

Le grand
débat national

CONTRIBUTIONS DES MASSEURS- KINÉSITHÉRAPEUTES

ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

**Synthèse de la consultation réalisée auprès des
masseurs-kinésithérapeutes via un questionnaire en
ligne du 31 janvier au 28 février 2019**

8 mars 2019



Ordre des
masseurs-kinésithérapeutes

SOMMAIRE

Préambule	4
En un coup d'œil : quelques thèmes récurrents qui traversent le débat	6
Synthèse générale.....	9
Synthèse par grandes thématiques	11
Thème 1 : FISCALITÉ ET DÉPENSES PUBLIQUES	11
Thème 2 : ORGANISATION DU SERVICE PUBLIC	13
Thème 3 : TRANSITION ÉCOLOGIQUE	16
Thème 4 : DÉMOCRATIE ET CITOYENNETÉ	18
Analyse des contributions par question	22
Thème 1 : FISCALITÉ ET DÉPENSES PUBLIQUES	22
<i>Q1 – Quels honoraires vous semblent convenables pour une séance de kinésithérapie en cohérence avec les honoraires des autres acteurs ?.....</i>	<i>22</i>
<i>Q2 – Quel financement vous semble opportun (solidarité nationale, financement privé) ?</i>	<i>23</i>
<i>Q3 – Comment prendre en compte la qualité et la pertinence des soins et avec quels critères ?.....</i>	<i>24</i>
<i>Q4 – Quel nombre d'actes quotidiens vous semble acceptable pour dispenser des soins de qualité à nos patients tout en préservant notre santé ?.....</i>	<i>26</i>
<i>Q5 – Quel financement de ce risque proposez-vous ?.....</i>	<i>27</i>
<i>Q6 – Quel financement de la kinésithérapie dans ce cadre proposez-vous ?</i>	<i>27</i>
Thème 2 : ORGANISATION DU SERVICE PUBLIC	29
<i>Q7 – Quels freins à votre activité libérale avez-vous identifiés dans vos relations avec l'administration et les organismes chargés d'une mission de service public (ministère, ARS, Assurance Maladie, Urssaf, caisse de retraite, etc.) ?</i>	<i>29</i>
<i>Q8 – Le système conventionnel et l'enregistrement des actes professionnels dans la nomenclature correspondent-ils aux exigences de votre exercice ?</i>	<i>30</i>
<i>Q9 – Quelles solutions ou idées proposez-vous ?.....</i>	<i>32</i>
<i>Q10 – Quels sont les freins à l'exercice salarié à l'hôpital public ?.....</i>	<i>33</i>
<i>Q11 – Quels sont les freins à l'exercice salarié en établissements de santé privés chargés d'une mission de service public ?.....</i>	<i>34</i>
<i>Q12 – Quelles propositions formulez-vous pour lever ces freins ?.....</i>	<i>35</i>
<i>Q13 – Comment améliorer les échanges entre les acteurs de ville et de l'hôpital public ou privé ?</i>	<i>36</i>
Thème 3 : TRANSITION ÉCOLOGIQUE	38
<i>Q14 – Quelles propositions formulez-vous pour limiter l'empreinte environnementale liée à votre activité ?</i>	<i>38</i>
<i>Q15 – À domicile ?</i>	<i>39</i>
<i>Q16 – Au cabinet ?</i>	<i>40</i>
<i>Q17 – En établissement de santé ?.....</i>	<i>41</i>
Thème 4 : DÉMOCRATIE ET CITOYENNETÉ	42
<i>Q18 – En ville, comment mieux organiser l'offre de soins au service du patient ?</i>	<i>42</i>
<i>Q19 – Êtes-vous prêts à vous engager dans une demande d'exercice coordonné type Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ?</i>	<i>43</i>
<i>Q20 – Quels freins à ce mode d'exercice identifiez-vous ?</i>	<i>44</i>
<i>Q21 – Quel paiement envisagez-vous pour la structuration du travail en groupe et pour la télémédecine ?.</i>	<i>44</i>
<i>Q22 – Quelles propositions formulez-vous pour améliorer l'accès aux soins en kinésithérapie ?</i>	<i>45</i>
<i>Q23 – Identifiez-vous de nouvelles missions ou de nouvelles compétences pour les kinésithérapeutes ?... </i>	<i>46</i>

PRÉAMBULE



Préambule

Pourquoi ce questionnaire et cette synthèse ?

Sollicité par Madame Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, dans le cadre du grand débat national lancé par le président de la République, le Conseil national a souhaité recueillir l'avis de la profession sur la distribution des soins de kinésithérapie.

Cette consultation représente une occasion unique pour les masseurs-kinésithérapeutes désirant se faire entendre et émettre des propositions constructives au service de la profession et dans l'intérêt des patients.

Un questionnaire comportant 23 questions réparties selon les quatre thématiques du grand débat national a ainsi été mis en ligne entre le 31 janvier et le 28 février 2019.

Une participation remarquable

La participation a été au rendez-vous puisque plus de 3 000 masseurs-kinésithérapeutes ont saisi cette occasion pour partager leurs doléances et les solutions qu'ils imaginent pour y faire face.

Au-delà du nombre, les contributions sont remarquables par leur intérêt sur le fond, aussi bien que par la grande variété des approches et réflexions partagées, au service d'une haute idée de leur profession et de l'intérêt de leurs patients.

Cette richesse et cette abondance ont rendu nécessaire la réalisation d'une synthèse permettant de mettre en valeur la qualité et la variété des contributions de façon accessible.

Comment a été réalisée la synthèse ?

Devant l'ampleur de la tâche, il a été convenu de plafonner la synthèse à 1 000 contributions étudiées. Afin que les différentes catégories de praticiens puissent être représentées de façon pertinente, l'Ordre a souhaité que les contributions choisies puissent être distribuées selon les critères suivants :

- **Année de diplôme** : une proportion égale de masseurs-kinésithérapeutes diplômés avant et après 1992, afin de prendre en compte l'impact de la réforme des études de 1989 sur le ressenti des professionnels.
- **Lieu d'exercice** : une proportion égale de masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans les grandes villes ou leurs banlieues, et dans les petites villes ou les campagnes.
- **Statut libéral ou salarié** : une répartition de 80 % libéraux et 40 % salariés, soit une pondération à 120 %, afin de renforcer la part des salariés dans les réponses, dans la mesure où, bien que peu représentés statistiquement dans la profession, ils y jouent un rôle-clef notamment dans le cadre de la formation des masseurs-kinésithérapeutes.

**EN UN COUP D'ŒIL :
QUELQUES THÈMES
RÉCURRENTS QUI
TRAVERSENT LE DÉBAT**



En un coup d'œil : quelques thèmes récurrents qui traversent le débat

Des compétences mieux reconnues

- Une hiérarchie jugée injuste face aux médecins
- Autorisation des dépassements d'honoraires
- Reconnaissance du savoir-faire des MK
- Améliorer la connaissance de la pratique des MK par les médecins
- Reconnaissance et valorisation financière des formations et spécialités
- Droit de prescription
- Mission d'éducation pour prévention
- « Faites confiance aux MK ! »

Améliorer la profession

- Besoin de référentiels uniformisés
- Reconnaissance des praticiens qui respectent les 30 minutes vs les « usines »
- Possibilité d'exercice mixte
- Évaluation par les patients et prescripteurs
- Lutter contre les pseudo-sciences
- Sentiment de « concurrence injuste » face à ostéos, homéopathes, acupuncteurs (soit parce qu'ils sont mieux rémunérés, soit parce qu'ils sont vus comme non scientifiques)
- Dans le même temps, élargir les champs de compétences (acupuncture, hypnothérapie...)
- Travailler sur des moyens de limiter les consultations de « confort »

Accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes

- Droit à la prescription
- Capacité renforcée à poser des diagnostics
- Améliorer/faciliter la prévention
- Valorisation des compétences
- Besoin de formations adaptées à cet enjeu

Pour une meilleure répartition des masseurs-kinésithérapeutes sur tout le territoire

- Suppression ou abaissement du numerus clausus
- Quotas dans les grandes villes
- Obligation ou incitation à s'installer dans les campagnes
- Mieux valoriser les visites à domicile

Le patient vu dans sa globalité, pas « découpé » en membres

- Arrêt du « dogme » des 30 minutes
- Investir plus largement le champ de la prévention
- Revalorisation des bilans et diagnostics qui engagent la responsabilité du MK
- Éduquer et sensibiliser les patients pour les rendre plus autonomes

Freins administratifs et financiers à la pratique

- Pression financière (investissement cabinet, équipement, formation) vs santé physique
- Coût des cotisations vs services
- Trop d'administratif vs temps à soigner
- Complexité et obsolescence du système (nomenclature)
- Revalorisation des déplacements
- Attachement à leur liberté

Mieux coordonner les professionnels de la santé

- Regroupement des praticiens en cabinets de groupe
- Améliorer les échanges entre professionnels
- Amélioration de la coordination entre professionnels
- Passerelles entre libéraux et hôpitaux
- Encourager les formations interprofessionnelles
- Faciliter l'accès aux dossiers médicaux
- Accélérer la mise en place du DMP
- Crainte de la lourdeur administrative en CPTS

Réduire l'empreinte écologique

- Limiter le jetable/encourager le recyclable/lavable ou que le patient apporte une serviette
- Incitations fiscales (pour l'achat de véhicules moins polluants ou l'isolation des cabinets)
- Incitations aux mobilités douces
- Encourager la dématérialisation
- Meilleure gestion des établissements
- Réduction des temps d'hospitalisation
- Attention : réalités dans les territoires ruraux où les déplacements ne peuvent se faire à pied/vélo

SYNTHÈSE GÉNÉRALE



Synthèse générale

La consultation lancée par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a permis aux praticiens d'exprimer à la fois la conscience qu'ils ont de jouer un rôle important dans le dispositif de santé et leur besoin de reconnaissance. À travers leurs réponses, les MK ont fait part d'un profond désir de valorisation de leur métier et de leurs compétences. Reconnaissance de leur diplôme, de leurs qualifications et de leur savoir-faire. Reconnaissance de leurs formations, spécialisations et de leur dévouement.

Ils estiment que leur travail et leur niveau d'études n'est pas justement rémunéré et demandent une revalorisation des actes qui tienne mieux compte de la réalité de leur pratique et des investissements nécessaires (matériel et formations). La rémunération en milieu hospitalier étant elle très souvent jugée « lamentable ».

Mais le besoin de valorisation n'est pas que financier. Les MK veulent être reconnus par les autres professionnels de la santé et en premier chef par les médecins. Ils veulent cesser d'être vus comme des « techniciens » et être intégrés à part entière dans l'organisation et le parcours de soins des patients. Quitter une position périphérique et gagner en autonomie est une vraie demande qui passe souvent par un accès direct en première intention et des compétences élargies comme le droit à la prescription.

Ils souhaitent mieux occuper le terrain de la prévention et de l'éducation auprès de la population pour la maintenir en santé le plus longtemps possible et aider à réduire les coûts de santé. Une meilleure insertion dans le dispositif médical passe aussi par améliorer la communication et les passerelles entre les différents professionnels de santé et les établissements hospitaliers.

Les MK demandent qu'on leur fasse confiance et que leur pratique cesse d'être corsetée dans une nomenclature « obsolète ». Ils veulent décorrélérer temps et argent, assouplir la règle des 30 minutes et cesser de « découper les patients en membres » pour pouvoir mieux travailler sur des pathologies parfois complexes. Ils aimeraient se concentrer sur les soins sans devoir « perdre de temps » avec une administration lourde et déconnectée du terrain.

Pour pouvoir répondre à la demande des patients, ils estiment important d'augmenter le nombre de MK formés et faire évoluer, voire supprimer le numerus clausus. Améliorer le maillage territorial est aussi vu comme une priorité, quitte à obliger des praticiens à s'implanter dans des zones sous-dotées ou, a minima, de mettre en place de réelles mesures incitatives. Revaloriser les déplacements à domicile est aussi un point important. Un bon maillage territorial est aussi vu comme un atout en matière environnementale car il favorise la réduction des déplacements.

Les MK souhaitent pouvoir diversifier leurs champs d'action et de compétences tout en demandant un cadre qui permette de « faire le ménage » dans la profession et de lutter contre les « pseudo-sciences ».

Enfin, la promotion de leur métier est vue comme un vrai levier. Promotion de leurs compétences auprès des médecins et autres professionnels de santé mais également auprès du grand public. Et en la matière, leurs regards se tournent souvent vers le Conseil de l'Ordre.

SYNTHÈSE PAR GRANDES THÉMATIQUES



Synthèse par grandes thématiques

Thème 1 : FISCALITÉ ET DÉPENSES PUBLIQUES

Maîtrise des dépenses - Qualité des soins - Qualité de vie professionnelle : Comment concilier ces trois impératifs ?

La génération « baby-boom » atteint l'âge nécessitant une prise en charge de la prévention et de l'accompagnement de la dépendance.

Avec des questions ciblées, appelant parfois des réponses quantitatives, et l'insertion de deux questions spécifiquement dédiées à la problématique de la dépendance liée au vieillissement de la population, cette thématique a fait l'objet de réponses tout aussi ciblées qui ne facilitent pas la synthèse. Quelques sujets de réflexion intéressants traversent néanmoins les réactions des répondants, et font souvent l'objet de reprises ou d'approfondissements dans la suite du questionnaire, témoins de la cohérence et de la récurrence des préoccupations des MK.

Décorrélérer temps et argent ?

Interrogés sur le niveau d'honoraires que les MK jugent convenables, ceux-ci se prononcent dans leur grande majorité pour un montant compris entre 20 et 25 euros, ce dernier montant étant estimé mieux à même d'amortir les investissements d'installation et le coût des formations initiale et continue des praticiens. Certaines réponses évoquent des montants allant jusqu'à 30 euros, et des dépassements d'honoraires, mais ils sont souvent assujettis à des interventions plus lourdes, ou encore à un niveau de formation plus élevé. L'idée d'un alignement sur les tarifs de nos voisins européens, ou encore d'une revalorisation à 10 euros des indemnités de déplacement, vient enrichir la réflexion, tandis que certains répondants déplorent le gel des tarifs qui revient à « tirer sur la branche du bénévolat ». De leur côté, les salariés peuvent s'estimer « sous-payés », « quand on voit le salaire des médecins et le temps que nous passons auprès des patients ».

La question des rémunérations est toutefois souvent rapportée à la question de la durée des consultations, le non-respect de la durée légale de 30 minutes par séance, ainsi que la démultiplication des actes quotidiens, étant souvent vus comme la principale variable d'ajustement des rémunérations, parfois aux dépens de la qualité. Certains proposent d'ailleurs de plafonner le nombre des séances, pour contrer le « véritable fléau » de la profession que sont les « cabinets usines ».

Un certain nombre de propositions sont faites pour décorrélérer temps et argent :

- Adapter le temps des actes à la nature des troubles,
- Proposer quand c'est possible des séances de groupe,
- S'appuyer sur des plateaux techniques mutualisés et sur des secrétariats,
- Limiter les tâches administratives ou bureaucratiques,
- Valoriser le temps passé avec les patients comme un indicateur de qualité.

Au total, en ce qui concerne le nombre d'actes quotidiens, la moitié des répondants se prononcent pour 15 à 20 actes par jour, la santé des MK qui pratiquent un métier physique étant fréquemment mise en avant à côté de la qualité des soins pour justifier cette limite.

Financements : variations autour de la solidarité nationale

En matière de financement, la solidarité nationale, parfois assortie de financements privés, notamment par le jeu des mutuelles, semble largement faire consensus, car « la solidarité nationale doit soigner chaque citoyen » tout particulièrement en ce qui concerne les pathologies lourdes.

