



## Pré-rapport

Expérimentation de la kinésithérapie en  
pratique avancée en région Ile-de-France

26 janvier 2023

---

**Yvan TOURJANSKY**

*Kinésithérapeute*

*Président de l'URPS Kiné IDF*

**Anthony DEMONT**

*Kinésithérapeute, Docteur en Santé Publique*

*Chef de projet Pratique avancée de l'URPS Kiné IDF*

**CONVENTION DE SUBVENTIONNEMENT  
AU TITRE DU FONDS D'INTERVENTION REGIONAL (FIR)  
n°C2022DOSRH090**



## Table des matières

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b><i>Rappels des objectifs fixés par la convention.....</i></b>   | <b>2</b>  |
| <b>2</b> | <b><i>Introduction .....</i></b>   | <b>4</b>  |
| 1.       | Contexte.....  | 4         |
| 2.       | Constats .....   | 5         |
| 3.       | Positionnement du projet par rapport aux stratégies régionale et nationale en santé..  | 9         |
| <b>3</b> | <b><i>Éléments de cadrage de l'expérimentation.....</i></b>  | <b>10</b> |
| 1.       | Objectif.....  | 10        |
| 2.       | Périmètre.....   | 10        |
| 3.       | Organisation et méthodologie suivie.....   | 10        |
| 4.       | Impacts attendus à court et moyen terme de l'expérimentation et en prévision de l'intégration d'un kinésithérapeute en pratique avancée dans une équipe de soins ..... | 13        |
| <b>4</b> | <b><i>Principaux résultats au 31/12/2022.....</i></b>  | <b>15</b> |
| 1.       | Résultats de l'analyse de la littérature utilisés pour la présentation de la kinésithérapie en pratique avancée aux équipes des établissements partenaires.....        | 15        |
| 2.       | Objectifs identifiés auxquels le kinésithérapeute en pratique avancée pourrait être une réponse.....   | 17        |
| 3.       | Établissements et équipes partenaires inclus dans l'expérimentation.....   | 17        |
| 4.       | Avancées des travaux par établissement et équipe partenaire .....  | 19        |
| 5.       | Perspectives de déploiement de l'expérimentation .....   | 21        |
| <b>6</b> | <b><i>Calendrier de l'expérimentation et questionnements .....</i></b>   | <b>23</b> |
| 1.       | Calendrier envisagé.....   | 23        |
| 2.       | Éléments complémentaires .....   | 23        |
|          | <b><i>Bibliographie.....</i></b>   | <b>24</b> |
| <b>5</b> | <b><i>Annexes .....</i></b>  | <b>0</b>  |

La convention signée entre l'Union Régionale des Professionnels de Santé Kinésithérapeutes d'Île-de-France et l'Agence Régionale de Santé Île-de-France en 2022 a pour objet la mise en place de l'expérimentation de la kinésithérapie en pratique avancée (KPA) en région Île-de-France.

Pour cela, il est prévu de mettre en place une comitologie permettant de définir les objectifs, le périmètre et les critères d'évaluation de l'expérimentation. **Cette expérimentation vise à établir une « preuve de concept ».**

## 1 Rappels des objectifs fixés par la convention

Pour rappel, les objectifs opérationnels fixés préalablement à la mise en place de cette expérimentation par l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France sont les suivants :

- Poursuivre la mobilisation des organisations représentant :
  - Les professionnels partenaires : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP), la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), la Fédération des Maisons et Pôles de Santé d'Île-de-France (FémasIF), l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), la Collégiale des rééducateurs, les Collégiales médicales, les Conseils régionaux des Ordres professionnels... ;
  - Les structures cibles pour les expérimentations, en visant notamment à minima :
    - 1 établissement de services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) proposant une filière de soins pour l'orthopédie, la neurologie et la gériatrie,
    - 1 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,
    - 1 établissement de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO),
    - 1 structure d'exercice coordonné (type Maison de Santé et/ou Communauté Professionnelle Territoriale en Santé).

D'autres établissements seront sollicités, notamment des services hospitaliers d'urgences, de neurochirurgie, de médecine de la douleur, de pneumologie et de soins intensifs, et autres hôpitaux, centres de rééducation et cliniques franciliennes.

