



2013

Axxon, Physical Therapy in Belgium



AXXON
PHYSICAL THERAPY IN BELGIUM

Sommaire

1	Avant-propos	4
2	Mission et vision	6
3	Organisation de l'association	8
3.1	Introduction.....	8
3.2	Organigramme Axxon PTiB	9
3.3	Axxon PTiB - Assemblée générale	10
3.4	Le conseil d'administration	10
3.5	Le DIRCOM	11
3.6	Le COMEX.....	11
3.7	L'administration d'Axxon	11
3.8	Les contacts nationaux	12
3.9	Les contacts internationaux.....	12
3.9.1	WCPT	12
3.9.2	IPPTA	12
3.9.3	CEO-meeting.....	12
4	Fonctionnement de PTiB.....	15
4.1	AXXON Academy	15
4.2	Quality	16
4.3	Belgian Clinical Interest Groups (BCIG)	16
4.4	Centre D'études.....	17
4.5	Défense professionnelle Affaires Sociales	18
4.5.1	Commission de convention	18
4.5.2	Conseil technique.....	18
4.5.3	Comité de l'Assurance	19
4.5.4	Commission budgétaire	20
4.5.5	Commission des profils	21
4.5.6	Comité DGEC	22
4.5.7	Commission consultative des maladies chroniques (CCMC)	23
4.6	Défense professionnelle Santé Publique	24
4.6.1	Conseil National de la Kinésithérapie	24
4.6.2	Commission d'agrément (CA)	25
4.6.3	Commission de planification	25
5	Axxon et la Qualité.....	27
6	Axxon et la Communication	30
7	Axxon et l'informatisation.....	32
8	Finances	34
8.1	Introduction.....	34
8.2	Bilan	35
8.3	Compte des résultats	36
9	Membres	38
9.1	Nombre de membres.....	38
9.2	Paiement	38
10	Quid en 2014 ?.....	41



Introduction



1 Avant-propos

En 2013, l'association Axxon Physical Therapy in Belgium a fait ses adieux à plusieurs figures de proue de la kinésithérapie. Luc Lemense, Simon D'Hooghe, Fons De Schutter et Jean-Jacques Noël ont sans conteste marqué l'image de la kinésithérapie et d'Axxon. Nous ne les oublierons pas et souhaitons les remercier pour les efforts incessants qu'ils ont livrés, tant personnellement que professionnellement. Par ailleurs, nous espérons encore pouvoir occasionnellement faire appel à leur expertise inestimable.

En mai, nous avons accueilli Monsieur Johan Heselmans dans nos rangs, en tant que CEO d'Axxon. En concertation avec la nouvelle équipe de direction, il a développé un nouveau modèle organisationnel pour Axxon Physical Therapy in Belgium. Le conseil d'Administration a été réduit à douze membres et chaque administrateur s'est vu confier une responsabilité bien définie au sein de l'association. Les tâches sont réévaluées tous les six mois, et si nécessaire, la structure organisationnelle ou les missions sont ajustées.

Un investissement substantiel a été réalisé, tant en temps qu'en moyens financiers, dans la plateforme informatique d'Axxon. Ceci exige un effort considérable et beaucoup de flexibilité de la part de tous nos collaborateurs. Notre équipe Axxon est néanmoins déterminée à s'y engager à 200%, afin que toute l'association puisse ainsi délivrer un fonctionnement plus efficace et un plus large éventail de services.

Sur le plan de la défense professionnelle, la situation demeure épineuse. Le contexte économique pousse la Belgique à réaliser des économies jusque dans le secteur des soins de santé. Ainsi, d'importants montants sont détournés de l'assurance-maladie afin de pouvoir aligner notre budget national aux normes imposées par l'Europe. Mais cela reste insuffisant et des dépenses sont finalement postposées via toutes sortes de tour de passe-passe (cf. le paiement en 2014 au lieu de 2013 du statut social des prestataires de soins) ou en générant dès maintenant des revenus futurs (cf. prime de liquidation et prélèvement des impôts sur les assurances vie). En bref, on nous lègue un gigantesque héritage négatif, en sus d'énormes dettes existantes. Dans ce contexte, la recherche de budgets supplémentaires pour l'assurance-maladie est difficile, voire impossible, et cela hypothèque nettement les opportunités pour la kinésithérapie en 2013 et, par extension, pour les années à venir.

Cependant, selon un certain nombre d'économistes de premier plan, beaucoup de choses pourraient être réalisées dans l'assurance-maladie, pour autant qu'on arrive à évacuer quelques vaches sacrées. Mais qui oserait endosser cette responsabilité politique, à l'avant-veille de nouvelles élections ? Quel est le montant total des budgets qui ont disparu de l'assurance-maladie fédérale, ensemble avec le transfert de compétences, à la suite de la sixième réforme de l'Etat ? Qui plus est, que subsiste-t-il vraiment du budget de l'assurance-maladie, et quand le saurons-nous ?

Le modèle de consultation dans la Commission des conventions est obsolète. Le dispensateur de soins y est trop souvent ignoré, si pas induit en erreur. Ce sont les innombrables commissions et niveaux propres à la structure de l'Inami qui en rendent le fonctionnement inefficace. Sans les ajustements nécessaires à la structure et/ou aux aboutissements des dossiers (frais de déplacement, revalorisation des honoraires, harmonisation du statut social avec celui des autres dispensateurs de soins, prime de qualité,...) qui traînent depuis bien trop longtemps dans les armoires, la conclusion d'une nouvelle convention est quasi impossible.

Pendant ce temps, la Ministre est aux prises avec la reconnaissance des ostéopathes. Malgré tous les avis négatifs, elle veut prendre une décision "positive" avant la fin de son mandat. La position

d'Axxon est claire : indépendamment de toute preuve scientifique ou non, une reconnaissance des ostéopathes sans un ajustement à la profession de kinésithérapeute, serait un affront pour le secteur qui met tout en œuvre afin d'offrir un traitement efficace et de qualité aux patients.

Axxon souhaite débattre avec les principaux intervenants en kinésithérapie afin de définir l'avenir de la kinésithérapie. Une politique de soins de santé se doit de réunir les notions essentielles que sont la qualité, la multidisciplinarité, l'informatisation et des moyens limités. Les dispensateurs de formation et de formation continue, les organismes d'assurance, les politiciens, les économistes en matière de santé publique, les associations de patients et les kinésithérapeutes sont invités à réfléchir en fonction de ces perspectives. Le lunch-débat sur les soins chroniques et le groupe de travail sur la kinésithérapie hospitalière ont déjà eu lieu. Ce furent des rencontres très appréciées et instructives, qui donneront forme au dossier de base en la matière. Quant à l'enquête sur la prime informatique, elle a délivré des informations très utiles à la mise en place de négociations dans la Commission de conventions.



Luc Vermeeren
Président
Axxon Physical Therapy in Belgium

2 Mission et vision

Axxon entend

- **Renforcer** la défense professionnelle et l'image de la kinésithérapie et de ceux qui la pratiquent à l'échelon tant local, dans les cercles, que régional, national et international.
- **Garantir** la place de la profession dans les soins de santé généraux, la prévention, le bien-être et la santé de la population belge, par le biais d'une offre de soins durable, appréciée par les autorités, et ce en concertation avec l'ensemble des kinésithérapeutes.
- **Promouvoir** cette prise en charge fondée sur des données scientifiques, en concertation avec les différents niveaux de pouvoir compétents.





Organisation de l'association

3 Organisation de l'association

3.1 Introduction

Après la fondation de l'association en 2009, et un travail de quatre ans au sein d'un conseil d'administration composé par ses fondateurs, les membres d'Axxon ont été amenés à élire démocratiquement, et pour la première fois, un nouveau conseil d'administration.

Un certain nombre de membres fondateurs n'étaient plus statutairement rééligibles, ayant atteint la limite d'âge autorisée. C'est ainsi que nous avons vu partir en 2013 Luc Lemense, Simon D'Hooghe et Jean-Jacques Noël, respectivement président, secrétaire général et administrateur. Fons De Schutter ne se représenta pas non plus afin de se consacrer entièrement à Pro Q Kine, en tant que président. Le 27 juin 2013, les kinésithérapeutes suivants ont été élus comme administrateurs :

1. Eric Brassinne
2. Fabienne Van Dooren
3. Johan Vandenbreen
4. Kim Caluwe
5. Luc Vermeeren
6. Michel Schotte
7. Patrick Wérrion
8. Peter Bruynooghe
9. Philippe Larock
10. Roland Craps
11. Stefaan Peeters
12. Tim Németh

