

## La réponse d'Axxon au rapport d'audit 2016

Depuis quelques années déjà, le secteur de la kinésithérapie fait clairement l'objet d'un **sous-financement chronique**.

La croissance réelle dépasse les estimations techniques, avec pour résultat prévisible que l'objectif budgétaire initial a été dépassé ces cinq dernières années.

Évolution des dépenses comptabilisées	
2010	5,7 %
2011	4,6 %
2012	3,0 %
2013	4,5 %
2014	5,0 %
2015	4,5 %

Là où la consommation affichait habituellement une augmentation tout à fait acceptable de l'ordre de 1 %, le nombre de prestations a progressé de façon sensiblement plus marquée ces deux dernières années.

Évolution des prestations comptabilisées	
2010	0,8 %
2011	1,8 %
2012	1,0 %
2013	0,4 %
2014	2,8 %
2015	4,0 %

En 2002, la part du secteur de la kinésithérapie a été – sciemment – réduite de 3,2 % à 2,3 % du budget de l'INAMI, l'économie ainsi réalisée devant servir à financer le maximum à facturer.

En 2015, le budget de la kinésithérapie représentait à peine 2,6% du budget de l'INAMI, une simple goutte d'eau dans le total. Les années précédentes, cette part était même encore légèrement plus faible. Cette fraction se maintient depuis des années à un niveau stable et la kinésithérapie ne pèse donc pas plus lourd dans le budget total de l'INAMI que par le passé, bien au contraire.

Il est toutefois clair que, depuis quelques années, le budget de la kinésithérapie ne suffit plus à couvrir les besoins réels indispensables.

Pourquoi une revalorisation du budget de la kinésithérapie est-elle justifiée et même absolument nécessaire ?

### **À notre sens, dix facteurs jouent un rôle dans le dépassement des objectifs budgétaires**

1. Les compétences du kinésithérapeute sont de plus en plus nombreuses et de plus en plus larges, non seulement sur le plan qualitatif mais aussi en termes d'indications thérapeutiques dans de nouveaux systèmes et domaines de la médecine. Cet élargissement des compétences est reconnu par les prescripteurs : la demande de kinésithérapie augmente, les chiffres sont là pour le prouver. Grâce à la reconnaissance des compétences particulières, les prescripteurs y voient aussi beaucoup plus clair. Ils prescrivent de manière plus ciblée en fonction de la pathologie et pas uniquement dans le domaine de la kinésithérapie musculo-squelettique.

Le domaine du drainage lymphatique offre un bon exemple de cet élargissement des compétences. Les demandes ont augmenté de façon spectaculaire ces deux dernières années sous l'effet d'un concours de circonstances, à commencer par une formation de haut niveau et bien connue du corps médical qui a permis de donner plus de teneur aux indications qu'il y a quelques années. S'ajoute à cela qu'il s'agit d'une thérapie très chronophage et que la nomenclature actuelle permet de proposer un traitement de qualité en milieu hospitalier. Enfin, la demande est aussi induite en partie par l'évolution au niveau des pathologies proprement dites – cancer du sein et de la prostate, chirurgie thoraco-vasculaire, greffe de ganglions lymphatiques, anastomose lympho-veineuse par microchirurgie, etc.

2. Il est aujourd'hui amplement démontré qu'une mobilité active est notre meilleur atout pour améliorer la santé. La kinésithérapie y contribue à l'échelon aussi bien des soins que des traitements et de la prévention.

a) Dans le domaine curatif, nous veillons à *rétablir la mobilité active des patients*. Une revalidation est souvent nécessaire après un traumatisme ou une intervention orthopédique et la fréquence de ce type d'opération a progressé de 1,3 % en 2015. Celle de la chirurgie générale par voie sanglante sur les os et articulations a augmenté de 5,29 % et celle sur les tendons, ligaments et bourses séreuses (qui exige justement une kinésithérapie postopératoire intensive), de 10,79 %. Les conséquences du comportement sédentaire d'une part non négligeable de la population sont également bien connues.

