



À l'attention : de la Commission de
conventions kinésithérapie

Conseil Technique Kinésithérapie

Agentschap Zorg en Gezondheid

Copie à la Cellule stratégique du Ministre
Frank Vandenbroucke

25.11.2020

AVIS DE L'OBSERVATOIRE DES MALADIES CHRONIQUES CONCERNANT LA KINÉSITHÉRAPIE

1. Situation

1.1. Qu'est-ce que la kinésithérapie ?

Les patients atteints d'une maladie chronique font appel à un grand nombre de dispensateurs de soins pour leurs soins quotidiens. Pour de nombreux patients, l'un de ces dispensateurs de soins est le kinésithérapeute. « *La kinésithérapie est une profession des soins de santé orientée patient/client qui s'exerce aussi bien dans un contexte préventif que dans le contexte des soins de santé et de bien-être amenant à l'optimisation du mouvement du corps humain, de son fonctionnement quotidien et la participation à la vie sociale* »¹. La kinésithérapie comprend plusieurs sous-disciplines. Par exemple, certains kinésithérapeutes se sont spécialisés dans la kinésithérapie neurologique, tandis que d'autres traitent principalement des patients atteints de pathologies cardiovasculaires. Pour six spécialisations, appelées « *qualifications professionnelles particulières* », les kinésithérapeutes peuvent suivre une formation complémentaire et ensuite demander un agrément auprès de leur autorité régionale. Il s'agit des spécialisations suivantes : kinésithérapie pédiatrique, kinésithérapie périnatale et rééducation abdomino-pelvienne, kinésithérapie neurologique, kinésithérapie manuelle, kinésithérapie cardiovasculaire et kinésithérapie respiratoire. Pour obtenir une qualification professionnelle particulière en tant que kinésithérapeute agréé, deux conditions doivent être remplies. Le kinésithérapeute doit avoir acquis au moins une année d'expérience pratique dans le domaine dans lequel il demande un agrément et doit ensuite avoir suivi une formation ou une filière dans la qualification professionnelle particulière concernée.² Malgré l'existence de ces qualifications professionnelles reconnues, les kinésithérapeutes sont libres d'effectuer tout type de traitement de kinésithérapie.

1.2. Demande croissante de kinésithérapie

¹ Cf. la « Définition de la kinésithérapie » dans « Le profil de compétences professionnelles du kinésithérapeute en Belgique en 2020 » du Conseil fédéral de la kinésithérapie (<https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/kinesitherapeutes>).

²Pour les dossiers en néerlandais de l'agence « Zorg en Gezondheid » de l'autorité flamande : (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/gezondheidszorgberoepen>).

Pour les dossiers en français : la Fédération Wallonie-Bruxelles : <http://www.enseignement.be/index.php?page=27735&navi=4275>

Pour les dossiers en allemand : la Communauté germanophone : <http://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-110/>

Nous nous attendons à ce que le vieillissement croissant de la population et la multimorbidité qui y est associée aient un impact sur la demande de kinésithérapie. Les statistiques de l'assurance obligatoire soins de santé par tranche d'âge montrent en effet que les dépenses augmentent avec l'âge et qu'elles sont les plus élevées dans la tranche d'âge des 70-74 ans. Il en va de même pour un groupe de plus en plus large de malades chroniques. Les progrès de nos connaissances scientifiques permettent également aux personnes atteintes d'une maladie grave de vivre plus longtemps et « mieux », ce qui élargit le groupe. Il est alors question d'un groupe croissant de personnes qui ont un besoin chronique en soins lourds ou plus lourds. Les patients qui se tournent vers un kinésithérapeute sont par exemple des personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Ces traitements ont également un caractère préventif. La politique doit donc examiner en temps utile comment les ressources pour la kinésithérapie peuvent être utilisées efficacement et comment répondre à cette demande croissante.

2. Constatations

2.1. Un bon kinésithérapeute vaut de l'or...

2.1.1. Une bonne relation entre le patient et le kinésithérapeute

Les kinésithérapeutes s'avèrent, pour différentes raisons, être un maillon important et même indispensable dans la prise en charge des patients atteints de certaines maladies chroniques. Avant tout, il s'avère que les patients ont souvent une très bonne relation avec leur kinésithérapeute. Les patients atteints d'une maladie chronique sont parfois traités plusieurs fois par semaine. Certains patients indiquent qu'ils consultent leur médecin généraliste moins souvent que leur kinésithérapeute. Comme les patients consultent régulièrement le kinésithérapeute, y compris à domicile, celui-ci a souvent une très bonne idée du bien-être physique et de la situation globale du patient atteint d'une maladie chronique. Le kinésithérapeute assiste en effet à chaque petit changement, et il arrive parfois que les patients disent ce qu'ils ont sur le cœur pendant le traitement. C'est pourquoi les patients aiment souligner l'importance des kinésithérapeutes dans la planification et le processus global de leurs soins.

Deuxièmement, de nombreux patients constatent que les kinésithérapeutes essaient de les soutenir au mieux de différentes manières et qu'ils sont prêts à s'adapter à leur situation individuelle. Les kinésithérapeutes proposent par exemple d'appliquer le régime du tiers payant aux patients qui ont des difficultés financières. Les kinésithérapeutes continuent de se déplacer au domicile des patients moins mobiles pour les traitements, bien que l'indemnité des visites à domicile soit perçue comme insuffisante par bon nombre d'entre eux.

Troisièmement, les patients considèrent généralement les kinésithérapeutes comme très motivés, ce qui est très apprécié.

2.1.2. Spécialisations ou « qualification professionnelle particulière » et catégories de pathologies

Comme mentionné dans l'introduction, il existe certaines spécialisations reconnues ou des qualifications professionnelles particulières dans le domaine de la kinésithérapie. Outre ces spécialisations, il s'avère que les kinésithérapeutes se concentrent sur certains traitements ou sur des groupes spécifiques de patients, même sans reconnaissance officielle. Un exemple en est le groupe croissant de kinésithérapeutes neurologiques qui traitent un groupe cible de patients souffrant de

troubles neurologiques (AVC, Parkinson, SEP, LCA, etc.) qui sont eux aussi souvent financièrement vulnérables. Les patients reconnaissent l'importance de ces spécialisations.

2.1.3. Pour certaines pathologies, le remboursement est suffisant.

Les patients apprécient le fait que pour la catégorie la plus lourde, à savoir les « pathologies E », il existe des soins de kinésithérapie très étendus.

