

SÉGUR DE LA SANTÉ 2020

La FFMKR force de propositions

Travailler ensemble, dans un modèle où chacun prend ses responsabilités au service du patient, sans corporatisme, sans frontière entre la ville et l'hôpital, sans différenciation entre professionnels, avec un seul objectif, apporter à nos concitoyens la garantie d'être pris en compte de manière équitable sur l'ensemble du territoire, quel que soit le problème ou la personne.

Pour cela, la FFMKR fait 9 propositions au Ségur de la santé

L'objectif de ces propositions est d'améliorer le service rendu à l'usager-patient, en facilitant notamment l'accès aux soins, en fluidifiant le parcours du patient, en s'inscrivant pleinement dans la prévention, dans la restauration de la qualité de vie au travail, ainsi que dans le bien-vieillir. La transformation des dispositifs de coordination contribuera également à libérer les professionnels de santé des contraintes liées au système actuel.

Les 9 axes de travail

- **En finir avec le terme « auxiliaire médical »** et définir la profession de masseur-kinésithérapeute comme une **profession médicale à compétences définies** (piliers 2 et 3) [Atteindre la page](#)
- **Reconnaître le Grade MASTER aux kinésithérapeutes** dont la formation universitaire est de 300 ECTS (piliers 2 et 3) [Atteindre la page](#)
- **Revaloriser et rendre attractif l'exercice salarié de la kinésithérapie en milieu hospitalier** (piliers 2 et 3) [Atteindre la page](#)
- **Favoriser l'accès aux soins**, notamment de kinésithérapie, **en simplifiant et en allégeant les protocoles de coopération** : faire de l'équipe de soins primaires (ESP) le maillon essentiel de la coordination autour du patient (piliers 3 et 4) [Atteindre la page](#)
- **Créer des pratiques avancées en kinésithérapie dans 3 champs d'activité** (piliers 2, 3 et 4) : [Atteindre la page](#)
 - Kinésithérapie en santé au travail et en santé scolaire ;
 - Kinésithérapie et coordination au sein des EHPAD ;
 - Kinésithérapie dans le cadre des urgences ;
- **Faire de l'expertise fonctionnelle du kinésithérapeute un pilier incontournable dans le cadre du Grand-âge**, au service des personnes âgées, des soignants, des aidants et de l'équipe de soins pluridisciplinaire (piliers 2, 3 et 4) [Atteindre la page](#)
- **Élargir le droit de prescription** pour éviter la multiplication de consultations médicales inutiles, onéreuses et facilement évitables (piliers 3 et 4) [Atteindre la page](#)
- **Agir pour la parution du décret d'application faisant suite à l'article L4321-1** du CSP relative au **renouvellement des prescriptions médicales** de moins d'un an (piliers 3 et 4) [Atteindre la page](#)
- **Pérenniser le télésoin** et élargir de son périmètre pour en faire un véritable outil de la coordination (piliers 3 et 4) [Atteindre la page](#)

La crise sanitaire a été un révélateur des points forts et des limites de notre système de santé. Notre système hospitalier s'est montré performant mais rapidement saturé, mettant ainsi en lumière les limites d'un système de santé basé sur un parcours de soins avec une « entrée unique » qu'est le médecin traitant ou à défaut le service des urgences. Ce principe est un frein à l'accès aux soins, impliquant mécaniquement un encombrement soit des urgences déjà saturées, soit des cabinets médicaux, et même parfois des deux. **Notre système de santé est à bout de souffle et souffre de deux maux : le médico centrisme et le structuro centrisme.**

Les frais de santé augmentent alors que les déserts médicaux s'accroissent, notamment à l'hôpital. Les urgences souffrent d'un encombrement permanent, insoutenable en période d'épidémies ou de crise. **La Cour des Comptes¹ estime que « la réorientation de 3,6 millions de passages aux urgences vers une prise en charge en ville permettrait une économie de plus de 500 millions d'euros ».** « Il est ainsi permis de considérer qu'environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures, notamment pour de la petite traumatologie ». Il nous faut changer de paradigme pour sortir de ce système en silo ; des mesures simples peuvent y contribuer.