- Recueillir les besoins des structures ciblées pour l'expérimentation.
- Élaborer avec les équipes de soins des structures ciblées les filières de soins des patients dans lesquels le kinésithérapeute en pratique avancée pourrait être pertinent
- Suivre et analyser les données issues de la mise en place expérimentale d'une filière intégrant le kinésithérapeute en pratique avancée :

- Évaluer les dispositifs créés : identifier les forces et opportunités en matière de service rendu ainsi que les faiblesses et risques de leur mise en place concrète sur le terrain.
- Formaliser des éléments permettant de contribuer à de futurs travaux relatifs aux cahiers des charges de la KPA, dans le contexte d'établissements de santé et de contextes de soins différents :
  - Favoriser l'émergence d'un référentiel unique de formation adapté aux professionnels en exercice s'engageant dans l'expérimentation ou bien d'un référentiel par spécialité si nécessaire, en fonction des retours des organisations mobilisées et de structures partenaires telles que : président de la conférence des doyens, facultés de médecine et collégiales médicales, départements de sciences de la rééducation et la réadaptation, IFMK, collégiale des rééducateurs, Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie...
- Évaluer les conditions d'un équilibre médico-économique pour la kinésithérapie en pratique avancée.

## 2 Introduction

Cette partie présente le contexte, les constats et les besoins identifiés ayant conduit à la pertinence de questionner l'intégration d'un kinésithérapeute en pratique avancée dans différentes filières de soins de divers établissements de santé franciliens.

### 1. Contexte

En France, la loi de 2016 visant à la modernisation de notre système de santé a introduit un nouveau cadre juridique dénommé « *la pratique avancée* » pour les auxiliaires médicaux (30). La profession d'infirmier fut la première à être concernée par l'expérimentation locale, puis par le déploiement à l'échelle nationale de l'infirmier en pratique avancée. Ainsi, depuis septembre 2018, un nouveau diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée reconnu au grade de master a vu le jour dans les Universités françaises (31). La création de ce nouveau diplôme fait suite à l'une des stratégies déployées par les gouvernements successifs pour répondre à l'amélioration de l'accès aux soins ainsi que la fluidité des filières des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées (30). Ainsi, la nécessité de voir émerger de nouvelles filières de soins vise à permettre à des auxiliaires médicaux d'intervenir au-delà de leur champ de compétences socles. Depuis le 26 avril 2021, la pratique avancée peut être expérimentée par d'autres auxiliaires médicaux que les infirmiers dont les kinésithérapeutes.

Les deux protocoles nationaux de coopération publiés au Journal Officiel par les arrêtés du 6 Mars 2020 (32,33) autorisant les patients présentant deux états pathologiques (lombalgie aigüe de moins de 4 semaines et traumatisme en torsion de la cheville) à accéder directement à un kinésithérapeute exerçant dans une structure de soins coordonnés et sans consultation préalable avec un médecin généraliste peuvent s'apparenter à de la pratique avancée au sens de la définition internationale. En effet, ces protocoles, en plus d'inclure une réorganisation du parcours des patients en leur autorisant d'accéder directement à un kinésithérapeute, permettent à ce dernier, selon certaines conditions, de prescrire un examen radiographique, un arrêt de travail de moins de 5 jours et certains traitements médicamenteux. Ainsi, il s'agit d'une délégation de tâches médicales acquises par une formation de 10 heures venant compléter la formation initiale du kinésithérapeute.

Parallèlement au déploiement de ces deux protocoles nationaux de coopération, depuis le 24 juin 2021 (34), la mise en place d'un protocole local de coopération entre professionnels de santé au sein d'un établissement de santé, d'un groupement hospitalier de territoire et d'un service de santé des armées a été simplifiée au regard des précédentes dispositions de l'article 61 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (35). Les précédentes dispositions de la loi 2019 impliquaient que les professionnels de santé travaillant en équipe pouvaient s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération incluant des transferts d'activités ou d'actes de soins à visée préventive, diagnostique et/ou thérapeutique. Ainsi, les nouvelles dispositions de ce décret facilitent la mise en place de tels protocoles

locaux avec la nécessité d'obtenir uniquement l'accord de la Commission Médicale de l'établissement. Ce dispositif réglementaire représente donc le levier permettant d'expérimenter dans certaines filières de soins l'intégration d'un kinésithérapeute avec une autonomie et des responsabilités accrues en lieu et place d'un médecin au sein d'une équipe coordonnée pour la prise en charge de certaines populations de patients.