2.2. ... Mais il y a encore du pain sur la planche !

Malgré les expériences positives citées, il est apparu clairement qu'il restait encore beaucoup de pistes de travail et d'amélioration dans le domaine de la kinésithérapie. Les principaux problèmes sont regroupés ci-dessous par thèmes.

2.2.1. L'importance de la prévention secondaire et tertiaire

Les patients constatent que la kinésithérapie, mais les soins en général également, sont toujours axés sur les soins curatifs. L'enquête a montré qu'il est urgent d'accorder une plus grande attention à la kinésithérapie préventive. À court terme, cela peut nécessiter un investissement, mais la réduction des coûts (pour les médicaments et les traitements) à long terme compense largement cet investissement. Cette demande est soutenue par l'association professionnelle *Axxon*, principalement dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire³. Par exemple, les patients qui souffrent d'asthme et qui suivent de la kinésithérapie ont besoin de moins de médicaments, sont moins souvent hospitalisés et sont plus nombreux à pouvoir travailler. Chez les patients atteints d'une LCA, la prévention (tertiaire) leur permet également de rester autonomes plus longtemps et donc de continuer à vivre à domicile plus longtemps.

Ensuite, les patients constatent qu'ils se retrouvent parfois chez le kinésithérapeute à un stade trop avancé de leur maladie. Selon les patients, un traitement en temps utile permet une guérison plus rapide et une prévention de l'aggravation de la maladie. Le fait de mettre l'accent sur la prévention peut également ralentir l'évolution de la maladie, par exemple dans le cas de la maladie de Huntington. Il s'agit là d'une tâche qui incombe au médecin prescripteur, à savoir orienter le patient vers un kinésithérapeute en temps utile. Nous voulons également souligner l'importance de l'*Evidence-based medicine* pour pouvoir déterminer dans quels cas la prévention secondaire/tertiaire conduit à une guérison plus rapide et/ou à la prévention de l'aggravation de la maladie.

La prévention peut également signifier que les kinésithérapeutes encouragent les patients à pratiquer des soins autonomes, c'est-à-dire à continuer à travailler activement sur leurs problèmes entre les traitements de kinésithérapie et à faire les exercices appris.

2.2.2. Accessibilité financière de la kinésithérapie

Les patients sont très préoccupés par le risque potentiel d'augmentation du nombre de kinésithérapeutes déconventionnés. Cela affecterait un groupe dépendant des soins et souvent financièrement vulnérable. Il est donc important que les kinésithérapeutes, qui traitent les patients atteints d'une pathologie E, reçoivent une indemnité plus élevée. Il s'agit d'une mesure préventive. Un kinésithérapeute déconventionné peut facturer aux patients une quote-part personnelle plus importante. En outre, le remboursement était inférieur de 25 % pour les kinésithérapeutes

³ Mémoire 2019. Partenaire de soins, pages 14-15 (AXXON).

déconventionnés. En raison d'un arrêt du Conseil d'État du 7 février 2019, cette règle n'a pas pu s'appliquer en 2017. Les patients peuvent désormais récupérer ce montant auprès de leur mutualité pour les prestations effectuées en 2017⁴. Cependant, c'est à eux de prendre l'initiative en ce sens. Ces montants devraient être remboursés automatiquement, car il est probable que tous les patients ne soient pas au courant de cette nouvelle réglementation.

Si le kinésithérapeute habituel du patient décide de se déconventionner, le patient pourrait en principe passer à un kinésithérapeute conventionné. Les patients comprennent ce raisonnement mais indiquent que la bonne relation qu'ils ont déjà établie avec leur kinésithérapeute habituel les empêche souvent de passer à un autre kinésithérapeute. D'autres raisons de garder le même kinésithérapeute sont un traitement spécialisé ou, pour les patients moins mobiles, la proximité.

Il est également frappant de constater que les patients disent que les kinésithérapeutes sont conventionnés à certains moments et ne le sont pas à d'autres. En d'autres termes, ces kinésithérapeutes seraient partiellement conventionnés. Cependant, il n'est pas possible pour les kinésithérapeutes d'être partiellement conventionnés. Les patients ont la possibilité de déposer une plainte auprès de leur mutualité s'ils sont confrontés à ce problème. Ce qui est possible, cependant, c'est que les kinésithérapeutes facturent un supplément lorsque le patient veut être traité le soir ou le week-end. Il est important de noter que le traitement à ces moments-là n'est possible qu'à la demande expresse du patient. Nous nous référons ici à l'art. 4, § 2 de la convention nationale « *Il peut également déroger aux taux des honoraires prévus dans la présente convention en cas d'exigences particulières du bénéficiaire non hospitalisé, à savoir : - lorsque, à la demande du bénéficiaire, la prestation doit être effectuée avant 8 heures ou après 19 heures ; - lorsque, à la demande du bénéficiaire, le traitement est effectué le week-end ou un jour férié légal, sauf en cas de prescription expresse du médecin précisant que le traitement doit être effectué un des jours précisés ci-dessus ; Le dispensateur informe le bénéficiaire avant le commencement du traitement, tel qu'il est défini au présent article, sur le montant des honoraires. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été donnée incombe au dispensateur. Cependant, si le kinésithérapeute fixe des heures de consultation à son cabinet ou, de sa propre initiative, donne des soins au domicile du bénéficiaire soit après 19 heures et avant 8 heures, soit durant le week-end, soit un jour férié légal, les honoraires ne peuvent être majorés pour ces prestations. Le week-end commence le vendredi à 19.00 heures et se termine le lundi à 08.00 heures.* » Il est important que les patients soient informés à l'avance de ce supplément par les kinésithérapeutes. La loi relative aux droits du patient donne également aux patients le droit de recevoir ces informations à l'avance⁵.