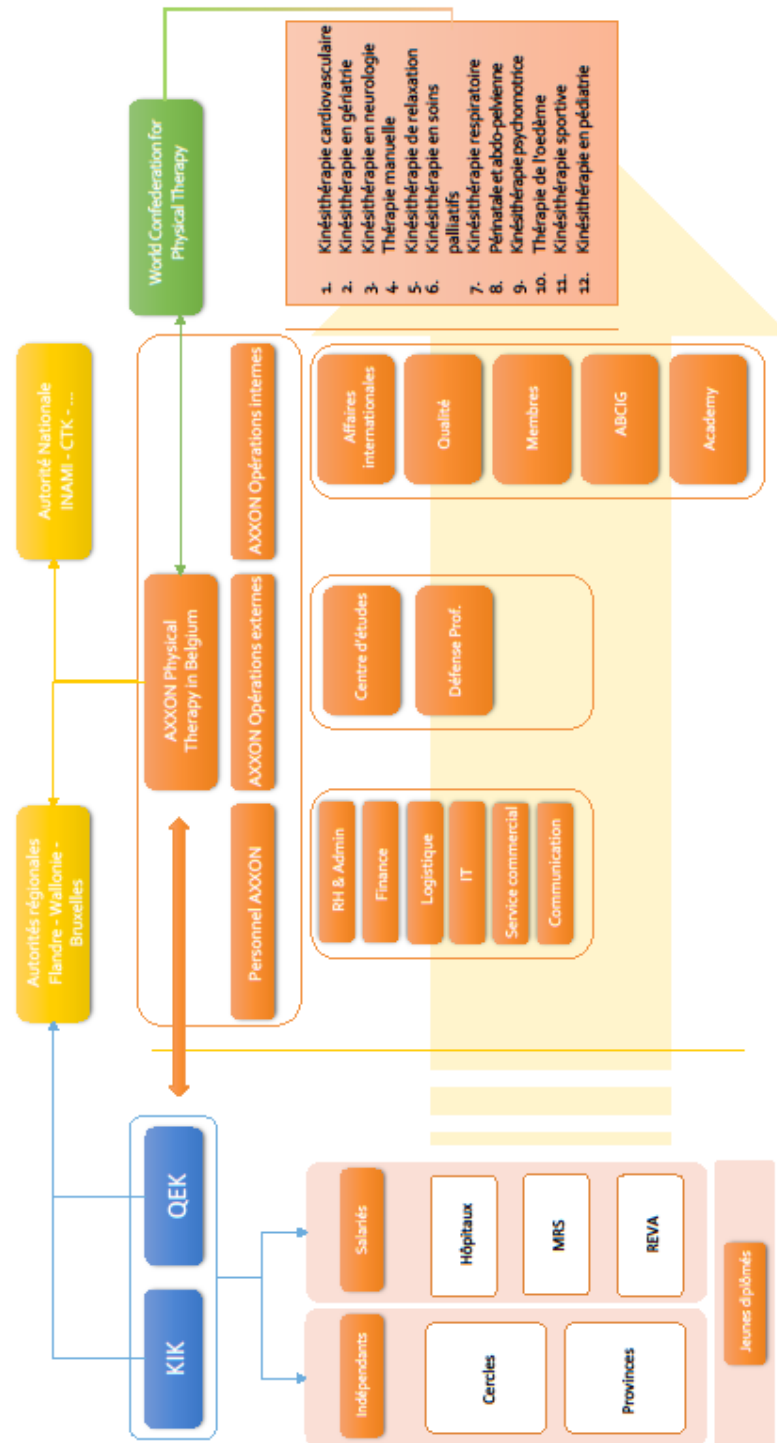
Lors de l'élection de ces douze administrateurs, Luc Vermeeren, Philippe Larock, Michel Schotte et Roland Craps se sont vus attribuer les mandats respectifs de président, vice-président, secrétaire général et trésorier.

En préparation de ces premières élections démocratiques, tous les candidats – élus et non élus – ont débattu de l'avenir d'Axxon et de la façon dont celui-ci devrait évoluer structurellement à l'avenir.

Lors de son entrée en service, le nouveau conseil d'administration a immédiatement accepté de relever ce défi.

Le 15 avril 2013, Johan Heselmans a entamé sa mission de directeur général et, à ce titre, il participera – sans droit de vote – aux réunions de l'assemblée générale et du conseil d'administration.

3.2 Organigramme Axxon PTiB



3.3 Axxon PTiB - Assemblée générale

Les membres de l'assemblée générale sont mandatés pour deux ans. L'assemblée générale est composée comme suit :

- Les membres des deux ailes. L'assemblée générale doit être le reflet des membres d'Axxon, tant en ce qui concerne la langue, que les membres dans les cercles et ceux en dehors.
- Les membres qui ont été élus au conseil d'administration.
- Les membres honoraires. Ceux-ci n'ont qu'une voix consultative.

L'assemblée générale a été convoquée à deux reprises en 2013.

Assemblée générale statutaire – 27 juin 2013

Lors de l'assemblée générale statutaire du 27 juin 2013, les éléments suivants ont été mis à l'ordre du jour :

- Présentation et discussion du rapport annuel 2012.
- Présentation et discussion du rapport financier 2012 (compte de résultats 2012 - bilan 2012 et finances des services Axxon)
- Présentation et discussion du budget 2013
- Adaptation des cotisations à l'indice
- Présentation et discussion du plan stratégique 2013 - 2014
- Économies en 2013
- Perspectives 2013 et 2014 - Perspectives 2013 et 2014.
- Modifications au règlement interne
- Décharge des administrateurs
- Election des administrateurs Axxon PTiB

Après l'élection des nouveaux membres du conseil d'administration, ceux-ci se sont retirés afin de procéder à la réunion d'installation du nouveau conseil d'administration.

Assemblée générale du 17 décembre 2013

Les points suivants figuraient à l'ordre du jour de l'assemblée générale du 17 décembre 2013 :

- Approbation de la proposition de fusionner l'asbl Axxon Services et l'asbl Axxon Physical Therapy in Belgium
- Approbation de la proposition de transférer les actifs et passifs de l'asbl Axxon Services dans l'asbl Axxon PTiB.
- Nomination des administrateurs proposés par l'asbl Axxon Services : Luc Vermeeren, Philippe Larock et Stefaan Peeters
- Budget 2014
- Actualités

3.4 Le conseil d'administration

Il a été décidé de ramener le nombre d'administrateurs de l'association de seize à douze. Chaque membre de l'assemblée générale peut se porter candidat pour une fonction d'administrateur. Le mandat porte sur quatre ans et est renouvelable. Le conseil d'administration réinstallé au 27 juin 2013 choisit en son sein un président, un vice-président, un secrétaire général et un trésorier.

Les douze membres votants du conseil d'administration doivent être complétés par le directeur général qui dirige les opérations quotidiennes de l'organisation et assiste le conseil d'administration dans ses décisions tactiques, stratégiques et opérationnelles.

Le conseil d'administration se réunit chaque premier mardi du mois.

3.5 Le DIRCOM

Afin de travailler de manière efficace, une structure organisationnelle avec des départements internes a été mise en place. En consultant l'organigramme, vous constaterez que les départements suivants ont été créés :

- Département Academy (Fabienne Van Dooren)
- Département BCIG (Stefaan Peeters)
- Département Défense des intérêts (Johan Vandenbreeden)
- Département International (Roland Craps)
- Département Qualité (Peter Bruynooghe)
- Département membres (Stefaan Peeters & Fabienne Van Dooren)
- Département Centre d'Etudes (Tim Németh & Philippe Larock)

Un responsable a été affecté à chaque département. Celui-ci mène et coordonne les opérations dans son département ou sa division, et ce, à partir d'un certain nombre de dossiers concrets. Ces dossiers sont initiés et ensuite coordonnés par chaque responsable. Le DIRCOM (comité de direction) prend des décisions basées sur ces dossiers en cours.

Le comité de direction prend les décisions quotidiennes pour permettre à l'organisation d'aller de l'avant. Lors de la réunion du comité de direction, des décisions sont préparées, discutées, décidées et implémentées. Les décisions qui nécessitent l'approbation du conseil d'administration sont tenues d'être soumises dès que possible à cette réunion. Le comité de direction est responsable des toutes les questions qui ne relèvent pas de la responsabilité de l'assemblée générale ni/ou du conseil d'administration.

Le DIRCOM se réunit mensuellement, chaque troisième mardi du mois

3.6 Le COMEX

Le Comex (comité exécutif) est composé d'un président, d'un secrétaire général et d'un directeur général.

Le COMEX n'est compétent que pour la préparation des divers dossiers traités par le comité de direction. Le COMEX coordonne le fonctionnement quotidien de l'association, sans compétence décisionnelle structurelle, et ne peut donc prendre que des décisions opérationnelles quotidiennes.

3.7 L'administration d'Axxon

Le 15 avril 2013, Johan Heselmans endossait sa fonction de directeur général. Mi-octobre, Anne Sterckx quittait l'organisation en tant responsable communication, et Matthias De Vlieger reprit sa fonction le 15 novembre.

La gestion quotidienne est assurée par Johan Heselmans. Gerda Leemans est responsable de toutes les questions financières, administratives et liées au personnel. En décembre 2013, Karen Thiebaut s'est vue confier la responsabilité de tous les aspects de la production au sein du département communication. Matthias De Vlieger a été engagé afin de développer la facette journalistique du département communication. A partir de janvier 2014, il est prévu d'engager Sébastien Koszulap, actuellement collaborateur dans l'aile francophone, à mi-temps dans une fonction journalistique (francophone).

Karine Lacroix occupe un rôle commercial au sein de l'association et est également responsable pour les contacts directs avec les clients qui souhaitent utiliser notre infrastructure. Valérie Bertels a été recrutée en 2013, en tant que collaboratrice indépendante, afin d'offrir un support supplémentaire au sein du département commercial. Son contrat porte sur toute l'année 2013, et Valérie est disponible pour Axxon un jour par semaine.

3.8 Les contacts nationaux

Axxon entretient divers contacts, dans les deux communautés linguistiques, pour renforcer sa politique de gestion. Les principaux d'entre eux sont :

- Les formations en kinésithérapie
- Les groupes réunissant les kinésithérapeutes qui partagent un intérêt particulier.
- La FVIB & l'UCM
- L'UNIZO & l'UNPLIB
- Les autres associations professionnelles de prestataires de soins.
- Les mutuelles.
- Les partis politiques
- Diverses plateformes de consultation et le Conseil Supérieur – organismes.

3.9 Les contacts internationaux

3.9.1 WCPT

En 2013, 2 Executive Committee meetings de l'ER-WCPT ont eu lieu (Bruxelles et Copenhague). Le groupe de travail EU Matters s'est également réuni 2 fois (Malte et Copenhague). Axxon a également participé à une dizaine de réunions organisées par la Commission Européenne, dont la plupart ont été dominées par la révision et la publication des Lignes de Conduite Européennes pour les Qualifications Professionnelles (2005/36/EC et 2013/55/EC). L'un des plus importants éléments de cette révision, et de ce fait le plus grand défi pour 2014, sera sans aucun doute le développement de la Carte Professionnelle Européenne, dans lequel la kinésithérapie jouera un rôle important. Cette évolution importante permettra d'assurer que les procédures administratives gigantesques seront simplifiées lorsque l'on veut travailler dans un autre pays de l'Union européenne ou dans un pays de l'EAA.

