



Cœur du projet des Pôles d'expertise clinique en kinésithérapie respiratoire (PECKR)

Constat : Les besoins en kinésithérapie dans les affections respiratoires chroniques (BPCO, mucoviscidose, maladies neuromusculaires, etc...) ne sont pas satisfaits. Il est donc nécessaire de réorganiser l'offre de soins.

Proposition : Créer des pôles d'expertise clinique en kinésithérapie respiratoire (PECKR) qui assureraient la responsabilité organisationnelle de l'offre de prise en charge sur un territoire déterminé.

Enjeux et intérêts :

- En santé publique : amélioration de l'organisation de la couverture du territoire pour les prises en charge en kinésithérapie respiratoire, entraînant l'amélioration de l'accessibilité aux soins et de l'égalité devant la santé.
- Pour la Profession : montrer sa compétence organisationnelle. De cela découle l'amélioration de la visibilité de la Profession, en tant qu'organisatrice des soins, au sein du système de santé.

Cette compétence organisationnelle rend possible :

- Une re-légitimation institutionnelle de la Profession (masterisation) ;
- Un renforcement des mécanismes de coordination entre professionnels, au service du patient.

De ce fait, l'art 51 de la loi HPST devient l'instrument de renforcement au service de cette politique.

En Rhône-Alpes, ce projet s'appuiera sur des réseaux déjà constitués de kinésithérapeutes ayant déjà développé des compétences organisationnelles (EMERAA, CRCM, SPIRO...), et pourra ensuite orienter une déclinaison nationale.

Développement de pôles d'expertise clinique en kinésithérapie pour la prise en charge des patients atteints de maladies respiratoires chroniques, bronchopathies en particulier

Mise en œuvre expérimentale en Rhône – Alpes – Auvergne dans le champ de la Mucoviscidose

Promoteurs : Le Conseil Régional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de Rhône-Alpes (CROMKRA) en partenariat avec l'URPS – MK, les Centres de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose (CRCM) Rhône Alpins et Auvergnat et le Réseau EMERAA

1– Introduction

La préservation du capital respiratoire des patients atteints de bronchopathie chronique repose très largement sur le drainage très régulier des sécrétions bronchiques, le dépistage et le traitement précoce des exacerbations de la bronchite.

Cela implique une collaboration étroite, structurée, entre le médecin traitant et le kinésithérapeute, chacun maîtrisant dans son domaine les compétences spécifiques indispensables.

Lorsque ces compétences spécifiques sont insuffisantes, quelle qu'en soit la raison, que le déficit soit qualitatif ou quantitatif, l'organisation de la prise en charge est défaillante, voire impossible¹.

Le CROMK RA, soutenu par le Conseil National (CNOMK) souhaite promouvoir un projet dont l'objectif final est d'offrir à tous les patients atteints de bronchopathie chronique, indépendamment de leur âge ou de leur environnement géographique et familial, les moyens d'une prise en charge efficace, d'un drainage bronchique adapté, d'un dépistage et d'un traitement précoce des exacerbations de la bronchite.

Cela passe par un engagement fort de la profession et la reconnaissance labellisée de pôles d'expertise clinique en kinésithérapie respiratoire répartis sur les territoires des régions Rhône Alpes et Auvergne.

La Profession des Masseurs kinésithérapeutes est consciente du rôle qu'elle doit jouer dans le renforcement de l'efficacité et de l'accessibilité au système de santé de proximité et entend, à travers ce projet, assurer la promotion d'une organisation robuste et fiable en matière de prise en charge des bronchopathies chroniques, après une expérimentation dans le domaine de la mucoviscidose.

Ce projet se développe sur trois axes :

- la reconnaissance pour les kinésithérapeutes des compétences acquises par des formations adaptées aux spécificités de la prise en charge des bronchopathies chroniques ;

¹ A titre d'exemple l'analyse des données 2010 des services de l'Assurance Maladie concernant la prise en charge par les kinésithérapeutes du drainage bronchique chez les patients atteints de mucoviscidose de la Région Rhône Alpes montre bien la fragilité de l'organisation, malgré les gros efforts de coordination et de formation déployés pendant près de 10 ans par le Réseau EMERAA.