b) Même topo dans le domaine des soins au sens plus large, où nous veillons à ce que les patients *continuent à faire des exercices et à entretenir une mobilité active*. La commission d'étude pour le vieillissement estime que le gouvernement a fortement sous-estimé l'impact du vieillissement de la population : d'après ses calculs, les dépenses de la Sécurité Sociale progresseraient de 12 % de plus qu'initialement prévu. Si nous voulons permettre aux personnes âgées de continuer à vivre plus longtemps chez elles, des soins plus développés et plus intensifs sont nécessaires afin d'éviter un surcoût à plus long terme. La prévention des chutes revêt ici une importance majeure. Là encore, le mot d'ordre est de préserver la santé pour éviter que la situation ne se dégrade – ce qui suppose, plus concrètement, d'entretenir une mobilité active et de proposer des exercices sur mesure.

c) Sur le plan de la prévention, nous assumons à l'échelon primaire, secondaire et tertiaire ce même rôle d'« experts du mouvement », même si celui-ci est simplement perçu. Les patients sollicitent nos conseils pour des plaintes liées à l'activité professionnelle, des questions d'ergonomie, pour l'hygiène motrice dans le sport et le travail, ...

3. L'augmentation du nombre de prestations indépendantes réalisées dans le cadre de la nomenclature M à l'hôpital ou en institution se répercute clairement sur les dépenses de l'année 2015. L'« inamisation » des soins a connu ces dernières années une augmentation dramatique. En plus de constituer une attaque en règle sur le budget de la kinésithérapie, ceci génère un nombre croissant de faux indépendants !

### Occupation en personnel

Dans les hôpitaux, l'occupation en personnel est définie chaque année par le biais d'un budget des ressources humaines où chaque discipline se voit attribuer un certain quota. Une fois ce budget approuvé, il n'est plus ou quasi plus possible de s'en écarter au cours des 12 mois qui suivent (entrée en vigueur de mesures conservatoires). Si l'occupation réelle s'écarte du budget ou y est inférieure (absences prolongées pour cause de grossesse, de maladie, de congé, de prestations

réduites, etc.), ceci ne représente pas, dans le cas du personnel statutaire nommé, une baisse des dépenses ou des coûts mais bien une moindre occupation sur le terrain. Il n'est pas possible de prévoir un budget plus large en guise de tampon dans le contexte actuel. D'un autre côté, l'occupation est budgétée sur base du nombre de prestations à fournir, dont la demande ne va évidemment pas diminuer en fonction de la baisse d'occupation. La solution utilisée pour résoudre le problème qui en découle est de faire appel à des kinés indépendants, qui fournissent des prestations sans devoir être inscrits au crédit et représentent donc une économie à l'échelon micro. Cette façon de procéder est critiquée dans certains hôpitaux parce qu'elle n'est pas durable ; en outre, comme on le constate très clairement aujourd'hui, elle ne représente absolument pas une économie au niveau macro et accroît la charge qui pèse sur les kinésithérapeutes au chevet du patient en rendant impossible toute planification à long terme. La relation entre l'indépendant et l'hôpital manque en outre cruellement d'une vision à long terme (statut de faux indépendant, responsabilité au sein de l'hôpital, responsabilité finale, type de contrat, congés...). Les deux statuts sont nécessaires pour pouvoir assurer les services requis, mais il conviendrait de les mettre beaucoup mieux au point afin que ce ne soit plus le statut qui prime mais le thérapeute et son offre de prestations. Cette problématique est propre aux hôpitaux où les salariés sont nommés de façon statutaire.

### Glissement des nomenclatures K et R vers la nomenclature M.

L'audit du secteur de la médecine physique et de la réadaptation a identifié trois domaines en forte baisse dans ses nomenclatures K et R : la revalidation du plancher pelvien (-17,16 %), la thérapie par exercices associée à la psychomotricité ou à l'électrothérapie ou à l'ergothérapie (- 6,26%) et enfin la réadaptation monodisciplinaire du lymphœdème d'un membre après chirurgie ou radiothérapie (- 24,53%). Ces traitements sont très vraisemblablement attestés sous la nomenclature M ou renvoyés à la première ligne.