Le 19 novembre 2021, un décret vient définir les modalités de déclaration, par la structure d'exercice coordonné, le directeur de l'établissement ou du service médico-social, des protocoles locaux de coopération auprès du directeur général de l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente, ainsi que les modalités de transmission annuelle des quatre indicateurs de suivi sur la mise en œuvre et la sécurité de ces protocoles (59). Il définit la procédure par laquelle le comité national des coopérations interprofessionnelles peut proposer le déploiement d'un protocole local sur tout le territoire national après avis de la Haute Autorité de santé

A ce jour, aucune pratique avancée n'a encore été officiellement créée et expérimentée sur le terrain pour les kinésithérapeutes français et aucune recherche n'a été menée pour structurer son déploiement en matière d'impacts sur les patients, les professionnels de santé impliqués dans les filières de soins et les financeurs. Il apparaît donc nécessaire d'expérimenter et d'évaluer la pertinence de filières de soins intégrant un kinésithérapeute en pratique avancée.

## 2. Constats

- **Épidémiologie**

Les maladies non-transmissibles définies comme des maladies de longue durée dont l'apparition résulte d'une combinaison de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux tels que les rhumatismes inflammatoires chroniques, les troubles musculosquelettiques et les maladies neurologiques, associés aux troubles fonctionnels chroniques, représentent la principale cause de décès et de handicap dans le monde (1). Les troubles musculosquelettiques, affections de l'appareil locomoteur, représentent aujourd'hui la principale source de besoins de rééducation et de réadaptation à l'échelle mondiale dont les soins kinésithérapiques font partie. Les autres maladies chroniques impliquent elles aussi des besoins élevés et de longue durée de rééducation et de réadaptation.

En France, le parcours de soins coordonnés depuis 2004 organisant les soins fournis aux patients autour du médecin traitant et des médecins spécialistes pour l'orientation des patients vers la rééducation et la réadaptation **ne semble actuellement pas permettre de remplir son principal objectif** de garantir que les personnes reçoivent les bons soins, au bon moment, par la bonne équipe et au bon endroit à cause de plusieurs facteurs (Figure 1).

**Facteurs réduisant  
 l'accès aux soins des patients**

Liés à l'augmentation de la demande de soins (2,3) :

- Vieillesse de la population dû à l'augmentation continue de l'espérance de vie
- Augmentation de l'inactivité physique et de la sédentarité
- Augmentation de l'incidence des maladies chroniques
- Virage ambulatoire opéré depuis 2013

Liés à la diminution de l'offre de soins :

- Réduction du nombre d'équivalent temps plein des médecins de soins primaires (-18% entre 2016 et 2040)

**Facteurs réduisant  
 l'efficacité des soins fournis  
 aux patients**

- Utilisation non optimale des ressources en soins de santé (humaines et matérielles)
- Formation des médecins de soins primaires peu orientée vers la prise en charge de ces troubles

*Figure 1. Facteurs réduisant l'accès et l'efficacité des soins fournis aux patients*

● **Offre et qualité des soins**

8% de l'ensemble de la population française (5,4 sur 67,27 millions d'habitants), dont 620 000 patients nécessitant des soins de longue durée, n'ont pas de médecin traitant (2). Le nombre d'équivalent temps plein de médecins généralistes rapporté à la population baisserait de 18% entre 2016 et 2040, en partie liée à la féminisation de la profession (3–5), réduisant ainsi l'accès à la majorité des services de soins du système de santé. Au-delà de l'accès aux médecins de soins primaires, chez les médecins spécialistes, l'exercice libéral a tendance à reculer. Les médecins spécialistes exclusivement libéraux ne représentent plus que 43 % des médecins spécialistes en 2021 (6). Cette tendance ne reflète pas qu'une désaffection de la pratique libérale exclusive et découle également du développement de l'exercice mixte, alliant activités libérale et salariée : le nombre de médecins pratiquant ce mode d'exercice a augmenté de 50 % entre 2012 et 2021, passant de 17 400 à 26 200.

Pour ce qui est de la densité, le nombre de médecins spécialistes (libéraux ou en exercice mixte) est ainsi passé de 68,4 pour 100 000 habitants en 2012 à 65,5 en 2022 dans une dizaine de spécialités dont le recours par la population est courant (pédiatrie, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, psychiatrie, ophtalmologie, dermatologie, rhumatologie, cardiologie, oto-rhino-laryngologie, gastro-entérologie, radiologie, anesthésie-réanimation). Ces spécialistes représentent 44 398 médecins, soit un chiffre en stagnation depuis 2012, contrairement à la population qui n'a cessé de croître et augmente la consommation de soins d'année en année (7).