Une autre observation frappante est que tous les patients ne comprennent pas ce que signifient les concepts de conventionnement et de déconventionnement. Ce manque de clarté peut avoir pour conséquence que les patients ne sont pas en mesure de faire un choix éclairé et sont confrontés à des frais qui n'étaient pas prévus. Nous voyons ici une mission destinée, entre autres, aux mutualités et au gouvernement, mais en premier lieu au kinésithérapeute lui-même : voir l'article 5, § 1^{er}, de la convention : « *Le kinésithérapeute s'engage à afficher de façon clairement visible dans la salle d'attente et le cas échéant sur son site web son statut de conventionnement. Le kinésithérapeute s'engage à informer le bénéficiaire, avant le début du traitement sur la signification et les conséquences de cela. De même, le kinésithérapeute s'engage à informer le bénéficiaire sur les conséquences et limitations prévues à l'article 7, §§ 10, 12, 13 et 14 de la nomenclature des soins de santé. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information est donnée incombe au dispensateur.* » Les mutualités

⁴ Voir le communiqué de presse d'AXXON, l'association professionnelle des kinésithérapeutes <https://www.axxon.be/fr/nouvelles/231-les-patients-de-kinesitherapeutes-deconventionnes-seront-rembourses-pour-2017/>

⁵ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Article 8.

et l'INAMI offrent déjà la possibilité de consulter le statut de convention du kinésithérapeute sur leur site web. Cependant, il apparaît que les patients ne retrouvent pas ces informations ou ne sont pas conscients des conséquences financières du choix d'un kinésithérapeute déconventionné. Il est donc important que les patients sachent exactement ce que conventionnement et déconventionnement signifient, car c'est une garantie importante d'accessibilité financière.

L'accessibilité financière de la kinésithérapie peut donc être compromise. Une enquête électronique (N = 386) de la VPP réalisée en 2015 a montré que les patients ayant des difficultés financières doivent parfois reporter des soins de kinésithérapie. Au total, 48 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles reportaient des soins de kinésithérapie en raison de difficultés financières. En termes de report de soins, la kinésithérapie vient donc juste après la consultation chez le dentiste (65 %), l'achat de dispositifs médicaux tels que des lunettes ou une voiturette (59 %) et la consultation chez un spécialiste (56 %).

Un rapport du Centre d'expertise de 2015⁶ confirme ces chiffres et indique également que de nombreuses familles belges ont dû reporter certains soins de santé (soins médicaux, chirurgie, soins dentaires, etc.) pour des raisons financières. Cela a des conséquences particulièrement graves pour les patients moins mobiles et dépendants des soins.

2.2.3. Classement formel des catégories de maladies (pathologies courantes, pathologies F et pathologies E)

Le classement en fonction des catégories de pathologies et des remboursements y afférents ne répond pas toujours aux besoins en soins de kinésithérapie du patient. Des patients étayent ce constat par divers exemples.

Tout d'abord, beaucoup de patients trouvent que leur pathologie est classée erronément dans une catégorie donnée. Ceci a pour conséquence qu'ils n'ont pas droit au nombre de séances de traitement remboursées qu'ils jugent nécessaire. Ils estiment que le nombre et la durée des séances prévues ne sont pas adaptés à leurs besoins. Un jugement récent du Conseil d'État⁷ a ainsi annulé une mesure prise par les autorités en 2017. En 2017, ces dernières avaient décidé de dorénavant rembourser 18 séances de 45 minutes de kinésithérapie pour les patients atteints de fibromyalgie ou de SFC. Auparavant, 60 séances de 30 minutes étaient remboursées au plus haut tarif. Le but était d'arriver à une approche ciblée de la fibromyalgie et du SFC grâce à des séances plus longues et spécifiques. Mais des associations de patients, qui trouvaient que trop peu de séances étaient ainsi remboursées et que la durée des séances individuelles de 45 minutes était trop longue, ont déposé plainte au Conseil d'État. Depuis début juillet 2019, la fibromyalgie et le SFC⁸ figurent de nouveau dans la liste des pathologies F.

Certains patients affirment ensuite que des traitements qui ne sont actuellement pas remboursés (p. ex. l'hydrothérapie, une forme de rééducation fonctionnelle dans l'eau) leur sont plus salutaires. Ils aimeraient avoir davantage de liberté pour choisir les traitements (autre type, durée de traitement...).

Une autre difficulté vécue par les patients concerne la demande ou le renouvellement des attestations du type de pathologie, ceux-ci entraînant une grande charge administrative.

⁶ La performance du système de santé belge - rapport 2015 (KCE).

⁷ Communiqué de presse de *Belga* du 23 juillet 2019 : Le Conseil d'État annule l'AR qui limitait le remboursement des séances de kiné pour les patients atteints de fibromyalgie.

⁸ Malheureusement, une personne atteinte du SFC ne peut dans la pratique pas recevoir de traitement de kinésithérapie, parce que cela nécessite un rapport d'un centre de référence du SFC. Toutefois, ces centres ont été supprimés.

Les patients constatent aussi que le nombre maximum de séances remboursées ne répond pas toujours au besoin du patient et qu'une solution structurelle s'impose. Nous demandons que ce besoin soit pris comme point de départ, mais il doit bien sûr toujours s'agir d'un traitement basé sur des actes de qualité (EBM). Nous préconisons une tranche horaire de 15 minutes afin de pouvoir composer un forfait idéal en fonction des besoins et de la fréquence des déplacements.

En général, nous concluons que le mode de financement actuel ne permet pas toujours d'obtenir la répartition la plus efficiente du budget. Les kinésithérapeutes trouvant le financement actuel parfois insuffisant, ils cherchent des solutions en dehors du cadre réglementaire. Plusieurs patients signalent par exemple que des kinésithérapeutes prennent en charge plusieurs patients en même temps en leur laissant faire des exercices de manière autonome. Effectuer des exercices, avec ou sans appareil, peut en principe faire partie d'un traitement. Toutefois, le kinésithérapeute devra alors prévoir un accompagnement personnel d'au moins 20 minutes, pour un traitement de 30 minutes. Et c'est souvent là que le bât blesse. Le kinésithérapeute devant partager son attention entre plusieurs patients, il reste trop peu de temps pour un accompagnement personnel. Les patients ne sont pas toujours au courant de ce qu'un kinésithérapeute peut faire et combien de temps celui-ci doit leur consacrer pour être en règle avec la réglementation. Ils ont donc peu de contrôle là-dessus. Bien que cette situation soit inadmissible, on la constate quand même souvent.

2.2.4. Recherche d'informations difficile

Les patients ont du mal à trouver des informations sur la kinésithérapie. Lorsqu'un patient est à la recherche d'un kinésithérapeute, plusieurs questions émergent :

- Quel kinésithérapeute possède une qualification professionnelle reconnue ?
- Quel kinésithérapeute est spécialisé dans le traitement de quelle pathologie ?
- Le kinésithérapeute est-il conventionné ou déconventionné ?
- Le patient peut-il bénéficier de l'application du régime du tiers payant ?
- ...

