

PLAN
PLURIANNUEL
2021-2024

AXXON

PRÉFACE

Après la Taskforce kinésithérapie en 2017, toutes les parties prenantes s'accordaient à dire que la nomenclature de la kinésithérapie est très complexe, que les honoraires sont sous-évalués, qu'il n'y a pas de données disponibles à propos des pathologies traitées et de l'enregistrement des cabinets, qu'il manque un Dossier Kinésithérapique Électronique (DKE), etc. Entretemps, quatre années se sont écoulées et, malheureusement, force est de constater que les réformes ambitieuses et novatrices annoncées à l'époque n'ont guère progressé. C'est pourquoi AXXON estime qu'un plan pluriannuel pour le secteur est une priorité absolue.

Une étude externe indépendante réalisée par *Mind Over Matter Consulting* montre clairement que les **honoraires de kinésithérapie** ne sont actuellement pas équitables. Une revalorisation de ceux-ci est urgente et le gouvernement devra pour cela mettre à disposition les ressources financières nécessaires. Avec un honoraire correct et équitable, davantage de kinésithérapeutes adhéreront à la convention, ce qui garantira aux patients un meilleur accès aux soins.

La méthodologie actuellement utilisée pour réaliser les estimations techniques du budget doit être reconsidérée ! Un secteur qui voit son attractivité diminuer, avec en prime une baisse structurelle du budget sectoriel l'année suivante, fonctionne de manière inadéquate et démotive ses protagonistes principaux. S'il s'avère que les ressources qui ont été mises à disposition pour de nouvelles initiatives ont été insuffisamment utilisées, cette sous-utilisation doit être réinvestie dans le secteur. Il en va de même pour la réaffectation des ressources disponibles.

Une évaluation correcte des prestations effectuées au domicile des patients doit être réalisée. Cela inclut le temps supplémentaire consacré au trajet, les frais de déplacement et la prestation en elle-même. Afin d'utiliser au mieux les compétences actuelles du kinésithérapeute, une modification de la « Loi coordonnée du 10 mai 2015 » est nécessaire. Un accès direct sous certaines conditions, avec un Dossier Kinésithérapique Électronique partagé et une communication efficace avec le responsable du Dossier Médical Global (DMG) du patient, conduira à l'*appropriate care*. En vue de cela, AXXON a soumis 5 propositions à l'INAMI dans le cadre

du plan pluriannuel 2022 – 2024. Celles-ci concernent l'utilisation de la télésurveillance et de la télé-réadaptation en kinésithérapie, les séances de groupe dans les cabinets de kinésithérapie de première ligne, le projet d'accès direct en lombalgies aigües, le projet « Stepped Care » et la suppression de la discrimination au niveau du remboursement pour les patients d'un kinésithérapeute non conventionné.

La **modernisation de la nomenclature** doit être basée sur la nécessité de soins du patient, le degré de gravité étant enregistré, entre autres, à l'aide des codifications structurées (*Snomed, CIF, etc.*). L'analyse des données collectées, gérée par un tiers indépendant, permettra d'élaborer une nomenclature dynamique et d'établir des mesures politiques efficaces. Des numéros de nomenclature distincts doivent être prévus pour les tests (tests d'évaluation clinique, PROMs et/ou PREMs), la consultation multidisciplinaire, les séances de groupe et les conseils sans ordonnance, ainsi que pour la prévention.

En plus de cela, il est nécessaire qu'un **organe déontologique** voie le jour afin de remplir une fonction d'autorégulation.

La **digitalisation** du secteur doit être pleinement mise en œuvre. En plus de la digitalisation des tâches administratives, la télé-réadaptation et l'utilisation d'applications de santé mobiles augmenteront la visibilité de la kinésithérapie.

De grandes réformes sont également nécessaires pour la **kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées**. Le développement d'un trajet de soins transmurale permettra de suivre la personne âgée ayant besoin de soins et d'un suivi tout au long de son parcours. De cette manière, des mesures peuvent être prises pour éviter qu'elle ne se retrouve dans une situation où elle a besoin de plus de soins. Cela nécessite une bonne communication entre tous les acteurs de soins impliqués, via une plateforme de communication performante et un dossier uniforme pour tous les citoyens belges. De plus, il faut passer de l'action curative à l'action préventive et à la promotion de la santé chez les personnes âgées. Il est nécessaire d'encourager les kinésithérapeutes à se former en matière de gérontologie et de prise en charge basée

sur le modèle Canmed, en collaboration avec les instituts de formation, afin d'améliorer la perception de la kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées.

L'instauration d'un ambassadeur de la kinésithérapie et la création d'un poste de kinésithérapeute coordinateur peuvent mettre en évidence la valeur ajoutée du kinésithérapeute dans l'accompagnement de la personne âgée qui a besoin de soins et d'un suivi.

Pour AXXON, la kinésithérapie dispensée aux patients dans les institutions doit être de haute qualité et adaptée aux besoins de soins et de thérapie de chacun, en tenant compte d'une norme de personnel correcte. AXXON plaide pour une place à part pour le kinésithérapeute au sein de l'organigramme des soins de santé, avec une autonomie suffisante. AXXON s'efforce d'obtenir pour tous les kinésithérapeutes **une échelle salariale égale**, basée sur leur classification, quel que soit leur lieu de travail. Au sein de la norme IF-IC, le rôle du kinésithérapeute correspond à la description de fonction de la catégorie 17. Les kinésithérapeutes disposant d'une Qualification Professionnelle Particulière (QPP) sont classés dans la catégorie 18 et les kinésithérapeutes exerçant une fonction de responsable le sont dans la catégorie 19.

Les kinésithérapeutes travaillant en institution souhaitent un système de rémunération solidaire. En ce qui concerne **les avantages sociaux INAMI**, AXXON s'efforce à ce que la kinésithérapie soit traitée sur un pied d'égalité avec les autres prestataires de soins pouvant bénéficier du Statut social. Le montant des avantages sociaux INAMI doit être adapté aux prestations (prestations M, K et/ou R) du kinésithérapeute concerné, afin de refléter objectivement le niveau d'activité au sein de l'INAMI. Comme les médecins, les kinésithérapeutes doivent également pouvoir se conventionner partiellement tout en conservant les avantages sociaux INAMI.

À la lecture de ce rapport détaillé, il est évident qu'un examen approfondi de chaque élément est nécessaire afin de garantir l'avenir de notre belle profession. AXXON espère vivement que les recommandations qu'elle propose seront entendues par les autorités.

Nous vous souhaitons une bonne lecture,

Peter Bruynooghe
Président AXXON, Physical Therapy in Belgium





PLAN PLURIANNUEL POUR LA KINESITHERAPIE

Suite à la [convention M2I](#) conclue entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs, **AXXON PTiB asbl** présente ci-après son plan pluriannuel pour la kinésithérapie.

AXXON est **l'association professionnelle belge des kinésithérapeutes**, issue en 2009 de la fusion de l'ancien Cartel National des Kinésithérapeutes et de l'Association des Kinésithérapeutes Belges.

AXXON est composée d'une **coupole nationale**, AXXON, Physical Therapy in Belgium, qui s'occupe principalement de la défense professionnelle au sein de divers conseils et comités, ainsi que de deux ailes linguistiques : AXXON, Qualité en Kinésithérapie pour la partie francophone du pays et AXXON, Kwaliteit in Kinesitherapie pour la partie néerlandophone du pays. La tâche de celles-ci est de superviser l'organisation professionnelle pour chaque kinésithérapeute et de maintenir avec ceux-ci un contact quotidien.

AXXON a élaboré ce plan pluriannuel autour de **7 lignes de force**:

- Kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées
- Nouvelle nomenclature
- Cadre financier et budgétaire du plan pluriannuel
- Statut social
- Projet-pilote « Lombalgie »
- Informatisation
- Modèle de rémunération pour les kinésithérapeutes (salariés) travaillant en institution

En février 2021, plusieurs tables rondes ont été organisées autour de 3 de ces lignes de force (Kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées, Nouvelle nomenclature et Cadre financier et budgétaire du plan pluriannuel). Suite à cela, des groupes de travail ont été constitués afin d'élaborer ce rapport.

En outre, le [Mémoire d'AXXON](#) réalisé en 2019 a été pris en compte, tout comme – autant que possible – la « Personne ayant un besoin de soins (de longue durée) ».

Vous trouverez également dans ce rapport des propositions concernant les objectifs de santé et les soins appropriés, qui seront approfondies ultérieurement et/ou qui ont déjà été soumises à l'INAMI par AXXON.