Le financement privé, lorsqu'il est évoqué, concerne presque exclusivement « le confort et le bien-être », tandis que l'État est invité à mieux contrôler les tarifs et les dépenses des mutuelles.

Ce constat se confirme et se renforce à propos de la dépendance des seniors, qui stimule l'imagination des répondants autour de solutions originales pour que la solidarité nationale et les mutuelles puissent financer complètement ce « cinquième risque » :

- Au travers de réformes fiscales et de nouvelles taxes (sur les flux financiers, l'immobilier, les jeux d'argent ou l'ISF),
- Au travers de taxes sur les « générateurs de pathologies » (tabac, alcool, graisses, sucres),
- En augmentant l'âge de départ à la retraite,
- En mobilisant le mécénat d'entreprises, en légalisant le cannabis ou en réduisant le train de vie de l'État...

Des idées pour une meilleure qualité des soins

Pour de nombreux répondants, c'est aussi l'amélioration de la qualité des soins et du service rendu qui permettrait de maîtriser les dépenses de santé :

- Par le biais de meilleures formations, assorties de formations continues pour vérifier les connaissances des MK, ou encore pour créer des spécialités,
- Par des certifications régulières et renouvelables des praticiens délivrées par la HAS,
- Par le renforcement de l'évaluation par le prescripteur et par le patient, avec un « bilan qualitatif avant et à la fin » par ce dernier,
- Par l'encouragement à la recherche « pour avoir des techniques basées sur des preuves »,
- En mettant en place des référentiels et des recommandations pour « sortir les méta-analyses et autres guidelines internationaux par pathologie »,
- En permettant l'accès direct aux MK,
- En faisant la promotion de la profession pour mieux la faire connaître.

La prévention dès l'enfance et tout au long de la vie, vue comme une « éducation thérapeutique » « pour faire un bilan du mode de vie physique » et délivrer des conseils est souvent désignée comme une manière de réduire les dépenses de santé, notamment en ce qui concerne la prévention de la dépendance. Sur ce dernier point, une formation des MK pour aider au maintien à domicile des personnes âgées est également évoquée.

Faire confiance aux MK

Enfin, la notion de « respect du travail effectué et des compétences des MK », assortie d'une reconnaissance financière, revient régulièrement, ainsi qu'une invitation à « faire le ménage dans la profession » afin d'éviter les dérives.

Un grand nombre de répondants estiment également qu'il est nécessaire que les autres professionnels de santé, en particulier les médecins, reconnaissent les compétences des MK et soient formés « à la pertinence du recours aux séances de kiné » comme vecteur de maîtrise des dépenses de santé.

Thème 2 : ORGANISATION DU SERVICE PUBLIC

Dans le cadre de l'exercice de la profession

On l'a vu avec les réponses apportées dans la thématique précédente, les MK ont à cœur d'inscrire leur pratique dans un cadre général de service public ou para-public. Mais le cadre existant les satisfait-il ? Que lui reprochent-ils et quelles solutions envisagent-ils ?

En matière de relations avec l'administration, les MK libéraux ne sont pas avares de critiques. Colère sourde, découragement ou résignation, ils font de nombreux reproches aux organismes censés les assister.

La « lourdeur » administrative est un constat partagé par une large majorité de MK. Derrière ce terme vient se nicher toute une série de critiques allant du manque de réactivité au sentiment de « flicage », en passant par l'absence de dialogue entre organismes. Les MK ont l'impression de payer toujours plus de cotisations pour de moins en moins de services. Ils estiment aussi ne pas bénéficier de couverture santé et retraite adéquate, malgré leurs cotisations.

Le manque d'interlocuteurs jugés compétents et l'impression de déconnexion des administrations avec la pratique « réelle » de leur métier termine de noircir le tableau.

Ce sentiment de déconnexion se retrouve également au niveau du système actuel de nomenclature, jugé obsolète et inadapté. Les MK lui reprochent de mal prendre en compte la complexité des pathologies et de rester bloqué sur la durée des séances à 30 minutes. Certains déplorent que le système actuel les relègue au second plan médical et les traite comme des techniciens.

Revaloriser les actes, simplifier la nomenclature

Une fois ces constats partagés, les MK se veulent aussi constructifs et avancent des pistes de solutions. Pour répondre à la pression financière, ils souhaitent voir leurs actes revalorisés et/ou obtenir l'autorisation des dépassements d'honoraires. Beaucoup demandent une meilleure prise en charge des déplacements à domicile, rappelant que faute d'indemnités suffisantes, ces déplacements seront de plus en plus rares, pénalisant ainsi des patients.

Simplifier la nomenclature actuelle avec un acte unique ou un nombre simplifié d'actes est une solution populaire. Des MK font même des propositions de types d'actes, allant d'acte simple à complexe ou acte urgent, de suivi et de prévention ou encore en fonction du lieu de la séance (cabinet, clinique, EHPAD, domicile). Des tarifs sont également avancés, allant souvent de 20 à 35 euros avec possibilité de dégressivité en cas d'actes de suivi ou au contraire de majoration si acte de spécialité.

Les MK ont conscience que faire évoluer la nomenclature sera sans doute un travail de longue haleine mais beaucoup espèrent qu'elle prendra mieux en compte les types de pathologies des patients au lieu de ne considérer que des zones corporelles.

Reconnaître les compétences des MK

À travers les solutions avancées par les MK, on sent un besoin de reconnaissance de leur savoir-faire et de confiance en leur professionnalisme et leur jugement. Ils souhaiteraient qu'on les laisse déterminer le temps nécessaire pour une séance, leur nombre et le type de prise en charge. Une plus grande autonomie qui leur permettrait aussi de faire davantage de prévention.

La valorisation de leur pratique auprès tant des administrations que des autres professionnels de la santé est un enjeu fort pour les MK.

Enfin, ils attendent du Conseil de l'Ordre plus de réactivité et de présence terrain pour les épauler au quotidien.

Et la pratique en milieu hospitalier ?

Toutes ces lourdeurs administratives pousseraient-elles les MK vers la pratique salariée en établissement hospitalier ? Pas si sûr...

La majorité des répondants considère que la rémunération est insuffisante dans ces établissements, qu'ils soient publics ou privés. Les faibles possibilités d'évolution de carrière sont également pointées du doigt.

Là encore, le manque de reconnaissance de leur profession et de leur niveau de diplôme est largement évoqué, sous un aspect financier mais aussi sur les questions d'autonomie et de pouvoir décisionnel. Beaucoup reprochent d'ailleurs aux établissements de santé leur poids hiérarchique.

Le manque de moyens et de personnel rebute également les MK, certains salariés évoquant même leur épuisement physique et psychologique. Ils souhaiteraient davantage de recrutement de professionnels (si possible formés en France) et regrettent de voir certaines de leurs compétences déléguées à des APA. Le manque de possibilité de formation, ajouté aux risques d'hyperspécialisation (et de monotonie) sont également des arguments avancés.

La notion de rendement et de rentabilité, particulièrement dans les établissements privés, dérange plusieurs répondants.

Enfin, les cotisations à l'Ordre font aussi grincer quelques dents.

De vrais statuts pour les MK

Sans surprise, pour rendre les établissements hospitaliers attractifs, la hausse des salaires est la solution privilégiée avec une rémunération d'environ 2 000 € net en début de carrière. Le paiement des heures supplémentaires ou de primes selon les formations des MK sont aussi proposés. Encore faut-il valoriser ces formations.

La reconnaissance des savoir-faire des praticiens pourrait également passer par le fait de leur donner de « vrais » statuts et créer des postes de kinés spécialisés (chercheurs, enseignants). Les MK souhaitent bénéficier de compétences élargies (droit de prescription) et être davantage associés à la vie des établissements et aux prises de décision.

Il y a une réelle envie de travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires. Favoriser la pratique mixte associant statut libéral et salarié est régulièrement évoqué.

Créer des passerelles est une vraie piste de solution pour améliorer globalement les échanges entre acteurs de ville et hôpitaux. Cela permettrait de démystifier les pratiques et casser les clichés envers les salariés hospitaliers. Favoriser la perméabilité avec des formations communes associant tous les professionnels de la santé (pas seulement les MK) est aussi une solution évoquée pour favoriser les échanges.

La communication est le maître-mot des MK. Qu'elle passe par la création de « hubs » ou commissions de santé avec des kinés référents, de réseaux labellisés ou de dispositifs tels que le PRADO, les MK veulent davantage et mieux communiquer.

Beaucoup misent sur le développement du DMP. Mais quel que soit le système (carte vitale, plateforme ameli, messagerie), il faut pouvoir accéder facilement au dossier du patient et échanger avec les autres professionnels impliqués.

Certains MK estiment même qu'il faudrait rendre ces temps d'échanges obligatoires et les rémunérer. L'incitation financière est d'ailleurs reprise régulièrement. Mais au-delà de l'argent, on sent un réel besoin et une envie d'échanges interprofessionnels.

Thème 3 : TRANSITION ÉCOLOGIQUE

Dans le cadre de l'exercice de la profession

Ce thème n'a pas inspiré les MK qui ont été très nombreux à ne pas donner de réponses ou à ne répondre qu'à la première question, les autres étant perçues comme redondantes ou pas toujours bien comprises. Pour autant, les MK qui ont apporté des réponses ont souvent étayé leurs propos et donné des pistes de solutions.

Pour beaucoup de MK, leur pratique n'est pas la pire en matière d'impact environnemental et ils estiment que les efforts à faire sont du même ordre que ceux qu'ils font (ou doivent faire) à titre personnel. Les produits à usage unique sont perçus comme l'enjeu majeur, viennent ensuite des considérations d'ordre financier. Concernant les établissements hospitaliers, beaucoup de MK jugent qu'il y a beaucoup à faire mais se sentent désarmés.

Parmi les produits jetables, le papier utilisé sur les tables est celui qui fait l'objet du plus grand nombre de réponses. Les MK qui s'intéressent au problème proposent de le remplacer par des draps lavables. Ils apportent des précisions comme un étiquetage au nom du patient ou suggèrent que le patient apporte sa propre serviette, certains allant même jusqu'à évoquer des pénalités financières en cas d'oubli. Des répondants souhaitent aussi promouvoir l'utilisation de matériel stérilisable pour éviter les usages uniques, ou des produits biodégradables. Concernant les crèmes et les produits d'entretien, le biologique remporte de nombreux suffrages. Un approvisionnement local est également favorisé.

Bénéficiaire d'incitations fiscales

Pour de nombreux répondants, la transition écologique est possible à condition d'être aidée financièrement. Des incitations fiscales sont ainsi souhaitées pour permettre d'améliorer l'isolation des cabinets, l'achat ou l'utilisation de véhicules moins polluants, notamment électriques, ou encore des primes favorisant les déplacements « doux » (vélo, trottinette) ou pour encourager l'utilisation des transports en commun. Même sans incitation financière, les MK s'intéressent aux déplacements « doux » ou au covoiturage entre collègues ou entre patients. Les répondants mettent toutefois un bémol à ces propositions rappelant qu'en zones rurales ou mal desservies par les transports en commun ou les pistes cyclables, la voiture reste la seule option disponible.

Autre piste évoquée : le regroupement des professionnels en cabinets ou au sein de maisons de santé pour limiter l'empreinte écologique de chaque praticien et mutualiser des espaces comme les plateaux techniques et matériels.

L'importance d'un bon zonage

La question du maillage territorial revient régulièrement. On souhaite favoriser l'installation des MK proche de chez eux pour limiter les déplacements et améliorer le zonage afin d'éviter les zones sous-dotées entraînant des kilomètres à parcourir pour les patients. Certaines propositions évoquent même la possibilité d'obliger les patients à consulter le MK de leur voisinage, « leur zone » (avec l'écueil du refus de patient hors zone). L'accès direct est aussi vu comme une solution possible pour éviter de devoir recourir à un médecin parfois distant.

Concernant les visites à domicile, pour certains MK il faudrait revaloriser ces déplacements pour permettre l'achat de véhicules propres et « optimiser les tournées ». À l'inverse, certains proposent des solutions radicales comme les supprimer ou les dérembourser. Quelques-uns proposent le développement de la télémédecine avec des conseils apportés au patient pour des exercices à domicile soit directement par son MK, soit via un site certifié par le Conseil de l'Ordre.

Valoriser les thérapies manuelles et disposer d'un label

Des MK interrogent aussi sur la pratique même du métier et souhaitent revenir ou valoriser les thérapies manuelles en opposition aux thérapies électriques, consommatrices d'énergie. En matière d'économie, la dématérialisation de l'administratif est encouragée même si certains MK rappellent que si elle permet de limiter le papier, elle reste énergivore.

La proposition de créer un label valorisant les bonnes pratiques en matière environnementale ou la valorisation du label existant « Écokiné » revient également.

En milieu hospitalier, les répondants se sentent impuissants. Ils estiment qu'il s'agit avant tout d'une question d'amélioration de la gestion globale des établissements (durée de prise en charge, chauffage, administration...) et qu'ils ne peuvent donc pas faire grand-chose. Ils souhaitent déjà voir davantage de tri sélectif.

Enfin, des MK souhaitent que le Conseil de l'Ordre s'implique en apportant des conseils et en encourageant les praticiens dans la démarche de transition environnementale.

Thème 4 : DÉMOCRATIE ET CITOYENNETÉ

Accès aux soins dans les territoires : la fracture territoriale est une réalité pour nos concitoyens. Le recours à un médecin est très difficile dans certains territoires.

Pour cette thématique, les répondants reviennent souvent sur des sujets sur lesquels ils ont déjà eu l'occasion de s'exprimer antérieurement.

Si les MK sont massivement conscients de l'enjeu que représente l'amélioration de l'accès aux soins dans tous les territoires, leurs points de vue varient lorsqu'il s'agit de proposer des solutions, d'autant plus que le sentiment que la profession doit être revalorisée est très répandu parmi les répondants, et représente parfois un frein à leur motivation.

Pour des échanges et une collaboration renforcée entre les professionnels

Sans surprise, avec deux questions explicitement dédiées à l'exercice coordonné, la problématique de la collaboration entre professionnels a suscité de nombreuses réactions, mais aussi révélé une méconnaissance largement partagée de ce que sont les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et même des modalités pratiques qui permettraient d'organiser l'exercice coordonné.

En ville, cette aspiration à renforcer les échanges entre professionnels ne passe pas forcément par des « structures centralisées pluridisciplinaires réservées aux professionnels de santé », qu'elles soient soutenues et encouragées par les institutions publiques ou spontanées et libérales. L'idée de s'appuyer sur les outils existants (DMP, ROR, messageries sécurisées) tout en renforçant l'information des différents professionnels sur les spécialités de MK, pourrait aussi permettre d'atteindre cet objectif.

À l'échelle nationale, si les CPTS sont assez généralement perçues (par ceux qui les connaissent) comme un moyen d'améliorer l'équité et l'efficacité des soins délivrés aux patients, elles soulèvent encore de nombreuses réticences chez près de la moitié de ceux ayant accepté de répondre.

- D'abord parce qu'elles sont « médecin-centrées » et prennent trop rarement en considération les MK,
- Ensuite parce qu'elles peuvent paraître des « usines à gaz » contraignantes et chronophages,
- Enfin, parce que la crainte existe qu'elles suscitent une explosion des charges, qui pourrait être compensée s'il était possible de « rémunérer le temps de communication des professionnels ». À l'inverse, quelques-uns craignent que les CPTS soient « à visée financière ».