3.9.2 IPPTA

L'assemblée générale de l'IPPTA a eu lieu du 13 au 15 septembre 2013 à Harrogate, en Grande-Bretagne. Le vendredi 13, le comité exécutif s'est réuni afin de planifier les journées suivantes. Le samedi 14 septembre se plaçait entièrement sous le signe de « la journée de travail ». Comme l'IPPTA est l'unique sous-groupe non clinique de la WCPT réunissant des kinésithérapeutes indépendants, une journée est systématiquement consacrée au thème de "la gestion du cabinet". L'orateur invité était Jon Wigley qui a présenté un exposé sur l'évolution d'un cabinet au fil des ans, en mettant l'accent sur les écueils, les moments de croissance et la phase de consolidation avant de lever le pied et de se concentrer sur la vie après la pratique de kiné. Le restant de la journée, les participants ont travaillé en petits groupes internationaux. L'assemblée générale s'est déroulée le dimanche 15 septembre. Après la présentation officielle, chaque pays-membre représenté a eu l'occasion de décrire la situation actuelle de la kinésithérapie dans son pays, suivi par une session de questions-réponses avec les participants présents. Cette forme d'interaction directe et d'échange d'informations a suscité tellement d'enthousiasme auprès de l'assemblée générale, qu'il a été immédiatement voté pour l'application de cette méthode de travail à chaque réunion. Après un weekend de motivation internationale, nous avons bien dû rentrer chez nous, mais avec la ferme intention de briguer une place au sein du comité exécutif en 2015.

3.9.3 CEO-meeting

Au sein de la WCPT, tous les Chief Executive Officers se rencontrent deux fois par an afin de discuter du contenu de certains dossiers et pour échanger leurs expériences. Cette réunion CEO est organisée dans l'un des pays des organisations membres sur la base d'une rotation.

Etant donné que Johan Heselmans n'avait pas encore pris ses fonctions au mois de mars, c'est le président Luc Lemense, qui prit le rôle de président hôte pendant la réunion CEO organisée à Anvers.

Au mois de septembre, Johan Heselmans participa à la deuxième réunion CEO de l'année à Helsinki en Finlande.



Fonctionnement

4 Fonctionnement de PTiB

4.1 AXXON Academy

Axxon Academy est un département de la nouvelle structure d'Axxon PTiB mise en place suite à l'Assemblée Générale de juin 2013. La kinésithérapie évolue, la formation des professionnels doit suivre le mouvement. Axxon se doit donc de proposer une formation continue au service des kinésithérapeutes et de la kinésithérapie. Elle ne peut assurer seule cette tâche, c'est pourquoi elle veut ériger cela en collaboration avec les instituts de formation, les Hautes Ecoles et les Universités, en bénéficiant des connaissances de nos partenaires. Ces formations complémentaires s'adressent en première instance à des professionnels déjà formés.

Ce département se base sur quatre piliers afin de maintenir et développer les compétences des kinésithérapeutes :

- Fondements même du métier : actualisation des techniques
- Management : Être bon kinésithérapeute n'est pas forcément synonyme de bon gestionnaire. Ce module a pour but de donner les bases afin de mieux gérer sa pratique sur les plans financier, humain et administratif. Le passage en société y sera également introduit.
- Informatisation : le train de l'informatisation des soins de santé a bien pris son départ. Les kinésithérapeutes vont devoir y monter et à cette fin, nous mettons tout en œuvre pour les accompagner.
- Gestion de fin de carrière : après une longue et belle carrière, il est temps de profiter d'une longue et belle retraite. Comment la préparer, comment remettre son cabinet, sa patientèle ? Comment faire usage du montant du statut social ?

Afin de mettre tout cela en route, des concertations auront lieu en début d'année 2014 avec les Hautes Ecoles et Universités pour délimiter clairement les missions de chacun.

Les premières formations aux compétences de gestion se dérouleront en avril – mai 2014.

4.2 Quality

A l'automne 2013, la cellule stratégique Qualité, en collaboration avec l'asbl Pro-Q-Kiné (Promotion de la Qualité en kinésithérapie), a poursuivi le développement et l'implémentation du registre de qualité pour les kinésithérapeutes via www.kinesitherapie.be. Tous les kinésithérapeutes qui ont créé un portfolio PE-online seront inclus dans le registre de qualité. Les collègues qui répondent aux critères de qualité de PE-online, seront en outre mis en exergue dans le registre. Afin de répondre aux critères de qualité, vous devez accumuler des heures de formation continue, compléter des listes de contrôle concernant l'organisation du cabinet et le dossier kinésithérapeute, remplir des questionnaires patients et d'auto-évaluation, et suivre ou organiser des activités de GLEKK.

Dans le courant 2014, le registre de qualité sera par ailleurs promu auprès de nombreuses associations de patients. Il trouvera aussi sa place auprès d'autres dispensateurs de soins de première ligne via, entre autres, les cercles de médecine générale, les associations d'infirmiers, les dentistes, les pharmaciens, etc.

A l'automne 2014, un certain nombre de peer reviews seront disponibles et pourront être utilisés dans les GLEK (Groupement Local d'Évaluation en Kinésithérapie) pour le kinésithérapeute indépendant et les collègues actifs dans les centres de soins et de logement, ainsi que les hôpitaux. Ces peer reviews sont greffés sur les directives européennes et néerlandaises existantes et les evidence statements du KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) parmi lesquels l'AVC, la BPCO, l'arthrose de la hanche et du genou, la revalidation cardiaque, les lombalgies, la ménisectomie, la maladie de Parkinson, l'arthrite rhumatoïde, le coup du lapin, la revalidation après la reconstruction du ligament croisé antérieur et le cancer du sein.

En 2014, la cellule stratégique qualité continuera à se concentrer sur l'organisation du cabinet et des soins. Les résultats des questionnaires patients et des auto-évaluations fourniront au kinésithérapeute un audit de ses bons et mauvais résultats. Axxon pourra faciliter la mise en place de mesures de correction et endosser un rôle de coach pour le cabinet sous la forme de consultance. La priorité ira à la planification des points de correction et les actions définies devront effectivement être mises en place dans le cabinet. Ensuite, on procédera au contrôle, à la mesure et au monitoring des actions. Enfin, ces actions seront ajustées et l'on tentera de les intégrer dans la pratique quotidienne.

La demande de programmes d'exercices est grande et le marché (de prévention) est étendu. Pour un kinésithérapeute, il est important d'être actif sur ce marché. En collaboration avec le KNGF, nous allons offrir des « programmes d'exercices ». Grâce à la « check-list de programme d'exercice », le kinésithérapeute peut vérifier si ses programmes d'exercices sont en ligne avec les exigences des preuves scientifiques les plus récentes. Grâce aux "Standaarden Beweginginterventies" (normes pour les interventions d'exercice), le kinésithérapeute peut mieux accompagner les personnes atteintes d'une affection chronique vers une vie plus saine et plus active. A ce jour, sept normes KNGF sont parues pour les interventions d'exercices, dont l'ostéoporose, la BPCO, les maladies coronariennes, l'arthrose et l'oncologie.

L'informatisation (Vitalink, E-health,...) fait une entrée fracassante dans le cabinet du kiné. Un soutien continu du cabinet et une formation prolongée constitueront un enjeu vital dans les mois à venir.

4.3 Belgian Clinical Interest Groups (BCIG)

En août 2013, Axxon décidait de relancer l'initiative d'accueillir les kinésithérapeutes avec des compétences spécifiques sous la coupole Axxon. Les négociations avec les groupes d'intérêt existants avaient précédemment échoué en raison de différences légales et d'interprétations divergentes.

Axxon justifie ce redémarrage par les principes suivants :

- Axxon est bien consciente que les kinésithérapeutes peuvent trouver leur bonheur dans une série d'intérêts spécifiques et souhaite y être ouverte, pour autant qu'il y ait une certaine pertinence sociétale et un cadre de recherche propre au sein de la kinésithérapie.
- La liste non exhaustive des douze domaines d'intérêt spécifique retenus par le Conseil National de Kinésithérapie est considérée comme point de départ pour la création de divers BCIG.
- La mise en place des BCIG au sein de l'association professionnelle est une étape-clé vers la reconnaissance internationale des kinésithérapeutes belges avec des compétences spécifiques au travers de l'association-mère, à savoir AXXON Physical Therapy in Belgium.
- Chaque collègue ayant suivi une formation ou ayant acquis une compétence spécifique par le biais d'un groupe d'intérêt actif sur le terrain, en Belgique ou à l'étranger, doit pouvoir s'affilier à Axxon, via le BCIG représentant son domaine d'intérêt.
- La nouvelle équipe au sein d'Axxon a choisi de laisser derrière elles les modèles légaux précédents et le modèle conflictuel qui lui avait été laissé. Elle opta plutôt pour une collaboration de confiance avec les représentants respectifs des groupes d'intérêt.

Après une première réunion à l'automne 2013 avec les représentants des divers groupes d'intérêt, nous cherchons à présent comment collaborer au mieux ensemble. C'est ainsi qu'il a été décidé de rédiger un projet d'accord dans lequel les tâches des partenaires sont clairement décrites. Les différentes propositions et tâches, et la viabilité financière d'une collaboration, ont été mises sur la table en novembre, pour rapidement constater qu'une collaboration était possible pour la plupart des textes. Un consensus a été atteint sur la définition des critères d'un BCIG, les opportunités communes, l'offre et la représentation indirecte auprès de l'assemblée générale d'Axxon. La plupart des associations existent depuis bien plus longtemps qu'Axxon. Par respect et afin de souligner l'importance des associations avec des connaissances spécifiques dans un domaine particulier de la kinésithérapie, le conseil d'administration d'Axxon a émis le souhait explicite de reconnaître les associations existantes sur le terrain au sein de la structure des BCIG. Seuls les membres communs, et les membres individuels d'Axxon avec un intérêt spécifique, peuvent entrer en compte, via leur BCIG respective, pour une représentation indirecte auprès de l'assemblée générale d'Axxon. A la lumière de cette reconnaissance et de l'évaluation des implications financières pour tous les groupes, une prochaine consultation est prévue en 2014 en vue de renforcer la collaboration.

4.4 Centre D'études

En août 2013, nous portions le centre d'études Axxon sur les fonts baptismaux. L'idée étant que des membres kinésithérapeutes puissent préparer et introduire un dossier, et ensuite y collaborer, accompagné soit par Philippe Larock, s'il s'agit d'un dossier francophone, soit par Tim Németh, dans le cas d'un dossier néerlandophone. Le centre d'études travaillera en proche collaboration avec le département de défense des intérêts. Une première tâche était d'établir une liste des dossiers déjà sur la table du conseil technique depuis quelque temps, et/ou des dossiers en cours d'élaboration. Cet inventaire est à présent terminé et les membres ont été invités à s'engager dans un dossier relevant d'un domaine d'intérêt spécifique ou général. Deux dossiers concrets dans lesquels des membres motivés se sont déjà engagés, sont celui concernant la psychomotricité et celui des patients atteints de paralysie cérébrale.