En un mot, les patients éprouvent de grandes difficultés à trouver des réponses à leurs questions. Il est par conséquent aussi difficile de faire les bons choix. Ils ignorent quels kinésithérapeutes sont spécialisés dans le traitement de leur pathologie et ils n'arrivent donc souvent pas d'emblée chez le bon kinésithérapeute. Le médecin prescripteur a un rôle essentiel dans ce processus de choix.

Certaines associations de patients tentent de pallier le manque d'informations en proposant un aperçu des kinésithérapeutes dont les interventions sont considérées par les membres comme satisfaisantes, et ce, par pathologie.

L'association professionnelle *AXXON* demande, elle aussi, un aperçu plus clair des qualifications professionnelles particulières (spécialisations) pour que l'on puisse voir assez vite si le patient est à la bonne adresse pour une demande spécifique de soins⁹. *AXXON* pourrait déjà le faire pour les kinésithérapeutes qui sont affiliés chez eux. Cela permettrait d'éviter des renvois inutiles et d'offrir des soins de meilleure qualité. En tout cas, l'agrément doit être consultable indépendamment du fait que le kinésithérapeute soit ou non membre d'une association professionnelle.

Une solution possible serait que le Registre de qualité - Kinésithérapie précise également si un kinésithérapeute possède ou non une qualification professionnelle particulière (cette information objective devrait alors émaner du SPF).

⁹ *Mémorandum 2019. Partenaire de soins, pages 20-21 (AXXON).*

De cette manière, le patient pourrait chercher, à partir d'un même endroit, un kinésithérapeute dans sa région qui répond aux critères de qualité et voir en même temps si celui-ci possède une qualification professionnelle particulière et si oui, laquelle.

2.2.5. Manque de collaboration entre les kinésithérapeutes et les autres dispensateurs de soins

Les patients considèrent le kinésithérapeute comme un dispensateur de soins important dans les soins quotidiens aux patients chroniques. C'est ce qui ressort clairement des contacts avec les patients. Ils remarquent que les kinésithérapeutes sont les dispensateurs de soins qui les connaissent le mieux, tant sur le plan physique que sur le plan psychique. Ils sentent pourtant bien que les kinésithérapeutes ne sont pas, ou que sporadiquement, associés aux initiatives visant à mieux harmoniser les soins tels que les soins intégrés. Il y a peu de contacts entre les kinésithérapeutes et les autres dispensateurs de soins, tels que les médecins prescripteurs, les infirmiers à domicile ou les pharmaciens. Les patients affirment qu'il serait très utile que d'autres dispensateurs de soins prennent contact avec les kinésithérapeutes ou que des canaux soient créés par lesquels les dispensateurs de soins puissent communiquer entre eux pour aboutir ainsi aux meilleurs soins possibles. Les projets de soins intégrés aussi contiennent des actions en matière de kinésithérapie. Ainsi, un des objectifs opérationnels de *Zorgzaam Leuven* est de proposer des séances de groupe de kinésithérapie de première ligne à ses trois groupes cibles. Les groupes cibles sur lesquels se focalise *Zorgzaam Leuven* sont (i) les personnes les plus vulnérables atteintes d'une maladie chronique ; (ii) les personnes atteintes d'une/de maladie(s) chronique(s) complexe(s) ; (iii) les personnes ayant un risque de maladie chronique dans la population saine.

Les patients remarquent que c'est précisément à cause de ce manque de communication qu'il arrive souvent que les kinésithérapeutes ne sachent pas que le patient souffre de pathologies autres que celles pour lesquelles le traitement est prescrit. Le danger dans ce cas est que les patients reçoivent un traitement curatif ou efficace pour une affection mais potentiellement nuisible pour une autre pathologie dont ils sont atteints. Il est donc nécessaire, dans le cadre de la continuité des soins, que les kinésithérapeutes aient accès aux informations essentielles dont ils ont besoin pour exercer leur profession correctement et en toute sécurité. Il est toutefois important de noter qu'en vertu de l'article 3 de la convention, les kinésithérapeutes reçoivent une indemnité pour la réalisation d'un examen médical approprié et la constitution d'un dossier. Cette indemnité couvre forfaitairement le screening et l'examen kinésithérapeutique au début du traitement. Dans ce cadre, un bilan de départ et un plan de traitement avec objectifs du traitement est rédigé, en tenant compte des standards et recommandations (inter)nationaux et *evidence based practice*. Ces éléments (bilan de départ, plan de traitement et objectifs du traitement) doivent être inclus dans le dossier kinésithérapeutique. Le kinésithérapeute a donc également la responsabilité de contribuer au dossier global du patient.

2.2.6. Besoin constant de visites à domicile

Du fait de leur maladie, il est souvent difficile voire impossible pour les patients atteints d'une maladie chronique de se rendre au cabinet du kinésithérapeute. Une visite à domicile résout ce problème. Malheureusement, les patients font remarquer que peu de kinésithérapeutes sont disposés à faire des visites à domicile. Les kinésithérapeutes considèrent que l'indemnité prévue pour une visite à domicile

est insuffisante.¹⁰¹¹ Certes, des efforts budgétaires ont récemment été consentis pour y remédier, mais visiblement les suppléments ne suffisent pas pour compenser le temps et les frais liés au déplacement. Par ailleurs, le nombre de patients traités par le kinésithérapeute est moins élevé du fait des nombreux déplacements. Il est pourtant important que les patients chroniques puissent continuer de bénéficier de ces visites à domicile, qui leur permettent de rester chez eux plus longtemps.

Néanmoins, il convient de noter que certains traitements de kinésithérapie ne permettent pas de visite à domicile parce que le kinésithérapeute ne dispose pas des dispositifs ou équipements nécessaires. Ces traitements peuvent uniquement être dispensés au cabinet du kinésithérapeute. Dans ces cas, il est important d'analyser de quelle manière le patient peut malgré tout se rendre chez son kinésithérapeute sans toutefois devoir assumer des frais élevés (pour le transport).

2.2.7. Pas de régime du tiers payant

Un patient atteint d'une maladie chronique a souvent de nombreux frais médicaux à supporter. Le régime du tiers payant a pour but de rendre les soins de santé plus accessibles financièrement. Une enquête électronique de la *Vlaams Patiëntenplatform (VPP)* en 2015 (N=386) a montré que 63 % des personnes interrogées étaient tout à fait d'accord avec l'affirmation « *Le régime du tiers payant rend les soins plus accessibles* ». La même enquête a révélé qu'à la question « *Pour quels dispensateurs de soins de santé les patients devraient-ils pouvoir recourir au régime du tiers payant ?* », 50 % des personnes interrogées ont cité le kinésithérapeute.