Cette difficulté d'accès aux soins a été constatée et documentée par de nombreux rapports parlementaires depuis les années 2000 tels que celui d'Yvon Berland et de Yann Bourgueil en 2006, de Marc Bernier en 2008, d'Hervé Maurey et de Jean-François Longeot en 2020, de Stéphane Mouiller et de Patricia Schillinger en 2021 et de Sébastien Jumel en 2021 (8–11). Toutefois, la diminution de l'offre de soins et le renforcement de l'hétérogénéité territoriale de cette offre se sont poursuivis jusqu'à aujourd'hui, augmentant le nombre de déserts médicaux par la pénurie de médecins de ville et de médecins libéraux ou salariés exerçant au sein des établissements de santé sur le territoire (12,13). Le profil des médecins toutes spécialités confondues et leur organisation de travail se sont aussi transformés accentuant les baisses d'effectif et leur répartition inégalitaire tant en libéral qu'en salariat (3,5). La recherche d'équilibre entre sphères professionnelle et personnelle des nouvelles générations engendre également une baisse du temps d'activité des médecins. Ainsi et pour toutes ces raisons, il est observé une difficulté d'accès aux soins prescrits par un médecin de toutes spécialités confondues particulièrement dans les territoires insuffisamment dotés en médecin (14,15). **S'il est suffisamment long, le temps d'attente pour accéder aux soins appropriés prescrits par un médecin en cas de pathologies nécessitant des besoins de rééducation et de réadaptation a été identifié comme un facteur clé pouvant contribuer à la détérioration de l'état de santé du patient et à l'augmentation indirecte des dépenses de santé (15,16).**

Plus particulièrement concernant la région Ile-de-France, elle bénéficie d'une offre de soins encore dense bien qu'elle baisse depuis les 5 dernières années, soit actuellement de 24 % de médecins hospitaliers et libéraux en plus que la moyenne nationale, en proportion de la population (17). Toutefois, les médecins généralistes libéraux y sont significativement moins nombreux que dans les autres régions françaises alors que les médecins spécialistes libéraux sont surreprésentés (+ 24 % par rapport à la moyenne nationale par rapport au nombre d'habitants), mais ils pratiquent beaucoup plus souvent des honoraires libres et sont très concentrés dans les départements les plus aisés (Paris, Yvelines et Hauts-de-Seine). L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France évalue ainsi à 37 % la part de la population francilienne qui habite dans une zone problématique en matière d'accès aux soins (18). Les zones prioritaires se situent d'une part dans une zone très densément peuplée, au nord-est de Paris (les 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> arrondissements, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise) et d'autre part dans des zones moins denses, plus distantes des transports en commun et en moyenne plus populaire et âgées que dans la petite couronne : l'est et le sud de la Seine-et-Marne, ainsi que le Nord des Yvelines et la bordure sud de l'Essonne. En nombre d'habitants, les personnes concernées par la difficulté d'accès à des médecins habitent ainsi massivement dans le nord-est de la capitale et la Seine-Saint-Denis et les communes les plus denses du Val-de-Marne, de l'Essonne et du Val d'Oise.

Enfin, concernant l'efficacité des soins fournis par les médecins, la formation initiale des médecins, quelle que soit la spécialité médicale, répond en premier lieu à un objectif majeur de **dépistage et de diagnostic des pathologies graves** pouvant causer diverses symptomatologies indiquant des soins médicaux (19,20). **La formation est ainsi très peu orientée sur la prise en charge des patients consultant pour des pathologies impliquant**

**de la rééducation et de la réadaptation comme principal traitement (19,21–25).** Parmi les traitements recommandés en première intention pour la plupart des maladies non-transmissibles et des troubles chroniques, ceux dispensés par un kinésithérapeute en font partis et devraient être délivrés le plus précocement possible (26–28). Ce constat peut conduire les médecins à orienter ces patients vers des traitements inappropriés par manque de formation et ainsi contribuer à la dégradation de leur état pathologique et l'augmentation des dépenses de santé.

Près de 240 établissements de santé de MCO proposent leurs services de soins en Ile-de-France incluant (18) :

- L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris rassemblant 37 hôpitaux et près de 12 000 lits en MCO,
- Les autres établissements publics : 50 structures et plus de 4 500 lits en MCO,
- Les établissements de santé privé d'intérêt collectif : 40 établissements et plus de 4 500 lits en MCO,
- Et enfin 110 établissements privés pour plus de 10 000 lits en MCO.