Par ailleurs, la crise du COVID 19 met en exergue la situation précaire de certains kinésithérapeutes inquiets quant à la survie de leur activité, estimant que les cabinets seront en péril au moment du paiement des charges reportées. La reprise progressive de l'activité nécessitant de repenser complètement et réorganiser pour un certain temps le fonctionnement des cabinets pose question. **La diminution conséquente du chiffre d'affaires associée à l'augmentation des charges au regard des mesures d'hygiène, conduira à une rupture de viabilité des modèles économiques.**

En 20 ans, la lettre clé a augmenté d'à peine 5 % (2,04 € (13,40 Fr) à 2,15 €), loin de suivre le niveau de l'inflation. Depuis de nombreuses années, les organisations représentatives de la profession dénoncent les tarifs des prises en charge et des indemnités de déplacement des soins à domicile, au regard de la lourdeur des soins liés à la nécessité du maintien à domicile, du virage ambulatoire dans lequel les kinésithérapeutes se sont pleinement engagés et pour lequel ils ont dû investir dans des plateaux techniques lourds, en faisant le choix d'un exercice en groupe pour mutualiser l'effort financier afin d'adapter le modèle économique à la conjoncture. Désormais, un kinésithérapeute muni d'un plateau technique peut difficilement se permettre de réaliser des soins à domicile au vu du montant de l'acte ostéo-articulaire (16,50 € en moyenne, majoré d'une indemnité forfaitaire de déplacement de 2,50 € ou 4 € en fonction de la pathologie). A ce phénomène s'ajoutent les problématiques liées au stationnement et à son coût en ville.

¹ Cour des Comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014, Chapitre XII.

Cour des comptes, Rapport 2019, 6-Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités.

Il y a là un véritable enjeu de santé publique : valoriser la prise en charge à domicile pour assurer les sorties d'hospitalisation, dont les précoces, mais aussi pour assurer le maintien à domicile des sujets les plus fragiles.

Aussi, nous croyons qu'à la faveur de toutes ces constatations, **les kinésithérapeutes libéraux ont un rôle essentiel à jouer compte-tenu des enjeux de demain** (prévention primaire, virage ambulatoire et maintien à domicile) **et qu'il conviendrait de redéfinir les contours de l'exercice et de le revaloriser :**

- Valoriser financièrement l'activité des kinésithérapeutes, notamment les actes à domicile, car c'est bien de la paupérisation de notre profession dont il est question aujourd'hui.
- Reconnaître les compétences des kinésithérapeutes et permettre leur intégration pleine et entière dans le système de santé français pour le bénéfice de la population ;
- Faire de la kinésithérapie une profession médicale à compétences définies ;
- Permettre l'accès aux compétences reconnues et validées du kinésithérapeute dans le cadre d'une réelle coopération interprofessionnelle ;
- Repenser le rôle du kinésithérapeute tant dans le plan grand âge que dans la prévention des risques de perte d'autonomie de la personne âgée ;
- Exploiter pleinement le potentiel du kinésithérapeute dans le domaine de la prévention primaire, notamment en milieu scolaire et dans le cadre du travail.

Ce Ségur constitue donc une opportunité pour repenser et reconstruire la kinésithérapie sur un nouveau modèle à inventer. **Ce modèle doit être tourné vers un acte à haute valeur ajoutée et doit pérenniser l'attractivité de la filière kinésithérapique au service du patient.**

Une revalorisation permettrait une augmentation de la durée de prise en soin associée une diminution de la fréquence des soins : **privilégier la qualité à la quantité.**

Il y a une véritable nécessité de **revalorisation tarifaire des actes de kinésithérapie**, qui doivent être **en adéquation avec l'adaptation de notre pratique au regard de la situation.**

Le système doit permettre au kinésithérapeute de prendre la place qui devrait être la sienne dans le cadre du Grand-âge, en intégrant de façon pleine et entière le binôme médecin-infirmier pour former un trinôme d'acteurs majeurs pour le bien vieillir.