Il apparaît en effet que, parmi les 505 patients du régime général en ALD Mucoviscidose, plus de 30 % n'ont pas recouru (pu recourir ?) aux soins d'un kinésithérapeute et qu'en moyenne, les 345 patients qui ont accédé à ces soins n'ont bénéficié que de 2,2 séances hebdomadaires de kinésithérapie (alors que les recommandations prévoient une séance journalière). Un tiers seulement des professionnels intervenant chez les patients avait participé à une formation spécifique organisée par le Réseau.

Enfin, une évaluation objective de la qualité du drainage bronchique à domicile, menée chez une centaine de patients consécutifs du CRCM Pédiatrique de Lyon, a montré (1) que près d'une fois sur deux le degré d'encombrement, la purulence de l'expectoration, et donc l'exacerbation de la bronchite et les impératifs de traitement en découlant, étaient méconnus ou sous-estimés tant par les patients et les familles que par les professionnels libéraux ; (2) que lorsqu'une exacerbation de la bronchite était manifeste, l'adaptation des modalités du drainage (fréquence et durée des séances) était loin d'être habituelle pour ne pas dire exceptionnelle. Cela malgré des interventions répétées auprès des familles et des professionnels tant par les médecins que par les kinésithérapeutes hospitaliers.

- l'organisation de la profession pour assurer, selon les référentiels validés par la HAS, la continuité des soins et la surveillance des patients, en développant un protocole de coopération entre un médecin déléguant et un kinésithérapeute au niveau de l'évaluation et du traitement de l'encombrement bronchique, du dépistage, du traitement et du suivi des exacerbations de la bronchite ;
- la labellisation de pôles d'expertise clinique en kinésithérapie respiratoire répondant à un cahier des charges spécifique pour développer une organisation efficiente et accessible en proximité.

Pour explorer la faisabilité du projet, le CROMK RA accompagnera les efforts déployés par les CRCM et le réseau EMERAA pour la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose. L'organisation mise en place pour ces patients (tous répertoriés et régulièrement suivis dans les CRCM) sera d'évaluation facile et de ce fait sera un modèle pour tester en première intention les axes du projet.

En effet, sans avoir totalement abouti, les CRCM et EMERAA travaillent depuis longtemps au développement :

- d'une articulation étroite entre d'une part les médecins et kinésithérapeutes référents des centres et d'autre part les kinésithérapeutes libéraux pour assurer aux patients une prise en charge adaptée et fiable au cours du temps, en s'appuyant notamment sur le réseau des kinésithérapeutes formés au sein du réseau ;
- d'une formation continue des kinésithérapeutes en s'impliquant dans les enseignements spécifiquement orientés sur la prise en charge des maladies respiratoires chroniques ;
- d'une dynamique d'appui à la structuration sur le terrain de la reconnaissance de cette compétence spécifique

2 - Les trois axes du projet

2.1 La reconnaissance pour les kinésithérapeutes des compétences acquises par des formations adaptées aux spécificités de la prise en charge des patients atteints de maladies respiratoires chroniques, bronchopathies en particulier.

Le CNOMKR entreprendra les démarches nécessaires à la reconnaissance de la spécificité des compétences acquises dans le champ de la prise en charge des maladies respiratoires.

Les responsables d'enseignements universitaires (Diplômes Universitaires – DU – et Inter Universitaires – DIU) et les organismes formateurs (Réseau EMERAA) entreprendront les démarches nécessaires pour que leurs formations spécifiques contribuent à la validation des obligations de développement professionnel continu (DPC) de la profession.

2.2 L'organisation de la profession pour assurer, selon les référentiels validés par la HAS, la continuité des soins et la surveillance des patients, en développant un protocole de coopération entre un médecin déléguant et un kinésithérapeute au niveau de l'évaluation et du traitement de l'encombrement bronchique, du dépistage, du traitement et du suivi des exacerbations de la bronchite.

Le cadre général de cette coopération entre médecin traitant et kinésithérapeute s'inscrira dans le cadre des protocoles de transfert d'actes ou d'activités inscrits dans l'article 51 de la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009 qui prévoit la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels de terrain, le transfert d'actes ou d'activités de soins. Ces initiatives locales sont formalisées dans un protocole de coopération transmis à l'ARS qui, après avoir vérifié la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, le soumet à la HAS. (Cf. Annexe 1.)