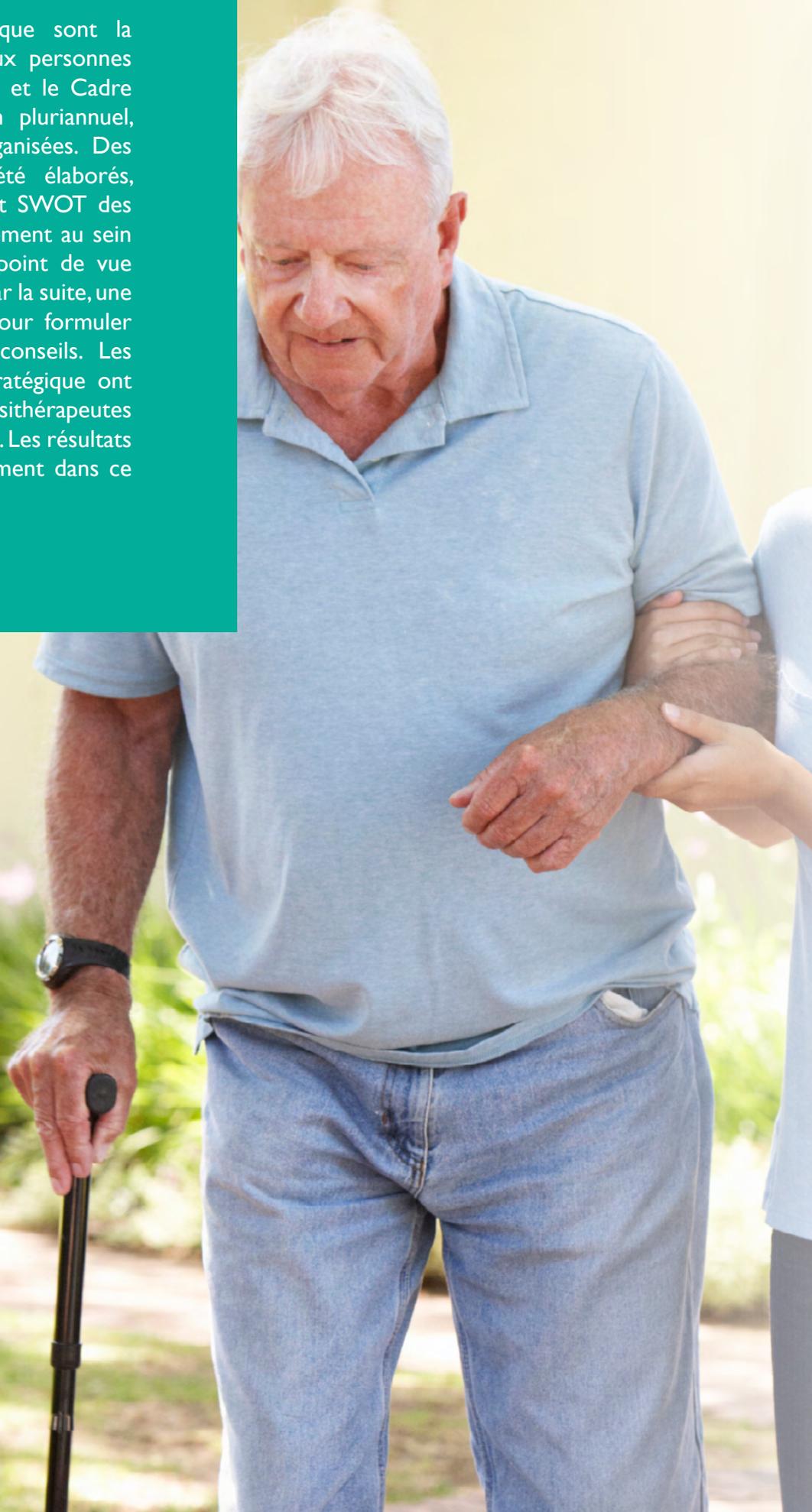
CONTENU

Préface	2
Introduction	5
Problèmes du secteur de la kinésithérapie	8
– Méthodologie	8
– Kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées	9
– Nouvelle nomenclature	10
– Cadre financier et budgétaire du plan pluriannuel	11
– Statut social	12
– Modèle de rémunération pour les kinésithérapeutes salariés travaillant en institution	12
Recommandations	15
– Kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées	15
- VISION: s’efforcer d’améliorer la qualité des soins de kinésithérapie pour les personnes âgées	15
- Développer des parcours de soins transmuraux avec la kinésithérapie comme valeur clé	15
- Mise en place d’une plateforme de communication	16
- Prévention et promotion de la santé chez les personnes âgées	16
- Recherche et collaboration avec l’enseignement	17
- Besoin d’apporter « plus de valeur » à la kinésithérapie pour les personnes âgées	17
– Une nouvelle nomenclature	18
– Cadre financier et budgétaire du plan pluriannuel	19
- Étude coût-efficacité des honoraires du kinésithérapeute	19
- Proposition d’un cadre financier et budgétaire	20
– Budget pour la digitalisation complète du secteur	21
– Projet « Lombalgie »	21
– Statut social INAMI	22
– Modèle de rémunération pour les kinésithérapeutes salariés travaillant en institution	22
– Organe déontologique	23

Résultats des enquêtes	24
- Adhésion à la convention M2I	24
- Conseils stratégiques de gestion dans les 3 lignes de force	25
Propositions de prises en charge adaptées soumises par AXXON à l'INAMI dans le cadre du plan pluriannuel 2022 - 2024	
- L'utilisation de la télésurveillance et de la télé-réadaptation en kinésithérapie	26
- Séances de groupe dans les cabinets de kinésithérapie de première ligne	26
- Accès direct - Projet « Lombalgie »	27
- Claudication Stepped Care pour le système artériel périphérique	28
- Accessibilité financière des soins de kinésithérapie	28
Propositions de prises en charge adaptées soumises par axxon à l'INAMI dans le cadre du plan pluriannuel 2022 - 2024	29
- Rôle du kinésithérapeute dans le parcours de soins	
- Accessibilité des soins de kinésithérapie	
- Transparence et réaffectation des ressources de kinésithérapie dans les institutions	
- Fonction de liaison, communication, DKE, enregistrement de cabinet et de pathologie	
- KCE et parcours de soins « Lombalgie »	
- Pré-habilitation préalable aux interventions chirurgicales majeures	
Remerciements	30
Annexes	31

MÉTHODOLOGIE

Dans les 3 lignes de force que sont la Kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées, la Nouvelle nomenclature et le Cadre financier et budgétaire du plan pluriannuel, des tables rondes ont été organisées. Des documents de synthèse ont été élaborés, basés sur une analyse SMART et SWOT des problèmes qui se posent actuellement au sein de ces 3 lignes de force, d'un point de vue social, économique et juridique. Par la suite, une analyse PESTEL a été réalisée pour formuler des recommandations et des conseils. Les recommandations de gestion stratégique ont également été soumises aux kinésithérapeutes de terrain au moyen d'un sondage. Les résultats de ce dernier se trouvent également dans ce rapport.



PROBLÈMES DU SECTEUR DE LA KINÉSITHÉRAPIE

Kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées

L'objectif ultime est d'offrir aux personnes âgées ayant besoin de soins et d'un suivi un meilleur accès aux soins kinésithérapiques de qualité. Le rôle du kinésithérapeute dans la prise en charge de la personne âgée, les implications thérapeutiques et les solutions financières possibles sont des points qui ont été abordés. Le mot « gériatrie » a été volontairement évité et remplacé par la formule « Kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées ».

En raison de l'**absence** d'une **bonne communication**, la continuité optimale des soins des personnes âgées ayant besoin de soins et d'un suivi ne peut pas être garantie. La communication est difficile :

- en l'absence d'un canal de communication standardisé ;
- en l'absence d'un dossier de kinésithérapie suivi ;
- en l'absence de l'obligation d'être présent en tant que kinésithérapeute pendant la consultation multidisciplinaire en première ligne ;
- en l'absence des coordonnées du ou des kinésithérapeutes dans les dossiers des patients qui se trouvent dans différentes lignes de soins ;
- les institutions semblent également mal réaliser l'importance de la communication entre elles ainsi qu'avec la première ligne.

La kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées n'est **pas considérée comme un choix de carrière attrayant**. Les étudiants et les kinésithérapeutes ne réalisent pas la valeur ajoutée du kinésithérapeute pour les personnes âgées qui ont besoin de soins et d'un suivi. La perception négative, dans l'ensemble de la société, des soins à donner aux personnes âgées joue également un rôle. De plus, de nombreux kinésithérapeutes manquent du savoir-faire spécifique nécessaire pour la prise en charge des personnes âgées fragiles. Souvent, lorsque l'on parle de « kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées », on pense uniquement au kinésithérapeute exerçant en MRS, mais la majorité des personnes âgées ayant besoin de kinésithérapie se trouve à domicile.

Il y a un **grand besoin au niveau de la prévention**. Exemple : la nomenclature actuelle ne permet l'attestation d'un traitement de prévention des chutes qu'APRÈS une première chute. La recherche scientifique a pourtant démontré à maintes reprises que faire des exercices préventifs a un effet très bénéfique dans la prévention des chutes. Et de ce fait, dans la prévention des hospitalisations, de la dépendance des patients, de la diminution de la qualité de vie, de l'augmentation de la morbidité, etc. Suite au transfert de compétences (lié à la 6^e réforme de l'État), il y a aussi beaucoup d'incertitudes en ce qui concerne le niveau où l'intervention des actions de prévention doivent/devraient se trouver. Un chevauchement avec d'autres disciplines complique également la possibilité d'agir dans ce domaine.

À l'heure actuelle, peu d'attention est accordée à l'importance de l'activité physique pour les personnes âgées, bien que cela soit clairement indiqué dans la directive de l'OMS¹.

La qualité du traitement kinésithérapique chez les personnes âgées **peut être améliorée** à de nombreux niveaux. Tant dans les soins de première ligne que dans les institutions, le « temps » et la « compensation financière » semblent être ici des facteurs fortement limitatifs. Au niveau de l'enseignement également, beaucoup plus d'attention devrait être accordée aux soins pour les personnes âgées, sous tous les aspects et dans toutes les disciplines (médicales). L'élargissement et l'extension de l'offre des cours (post-) universitaires permettent de former des professionnels ayant des connaissances et des compétences scientifiques étayées dans ce domaine.

¹ [Global Recommendations - Integrated Care Guidelines - Decade of Healthy Ageing](#)

Nouvelle nomenclature

Toutes les parties prenantes sont unanimes : **la nomenclature sous sa forme actuelle est trop complexe** au niveau des règles d'application actuelles (ce qui la rend illisible) et est administrativement très lourde. Son utilisation de façon totalement digitalisée est de plus actuellement impossible.

Pour l'instant, les propositions de nomenclature n'ont fait que rafraîchir et donner une nouvelle façade à la nomenclature qui est en vigueur depuis plus de 20 ans. C'est pourquoi AXXON est d'avis que l'élaboration d'une nouvelle nomenclature moderne devrait commencer d'une page entièrement blanche. Afin d'atteindre le résultat souhaité, AXXON estime aussi que ce processus doit être réalisé dans le cadre d'une méthodologie bien définie, être supervisé par une personne externe, neutre et suivre un plan de travail déterminé.

La kinésithérapie belge aspire à des « soins de haute qualité ». Le passage de la quantité à la qualité, basé sur des principes "Evidence Based Practice" et sur des "soins axés sur les objectifs", doit constituer la base du traitement kinésithérapique, selon les besoins du patient et en veillant à gérer responsablement les ressources publiques. La nomenclature doit faciliter la mise en œuvre de cette vision de la manière la plus **transparente et flexible possible**. Elle doit être le juste reflet de l'investissement intellectuel, logistique et temporel du kinésithérapeute. Actuellement, la nomenclature ne prend pas suffisamment en compte le [Profil de compétences professionnelles](#) et les **Qualifications Professionnelles Particulières** du kinésithérapeute. Une nomenclature de qualité doit de plus être en mesure d'offrir une juste rémunération et permettre d'être efficient. La **digitalisation** est également une étape indispensable. Ce n'est que de cette manière qu'AXXON pourra accéder à toutes les données en temps réel afin de pouvoir gérer et déployer au mieux les budgets, ce qui ne peut que conduire à des soins de meilleure qualité.