Face à ces craintes, si une majorité de MK est favorable à ce type d'exercice, ou encore à l'organisation en maisons de santé pour « rentabiliser des plateaux techniques », ils sont nombreux à rester attachés à leur liberté. Plusieurs répondants évoquent l'intérêt de se regrouper de préférence entre pairs, par exemple avec des éducateurs sportifs plutôt qu'avec d'autres professionnels de santé.

Comment mieux répartir les professionnels sur le territoire ?

Pour beaucoup, la question de l'accès aux soins sur tout le territoire est une préoccupation et même un objectif prioritaire, qui nécessite des mesures d'incitation vigoureuses, voire d'obligation.

- Un premier levier identifié est l'augmentation du nombre de praticiens formés, le numerus clausus pouvant être vu comme la cause d'une véritable pénurie de professionnels. Sur ce plan, plusieurs répondants soulignent « le manque d'anticipation des autorités de santé ».
- Un autre levier relève davantage de l'aménagement du territoire, qu'il s'agisse d'organiser, à l'issue des études, un « service public de cinq ans dans les zones tendues », d'offrir des incitations financières, par exemple dans les quartiers urbains sensibles, ou encore d'organiser « un système bonus-malus [...] pour les installations de médecins en zones sur-dotées ou sous-dotées », qui aurait un impact sur les MK via les prescriptions.
- Mais plusieurs soulignent qu'un meilleur accès aux soins pour tous peut aussi passer par des mesures moins lourdes, pour faciliter les visites à domicile, ou l'accessibilité des cabinets pour les patients éloignés.

L'accès direct plébiscité, mais sous conditions

Face aux difficultés à appréhender l'exercice coordonné et aux contraintes liées à l'accès aux soins, la solution de l'accès direct au MK « en première intention » est extrêmement populaire, notamment face à la « pénurie de médecins ».

Toutefois, les répondants ont conscience des défis inhérents à ce choix :

- La nécessité de former les MK et de redéfinir la place du médecin,
- Le besoin de limiter ce recours « pour certaines pathologies de façon encadrée »,
- L'impact sur le périmètre des missions des MK, par exemple la possibilité offerte, avec l'accès direct, de « poser des diagnostics précoces », en milieu scolaire, en entreprise, ou auprès de publics à risque.

La question des rémunérations : revaloriser la profession

L'enjeu des rémunérations fait l'objet d'une question dédiée, centrée sur le travail en groupe et la télémédecine. Sous cet angle, la question divise d'ailleurs les répondants :

- Une majorité d'entre eux s'abstient, et plusieurs soulignent qu'« il ne peut pas exister de télékiné »,
- Les autres envisagent souvent un mix entre paiement à l'acte et forfait, mais « autre chose qu'une aumône », pour couvrir le temps consacré au travail en groupe, éventuellement « avec des objectifs à atteindre », ou « pour accéder aux outils de télémédecine », « mais les soins doivent rester sur la base d'un paiement à l'acte »,
- Enfin, ils sont nombreux à considérer que la puissance publique est la mieux à même de structurer le travail de groupe et la télémédecine, avec le soutien des mutuelles et du « tiers payant généralisé ».

Toutefois, derrière cette question, c'est plutôt la revalorisation financière de la profession qui fait consensus, les MK ayant fréquemment l'impression de manquer de moyens, de n'être pas rémunérés de façon adaptée au travail réalisé, ou encore d'être défavorisés par rapport aux autres professionnels de santé.

Se diversifier pour une meilleure qualité de soins : espoirs et craintes

La revalorisation de la profession passe aussi par une réflexion sur la qualité des soins et la nature des missions des MK :

- L'organisation actuelle de la profession ne permet pas aux praticiens de disposer du temps nécessaire pour se lancer dans de nouvelles formes d'organisation,
- L'amélioration de la qualité des soins passe par la limitation de certaines techniques jugées moins efficaces, mais aussi par la mise en place de manières innovantes de soigner associant davantage les patients à leur rééducation,
- La prévention est vue par de nombreux répondants comme un important vecteur d'amélioration de la santé publique, aussi bien que comme une solution pour diversifier les carrières,
- Un certain nombre de MK plaident pour une diversification de leurs compétences, pour faire « garde-fous » face au succès des « pseudo-sciences », mais aussi pour élargir le champ de leurs interventions et être mieux reconnus,
- Enfin, dans cette quête de légitimation, plusieurs d'entre eux aimeraient pouvoir prescrire davantage, ou encore voir leur spécialité mieux associée à la recherche scientifique, avec par exemple « la création d'un doctorat en kiné ».

Promotion, éducation et formation, des besoins à tous les étages

La plupart des répondants ont bien conscience qu'une amélioration durable de l'accès aux soins, de la qualité des soins, mais aussi de leur situation professionnelle passe par des efforts de promotion, d'éducation des patients et des publics, ainsi que des professionnels de santé.

Dans le même esprit, ils sont très nombreux à suggérer que leur formation doit évoluer, pour intégrer la diversification des missions espérée, contrer l'offensive des approches pseudo-scientifiques, limiter certains abus dans la profession et éviter l'écueil de l'exercice illégal de la médecine en cas de diversification.

Une profession en mal de reconnaissance

Une certaine frustration, voire une souffrance des MK traverse les réponses au questionnaire. Dans une large mesure, ils se sentent dépendants de médecins jugés peu au fait de leurs compétences et de leurs spécialités, ont souvent l'impression de manquer de temps et de ressources pour innover ou pour s'adapter aux besoins, et expriment le besoin que leur savoir-faire soit mieux protégé, mieux connu et mieux reconnu.

Un sentiment que résume bien ce témoignage en forme d'appel au secours adressé à l'OMK : « Défendez-nous contre le non-respect de notre profession, réagissez face à la chiropraxie, dénoncez les « fake news » qui nous réduisent à des soigneurs d'entorses. Soyez, s'il vous plaît les ambassadeurs de notre profession. Défendez-la et ne la bradez pas. N'acceptez pas toutes les inepties du Ministère. Si l'État souhaite se désengager de la santé alors qu'il le dise clairement aux citoyens au lieu de nous faire porter seuls ce fardeau. ».

ANALYSE DES CONTRIBUTIONS PAR QUESTION



Analyse des contributions par question

Thème 1 : FISCALITÉ ET DÉPENSES PUBLIQUES

Maîtrise des dépenses - Qualité des soins - Qualité de vie professionnelle Comment concilier ces trois impératifs ?

Q1 – Quels honoraires vous semblent convenables pour une séance de kinésithérapie en cohérence avec les honoraires des autres acteurs ?

Près d'un tiers des répondants se prononce pour des tarifs allant de 20 à 24 euros par séance et plus d'un quart des répondants pour un tarif de 25 euros. Un répondant explique qu' « étant donné l'augmentation de l'investissement en termes de matériel dans les cabinets, le retour sur investissement des formations complémentaires coûteuses et de la formation en IFMK privé, 25 euros est la cotation de base », un autre indique : « compte tenu des charges très variables d'un endroit à l'autre, il serait peut-être intéressant de renoncer à un tarif national pour un tarif plus adapté au coût de la vie du lieu d'exercice ».

La dernière tranche qui se détache tourne autour d'une rémunération de 30 euros. Les MK qui optent pour ce tarif ou qui ne se prononcent sur aucun tarif précisent que ces honoraires pourraient « varier en fonction des manipulations, des pathologies et des formations réalisées par le kinésithérapeute ».

Plusieurs MK s'indignent du gel de leurs tarifs depuis de nombreuses années par rapport à d'autres professionnels de santé : « Arrêtons de tirer sur la branche du bénévolat. C'est dévaloriser notre travail et ça ne motive pas les aspirants kinés. » La notion de « respect du travail effectué et des compétences des MK » revient à plusieurs reprises, un répondant parlera même de « nos bras esclaves ».

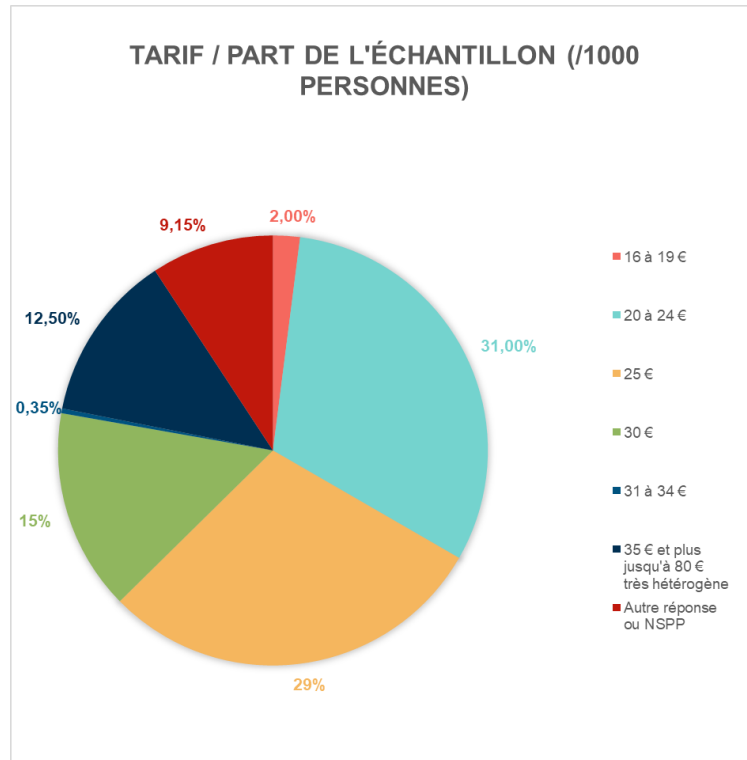
Quelques répondants suggèrent de s'aligner sur les tarifs des autres pays européens, plus avantageux.

Un répondant s'interroge sur le fait « d'avoir décroché l'AMM de l'indice du coût de la vie ». Alors qu'un autre rappelle qu'il n'y a pas que la question tarifaire : « Je pense qu'il serait déjà judicieux de contrôler et faire respecter la loi qui dit qu'une séance doit être de 30 minutes. Comment expliquez-vous que bon nombre de libéraux prennent quatre, cinq voire plus de patients en une heure ? Seulement après, on pourra parler d'honoraires et de qualité de soins. »

Seul un répondant indique « les honoraires actuels me semblent convenables et il me semble que ce n'est pas le moment de les augmenter ».

La question de la revalorisation à 10 euros des tarifs appliqués aux déplacements est également abordée plusieurs fois.

Enfin, côté salarié, un répondant indique que « le salariat est sous-payé (à peine 1 500 euros par mois en début de carrière, moins de 2 500 euros en fin de carrière) », un autre souhaite « une augmentation pour arriver entre 2 500 et 2 700 euros net en milieu hospitalier », précisant : « quand on voit le salaire des médecins et le temps que nous passons auprès des patients ».



Q2 – Quel financement vous semble opportun (solidarité nationale, financement privé) ?

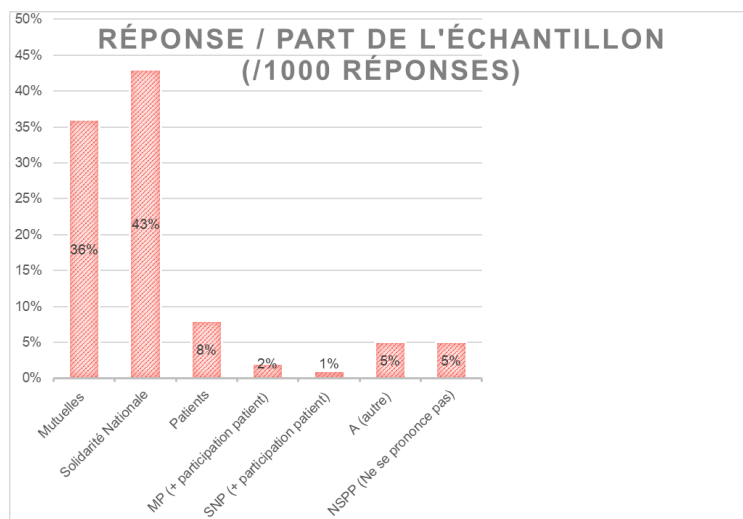
La question du financement divise les répondants. Très peu s'en remettent totalement au privé mais les résultats s'équilibrent entre solidarité nationale et mélange privé-public. Plusieurs répondants s'accordent sur le fait que « la solidarité nationale doit soigner chaque citoyen », d'autres nuancent : « solidarité nationale pour les patients précaires et financement privé, sinon plus d'engagement des mutuelles ».

Un répondant indique : « Toute la thérapeutique doit être prise en charge par la solidarité nationale. L'entretien et la prévention pour les pathologies chroniques et les personnes âgées devraient faire l'objet d'un régime spécifique, cofinancé par la solidarité nationale et les mutuelles complémentaires. Enfin le confort et le bien-être doivent faire l'objet de financements privés. »

Les MK privilégiant le financement exclusivement privé le justifient par la dette de l'État et par la nécessité de responsabiliser les patients. De manière générale plusieurs répondants souhaitent que les patients « participent » soit en finançant une part, soit en avançant systématiquement les frais afin « de ne pas venir pour un moment de détente et les motiver à travailler pour aller mieux ».

Certains MK souhaiteraient que les dépassements d'honoraires « soient permis en fonction des formations suivies par le praticien », et une grande partie des répondants que le principe de solidarité nationale s'applique pleinement pour les « pathologies lourdes (ALD) ».

Enfin, revient plusieurs fois la nécessité de mieux contrôler les tarifs et les dépenses des mutuelles, hors remboursements des soins, et de recentrer certaines dépenses de l'État sur les dépenses de l'Assurance Maladie.



Q3 – Comment prendre en compte la qualité et la pertinence des soins et avec quels critères ?

Pour de nombreux répondants, le nombre de patients pris en charge et le temps passé avec eux sont des indicateurs de qualité, la grande majorité optant pour un patient par demi-heure. Certains souhaitent d'ailleurs l'instauration de plafonds du nombre de séances par jour ou la limitation du nombre de patients vus en même temps pour « combattre le véritable fléau de la kinésithérapie en contrôlant les cabinets « usines » avec trois patients par demi-heure et qui portent atteinte à notre profession ».

Un répondant propose l'instauration d'une dégressivité tarifaire : « premières séries de moins de 6 (ou 10) séances individuelles mieux rémunérées, puis tarification normale jusqu'à un nombre de séances à définir (15 ?) et une tarification réduite au-delà du nombre défini ou lors d'une prise en charge multiple (en groupe ou plusieurs patients par demi-heure / heure) ». L'importance de disposer de réelles installations est aussi évoquée avec un « plateau de travail minimum ».

De nombreux répondants insistent sur l'importance d'instaurer ou de systématiser, pour les MK en exercice libéral, des échanges interprofessionnels pour que la prise en charge soit en cohérence avec le projet de soins du patient.

Ils sont également plusieurs à alerter sur la nécessité de ne pas alourdir la bureaucratie. D'autres souhaitent qu'il y ait plus de praticiens dans les milieux ruraux et de manière générale sur tout le territoire afin de bénéficier de plus de temps pour les projets de soins.

Concernant la pertinence des soins prodigués, ils sont nombreux à estimer qu'il faut utiliser le Bilan Diagnostic Kinésithérapique ou faire des bilans pré et post prise en charge.

Le BDK, couplé à une évaluation par le patient et/ou le prescripteur est aussi vu comme un bon outil de mesure. De nombreux MK mettent en avant l'importance d'une évaluation par le patient avec « un bilan qualitatif avant et à la fin du traitement par ce dernier ».

Le critère qui se démarque fortement est celui de l'importance des formations suivies par les MK et de leur reconnaissance. Certains n'hésitent pas à demander l'obligation d'une formation continue avec « vérification des connaissances ».