Par ce biais, le centre d'études lance un appel aux membres d'Axxon pour l'introduction de dossiers concernant la revalorisation de notre métier, la qualité sur le terrain, et les traitements nécessaires pour nos patients. C'est à l'association professionnelle qu'incombe la soumission de dossiers concrets.

Il est de notre responsabilité de souligner la nécessité de nos traitements qualitatifs ; de les appliquer, de les étoffer et de les défendre via les canaux officiels.

4.5 Défense professionnelle Affaires Sociales

4.5.1 Commission de convention

Mi-2013, la Ministre rend obligatoire la réintroduction de la seconde séance quotidienne chez les patients atteints d'une pathologie E, et ce, rétroactivement depuis le 1er janvier 2013. Pourtant, cette mesure avait été prise par la Commission d'agrément afin de pouvoir générer l'index additionnel en 2013. Ceci oblige dès lors le secteur à réaliser une économie de 1.066.000 € en prélevant ce montant de la masse d'index pour 2014 (1,39 %).

Axxon rejette la diminution de l'indexation et accepte la proposition d'introduire une indexation linéaire de 1,39 % à condition qu'une modification de nomenclature soit approuvée ce qui devrait générer l'épargne recherchée. Cette condition sera annulée si les estimations techniques du budget garantissent une marge suffisante.

La prolongation de la période de paiement pour les avantages sociaux est approuvée. Ceci implique que l'Inami peut payer la prime pour le statut social des kinésithérapeutes et des pharmaciens jusqu'au 15 janvier de l'année suivante, au lieu du 15 décembre de l'année en cours, chose déjà acquise pour les autres groupements professionnels.

L'Inami vise une plus grande transparence financière des soins de santé. Sur son site web, tous les dispensateurs de soins sont répertoriés individuellement, avec mention de leur position par rapport aux accords et conventions. Cette réforme signifie que tous les dispensateurs devront pouvoir présenter l'uniforme et un document approuvé comme preuve dans toutes les situations où le certificat pour prestations de soins n'est pas délivré (tiers payant, acomptes, suppléments,...). Cette formalité sera allégée pour les dispensateurs qui ont recours à l'informatique.

Un groupe de travail sera formé autour de la perception du ticket modérateur, et vérifiera quels dispensateurs n'atteignent pas 85 % de perception du ticket modérateur. La Commission d'agrément devra déterminer les critères d'évaluation selon lesquels les collègues qui ne se conforment pas à la règle des 85 %, seront examinés.

Pour 2014, une indexation de 1,9 % est prévue.

Trois points ont été proposés par le Conseil Technique de Kinésithérapie pour les budgets additionnels en 2014 :

- La poursuite du projet de promotion de la Qualité, avec un incitant financier pour les kinésithérapeutes participants.
- La revalorisation des honoraires pour les prestations effectuées à domicile.
- Une deuxième « grande séance » quotidienne pour les soins intensifs hospitaliers.

Monsieur Ghilain, président de la Commission d'agrément, souligne néanmoins que les moyens additionnels pour l'assurance-maladie en général sont très limités pour 2014 - et pour les années suivantes -, et conseille donc de ne définir qu'un seul projet prioritaire. Nous proposons de soumettre comme priorité l'incitant financier pour les kinésithérapeutes qui répondent aux critères du système de qualité.

In fine, seule fut retenue l'indexation linéaire des honoraires en 2014.

L'attitude peu fiable des organismes assureurs dans des dossiers tels que la promotion de la qualité et la réintroduction de la seconde séance quotidienne chez les patients atteints d'une pathologie E est étonnante et plombe le modèle de concertation des accords et conventions entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs.

4.5.2 Conseil technique

Lors de l'année 2013, le CTK a tenu sept réunions durant lesquelles dix-huit notes ont été analysées.

Au début de cette année, le CTK a formulé des réponses à différentes questions, concernant notamment l'endermologie, l'examen postural ou encore l'aquabiking.... Il a également approuvé les notes concernant la modification des libellés des séances (afin d'harmoniser ceux-ci sur l'apport personnel du kinésithérapeute) ainsi que la scission des « settings » pour les patients qui se trouvent en résidence pour personnes handicapées et ceux séjournant en maison de soins psychiatriques (afin d'avoir un meilleur suivi de ces prestations).

Le CTK a reçu différents courriers dénonçant la suppression de la deuxième séance en pathologies lourdes, pour les patients IMC, les patients atteints de mucoviscidose et les patients COPD.

Des solutions devront être proposées dans le cadre du contingentement des pathologies lourdes. Après analyse de la consommation en pathologies lourdes, une des pistes à explorer serait de sortir de la notion de statut et définir pour chaque pathologie les conditions et modalités permettant de les attester.

Dans la détermination des besoins pour 2014, le CTK a retenu les points suivants :

- la poursuite du projet Qualité
- une revalorisation des honoraires des prestations effectuées au domicile des bénéficiaires avec une révision des critères permettant le remboursement.
- la deuxième grande séance en soins intensifs (un point déjà abordé dans les besoins pour 2011)

Les trois derniers mois ont été consacrés au dossier « Syndrome de fatigue chronique », suite à l'établissement d'une nouvelle convention pour les centres de diagnostic multidisciplinaires pour SFC. Le CTK a exprimé ses regrets sur le fait que cette nouvelle convention manque de références aux kinésithérapeutes. Ces derniers sont peu concernés dans la concertation multidisciplinaire, alors que le kinésithérapeute est un acteur majeur dans la prise en charge de ce type de patients. Une réunion de concertation avec des représentants du collège des médecins directeurs a été demandée. Dans le groupe de travail « Adaptation de la nomenclature », les sujets suivants étaient en cours de traitement :

- « Contingentement » des pathologies lourdes.
- Analyse des besoins pour les patients IMC après leur 21ème anniversaire
- Extension des prestations de 60min (item J de la liste E) pour les patients hospitalisés.
- Extension de la liste Fa pour les patients souffrant d'arthrose de la hanche et du genou.

4.5.3 Comité de l'Assurance

Le Comité de l'assurance vit défiler beaucoup de dossiers conçus ou promus par le cabinet de la Ministre en 2013.

Avec l'aide des organismes d'assurance, toute une série de notes sur le statut de la personne atteinte de maladie chronique, et les modalités de remboursement de ces soins, ont pu passer. Il s'agit ici d'un grand nombre de patients (840.000) qui entrent en ligne de compte pour les forfaits annuels de soins et une évolution future vers un système obligatoire de tiers payant. Quasi toutes les dépenses MRPA/MRS sont admissibles.

Simultanément, la préparation du transfert des compétences vers les Communautés et les Régions a été initiée. La collecte de fonds pour la Sécurité sociale reste nationale et sera reversée selon la clé de répartition actuelle, sachant que seuls 90% des remboursements concernés seront distribués dans le cadre d'une responsabilisation. D'autres budgets ont encore été alloués aux organismes de revalidation (augmentation de leurs dépenses), mais ceux-ci ne seront effectifs qu'après le transfert des compétences, avec le risque que les Régions ne supporteront pas ces coûts.

Pendant ce temps, le cabinet tente de limiter les dépenses pour certaines Régions (principalement Bruxelles), en glissant des coûts normalement supportées par le CPAS, dans les dépenses

administratives de l'Inami. Ceci fut notamment le cas pour les infirmiers à domicile et les nouvelles compétences attribuées à leurs organisations pour l'admission de patients dans des institutions.

La demande de diminution des tâches administratives est restée lettre morte. Au contraire, des nouvelles échelles de dépendance de soins ont été globalement introduites et pèseront encore plus sur le personnel des institutions, leur laissant encore moins de temps pour les soins. La carte SIS a été supprimée, ce qui n'est pas une mauvaise chose en soi, mais les problèmes potentiels divergent par secteur et l'on se demande comment éviter les abus dans le cadre d'un A.R. qui ouvre la porte à bien trop d'exceptions.

L'on fit bien peu de cas de la kinésithérapie en 2013, heureusement aussi en matière d'économies. Pourtant, deux dossiers montrent que la kinésithérapie, et ses 2 % du budget global, n'est pas vraiment assez considérée. Après un accord négocié en Commission d'agrément, la Ministre a décidé de supprimer la seconde session de façon rétroactive, au détriment du budget, de sorte que de nouvelles économies devraient être recherchées.

La façon dont le dossier sur le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie a été traité n'est pas un exemple de bonne gouvernance et, là aussi, la Commission d'agrément pour la kinésithérapie a été mise à mal.

De nombreux représentants de dispensateurs de soins, y compris ceux des médecins, mettent en doute le système d'accords et de conventions. "Le système est obsolète" est une des affirmations les plus frappantes de l'année 2013.

4.5.4 Commission budgétaire

La commission donne un avis positif sur le financement du fonctionnement des associations professionnelles représentant les kinésithérapeutes, mais demande de transférer cette enveloppe budgétaire administrative de l'Inami vers le budget des Soins de Santé.

Un certain nombre d'adaptations de la nomenclature de kinésithérapie a été approuvé :

- La rubrique entière concernant les prestations effectuées au domicile, momentané ou définitif, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques, est scindée en deux groupes distincts avec un numéro de nomenclature propre à chacun. Les codes de prestations M14, 5 et M8 sont remplacés respectivement par les codes M16 et M12, et ce, sans modifications d'honoraires.
- Les codes des « petites séances » (sauf codes de dépassement) à l'exception des prestations pour patients hospitalisés, sont supprimés.
- Le nombre de valeurs M par kinésithérapeute, par trimestre et par année calendrier, est limité. Afin de faciliter le comptage des valeurs de M et de leur rendre une proportionnalité correcte par rapport à la durée des séances, les valeurs M24, M16 et M12 sont attribuées à toutes les séances, respectivement, d'une durée globale moyenne de 30 minutes, 20 minutes et 15 minutes. Les prestations non liées à la notion de durée se voient attribuer une durée globale moyenne de 15 minutes (M12) et les prestations de minimum 20 minutes, une durée globale moyenne de 20 minutes (M16).
- L'introduction de cette mesure devrait représenter une économie d'environ 703.000 €, et le budget ainsi libéré peut être utilisé pour le financement de nouvelles initiatives en kinésithérapie.