Le secteur souhaite un nouveau système reconnaissant les compétences des kinésithérapeutes qui s'engagent à adopter un système d'amélioration de la qualité. Les instituts de formation soutiennent cette philosophie et soulignent que ces kinésithérapeutes peuvent, conformément aux compétences du dossier de qualification professionnelle, prodiguer les soins nécessaires aux patients, sans restrictions imposées par un praticien d'une autre profession de santé.

Outre ces aspects techniques de la nomenclature, il est également ressorti de ces tables rondes que la mise en place d'un « **Organe déontologique** des kinésithérapeutes » est souhaitable. Celui-ci pourrait être l'« organe directeur » de la profession et pourrait se composer de confrères et consoeurs kinésithérapeutes. Il pourrait également effectuer des contrôles/audits pour vérifier que les critères prédéfinis soient bien respectés, afin de pouvoir agir de manière réglementaire.

Cadre financier et budgétaire du plan pluriannuel

De nombreux aspects très différents de la profession sont apparus lors de ces tables rondes. Il y a un chevauchement inévitable entre cette table ronde et celle de la « Nouvelle nomenclature ». Par souci d'exhaustivité, ces points sont à nouveau inclus dans cette section.

Des honoraires équitables pour la kinésithérapie

Dans le cadre financier et budgétaire du plan pluriannuel, AXXON a commandé à *Mind Over Matter Consulting* une étude externe et indépendante pour « Des honoraires de kinésithérapie équitables ». Les conclusions de cette étude sont présentées dans le chapitre « Recommandations » et l'étude complète se trouve en annexe.

La question se pose de savoir si cet honoraire équitable doit être obtenu le plus rapidement possible, en une fois ou par étapes, en parallèle au plan pluriannuel, en tenant compte des indexations. Il doit en tout cas être attribué à tous les kinésithérapeutes. En outre, un honoraire plus élevé peut être envisagé pour tous les kinésithérapeutes accrédités, tout comme un honoraire supplémentaire pour les kinésithérapeutes disposant d'une Qualification Professionnelle Particulière.

L'honoraire pour les visites à domicile doit, outre la prestation en elle-même, tenir également compte du temps et des frais de déplacement. Ceci sans mettre en danger l'accessibilité et le suivi des soins pour les personnes qui en ont besoin.

La méthodologie actuelle des estimations techniques a pour effet qu'un secteur qui voit sa tendance à la baisse connaîtra une baisse structurelle de son budget l'année suivante, ce qui a un **effet dissuasif**.

Le système actuel d'ajustements de la nomenclature par arrêté royal est très lent et empêche toute innovation en temps opportun en raison des nombreuses étapes intermédiaires en dehors de l'INAMI. Le secteur de la kinésithérapie devrait avoir la possibilité de concevoir et de réaliser de manière créative les initiatives réalisables et devrait pouvoir développer sa propre nomenclature en fonction des besoins de soins des patients.

Les questions suivantes se posent :

- Toutes les prestations de kinésithérapie doivent-elles être financées par l'INAMI ?
 - o Soins curatifs : par l'INAMI, avec une rémunération à la prestation.
 - o Soins chroniques : par l'INAMI, avec une rémunération forfaitaire.
- Parcours de soins (prévention) : au sein ou en-dehors de l'INAMI (refédéralisation de la prévention) ?
- Le budget de la nomenclature M ne devrait-il pas être réservé exclusivement aux kinésithérapeutes indépendants ?

Une organisation correcte de la profession nécessite le rétablissement d'un organe déontologique propre.





Statut social

Les kinésithérapeutes peuvent percevoir des indemnités pour la souscription d'une rente, d'une pension ou d'un capital en cas d'invalidité, de retraite et/ou de décès. S'ils remplissent certaines conditions, l'INAMI verse une cotisation annuelle à l'organisme assureur ou au fonds de pension du kinésithérapeute. L'une des conditions est d'effectuer suffisamment de prestations afin d'atteindre un nombre minimum de valeurs M. Une condition qui ne s'applique pas aux médecins, dentistes ou pharmaciens, qui n'ont pas de seuil d'activité minimum pour pouvoir profiter des avantages sociaux de l'INAMI. Une deuxième condition qui s'applique aux kinésithérapeutes est qu'ils doivent être conventionnés, alors que les médecins et les dentistes peuvent bénéficier des avantages sociaux tout en étant partiellement déconventionnés.

Le système actuel crée des inégalités entre les kinésithérapeutes pour plusieurs raisons.

Au sein d'un même hôpital, les kinésithérapeutes travaillent sous la nomenclature M, K ou R, qu'ils soient conventionnés ou non. Cependant, seuls ceux qui attestent (suffisamment) de valeurs M et qui sont conventionnés bénéficient des avantages sociaux de l'INAMI. Ceci alors que le « choix » du type de nomenclature dépend entièrement de la prescription médicale.

Les kinésithérapeutes qui travaillent partiellement comme indépendant et partiellement comme salarié (par exemple dans un centre de soins résidentiels), se retrouvent parfois avec un nombre total de valeurs M trop faible. Par conséquent, ils ne peuvent pas bénéficier des avantages sociaux de l'INAMI, malgré leur activité en tant qu'indépendant.



Modèle de rémunération pour les kinésithérapeutes salariés travaillant en institution

Les kinésithérapeutes travaillant en institution le font sous le statut de salarié, pour lequel AXXON mentionne dans son Mémorandum de 2019 la nécessité d'une classification supérieure dans la classification IF-IC pour les kinésithérapeutes. Dans la classification actuelle de l'IF-IC, les kinésithérapeutes se trouvent dans la catégorie 15 et les kinésithérapeutes responsable d'un service dans la catégorie 16. AXXON estime que cette classification est bien en dessous du niveau de formation et de compétence des kinésithérapeutes.

La classification de fonctions ne tient pas suffisamment ou pas du tout compte des éléments suivants :

1. Le statut distinct et l'organe consultatif de la kinésithérapie (qui selon la loi du 10 mai 2015 ne relève plus des professions paramédicales).
2. Le profil de compétence professionnelle anno 2020 du kinésithérapeute tel que défini par le Conseil Fédéral de la Kinésithérapie, à la demande du ministre de la Santé.
3. Le dossier de qualification professionnelle des kinésithérapeutes (dossier BKD), approuvé par le Parlement flamand en décembre 2017.
4. Le diplôme de Master des kinésithérapeutes.
5. Les Qualifications Professionnelles Particulières reconnues par les commissions de reconnaissance des régions.

Pour les institutions qui ne travaillent pas selon le système de barème de l'IF-IC, l'échelle salariale doit correspondre au profil de fonction et s'aligner sur celle des kinésithérapeutes qui fournissent un travail comparable dans d'autres institutions.

LES RECOMMANDATIONS D'AXXON

Six recommandations pour la kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées

Six priorités ont émergé des discussions de cette table ronde. Selon le groupe de travail, il est indispensable d'aborder celles-ci pour l'avenir de la kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées.

1 VISION : s'efforcer d'améliorer la qualité des soins de kinésithérapie pour les personnes âgées

L'**âgisme** dans la nomenclature et au niveau institutionnel doit être **exclu**. Pour cela, plusieurs réformes de la nomenclature et du financement sont nécessaires. Il s'agit notamment de permettre des séances de groupe dans le cadre de la nomenclature, d'établir des temps de traitement égaux quel que soit le lieu de traitement, de supprimer la distinction entre résidents MRPA et MRS, d'autoriser un traitement préventif en première ligne ou encore de reconnaître la valeur ajoutée d'une visite à domicile chez une personne âgée qui nécessite des soins et un suivi.

La **continuité des soins** doit être garantie en élargissant les possibilités de rééducation et en développant une plateforme numérique solide. Cette dernière permettrait de favoriser la communication entre les différents secteurs et les différentes lignes de soins et améliorerait donc la qualité des soins kinésithérapiques.

Les techniques numériques (intelligence artificielle, kinésithérapie à distance, applications smartphone) ne doivent pas être oubliées pour ce groupe cible. Elles peuvent constituer un complément très précieux à la thérapie « en temps réel ».

Des **instruments de mesure standards** doivent être développés et utilisés en fonction de l'EBM. Ces instruments de mesure doivent être spécifiques au groupe cible (personnes âgées en bonne santé et patients gériatriques).

Les arrêtés ministériels d'exécution nécessaires à l'introduction de la Qualification Professionnelle Particulière « Kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées » garantiront la sécurité des patients et la qualité nécessaire.

2 Développer des parcours de soins transmuraux avec la kinésithérapie comme valeur clé

Selon AXXON - et la pandémie de COVID-19 l'a douloureusement démontré - un parcours de soins transmurale pour les personnes âgées qui nécessitent des soins est indispensable. L'objectif est de pouvoir suivre la personne âgée qui a besoin de soins tout au long de son parcours et de prendre des mesures **afin d'éviter qu'elle ne se retrouve dans un besoin de soins plus élevé**. Le parcours de soins transmurale pour les personnes âgées peut offrir aux décideurs politiques une opportunité de s'attaquer aux conséquences du vieillissement de la population. Le plus gros budget de l'assurance maladie sert au groupe des plus de 50 ans. Si ce groupe est mieux guidé dans ses besoins de soins, cela conduira à une utilisation plus efficace et efficace des maigres ressources financières de l'assurance maladie. À partir d'un certain âge, les citoyens devraient automatiquement se retrouver dans ce parcours de soins. Il est nécessaire de créer un **dossier uniforme pour tous les citoyens belges**, dans lequel chaque prestataire de soins disposerait de sa propre section et dans lequel les prestataires de soins pourraient communiquer entre eux directement et échanger des données. **Une base légale** est nécessaire pour la communication entre les différents acteurs du parcours de soins transmurale. Les citoyens contrôleraient leur dossier ainsi que les prestataires de soins qui peuvent consulter et partager des données.

Le développement de ce parcours de soins transmurale peut être favorisé par divers facteurs. Au niveau international, il existe déjà plusieurs exemples de parcours de soins et de dossiers citoyens. L'utilisation du dossier « My kine » (à développer) peut être une condition pour être autorisé à utiliser le code de nomenclature du dossier.

Il pourrait y avoir une obligation légale d'associer le kinésithérapeute à la consultation pluridisciplinaire ainsi que dans et entre les différentes lignes de soins. Selon le groupe cible, le parcours de soins concerné est soumis à des conditions et modalités spécifiques. Il est également possible d'utiliser un remboursement basé sur les performances ou une somme forfaitaire.