Dans le cadre du modèle développé pour la prise en charge de la mucoviscidose, les professionnels de terrain sont les médecins des CRCM et les kinésithérapeutes libéraux. Un protocole de coopération sera élaboré.

2.3 La labellisation de pôles d'expertise clinique en kinésithérapie respiratoire répondant à un cahier des charges spécifique pour favoriser le développement d'une organisation efficiente et accessible en proximité.

Un cahier des charges précisant les conditions de structuration de pôles d'expertise clinique en kinésithérapie des maladies respiratoires chroniques est rédigé et validé par les instances compétentes (cf. Annexe 2). Ce cahier des charges est le support d'une contractualisation entre les pôles d'expertise clinique en kinésithérapie et les CRCM, coordonnée par le réseau EMERAA.

Le réseau des pôles d'expertise labellisés, étendu au niveau national après avoir été testé dans la Région RA, devrait s'intégrer dans la filière de santé Mucoviscidose telle qu'elle est envisagée dans le Plan Maladies Rares n°2 (cf. Instruction DGOS PF/2013/306 du 29 juillet 2013 – La réponse à l'appel d'offre est en cours de rédaction, par les centres de Référence Mucoviscidose de Lyon et de Nantes, au noms de la Société Française de la Mucoviscidose et de l'Association Vaincre la Mucoviscidose, réunis dans le Conseil National de la Mucoviscidose).

Un rapprochement avec le réseau SPIRO consacré à la BPCO de l'adulte est envisagé dans ce cadre.

En fonction des nécessités, le PEC MK structure des collaborations avec d'autres professionnels pour assurer en toutes circonstances l'accessibilité aux soins et la continuité des soins à la population dont il a la responsabilité. Des hypothèses de travail dans ce sens ont été suggérées dans le volet SROS ambulatoire du Projet Régional de Santé Rhône-Alpes.²

3 – La gouvernance du projet

Elle est assurée par le CROMK RA et les CRCM du Réseau EMERAA. Un comité de pilotage rassemble les parties prenantes (CROMK et CRCM) et un comité technique assure le suivi du déroulement du projet (Réseau EMERAA et représentants du Comité de Pilotage).

4 – Organisation du projet

Le réseau EMERAA assure la maîtrise d'œuvre du projet.

Il coordonne les actions conduites autour des §2.2 et 2.3.

Il adapte le cahier des charges aux contextes locaux et prépare le contrat avec les centres ayant accepté de satisfaire aux conditions du cahier des charges.

Il organise des formations s'inscrivant dans le cadre du DPC.

Il contribue à l'animation du réseau des pôles d'expertise.

Il suit et évalue le protocole de coopération sur le terrain.

Il participe à la construction de la filière de santé maladies rares Mucoviscidose (au niveau national) en lien avec les différents acteurs impliqués dans son organisation.

Il prépare avec le réseau SPIRO l'extension de l'expérimentation conduite autour de la Mucoviscidose à l'ensemble des bronchopathies.

Sur le terrain, le CROMK RA assurera la promotion du projet auprès des kinésithérapeutes.

5 – Les moyens humains et matériels

² (Il est précisé, dans le SROS ambulatoire, à propos de la profession des Masseurs kinésithérapeutes, que «l'exercice libéral en cabinet est majoritaire. La prise en charge à domicile ou dans les EPHAD des personnes âgées ou de patients de maladies chroniques comme la mucoviscidose devient difficile, laissant envisager pour cette profession, la délégation de tâches à une nouvelle profession à créer : les « aides-kiné » à l'instar des aides-soignants».)

Ils sont ceux du CROMKRA, des CRCM, du Réseau EMERAA et de l'URPS – MK, avec le moment venu, ceux du réseau SPIRO et du Réseau Bronchiolite de Haute-Savoie et des autres associations de kinésithérapie respiratoire.

6 – Le dispositif d'évaluation

Dans le cadre de l'expérimentation Mucoviscidose, il est piloté et animé par le Conseil National de l'Ordre des Kinésithérapeutes et le Conseil National de la Mucoviscidose (organe exécutif de la Société Française de la Mucoviscidose et de l'Association Vaincre la Mucoviscidose).