Par ailleurs, **le kinésithérapeute est une alternative à la « surconsommation d'urgences hospitalières »**, de par ses compétences et son maillage territorial. Il conviendrait d'élargir les prérogatives du kinésithérapeute ainsi que son droit de prescription à l'instar des récents protocoles de coopération relatifs à la prise en charge des patients pour entorse de cheville ou lombalgie aiguë, qui devraient prendre leur envergure en étendant le dispositif au-delà des maisons de santé pluridisciplinaires.

Ces mesures fortes permettraient l'amélioration des prises en charge par une profession aux contours redessinés et une coordination au sein du système de santé repensé s'appuyant sur l'ESP.

1- La fin du terme « auxiliaire médical »

La distinction entre les professions médicales et paramédicales pèse extrêmement lourd sur les consciences collectives. Intégrer la kinésithérapie comme soin de recours essentiel dans la politique de santé publique au même titre que la médecine, la pharmacie, l'odontologie et la maïeutique et abandonner la différenciation corporatiste entre professions médicales et auxiliaires médicaux est le premier moyen pour **transformer en profondeur notre système santé. Cela apportera de la transversalité** en mettant chaque professionnel de santé sur un pied d'égalité au regard du code de la santé publique. **La FFMKR propose donc de redéfinir la profession de masseur-kinésithérapeute comme une profession médicale à compétences définies.**

2- La reconnaissance du Grade Master

Une clarification de la reconnaissance du niveau de formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes (5 ans avec une première année dans le cursus PASS MMOPK) (Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie, Kinésithérapie) et, donc une reconnaissance du **grade Master**, est indispensable.

Depuis 1986, date des premières expérimentations par le Premier Cycle d'Etudes Médicales (PCEM), la majorité des étudiants en kinésithérapie a validé une année préparatoire avant d'accéder aux études de kinésithérapie (3 années d'IFMK). Depuis 2015, date de la réforme de notre formation initiale, la totalité des étudiants entre en études de kinésithérapie après avoir validé et réussi Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) (ou STAPS, ou Bio) pour ensuite effectuer 4 années en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK). Ces IFMK ont obtenu par voie de convention avec l'université la capacité de délivrer des ECTS. **Ainsi, les étudiants en kinésithérapie cumulent durant leur formation un total de 300 ECTS.**

Les travaux menés durant la réforme des études ont placé l'utilisateur-patient au cœur de la réforme « que peut-on proposer à la population aujourd'hui en soins de kinésithérapie ? ». **Le cahier des charges ainsi bâti a permis d'établir le modèle de formation en parfaite adéquation avec les besoins du système de santé.**

Il y a donc eu une volonté de l'Etat et des représentants de la profession de faire évoluer le statut du kinésithérapeute « d'effecteur prescrit » à un « concepteur et responsable du traitement » (déjà initialisé préalablement par le bilan-diagnostic).

Il a fallu mettre en cohérence 3 éléments dans le domaine législatif et réglementaire :

- Le référentiel de formation initiale (2015) ;
- La définition de la profession (Loi Touraine - 2016) ;
- L'inscription au RNCP au niveau 1 - Master et plus (2017).

La récente création au sein du Conseil National des Universités (CNU) de la section des sciences de la rééducation et de la réadaptation, le sérieux de notre formation et sa sélection drastique via la filière MMOPK **doivent permettre aux kinésithérapeutes d'obtenir le Grade Master**, ce qui permettrait une revalorisation tant attendue par la profession.