Plusieurs répondants souhaitent que ces formations puissent être valorisées par des dépassements d'honoraires. Certains MK ostéopathes regrettent que « l'investissement financier de leur formation et l'efficacité de leurs séances ne soit pas récompensés ». Un répondant suggère « une participation obligatoire à des formations gratuites payées par la CPAM ». La création de spécialités est aussi abordée (urogynécologie, cancérologie...) avec, là aussi, un souhait de reconnaissance financière, ou

encore la création de « plusieurs niveaux de kiné (comme en Australie par exemple) : diplômé Niv. 1, spécialiste Niv. 2, expert Niv. 3. Avec des comptes à rendre à l'administration (bilans détaillés pouvant intégrer des bases de données standardisées...) ».

Pour favoriser la pertinence des soins, un répondant salarié demande « l'accès aux dossiers médicaux des patients au sein d'un même groupement hospitalier ».

Concernant la qualité des soins, certains professionnels souhaitent « favoriser la recherche pour avoir des techniques basées sur les preuves ».

Pour plusieurs MK, la durée des séances et leur nombre sont des critères à manier avec précaution. Ils rappellent qu'elles devraient dépendre de la pathologie et aussi de l'âge des patients. Pour autant, ils sont plusieurs à se prononcer pour un ratio entre nombre de séances et résultats obtenus.

Les répondants souhaitent d'ailleurs pouvoir disposer de référentiels et obtenir plus régulièrement des recommandations comme celles de la Haute Autorité de Santé. « Il est urgent que le CNO embauche des professionnels capables de sortir les méta-analyses et autres guidelines internationaux par pathologie pour les transmettre à tous les kinésithérapeutes. » Ils sont également plusieurs à réclamer des « certifications » régulières et renouvelables des professionnels par la HAS, la CPAM ou « par un comité de pairs experts et indépendants sur le modèle canadien », par exemple.

À noter que quelques répondants souhaitent « faire le ménage » dans la profession et « vérifier qu'il n'y ait pas de dérives chez les praticiens (ésotérisme, croyances diverses) ». Un répondant indique que « en cas de problème un patient mécontent devrait pouvoir contacter le Conseil de l'Ordre pour dénoncer une pratique non professionnelle ».

Un sujet récurrent dans les réponses est la nécessité de reconnaissance, par les autres professionnels de santé, les médecins en particulier, et l'importance de « faire confiance aux professionnels » de par leurs qualifications, leurs liens avec les patients... « Faire confiance au professionnel de santé, qui prescrit et/ou qui exécute les soins. Il doit être autonome, car il est responsable » et « former les médecins à la pertinence du recours aux séances de kiné ».

Certains MK souhaitent « permettre la publicité de notre profession pour mieux la faire connaître et que les médias arrêtent de parler des ostéopathes pour les problèmes de dos ! », d'autres indiquent que « la concurrence est une bonne sélection » ainsi que « la fidélité de la patientèle ».

Enfin, un autre répondant suggère de lancer « une enquête à grande échelle auprès des libéraux mais aussi des salariés avec des questionnaires très précis sur la prise en charge du patient avec buts (établissement d'un diagnostic kiné), moyens (programmer une prise en charge adaptée et utiliser les moyens mis à notre disposition) et résultats de cette rééducation ».

Q4 – Quel nombre d’actes quotidiens vous semble acceptable pour dispenser des soins de qualité à nos patients tout en préservant notre santé ?

15 à 20 actes par jour est un rythme acceptable pour la moitié des répondants. Ils sont nombreux à préciser que c’est le nombre d’actes idéal pour conjuguer vie familiale/vie privée et vie professionnelle en précisant « avec une juste rémunération » ou « si les honoraires étaient acceptables », tout en « laissant un peu de temps pour les tâches administratives ».

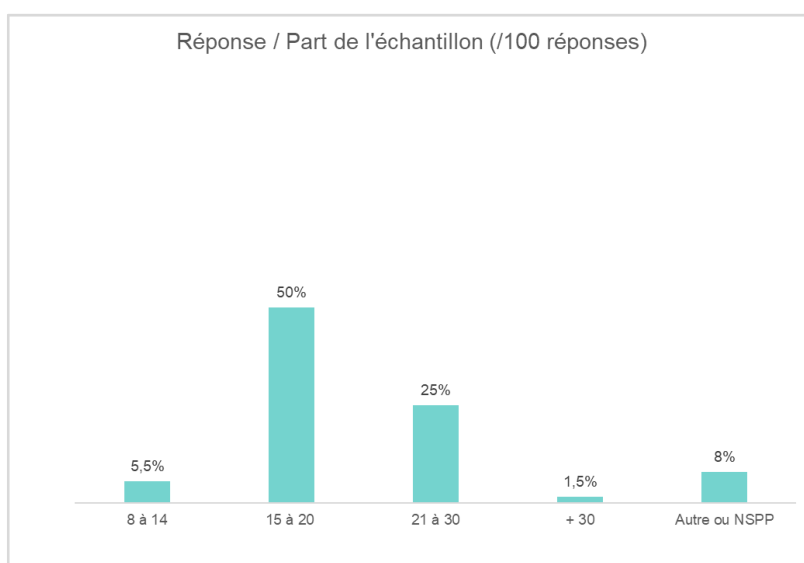
Un quart des répondants se dit favorable à des prises en charge allant de 21 à 30 patients par jour. Un répondant indique avec optimisme : « 30 actes maximum en individuel, plus bien sûr si le thérapeute réalise des séances de groupe. Ce qui correspond à 15 heures de travail en individuel, très gros taux horaire, difficile à tenir pour le MK mais au-delà ce serait un cabinet usine et le thérapeute pourrait réaliser des erreurs ».

Parmi les MK qui ont développé leur réponse, beaucoup remettent en question l’obligation des 30 minutes par patient, rappelant que les actes devraient dépendre des pathologies. « La kiné respiratoire ne peut pas durer longtemps chez les enfants, d’autres pathologies demandent une demi-heure à une heure. » Un répondant indique que « le temps passé auprès du patient n’est pas un gage de qualité ».

L’équilibre entre pression financière et santé physique transparaît largement dans les réponses : « Métier trop physique, impossible de préserver sa santé en l’exerçant correctement. » « Si on devait tenir compte de notre santé sans l’aspect financier : 15 patients par jour. » « 15 pour préserver sa santé, 20 acceptable. » « Je ne serais plus capable de faire ce que je faisais il y a quelques années... » « Je pense que beaucoup de libéraux aimeraient être aux 35h. »

Des MK font également des distinctions selon le lieu et le type de pratique : « Si c’est de l’EHPAD, 20 par jour (rémunération moindre amk6) + 10 actes de cabinet, et si ce sont des actes plus lourds et mieux rémunérés 20-25 patients par jour. » « 15 par jour sur actes physiques, davantage sur de la physiothérapie type ondes de choc. » Dans le secteur hospitalier, un professionnel précise : « Je peux préserver ma santé si je travaille en équipe. »

Enfin, plusieurs répondants se situant sur un nombre d’actes supérieurs à 25 précisent des conditions : plateau technique ou soutien administratif. « 35-40 actes avec secrétaire, 20-25 sans. »



La génération « baby-boom » atteint l’âge nécessitant une prise en charge de la prévention et de l’accompagnement de la dépendance.

Q5 – Quel financement de ce risque proposez-vous ?

Sur cette question, on retrouve une segmentation qui s'éloigne peu des réponses à la question 2, avec une majorité de répondants optant pour un financement public, via la création d'un « cinquième risque », suivi par un financement mixte public-privé.

Concernant le financement privé, les MK privilégient les mutuelles ou les assurances « entièrement déductibles » avec la possibilité de créer « un risque dépendance ». Pour plusieurs MK, les mutuelles « ont intérêt à financer la prévention, cela aura un impact positif sur leurs finances ».

Seulement quelques-uns penchent pour un financement totalement à la charge du patient.

À noter que plusieurs évoquent des financements via des réformes fiscales (nouvelles taxes notamment sur les flux financiers ou l'immobilier, augmentation de contributions existantes (CSG), consacrer un pourcentage de l'ISF) visant les personnes ou les entreprises à hauts revenus, au nom de la « solidarité nationale pour la dépendance ».

Plus généralement, la solidarité nationale justifie un pourcentage de la TVA (notamment sur le tabac, les graisses, le sucre, « générateurs de pathologies ») dédié au financement de la dépendance, l'augmentation d'Urssaf des médecins libéraux, le prélèvement de 1€ annuel sur chaque carte vitale, une taxe sur les produits neurotoxiques et phytosanitaires, etc. Quelques répondants demandent également l'augmentation de l'âge de départ à la retraite. D'autres proposent de se servir des recettes générées par les jeux d'argent ou encore par la légalisation du cannabis pour financer la dépendance des personnes âgées.

Certains répondants imaginent aussi des solutions nouvelles comme du mécénat d'entreprises, rappelant que « ce sont les salariés des grands groupes industriels qui, une fois à la retraite ont besoin d'accompagnement ». La participation des grands laboratoires pharmaceutiques, grâce à une taxation de leur chiffre d'affaires, est également proposée. D'autre part, les journées de solidarité travaillées pour la dépendance pourraient être multipliées.

Une formation des MK pour aider le maintien au domicile de certains patients âgés peut permettre de réduire le nombre de patients dépendants. Le maintien au domicile dépend également d'une « vraie coordination des différentes professions médicales et paramédicales ».

De nombreux MK rappellent que la première solution serait d'encourager la prévention via une activité sportive régulière tout au long du cycle de vie et l'éducation à la nutrition, afin d'améliorer les conditions physiques lors du vieillissement des patients. Un praticien propose « une visite chez un kiné tous les cinq ans par exemple pour faire un bilan du mode de vie physique, pour prévenir les troubles musculo-squelettiques au travail, à la maison, conseiller un sport, adapter les postures de travail, de loisirs... ».

Note : cette question n'a pas suscité un grand enthousiasme, voire n'a pas toujours été bien comprise avec un certain nombre d'absences de réponse, de « ? » ou de réponses hors sujet.

Q6 – Quel financement de la kinésithérapie dans ce cadre proposez-vous ?

On retrouve les mêmes préférences de financement que pour la question précédente. La majorité des répondants opte pour un financement public, suivi par un financement mixte. Un nombre moindre de MK penche pour un financement privé (à la charge des mutuelles ou des seuls patients).

De nombreux répondants mettent en avant les économies liées à une prise en charge préventive « dès l'enfance sur l'activité physique, une alimentation saine », rappelant les économies générées par le maintien à domicile par exemple, et le rôle prépondérant des MK. « La prévention permet d'améliorer la qualité de vie et empêcher une aggravation qui aura un coût beaucoup plus important (chirurgie,

rhumatologue, spécialiste...). » Cette « éducation thérapeutique » est à mettre en place dans les écoles, les entreprises, etc.

Les premières séances offertes par l'Assurance Maladie pourraient encourager les patients à continuer une activité physique préventive, grâce à un « forfait acte de prévention ».

Les regroupements de patients peuvent également être envisagés dans certains cas pour réduire les coûts des consultations, tout comme le déremboursement des soins « de confort ». Certains répondants proposent aussi des soins d'accompagnement à la séance.

Pour financer cette prévention, certains proposent également de « contraindre le secteur privé à une participation obligatoire qui s'ajouterait au budget dépendance de la sécurité sociale » ou de proposer un « forfait annuel obligatoire aux mutuelles, comprenant au moins quatre séances/an ». Enfin, un MK explore des financements conjoints de la sécurité sociale avec les caisses de retraite pour du préventif.

L'accès direct aux MK par le patient est aussi mis en avant pour permettre de réaliser des économies. En contrepartie, certains répondants souhaitent une participation financière des patients « de confort » pour « éliminer les personnes âgées qui n'ont plus aucune motivation ».

Certains MK demandent également une « revalorisation des indemnités de déplacement » afin de favoriser davantage le maintien à domicile des personnes âgées.

Quelques répondants réfléchissent à une réforme fiscale ou à d'autres solutions (parfois sur un ton ironique) comme réduire le train de vie de l'État pour faire des économies.

Enfin, la valorisation des MK dans leur travail contre la dépendance des personnes âgées doit être reconnue.

Note : comme la précédente, cette question n'a pas suscité un grand enthousiasme, voire n'a pas toujours été bien comprise ou a été perçue comme redondante.

Thème 2 : ORGANISATION DU SERVICE PUBLIC

Dans le cadre de l'exercice de la profession

Q7 – Quels freins à votre activité libérale avez-vous identifiés dans vos relations avec l'administration et les organismes chargés d'une mission de service public (ministère, ARS, Assurance Maladie, Urssaf, caisse de retraite, etc.) ?

Cette question a beaucoup fait réagir les MK qui ont pu laisser sortir leurs frustrations. À travers les réponses, on sent tour à tour de la colère, de la lassitude, de la résignation et un sentiment d'injustice financière.

Les reproches les plus fréquents sont l'absence d'interlocuteurs dans les administrations, leur lourdeur et leur complexité et la déconnexion des différents organismes avec la réalité des praticiens ou des patients. « Ils ne viennent pas sur le terrain, font des aménagements de nomenclature sans venir dans les cabinets. » « Le zonage est aberrant, on nous interdit de nous installer dans des zones où les gens n'arrivent pas à trouver de kinés pour recevoir des soins ! »

Les répondants dénoncent le coût et l'augmentation des cotisations alors que dans le même temps, ils estiment que les services diminuent et que les organismes se déchargent de plus en plus sur eux en matière de tâches administratives. « Je passe bientôt plus de temps à remplir les dossiers informatiques des patients qu'à les examiner ! » « Charges en total décalage avec l'activité réelle ; deux ans de décalage entre déclaration et paiement. Taxation trop importante au regard de la pauvreté de la couverture du statut. »

Des témoignages ajoutent que la lenteur des services et le manque de réactivité engendrent également des coûts supplémentaires. Des coûts « impossibles à reporter, nos honoraires étant fixes », un autre professionnel précise « c'est la calculette l'outil privilégié ».

Les MK disent faire face à une multitude d'acteurs, de démarches et à des normes qu'ils jugent complexes. Ils sont plusieurs à regretter l'absence d'un « guichet unique », un manque d'information et la gestion de « paperasserie ».

Les professionnels expriment un sentiment de mépris, un manque de reconnaissance de leur activité par les administrations ou les ministères successifs : « Nous sommes très appréciés par la population et méprisés par l'administration d'État. » Ils expriment également un sentiment de défiance par rapport aux organismes de contrôle qui « partent immuablement du principe que nous cherchons à les gruger » et dénoncent un « flicage ». Certains parlent de « difficultés de coordination entre les différents acteurs » et vont parfois plus loin estimant avoir affaire à des « incompetents ».

Parmi les administrations, c'est surtout l'Urssaf qui cristallise le mécontentement. « Plus d'un an pour le changement d'Urssaf en cas de déménagement ! », « bientôt, phobie de l'Urssaf », « tout est long et compliqué ». Des MK parlent de « lien de subordination ».

La CPAM revient également avec ses « contraintes administratives ». Ainsi un praticien s'interroge : « comment peut-on continuer à appeler notre activité, une activité libérale si on nous impose le nombre de patients/jour et la cotation par acte ? », tandis qu'un autre indique que « la nomenclature est inadaptée et les contrôles CPAM injustifiés et agressifs », « un acte unique et basta ».

Les professionnels dénoncent également le fait de devoir payer pour être mis en relation avec des interlocuteurs : « Il est honteux en tant que professionnel de santé libéral, de payer les communications avec la CPAM et avoir des attentes musicales ».