Les patients déclarent donc que la kinésithérapie n'est pas toujours abordable pour eux. L'application obligatoire du régime du tiers payant pourrait résoudre ce problème parce que les patients ne devraient pas avancer l'intervention de la mutualité au dispensateur de soins. Certains kinésithérapeutes demandent au patient de payer à la fin de chaque séance, mais ne remettent l'attestation pour la mutualité qu'à la fin du traitement. Les patients doivent donc avancer un montant considérable et ne sont remboursés qu'après plusieurs semaines ou mois. De nombreux patients sont dans l'impossibilité financière de payer la totalité du traitement et de n'être remboursés que par la suite. Certains kinésithérapeutes demandent même de l'argent « sous la table » ou ne mentionnent pas les suppléments sur l'attestation.

Il s'avère également difficile pour les patients de faire part de leurs difficultés financières aux kinésithérapeutes. Il est rare qu'ils disent qu'ils ont droit au régime du tiers payant, à supposer qu'ils le sachent. À l'heure actuelle, les kinésithérapeutes sont en outre libres d'appliquer ou non ce régime. Comme nous l'avons déjà mentionné, les patients constatent que certains kinésithérapeutes sont prêts à l'appliquer pour les aider. Mais il y en a d'autres qui préfèrent ne pas le faire. De nombreux kinésithérapeutes ignorent que le régime du tiers payant est en cours de simplification administrative. Dès lors, les patients demandent une application généralisée et automatique du régime du tiers payant pour les kinésithérapeutes.

2.2.8. Garanties de qualité ?

¹⁰ Pour le déplacement du cabinet au domicile du patient, quelle que soit la distance à parcourir, le kinésithérapeute recevra un supplément. (INAMI : Convention M/20, applicable à partir du 1^{er} janvier 2020). La réglementation en la matière est relativement complexe. On travaille à une simplification. Le remboursement dépend du type de prestation et du fait que le patient a droit ou non à l'intervention majorée.

¹¹ <https://www.kinesitherapeutenaalst.be/neen-de-kinesist-komt-niet-langer-op-huisbezoek/>

Comme chez les autres dispensateurs de soins de première ligne, le patient n'a qu'une vague idée de la qualité des soins dispensés par les kinésithérapeutes. La qualité n'est pas toujours évaluée et lorsque c'est tout de même le cas, il y a peu de transparence quant à la qualité fournie.

Néanmoins, tant l'association professionnelle *AXXON* que les organes de concertation de l'INAMI encouragent les kinésithérapeutes à travailler sur la qualité. Ainsi, les kinésithérapeutes peuvent être inscrits dans un registre de qualité s'ils répondent à un certain nombre d'exigences de qualité¹². Quatre critères de qualité sont utilisés :

1. questionnaire destiné aux patients lié à l'auto-évaluation ;
2. peer reviews au sein d'un groupe local d'évaluation de la qualité de kinésithérapeutes ;
3. formation continue ;
4. suivi de check-lists sur le 'dossier kinésithérapeutique' et 'l'organisation de la pratique'.

Lorsqu'un kinésithérapeute participe à l'un de ces processus qualité, son nom est inscrit dans le Registre national de qualité. En outre, le kinésithérapeute répondant aux exigences de qualité reçoit une prime de 2.000 euros par an via l'INAMI.

Les patients apprécient l'effort que représente la valorisation d'un travail de qualité mais estiment que l'on peut aller beaucoup plus loin. À l'heure actuelle, les exigences de qualité sont très peu contraignantes et un kinésithérapeute n'est, par exemple, pas tenu d'utiliser les résultats du questionnaire destiné aux patients.

Il n'est pas aisé pour les patients de savoir quel kinésithérapeute offre des soins de qualité en général, mais aussi spécifiquement pour une pathologie donnée. Il est important pour eux d'encourager les kinésithérapeutes à suivre une formation continue.

Les patients s'interrogent également sur l'interdiction des séances de kinésithérapie de groupe. L'autorité doute de pouvoir garantir la qualité dans ce contexte mais des exercices de kinésithérapie en groupe seraient très utiles pour certains patients. Par exemple, dans le cadre de la prévention de l'asthme, il peut être utile pour les patients de faire des exercices en groupe pour se motiver mutuellement à tenir bon. Cette piste devrait certainement être approfondie, en collaboration avec les patients. Sous réserve évidemment de continuer de garantir la qualité du traitement.

La loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé¹³ s'applique également aux kinésithérapeutes. Les kinésithérapeutes sont tenus de tenir un portfolio montrant qu'ils ont les compétences et l'expérience requises. Ce portfolio devrait également être mis à la disposition du patient. Cette législation est normalement mise en œuvre dans les arrêtés d'exécution de cette loi, qui entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2021.

2.2.9. Kinésithérapie dans les hôpitaux, les centres de soins résidentiels et les établissements pour personnes handicapées

Les représentants de patients avaient principalement des expériences en matière de kinésithérapie dispensée dans des cabinets de kinésithérapeutes indépendants. Mais des problèmes apparaissent également en ce qui concerne la kinésithérapie proposée dans les hôpitaux, les centres de soins résidentiels et les établissements pour personnes handicapées.

¹² <https://www.kinesitherapie.be/fr/registre-de-qualite/> et <https://www.pgk.be>.

¹³ Loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé. Adoptée par la Chambre le 28 mars 2019.

Les plaintes portent, par exemple, sur le manque fréquent d'attention accordée à la kinésithérapie dans les centres de soins résidentiels, ce qui donne aux patients le sentiment de ne plus en avoir besoin. Les patients constatent également que la kinésithérapie n'est pas adaptée à leurs besoins personnels. Il importe également que les patients d'un centre de soins résidentiels puissent établir une relation de confiance avec le kinésithérapeute. L'association professionnelle *AXXON* attire également l'attention sur une amélioration du soutien aux kinésithérapeutes dans les centres de soins résidentiels.¹⁴ C'est indispensable car les kinésithérapeutes n'ont pas toujours des connaissances gériatriques suffisantes et pourraient parfois être mieux intégrés dans l'équipe multidisciplinaire. Il est important d'accorder suffisamment d'attention à la plus-value du kinésithérapeute dans les centres de soins résidentiels, même lorsqu'il s'agit de kinésithérapie d'entretien. Le kinésithérapeute joue également un rôle important dans les soins palliatifs. Sachant que les pouvoirs fédéraux et communautaires jouent un rôle dans ce domaine, la concertation entre les différents niveaux politiques est essentielle.