3- La revalorisation de l'exercice salarié et l'attractivité en milieu hospitalier

La crise Covid-19 a mis en exergue l'insuffisance de kinésithérapeutes de formation hospitalière en particulier là où la situation sanitaire l'exigeait, c'est-à-dire au sein des services de réanimation, des soins intensifs ou au sein d'unités « Covid » temporaires. Il s'agit là de lieux où la formation continue permanente est tout aussi cruciale que la formation initiale. Il s'agit donc également de lieux où le « nomadisme » professionnel **n'est pas sans conséquence quant à la transmission des savoir-faire.**

Cette transmission est rendue d'autant plus difficile que l'encadrement de la profession au sein des établissements publics a été transformé en abandonnant la fonction de monitorat-cadre au profit des **cadres de santé qui ont une mission recentrée sur la gestion administrative et doivent, de ce fait, renoncer à une gestion médico-kinésithérapique.**

Cette transmission est également dégradée par les conséquences des transformations de **la formation initiale en kinésithérapie qui revêt désormais une forme de moins en moins hospitalière** alors même qu'elle ne l'était qu'exclusivement il y a encore 20 ans. Ainsi, de nombreux professionnels peuvent ne disposer d'aucune expérience hospitalière, alors que le propre de la gestion de crise exige de mobiliser dans l'urgence des savoir-faire qui touchent aux domaines de la réanimation ou des soins intensifs mais également à des spécialités médicales complexes, telles que la pneumologie ou la neurologie, ou encore à des savoirs ou prises en charge complexes qui ne s'acquièrent qu'au sein de structures comme c'est le cas de l'hygiène hospitalière par exemple.

Il nous semble donc crucial de replacer la kinésithérapie au sein des établissements de santé, tant à travers la formation initiale, l'encadrement, tourné vers l'exercice, que la formation continue qui se doit d'être qualifiante et diplômante. C'est sur la base de ces objectifs que sont la formation et l'exercice que pourra également être envisagée pleinement la recherche en kinésithérapie.

Cette évolution de la place de la kinésithérapie en établissement, et en particulier à l'hôpital, nous apparaît indispensable : terreau d'une meilleure réponse aux besoins des usagers et des établissements eux-mêmes, elle pourrait également être le vecteur, par une meilleure reconnaissance, d'une rémunération en adéquation avec l'apport professionnel au système de santé et emporterait dans son sillage, l'ensemble de la profession, indépendamment des modes d'exercice, comme il fût le cas par le passé.

4- Des mesures pour favoriser l'accès aux soins de kinésithérapie

La FFMKR propose de prendre acte de la réalité du terrain et de s'inspirer de certains pays comme l'Australie, la Grande-Bretagne, le Québec ou la Suisse, **en autorisant l'accès au kinésithérapeute sans prescription médicale** pour certaines pathologies relevant du champ de ses compétences, dans un périmètre bien défini et **en coopération avec le médecin traitant.**

Aujourd'hui, deux protocoles de coopération relatifs à l'entorse de cheville et la lombalgie aiguë **sont expérimentés exclusivement dans le cadre de MSP, ce qui est beaucoup trop restrictif.**

A l'heure du déploiement des CPTS, des ESP et de la télémédecine, l'arrêté du 6 mars 2020 qui cadre le protocole de coopération dans une unité de lieu (maison de santé, centre labellisé ARS) n'a plus de sens. **La coopération entre le médecin et le masseur-kinésithérapeute doit être libre, étendue et responsable.** Un simple document contractuel entre le délégué (masseur-kinésithérapeute) et le délégant (médecin) doit suffire à établir la coopération en toute responsabilité du masseur-kinésithérapeute entre les deux acteurs. Le kinésithérapeute devra transmettre les éléments utiles du bilan-diagnostic kinésithérapique afin de permettre au médecin traitant d'assurer le suivi médical dans sa globalité. Les modalités de coopération restent les mêmes, sans unité de lieu, avec le recours possible à la télémédecine et une coopération possible avec plusieurs praticiens si nécessaire, que ce soit pour le médecin ou pour le masseur-kinésithérapeute.

La réponse est présente dans la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 qui prévoit qu'« En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. ». Cette loi reconnaît que les masseurs-kinésithérapeutes sont en capacité d'établir sans réserve des évaluations cliniques qui déterminent les critères qui autorisent la rééducation ou qui nécessitent une réorientation vers un médecin. Les services d'urgences, soulagés de ne plus être encombrés par ces patients pris en charge en première intention par les masseurs-kinésithérapeutes, pourraient jouer pleinement leur rôle dans de bonnes conditions.