Par ailleurs, le patient quitte aujourd'hui plus rapidement l'hôpital ou le centre de revalidation, de telle sorte que les traitements sont poursuivis à la maison ou au cabinet.

### Un glissement du budget de la journée d'hospitalisation vers celui de la kinésithérapie.

On observe des évolutions au niveau de la durée d'hospitalisation et de la politique d'admission. L'hôpital de jour accueille désormais toutes les « petites » interventions (réparation LCA, arthroscopie, laparoscopie, chimiothérapie, prise en charge de la douleur...) qui impliquaient autrefois une hospitalisation de plusieurs jours dans le service adéquat.

4. Même si elles peuvent représenter des aspects précieux du processus thérapeutique ou de l'accompagnement du patient, certaines thérapies non conventionnelles (ostéopathie, acupuncture, chiropraxie) et prestations de kinésithérapie ne figurant pas dans la nomenclature M (p.ex. taping, thérapie manuelle...) sont attestées à tort dans cette dernière, faute de recommandations et de contrôles clairs concernant cette attestation.
5. La communautarisation du métier de kinésithérapeute est une réalité. Nous observons actuellement une progression indéniable de l'accès direct du patient à la kinésithérapie – en partie sous l'effet de son émancipation et de son droit à choisir lui-même son traitement, en partie suite à la reconnaissance sociétale de la qualité croissante des interventions du kinésithérapeute. L'accès direct à la kinésithérapie est considéré par le patient comme une évidence et appliqué en conséquence. La multiplication des renvois rétroactifs au prescripteur, généralement le médecin de famille, en est la preuve. Il n'existe toujours pas de cadre pour la prise en charge directe des problèmes peu complexes, en dépit des études scientifiques qui démontrent qu'elle réduit le nombre de séances de kinésithérapie nécessaires et permet au demandeur d'atteindre plus rapidement son objectif thérapeutique final. Mobiliser plus rapidement les soins de kinésithérapie permet d'éviter l'absentéisme professionnel de longue durée et d'assurer un retour sur investissement évident aux autorités.
6. Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de malades chroniques (une personne sur quatre) suscitent une demande croissante de soins de kinésithérapie.  
Les seniors attendent aujourd'hui une meilleure qualité de vie que par le passé et ont plus rapidement recours aux interventions orthopédiques pour consolider leur confort et conserver un certain degré d'activité.  
Dans les hôpitaux spécialisés, le nombre et le type d'interventions cardiologiques réalisées chez des grands vieillards (plus de 80 ans) est appelé à augmenter parce que des études ont démontré leur rentabilité sociale dans cette population. Il est toutefois évident qu'un patient de ce type ne se rétablira jamais aussi vite qu'un sexagénaire et certainement pas sans aide. La définition d'une vie de qualité correspond aussi aujourd'hui à des exigences bien plus élevées qu'il y a dix ans. La stratégie actuelle consiste à maintenir les personnes âgées à domicile le plus longtemps possible. Ceci représente en effet une économie pour les autorités... mais génère aussi une augmentation du recours aux soins de première ligne, avec en corollaire plus de dépenses à ce niveau.
7. Dans certains clubs de sport, la facture des soins de kinésithérapie consécutifs à une lésion sportive encourue à un niveau (semi-)professionnel est répercutée sur la mutuelle du patient.

8. Certaines mutuelles prévoient pour certains groupes d'âge un remboursement plus élevé voire intégral, qu'elles financent au travers de leur budget administratif. Les patients concernés risquent de ce fait de faire un appel illimité et non responsabilisé aux traitements de kinésithérapie prescrits, avec à la clé des dépassements budgétaires. Les organismes assureurs aussi conservent une part de responsabilité à ce niveau.
9. Augmentation des dépenses en milieu hospitalier.  
L'introduction d'un système par paliers pour le statut social INAMI a poussé certains kinésithérapeutes actifs à temps complet ou partiel au sein d'un hôpital ou d'un autre établissement à tenter d'atteindre la norme des 1500 prestations M (autrefois 1000) afin de pouvoir bénéficier de cet avantage. La volonté d'atteindre à tout prix cette norme a provoqué un glissement des prestations K et R vers les prestations M ; certains patients qui tombaient sous le forfait (de jour) ont également fait l'objet d'une attestation dans la nomenclature M.
10. L'absence de barrières pour l'accès aux études et la suppression de la sélection à l'entrée dans la profession ont débouché sur une augmentation incontrôlable du nombre de nouveaux kinésithérapeutes. Le nombre de kinésithérapeutes avec profil INAMI s'est fortement accru ces dernières années, en particulier à partir de 2012.