Les ratés de la dématérialisation de l'administration sont également pointés du doigt et quelques MK indiquent que la gestion du tiers payant complexifie et intensifie la lourdeur administrative.

Globalement, s'il fallait retenir un témoignage représentatif sur les relations avec les différentes administrations : « Des freins permanents, une lourdeur administrative et une volonté de décourager les professionnels libéraux en opposition totale avec notre dévouement professionnel. Sentiment de ras-le-bol ! »

Des répondants dénoncent également une couverture trop faible en cas de congé maternité, maladie et pour la retraite. « Lors de maladie ou hospitalisation de courte durée, pas de revenu de remplacement même par une assurance prévoyance complémentaire d'où un sentiment d'injustice et de précarité. » « C'est impensable de travailler dans la santé et de se savoir mal couvert dans ce cas précis. » « Retraité à 1 300 euros par mois après 40 ans de service et de cotisation je continue à travailler, la retraite n'est pas en rapport au sacrifice de toutes ces années de cotisation et en plus on continue à cotiser à la CARPIMKO à fonds perdu. » « Les indemnités pour la prise en charge de la maternité sont honteuses et supprimées au moindre problème administratif et quand elles sont payées, elles le sont dans des délais honteux. »

Quelques répondants dénoncent le fait qu' « aucune rémunération n'est prévue pour les temps de concertation pluriprofessionnels autour de cas complexes ou pour améliorer ses connaissances ».

Enfin, le Conseil de l'Ordre n'est pas exempt de reproches avec des MK très remontés qui indiquent n'avoir « aucun frein, sauf le Conseil de l'Ordre », qui n'est « pas réactif » ou dont « l'échelon départemental est complètement inapproprié à [notre] activité ». Pour un répondant, c'est globalement les représentations syndicales qui sont « déconnectées de la réalité avec l'incapacité de la profession à s'organiser et la signature de conventions avec des syndicats absolument pas représentatifs ». « Un ordre professionnel noyauté qui ne correspond pas aux attentes réelles. » « La lenteur du Conseil de l'Ordre lors de déménagement et changement de département. »

À noter que certains témoignages font part d'une grande souffrance de praticiens qui se sentent submergés avec « trop de temps administratif et l'impossibilité d'embaucher une secrétaire. Il y a une détérioration et une érosion de notre outil professionnel. De plus en plus de burn-out. Un suicide dans notre cabinet ! ».

Q8 – Le système conventionnel et l'enregistrement des actes professionnels dans la nomenclature correspondent-ils aux exigences de votre exercice ?

La très grande majorité des répondants est insatisfaite du système actuel et parle d' « usine à gaz ». Les MK jugent la nomenclature obsolète et inadaptée et déplorent un trop grand choix qui pour autant ne prend pas en compte la réalité de leur pratique. « C'est beaucoup trop compliqué et incompréhensible, nous perdons notre temps à faire des statistiques avec des cotations absurdes au lieu de nous consacrer au soin. » « Les actes attribués aux enfants ne sont absolument pas bien représentés dans la nomenclature. » « La notion de durée est inadaptée ; je pense que c'est à nous de la déterminer et non la nomenclature (30 minutes pour un doigt et la même durée pour un patient âgé qui prend 10 minutes d'habillage, ou pour un lumbago !!!). » « Tout est décidé de manière unilatérale, sans concertation ! »

Globalement les répondants sont pour une revalorisation des actes, en particulier des actes les plus pratiqués et déplorent que « les investissements en matériels onéreux et les formations ne soient pas pris en compte ».

Ils sont plusieurs MK à se prononcer pour les dépassements d'honoraires ou pour un tarif unique quel que soit l'acte : « Je pense que la nomenclature est obsolète et qu'il faut un acte unique (individuel et groupe) et un tarif de déplacement commun aux professions médicales. »

Un répondant dénonce aussi un risque d'effet pervers : « Toutes ces nomenclatures ne sèment que de la confusion. De plus elles hiérarchisent les pathologies en fonction de leur revenu ce qui amène les kinés à choisir leur patient. »

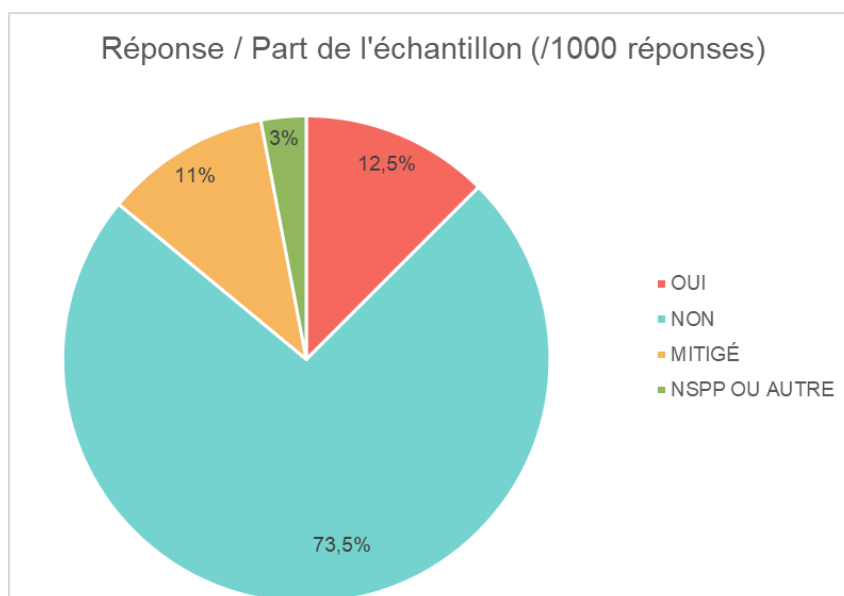
Les MK souhaiteraient une meilleure prise en compte de la complexité des pathologies et du besoin d'une prise en charge globale avec des actes qui ne soient pas « découpés en morceaux d'anatomie et intègrent la dimension fonctionnelle globale et la charge psychosociale ». « Parfois, lorsque sur une ordonnance nous avons une rééducation du genou (AMS 7.5) et finalement pour mener à bien la rééducation, il faut renforcer les deux membres inférieurs et travailler les cervicales, il serait bon de pouvoir augmenter la cotation. » « L'exercice en neurologie est sous-coté. »

Du point de vue de l'hôpital, un professionnel indique : « Au vu des ordonnances que nous rédigeons en service hospitalier pour la suite de prise en charge, à domicile ou pas, et particulièrement concernant la dépendance de la personne âgée à domicile, le système de nomenclature n'est pas adapté aux polyopathologies et complexité de la gériatrie avec survenue qui plus est de pathologies aiguës nécessitant une prise en charge spécifique ponctuelle et prise en charge globale en même temps. »

Comme pour certaines questions précédentes, on retrouve la frustration de MK face aux « cabinets usines » et à un souhait de revalorisation financière des actes et des déplacements. « Les indemnités déplacement à domicile en particulier sont complètement débilés, comment justifier qu'on se déplace parfois pour 2,5 euros, et parfois pour 4 euros, quand un médecin se déplace pour 10 euros. » « Les soins à domicile devraient être davantage valorisés. Actuellement certains patients se trouvent exclus du système de soins faute de kinésithérapeute exerçant à domicile. »

Les comparaisons financières avec les autres métiers de la santé reviennent régulièrement sur cette question, comme sur les précédentes. Il y a un sentiment de dévalorisation du travail effectué par rapport aux autres professionnels de santé : « L'enregistrement des actes professionnels dans une nomenclature telle qu'elle existe actuellement rabaisse notre activité à de simples gestes techniques et à une prise en charge restreinte du patient et non dans sa globalité comme nous le faisons ou devrions le faire en pratique. » « J'ai l'impression que nous sommes les laissés-pour-compte de la santé. »

Une petite partie des répondants ne souhaite pas pour autant changer globalement de système qui leur convient « à peu près ». « Il y a sûrement moyen de continuer petit à petit à l'améliorer mais sans le révolutionner. » « La plupart du temps ça correspond, il manque quelques actes à répertorier pour lesquels on n'a pas de cotation (réentraînement à l'effort après chirurgie cardiaque...). »



Q9 – Quelles solutions ou idées proposez-vous ?

Une grande partie des répondants optent pour un acte unique, dans la plupart des réponses, revalorisé. Un MK rappelant « qu'on soigne une personne pas seulement un membre ou une articulation ». Concernant le montant idéal, les répondants qui le précisent l'estiment à 20, 25 voire 35 euros. « Appliquer un tarif unique pour la séance avec quelques tarifications particulières dans quelques rares situations (idem médecins généralistes). Je propose depuis longtemps un double tarif « unique » à savoir 25 euros la séance individuelle de 30 minutes et 15 euros/patient pour une séance collective d'une heure avec quatre ou cinq personnes maximums [...] on ne peut plus vivre décemment en pratiquant de la séance individuelle, il faut aligner les heures, les meilleurs praticiens ont basculé vers l'ostéopathie non conventionnée, peut-être est-ce voulu ? »

Un professionnel précise différents tarifs : « Un cabinet doit être très bien équipé, ce qui représente un investissement très lourd (je ne parle pas des loyers dans les grandes villes !), les actes doivent être compris dans un barème de 20 à 30 euros/acte. En EHPAD, le temps passé est faible au vu des patients et aucun investissement matériel ou très peu : acte entre 15 et 18 euros. Et en clinique les patients sont « fragiles » et le matériel mis à disposition par l'établissement : acte entre 18 et 22 euros. » Un répondant propose que le tarif soit évalué en fonction du temps passé avec le patient « qui augmente avec le temps et l'expérience ».

Une majorité de MK opte pour plusieurs actes, souvent limités à deux : acte simple et acte complexe. Quelques-uns vont jusqu'à cinq. Ce MK précise son découpage : « trois actes globaux : urgence, kinésithérapique, entretien ». Cet autre avance « quatre tarifs : acte simple, acte complexe, acte de spécificité (en justifiant de nos diplômes validés par l'Ordre) et acte de prévention ». Un professionnel indique : « Il faut la création de quatre grandes familles d'actes : les actes effectués en cabinet, en EHPAD, en clinique et au domicile. Puis différencier la neuro, l'ostéo-articulaire et la kiné respiratoire. » Là encore, des répondants proposent des grilles tarifaires allant de 25-30 euros pour les actes simples à 30-40 pour les actes complexes et certains répondants suggèrent une « autorisation de dépassement d'honoraires sans excéder 5 euros par séance ». D'autres proposent des « honoraires libres pour les kinés, avec l'obligation d'avoir au moins 10 à 20 % de son activité en honoraires conventionnés ».

Les MK qui sont moins précis souhaitent une révision de la nomenclature qui regroupe mieux les pathologies ou « ne fait plus de classement par zone corporelle » avec des référentiels revus régulièrement. Beaucoup remettent à nouveau en question la durée des séances. Il faudrait « pouvoir différencier des actes de thérapie manuelle en fonction du temps passé sur le patient. Des pathologies nécessitent des prises en charge d'une heure, d'autres seulement d'une dizaine de minutes ». Un autre répondant précise : « Ne pas imposer de durée théorique aux séances : celle-ci doit être fonction de l'état du patient et du travail à effectuer. Permettre des honoraires plus importants quand un matériel spécifique est utilisé. »

Ils sont également plusieurs répondants à proposer d'élargir la nomenclature aux cicatrices ou à la prévention : « Le kinésithérapeute devrait être un acteur de la prévention pour sensibiliser les gens à se prendre en charge avant la survenue des troubles musculo-squelettiques, il faut que les patients soient moins sédentaires. »

Une augmentation des tarifs permettrait aussi selon certains répondants de faire moins de séances et un travail plus qualitatif. Des MK reprennent de nouveau l'idée d'une autorisation de dépassements d'honoraires pour valoriser la formation continue et permettre une meilleure reconnaissance de leur profession, notamment face aux ostéopathes.

La question d'une meilleure rémunération des déplacements est elle aussi de nouveau abordée : « Majorer les déplacements car on perd de l'argent en se déplaçant et beaucoup de confrères refusent du coup les soins à domicile et en milieu rural cela pose problème. » Selon les différents répondants, la juste rémunération des déplacements se situe autour de 10 euros.

À travers les réponses sur la durée des séances et les dépassements d'honoraires, de nombreux MK demandent surtout qu'on leur fasse confiance, qu'ils aient plus d'autonomie, et même d'avoir la

possibilité de prescrire et « avoir plus de pouvoir de décision ». « Il faut arrêter de nous réduire à des exécutants d'ordonnance. » « Chaque patient est différent et les institutions devraient nous faire plus confiance. »

Il est également important pour les professionnels que leurs spécialités soient reconnues. D'autres suggèrent « une meilleure information auprès des médecins sur nos compétences et sur la manière de prescrire ».

Enfin, certains répondants explorent d'autres pistes de solutions avec l'autorisation de majorer les actes pour les MK qui emploient des secrétaires ou d'effectuer un travail avec le Programme de médicalisation des systèmes d'information. D'autres proposent d'avoir la possibilité de réaliser des campagnes de communication pour que « les gens prennent conscience que les métiers les plus utiles sont sous-payés (infirmières, aides-soignants, profs, éducateurs etc.) avec des professionnels souvent dévoués encore ».

Quelques professionnels proposent la mise en place de « plateforme de consultation par mail/chat pour poser les questions concernant la nomenclature ».

La question du contrôle par des comités indépendants (non reliés au CNO) est également abordée : « bien contrôler le travail (sanctionner les kinés qui prennent quatre ou cinq personnes en même temps) ». Tout comme l'organisation d'un « Grenelle de la kiné » avec syndicats, CNO, libéraux et salariés.

Q10 – Quels sont les freins à l'exercice salarié à l'hôpital public ?

La réponse des MK est unanime : le salaire. Ils sont nombreux à qualifier le salaire de « salaire de misère », « salaire lamentable », « indécent », « salaire désespérément bas », d'autres parlent de « paupérisation de la profession ». Un répondant s'indigne : « Le salaire qui nous l'a [le secteur hospitalier] tous fait quitter ! » Plusieurs répondants se questionnent : « Qui aujourd'hui accepterait de travailler à ce tarif-là avec un bac+5 ? » Un autre professionnel précise : « Les conditions salariales, la précarité (kinésithérapie souvent contractuelle, et si en CDI pas de prime de service). » Un répondant suggère également de « revaloriser le tutorat des stagiaires ».

Ils sont également plusieurs à dénoncer le montant du salaire à l'embauche par rapport au coût des études : « Un kiné est payé presque au SMIC pendant ses dix premières années à l'assistance publique. » Ils regrettent également l'impossibilité de « compléter [son] activité avec une activité libérale additionnelle, comme pour les médecins ».

Plusieurs répondants vont plus loin que la question de la rémunération et avancent d'autres freins, les principaux étant l'absence de reconnaissance et les faibles possibilités d'évolution de carrière. Un répondant suggère de déléguer davantage aux MK « la gestion du suivi en ville car par expérience les patients adressés directement par le kiné de l'hôpital permettent une meilleure transmission des informations pour le patient et le MK ».

