029
- ☐ 2030

### Je souhaite participer à l'expérimentation en tant que masseur-kinésithérapeute

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non



## Accès direct en CPTS

**En déposant ma demande de participation à l'expérimentation, je m'engage au respect des conditions de prise en charge sans prescription médicale des patients prévues au décret n° 2024-618 du 27 juin 2024 relatif à l'expérimentation permettant aux masseurs-kinésithérapeutes participant à une communauté professionnelle territoriale de santé d'exercer leur art sans prescription médicale**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**En déposant ma demande de participation à l'expérimentation, j'accepte de figurer sur la liste des masseurs-kinésithérapeutes autorisés à participer l'expérimentation publiée sur le site internet de l'agence régionale de santé**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**En déposant ma demande de participation à l'expérimentation, j'autorise l'agence régionale de santé à transmettre mon nom et coordonnées aux organismes de sécurité sociale**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**En déposant ma demande de participation à l'expérimentation, je m'engage à transmettre toute information pour le suivi et l'évaluation de l'expérimentation : le nombre d'événements indésirables et le nombre de patients réorientés, sont à transmettre sur cette plateforme. Une absence de transmission pourra conduire à un retrait de l'expérimentation**

Les autres éléments d'évaluation notamment les informations relatives à la qualité de la prise en charge; nombre de patients reçus en accès direct et motifs de consultation ; nombre moyen de séances pour ces patients et nombre d'actes réalisés ; nombre de dossiers médicaux partagés mis à jour ; etc.) pourront, lorsque cela est possible, être remontés à l'ARS par les organismes d'assurance maladie.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**En déposant ma demande de participation à l'expérimentation, je m'engage à transmettre annuellement le document justifiant de l'exercice dans une CPTS via cette plateforme**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Nombre de patients réorientés  
Nombre de patient réorienté vers le médecin**

Indiquer 0 si 0 patient réorienté

**Dont réorientations liées à un EI**

Indiquer 0 si 0 patients réorientés suite à un EI

**Nombre de patient réorienté vers les urgences**

Indiquer 0 si 0 patient réorienté

## Accès direct en CPTS

Date de début des patients comptabilisés

Date de fin des patients comptabilisés

Nombre de patient réorienté vers le médecin

Indiquer 0 si 0 patient réorienté

Dont réorientations liées à un EI

Indiquer 0 si 0 patients réorientés suite à un EI

Nombre de patient réorienté vers les urgences

Indiquer 0 si 0 patient réorienté

Date de début des patients comptabilisés

Date de fin des patients comptabilisés

Nombre de patient réorienté vers le médecin

Indiquer 0 si 0 patient réorienté

Dont réorientations liées à un EI

Indiquer 0 si 0 patients réorientés suite à un EI

Nombre de patient réorienté vers les urgences

Indiquer 0 si 0 patient réorienté

Date de début des patients comptabilisés

Date de fin des patients comptabilisés

Événement sanitaire indésirable

Date de survenue de l'événement sanitaire indésirable

Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Décès

## Accès direct en CPTS

- ☐ Mise en jeu du pronostic vital
- ☐ Probable déficit fonctionnel permanent

Quel est l'acte de soin impliqué dans l'évènement ?

Portail de signalement des événements sanitaires indésirables

Merci d'effectuer également le signalement complet sur la plateforme :  
<https://signalement.social-sante.gouv.fr/espace-declaration/profil>

Date de survenue de l'événement sanitaire indésirable

Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Décès
- ☐ Mise en jeu du pronostic vital
- ☐ Probable déficit fonctionnel permanent

Quel est l'acte de soin impliqué dans l'évènement ?

Portail de signalement des événements sanitaires indésirables

Merci d'effectuer également le signalement complet sur la plateforme :  
<https://signalement.social-sante.gouv.fr/espace-declaration/profil>

Date de survenue de l'événement sanitaire indésirable

Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Décès
- ☐ Mise en jeu du pronostic vital
- ☐ Probable déficit fonctionnel permanent

Quel est l'acte de soin impliqué dans l'évènement ?

Portail de signalement des événements sanitaires indésirables

Merci d'effectuer également le signalement complet sur la plateforme :  
<https://signalement.social-sante.gouv.fr/espace-declaration/profil>

## Absence d'événement indésirable survenu chez des patients reçus en accès direct

Je déclare l'absence d'événement indésirable survenu chez les patients reçus en accès direct

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐

## Accès direct en CPTS

### pour l'année

☐ 2025

☐ Année entière

☐ Trimestre 1

☐ Trimestre 2

☐ Trimestre 3

☐ 2026

☐ Année entière

☐ Trimestre 1

☐ Trimestre 2

☐ Trimestre 3

☐ 2027

☐ Année entière

☐ Trimestre 1

☐ Trimestre 2

☐ Trimestre 3

☐ 2028

☐ Année entière

☐ Trimestre 1

☐ Trimestre 2

☐ Trimestre 3

☐ 2029

☐ Année entière

☐ Trimestre 1

☐ Trimestre 2

☐ Trimestre 3

☐ 2030

☐ Année entière

☐ Trimestre 1

☐ Trimestre 2

☐ Trimestre 3