La prime pour le statut social 2012 a été approuvée: 1.465,62 € (index de 2,99%).

L'estimation technique initiale 2014 pour le budget de kinésithérapie en 2014 est de 680.383.000 €.

Audit des dépenses en kinésithérapie 2012 (situation septembre 2013) :

- Les dépenses en 2012 sont en ligne avec le budget, et inférieures aux estimations techniques révisées pour un montant de 4,3 millions d'euros.
- Le nombre de prestations augmente de 1% et les dépenses sont en hausse de 3 % en comparaison avec 2011.
- L'indexation 2013 est significativement plus élevée qu'en 2012 grâce à une indexation supplémentaire de 1,39 %. Cette indexation supplémentaire ne sera cependant accordée que si le secteur fournit des économies structurelles pour le même montant.
- L'objectif budgétaire en 2013 est de 657,250 millions d'euros, ce qui représente une hausse de 5,18% par rapport à 2012 (index 2,76% + marge de croissance). Il n'y a pas de risque de dépassement pour 2013.
- En 2012, le nombre de prestations augmente
 - en pathologies courantes et fonctionnelles, par rapport à 2011, mais cette augmentation est moins nette qu'en comparaison avec 2010 ;
 - de 2,2 % chez les patients palliatifs ;
 - de 20 % en hospitalisations de jour, avec d'importantes différences dans les divers arrondissements ;
 - de 1,9 % dans les cabinets, mais le nombre de visites à domicile reste stable.

4.5.5 Commission des profils

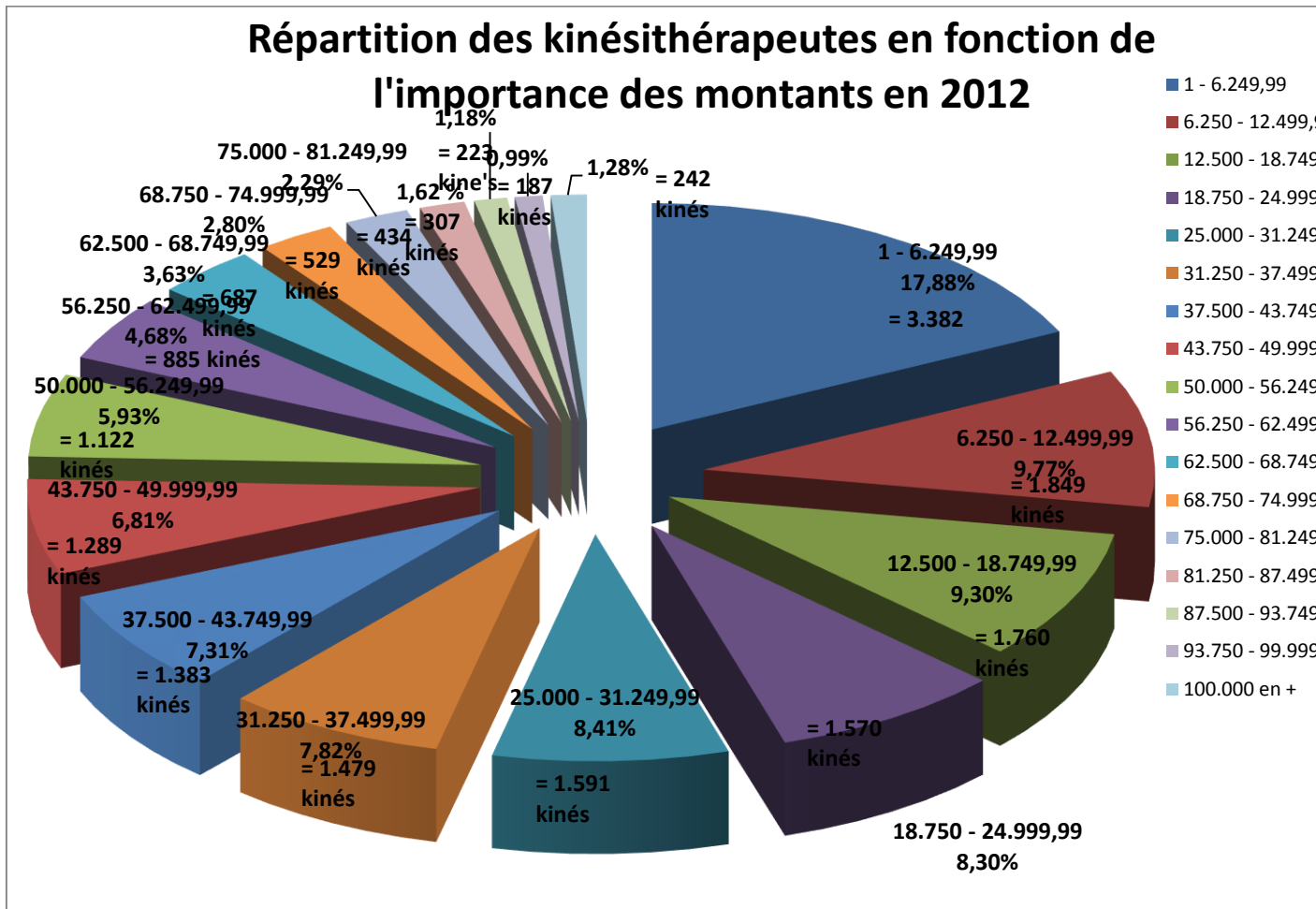
En 2013, la commission des profils des kinésithérapeutes s'est réunie à sept reprises. Pendant la première moitié de l'année, l'on a continué à travailler sur les profils sélectionnés en 2011. Sept kinésithérapeutes ont été convoqués à la commission des profils et pour quatre d'entre eux, le dossier a été transféré au Service d'Evaluation et de Contrôle Médical (SECM). Les trois autres dossiers seront suivis dans les années à venir. Les principales raisons pour le renvoi vers le SECM sont le trop grand nombre de prestations, le manque d'implication personnelle du kinésithérapeute lors du traitement et la crainte de savoir si des traitements de qualité ont bien été dispensés ou non.

M. Daubie, du Service des Soins de Santé, est venu éclairer la commission des profils sur la discordance entre les chiffres de l'Inami et ceux provenant des logiciels des kinésithérapeutes. Les chiffres de l'Inami sont corrects car ils sont fournis par l'AIM (Agence InterMutualiste, constituée de sept mutualités). Il s'agit de données comptables pour l'année complète. Il convient de garder à l'esprit que les prestations liées à des accidents du travail, des invalides de guerre, la caisse des bateliers,...ne figurent pas dans les chiffres de Inami, mais sont enregistrées dans le logiciel du kinésithérapeute. Pour ce qui concerne le nombre de prestations, il faut donc faire une distinction nette entre les données comptables de l'AIM et celles extraites des logiciels des kinés.

Pour les profils de 2012, 319 kinésithérapeutes ont été sélectionnés parmi les 18.919 kinésithérapeutes profilés, en fonction du nombre de leurs prestations (défini sur 6000 prestations et plus) et l'importance des sommes remboursées par l'Inami (100.000 euros ou plus, à savoir 242 kinés). Comme il s'agissait de 319 kinésithérapeutes, seuls les profils avec plus de 7000 prestations ont été pris en considération.

Sur la base de critères prédéfinis, l'on a établi une liste des soixante meilleurs kinésithérapeutes, les « grands prestataires », les « atypiques ». Parmi ceux-ci, seize kinésithérapeutes seront invités pour une entrevue avec la commission des profils ; sept

dossiers seront suivis dans le courant de l'année prochaine ; cinq dossiers sont directement transférés vers le SECM ; pour deux dossiers, des informations complémentaires seront demandées auprès du SECM ; et les profils de 2013 sont attendus pour douze autres dossiers.



4.5.6 Comité DGEC

La majeure partie des dossiers concernait des infractions à la nomenclature Art. 7 §19 avec l'anomalie " le dépassement du temps maximal de prestations de 20 ou 30 minutes" avec pour conséquence un avertissement et un remboursement total. La réponse du haut fonctionnaire à notre interpellation nous porte à conclure que le nombre moyen de prestations dans les dossiers nommés, et ceci sur une période de trois mois, dépasse très sérieusement la limite imposée. Un dossier remarquable avec base légale Nom.Art.7 § 20 fut celui-ci : «Facturation de prestations à domicile ou au cabinet sans posséder un cabinet de kinésithérapie», qui a donné lieu à un avertissement avec remboursement intégral.

Finalement, ce qui revient chaque année: les dossiers concernant l'attestation d'une visite à domicile sans que ait été demandé explicitement sur la prescription.

Ceci a résulté à un avertissement avec remboursement intégral parce que, selon l'administration, il n'y a pas eu de traitement.

Aucun régime de différence n'a donc été utilisé ici.

Certes, lors de notre interpellation, le haut fonctionnaire nous a assuré que le diagnostic et les capacités de mouvement du patient étaient toujours pris en compte, surtout si le thérapeute a dû faire appel.

4.5.7 Commission consultative des maladies chroniques (CCMC)

Suite à la décision du gouvernement fin 2012, la CCMC a été divisée en un Conseil scientifique et un Conseil consultatif.

Outre les universités et les mutuelles, les prestataires de soins de santé participent également au Conseil scientifique, tandis que les associations de patients et l'assurance maladie siègent au Conseil consultatif.

Axxon participe à trois groupes de travail au sein du Conseil scientifique :

- Simon D'Hooghe dans le Groupe de travail « Diabète »
- Sofie Van Ussel dans le Groupe de travail « Enfants »
- Philippe Denoo dans le Groupe de travail « Priorité au soin chronique »

Les activités du GT priorité ont commencé par la préparation des besoins transmis par le Conseil consultatif. Cela a montré que près de 50% des propositions de la représentation des patients concernent la kinésithérapie.

Les priorités à aborder sont : les "tracasseries" administratives pour le renouvellement de la reconnaissance E, un assouplissement des règles concernant la liste F en augmentant le nombre de sessions et un remboursement plus élevé.

Après inventarisation, tous ces besoins ont été présentés à la session plénière de l'Observatoire puis envoyés au ministre concerné.

Pour le Conseil consultatif, il est important de créer un « guichet unique » auquel le patient chronique peut s'adresser afin de mettre en ordre tous les besoins propres à ses limites, et ceci tant au niveau fédéral (frais d'intégration, déambulateur, parking) et au niveau des communautés (accueil, entretien déambulateur, adaptation résidence...)