Par rapport à 2009, cette augmentation atteignait 2,7% en 2011, 5,1% en 2012 et pas moins de 15,4% en 2015. Cette forte progression ne correspond en outre pas forcément à une ventilation du travail disponible, mais peut engendrer une augmentation du nombre de prestations. Le résultat : un dépassement du budget prévu dans les estimations techniques, qui ne tiennent pas compte de ce facteur.

Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Nombre de profilés</b>	<b>17 998</b>	<b>18 188</b>	<b>18 495</b>	<b>18 919</b>	<b>19 426</b>	<b>20 069</b>	<b>20 771</b>
<b>Augmentation en %</b>	<b>100,00</b>	<b>101,06</b>	<b>102,76</b>	<b>105,12</b>	<b>107,93</b>	<b>111,51</b>	<b>115,41</b>

L'association professionnelle a déjà attiré à plusieurs reprises l'attention sur cette situation intenable à long terme, qui relève de la responsabilité partagée de l'Enseignement et de la Santé. Du côté de l'enseignement, il est nécessaire de mettre en place un système de sélection réfléchi reposant sur un numerus clausus et/ou sur une épreuve d'orientation contraignante. L'afflux de jeunes collègues doit aussi correspondre aux besoins du terrain ; il est indispensable de pouvoir s'appuyer pour cela sur un cadastre dynamique.

**Quelques précisions quant aux dépenses et prestations 2015 par rapport à celles de 2014**

**Prestations courantes (dépenses : +4,9% = 13,591 millions)**

	Dépenses 2015 vs 2014	Prestations 2015 vs 2014
Pratique extrahospitalière	+ 4,9% = € 9,356 millions	+ 4,2% = 506.579
Pratique hospitalière	+ 14,7% = € 1,240 millions	+ 14% = 70.511
Bénéficiaire hospitalisé	+ 5,9% = € 2,892 millions	+ 4,9% = 154.661
Hôpital de jour	+ 10,5% = € 7.000	+ 8,5% = 607

- L'augmentation de l'activité extrahospitalière découle principalement des facteurs 1, 2, 4, 5 et 7 exposés ci-dessus.
- Les augmentations en milieu hospitalier découlent principalement des facteurs 1, 2, 3, 6 et 9.

Une prestation attestée sous M peut être réalisée intramuros par un indépendant ou par un salarié. À l'hôpital, ceci se produit en l'absence de supervision d'un médecin spécialisé en médecine physique. Une attestation plus fréquente de ce code peut découler des causes suivantes :

- Alors que de nombreux salariés n'ont longtemps pas porté en compte une deuxième prestation au cours de la même journée (p.ex. seconde toilette bronchique chez un même patient aux soins intensifs), cette perte de revenus est aujourd'hui suivie de beaucoup plus près. Ces dernières années, ce point a fait l'objet d'une mobilisation par le biais d'une sensibilisation des thérapeutes : même au chevet du patient, il est important qu'ils aient conscience que leur activité est directement liée à une tarification correcte.

- La lourdeur croissante des cas doit également être prise en compte. De par le caractère plus complexe et plus chronophage des soins, il n'est plus exceptionnel de devoir traiter un même patient plusieurs fois par jour, ce qui est intenable dans le cadre de la nomenclature actuelle en-dehors d'un système forfaitaire. La facturation plus fréquente de prestations M10 en est un symptôme, mais elle est encore bien loin de la réalité. Dans les faits, le thérapeute est pris en tenailles entre les demandes du patient, du médecin et de la direction et ses propres convictions. Une M10 est une – modeste – compensation pour une prestation qui ne demande souvent pas moins de temps qu'une autre. Elle ne permet pas non plus d'identifier une éventuelle troisième prestation ou un acte nécessitant la présence de deux thérapeutes.