Il est donc urgent que l'État intervienne pour juguler cette situation et éviter au patient de subir une perte de chance due à l'attente de soins, induisant des coûts supplémentaires ! Les actes réalisés en première intention par le kinésithérapeute doivent être pris en charge par l'assurance maladie.

A titre d'illustration et afin de bien comprendre les enjeux financiers :

- **L'entorse de cheville représente** 7 à 10% des pathologies d'urgence hospitalière soit **environ 6000 passages aux urgences chaque jour. Le coût d'une consultation hospitalière simple (CCMU1) s'élève à 115 €** alors que **la prise en charge par un masseur-kinésithérapeute s'élève à 16 €.** Même avec une réévaluation de l'acte qui serait fixée à 25 €, l'économie s'élève à presque 200 millions ! Le parcours de soin du patient est aussi facilité et sa qualité assurée car l'Assurance maladie estime qu'en cas de douleurs et de gonflement important, un traitement d'attente reposant sur du repos, l'utilisation de cannes anglaises, l'application de glace, la compression et la surélévation, est préconisé... donc un traitement ne nécessitant pas l'intervention d'un médecin en première intention.

Après une phase d'évaluation, élargir l'accès direct à l'ensemble des pathologies musculo-squelettiques permettant ainsi au médecin de se recentrer sur les actes à haute valeur ajoutée. **Élargir l'accès direct à l'ensemble des pathologies relevant du champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes, d'où la nécessité d'obtenir**

le statut de profession médicale à compétences définies. L'accès direct s'avère ainsi un dispositif gagnant pour le patient qui reste maître de son parcours de soins, pour l'Assurance maladie avec les économies engendrées et pour le médecin traitant qui, grâce au bilan-diagnostic kinésithérapique, assure le suivi de son patient tout en ayant plus de temps médical disponible. En effet, le masseur-kinésithérapeute étant compétent pour établir un diagnostic différentiel, le parcours de soins est facilité tout en respectant la sécurité et la qualité des soins.

- Le coût de la **prise en charge d'une bronchiolite par un masseur-kinésithérapeute s'élève à 17,85 € contre 250 € aux urgences d'un CH et 1 500 € aux urgences d'un CHU.**
- Concernant la lombalgie aiguë, 90 % des patients présentent des douleurs rachidiennes aiguës, qui disparaissent dans les six semaines si la lombalgie est prise en charge de manière appropriée ; or, actuellement, elle entraîne une invalidité permanente pour 5 à 15 % des patients.

Un accès précoce à la kinésithérapie, aux conseils, et si nécessaire au traitement kinésithérapique, réduit les arrêts maladie, accélère le rétablissement et améliore les perspectives à long terme pour la santé et le bien-être des patients présentant une affection musculosquelettique.

Un élargissement du principe de l'accès direct en kinésithérapie dans le cadre des protocoles de coopération avec une simplification de ces derniers afin de les rendre accessibles aux équipes de soins primaires (ESP) dans le cadre d'accords bipartites et responsables entre le médecin délégant et le kinésithérapeute délégué. Un praticien peut établir plusieurs accords de coopération. L'unité de lieu ou la qualité de la structure ne doivent pas être une limite à la coopération entre les professionnels de santé.

5- La création de pratiques avancées en kinésithérapie

Bon nombre de pays font confiance aux kinésithérapeutes dans le cadre de pratiques avancées au service d'une meilleure fluidité des parcours de soins, d'une optimisation de l'expertise spécifique du kinésithérapeute et au final d'une amélioration de l'efficacité de la prise en charge du patient et d'une diminution des coûts de prise en charge.

Les pratiques avancées en kinésithérapie permettraient de **favoriser l'exercice coordonné**, de **limiter les consultations hospitalières inutiles**, de participer au **décloisonnement ville-hôpital**, de **libérer du "temps médecin"**, de **favoriser la prévention primaire** (dès le plus jeune âge en milieu scolaire et au travail, prévenir la fragilité et le risque de chute liée au vieillissement, être acteur du bien vieillir).