3 Mise en place d'une plateforme de communication

Pour réaliser la priorité décrite ci-dessus, l'utilisation d'une plateforme de communication pour accompagner le parcours de soins des personnes âgées est indispensable. Si un parcours de soins pour les soins donnés aux personnes âgées avait déjà été mis en place, la communication entre les différentes parties concernées aurait peut-être été plus rapide et plus efficace pour ce groupe pendant la pandémie de COVID-19. Cependant, le déploiement nécessaire de la digitalisation semble bloqué à plusieurs niveaux. Il n'y a pas de budget pour le développement des outils nécessaires. En raison de la **fragmentation du paysage de la santé**, on ne sait pas quel gouvernement doit fournir ce budget. Des liens/possibilités de transfert avec d'autres plateformes/programmes sont nécessaires pour éviter une charge administrative croissante. Les personnes âgées sont actuellement insuffisamment incluses dans les flux de données numériques, ce qui menace le consentement éclairé des personnes âgées ayant besoin de soins. En raison de l'absence de plateformes de communication appropriées entre les prestataires de soins de santé, le RGPD ne peut pas être respecté pour l'instant. Le transfert de **données cryptées** devrait être assuré au sein de la plateforme de communication et chaque citoyen devrait avoir accès à son dossier à tout moment.

Les « Eerste Lijns Zones » en Flandre et la Plateforme de Première Ligne en Wallonie pourraient être chargées de l'organisation de cette plateforme de communication et de la connexion aux plateformes déjà existantes. Une attention particulière doit être portée à une structure claire et à une uniformité linguistique. La promotion et la formation au sein du domaine professionnel et des organes administratifs seront nécessaires. L'engagement de spécialistes externes et du domaine de l'éducation peut apporter une valeur ajoutée significative.

4 Prévention et promotion de la santé chez les personnes âgées

Les personnes âgées sont souvent déjà quelque peu « oubliées » par la société, ce qui entraîne (inconsciemment) une discrimination en ce qui concerne l'accès à certaines formes de soins. Les deux **parcours de soins** existants comportant un volet préventif sont très spécifiques, ce qui signifie que de nombreux citoyens ayant besoin de soins ne peuvent pas y avoir recours. De plus, la structure actuelle des soins de santé est entièrement axée sur le traitement curatif des citoyens. Au niveau de l'INAMI, le passage du « Collège des directeurs médicaux » à un « Collège des directeurs des SOINS DE SANTÉ » pourrait créer un paysage de soins plus différencié. **Le passage de l'action curative à l'action préventive** a déjà fait ses preuves dans plusieurs pays du monde, tant en ce qui concerne la prévalence de certaines situations de soins qu'au niveau de l'efficacité financière.

Il y a actuellement un **manque de plateformes numériques** qui peuvent être utilisées par la partie la plus âgée de la population sans l'aide de tiers. Aussi, les possibilités de soins (kinésithérapiques) et les plateformes numériques existantes sont souvent insuffisamment accessibles pour une partie de ce groupe cible, en raison de l'isolement géographique ou social et des contraintes financières. **L'environnement n'évolue pas** en même temps que le vieillissement de la population, avec l'inaccessibilité des environnements extérieurs propices à l'exercice. Un environnement extérieur sain, sûr et propice à l'exercice encourage les personnes âgées à vivre plus longtemps de manière autonome à la maison.

La mise en place d'un **financement mixte** peut libérer un budget pour financer un système de prévention en faveur des personnes âgées, une nomenclature de prestations spécifique pour certains groupes (comme la maladie de Parkinson, la sarcopénie, etc.) et un paiement forfaitaire pour les mesures générales de prévention. Un cadre juridique qui détermine les budgets de la prévention (tant au niveau régional que fédéral) est nécessaire.

En vertu de l'article 56 du code de l'INAMI, un projet ortho-gériatrique « Post fracture de la hanche chez le patient gériatrique » pourrait être défini.

5 Recherche et collaboration avec l'enseignement

Dans les formations actuelles en kinésithérapie, il y a peu d'attention accordée aux soins pour les personnes âgées. Afin d'encourager les étudiants (et les kinésithérapeutes en général) à devenir plus compétents en matière de soins aux personnes âgées, des aspects tels que la **gérontologie et la gestion selon le modèle Canmed** (dans le cadre des soins aux personnes âgées) devraient être inclus dans les cours. Il convient également d'accorder plus d'attention à **l'image globale des personnes âgées** qui nécessitent des soins, car celles-ci sont mieux aidées à l'aide d'une approche multifactorielle.

La distance entre la formation et le monde du travail est trop grande. Un financement qui ne se limite pas aux projets, mais qui s'étend à la réalisation pratique sur le terrain est recommandé. En raison du coût élevé et de l'investissement en temps nécessaire pour poursuivre efficacement un projet dans la société après la phase pilote, la plupart des initiatives s'arrêtent après le TFE ou la recherche doctorale.

Sur la base de **l'obligation sociale** qu'ont les instituts de formation et au vu des données démographiques, il devrait y avoir un ancrage légal d'un nombre minimum de crédits à obtenir pour la kinésithérapie pour les personnes âgées. Un engagement et une formation en recherche interprofessionnelle et interdisciplinaire peuvent offrir un large éventail d'opportunités. L'offre pour le domaine professionnel doit également être augmentée, avec une attention particulière à l'application, chez les personnes âgées, de techniques issues d'autres disciplines au sein de la kinésithérapie, des modalités de soins spécifiques pour les personnes âgées les plus vulnérables (démence jeune, maladie de Parkinson, etc.) et par l'obligation de suivre une offre de formation en kinésithérapie de 16 heures par an (pour les kinésithérapeutes qui travaillent en institutions).

6 Besoin d'apporter « plus de valeur » à la kinésithérapie pour les personnes âgées

Les acteurs des soins aux personnes âgées et les politiciens doivent acquérir une meilleure compréhension **des compétences du kinésithérapeute**. La société n'a pas conscience du rôle essentiel que joue le kinésithérapeute quand il travaille auprès des personnes âgées, non seulement au niveau de la thérapie mais aussi du lien social important que crée le kinésithérapeute. Compte tenu de la nécessité de pourvoir les postes vacants, l'amélioration de la perception de la « Kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées » est recommandée aux étudiants de l'enseignement supérieur et aux jeunes qui n'ont pas encore fait leur choix d'études. La reconnaissance de la Qualification Professionnelles Particulière (et son incitant financier) peut avoir un effet stimulant sur les étudiants, mais aussi sur les kinésithérapeutes de première ligne, à devenir plus compétents pour ce groupe spécifique. Par ailleurs, **la mise en place d'un(e) ambassadeur/ambassadrice de la kinésithérapie et la création d'un poste de kinésithérapeute coordinateur** peuvent mettre en évidence la valeur ajoutée du kinésithérapeute dans la prise en charge des personnes âgées qui nécessitent des soins et un suivi.

L'augmentation des budgets spécifiquement alloués à la kinésithérapie pour les soins aux personnes âgées permettra une meilleure rémunération des kinésithérapeutes dans certains cas. Une adaptation de la norme du personnel aux besoins de soins effectifs de la kinésithérapie, plutôt qu'à l'ensemble des soins, peut offrir des possibilités intéressantes. Il devrait y avoir une **revalorisation** (rémunération) **des compétences** du kinésithérapeute et de la place correspondante dans l'organigramme. Actuellement, un kinésithérapeute est légalement sous la direction de l'infirmière en chef, ce qui signifie qu'il ne peut pas agir de manière autonome en ce qui concerne la rééducation. Une section de kinésithérapie séparée au sein des institutions pourrait assumer un rôle de gestion dans la politique d'exercice des personnes âgées, la thérapie étant adaptée aux besoins individuels de chaque résident.

Une nouvelle nomenclature

AXXON souhaite moderniser la nomenclature, en se basant sur les éléments suivants.

Une **nomenclature basée sur les besoins en soins du patient**, avec une flexibilité dans la durée de la prestation, afin de pouvoir mieux répondre à ces besoins de soins. La lourdeur des soins doit être enregistrée au moyen d'un code de pathologie. La facturation des consommables au prix d'achat doit également y être incluse.

Une partie indépendante devrait gérer le **stockage complet des données**. Les données anonymisées, dans lesquelles une distinction est faite entre données administratives et données de traitement, sont mises à la disposition de tous les acteurs (associations professionnelles, caisses d'assurance maladie, associations de patients, universités, etc.). L'acquisition de données permet de cartographier les prestations sur le terrain. L'analyse de l'ensemble des données collectées doit permettre d'élaborer une nomenclature dynamique, modulable en permanence en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques et de la pratique de la kinésithérapie. Elle peut également aider à formuler des mesures politiques efficaces et à prendre des mesures de responsabilisation. En ce qui concerne la simplification administrative, cela devrait également permettre de rassembler et de disposer des données pertinentes relatives aux patients (Ex. : Dossier Médical Global, DKE, périodes en cours, etc.) ainsi que relatives aux prestataires de soins (Ex. : statut de conventionnement, QPP, certification, etc.).

Des mesures de responsabilisation pourraient être prises via un organe déontologique à créer, qui pourrait remplir une fonction d'autorégulation à cet égard.

Des numéros de nomenclature distincts doivent être prévus pour les **tests** (tests d'évaluation clinique, PROM et/ou PREM). En veillant à ce que du temps, de l'énergie et de l'argent soient spécifiquement alloués à cet effet, on sera en mesure d'évaluer et de communiquer beaucoup plus objectivement sur les résultats des traitements. Il peut s'agir d'un numéro de nomenclature pour chaque moment du test, d'un numéro de nomenclature pour chaque fois que le test est effectué ou d'un seul numéro de nomenclature qui couvre les 3 moments de test.

Un numéro de nomenclature distinct doit être prévu pour la **consultation multidisciplinaire**. En effet, dans certains domaines de la kinésithérapie, la consultation est beaucoup plus longue et la consultation multidisciplinaire est plus souvent nécessaire. En rendant cela possible avec ou sans la présence du patient, cela favoriserait les « soins de haute valeur ».

La création d'un numéro de nomenclature pour **le conseil et la prévention sans ordonnance** (recherche kinésithérapique consultative actuelle). Un cadre juridique approprié doit être créé pour cela, avec une adaptation de la loi coordonnée sur l'exercice des professions de santé du 10 mai 2015. Ce numéro doit inclure l'anamnèse, les tests (tests d'évaluation clinique, PROM) et le rapport.