Près de 220 établissements de SMR proposant 18 600 lits (toutes spécialités confondues) font aussi partis des acteurs de soins franciliens.

Ces évolutions de l'organisation des soins liée à l'offre et la demande mettent ainsi sous pression la garantie d'accès et d'efficience des soins fournis aux patients et ont fait de la transformation de l'organisation des soins primaires, secondaires et tertiaires une priorité dans de nombreux pays occidentaux comme la France (29).

### ● **Besoins de soins de la population**

En Ile-de-France, au regard des particularités d'accès aux soins évoqués ci-dessus, les inégalités de santé selon les territoires reflètent avant tout la présence d'inégalités sociales et territoriales, à la fois lorsque l'on compare l'Île-de-France aux autres régions, et au sein de la région elle-même. Dans l'ensemble, l'état de santé des Franciliens est plutôt bon. La population y présente une plus faible mortalité qui est le reflet de maladies chroniques moins fréquentes. Ce constat cache toutefois des disparités importantes au sein de la région, qui reflètent les inégalités sociales. Les habitants du département de Paris souffrent moins souvent de maladies chroniques, à âge comparable, que ceux du reste de la région. Ceux de Seine-Saint-Denis connaissent les prévalences les plus fortes de la région, pour la quasi-totalité des affections de longue durée telles qu'une maladie cardiaque, une maladie neurologique, un trouble musculosquelettique, une hypertension artérielle ou une insuffisance respiratoire.

Les conséquences des limites exposées ci-dessus des filières de soins habituellement dirigés par les médecins sont :

- i) pour les patients, un **accès difficile aux soins appropriés** à leur état pathologique, doublé de la survenue d'un risque de complications et de iatrogénie en cas d'**orientation inadaptée** vers les traitements inappropriés selon les recommandations de bonnes pratiques (14,15,36) ;

- ii) pour le système de financement des soins de santé, **des dépenses de santé évitables** lorsqu'il y a un recours accru à des consultations médicales et paramédicales itératives et à des explorations diagnostiques et/ou des traitements inappropriés (21–25,37–39).

**Ainsi, l'évaluation de la pertinence d'intégrer un kinésithérapeute, avec une autonomie et des responsabilités accrues dans les filières de soins de certaines populations de patients visant à se substituer à celles des médecins, semble nécessaire pour déterminer si l'accès et l'efficacité des soins peuvent être améliorés comparativement aux filières usuelles dirigées par des médecins.**

### **3. Positionnement du projet par rapport aux stratégies régionale et nationale en santé**

Cette expérimentation s'inscrit dans les objectifs du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France de promouvoir et améliorer l'organisation en filières des prises en charge en santé sur les territoires (Axe 1) et d'apporter une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficace et équitable (Axe 2) (40). Elle s'inscrit aussi dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 au travers de l'Axe 3, garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge, et l'Axe 4, innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens (41). Cette expérimentation n'a actuellement jamais encore été menée dans une région française au regard de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022.

## 3 Éléments de cadrage de l'expérimentation

### 1. Objectif

L'objectif de cette expérimentation est de construire des filières de soins intégrant un kinésithérapeute avec une autonomie et des responsabilités accrues soutenus par les équipes des établissements partenaires, incorporant les rôles, les compétences et les tâches médicales qui lui seront dévolues. Ceci permettra de fournir une approche cohérente et systématique pour la région Ile-de-France pour la mise en œuvre de ces filières innovantes dans des contextes de soins primaires, de soins secondaires spécialisés et de soins tertiaires spécialisés, en collaboration avec les médecins, les kinésithérapeutes, les cadres de santé et directeurs d'établissements de santé et, selon les situations, d'autres professionnels paramédicaux ou infirmiers.

### 2. Périmètre

Le périmètre de cette expérimentation implique l'ensemble des professionnels de santé et des équipes des établissements de santé et médico-sociaux exerçant en Ile-de-France dans un contexte de soins primaires (programmés ou non-programmés), de soins secondaires spécialisés et de soins tertiaires spécialisés.