A titre d'illustration, 3 champs d'intervention où les kinésithérapeutes en pratiques avancées (KPA) semblent incontournables :

- Dans le cadre des urgences
 - Dans le cadre de la santé au travail et de la santé scolaire
 - Dans le cadre de la coordination en gériatrie, notamment au sein des EHPAD
-
- **Dans de nombreux pays, les kinésithérapeutes sont responsables de nombreuses compétences et tâches traditionnellement confiées aux médecins urgentistes.**
Ces exemples de pratiques avancées peuvent être transposés en France en répondant à la fois au cadre législatif (Article L4301-1) et aux principes des Piliers du Ségur de la Santé. Dans ce modèle innovant, **voilà les objectifs principaux** :
 - réduire les temps d'attente et de traitement des patients consultant aux urgences, tout en améliorant l'efficacité des soins dispensés ;
 - permettre aux médecins urgentistes de s'occuper des patients ayant des besoins plus urgents et/ou des pathologies complexes requérant leurs compétences.
 - une simplification du parcours du patient pour accéder à l'expertise du kinésithérapeute ;
 - la possibilité d'avoir un kinésithérapeute en pratiques avancées de triage qui officierait à la fois aux urgences et dans une structure de soins coordonnées (MSP CPTS ou ESP).

Avantages pour les patients et pour le système de financement dans un contexte de soins orthopédiques :

- un temps d'attente nettement plus court pour accéder à la consultation initiale, ici le kinésithérapeute ;
- une réduction des coûts directs des soins de santé ;
- une satisfaction des patients significativement plus élevée.

Ce modèle, décrit dans le cadre de l'urgence à l'hôpital, peut tout à fait être étendu au monde libéral dans un protocole simple, et aller au-delà de l'actuelle expérimentation limitant l'accès au kinésithérapeute à deux pathologies : l'entorse de cheville et la lombalgie aiguë. La lourdeur des protocoles est un frein qui peut être amélioré, de même qu'un élargissement à l'ensemble des pathologies de l'appareil locomoteur serait cohérent avec la démarche amorcée. **Cette démarche entre également parfaitement dans le cadre du décroisement ville-hôpital en offrant la possibilité aux kinésithérapeutes formés aux pratiques avancées de pouvoir travailler dans les deux entités.**

- **La santé au travail et en milieu scolaire sont deux autres domaines où l'expertise kinésithérapique peut faciliter le parcours de soin** et faire réaliser des économies. La création d'un « kinésithérapeute du travail et/ou en milieu scolaire » avec de nouvelles compétences partagées avec le médecin, renforcera la lutte pour limiter

les TMS et comorbidités telle que l'obésité, dont le poids sur l'économie est considérable. Intégré au binôme médecin / infirmière, le kinésithérapeute sera l'expert du mouvement et de la prévention au travail ou en milieu scolaire.

- Enfin et toujours en complémentarité avec une équipe déjà bien identifiée, le **kinésithérapeute coordonnateur en EHPAD** viendra renforcer et étoffer l'offre avec une expertise fonctionnelle qui a tant manqué à nos aînés pendant cette crise majeure. **Le kinésithérapeute expert dans le maintien de l'autonomie ne doit plus être écarté des problématiques concernant le grand âge.** Il est nécessaire de l'intégrer dans le quatuor infirmier / kinésithérapeute / médecin / pharmacien, seul garant d'une prise en charge globale et efficiente des personnes âgées. La crise actuelle est la preuve criante que nous ne pouvons plus ignorer que, comme le dit l'OMS, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

L'entrée du kinésithérapeute aux urgences, en EHPAD ou au travail apporterait l'expertise fonctionnelle en même temps que l'expertise biomédicale. Cette conception est soutenue par l'OMS au titre de l'abord biopsychosocial. Ce changement de paradigme, entamé il y a plus de 30 ans, n'est pas encore acquis mais progresse grâce notamment aux initiatives décrites précédemment.