En outre, les numéros de nomenclature actuels qui couvrent les prestations doivent être entièrement adaptés afin que la description, la rémunération financière et les critères répondent à diverses composantes : aux performances intellectuelles, à la durée, à la thérapie en groupe, à la logistique, à la certification des Qualifications Professionnelles Particulières et au lieu de la prestation. Sur la base de ces éléments, il est possible de déterminer que certains actes ne peuvent être effectués que par des kinésithérapeutes qui répondent à certains critères bien précis, ainsi que faire en sorte que les renvois en première, deuxième et troisième ligne se déroulent mieux.

La **modernisation de la nomenclature** doit également prendre en compte la téléconsultation et/ou la vidéoconsultation, la télésurveillance et la télé-expertise. De plus, une attention doit également être portée aux séances de groupe (pour certains groupes de pathologie) et au rôle d'encadrement du kinésithérapeute.

Il faut aussi oser se demander s'il ne serait pas plus judicieux de rembourser forfaitairement les soins kinésithérapiques chroniques par rapport aux soins aigus, qui sont remboursés à la prestation.

AXXON considère également qu'une **concertation transversale** avec les autres Commissions de convention / d'accords pourrait conduire à une optimisation de la nomenclature pour l'ensemble des professions de la santé.

Cadre financier et budgétaire de plan pluriannuel

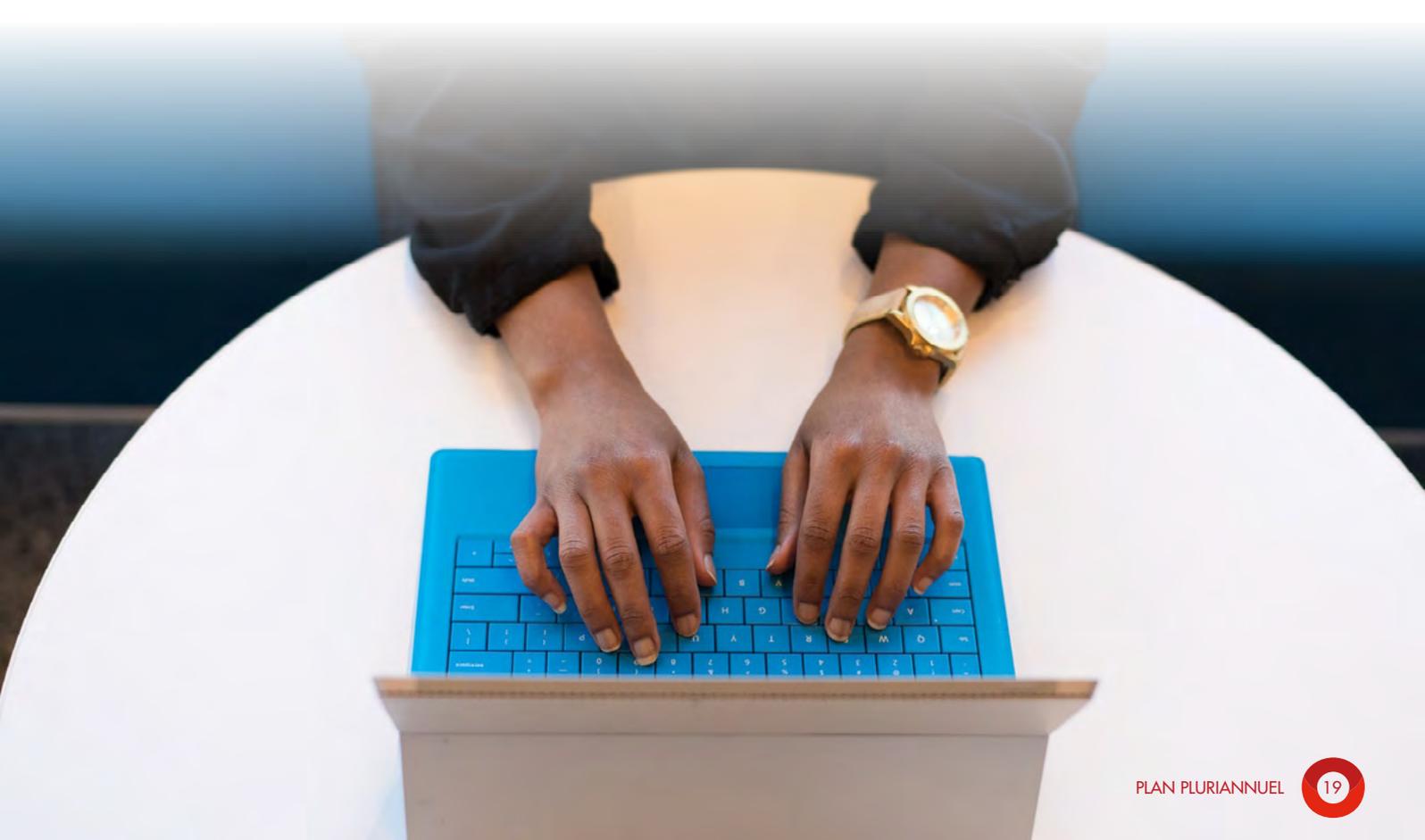
Étude coût-efficacité des honoraires du kinésithérapeute

Le calcul des frais nécessaires au bon exercice de la profession de kinésithérapeute doit être suffisamment précis pour permettre le calcul précis des honoraires de la profession. AXXON a confié cette mission à **Mind over Matter Consulting** ([Étude complète](#)).

Même avec une estimation prudente, le coût d'une heure d'activité de kinésithérapie s'élève à 71,97 €. Cela correspond à une augmentation de 24 % par rapport à la dernière étude réalisée en 2014. Cette différence est due à une estimation plus complète des coûts salariaux, en combinaison avec une évolution normale des prix des autres inducteurs de coûts. Les honoraires actuels, qui reposent sur une rémunération de 50 € de l'heure, sont donc largement insuffisants pour couvrir les frais réels d'un cabinet de kinésithérapie. L'ensemble des coûts liés à la pratique de la kinésithérapie ont été identifiés sur la base de **six inducteurs de coûts**, à savoir :

- Coûts salariaux : salaire brut d'un kinésithérapeute travaillant en milieu hospitalier, selon les barèmes IF-IC ;
- Frais de fonctionnement : énergie, téléphonie, internet, bureau, assurances, déplacements, publications, cotisations associations professionnelles, comptabilité ;
- Location d'un cabinet ;
- Équipements et matériel nécessaires : appareils (amortis sur 9,3 ans en moyenne), ameublement et entretien (amortis en moyenne sur 11,8 ans) ;
- Petit matériel : coût annuel du petit matériel utilisé dans un cabinet moyen ;
- Taux d'intérêt : frais de financement des investissements nécessaires.

L'étude a également révélé que l'indemnité pour les frais de déplacement des kinésithérapeutes est nettement inférieure à celle des infirmières et des médecins généralistes. De plus, il s'avère que les barèmes salariaux des kinésithérapeutes sont bien inférieurs à ceux de groupes professionnels de formation similaire.



Proposition d'un cadre financier et budgétaire²

À partir de 2022, la norme de croissance annuelle du budget de l'INAMI sera de 2,5 %. La composition du **budget de la kinésithérapie** devrait être la **somme** de l'estimation technique de l'INAMI + l'index de 1,5 % comme norme de croissance garantie + l'index de santé. L'estimation technique est basée sur la tendance des 4 à 5 dernières années, la norme de croissance propre peut servir à financer des mesures innovantes et l'index de santé compense la perte de pouvoir d'achat de l'année écoulée.

AXXON veut atteindre un **honoraire équitable** (voir [l'étude](#) de *Mind Over Matter Consulting*) dans les plus brefs délais. Cela peut se faire en une seule fois ou par étapes, en parallèle au plan pluriannuel. Une réévaluation des prestations peut être obtenue via un tarif/minute identique pour toutes les prestations. Dans le même temps, le secteur doit aussi être rendu responsable de ses propres dépenses.

Afin d'évoluer avec les besoins (non satisfaits), 3% du budget du secteur devraient être investis dans des parcours de prévention et de soins (Kiné Coach, prévention chez les patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète, la claudication, et d'autres projets innovants). Les projets sous forme de parcours de soins et de nouvelles innovations numériques peuvent être préalablement testés au titre de l'art.56.

Une méthode doit être développée pour **objectiver les gains d'efficacité** au sein du budget du secteur.

Garantie de bénéficiaire du droit de tirage : s'il apparaît que les coûts réels pour une initiative (existante ou nouvelle) augmentent moins vite que les coûts attendus, la différence est reversée au secteur qui peut alors réinvestir cette somme.

²[Trajet pluriannuel budgétaire et financier](#)

La trajectoire budgétaire en fonction de la modernisation de la nomenclature

Le **travail interdisciplinaire** peut être encouragé en offrant une compensation pour cette charge administrative supplémentaire. Cela comprend la consultation multidisciplinaire, le contact avec la famille / les parents / le partenaire et le retour d'information vers le patient, ce qui n'est actuellement pas remboursé. L'accent doit être mis sur l'efficacité des soins par le biais **d'incitations financières** (réduction des écarts de pratique, stimulation de la coopération) et **non par des sanctions budgétaires**.

Des **séances de groupe** pourraient également être possibles dans tous les cas et dans des conditions financières correctes :

- Dans le cadre d'un forfait horaire, avec un numéro de nomenclature spécifique.
- Le nombre de patients dans le groupe est limité à 8 personnes maximum.
- Les séances de groupe sont individualisées et chaque patient au sein du groupe a un bilan distinct.

Il existe suffisamment de preuves scientifiques des bienfaits des séances de groupe sur la santé.

Les séances de groupe sont financièrement plus abordables et aussi plus attractives, car une heure passée avec un thérapeute devient accessible à plusieurs patients à la fois.

Pour les **centres de soins résidentiels**, une **politique transversale** doit être développée au-delà des secteurs et avec une approche pluriannuelle, dans un cadre stable et avec des ressources suffisantes.

L'accès direct sous certaines conditions devrait être possible grâce au Dossier Kinésithérapique Électronique partagé et à une communication efficace avec le responsable du Dossier Médical Partagé du patient.

Un examen consultatif du patient sans ordonnance peut apporter une valeur ajoutée (préventive, consultative, administrative).

Une **adaptation du cadre juridique** (loi coordonnée du 15 mai 2015) est donc nécessaire.

Pour les salariés qui travaillent sous la nomenclature M, K ou R, le **Statut social doit être revu** afin d'éliminer la discrimination existante.