Selon le contexte de soins, plusieurs types d'établissements peuvent être concernés par l'expérimentation :

- Structures d'exercice coordonné tels qu'une Maison de Santé Pluridisciplinaire et une Communauté Professionnelle Territoriale en Santé,
- Établissements de Services de SMR,
- Établissements de MCO,
- Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

### 3. Organisation et méthodologie suivie

L'organisation de cette expérimentation s'est basée sur le modèle de planification PRECEDE-PROCEED<sup>1</sup> proposant un cadre organisationnel écologique de la promotion de la santé pour la mise en place de nouvelles filières de soins (42). Ce modèle de planification implique 2 phases, **la planification** d'une nouvelle filière de soins répondant à des besoins de soins identifiés pour des populations spécifiques et **l'évaluation** du dispositif pour en assurer sa pertinence.

La première phase est envisagée dans la perspective de proposer une réponse aux besoins des établissements de santé et des équipes partenaires de cette expérimentation accompagnés par l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Kinésithérapeutes d'Ile-de-France.

La seconde phase est envisagée en partenariat avec une équipe de recherche pour assurer la qualité méthodologique et scientifique de l'évaluation de cette expérimentation.

---

<sup>1</sup> Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation, Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development

- **Conception de l'expérimentation menée**

Pour l'élaboration de filières théoriques impliquant un kinésithérapeute en pratique avancée, un cadre descriptif et qualitatif a été choisi pour le recueil des données afin de rester au plus proche des discussions avec les équipes des établissements partenaires et ainsi fournir une synthèse complète de ce qui a été entendu et conclu lors des groupes de discussion (28). Cette approche en plusieurs étapes, basée sur le processus itératif utilisé par Harding *et al.* et Bravo *et al.* comprend :

- i) une analyse de la littérature existante sur la kinésithérapie en pratique avancée présentée sous forme de synthèse aux établissements participants ;
- ii) des groupes de discussion formalisés avec les établissements et équipes partenaires ; et
- iii) la rédaction de filières de soins et de référentiels locaux de compétences et d'activités finaux intégrant un kinésithérapeute en pratique avancée (29,30). Les groupes de discussion permettent de recueillir des informations sur les perceptions des participants concernant la kinésithérapie en pratique avancée. Ils sont utiles pour faciliter les interactions entre les participants et maximiser la collecte d'informations de haute qualité dans un laps de temps relativement court (6 mois pour la durée de cette première phase de l'expérimentation) (31).

- **Analyse de la littérature existante sur la kinésithérapie en pratique avancée**

La première phase a consisté à réaliser une revue de la littérature des filières de soins développées à l'étranger intégrant la kinésithérapie en pratique avancée dans un contexte de soins primaires, de soins secondaires spécialisés ou de soins tertiaires spécialisés. Cette revue comprenait les étapes suivantes :

***Identification de la question de recherche***

La revue de la littérature visait à identifier les filières de soins déjà mises en œuvre à travers le monde intégrant la kinésithérapie en pratique avancée dans des contextes de soins primaires, secondaires spécialisés ou tertiaires spécialisés, qui pourraient servir de base pour explorer les perceptions des équipes des établissements partenaires concernant ce sujet. La question de recherche suivante a été formulée pour la revue de la littérature : "Quelles sont les caractéristiques des filières de soins intégrant la kinésithérapie en pratique avancée en matière d'objectifs, de rôles et de tâches dévolues à ces professionnels ?".

***Recherche documentaire***

Une recherche documentaire électronique systématique a été menée dans plusieurs bases de données bibliographiques afin d'identifier les études pertinentes publiées entre le début de la recherche et septembre 2022.

- **Exploration des perceptions des équipes des établissements partenaires**

Les filières de soins initiales identifiées dans la littérature ont fait l'objet d'une discussion plus approfondie sur leur pertinence clinique pour les contextes français de soins primaires, secondaires spécialisés et tertiaires spécialisés. Les perceptions des équipes des établissements partenaires ont été recueillies et analysées afin d'ajuster les filières de soins initiales pour les rendre pragmatiques et adaptés à l'organisation des soins français et à leurs besoins territoriaux.