La création à l'échelle d'une CPTS, d'une MSP ou même d'une ESP de pôles de professionnels qui seraient en capacité de prodiguer le soin le plus efficient en termes de pertinence et de délai, donnerait tout son sens à l'action coordonnée. Le kinésithérapeute, « spécialiste » de la fonction se porterait tout naturellement en première ligne dans une décision relevant de sa compétence, aidé si nécessaire par un autre professionnel de l'équipe.

Dans le cadre complexe de la personne âgée, il est illusoire de penser que le seul abord biomédical serait efficient. Ces patients, extrêmement fragiles, méritent une attention particulière que tous les interlocuteurs devront partager : soignants, aidants, entourage. Le kinésithérapeute coordonnateur sera présent pour orchestrer avec ses partenaires, infirmier, médecin et pharmacien, tous les paramètres d'une fin de vie la plus paisible possible.

6- Autonomie, Grand-âge :

Des propositions de solutions concrètes aux exigences de Ma Santé 2022

Une optimisation des prises en charge et une meilleure utilisation de la compétence des kinésithérapeutes dans le cadre du Grand-âge, au service des personnes âgées, des soignants, des aidants et de l'équipe de soins pluridisciplinaire.

- **Permettre au kinésithérapeute de réaliser un bilan kinésithérapique de dépistage et de diagnostic de la fragilité** (le kinésithérapeute est expert de la problématique fonctionnelle et dispose des connaissances transversales nécessaires) pris en charge par l'assurance maladie, sans prescription médicale, pour toute personne de plus de 70 ans.

- **Renforcer la coopération pluriprofessionnelle dans le cadre de l'exercice coordonné**, afin d'apporter une réponse adaptée au projet de la personne âgée et de son entourage. Intégrer les kinésithérapeutes au binôme « infirmier / médecin », pour qu'il devienne un trinôme de coordination, en toute complémentarité dans l'ensemble des parcours de soins.
- **Créer en EHPAD un poste de kinésithérapeute coordonnateur** afin de mieux évaluer et coordonner les besoins en rééducation pour maintenir l'autonomie des résidents et prévenir les risques TMS des soignants.
- **Reconnaître et revaloriser les actes auprès des personnes âgées**, en accord avec les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'OMS (ICOPE²).
- **Accorder une juste indemnisation des déplacements des kinésithérapeutes au domicile** afin de ne pas pénaliser les personnes à mobilité réduite.
- **Faciliter les déplacements, notamment par la gratuité du stationnement en milieu urbain.**
- **Mettre en place une ROSP** (Rémunération sur Objectif de Santé Publique), **afin de rémunérer le kinésithérapeute plus justement pour son engagement fort de santé publique dans le cadre du grand âge.**
- **Augmenter les compétences «réglementaires» du kinésithérapeute en élargissant la liste des dispositifs prescriptibles et améliorer le remboursement des dispositifs médicaux** (location de fauteuil roulant « confort », barre latérale de redressement, draps de glisse...).
- **Encourager la formation en gériatrie de l'ensemble des professionnels de santé**, pour augmenter l'efficacité des soins coordonnés, dans le domaine de la prévention des chutes, de la sollicitation des capacités individuelles et de la pénibilité pour les soignants (TMS).
- **Utiliser l'expertise des kinésithérapeutes** (prévention, manutention, prophylaxie, connaissance du geste et de la fonction...) pour concevoir et **participer à la formation de l'ensemble des équipes pluridisciplinaires proches de la personne âgée**, évaluer le matériel utilisé et former les équipes à son usage. L'objectif est double, **lutter contre les TMS des soignants et limiter la survenue d'événements indésirables chez la personne âgée** en optimisant la sollicitation de ses capacités fonctionnelles tout au long de la journée. De plus, cette action de formation peut **répondre à la perte d'attractivité des métiers du grand âge, en diversifiant les missions du kinésithérapeute** et contribuer ainsi à limiter le risque de survenue de burn-out des soignants et des aidants.