Budget pour la digitalisation complète du secteur

Tous les efforts possibles doivent être réalisés en faveur de la digitalisation. Les points de départ pour cela sont :

- Le Dossier Kinésithérapique Électronique, l'e-prescription, l'e-facturation et les notifications et demandes électroniques.
- Une plateforme e-santé combinée à un budget pour la télé-réadaptation augmentera la visibilité du kinésithérapeute et facilitera la communication avec les médecins.
- Le développement d'un cadastre dynamique concluant, afin d'orienter la politique sur la base de chiffres corrects et à jour.
- Les budgets pour le DKE peuvent être obtenus à partir du budget de la prime télématique (seuls les kinésithérapeutes débutants perçoivent cette prime pendant les 3 premières années) + du budget « dossier et rapport » + du budget « supplément dossier de démarrage en pathologie courante ».

Statut social INAMI

Tous les kinésithérapeutes travaillant en institution souhaitent un système de rémunération solidaire. En ce qui concerne les avantages sociaux de l'INAMI, AXXON s'efforce à ce que la kinésithérapie soit traitée sur un pied d'égalité avec les autres prestataires de soins pouvant bénéficier du Statut social.

La recommandation d'AXXON à cet égard est la suivante:

- Permettre aux kinésithérapeutes de se déconventionner partiellement tout en continuant à bénéficier des avantages sociaux INAMI.
- Adapter le montant des avantages sociaux INAMI en fonction des prestations du thérapeute concerné (prestations M, K et/ou R.), afin de refléter objectivement le niveau d'activité au sein de l'INAMI. Ce seuil d'activité est réduit si l'année comporte des jours d'inactivité, tels que déterminés dans l'arrêté royal du 26 mai 2020.
- Adapter le montant des avantages sociaux INAMI proportionnellement au niveau du degré de conventionnement. Autrement dit, un kinésithérapeute conventionné à 60 % percevra de la part de l'INAMI un avantage social de 60 %.

Projet « Lombalgie »

Dans cette étude pilote clinique contrôlée et randomisée à deux volets en simple aveugle menée par l'Université de Hasselt et dirigée par le Dr. Lotte Janssens, les questions et objectifs de recherche suivants sont poursuivis :

1. Question de recherche : quelle est la valeur ajoutée (en matière de douleur, d'invalidité et de rentabilité) de l'accès direct à la kinésithérapie par rapport aux soins habituels pour les patients atteints de lombalgie aiguë (qui dure plus de 24 heures et moins de 6 semaines) après référence par le médecin généraliste.
2. Objectif du projet : quelle est la différence de rentabilité entre les deux interventions étudiées.

Les résultats de l'étude sont évalués à différents moments au moyen d'une application (Mobile Health Unit), cette dernière envoyant des rappels afin d'éviter les « abandons ».

Au total, 600 patients sont inclus dans l'étude (Wallonie $n=2 \times 150$, Flandre $n=2 \times 150$).

Les patients sont recrutés parmi la population au moyen d'une campagne d'information générale dans les journaux locaux, sur les médias sociaux, un site web et à l'aide de listes d'adresses électroniques, ainsi qu'auprès de médecins généralistes et de kinésithérapeutes qui informent les participants potentiels de l'étude.

Toutes les évaluations comprennent l'ensemble des résultats primaires et secondaires ; la base de référence comprend également des questions sur les données démographiques (âge, poids, taille, IMC, sexe, niveau d'éducation, situation professionnelle) et le « Start Back Screening Tool ». Les résultats primaires sont la douleur et l'invalidité. Les résultats secondaires comprennent les effets sur la santé, les coûts directs des soins, l'utilisation des ressources de soins de santé et les coûts découlant de l'absentéisme / de la perte de travail et de la perte de productivité.

Le projet pilote Lombalgie a un coût total de 393.500 €, réparti sur 3 ans.

Des informations détaillées sont disponibles sous le chapitre « Propositions de prises en charge adaptées soumises par AXXON à l'INAMI dans le cadre du plan pluriannuel 2022 - 2024 » et dans les annexes (n°14). [Retrouvez ici l'étude complète](#) qui est également parue dans l'AXXON *Exclusif* du mois de juin 2021.

Modèle de rémunération pour les kinésithérapeutes salariés travaillant en institution

Cette recommandation s'attarde sur la vision d'AXXON au sujet du modèle de rémunération des kinésithérapeutes travaillant en institution. Cela comprend les kinésithérapeutes qui travaillent en milieu hospitalier, en centres de rééducation, en centres de soins résidentiels, dans l'enseignement et dans le secteur des personnes handicapées.

AXXON s'efforce d'obtenir une **échelle salariale égale pour tous les kinésithérapeutes**, quel que soit leur lieu de travail. Dans le cadre IF-IC, le rôle du kinésithérapeute au sein d'un institution correspond à la description de fonction de la catégorie 17. Les kinésithérapeutes qui ont des Qualifications Professionnelles Particulières sont classés dans la catégorie 18 et les kinésithérapeutes qui ont une fonction de responsable le sont dans la catégorie 19.

Pour AXXON, la kinésithérapie dispensée aux patients au sein des institutions est caractérisée par 2 conditions de base absolues : elle est de haute qualité et elle est adaptée aux besoins de soins et de thérapie de chaque patient. Afin de fournir une thérapie de haute qualité, il est nécessaire de disposer de suffisamment de personnel pour répondre aux besoins des patients, tout en maintenant une quantité de travail acceptable pour les prestataires de soins.

AXXON est d'avis que les paiements forfaitaires et les paiements à la prestation (nomenclature) peuvent jouer un rôle dans la rémunération des prestations des kinésithérapeutes. Il est important que les mécanismes de financement soient suffisamment flexibles et puissent être utilisés pour répondre aux efforts réels du kinésithérapeute.

Dans les cadres légaux existants, le kinésithérapeute se trouve sous l'infirmier en chef dans l'organigramme, ce qui limite fortement son autonomie de travail. AXXON plaide pour une place distincte de la profession dans l'organigramme des soins de santé. Des chevauchements avec d'autres branches médicales peuvent exister, mais n'excluent pas un rôle distinct et important dans les professions de rééducation. Au sein d'un service de rééducation distinct, sous la direction d'un kinésithérapeute, un plan de traitement individuel peut être déterminé pour chaque personne qui a besoin de soins et d'un suivi. Sur cette base, on peut déterminer combien de temps et par qui le patient est guidé dans son trajet de soins.



En ce qui concerne les hôpitaux, [Antares Consulting](#) a mené en début d'année une étude sur les modes de financement. Le modèle de financement qu'ils ont étudié apporte les changements suivants pour les professionnels de la santé :

- Un modèle plus simple et plus transparent
- Une séparation plus claire de la prestation intellectuelle
- Un accent sur les résultats cliniques
- Éviter les effets indésirables du modèle actuel et les prestations inutiles
- Une rémunération plus juste
- Des honoraires qui ne sont pas basés sur une négociation

Les soins de santé se caractérisent aujourd'hui par des ressources financières insuffisantes. Face à l'exigence d'une rémunération correcte et d'une bonne dotation en personnel, il est donc important de déployer ces ressources de manière prudente et rationnelle et de les gérer en bon père de famille. La surconsommation doit être évitée. Le traitement doit être dispensé en tant que contribution efficace et efficiente aux besoins en soins du patient et doit être fondé sur des preuves. Le kinésithérapeute a ici une responsabilité importante, mais il le fait dans le cadre d'une équipe de soins. AXXON reconnaît la valeur ajoutée de tous ses collègues d'autres disciplines. AXXON invite donc volontiers tous les partenaires impliqués à unir leurs forces afin de développer des mécanismes de financement durables et qui conduisent à des soins ciblés de haute qualité avec à leur centre le patient.

Organe déontologique

La **nécessité de mettre en place un organe déontologique** est apparue évidente lors de plusieurs réunions de groupes de travail et dans les recommandations. C'est pourquoi nous souhaitons partager la vision formulée par le Conseil Fédéral de la Kinésithérapie en matière de règles de conduite. Vous trouverez le document complet en annexe.

Depuis 1973, la kinésithérapie a pu se rabattre sur une forme de code de conduite et de déontologie édictés dans une circulaire du Conseil d'agrément des kinésithérapeutes du Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) (sous le titre « Manquements professionnels »). Cette circulaire a expiré avec la suppression du Conseil d'agrément et son remplacement par la Commission d'agrément le 01/10/2002, sous la tutelle du ministre de la Santé. Depuis, il y a eu un véritable statu quo en ce qui concerne les règles de conduite des kinésithérapeutes. Ceci alors que de telles règles ou codes peuvent fonctionner de manière très multidimensionnelle, comme un ensemble de normes professionnelles pour les professionnels dans le contexte le plus large possible.

En raison des nombreux changements dans le secteur de la santé en général et dans le secteur de la kinésithérapie en particulier, tout comme dans la société, les kinésithérapeutes sont continuellement confrontés à des enjeux professionnels et éthiques. Des réponses ou des comportements adaptés sont donc attendus de la part des kinésithérapeutes, alors qu'ils ne sont souvent pas

suffisamment conscients de la dimension éthique de leurs actes. Il est donc crucial qu'un nouvel ensemble de règles de conduite et de réflexions déontologiques soit élaboré, mais aussi que l'attention nécessaire y soit portée, tant dans la pratique professionnelle que lors de la formation des futurs kinésithérapeutes.

Les règles de conduite peuvent être considérées comme des outils pour réguler le comportement des kinésithérapeutes et pour les rendre responsables de leur formation continue, afin qu'ils maintiennent leurs connaissances au niveau des normes les plus élevées possibles dans la pratique professionnelle. De plus, l'existence de règles de conduite est l'une des composantes essentielles de la professionnalisation de la kinésithérapie. La professionnalisation désigne le processus par lequel les membres d'une profession, collectivement, en utilisant notamment leurs compétences et aptitudes, tentent d'acquiescer ou de défendre la position sociale à laquelle ils ont droit, dans le but de sauvegarder et d'améliorer le statut de la profession.

L'organe déontologique à mettre en place est un **organe d'autorégulation** qui veillerait à l'application des règles de conduite du kinésithérapeute. Il collecterait des données sur les prestataires et sur les prestations kinésithérapiques et, sur cette base, orienterait l'ensemble du domaine professionnel vers une pratique juridiquement correcte (en s'attaquant aux profils de pratique déviants/ aux variations de pratique inexplicables) et fondée sur l'Evidence Based Practice.



RÉSULTATS DES ENQUÊTES

Adhésion à la convention M21

Durant la seconde moitié du mois de janvier 2021, une enquête a été organisée dans les **quatre provinces flamandes et la Région de Bruxelles-Capitale** sur le thème « Intention d'adhérer ou pas à la Convention M21 ». Le plus grand groupe de répondants est celui des indépendants et se situe dans la catégorie d'âge de 26 à 45 ans. Environ **la moitié** des répondants étaient **conventionnés** au moment du sondage et la majorité a déclaré qu'elle resterait conventionnée en 2021.