Échantillon 2010-2014 : par rapport à 2010, le nombre de prestations augmente de 4,2% et le nombre de patients de 5,1%. Le nombre de prestations par patient (11,6) diminue de 0,9% par rapport à 2010. La part des M24 (97,7%) dans le budget total des prestations courantes augmente de 1,5% par rapport à 2010 et de 0,5% par rapport à 2013.

**Liste E (dépenses : +2,4% = € 4,572 millions)**

	Dépenses 2015 vs 2014	Prestations 2015 vs 2014
M24 30 min.	+ 5,6% = € 4,153 millions	+ 5,4% = 211.742
Pratique extrahospitalière	+ 5,5% = € 4,084 millions	+ 5,3% = 204.792
M36 45 min.	+ 23,1% = € 17.000	+ 22,2% = 559
Drainage lymphatique 60 min.	+ 13,1% = € 317.000	+ 12,6% = 9.469
Drainage lymphatique 120 min.	+39% = € 42.000	+ 37,7% = 680

- La cause de l'augmentation des prestations M24 est à attribuer principalement au vieillissement et aux facteurs 2 et 6 ci-dessus.  
 En 2015, la dépense annuelle moyenne par patient s'élevait à € 64,07. Elle était de € 85,16 chez les plus de 60 ans (+4,1% par rapport à 2014), de € 125,06 chez les plus de 70 ans (+3,2%) et de € 248,18 chez les plus de 85 ans (+3,6%).
- Par rapport à 2011, les dépenses ont augmenté de € 109 millions, dont € 46 millions ou 43% concernaient le groupe des 50-69 ans et € 17 millions ou 15%, celui des plus de 85 ans.
- Les augmentations au niveau du drainage lymphatique peuvent être attribuées à un élargissement des compétences (facteur 1).

Échantillon 2010-2014 : par rapport à 2010, le nombre de prestations augmente de 1,3% et le nombre de patients de 2,7%. Le nombre de prestations par patient (79,1) diminue de 1,4% par rapport à 2010. La part des M24 (56,6%) dans le budget total des pathologies E augmente de 1,3% par rapport à 2013.

**Liste Fa (dépenses : +4,4% = € 5,411 millions)**

	Dépenses 2015 vs 2014	Prestations 2015 vs 2014
M24 30 min.	+ 4,5% = € 5,211 millions	+ 4,2% = 274.891
Pratique extrahospitalière	+ 5,6% = € 4,495 millions	+ 5,1% = 236.086
Pratique hospitalière	+ 15,3% = € 442.000	+ 14,3% = 23.432
M14,5 20 min. (MRS)	+ 5,6% = € 72.000	+ 4,9% = 5.702
Résidence pour personnes âgées	+ 5,3% = 71.000	+ 3,8% = 4.843

- Les augmentations peuvent s'expliquer par les facteurs 1, 2 et 6.

Échantillon 2010-2014 : par rapport à 2010, le nombre de prestations augmente de 2,9% et le nombre de patients de 5,2%. Le nombre de prestations par patient (28,5) diminue de 2,1% par rapport à 2010. La part des M24 (97,8%) dans le budget Fa total augmente de 0,2% par rapport à 2013.

**Liste Fb (dépenses : +8,1% = € 6,282 millions)**

	Dépenses 2015 vs 2014	Prestations 2015 vs 2014
M24 30 min	+ 8,8% = € 5,557 millions	+ 8,6% = 300.836
Pratique extrahospitalière	+ 10,8% = € 3,176 millions	+ 10,2% = 172.431
Pratique hospitalière	+ 22% = 252.000	+ 21% = 13.131
Domicile du patient	+ 6,3% = 2,331 millions	+ 5,7% = 122.564
M14,5 20 min (MRS)	+ 6,3% = € 479.000	+ 6,1% = 42.618
Résidence pour personnes âgées	+ 5% = 445.000	+ 3,7% = 34.540

- Les augmentations peuvent s'expliquer par les facteurs 2 et 6.