² Integrated Care for Older People (soins intégrés pour les personnes âgées)

- **Créer une structure de soutien pour accompagner l'ensemble des professionnels de santé libéraux dans la concrétisation de leurs projets innovants**, en cours et à venir. Elle pourra prendre la forme d'une plateforme nationale d'appui, véritable « guichet unique » des professionnels en gériatrie mettant à disposition une banque de données recensant l'ensemble des actions en cours. Cela permettra aux professionnels de s'appuyer sur l'existant, et non pas de « réinventer » ce qui fonctionne déjà dans d'autres territoires.

7- Un élargissement du droit de prescription

Cet élargissement est nécessaire pour en finir avec certaines hérésies (exemples : le kinésithérapeute peut prescrire un matelas anti-escarre mais pas la location du lit médicalisé, il ne peut pas prescrire de bande de contention collée pour la prise en charge d'une entorse de cheville ou une blessure musculaire, il peut prescrire une sonde d'électrostimulation pelvienne mais pas la location de l'électro-stimulateur, il ne peut pas prescrire de sérum physiologique nécessaire à certaines prise en charge au prétexte qu'il s'agit d'un médicament, le médecin prescrit du DLM (drainage lymphatique manuel) mais ne sait pas quel type de matériel de contention prescrire, etc.) impliquant une multiplication des consultations médicales inutiles et une surcharge administrative des médecins.

8- La parution du décret d'application faisant suite à l'article L4321-1 du CSP relatif au renouvellement des ordonnances de moins d'un an

« Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. »

A ce jour, le décret d'application n'est toujours pas sorti. Il permettrait :

- Une optimisation du parcours patient
- Une diminution du nombre de consultations médicales (libération du temps médecin/ économie)
- De limiter les ruptures de soins en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin.
- De faciliter le quotidien des professionnels de santé (kiné/médecin prescripteur)

9- Une pérennisation et un élargissement du télésoin

Les nombreuses études en cours et la littérature scientifique, tendent à prouver que la télé-rééducation en kinésithérapie permet une efficience de la prise en charge, une amélioration de la qualité des soins, un meilleur suivi, tout en permettant des économies de dépenses de santé conséquentes.

Le développement du télésoin en kinésithérapie autorisé durant la crise Covid-19, conforte la nécessité de cette approche, tant pour les usagers que pour les professionnels.

Ces professionnels et ces usagers qui ont partagé ces expériences et leurs bénéfices souhaitent sa pérennisation. Dans certaines régions les CPAM, ARS, GCS e-Santé qui ont permis son développement semblent aussi y être très favorables.

L'élargissement vers les télé-Bilan, télédiagnostic, télé-soins, télé-suivi, télé-conseils, télé-prévention, télé-expertise...sont des étapes indispensables à l'évolution d'un système de santé moderne, coordonné et plus efficient. En plus de l'intérêt que l'on a pu observer dans cette période épidémique, **ce nouveau mode d'exercice représente une vraie solution aux patients en isolement sanitaire et social, notamment dans les déserts médicaux.** Afin que les patients disposent du choix de leur mode de consultation et de soins, il conviendrait d'élargir le télésoin en kinésithérapie à tous les champs de compétences non encore prévus dans le cadre de son utilisation (uro-gynécologie...).

En kinésithérapie, certains praticiens se sont spécialisés par des formations complémentaires dans divers champs d'activités de la rééducation (vestibulaire, uro-gynécologie, sport, pédiatrie...) et sont reconnus pour avoir une expertise dans un domaine bien spécifique. La téléconsultation permettrait, entre confrères, d'optimiser la qualité des soins de façon à ce que l'expertise de certains puisse être utilisée en complément des compétences des autres. Une séance de télé-rééducation ponctuelle d'un praticien dit "expert" réalisée dans le cadre d'un traitement exécuté par un autre praticien est tout à fait envisageable et permettrait d'améliorer l'efficience des soins. Cela peut se concevoir entre kinésithérapeutes mais aussi entre professionnels de santé. En effet, nombreux sont les médecins, infirmiers, pharmaciens qui sollicitent un kinésithérapeute, et réciproquement, pour avoir un avis ou une indication thérapeutique sur un patient.