7 – Le financement du projet

7.1 Les ressources affectées actuellement au réseau EMERAA contribuent à la structuration et au développement du projet.

7.2 Les pôles d'expertise clinique perçoivent une dotation annuelle forfaitaire

Une dotation annuelle forfaitaire est calculée sur la base du nombre d'actes (Bilan Diagnostic Kiné inscrit dans la nomenclature et des actes effectués lors des WE et jours fériés) potentiellement réalisables au cours de l'année et référés à la population des patients pris en charge. Cette dotation annuelle forfaitaire pour une population déterminée se substituant à une rémunération individuelle et ponctuelle ; ce forfait ne couvre pas la rémunération des actes de kinésithérapie respiratoire et autres actes annexes.

Annexe 1

Article L4011-1 Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 51](#)

Par dérogation aux articles [L. 1132-1](#), [L. 4111-1](#), [L. 4161-1](#), L. 4161-3, L. 4161-5, [L. 4221-1](#), [L. 4311-1](#), L. 4321-1, L. 4322-1, [L. 4331-1](#), L. 4332-1, [L. 4341-1](#), L. 4342-1, [L. 4351-1](#), [L. 4361-1](#), L. 4362-1, L. 4364-1 et [L. 4371-1](#), les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles [L. 4011-2](#) et L. 4011-3.

Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

Annexe 2

Projet de cahier des charges du Pôle d'Expertise Clinique en Kinésithérapie Respiratoire (PEC KR)

Introduction

Le projet de développement de pôles d'expertise clinique en kinésithérapie pour la prise en charge des personnes atteintes de bronchopathies chroniques relève d'un diagnostic de territoire. Dans ces maladies, la préservation du capital respiratoire repose très largement sur le drainage régulier des sécrétions bronchiques, le dépistage et le traitement précoces des exacerbations de la bronchite.

Cela implique que tous les patients, indépendamment de leur âge ou du contexte géographique et familial, aient un égal accès aux compétences en kinésithérapie respiratoire, disposent des moyens nécessaires à un drainage bronchique efficace et adapté, dans un environnement assurant la continuité des soins.

L'objectif du projet est de mettre en place une organisation qui sur un territoire déterminé, en lien avec les médecins de premier recours, garantit la prise en charge par la profession des Masseurs Kinésithérapeutes de l'ensemble des patients intéressés.

L'organisation, qui rassemble les Kinésithérapeutes explicitement engagés vis-à-vis d'une population définie, est conçue comme une entité associative portant un projet de santé sur un territoire établi. Elle affiche clairement les caractéristiques de l'offre de service notamment en ce qui concerne les critères d'accessibilité et de continuité des soins. Ce projet de santé est compatible avec les orientations fixées par le PRS en région.

Suggestion de critères d'obtention du label « PEC KR » ou Cahier des Charges du PEC KR

1 - Le PEC KR est doté d'une forme juridique adaptée à la conduite d'un projet de santé : mise en place, développement et conception de son évaluation.

2 - Le PEC KR réunit des professionnels formellement investis dans le projet.

3 - Le PEC KR met en œuvre les compétences spécifiques en matière de kinésithérapie respiratoire. Il est un des acteurs de la validation des obligations de développement professionnel continu (DPC) de la profession dans son champ spécifique. Les masseurs-kinésithérapeutes du PEC KR s'organisent pour structurer des collaborations avec d'autres professionnels pour répondre aux besoins de santé en matière de kinésithérapie respiratoire.

4 - Le PEC KR organise l'accès aux compétences en kinésithérapie respiratoire et la continuité des soins sur un territoire donné. Il informe la population des caractéristiques de l'offre de service, des critères d'accessibilité et de continuité des soins. Il assure la régulation des demandes de prise en charge.

5 - Le PEC KR organise le dépistage clinique et la mise en route du traitement précoce des exacerbations de la bronchite en coordination avec les médecins référents. Cette coordination fait l'objet d'une demande de protocole Article 51 Loi HPST.

6 - Le PEC KR favorise l'autonomisation des usagers vis-à-vis de leurs maladies : apprentissage des techniques d'autodrainage ; utilisation des aides instrumentales le facilitant ; reconnaissance des signes d'exacerbation ; réalisation des aérosols ; rééducation musculaire et squelettique et réhabilitation physique.

7 - Le PEC KR organise un dispositif de prise en charge à domicile des patients en incapacité de déplacement.

8 - Le PEC KR dispose d'un système d'information permettant d'évaluer l'organisation et les pratiques