Le manque de moyens et de personnel sont aussi fréquemment cités et le « cercle vicieux » qui en découle : « pas assez de praticiens pour pouvoir exercer en qualité » avec les risques « d'épuisement et de douleurs accumulées ». Un répondant indique : « J'ai fait vingt ans de service public et c'est ce qui m'a fait quitter l'hôpital. On doit être rentable à tout prix et plus au service des malades ! Et on nous fait aller dans les services où cela rapporte et pas forcément où il y a des demandes ! »

Les professionnels déplorent « la dégradation générale des conditions d'exercice à savoir, voir de plus en plus de patients dans un temps imparti inchangé » provoquant un important turnover. Un répondant précise « à être partout on n'est nulle part ». Un dernier indique comme frein : « Dans certains hôpitaux, le manque de sérieux dans le recrutement de certains diplômés de l'étranger (connaissance de la langue, niveau d'études, différence de culture). »

Une hiérarchie trop lourde et un manque d'autonomie sont aussi vus comme des repoussoirs, certains parlent de « maltraitance de l'administration ». Les MK souhaitent une « reconnaissance (par les autres soignants, par les dirigeants...), une liberté d'action (kiné sous la coupe directe du médecin), une valorisation (statut ? salaire évidemment, évolution de carrière...) et de la formation continue, peu existante ».

Beaucoup de répondants regrettent une faible reconnaissance du rôle du MK. « Nous ne sommes pas acteurs centraux, hormis dans certains services spécifiques comme l'ortho-traumato ou les différents réas. » Et s'inquiètent « des compétences de kinésithérapeute données aux APA (activité physique adaptée) ». Ils déplorent également le fait de ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer à la recherche ou à la « mise en place de projets d'équipe ».

Les MK s'inquiètent également d'une « hyperspécialisation dans un service unique » et d'un « travail répétitif et lassant ». Un autre professionnel évoque « la monotonie de l'exercice dans certains services ».

Les gardes le week-end, les difficultés pour obtenir le financement de formation et l'absence de liens ou de partenariats avec les libéraux sont aussi des raisons évoquées.

À noter que les cotisations à l'Ordre sont aussi évoquées.

Q11 – Quels sont les freins à l'exercice salarié en établissements de santé privés chargés d'une mission de service public ?

Comme pour la question précédente, les MK sont tous d'accord pour dire que le salaire est le frein au salariat en établissement privé. « Le salaire bas ne permet pas de vivre dignement », un répondant parle même d' « esclavagisme ». Ils sont quelques professionnels à déplorer l'ancienneté des conventions collectives.

Les précisions apportées vont dans le même sens que pour l'exercice à l'hôpital public avec « une demande de productivité incompatible avec la qualité des soins ». Plusieurs MK ajoutent que les freins sont « quasi identiques que pour l'exercice en hôpital public avec encore moins d'intérêt » et une « notion d'intérêt économique et de business ». Ils sont plusieurs professionnels à déplorer que le « travail soit trop lié au concept de rentabilité », d'autres parlent de « travail à la chaîne », « c'est l'usine ! » et de « répétition » dans leurs missions quotidiennes. Un professionnel indique : « Pour moi, éthiquement une prime de rendement quand on travaille sur de l'humain est une aberration. Vous gagnez plus si vous faites sortir les patients plus vite... »

Plusieurs répondants déplorent l'obligation de « prise en charge collective » et ils sont plusieurs à s'accorder sur la nécessité de recruter.

Le manque de reconnaissance et d'opportunités d'évolution de carrière et d'accès à la formation est là encore évoqué : « manque d'écoute et de pistes d'amélioration entre les soignants et la direction », « pareil que dans le public avec encore moins de considération », « le nombre de prises en charge augmentant constamment et le côté administratif éloignant le thérapeute de son patient ». D'autres dénoncent également « la vétusté du matériel qu'on retrouve aussi dans le public », tout comme une « concurrence des intérimaires extraterritoriaux » ou « la concurrence et le dumping salarial des kinés étrangers », ainsi que « les APA qui nous remplacent pour faire notre travail car ils coûtent moins cher ».

Ils sont quelques répondants à indiquer que « cela fonctionne mieux » en établissement de santé privé chargé d'une mission de service public. « Beaucoup moins de freins, les salaires sont meilleurs et on est affecté à un service (je suis d'ailleurs en train de passer du libéral au salariat privé) », mais ces réponses restent très isolées.

Tout comme pour la question précédente, les cotisations à l'Ordre font grincer quelques dents.

Q12 – Quelles propositions formulez-vous pour lever ces freins ?

Sans surprise, l'augmentation des salaires est la proposition qui revient le plus souvent avec une demande de reconnaissance du diplôme et de la formation des MK. Elle va de 1 800 euros net au doublement du salaire actuel. Ils sont plusieurs à proposer 2 000 euros en début de carrière. Certains proposent également « la possibilité de réaliser des heures supplémentaires payées pour ceux qui le souhaitent ». Pour certains, cela passerait par une refonte des conventions collectives dans le secteur privé non lucratif. Des MK proposent aussi de « mettre en place un système de prime selon les formations et qualifications puisqu'il n'existe pas de spécialité reconnue en kiné à part la kiné du sport ».

La reconnaissance du savoir-faire des praticiens, notamment par les autres professionnels de la santé, est aussi largement évoquée avec le souhait de davantage d'autonomie et de pouvoir de décision. Pour un répondant, il faudrait ainsi « créer de vrais statuts pour le MK (PH PUPH assistant, rééducateur, senior) et augmenter [notre] pouvoir décisionnel avec la possibilité de prescription de bons de transport ou de certificat de reprise du sport ». D'autres abondent, demandant « un exercice partagé du diagnostic » et « l'attribution de plus de capacités (prescription d'antalgiques, échographies musculo-squelettiques, diagnostic orthopédique pour désengorger les urgences) ». Quelques répondants proposent « la création, comme pour les infirmières, d'un diplôme en pratique avancée » ou encore l'instauration de « deux années obligatoires en milieu salarial pour les jeunes diplômés (stratégies identiques à l'insertion professionnelle des infirmières novices) ».

Un autre professionnel propose de « créer des postes de kiné-enseignant, de kiné-chercheur... de responsabiliser les kinés avec des missions transversales, de valoriser l'expérience (pas que l'ancienneté), reconnaître et valoriser les formations supplémentaires [...] Promouvoir la recherche en kiné pour renforcer le savoir-faire et les compétences kiné ».

Ils sont également quelques répondants à proposer de revoir l'organisation des études de MK grâce à des « aides financières pendant deux ou trois années d'études pour déboucher sur une embauche et conserver quelques écoles de kinésithérapie en France avec des frais de scolarité raisonnables », ou encore « appliquer un internat d'un an post-formation et rendre les études gratuites, cela ramènerait des kinés dans les hôpitaux et rendrait les études moins onéreuses ».

Plusieurs soulignent l'envie de travailler avec des équipes pluridisciplinaires à condition de pouvoir évoluer dans sa carrière avec « des échelons » et avoir accès aux formations. Plusieurs MK évoquent leur volonté d'être associés aux conseils d'administration et d'être « intégrés dans les discussions sur les projets thérapeutiques de l'établissement ».

Pour des MK, la possibilité d'un exercice mixte « permettant aux fonctionnaires d'avoir une activité libérale » serait une réelle solution.

L'augmentation du financement du service public est aussi évoquée avec la création de « soins de pointe par l'hôpital et une prise en charge pour les pathologies lourdes qui ne peuvent être suivies en ville (hémiplegies en phase lourde, tétra et paraplégie, brûlés, réa, polytraumatisés...) ». Ils sont également plusieurs répondants à proposer « d'abolir la T2A », de « cesser la tarification à l'activité qui induit une « rentabilité » du malade ».

De nombreux répondants souhaitent également « avoir plus de main-d'œuvre et plus de matériel à [notre] disposition », mais également de « cesser de demander à des soignants de perdre le temps précieux et l'énergie à faire des tâches administratives ».

Par ailleurs, des répondants s'inquiètent des « délégations de compétences à des non-professionnels de santé » ou « l'implantation de professionnels du sport à la place de professionnels de santé ».

Q13 – Comment améliorer les échanges entre les acteurs de ville et de l'hôpital public ou privé ?

Pour les MK, l'amélioration de la communication est le maître-mot. Outils, possibilités de rencontres, accès aux dossiers médicaux, création de réseaux. Que la solution soit physique (rencontres, points téléphoniques), virtuelle (messagerie, site internet sécurisé) ou les deux, il faut com-mu-ni-quer.

On sent dans les réponses apportées que tous les MK ne sont pas au même niveau de communication avec les autres professionnels de santé. Si certains souhaitent commencer avec la mise à disposition d'annuaires, d'autres suggèrent de « favoriser la communication entre les différentes structures et inciter (financièrement) la coordination autour du patient, à l'image du PRADO » ou d' « inciter les projets de coordination au sein de CPTS, PTA... Ça peut fonctionner si on laisse les acteurs échanger entre eux ».

Ils sont également un grand nombre à proposer « le dossier médical partagé (DMP) comme une bonne piste » et proposent de « développer le DMP en y intégrant tous les examens, l'imagerie, les comptes rendus de consultation et opératoires ».

Globalement, pour les MK, il faut faciliter l'accès au dossier médical des patients quel que soit l'outil : « via la carte vitale et des messageries sécurisées », ou la « création d'un logiciel Dossier Patient unique consultable par tous les professionnels de santé, directement associé à la carte vitale du patient ». Un répondant propose que toutes les informations soient consultables via le site ameli et accessibles à tous les professionnels de santé. D'autres professionnels suggèrent la création d'applications ou de forums entre les kinés par spécialité ou avec tous les professionnels de santé. Un répondant suggère l'utilisation de « courriers de transmission simples et normalisés ». La création d'un logiciel spécifique pour les bilans est aussi proposée, avec un financement du CNO (via les cotisations des membres) « pour ne pas dépendre de sociétés privées ».

Plusieurs répondants insistent : « Il faut rappeler à l'hôpital public que le dossier appartient au patient, et qu'en conséquence il doit suivre au niveau des différents acteurs de ville. Il faut arrêter d'opposer les deux façons d'exercer. » « Il faudrait recevoir les comptes rendus opératoires systématiquement. » Pour faciliter la communication, certains souhaitent rendre obligatoires les échanges avec par exemple l'inscription et la participation à des systèmes de messagerie type MSSanté ou via la carte vitale des patients. En guise d'incitatif, les MK aimeraient voir ces temps d'échanges rémunérés.

Des MK souhaitent créer des « hubs de santé incontournables, sorte d'autorité, pas seulement administrative, avec des kinés « conseils » prenant en compte les besoins des malades, des services et des professionnels ». D'autres penchent pour la création de commissions « avec les acteurs des villes et de l'hôpital ». L'idée qui revient est de disposer d'un réseau facilitant la coordination des soins voire de « créer des labels agréés par l'Ordre des MK et des médecins ».

Une idée revient également pour faciliter les échanges : la création de véritables passerelles entre les praticiens libéraux et les hôpitaux avec « des rencontres salariés/libéraux (réunions, formations) ». Plusieurs réponses proposent « un échange qui pourrait permettre au libéral de venir à l'hôpital, s'il ne dispose pas d'un plateau technique suffisant. Il serait certainement plus facile d'organiser le réseau bronchiolite à l'hôpital avec le concours des salariés et des libéraux ». Un professionnel propose la création de « fiches de liaison entre hôpital et libéral, l'accueil de libéraux dans les hôpitaux pour qu'ils puissent voir ce qu'on fait et dans quelles conditions. Cela éviterait beaucoup de tensions entre les deux exercices ». Quelques répondants suggèrent la création de postes de coordination pour faire le lien entre la ville et l'hôpital, « un interlocuteur facilement identifiable et joignable ».

Ces passerelles permettraient aussi de casser des clichés. « Il faut une meilleure image de l'hôpital chez les jeunes : comme kiné salarié on est toujours stigmatisé « fonctionnaire/fainéant » alors que souvent on a une expertise très importante dans des domaines vitaux. Il ne faut pas oublier que les patients passent souvent entre nos mains avant de partir vers le libéral. » Un répondant suggère au contraire que les « libéraux puissent continuer la prise en charge de leur patient en cas d'hospitalisation ». Enfin, ils sont quelques professionnels à proposer d'avoir « des kinésithérapeutes en pratique avancée comme les infirmiers pour faire le relais entre hôpital et domicile ».

Le sentiment de sens unique (toujours les MK qui feraient l'effort d'aller chercher l'information) se traduit aussi par le souhait de voir « les médecins et chirurgiens prendre la peine de comprendre [notre] nomenclature, [nos] tarifs et [nos] compétences ».

Toujours dans cet esprit de passerelles, la possibilité de formations communes est régulièrement avancée. « Ici certaines cliniques organisent des journées de rencontres entre professionnels sur un thème et c'est vraiment enrichissant pour les échanges. »

Thème 3 : TRANSITION ÉCOLOGIQUE

Dans le cadre de l'exercice de la profession

Q14 – Quelles propositions formulez-vous pour limiter l'empreinte environnementale liée à votre activité ?

La moitié des répondants n'ont pas jugé utile de répondre à cette question. Plus largement, les MK soulignent que leur activité professionnelle n'a pas d'impacts écologiques significatifs comparativement à d'autres professions. Plusieurs d'entre eux insistent aussi sur le fait que les mesures utiles pour la profession sont les mêmes que celles utiles au reste de la société. Enfin, d'autres observent des pratiques à l'hôpital aux antipodes, selon eux, des efforts demandés à la société pour réduire l'empreinte environnementale.

Des incitations fiscales à l'optimisation thermique des cabinets, ou encore à l'acquisition de véhicules propres professionnels, par exemple via « des indemnités kilométriques supérieures pour les voitures à faible consommation », sont régulièrement évoquées, ainsi que des comportements individuels vertueux, pour économiser les dépenses énergétiques courantes ou choisir des mobilités douces. Il s'agit là de valoriser les déplacements à pied, à trottinette ou en vélo des MK et des patients.

Les produits à usage unique, jetables, constituent un point de crispation pour de nombreux répondants, qui souhaitent qu'une attention soit portée au choix de produits recyclables, biodégradables ou réutilisables. Concernant le linge de table d'examen, par exemple, l'idée revient que le patient pourrait amener sa propre serviette, sous peine de devoir payer un surplus si le MK doit la fournir au patient en cas d'oubli, ou que les MK peuvent utiliser un linge individuel à laver au terme du cycle de soin. La stérilisation du matériel pourrait également être une solution pour éviter le plastique jetable. L'idée de s'approvisionner en « circuit court » est également présente. Une attention serait aussi à porter selon plusieurs contributeurs à la qualité des crèmes et désinfectants utilisés au cours des séances. Des produits biologiques ou naturels sont à privilégier. Une contribution propose de contrôler en ce sens l'impact écologique des produits utilisés dans le cadre de l'exercice des MK.

Le tri sélectif devrait également selon de nombreux contributeurs être davantage développé au sein des cabinets et des hôpitaux.

D'autre part, de nombreux répondants encouragent le fait d'utiliser des machines moins gourmandes en énergie, voire de reléguer les machines électroniques au second plan pour « revenir à des techniques plus manuelles ». Selon un répondant il s'agit de « retrouver une véritable kinésithérapie en utilisant le moins possible toute « électrothérapie » et autre ». L'achat de matériel d'occasion ou la mise en commun des plateaux techniques entre plusieurs MK sont aussi proposés.

La dématérialisation des ordonnances, des feuilles de soin etc. est encouragée par certains répondants afin de participer à la disparition du papier. D'autres regrettent au contraire l'évolution rapide de la dématérialisation qui provoque une forte utilisation d'énergie et ne représente donc pas une solution écologique.