Il va de soi que les mutuelles se trouvent en "pole-position" pour ce guichet unique, non seulement car elles ont de l'expérience aux deux niveaux, mais également parce-que les associations de patients ne sont pas convaincues par un monopole. Actuellement, nous travaillons à un modus vivendi.

4.6 Défense professionnelle Santé Publique

4.6.1 Conseil National de la Kinésithérapie

Mi-mars, la première séance plénière de la troisième législature du Conseil National de la Kinésithérapie. Le but de cette plénière était de remettre sur pieds les différents groupes de travail. Un premier groupe qui s'inscrit dans la continuité de la précédente législature concerne les qualifications particulières professionnelles. Les 6 projets d'arrêtés ministériels des QPP approuvés par la plénière de juin 2010 sont toujours en attente de la signature de la ministre, mais un feedback du cabinet nous a fait savoir que les travaux pouvaient être continués dans le sens des 6 premières. Ce groupe se penchera aussi sur la raison de non-approbation de certains textes à cette plénière. Le deuxième groupe de travail, toujours dans la continuité de la précédente législature, s'interrogera sur l'accès direct à la kinésithérapie. Il est primordial pour notre profession d'officialiser quelque chose qui se passe tous les jours dans les cabinets.

→ Fin 2013, un avis a été demandé par la ministre qui est en plein travail pour la reconnaissance du titre d'ostéopathe.

Dans sa conclusion, l'avis du CNK propose un accès direct sous certaines conditions :

- pour des affections non-complexes
- une formation complémentaire peut être nécessaire
- adéquate connaissance des contre-indications
- bonne communication avec le médecin et renvoi vers ce dernier si nécessaire
- garantie pour le médecin comme responsable central des soins
- libre choix du kinésithérapeute pour adhérer à l'accès direct.

Malheureusement, cet avis n'a pas obtenu un vote unanime lors de la plénière de fin décembre 2013. Un troisième groupe se penchera sur l'adaptation de l'AR 78. Il date de 1967 ! C'est dire que les fondations de celui-ci ne sont pas tout à fait au goût du jour.

Enfin un petit nouveau, le groupe de travail sur l'ordre des kinésithérapeutes. Il existe bien un code de déontologie, établi par le CNK en juin 2005 mais actuellement aucun organe de sanction n'existe. Il y a également les commissions médicales provinciales mais elles n'ont pas de missions ordinales. D'autre part, les paramédicaux, les infirmières, les sages-femmes et les dentistes sont également demandeurs de la création d'un ordre.

→ En octobre 2013, la décision est prise d'inviter les autres professionnels de santé nommés ci-dessus afin de voir comment créer une structure qui convienne à tous et qui soit dans l'axe de la 6ème réforme de l'Etat : c'est une matière renvoyée aux entités fédérées. Pour les professions médicales, la scission des ordres déontologiques doit aller de pair avec une structure faitière par ordre chargée de la déontologie.

Autres avis

Le CNK a également émis un avis non-favorable sur la reconnaissance de l'ostéopathie car, outre le fait que peu de preuves scientifiques sous-tendent cette technique, tout ce qui concerne la partie musculo-squelettique, est de la kinésithérapie avec une qualification particulière en thérapie manuelle. Cet avis a bien été réceptionné par la ministre.

Un dernier avis a été formulé et approuvé lors de la dernière plénière de décembre 2013, il concerne le domaine de l'e-santé : d'une part la possibilité d'inclure l'informatique médicale et l'utilisation de services de santé en ligne dans le profil professionnel et de compétence de la kinésithérapie et d'autre part une description précise des compétences minimales et spécifiques qui doivent être acquises au terme de la formation.

4.6.2 Commission d'agrément (CA)

La Commission d'agrément instituée auprès du SPF Santé publique accorde le titre professionnel de kinésithérapeute aux demandeurs. Il s'agit soit de titulaires d'un diplôme délivré par un organisme de formation belge, et dans ce cas, l'agrément est quasi immédiat et est complété par l'Administration. Soit, la demande est introduite par un diplômé formé à l'étranger et le dossier sera alors suivi individuellement par la CA.

En 2013, le fonctionnement de la CA pour les agréments belges a été marqué par une administration défaillante. Des nouvelles procédures informatiques et une forte rotation du personnel ont entraîné des retards dans les reconnaissances, ce qui a suscité pas mal de problèmes et de frustration auprès des jeunes débutants, et des membres de la CA même. A la demande de la CA, la procédure a été rationalisée pour 2014 et les demandeurs recevront leur agrément à la date de réception du dossier complet.

Pour la reconnaissance des diplômes étrangers, la CA a mis au point un arbre décisionnel, de sorte que chaque dossier soit revu et évalué de façon identique.

La CA se compose de deux chambres, selon les groupes linguistiques, et est composé à parts égales de kinésithérapeutes représentant la profession (proposés par Axxon) et de kinésithérapeutes attachés aux organismes de formation en kinésithérapie. Les membres sont nommés pour six ans (2009).

Chambre francophone

Philippe Larock
Jean-Pierre Wauquier
Patrick Wérrion
Nathalie Guissard
Dorothee Van Eecke
Annick Van Wallendael
Patrick Willems

Chambre néerlandophone

Pr Dirk Cambier
Pr Filip Staes
Pr Christine Van Broeckhoven
Pr Dirk Vissers
Simon D'Hooghe (président)
Magda Neyt
Jules Schiemsy
Michel Schotte

4.6.3 Commission de planification

En janvier 2013, la Commission de planification – Offre médicale a émis l'avis formel de supprimer l'épreuve de sélection au terme des études. Les quatre conditions, énoncées dans l'avis de 2012 pour valider cette suppression, ont été remplies :

- Le cadastre des kinésithérapeutes a été amélioré.
- Une étude sur les besoins en fonction des secteurs d'activité a été menée.
- Les mesures nécessaires pour harmoniser et rationaliser l'enseignement de la kinésithérapie en Belgique ont été amorcées.
- Les discussions entre le gouvernement fédéral et les Communautés se poursuivent selon le calendrier.

De nouvelles tâches ont été confiées par la Commission de planification au groupe de travail de kinésithérapie :

- Une analyse critique des compétences particulières existantes.
- Formuler des stratégies possibles pour atteindre les quotas.
- Développer une alternative à l'examen en fin d'études.
- Examiner les différentes possibilités de réorganisation de l'enseignement au niveau des Communautés, en fonction des besoins de la population.

Sur la base du cadastre amélioré et de diverses études, le groupe de travail de kinésithérapie a élaboré une série de mesures en réponse à ces nouvelles demandes.

- Une étude réalisée par Ipsos sur la base d'une enquête sur l'emploi des kinésithérapeutes dans les différents secteurs.
- Une mise à jour des conclusions de recherche du professeur J. Pacolet sur la demande de soins de kinésithérapie.
- Une synthèse de l'Administration relatif à la nomenclature K de l'Inami a formé la base de ce projet.

Une collaboration a été lancée avec le Conseil National de Kinésithérapie. Les mesures dans l'enseignement en Communauté flamande ont été répertoriées et des responsables de l'enseignement en Communauté francophone ont accepté d'introduire des mesures similaires. Dans la pratique, le projet prévoit l'élaboration d'un registre des cabinets de kinésithérapie qui sera mis en œuvre en collaboration avec le Conseil National de kinésithérapie, le Conseil technique de kinésithérapie et la Commission d'agrément.

5 Axxon et la Qualité

À compter du 1er janvier 2013, Axxon et POK sont deux organisations distinctes. La répartition des associations implique qu'Axxon se positionne dans l'histoire de la qualité. Axxon est représentée au conseil d'administration et à l'Assemblée générale de POK. Les associations professionnelles reconnues devraient également recevoir une place importante dans le Conseil de la qualité pour la kinésithérapie (Inami), le seul organisme de réglementation. Celui-ci doit encore être mis en place.

Le Conseil de la qualité réunit les intervenants en kinésithérapie qui apportent le système de la promotion de la qualité auprès des kinésithérapeutes à différents niveaux.

Outre le gouvernement, les organismes assureurs, POK et les instituts de formation, Axxon a une place dans le Conseil de la qualité, car sa mission est :

- de sensibiliser l'ensemble de la profession à participer au système de la promotion de la qualité
- d'organiser le système sur le terrain
- de mettre à disposition les outils nécessaires afin que chaque kinésithérapeute puisse participer
- de donner des conseils sur la faisabilité des critères de qualité imposés
- et d'évaluer le système de promotion de la qualité en se basant sur les besoins du secteur.

En outre Axxon représente tous les kinésithérapeutes, indépendamment de leur statut social ou cadre d'emploi.

Les quatre piliers de la promotion de la qualité (gestion des connaissances et des compétences, organisation des soins et de la pratique, qualité des soins et informatisation) l'organisation de la pratique et l'informatisation sont deux sujets importants pour lesquels Axxon peut se profiler sur le terrain.

Du point de vue organisation, Axxon sera le lien entre la profession et POK à titre principal ou simplement auxiliaire pour former les GLEKs. C'est à partir de ces GLEKs que 2 peer reviews annuels seront organisés afin de permettre au kinésithérapeute de satisfaire aux critères de qualité.

Axxon contribuera également aux GLEKs en présentant plusieurs programmes-clé, offrant ainsi à l'organisateur local son aide dans la phase initiale du système de la qualité.

L'INAMI vise une vaste informatisation et automatisation des soins de santé. Dans ce système de qualité, Axxon veut participer à déterminer le contenu et la structure de ce pilier. En tant que groupe professionnel, il est important de pouvoir compter sur une base de données à jour. La simplification administrative de la procédure concernant les accords médicaux et des rapports est une priorité. Pour ce faire, la normalisation du dossier kinésithérapique et la prescription est une nécessité.

La reconnaissance et un soutien financier sont vitaux pour le kinésithérapeute participant au système de qualité. Axxon et POK en sont convaincus, mais après 4 ans de promotion de la qualité, l'INAMI n'a apparemment pas encore hâte de répondre à ces questions de base.

Ce qui semble évident pour les médecins et les infirmières est beaucoup plus difficile pour les kinésithérapeutes. Tout cela vient naturellement de l'idée de base cultivée fortement par ces deux secteurs, à savoir leur caractère indispensable dans les soins de santé. Le même phénomène se produit également dans le dossier pluridisciplinarité: la «collaboration» est difficile quand plusieurs disciplines sont impliquées (cf. initiatives locales multidisciplinaire en réseau et autres).