Dans les hôpitaux aussi, les patients considèrent qu'il n'y a pas assez de temps pour une séance de qualité.

Le problème se pose également dans les établissements de la *Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap*. Les adultes qui sont traités pour pathologie E et vivent chez eux, ont droit à 30 minutes de kinésithérapie quotidienne, si cela est démontré par une prescription. S'ils séjournent dans un établissement, ils ont droit à 20 minutes de kinésithérapie par jour. Dans le cas d'un séjour au sein d'un établissement, cela peut dépendre du fait que le kinésithérapeute est un travailleur salarié ou non. Si tel est le cas, cela peut être en partie déterminé par les fonctions du kinésithérapeute en question. Lorsque le kinésithérapeute est un travailleur indépendant, le patient a droit à un traitement de 20 minutes. Des problèmes similaires se posent dans les établissements francophones pour personnes handicapées car la nomenclature ne s'applique pas.

2.2.10. Connaissance limitée des maladies rares

Les patients atteints de maladies rares ont des difficultés à trouver des kinésithérapeutes qui connaissent leur pathologie spécifique. En général, un kinésithérapeute reçoit un patient atteint d'une maladie rare donnée une fois seulement au cours de sa carrière. Le kinésithérapeute n'a alors, compte tenu des caractéristiques et des besoins spécifiques de cette pathologie, pas suffisamment d'expérience pour soigner le patient.

Dans le cadre du '*Plan belge pour les maladies rares*', les patients atteints d'une maladie rare doivent à l'avenir être diagnostiqués plus rapidement et donc être orientés vers le traitement adéquat plus rapidement. Les kinésithérapeutes peuvent également se voir accorder une place dans la nouvelle structure.

Depuis 2013, dans le cadre du Plan susmentionné,¹⁵ 20 actions différentes sont développées en vue d'améliorer le diagnostic mais aussi les soins aux personnes atteintes de maladies rares. Les 20 actions sont regroupées dans quatre domaines : (1) amélioration de l'accès au diagnostic et à l'information du patient ; (2) optimisation des soins ; (3) gestion des connaissances et des informations ; (4) gouvernance et durabilité du Plan. L'objectif de ce Plan est de structurer l'expertise et les soins jusqu'ici très fragmentés pour les patients atteints de maladies rares, afin que les patients reçoivent leur

¹⁴ *Mémorandum 2019. Partenaire de soins. Pages 26-27 (AXXON).*

¹⁵ Le Plan belge pour les maladies rares fait suite à un appel lancé par la Commission européenne en 2009 pour que chaque État membre de l'Union européenne élabore un plan pour les maladies rares (Source : Plan belge pour les maladies rares. 2013.

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/plan_belge_maladies_rares.pdf).

diagnostic et bénéficient des soins adéquats plus rapidement. Les kinésithérapeutes peuvent, par exemple, faire partie de l'équipe multidisciplinaire et se spécialiser dans des (groupes de) maladies rares spécifiques. Une meilleure prise en charge des personnes atteintes d'une maladie rare peut également consister à savoir, en tant que kinésithérapeute, où se trouve l'expertise adéquate afin d'orienter les patients correctement.

La kinésithérapie figure déjà dans les conventions relatives aux maladies rares, mais les patients ont besoin de plus que ce qui est prévu dans ces conventions. En outre, des conseils et des prestations de kinésithérapie sont dispensés aux patients dans un contexte hospitalier, mais pas à domicile.

2.2.11 Problèmes spécifiques aux patients atteints de plusieurs pathologies

Les patients qui suivent des séances de kinésithérapie en raison de plusieurs pathologies rencontrent des problèmes spécifiques. Il leur est plus difficile de s'organiser, d'autant plus qu'ils ne peuvent suivre qu'une seule séance par jour. Par ailleurs, leurs frais augmentent, tant pour les séances elles-mêmes que pour le transport vers celles-ci. Pour ces personnes, il serait utile de pouvoir suivre plusieurs séances par jour. Nous préconisons une tranche horaire de 15 minutes afin de pouvoir composer un forfait idéal en fonction des besoins et de la fréquence des déplacements. Nous préconisons également un transport plus abordable pour les patients atteints d'une pathologie chronique (cf. les avis de l'Observatoire en ce qui concerne le transport de patients).

3. Point de vue de l'Observatoire

Sur la base des observations susmentionnées, l'Observatoire formule les recommandations suivantes.

3.1. Informer le patient de façon claire et accessible

L'Observatoire demande que les informations sur la kinésithérapie soient accessibles et facilement disponibles pour les patients afin qu'ils puissent toujours faire un choix éclairé. Comme le décrit la loi relative aux droits du patient (2002), un patient a le droit de recevoir les informations suivantes de la part du dispensateur de soins avant de commencer un traitement ou une intervention :

- objectif
- nature
- degré d'urgence
- durée
- fréquence
- contre-indications pertinentes
- effets secondaires et risques associés à l'intervention
- postcure
- solutions alternatives possibles
- conséquences financières et autres clarifications pertinentes¹⁶.

Le patient doit recevoir ces informations de manière claire et compréhensible avant le début du traitement.

¹⁶ Article 7 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Cela implique que le patient doit notamment savoir à l'avance si le kinésithérapeute est conventionné ou non, ce qui, d'après nos constatations, n'est souvent pas encore le cas. La convention entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs 2020-2021 impose aux kinésithérapeutes d'afficher leur statut de convention et d'informer les patients sur la signification et les conséquences de celui-ci. Si le kinésithérapeute ne s'y conforme pas, il devrait être condamné à payer une amende. Le patient peut également déposer une plainte auprès de la mutualité. Mais les patients sont (trop) peu nombreux à connaître ces possibilités de déposer une plainte.

L'Observatoire demande également que les dispensateurs de soins informent les patients ou les renvoient vers un kinésithérapeute ayant l'expérience et/ou l'agrément nécessaires pour la pathologie spécifique du patient. Les patients doivent avoir facilement accès aux informations sur les qualifications professionnelles et les spécialisations. Cela devrait être possible dès que la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé susmentionnée entrera en vigueur.