Moins fédératrice, l'idée de limiter et de raccourcir les déplacements des MK et des patients est évoquée à plusieurs reprises, ainsi que l'accès direct, qui éviterait de passer par un prescripteur parfois distant. Tout comme le covoiturage entre les patients, la mise en commun de voitures électriques est évoquée entre les professionnels d'une zone devant se déplacer pour exercer. Afin de réduire les déplacements, certains répondants proposent d'encourager le « travail personnel ou surveillé (par MK à distance) depuis le domicile de la patientèle ». Des incitations pour faciliter l'installation des MK proche de chez eux ou à leur domicile correspond à une autre solution pour certains. D'autres soulignent le fait que la mise à disposition d'informations certifiées par l'Ordre des MK et fiables sur une plateforme en ligne pourrait réduire le nombre de consultations et encourager l'auto-rééducation.

L'idée est évoquée de restreindre le périmètre de la patientèle à domicile en privilégiant les patients résidant à proximité du cabinet, avec comme dilemme le risque de refuser des patients domiciliés hors périmètre si on restreint le périmètre d'intervention du kiné pour se déplacer à vélo. L'idée est d'encourager une cohérence entre le nombre d'implantations de cabinets et les besoins et la densité de population des territoires, pour réduire la distance des déplacements patient-cabinet. D'autres répondants, plus radicaux, parlent de supprimer les consultations à domicile.

Selon certains répondants, il revient aux MK d'éduquer et de sensibiliser leurs patients à la transition écologique. D'autres indiquent que l'Ordre des MK pourrait apporter des conseils pour encourager les gestes écologiques au quotidien. Enfin, l'idée d'un label pour signifier l'éco-responsabilité du cabinet – celui de « Ékokiné » est évoqué à plusieurs reprises – semble intéresser certains MK.

Q15 – À domicile ?

Avec plus de la moitié des répondants s'abstenant, cette question confirme que les enjeux écologiques restent difficiles à appréhender. Plusieurs traits d'humour, souvent noir, comme « on peut tous se suicider », ou plus laconiquement « rien » viennent renforcer cette impression de fatalité.

Les questions de mobilité sont toutefois centrales, et se répartissent en trois thématiques saillantes :

- L'idée de développer les incitations fiscales et les subventions, destinées à encourager l'acquisition de véhicules propres ou à accorder une prime aux déplacements doux semble consensuelle, car les transports en commun ne sont pas adaptés à la pratique professionnelle et il est difficile d'imaginer des soins à domicile sans voiture, notamment dans les campagnes où les distances ne permettent pas a priori de se déplacer en vélo. Un répondant propose par exemple d' « augmenter l'indice kilométrique pour les kinés se déplaçant à vélo ». Ces incitations pourraient également concerner les VSL et faciliter les soins en cabinet. Enfin, d'autres répondants incitent au partage des véhicules entre les praticiens pour réaliser les visites à domicile, dans le cas de grands cabinets et de regroupements d'acteurs de soin.
- Les choix comportementaux vertueux, au niveau individuel, restent encouragés, tant pour les patients, invités à limiter les demandes de soins à domicile, que pour les MK, parfois très engagés. « Je fais les domiciles seulement si je peux y aller à pied » ou encore « prendre son vélo » émergent ainsi, à côté du choix d'un véhicule électrique. Pour certains, l'augmentation de l'utilisation de moyens de transports doux est conditionnée à l'évolution rapide des infrastructures en leur faveur (pistes cyclables, etc.).
- Plus largement, plusieurs répondants interrogent le rapport entre leur profession et les déplacements à domicile, qu'il s'agisse de réduire les déplacements, de rationaliser les tournées ou plus largement, de refuser d'intervenir au-delà d'une certaine distance. À l'arrière-plan de ces interrogations, se pose la question de l'accès aux soins dans « les hameaux éloignés de tout dans ces territoires ruraux abandonnés de la République » où il faudrait « favoriser les regroupements de professionnels ». L'idée de sectoriser les MK émerge également dans le but de limiter les déplacements. L'optimisation des tournées des MK en « circuits en boucle » fait également partie des solutions proposées, de manière à éviter des allers-retours et à réduire les temps de trajet. Enfin, la télémédecine est évoquée par quelques MK.
- Un quatrième levier est parfois évoqué, pour réduire l'impact des déplacements à domicile : la revalorisation des indemnités de déplacement, voire leur alignement sur celles auxquelles ont droit les médecins, permettrait à la fois d'encourager l'acquisition de véhicules plus propres par les praticiens, et de limiter la demande de soins à domicile pour les prestations « de confort » pour les restreindre à certains patients pour « raisons médicales ou sociales ». Quelques répondants proposent quant à eux de dérembourser les déplacements pour les soins à domicile « sauf en cas d'accord de la sécurité sociale ».

- Également dans le cas des séances à domicile, plusieurs MK proposent d'utiliser des produits biologiques, de trier et de limiter les déchets.

Enfin, au-delà des seuls enjeux de mobilité, les questions du non-recours à un matériel jetable, d'éducation des patients, et d'efficacité énergétique sont évoquées, et témoignent d'une conscience du caractère complexe et systémique des questions écologiques.

Il convient de souligner le fait que la nuance avec la question précédente n'a pas toujours été saisie par les sondés. Beaucoup de réponses à cette question font référence à la précédente en indiquant seulement « idem » ou « déjà répondu ». D'autre part les réponses données sont très proches de celles correspondantes à la question 14, notamment concernant la problématique des transports. Par ailleurs les réponses indiquent que la question a pu être comprise de deux manières par les sondés : les séances sont réalisées chez le patient, impliquant un déplacement du MK, ou bien le praticien qui exerce à son domicile.

Q16 – Au cabinet ?

En ce qui concerne la pratique en cabinet, 3 pistes d'amélioration se détachent :

- Utiliser des draps lavables,
- Bénéficier de subventions pour faire des travaux d'isolation ou encourager les pratiques écoresponsables,
- Regrouper les praticiens.

De nombreux répondants réfléchissent à la question du matériel à usage unique et beaucoup proposent d'utiliser du matériel lavable, notamment pour les draps de table avec « le nom du patient étiqueté et un drap réutilisable pour l'ensemble de [ses] séances ». Certains semblent d'ailleurs avoir franchi le pas. Plusieurs MK proposent aussi que les « patients amènent leurs propres serviettes ». D'autres s'inquiètent tout de même des contraintes liées à l'hygiène.

Beaucoup de répondants soulignent que seules des aides et incitations fiscales permettraient d'atteindre des réductions significatives de l'empreinte écologique de leur activité. Des subventions qui seraient essentiellement utilisées pour faire des travaux d'isolation.

La troisième piste valorisée est celle du regroupement des praticiens. Un certain nombre de répondants a conscience que les solutions les plus efficaces ne reposent pas sur des décisions individuelles, mais supposeraient une autre organisation des soins. Les cabinets de groupe ou les maisons de santé pluridisciplinaires sont vus comme un moyen de limiter l'empreinte écologique de la profession. Autre moyen évoqué, un meilleur maillage territorial pour limiter les distances parcourues par le patient ou le MK (limite des visites à domicile).

Les coûts de gestion des déchets biologiques sont également évoqués, ainsi que l'investissement des collectivités territoriales dans la mise en place de solutions pour proposer des locaux adaptés et faciliter l'accueil de tous.

Les efforts individuels apparaissent toujours comme des leviers efficaces, qu'il s'agisse de choisir un fournisseur d'énergie plus écologique, des produits d'entretien bio ou du matériel biodégradable.

Des MK proposent aussi de limiter les pratiques les plus consommatrices d'énergie (les ultrasons par exemple) et favoriser les pratiques manuelles. Ils souhaitent encourager la dématérialisation de l'administration et du secrétariat et limiter le papier. Favoriser les déplacements doux, tant pour les patients que pour les praticiens et encourager le label « Écokiné ».

Là encore, il convient de noter qu'une très large majorité de répondants semble peu concernée par ces enjeux, si l'on ajoute au nombre des non-réponses celles des répondants qui considèrent que l'activité

professionnelle en cabinet a peu d'impacts écologiques, ou qu'ils ne sont pas maîtres de certains leviers, comme l'amélioration de la performance énergétique des bâtiments lorsqu'ils sont locataires.

Enfin, certains MK font preuve d'inventivité (et pas seulement d'humour avec des suggestions qui reviennent plusieurs fois), avec la proposition de « créer des batteries pour récupérer l'énergie produite par les patients (vélo elliptique, système de résistance avec poignées...) ».

Q17 – En établissement de santé ?

En ce qui concerne la pratique en établissement de santé, plus encore que dans les autres cas de figure, la réduction de l'empreinte écologique de l'activité semble inaccessible aux praticiens.

Le taux de non-réponse, augmenté du nombre des réponses affirmant qu'on ne peut « rien », atteint une très large proportion, ce qui invite à relativiser le poids des réponses restantes. Et plusieurs répondants évoquent des enjeux liés à la politique nationale de développement durable, aux normes d'hygiène contraignantes ou au coût de fonctionnement élevé des établissements de santé, pour indiquer que ces enjeux les dépassent parfois.

« Il faudrait réduire l'hypercentralisation et spécialisation des CHU au détriment des services périphériques. Les patients de mon service à l'hôpital font régulièrement 150 à 200 km aller pour venir consulter, alors qu'une organisation différente des services de santé (création d'équipes locales en formant les professionnels, plus de médecins MPR) leur permettrait de pouvoir consulter plus près de chez eux. »

Sans surprise, plusieurs désignent la gestion des établissements de santé comme un levier d'amélioration. Améliorer les temps de prise en charge, réduire les temps d'hospitalisation, utiliser un logiciel de gestion plus performant, mieux isoler les bâtiments, réduire le recours à la climatisation ou moins chauffer en hiver, améliorer les dessertes en transports en commun, mettre en place des emplacements vélo sécurisés, ou investir dans des douches plus économes sont évoqués comme autant de pistes de solutions.

D'autres leviers identifiés par plusieurs répondants : la réduction des matériels à usage unique, l'amélioration du tri des déchets, le choix de produits désinfectants écologiques, l'utilisation de matériels lavables ou recyclables... indiquent que la réduction de l'empreinte écologique des activités doit se faire à des échelles diverses.

À noter qu'un grand nombre de répondants a eu le sentiment d'une redondance des questions.

Thème 4 : DÉMOCRATIE ET CITOYENNETÉ

Accès aux soins dans les territoires : la fracture territoriale est une réalité pour nos concitoyens. Le recours à un médecin est très difficile dans certains territoires.

Q18 – En ville, comment mieux organiser l’offre de soins au service du patient ?

Avec beaucoup de non-réponses, le sujet ne semble pas inspirer tous les répondants. Et ceux qui ont accepté de répondre ne sous-estiment pas la difficulté de cette question.

Le premier levier identifié consiste à renforcer les échanges et les collaborations entre professionnels. Il se répartit entre deux groupes de répondants :

- Les premiers soulignent l’importance de regrouper physiquement les professionnels, dans des « structures centralisées pluridisciplinaires réservées aux professions de santé ». Les maisons de santé et les hôpitaux de proximité sont désignés, mais aussi des formules plus souples comme des « regroupements de libéraux » mutualisant la fonction administrative. La mise en place d’un système de gardes pluridisciplinaires est aussi évoquée, notamment pour les week-ends.
- Les seconds insistent sur l’importance des échanges entre professionnels. Il s’agit pour eux de renforcer les collaborations entre MK, mais aussi avec d’autres professionnels de santé. L’idée de « faire des projets avec les CPTS » émerge, ainsi que celle de rémunérer « le temps de communication entre les professionnels », ou d’inciter les généralistes à accepter des gardes. Des outils existent pour faciliter de telles collaborations : le DMP, le ROR et les messageries sécurisées. Des annuaires détaillant les spécialités des MK (maxillo-facial, rachidien, respiratoire...) seraient également appréciés.

À l’opposé de cette tendance, plusieurs répondants plaident en faveur de l’accès direct, à commencer par les « petites pathologies ». Certains mettent d’ailleurs en avant la pénurie de médecins qui génère un retard ou complique l’accès aux MK.

Un répondant s’inquiète également des risques d’effet pervers des maisons de santé qui « regroupent trop les praticiens en un site et délaissent les territoires ».

Un autre argument se dégage autour de l’idée de « mieux répartir les professionnels sans tenir compte de leur avis ». La perspective d’une meilleure répartition des différents professionnels est vue comme un objectif prioritaire, souvent associé à l’idée d’obligation ou d’incitation, que ce soit dans le cadre d’un périmètre d’activité autour des facultés à la fin des études, dans celui d’un « service public de cinq ans dans les zones tendues », au travers d’une augmentation des points de retraite pour les MK acceptant une implantation particulière, ou encore par l’adoption de quotas dans les grandes villes. « Un système bonus-malus [pourrait être mis en place] pour les installations de médecins en [zones] sur-dotées ou sous-dotées : les autres professionnels de santé découlent de leur installation vue que soumis à leurs prescriptions. »

Concernant les installations dans des quartiers urbains « sensibles » où les praticiens peuvent être confrontés à des problèmes de sécurité, des MK souhaitent des mesures pour favoriser l’attractivité comme des « subventions dans les quartiers sous-dotés ».

Un autre argument est presque aussi fédérateur, qui souligne la pénurie de kinés et appelle à mettre fin ou à élargir le numerus clausus, afin de former davantage de praticiens. Des répondants regrettent ainsi le manque d’anticipation des autorités de santé concernant les départs en retraite et souhaitent une « meilleure implication des Conseils de l’Ordre départementaux dans la gestion de la démographie avec la nécessité d’évaluer l’optimisation de l’offre de soins sur leurs territoires et mettre en place une réelle information, fréquente et incitative à destination des praticiens ».

Les questions liées à l'accessibilité rassemblent également plusieurs répondants, qu'il s'agisse de faciliter la circulation et le stationnement afin d'encourager les visites à domicile, ou d'améliorer l'accessibilité des cabinets pour les patients, parfois confrontés à des listes d'attente ou forcés de parcourir des kilomètres pour accéder aux soins. L'idée de limiter certaines prescriptions « de confort » est évoquée comme un moyen de désengorger le système ainsi que l'élargissement des plages horaires.

Plusieurs répondants soulignent aussi que le manque de moyens peut être un frein. « L'organisation existe ou peut exister mais ce sont les moyens qu'il faut », par exemple pour rémunérer les gardes dans des maisons médicales, ou encore pour que les dépassements cessent d'être à la charge des patients.

Enfin, des enjeux liés à l'éducation et à la formation sont identifiés. Meilleure formation des professionnels, mais aussi meilleure sensibilisation des patients aux cas « d'urgence et de non-urgence » et aux implications des différentes pathologies, afin de dispenser les soins de façon plus pertinente.

À noter que plusieurs répondants rappellent que ce n'est pas en ville que les problèmes sont les plus criants.

Q19 – Êtes-vous prêts à vous engager dans une demande d'exercice coordonné type Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ?

En cumulant les non-réponses et les réponses indiquant ne pas connaître les CPTS (de nombreux MK s'interrogent d'ailleurs sur le manque de communication autour des CPTS), de nombreux répondants s'excluent de fait de cette question. Dans leur majorité, ceux qui y ont répondu ont apporté une réponse simple, par oui ou par non. Les personnes favorables à l'exercice coordonné représentent ainsi environ la moitié des réponses restantes, tandis que les opposants sont à peine moins nombreux.

Pour ceux qui sont favorables à cette démarche :

- Pour plusieurs, la demande est en cours, ou c'est déjà le cas, qu'ils soient déjà intégrés à une CPTS, qu'ils travaillent en MSP, ou qu'ils valorisent tout simplement l'exercice coordonné dans leur travail de façon informelle.
- Dans un objectif d'équité et d'efficacité, plusieurs répondants considèrent que l'exercice coordonné pourrait améliorer la qualité des soins délivrés aux patients, mais que des progrès doivent être faits pour qu'ils puissent y prendre part, notamment parce que « les CPTS sont médecin-centrées » et se mettent parfois en place à l'initiative d'autres professionnels de santé, sans inclure les MK.