Afin de remonter le moral des collègues qui participent activement depuis plusieurs années au système de qualité, Axxon et POK ont lancé le Registre de la Qualité belge. Dans la phase initiale, qui se termine au 31 décembre 2015, tous les collègues participantes sont publiés dans le registre (ceux qui répondent déjà aux critères de qualité sont déjà indiqués clairement). À compter du 1er janvier 2016, seuls les collègues répondant à tous les critères de qualité seront inclus dans ce registre.



Communication

6 Axxon et la Communication

Parmi les activités de l'association, il existe une cellule communication constituée (en partie anciennement) de Michel Schotte, Fabienne Van Dooren, Johan Heselmans, Karen Thiebaut et Anne Sterckx. Cette cellule a été renforcée en décembre 2013 par Matthias De Vlioger et Sébastien Koszulap.

Les canaux de communication utilisés par Axxon sont :

4. La revue "Magazine"
5. La revue "Exclusif"
6. Des bulletins d'information pour les membres
7. Des bulletins d'information pour les non-membres
8. Un site web
9. Des communiqués de presse

Quatre fois par an, tous les kinésithérapeutes en Belgique reçoivent la revue « Magazine », dans laquelle figurent des informations générales qui peuvent intéresser le kinésithérapeute. Ces revues servent principalement de «teasing», et comme canal de recrutement de nouveaux membres. Le contenu du « **Magazine** » n'offre qu'un aperçu des informations auxquelles les membres, quant à eux, ont accès de manière intégrale. Cette revue de 36 pages contient environ 40% d'insertions publicitaires.

La revue « **Exclusif** » est, elle, adressée six fois par an à tous les membres. Cette publication est imprimée sur seize pages et comprend maximum deux pages de publicité (en couverture et en quatrième de couverture). Tous les articles concernant plus directement les kinésithérapeutes sont repris dans « Exclusif ».

Les membres reçoivent un bulletin d'information hebdomadaire par voie électronique, alors que les non-membres bénéficient d'un envoi mensuel. Le principe est le même que celui de « Magazine » et « Exclusif », à savoir que les membres reçoivent une information plus développée.

Le site web d'Axxon existe depuis la création de notre association et est entièrement basé sur les informations fournies par les associations qui ont fusionné en 2009, mais actualisées. Hélas, la technologie qui soutient le site l'est nettement moins, et c'est pourquoi, nous prévoyons de moderniser complètement le site web en 2014-2015.

L'année 2014 marquera également notre engagement sur les réseaux sociaux. Un groupe d'étudiants du département Marketing de la HUB a été chargé d'analyser la façon dont nous pouvons, en tant qu'organisation professionnelle, utiliser efficacement les réseaux sociaux pour développer notre association. Cette mission a débuté fin 2013 et sera sans nul doute poursuivie en 2014.



Informatisation

7 Axxon et l'informatisation

Le kinésithérapeute, l'Inami..., tout le monde parle de l'informatisation continue de la profession. Axxon veut faire de l'automatisation et de l'informatisation, des jalons essentiels pour notre avenir. Cette ligne de conduite a également été intégrée dans le fonctionnement interne d'Axxon. Notre infrastructure informatique a été audité en 2013 et nous avons initié l'implémentation d'un système informatique entièrement intégré.

Un accord a été conclu avec une société informatique qui a pour mission d'unifier l'administration de nos membres, les ressources humaines, la gestion commerciale et la comptabilité. Les premières fondations de ce projet ont été coulées en 2013 et chaque kinésithérapeute pourra bénéficier des investissements réalisés par Axxon dans cette plateforme digitale dès qu'elle sera entièrement déployée. Nous poursuivrons bien entendu l'implémentation et l'intégration en 2014.

Contacts avec les producteurs de logiciels

Nous sommes de plus en plus entourés par des applications numériques telles que eHealth, recip-e, Mycarenet, etc...

Pour avoir un accès facile et une utilisation efficace des possibilités, une intégration avec les logiciels est essentielle pour les kinésithérapeutes. Par conséquent, de nouvelles négociations ont été ouvertes en 2013 avec les éditeurs de logiciels. Lors de la réunion, les entreprises qui s'étaient inscrites à la procédure d'enregistrement à eHealth (et donc susceptibles d'obtenir une reconnaissance) étaient invités.

Cette concertation sera poursuivie en 2014 et conduira à une feuille de route pour la kinésithérapie, un planning des applications logicielles pour le secteur.



Bilan financier

8 Finances

8.1 Introduction

Lors de l'Assemblée Générale du 13 décembre 2013, l'intégration entre Axxon Physical Therapy in Belgium et Axxon Services a été concrétisée. Au cours du quatrième trimestre de 2013, les dispositions nécessaires ont été prises pour régler l'intégration. Johan Heselmans a été nommé comme liquidateur et son rapport a été accepté par le Conseil d'Administration et soumis à l'Assemblée générale d'Axxon Physical Therapy in Belgium. Par conséquent, cela signifie également que le rapport financier dans le présent rapport annuel fournit une représentation consolidée des deux asbl.

Un deuxième aspect financier important est la création d'une entité TVA pour toutes les asbl existantes. C'est ainsi que l'entité TVA « Axxon-groep/group » a été créée le 1er octobre 2013. Depuis, les déclarations TVA sont effectuées mensuellement par Axxon Physical Therapy in Belgium, tenant compte qu'Axxon Qualité en Kinésithérapie et Axxon Kwaliteit in Kinesithérapie font également partie de cette entité TVA.

Pour diverses raisons, l'année 2013 a été un exercice difficile pendant lequel une série de dépenses imprévues ont grevé le résultat global. Parmi ceux-ci, soulignons essentiellement le coût imprévu du départ de M. Frank Van Puyvelde, la décision d'opter pour un nouveau système informatique intégré dont un amortissement de 20% a déjà été imputé sur 2013, et le contexte économique difficile qui impacte lourdement les revenus issus du sponsoring (75% du budget).

Les résultats opérationnels consolidés 2013 de l'asbl Axxon Physical Therapy et de l'asbl Axxon Services se soldent par un gain de 47.500,00 €. Considérant le résultat financier, les frais financiers, les charges exceptionnelles (départ de M. Frank Van Puyvelde) et les produits exceptionnels (réservation de la participation dans Curalia), le résultat global « IX - Bénéfice / Perte de l'exercice » affiche un résultat positif de 96.819,25 €. Globalement, et compte tenu de la situation financière difficile, nous pouvons affirmer que l'année 2013 se termine sur un équilibre pour les asbl consolidées.

8.2 Bilan

ACTIFS

	<u>Actifs Immobilisés</u>	180.939,80
III. Immobilisations corporelles		69.414,39
IV. Immobilisations financières		111.525,41
	<u>Actifs Circulants</u>	578.559,19
VI. Stocks et commandes en cours d'exécution		5.000,00
VII. Créances à >1an		178.604,63
IX. Valeurs disponibles		392.339,99
X. Comptes de régularisation		2.614,57
	TOTAL ACTIF	759.498,99

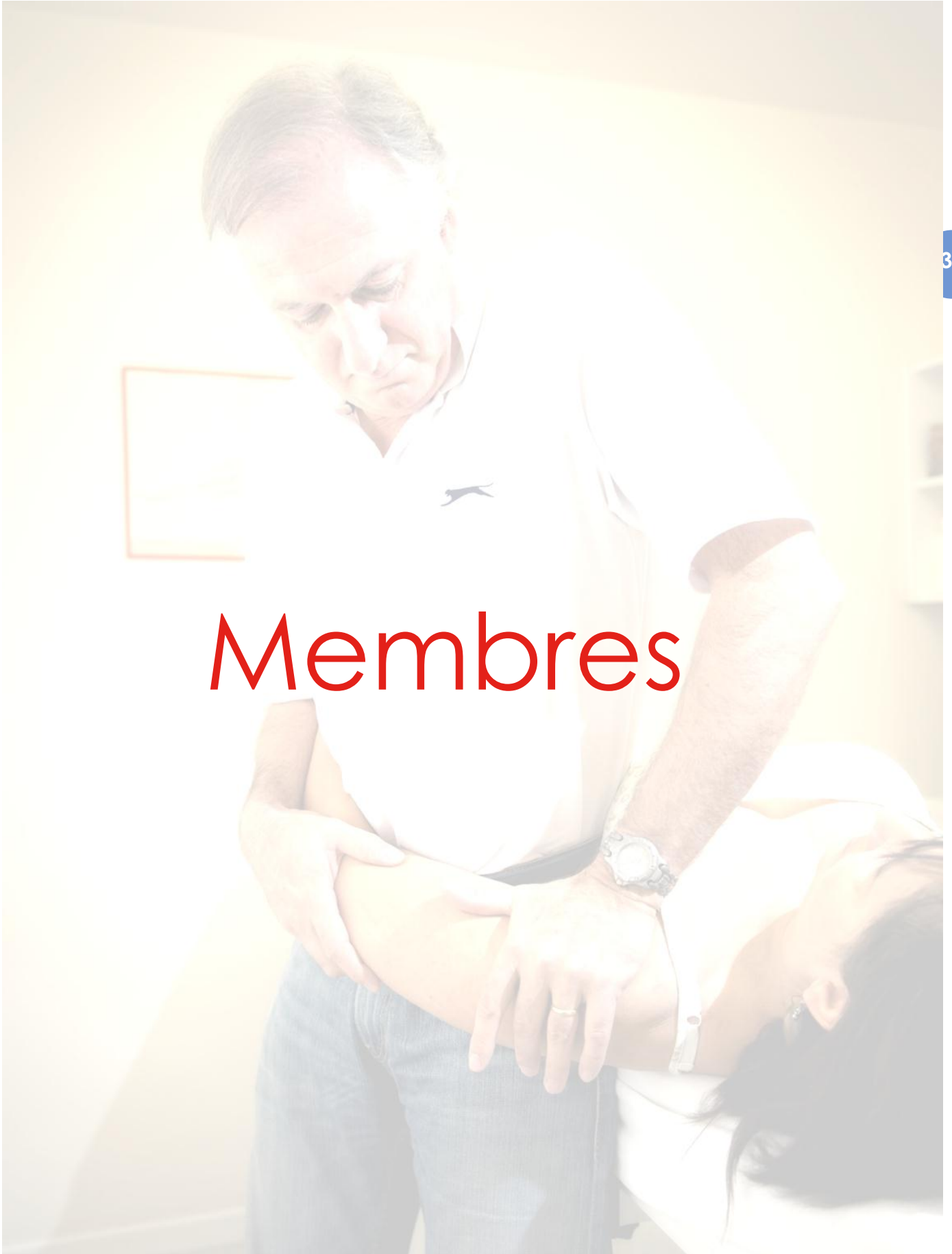
PASSIF

	<u>Fonds Social</u>	423.524,90
V. Bénéfice reporté		423.524,90
	<u>Dettes</u>	335.974,09
VIII. Dettes > 1 an		50.000,00
IX. Dettes <1 an		103.812,55
X. Comptes de régularisation		182.161,54
	TOTAL PASSIF	759.498,99