Les **trois quarts** des répondants **non conventionnés** souhaitent qu'AXXON PTiB continue à l'avenir à **conseiller les tarifs** pour les kinésithérapeutes non conventionnés. Les kinésithérapeutes non conventionnés qui ne respectent pas les tarifs recommandés (28,5 euros au cabinet ; 30,5 euros en visite à domicile) demandent un honoraire allant de 28 à 35 euros. Ce tarif dépend de la durée et du lieu du traitement ainsi que de l'éventuelle Qualification Professionnelle Particulière du kinésithérapeute.

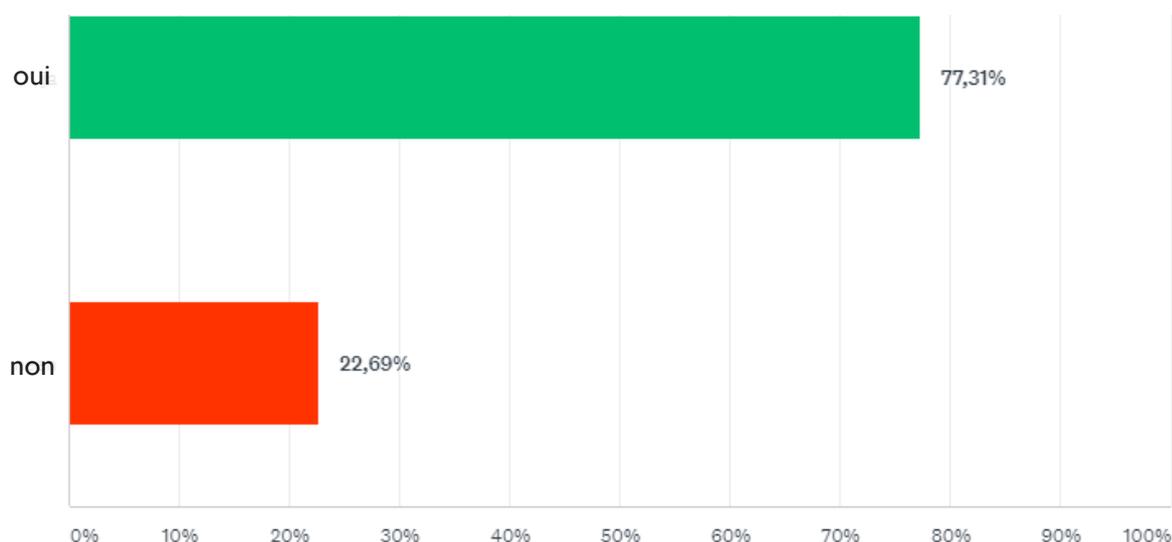
L'enquête a également montré une **forte demande** pour **la suppression de la discrimination dans le remboursement** des soins de kinésithérapie entre les prestataires conventionnés et les non conventionnés. En outre, il a été affirmé à plusieurs reprises que les kinésithérapeutes salariés et ceux travaillant sous statut mixte sont souvent obligés par leur employeur d'adhérer à la Convention, de sorte que le libre choix du prestataire n'est pas respecté. La possibilité d'un déconventionnement partiel devrait être étudiée.

Les trois raisons les plus citées pour ne pas adhérer à la convention sont :

- les honoraires trop bas ;
- la réduction des honoraires après la 9^{ème} séance en pathologie courante et après la 20^{ème} séance en pathologie Fa ;
- l'impossibilité d'effectuer des séances de plus de 30 minutes.

Par ailleurs, la **détermination du quorum** du nombre de kinésithérapeutes conventionnés a également été **remise en cause** par une partie significative des répondants. Les chiffres de l'INAMI montrent, entre autres, que 812 kinésithérapeutes de plus de 70 ans sont toujours actifs dans la profession et attestent des prestations. Si l'on enlève des chiffres les kinésithérapeutes qui sont (partiellement) salariés (et sont donc obligés par leur employeur de se conventionner), on se rend compte qu'1 kinésithérapeute indépendant sur 4 à Bruxelles et en Flandre est déconventionné.

En tant que kinésithérapeute non conventionné, souhaitez-vous que AXXON continue à conseiller des tarifs pour les kinésithérapeute non conventionné ?



Conseils stratégiques de gestion dans les 3 lignes de force

Au total, 2.031 kinésithérapeutes ont participé à l'enquête, dont 70,9 % de néerlandophones et 29,1 % de francophones. **70,99 % des répondants** avaient **au moins une Qualification Professionnelle Particulière**.

- 4/5 des répondants donnent la priorité à l'obtention d'un honoraire équitable.
- 3/4 des salariés néerlandophones souhaitent un classement supérieur au sein de l'IF-IC (c'est également le cas du côté francophone, même si la norme IF-IC n'y est pas encore en vigueur).
- 80 % des kinésithérapeutes indépendants souhaitent des honoraires comparables à ceux des autres professions du secteur (rémunérées au niveau Master) et souhaitent que des honoraires équitables soient instaurés le plus rapidement possible.
- 70 % des répondants souhaitent une nomenclature transparente, plus souple et adaptée aux besoins du patient.
- 60 % des personnes interrogées souhaitent que la priorité absolue soit accordée à la digitalisation complète, avec le DKE comme pierre angulaire.
- Plus de 3/4 des répondants estiment que les visites à domicile devraient également être significativement revalorisées en raison du temps supplémentaire qu'elles nécessitent.

Le milieu professionnel est moins favorable à une réorientation de la prime télématique ou à des modifications du système MRPA-MRS actuel, mais souhaite que le travail interdisciplinaire soit encouragé et rémunéré via une approche pluriannuelle, que les séances de groupe deviennent possibles dans tous les settings à des conditions financières correctes et que l'accès direct sous certaines conditions soit autorisé.

	PRIORITÉ ABSOLUE	PRIORITÉ HAUTE	PRIORITÉ MOYENNE	PRIORITÉ BASSE	AUCUNE PRIORITÉ
Prévoir un honoraire de base suffisant pour couvrir les coûts pour l'ensemble des kinésithérapeutes.	51.52%	24.24%	21.21%	3.03%	0.00%
Prévoir un honoraire plus élevé pour tous les kinésithérapeutes accrédités.	30.30%	15.15%	30.30%	12.12%	12.12%
Prévoir un honoraire supplémentaire pour les kinésithérapeutes porteurs d'une QPP.	18.18%	21.21%	24.24%	24.24%	12.12%

	PRIORITÉ ABSOLUE	PRIORITÉ HAUTE	PRIORITÉ MOYENNE	PRIORITÉ BASSE	AUCUNE PRIORITÉ
Création d'un code de nomenclature pour la collaboration interdisciplinaire.	24.24%	45.45%	27.27%	3.03%	0.00%
Réintroduire les séances de groupe dans tous les environnements cliniques, avec des conditions financières correctes (max. 8 personnes, forfait horaire, eDK individuel pour chaque patient).	21.21%	36.36%	36.36%	6.06%	0.00%
Développer une nomenclature efficace : spécifique, souple et transparente, avec des règles d'application et d'interprétation simplifiées, en fonction des besoins du patient.	27.27%	48.48%	24.24%	0.00%	0.00%

PROPOSITIONS DE PRISES EN CHARGE ADAPTÉES SOUMISES PAR AXXON À L'INAMI DANS LE CADRE DU PLAN PLURIANNUEL 2022 - 2024:

L'utilisation de la télésurveillance et de la télé-réadaptation en kinésithérapie

Bien que la télé-kinésithérapie ne soit pas appropriée pour tous les patients (notamment lorsqu'un traitement manuel est requis), elle facilite l'accès aux soins et peut réduire les coûts de l'assurance maladie. Un mix entre consultations en face-à-face et télé-kinésithérapie (voir en annexe [Remote Physiotherapy in Belgium](#), une étude de Liesbeth de Baets et du Pr Dirk Vissers en collaboration avec AXXON) devrait donc être encouragé, sans que cela n'affecte la qualité des soins. Les kinésithérapeutes doivent être informés des avantages de la kinésithérapie mixte et être formés pour fournir de tels services, en veillant à ce qu'ils soient mis en œuvre dans la pratique quotidienne. La mise en place d'un cadre juridique et financier solide est nécessaire, afin de ne pas se laisser distancer par certains autres pays européens, où l'utilisation de cette technologie innovante est déjà intégrée dans la kinésithérapie de première ligne.

Le **mélange entre consultations en face-à-face et télé-kinésithérapie** est adapté à la rééducation post-opératoire des patients, permet d'assurer la continuité des soins pour les patients chroniques ainsi que pour les traitements à court terme, grâce aux instructions utiles qui peuvent être données pour le suivi des exercices à domicile. En plus de la digitalisation des tâches administratives obligatoires, les applications de kinésithérapie numérique (télé-kinésithérapie) et de Mobile Health ne feront que gagner en importance dans les années à venir. L'identification et la certification de plateformes et d'outils fiables, ainsi que la formation des kinésithérapeutes à leur utilisation, faciliteront d'autant plus la mise en œuvre de ces nouveaux outils. Les résultats de la littérature indiquent que la kinésithérapie mixte est à la fois **efficace et rentable**.

L'utilisation de celle-ci pourrait potentiellement réduire les coûts des soins de santé, grâce à l'amélioration de l'autogestion des patients qui en découlera. Étant donné que le nombre de patients ayant besoin de soins kinésithérapiques augmente et continuera d'augmenter dans les années à venir, parallèlement au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques, ce type de traitement peut aider à alléger la pression qui règne sur le système des soins de santé.

Séances de groupe dans les cabinets de kinésithérapie de première ligne

Selon la nomenclature actuelle, un kinésithérapeute ne peut s'occuper que d'un seul patient (ou d'une seule femme enceinte) présentant ou non une maladie chronique (obésité, diabète, maladie rénale, maladie cardio-pulmonaire, lombalgie, ...) ou un problème de santé mentale par tranche de 30 minutes. Il est donc impossible pour les kinésithérapeutes de première ligne de contribuer de manière significative à limiter la charge de soins de ce groupe de patients. De plus, l'expertise du kinésithérapeute dans ces situations semble sous-utilisée, méconnue et / ou sous-estimée par les autres prestataires de soins, malgré une formation et des compétences adéquates.