Échantillon 2010-2014 : par rapport à 2010, le nombre de prestations augmente de 5,0% et le nombre de patients de 8,9%. Le nombre de prestations par patient (41,4) diminue de 3,7% par rapport à 2010. La part des M24 (85,4%) dans le budget Fb total augmente de 0,6% par rapport à 2013.

**Patients palliatifs à domicile (dépenses : +10,3% = 894.000 ; nombre de prestations : +10,5% = 41.214)**

Un élément particulièrement frappant est l'augmentation des dépenses de la 2<sup>e</sup> séance M10 (+53,1% = € 22.000) par rapport à 2014, les prestations progressant de 53% (= 3140 unités). Les services sociaux de certaines mutuelles enregistrent les patients avec un statut E sous statut palliatif afin qu'ils bénéficient d'un remboursement complet, ce qui débouche sur une augmentation de ce budget palliatif.

## **Conclusion**

Le budget de la kinésithérapie est sous-évalué depuis de nombreuses années, sans compter que notre secteur a déjà été pressé jusqu'à la dernière goutte il y a un bon moment – on se souvient des économies mal évaluées et beaucoup trop lourdes de l'année 2002, qui n'ont jamais été vraiment rectifiées par la suite.

La demande de kinésithérapie dans la société augmente, en partie sous l'effet des compétences de plus en plus poussées et de plus en plus étendues des thérapeutes en termes non seulement de qualité mais aussi de diversité des domaines médicaux. Ces compétences sont reconnues et appréciées des patients et des prescripteurs, qui prescrivent aujourd'hui la kinésithérapie de façon plus ciblée.

Si l'on tient compte ici du vieillissement de la population mais aussi du confort de vie croissant des plus de 75 ans, il semble logique que le nombre de prestations de kinésithérapie augmente et la consommation avec lui.

Une autre cause possible des dépassements du budget sectoriel réside dans l'afflux incontrôlé de nouveaux praticiens. Le nombre de kinés disposant d'un profil est en nette augmentation depuis 2012 (+5,1% par rapport à 2009). En 2015, cette augmentation atteignait même 15,4% (702 nouveaux profils). Cette augmentation ne se solde pas nécessairement par une redistribution du travail existant, mais bien par une augmentation du nombre de prestations assortie d'un dépassement budgétaire logique mais non quantifié.

**Les chiffres ne trahissent toutefois pas de glissements de budgets internes mais plutôt une augmentation du nombre de patients doublée d'une baisse du nombre de prestations par patient et par épisode pathologique.**

L'importance et l'impact de la kinésithérapie se développent d'année en année, mais quand cette évolution s'accompagnera-t-elle enfin d'un financement réaliste de la nomenclature M ? Le bon usage des moyens disponibles relève de la responsabilité de toutes les parties concernées – les kinésithérapeutes eux-mêmes, mais aussi les prescripteurs, les médecins-conseils, les mutuelles et, bien évidemment, les patients !

L'impact salutaire de l'activité physique va-t-il enfin être pris au sérieux ou en resterons-nous au stade des belles paroles ? Il est grand temps pour les pouvoirs publics de mettre en place des incitants positifs pour le secteur de la kinésithérapie ! Il faut aussi tenir compte des bénéfices au niveau de la santé et du retour sur investissement sociétal et économique qu'apporte la kinésithérapie.

Aujourd'hui, la qualité et l'efficacité du kinésithérapeute – qui traite davantage de patients en moins de séances – ne sont pas récompensées mais sanctionnées et la prévention par le biais de notre nomenclature reste toujours lettre morte.

Contrairement à d'autres professions de santé, les kinésithérapeutes attendent depuis des années leur prime de qualité en dépit de divers projets pilotes.

Ce ne sont pas uniquement des incitants financiers qui sont aujourd'hui nécessaires, mais une réorganisation du secteur hospitalier en vue d'harmoniser les règles malsaines des nomenclatures K et R avec celles de la nomenclature M – une évolution qui pourrait certainement engendrer des économies sans perte de qualité !