8.3 Compte des résultats

	<u>REVENUS</u>	
I. Ventes et prestations		1.682.029,82
70 Chiffre d'affaire		212.518,18
73 Cotisations-subsides		1.392.956,55
74 Autres		76.555,09
	<u>COUTS</u>	
II Coûts des ventes et prestations		1.635.945,80
60 Approvisionnements et marchandises		105.267,70
61 Services et biens divers		1.331.812,09
62 Rémunérations, Charges sociales et pensions		170.765,05
63 Amortissements et réductions de valeurs sur immobilisations corporelles et incorporelles		14.050,96
64 Autres charges d'exploitation		14.050,00
III. Résultat positif (négatif) d'exploitation		46.084,02
IV. Produits financiers		3.061,46
V. Charges financières		4.018,53
VI. Résultat positif courant		45.126,95
VII. Produits exceptionnels		100.000,00
VIII. Charges exceptionnelles		47.866,00
IX. Résultat positif à reporter		97.260,95

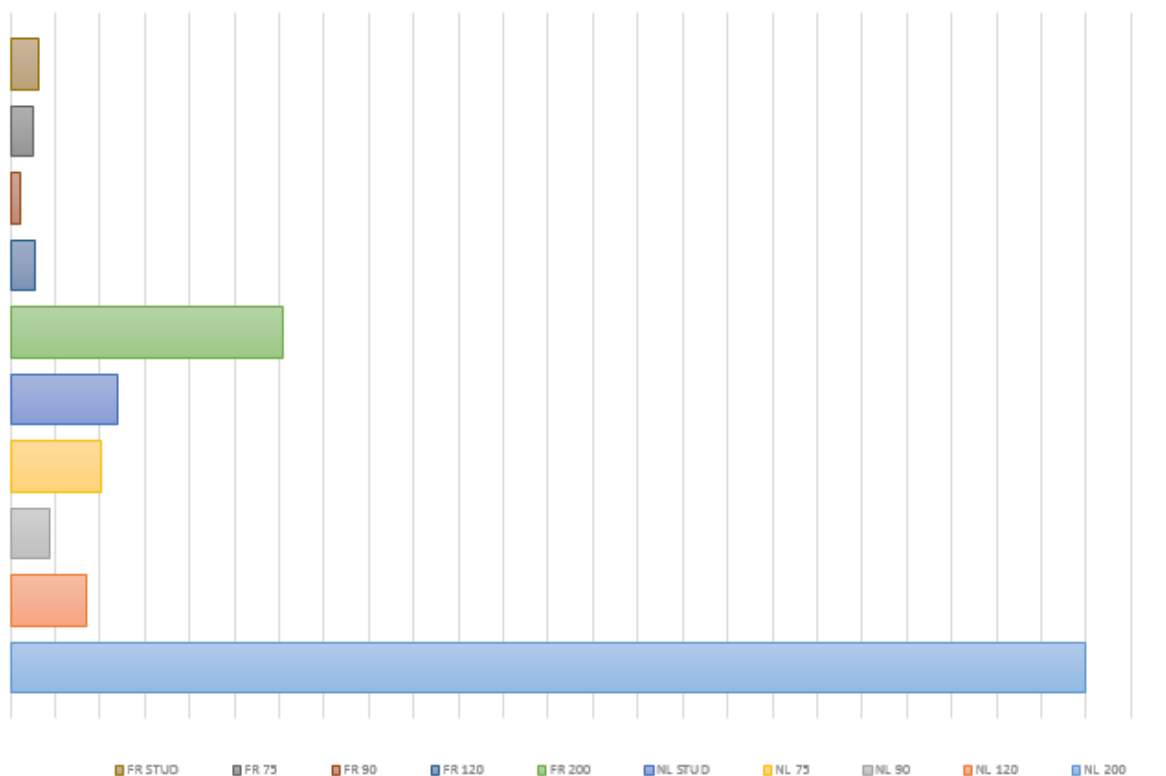
Membres



9 Membres

9.1 Nombre de membres

Nous avons clôturé l'année 2013 sur un total de 4.870 membres, dont 4.495 membres payants. 79% de ces membres sont néerlandophones et 20% francophones. Si l'on ne tient compte que des membres payants, le résultat est le même en termes de pourcentage.



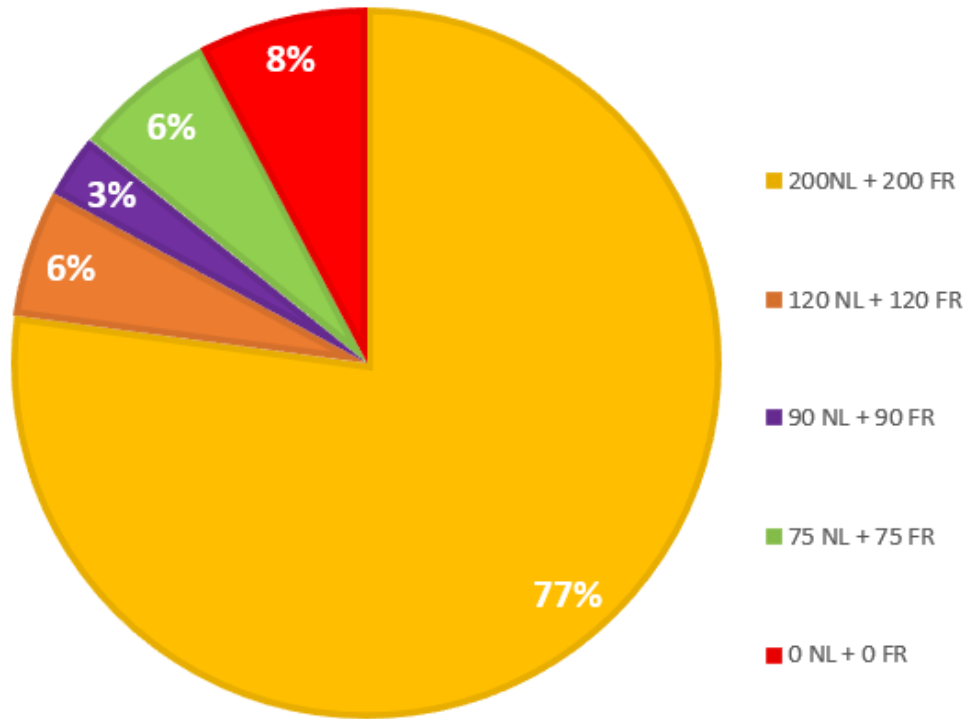
9.2 Paiement

En 2013, les options d'adhésion étaient les suivantes :

1. Indépendants à titre principal : 200 €
2. Salarié à titre principal : 120 €
3. Statut mixte: 200 €
4. 2^e en ligne: 75 €
5. Retraité : 75 €
6. Etudiant : gratuit
7. Starter : 90 euros (pour une période allant du troisième trimestre valide jusqu'à la fin de l'année suivante).

Environ 17,5 % optent pour un paiement de la cotisation par domiciliation et 82 % effectuent le paiement après réception de la demande de paiement.

Quasi 59 % des frais d'adhésion nets sont mis à la disposition des deux ailes afin d'en soutenir le fonctionnement.





Perspectives

10 Quid en 2014 ?

Les possibilités financières en matière d'assurance-maladie restent limitées. La politique de santé est critiquée sous différents angles : les frais hospitaliers trop élevés, la surconsommation de médicaments, trop d'examens techniques, la structure de pilier politique qui prend les soins de santé en otage, le manque de poids des associations de patients, et le rôle central du médecin dans les soins de santé. 2014 est en outre une année d'élections. Tout dépendra donc de la nouvelle formation gouvernementale, de sa composition et du temps imparti. Un scénario similaire à celui que nous avons connu lors des élections précédentes hypothèquerait l'aboutissement de toutes les négociations Inami.

Axxon remet en question la structure de concertation au sein de la Commission d'agrément. Par ailleurs, des décisions affectant la kinésithérapie sont prises dans de nombreuses conventions, sans que notre secteur soit invité à participer au débat. En vue des négociations pour un nouvel accord le 1^{er} janvier 2015, il faudra bien réfléchir à comment rendre cet accord financièrement, administrativement et légalement acceptable pour le secteur. Dans les mêmes circonstances, un déconventionnement est tout à fait envisageable.

Pour se préparer à l'informatisation générale dans les soins de santé, l'accent devrait être mis en 2014 sur l'information et la motivation des collègues dans toutes les nouvelles initiatives électroniques : la prescription électronique, l'informatisation de l'administration des accords médicaux, le tiers payant obligatoire pour les maladies chroniques, l'accès à MyCaret afin de consulter l'assurabilité des patients, le dossier kinésithérapeutique électronique, et l'enregistrement des données afin de disposer de données actuelles dans la défense professionnelle et à des fins scientifiques. En collaboration avec le gouvernement et les éditeurs de logiciels, Axxon définira un projet de plateforme électronique (e-platform) pour la kinésithérapie. La simplification administrative et la nécessité en vertu de la législation sont des priorités.

En 2014, Axxon souhaite voir enfin démarrer les Belgian Clinical Interest Groups (BCIG), car après des années de négociations avec les collègues concernés, il est temps que cela aboutisse. Les BCIG sont une plateforme de concertation pour les collègues qui ont un intérêt spécifique en kinésithérapie. Axxon pourra y trouver l'expertise et les personnes pour défendre les intérêts de ces collègues.