3.2. Se concentrer davantage sur la prévention secondaire et tertiaire

Tout comme dans d'autres branches des soins de santé, l'Observatoire demande qu'en kinésithérapie aussi, on mette davantage l'accent sur la prévention. Le régime de remboursement actuel laisse encore trop peu de place aux traitements préventifs. Pour de nombreuses maladies, la prévention secondaire peut permettre de s'attaquer aux problèmes et de les traiter à un stade précoce. La prévention tertiaire permet d'éviter les complications et de garantir que la maladie ne s'aggrave pas. Nous tenons à souligner l'importance de l'EBM pour pouvoir déterminer dans quels cas la kinésithérapie préventive permet d'éviter une aggravation de la situation.

Il est nécessaire de repenser ou d'adapter le remboursement actuel afin de laisser une plus grande place à la prévention. Tous les efforts financiers supplémentaires éventuellement consentis par les instances compétentes sont temporaires, car les bénéfices en termes de santé ainsi obtenus permettent de réaliser des économies à long terme.

3.3. Mesurer la qualité de la kinésithérapie et communiquer en toute transparence à ce sujet

Le registre de qualité pour les kinésithérapeutes constitue une première étape vers des soins de qualité, mais il faut aller plus loin. La qualité doit être mesurée de manière structurelle et indépendante. Les expériences des patients doivent y occuper une place importante et être prises en compte dans l'évaluation.

En outre, il est également nécessaire d'accroître la transparence sur la qualité fournie. Les patients doivent savoir de façon claire où ils peuvent trouver des informations sur la qualité de leur kinésithérapeute. Ces informations doivent être claires, compréhensibles et adaptées au patient.

3.4. Mieux aligner le système de financement et de remboursement sur les besoins des patients individuels et les preuves scientifiques

Le système actuel de financement et de remboursement ne répond pas suffisamment aux besoins des patients individuels. Certains patients indiquent qu'ils aimeraient avoir plus de séances de kinésithérapie que prévu. D'autres patients estiment que d'autres traitements sont nécessaires, pour lesquels aucun remboursement n'est prévu à l'heure actuelle.

C'est pourquoi l'Observatoire demande que le système actuel soit évalué et que l'on tienne davantage compte des besoins individuels et moins du diagnostic du patient. Il faut prendre les besoins du patient comme point de départ ! On évite ainsi que des séances inutiles soient remboursées, et les patients sont remboursés pour le nombre de séances dont ils ont réellement besoin. Concrètement, cela signifie que le nombre de minutes de kinésithérapie est déterminé lors d'une concertation avec le médecin généraliste, le kinésithérapeute et le patient. On peut travailler avec des unités de temps qui répondent aux besoins de manière flexible.

Dans le cadre d'un nouveau modèle de financement, il faut penser en sortant des sentiers battus. Il existe déjà des initiatives (volontaires) où la kinésithérapie est dispensée en groupe. Pour un certain nombre de pathologies, le fait de suivre de la kinésithérapie en groupe constitue une valeur ajoutée, car les patients peuvent ainsi se stimuler et se motiver mutuellement. Il s'agit par exemple de séances de groupe pour les patients souffrant de pathologies cardiaques, de séances sur la prévention des chutes dans les centres de soins résidentiels... Cette façon de travailler nécessite un financement approprié. Il est bien sûr important que cette façon de travailler soit basée sur des preuves scientifiques et un traitement de qualité.

En outre, le système de financement et de remboursement doit également tenir compte de l'accessibilité des séances de kinésithérapie. Les déplacements au cabinet du kinésithérapeute ne sont pas toujours simples. Cependant, tout le monde a le droit de recevoir de la kinésithérapie. Au besoin, le kinésithérapeute doit se rendre à domicile. En contrepartie, le kinésithérapeute doit recevoir une indemnisation suffisante. Si une visite à domicile n'est pas possible (parce que du matériel ou un équipement spécifique sont nécessaires), un transport abordable jusqu'au kinésithérapeute doit être prévu.

Enfin, l'indemnisation des kinésithérapeutes doit également être en lien avec la population de patients qu'ils traitent. Par exemple, les kinésithérapeutes neurologiques ont un groupe de patients plus faibles et plus dépendants, ce qui nécessite souvent plus de déplacements. Les kinésithérapeutes qui ont une population de patients ayant des besoins en soins plus lourds doivent investir plus de temps dans la participation à une concertation multidisciplinaire. Grâce à la coordination des soins, les dispensateurs de soins concernés sont réunis afin de réfléchir aux meilleurs soins possibles pour le patient. La participation à cette concertation nécessite un investissement supplémentaire en temps, qui doit également donner lieu à une indemnisation correcte. La solution consiste à accorder une indemnisation plus élevée aux kinésithérapeutes qui traitent les patients atteints d'une pathologie E. De cette manière, on intervient indirectement dans les frais de déplacement et on répond au déconventionnement éventuel, qui affecterait ce groupe dépendant et souvent financièrement vulnérable. Des systèmes similaires existent déjà dans d'autres disciplines de soins.

3.5. Impliquer les kinésithérapeutes dans des initiatives de soins intégrés et coordonnés

Des initiatives telles que la réforme de la première ligne au niveau flamand ou les projets de soins intégrés au niveau fédéral prouvent que l'on investit de plus en plus dans les soins intégrés. Cependant, le kinésithérapeute travaille encore trop souvent tout seul dans son coin et n'est que peu voire pas du tout impliqué dans les équipes multidisciplinaires de dispensateurs de soins et de professionnels du bien-être organisées autour du patient. Toutefois, pour les personnes souffrant d'une pathologie chronique complexe en particulier, l'échange d'informations entre les dispensateurs de soins et les professionnels du bien-être constitue une valeur ajoutée.

Les patients indiquent clairement qu'en raison des nombreux contacts qu'ils ont avec le kinésithérapeute, c'est souvent lui qui les connaît le mieux. C'est pourquoi il est essentiel que les kinésithérapeutes soient également davantage impliqués dans la coordination des soins au patient. Un bon exemple en est l'intervention du kinésithérapeute dans la consultation oncologique multidisciplinaire (COM). D'autres affections chroniques peuvent également bénéficier d'une approche similaire.

3.6. Appliquer le régime général du tiers payant pour les personnes bénéficiant de l'intervention majorée et pour les patients ayant le statut « affection chronique ».

Les patients atteints d'une maladie chronique sont confrontés à des coûts considérables. Lorsque les kinésithérapeutes demandent à être payés après chaque séance alors que le remboursement n'intervient qu'après toute la série de traitements, cela devient très difficile financièrement pour de nombreux patients. Le régime du tiers payant offre une solution importante à ce problème.