La thérapie par l'exercice est une pierre angulaire du traitement des problèmes de santé décrits ci-dessus. La recherche scientifique a clairement montré les effets positifs d'une thérapie par l'exercice régulière sur les facteurs de risque cardiovasculaire, la composition corporelle, la forme physique et la santé mentale. Une réduction de la morbidité et de la mortalité a également été observée. De nombreux organismes internationaux officiels considèrent donc le déploiement de la thérapie par l'exercice ou l'augmentation de l'activité physique à l'échelle de la société comme une démarche justifiée.

Le système de santé belge actuel est très limité dans sa capacité à prescrire des programmes d'exercices supervisés aux patients atteints de maladies non transmissibles ou de problèmes mentaux. Idéalement, les hôpitaux belges devraient pouvoir concentrer leurs soins sur les maladies graves et sur les problèmes mentaux importants, tout en référant les troubles plus légers aux cabinets de soins de première ligne. Cela permettrait en outre également de mieux répondre aux besoins des patients qui ne peuvent pas se déplacer plusieurs fois dans un hôpital ou dans un centre de réadaptation (y compris les personnes âgées et les personnes gravement handicapées).

L'avantage d'autoriser les séances de groupe dans le cadre de la nomenclature réside dans la réduction de la charge globale des soins de santé et dans le fait qu'avec le même budget, plus de patients peuvent être pris en charge. De meilleurs résultats cliniques peuvent donc ainsi être obtenus.

Accès Direct - « Projet Lombalgie »

L'utilisation inappropriée de l'imagerie médicale pour les lombalgies est une préoccupation de l'assurance maladie. Une prise en charge précoce par le kinésithérapeute peut avoir un effet bénéfique sur l'usage excessif d'anti-inflammatoires et sur la réduction de la période d'incapacité de travail.

La littérature internationale montre clairement que le rôle proactif du kinésithérapeute en cas de lombalgie, entre autres, implique une réduction importante des coûts pour l'assurance maladie, si l'accès direct sous certaines conditions est d'application.

L'augmentation de la morbidité et des coûts élevés liés à la santé appellent à l'optimisation du trajet de soins pour les lombalgies, qui devrait conduire à une prise en charge plus efficace et devrait également contribuer à l'autonomisation des patients.

Plusieurs études ont évalué des trajets de soins alternatifs pour les lombalgies et d'autres troubles musculosquelettiques, tels que le renvoi direct vers un kinésithérapeute ou le dépistage et le traitement des patients présents sur les listes d'attente orthopédiques. Les résultats sont favorables en ce qui concerne la réduction des temps d'attente ainsi que la satisfaction des patients et des référents des soins prodigués. De plus, lorsqu'il est justifié d'orienter vers la kinésithérapie les patients atteints de lombalgie aiguë (avec sciatique), l'orientation immédiate (dans les 3 jours) peut entraîner une baisse de l'utilisation des soins de santé et des coûts liés à la lombalgie. Il a en outre déjà été démontré qu'un traitement de kinésithérapie précoce entraînait une amélioration statistiquement significative de l'invalidité en cas de lombalgie (sub)aiguë.

Claudication Stepped Care pour le système artériel périphérique

En se basant sur la directrice relative au traitement de la claudication intermittente et des résultats du projet pilote « Claudicatiocare », l'objectif est de mettre en place un suivi prenant des initiatives fondées sur les facteurs de succès et sur les obstacles identifiés, afin de concrétiser, intégrer et mettre en œuvre les recommandations à suivre. La directive nationale (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé - KCE) et les directives étrangères désignent la thérapie par l'exercice supervisée (entraînement par étapes) et le coaching de style de vie comme traitement initial. En Belgique, on opte trop souvent et trop rapidement pour la chirurgie.

S'il n'y a pas de suivi du projet pilote dans lequel l'INAMI et le SPF Santé publique ont investi, l'objectif visé disparaîtra. Un ancrage structurel dans la pratique est nécessaire. La mise en place de la cellule EBPractice.net peut accompagner la levée des barrières intrinsèques et extrinsèques ainsi que la mise en place à tous les niveaux de soins.

Une période de 3 ans est souhaitable, car un certain nombre d'amendements proposés au règlement nécessitent du temps et des consultations. Le changement d'attitude doit se faire étape par étape et l'éducation / la formation / la sensibilisation (du patient, du médecin généraliste, du chirurgien vasculaire et du kinésithérapeute) doit être structurée de manière systématique et intégrée. Le réseau néerlandais (Chronisch Zorgnet, anciennement ClaudicationNet) met à disposition des ressources structurelles d'une part et son expertise d'autre part. Une brochure informative destinée aux patients et aux médecins généralistes a déjà été réalisée dans le cadre du projet pilote.

Accessibilité financière des soins de kinésithérapie

Le 1^{er} septembre 2019, des tickets modérateurs forfaitaires ont été introduits dans le secteur de la kinésithérapie pour optimiser l'accessibilité financière des soins. À cette fin, le secteur a investi une part importante des ressources disponibles de son objectif budgétaire. Le 1^{er} avril 2021, la réduction de 25 % du remboursement pour les prestations des kinésithérapeutes non conventionnés a à nouveau été introduite, après que le quorum de 60 % d'adhésions individuelles à la convention M21 ait été atteint. Le gouvernement augmente ainsi à nouveau de manière significative le ticket modérateur pour certains patients, ce qui anéantit une grande partie des efforts que le secteur a déployés pour que les soins restent abordables. Le taux de remboursement doit être garanti pour chaque patient, quel que soit son choix de prestataire de soins.

Afin de continuer à garantir l'accessibilité des soins, AXXON propose de mettre fin à cette mesure discriminatoire qui a des conséquences financières directes pour les patients, alors qu'elle résulte en réalité d'un choix du prestataire de soins. Il est inadmissible qu'un patient soit pénalisé pour une décision prise par son prestataire de soins.

La loi « Qualité » du 22 avril 2019 entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2021. L'article 87 de celle-ci précise que : « Le Roi fixe, par arrêté royal pris après consultation du Conseil des ministres, la date d'entrée en vigueur des articles 85 et 86. » L'arrêté royal correspondant doit être pris pour que les articles 85 et 86 puissent entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2021.



PROPOSITIONS DE PRISES EN CHARGE ADAPTÉES SOUMISES PAR AXXON À L'INAMI DANS LE CADRE DU PLAN PLURIANNUEL 2022 - 2024

Vous trouverez toutes les propositions complètes en annexe.

- Rôle du kinésithérapeute dans le parcours de soins
- Accessibilité des soins de kinésithérapie
- Transparence et réaffectation des ressources de kinésithérapie dans les institutions
- Fonction de liaison, communication, DKE, enregistrement de cabinet et de pathologie
- KCE et parcours de soins « Lombalgie »
- Pré-habilitation préalable aux interventions chirurgicales majeures

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à remercier nos confrères (kinésithérapeutes de terrain, membres des trois conseils d'administration et universitaires) pour leur coopération intensive lors des tables rondes ainsi que pour leur collaboration aux nombreux questionnaires d'accompagnement. Un merci particulier aux responsables des trois groupes de travail : Kinésithérapie dans les soins aux personnes âgées (M. J. Van Hoornweder et M. B. Laplanche), Cadre financier et budgétaire du plan pluriannuel (M. L. Dieleman et M. D. Wathelet) et Nouvelle nomenclature (M. E. Brassinne et M. E. Schaillee).

Merci également au professeur Marc Decramer et à M. Stefaan Decramer de *Mind Over Matter Consulting* pour l'étude intitulée "Des honoraires équitables pour les kinésithérapeutes".

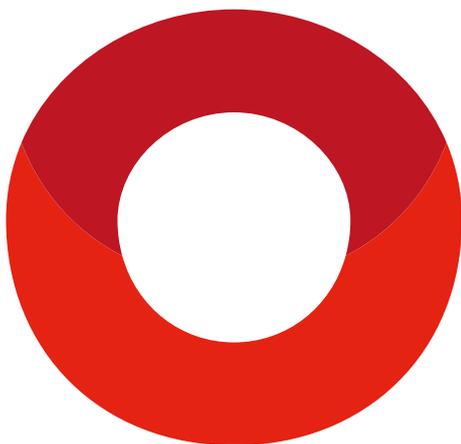
Nous remercions les membres du comité de pilotage, les directrices générales Fabienne Van Dooren (AXXON QeK) et Marina Gasten (AXXON KiK) ainsi que les présidents des deux ailes d'AXXON, Bernard Laplanche (AXXON QeK) et Dirk Verleyen (AXXON KiK).

Merci enfin au service de communication d'AXXON et en particulier à la Junior Management Assistant Lien Van Tilborgh pour la composition finale de ce rapport.

ANNEXES

Toutes les annexes sont disponibles sur le site web d'AXXON : www.axxon.be/fr/planpluriannuel

1. [Rapport Mind Over Matter Consulting + Tableau de nombres](#)
2. [Règles de conduite pour le kinésithérapeute](#)
3. Modèle de soins efficaces : [applications de télé-kinésithérapie et de santé mobile](#) + [Etude Remote Physiotherapy in Belgium](#)
4. Modèle de soins efficaces : [Séances de groupe](#)
5. Modèle de soins efficaces : [Lower Back Pain](#) + [Etude Lombalgie](#)
6. [Template Claudicatio](#) + [Site web](#) (uniquement en NL)
7. [Modèle d'accessibilité financière des soins](#) (uniquement en NL)
8. Modèles d'objectifs de santé * (uniquement en NL)
 - a. [Rôle du kinésithérapeute dans les parcours de soins](#)
 - b. [Accessibilité des soins](#)
 - c. [Institutions Kiné](#)
 - d. [Fonction de liaison](#) communication pratique DKE et inscription pathologie
 - e. Mise en œuvre du document de travail [KCE lombalgie](#)
 - f. Document de travail [pré-habilitation](#)
9. Tables rondes de conseil entièrement rédigées
 - a. [Modernisation de la nomenclature](#)
 - b. [Trajet pluriannuel budgétaire et financier](#)
 - c. [Conclusion Personnes âgées](#)
 - d. [Nouvelle nomenclature conclusion](#)
 - e. [Propositions budget](#)
 - f. [Vlaams verdienmodel van de kine binnen de instellingen](#) (AXXON KiK)
10. Résultats complets de l'enquête
 - a. [Adhésion à la convention M2I](#)
 - b. [Conseils stratégiques de gestion dans les 3 thématiques](#)



AXXON, Physical Therapy in Belgium asbl
Imperiastraat 16
1930 ZAVENTEM

 02/709.70.80

 axxon@axxon.be

 www.axxon.be