Le manque de reconnaissance des MK revient d'ailleurs beaucoup dans les témoignages des répondants défavorables aux CPTS :

- L'argument de la simplicité est invoqué, dans la plupart des cas, pour s'opposer à l'exercice coordonné, qui réclamerait des « compétences en management », un sens de l'organisation ou encore un temps consacré à la coordination, que les MK estiment ne pas avoir. L'inquiétude concernant la lourdeur réelle ou supposée des CPTS revient régulièrement. « Membre de la CTS de mon département je crains que les CPTS soient de véritables usines à gaz pas forcément efficaces. À surveiller le respect de la répartition des soins. »
- Par ailleurs, plusieurs MK sont farouchement attachés à leur liberté. Ils s'opposent alors à l'organisation en CPTS, souhaitent qu'elles restent facultatives, ou leur préfèrent un dispositif coordonné où ils pourraient investir de façon libérale. Certains répondants sont assez véhéments : « Je refuse que ma profession libérale soit à la botte des groupements hospitaliers ou des mutuelles, ce que ces CPTS vont devenir. »

- La question des rémunérations est vue comme une condition d'acceptabilité de ce type d'organisation, où le MK doit être « correctement rémunéré » de « façon équitable entre tous les praticiens ».

Q20 – Quels freins à ce mode d'exercice identifiez-vous ?

Avec près de la moitié des MK qui ne répondent pas ou qui s'interrogent sans se prononcer sur les CPTS, les Communautés professionnelles territoriales de santé semblent méconnues, ou suscitent des questionnements.

Parmi les arguments avancés pour exprimer ces réticences, la question des relations entre médecins et MK, sous-tendue par l'idée d'une hiérarchie défavorable à ces derniers, gêne de nombreux répondants, car « les paramédicaux sont les oubliés des CPTS ». La crainte est ici de « perdre son identité » dans le groupe, au point qu'il peut paraître plus intéressant de se regrouper entre pairs. Peut-on alors dire comme un répondant que « le futur de la kinésithérapie passe de plus en plus par des gymnases » ? D'autant qu'avec le numerus clausus, même dans un cabinet de 5 MK il peut y avoir plus d'un mois d'attente.

L'idée que de tels regroupements représentent un surcroît de contraintes revient souvent... La lourdeur administrative, ou un « compérage officieux », par exemple, mais surtout le temps requis par la coordination entre soignants, et la crainte d'être « contrôlés par les systèmes de santé » poussent de nombreux répondants à choisir de défendre leur liberté avant toute chose. La crainte des « usines à gaz » revient régulièrement.

Aux CPTS, plusieurs MK préfèrent valoriser des échanges de qualité avec les différents acteurs de la santé : « L'exercice coordonné n'est, à mon sens, qu'un problème de volonté des différents acteurs, inutile de rajouter une structure de gestion. »

Enfin, la question de l'argent suscite des réactions ambivalentes. D'un côté, la crainte existe qu'un regroupement entraîne une explosion des charges, avec pour corollaire une baisse de la rémunération, et la difficulté à céder sa patientèle en cas de départ. D'un autre côté, le regroupement peut être vu comme « à visée financière et pas sur les résultats ».

Plusieurs répondants ne voient « aucun » inconvénient à se diriger vers cette forme de regroupement professionnel.

Q21 – Quel paiement envisagez-vous pour la structuration du travail en groupe et pour la télémedecine ?

Sans surprise, les non-réponses dominent encore largement pour cette question. S'y ajoutent plusieurs contributions indiquant que les répondants ne savent pas quoi proposer ou ne comprennent pas la question.

La rémunération à l'acte remporte une petite majorité du suffrage devant une formule forfaitaire. Presque aucune réponse n'évoque de montant pour les rémunérations.

Concernant la rémunération à l'acte, ou par consultation, l'idée d'un forfait supplémentaire ou d'une valeur à ajouter au prix de l'acte revient régulièrement. « Autre chose qu'une aumône » résume un répondant. Un autre évoque « une création d'acte spécifique comme les forfaits patients pour l'ETP, mais qui prenne réellement en compte les coûts qui en ville seront toujours moindres qu'en institution ».

Pour la formule au forfait, les choses se compliquent lorsqu'il s'agit de qualifier ce forfait, qui semble pouvoir être mensuel, à l'heure, à prix fixe, ou encore « selon le nombre de patients » ou « avec des objectifs à atteindre », voire pour prendre en charge « l'administratif ». « Pourquoi pas introduire des paiements forfaitaires pour le travail de coordination ou encore pour l'accès à des outils de télémédecine, mais les soins doivent rester sur la base d'un paiement à l'acte. »

L'idée que l'État (CNAM, collectivités locales) est le mieux indiqué pour prendre en charge la structuration du travail en groupe et la télémédecine reste populaire parmi les répondants ayant accepté de donner des précisions. Tout comme l'implication des mutuelles avec le tiers-payant généralisé, « qui marche très bien » soulignent plusieurs MK.

Enfin, plusieurs répondants s'interrogent sur le rapport au temps différent qu'induisent ces deux pratiques. Il faudrait « du temps plus qu'un paiement » souligne l'un, car pour un autre, « tout est fonction du temps passé pendant et en amont de ce travail ». Un dernier propose « à la minute ».

Au-delà de ces options, on sent que le travail en groupe et la télémédecine sont loin de faire l'unanimité. Cette dernière notamment suscite un certain nombre d'oppositions tranchées, plusieurs répondants rappelant qu'« il ne peut pas exister de télékiné ! ». « De la télémédecine en kinésithérapie manuelle ?! »

Enfin, à propos du travail en groupe, des MK précisent que « chaque intervenant doit être sur un pied d'égalité ».

Q22 – Quelles propositions formulez-vous pour améliorer l'accès aux soins en kinésithérapie ?

Avec beaucoup moins de non-réponses que pour les questions précédentes, l'amélioration de l'accès aux soins semble intéresser davantage les MK que les autres sujets relatifs à la thématique « Démocratie – Citoyenneté ».

Parmi les contributions, la question de l'accès direct aux soins « en première intention » se détache largement. Des contributeurs admettent qu'on pourrait limiter ce recours « pour certaines pathologies de façon encadrée » comme la kiné respiratoire, ce qui supposerait entre autres « l'établissement d'un cadre conventionnel de la notion d'urgence en kinésithérapie ». Certains suggèrent un nombre limité de séances en accès direct et insistent sur les apports préventifs de leur pratique.

Si l'accès direct est plébiscité, plusieurs répondants conviennent qu'il faudrait à la fois former les MK et redéfinir la place du médecin dans ce nouveau cadre, que ce soit pour permettre une « réorientation vers le médecin après bilan kiné préalable sur certaines pathologies », ou pour maintenir la prescription médicale dans les cas les plus sérieux. La possibilité pour les MK d'établir des prescriptions pour certains examens comme les radios ou échographies est également évoquée.

Au-delà de la question de l'accès direct, un certain nombre de répondants considère non sans amertume que la formation ou l'information des médecins sur les compétences des MK est prioritaire, et pour faire court, « qu'on arrête de prendre la kinésithérapie pour le parent pauvre » et qu'on donne « une meilleure éducation des prescripteurs à ce qu'est la kinésithérapie ».

Cette volonté de reconnaissance s'adresse aussi à l'OMK qui devrait faire de la « publicité pour nos compétences » afin entre autres de crédibiliser celles-ci face au marketing des ostéopathes et chiropracteurs ou des « fake médecines ». « Il faudrait faire des documentaires sur la vie des patients et leurs progrès pour savoir tout ce que ce métier peut apporter et la richesse de ses domaines d'action. »

Une (re)valorisation des compétences des MK qui passe également par une meilleure rémunération pour de nombreux répondants : « De meilleures rémunérations des professionnels inciteraient peut-être plus de jeunes diplômés à ne pas se tourner vers l'ostéopathie, la chiropraxie, etc. »

Par ailleurs, beaucoup de MK mettent en avant la dimension territoriale de l'accès aux soins et « l'évaluation des besoins dans les bassins de population ». Il s'agit ici de « mieux répartir les professionnels », de « poursuivre l'incitation à l'installation en zone sous-dotée », ce qui suppose de « changer les idées reçues » sur l'installation en campagne, mais aussi de « limiter le nombre de kinés » dans les secteurs denses, par exemple en interdisant « les dépassements d'honoraires dans les zones sur-dotées en kinés ». « Si les médecins recolonisent les déserts médicaux, les autres professions qui dépendent des prescriptions médicales devraient les suivre. » Des aides à l'installation en zones urbaines sensibles sont aussi évoquées.

Les répondants sont partagés sur les manières de mieux répartir les professionnels sur le territoire. Si certains sont en faveur d'une obligation quitte à « renoncer à la liberté d'installation et instaurer des quotas régionaux d'installation », d'autres privilégient l'incitation avec « des stages en zones rurales » pour donner envie aux jeunes praticiens de s'installer.

L'installation au sein de maisons de santé ou le regroupement de MK qui peuvent partager et « rentabiliser des plateaux techniques » sont aussi proposés. Ces regroupements pourraient également permettre d'améliorer les systèmes de gardes.

La fin du numerus clausus ou l'augmentation du nombre de MK formés (notamment en France) sont régulièrement évoqués pour faire face au manque de professionnels.

À l'occasion, cette dimension territoriale pourrait aussi passer par de meilleures prises en charge ou des incitations à faire davantage de visites à domicile et des aides aux transports pour les patients les plus modestes.

L'amélioration de la qualité des soins est aussi une piste évoquée, par exemple en limitant l'accès à des techniques jugées peu efficaces (laserothérapies, ondes de choc), en régulant l'accès de certains patients qui viennent « de façon chronique » sans que ce soit nécessaire, ou encore en mettant en place des manières innovantes de soigner qui permettraient « que les patients soient actifs dans leur rééducation et [que le MK] ne soit pas là uniquement pour « masser » sans que le patient cherche lui-même à essayer d'aller mieux ». Un répondant propose de « supprimer le mot masseur, trop souvent associé aux soins de confort et non à la rééducation qui implique la participation active du patient ».

Enfin, des MK souhaiteraient arrêter d'être une variable d'ajustement pour limiter les dépenses de santé. Ils dénoncent « les pressions » qu'exercerait la CPAM ou des médecins qui limiteraient les prescriptions pour éviter d'envoyer les patients vers les MK.

Q23 – Identifiez-vous de nouvelles missions ou de nouvelles compétences pour les kinésithérapeutes ?

Là encore, la question a inspiré les MK, dont les propositions sont aussi nombreuses que variées et détaillées.

Pour beaucoup de MK, l'accès direct permettrait d'améliorer la prise en charge des patients et de valoriser leur rôle en matière de prévention et prophylaxie. L'idée de poser des diagnostics précoces est en effet vue par des répondants comme une mission prioritaire, aussi bien en milieu scolaire qu'en entreprise ou auprès des publics à risque.

PRÉVENIR ! La prévention est très souvent présentée comme un vaste champ où l'expertise des MK devrait être davantage mise à contribution et valorisée. Prévention des TMS, dépistage, information posturale avec des ateliers ou des cours collectifs tout au long de la vie des individus, de la crèche jusqu'à la retraite. Il faudrait des « interventions en milieu scolaire pour éduquer les enfants au bon usage de leur corps. Ça pourrait être une bonne façon de terminer une carrière en transmettant l'expérience capitalisée sur quelques décennies de pratique tout en diminuant les efforts physiques liés à l'activité de soin ». « Nous devrions pouvoir intervenir dans les entreprises pour conseiller les salariés

sur leur posture et hygiène de vie. Cela diminuerait peut-être les arrêts maladie et améliorerait le bien-être au travail. »

Couplé à la prévention, l'aspect éducation des publics est souligné. « Éducation à la santé et aux activités physiques en collaboration avec les APA pour les maintiens physiques sans pathologies associées ostéo-articulaires, neurologiques, rhumatologiques, cardio-respiratoires. » Cette éducation des patients est vue comme un puissant levier de « prévention primaire », de responsabilisation et d'accompagnement psychologique des patients.

Un certain nombre de répondants plaident pour une diversification de leurs compétences, et sur ce plan, les idées sont nombreuses et diversifiées... En plus des missions de conseil et de prévention, des MK suggèrent de coordonner l'ensemble des professions liées à la rééducation et aux soins à domicile. Ils souhaitent se poser en « garde-fous » face aux « pseudo-sciences » et proposent de délivrer des soins de réadaptation physique pour les obèses, diabétiques ou cardio-déficients, imaginent investir le secteur esthétique auprès des chirurgiens plasticiens ou le domaine de la nutrition. Plusieurs répondants désireux de se diversifier souhaitent s'ouvrir à l'ostéopathie qui pour certains « ne devrait être pratiquée que par des kinés ».

La psychologie, l'acupuncture, la moxibustion, le Pilates, ou encore l'hypnose thérapeutique font aussi partie des suggestions de formations complémentaires (certaines idées entrant d'ailleurs en opposition avec les répondants qui estiment certaines pratiques « pseudo-scientifiques »). Sur les aspects psychologiques, un MK précise : « Accompagnement physique et psycho du patient en burn-out, nous sommes des coachs depuis des décennies payés comme des techniciens de surface ! »

Plusieurs d'entre eux sont conscients de la nécessité d'adapter la formation en cas de diversification des missions, notamment pour ne pas tomber dans le champ de l'exercice illégal de la médecine (par exemple dans le cas de la physiothérapie régénérative). Pour des répondants, il faudrait logiquement une meilleure reconnaissance des formations et spécialités.

Plusieurs MK souhaitent d'ailleurs voir leur spécialité mieux associée à la recherche scientifique avec par exemple « une association avec des programmes de recherche et d'évaluation et la création d'un doctorat en kiné ».

La possibilité d'élargir le champ de la prescription par les MK est aussi évoquée, dans l'esprit d'une meilleure promotion de leur activité. Cet aspect préoccupe toujours des répondants qui considèrent que les MK ont déjà de nombreuses compétences « en formation, en enseignement, en management, en recherche », qui restent insuffisamment reconnues, notamment des médecins. Mais la promotion des compétences des MK est également urgente pour contrer l'avancée jugée irrépressible des approches non conventionnelles, face auxquelles ces compétences sont « vampirisées par une multitude d'autres professions qui ont droit à la publicité et libres honoraires ».



Pour un certain nombre de MK, il faudrait déjà mieux protéger et faire connaître leurs savoir-faire. Un répondant est d'ailleurs très véhément sur le CNO : « Nos syndicats sont inefficaces, l'Ordre ne nous défend pas assez et mal. En contrepartie il faudrait sanctionner sérieusement les abus dans notre profession. Cela nuit à l'image de la kinésithérapie et nous discrédite aux yeux de tous. Vous, au Conseil de l'Ordre : défendez-nous contre le non-respect de notre profession, réagissez face à la chiropraxie, dénoncez les « fake news » qui nous réduisent à des soigneurs d'entorses. Soyez, s'il vous plaît les ambassadeurs de notre profession. Défendez-la et ne la bradez pas. N'acceptez pas toutes les inepties du Ministère. Si l'État souhaite se désengager de la santé alors qu'il le dise clairement aux citoyens au lieu de nous faire porter seuls ce fardeau.»



91 bis rue du cherche midi • 75006 Paris

Standard : 01 46 22 32 97
Fax : 01 46 22 08 24
monordre@ordremk.fr
www.ordremk.fr

Suivez-nous sur :

 @cnomk
 www.facebook.com/cnomk