C'est pourquoi l'Observatoire demande une application obligatoire du régime du tiers payant, principalement pour les personnes bénéficiant de l'intervention majorée et pour les patients ayant le statut « affection chronique ». Les témoignages de patients ont déjà montré que certains kinésithérapeutes sont prêts à appliquer le régime du tiers payant (dans certains cas) à condition de recevoir rapidement leur intervention de l'assurance maladie. D'autres ne le proposent pas encore.

3.7. Impliquer les kinésithérapeutes dans les nouveaux réseaux de maladies rares

Les patients atteints de maladies rares ont des difficultés à trouver des kinésithérapeutes qui connaissent leur pathologie spécifique. Dans le cadre du *Plan belge pour les maladies rares*, les kinésithérapeutes peuvent également faire partie d'une équipe multidisciplinaire et se spécialiser dans des (groupes de) maladies rares spécifiques. Une meilleure prise en charge des personnes atteintes d'une maladie rare peut également consister à savoir, en tant que kinésithérapeute, où se trouve l'expertise adéquate afin d'orienter les patients correctement.

4. Conclusion

Il ne fait aucun doute que les kinésithérapeutes jouent un rôle très important dans les soins aux personnes atteintes d'une maladie chronique. Pour de nombreux patients, le kinésithérapeute est un dispensateur de soins avec lequel ils sont souvent en contact et qui est donc bien conscient de leur bien-être physique, mais souvent aussi psychique. Néanmoins, il s'avère également que la kinésithérapie présente quelques points problématiques importants. Sur la base de ces points problématiques, l'Observatoire a formulé des recommandations, regroupées sous sept thèmes différents.

Un certain nombre de recommandations sont faciles à mettre en œuvre. D'autres sont plus difficiles à réaliser parce qu'elles impliquent de repenser complètement le principe de financement et de remboursement. Partant de l'idée que le patient occupe une place centrale et que les soins doivent être adaptés à ses besoins, il est nécessaire de prendre en compte les recommandations ci-dessus. La kinésithérapie n'est qu'un maillon de la chaîne des soins intégrés, mais elle est importante pour les patients atteints d'une maladie chronique, notamment dans le cadre de leur qualité de vie.

Respectueusement,

Ulrike Pypops

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pypops', written over a horizontal line.

Présidente de la Section consultative de
l'Observatoire des maladies chroniques

Karen Mullié

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mullié', written over a horizontal line.

Vice-Présidente de la Section consultative de
l'Observatoire des maladies chroniques

Annexe 1 : catégorisation de la kinésithérapie

Parmi les problématiques rencontrées par les patients, bon nombre concernent principalement la catégorisation des pathologies établie par l'INAMI et le remboursement correspondant. Le tableau 1 donne un aperçu de cette catégorisation pertinent pour cet avis. D'une façon générale, il existe trois grandes catégories de pathologies.

Tout d'abord, il y a les « pathologies courantes », comme un blocage du cou. Pour les pathologies courantes, un maximum de 18 séances de traitement sont remboursées par an au tarif le plus élevé, et un patient ne peut bénéficier du remboursement de la kinésithérapie au tarif le plus élevé que pour trois pathologies¹⁷ différentes par année civile.- De plus, une deuxième et une troisième pathologie ne seront remboursées que sur accord du médecin conseil.

La deuxième catégorie concerne les « pathologies comprenant une limitation fonctionnelle ». Ce deuxième groupe est subdivisé selon qu'il s'agit d'une pathologie aiguë ou chronique. Lorsqu'un patient suit de la kinésithérapie en raison d'une pathologie *aiguë* qui entraîne une limitation fonctionnelle et qui figure sur la liste Fa, 60 séances de traitement sont remboursées au tarif le plus élevé par année de traitement (c'est-à-dire à partir de la première prestation) pour cette pathologie. Si le patient souffre d'une pathologie *chronique* avec une limitation fonctionnelle qui figure sur la liste Fb, ce modèle de financement prévoit un maximum de 60 séances de traitement¹⁸ remboursées au tarif le plus élevé par année civile.

La troisième catégorie comprend les « pathologies lourdes » telles que les amputations. Pour cette dernière catégorie, il n'y a pas de limitation du nombre de séances remboursées par an au tarif le plus élevé. Toutefois, pour recevoir ce remboursement, il faut obtenir l'autorisation préalable du médecin-conseil. Le médecin-conseil ne peut donner son approbation que pour une durée maximale de 3 ans. Si un traitement supplémentaire est nécessaire, une prolongation doit être demandée.

¹⁷ Pour la lisibilité du texte, le terme « pathologie » est utilisé. Un terme plus correct est « situation pathologique ». Il désigne la situation du patient dans son ensemble à un moment donné. Une seule situation pathologique peut comprendre plusieurs pathologies, pouvant nécessiter ou nécessitant toutes les deux de la kinésithérapie, par exemple un poignet cassé et une cheville foulée.

¹⁸ Un nombre plus élevé de séances peut être remboursé (jusqu'à 80), au même tarif. À partir de la 81^e séance, le pourcentage de remboursement diminue.

Tableau 1. Modèle de financement actuel de la kinésithérapie ¹⁹

Type de pathologie		Remboursement	Conditions
Pathologie courante	Par ex. cou bloqué ou lombalgie	Max. 18 séances par pathologie et max. trois pathologies différentes par année civile	2 ^e et 3 ^e pathologies remboursées sous réserve de l'accord préalable du médecin-conseil
Pathologie avec limitation fonctionnelle (Fa-Fb)	<ul style="list-style-type: none"> - Certaines pathologies aiguës (par ex. postopératoire ou fracture) - Certaines pathologies chroniques (par ex. troubles du développement) 	<ul style="list-style-type: none"> - Max. 60 séances par pathologie par année de traitement - Max. 60²⁰ séances par année civile 	
Pathologie lourde (pathologie E)	Par ex. infirmité motrice cérébrale, amputations, inflammation chronique des articulations, mucoviscidose	Pas de limitation	Toujours avec l'autorisation préalable du médecin-conseil et approbation pour une période de max. 3 ans

¹⁹ Il est possible de ne pas limiter le nombre de séances à 18 ou 60 pour les deux premières catégories. Le remboursement est alors moindre, mais les coûts sont intégrés au MAF.

²⁰ Un nombre plus élevé de séances peut être remboursé (jusqu'à 80), au même tarif. À partir de la 81^e séance, le pourcentage de remboursement diminue.