- **Participants**

La population cible a été définie comme étant les médecins, les kinésithérapeutes, les cadres de santé et directeurs d'établissement ou d'équipes de soins primaires et, le cas échéant, les autres professionnels paramédicaux et les infirmiers travaillant dans divers établissements de santé dans des contextes de soins primaires, secondaires spécialisés ou tertiaires spécialisés de la région Ile-de-France. Tous les établissements de santé fournissant des soins primaires, des soins secondaires et/ou tertiaires spécialisés ont été invités via les délégations régionales des fédérations représentant tous les types d'établissements de santé de la région Île-de-France. En mars 2022, un email détaillant l'objectif de cette expérimentation ainsi que la procédure de participation a été envoyée à leurs responsables pour participer à cette étude. Deux emails de relance ont été envoyés respectivement 6, puis 18 semaines après l'invitation initiale. Après la présentation des résultats de la revue de la littérature aux cadres de santé et/ou aux directeurs des établissements de santé ayant répondu à notre appel à participation, le recrutement s'est ensuite concentré sur les médecins, les kinésithérapeutes, et le cas échéant, sur d'autres professionnels paramédicaux et infirmiers impliqués dans des filières de soins dans lesquelles ils ont perçu qu'un kinésithérapeute disposant d'une autonomie et de responsabilités accrues serait pertinent. Un établissement de santé était inclus dans l'étude si au moins les médecins et les kinésithérapeutes impliqués dans une filière de soins primaires, secondaires spécialisés et/ou tertiaires spécialisés acceptaient de participer au groupe de discussion.

- **Procédure de recrutement**

Chaque équipe de soins d'un établissement de santé impliqué dans un contexte de soins primaires, secondaires spécialisés et/ou tertiaires spécialisés a été invitée à participer à des groupes de discussion séparés et en face à face. Aucun nombre cible de participants aux groupes de discussion n'a été prédéfini afin d'être cohérent avec les équipes des établissements de santé. Deux membres de l'URPS Kiné Ile-de-France (URPS Kiné IDF) ont dirigé les groupes de discussion. **Trois sessions pour chacun des groupes de discussion ont été prédéfinies** avec chaque équipe des établissements partenaires afin de :

1. Présenter de manière détaillée les filières de soins identifiées à partir des résultats de la revue de la littérature et répondre aux questions générales des participants concernant la kinésithérapie en pratique avancée ;

2. Identifier, au sein des filières de soins proposées dans l'établissement, les besoins de soins des patients actuellement non ou insuffisamment pourvus pour lesquels le kinésithérapeute disposant d'une autonomie et d'une responsabilité accrues pourrait être pertinent ;
3. Construire de nouvelles filières de soins intégrant la kinésithérapie en pratique avancée avec la définition de leurs objectifs, rôles et tâches médicaux délégués.

- **Collecte des données**

Avant la première session des groupes de discussion, les caractéristiques individuelles des participants telles que le sexe, l'âge, la profession, leur connaissance concernant la kinésithérapie en pratique avancée (oui/non), l'expérience professionnelle et les diplômes post-gradués détenus ont été recueillies. Un guide pour le groupe de discussion a été élaboré sur la base d'études antérieures publiées concernant le même objectif (7,21,40) et les filières de soins initiales identifiées dans la littérature.

- **Rédaction des filières de soins définitives**

Les filières de soins définitives intégrant la kinésithérapie en pratique avancée ont été rédigés par l'URPS Kiné IDF à partir des discussions avec les équipes des établissements partenaires et dont la version finale a été validée par leurs soins.

#### **4. Impacts attendus à court et moyen terme de l'expérimentation et en prévision de l'intégration d'un kinésithérapeute en pratique avancée dans une équipe de soins**

##### **Les impacts attendus de l'expérimentation :**

- 1) Participation complète des équipes de soins des établissements partenaires au processus d'élaboration de filières de soins innovant intégrant le kinésithérapeute en pratique avancée en réponse à des besoins de soins de populations de patients identifiés ;
- 2) Perceptions positives des équipes médicales et paramédicales des établissements partenaires concernant les impacts de l'intégration d'un kinésithérapeute en pratique avancée ;
- 3) Acceptabilité des équipes médicales des établissements partenaires concernant le transfert et la délégation de compétences et tâches médicales pour le kinésithérapeute en pratique avancée habituellement dévolues aux médecins ;
- 4) Construction et validation par les équipes et établissements partenaires de nouvelles filières de soins intégrant la kinésithérapie en pratique avancée pour répondre à des besoins de soins non ou insuffisamment pourvus.

##### **Les impacts attendus de l'intégration d'un kinésithérapeute en pratique avancée dans une équipe de soins coordonnés :**

- en termes d'amélioration du service rendu pour les patients :

- 1) Amélioration de l'efficacité des soins fournis ;
- 2) Amélioration de la qualité des soins fournis en accord avec les recommandations de bonnes pratiques ;

- 3) Réduction du délai de prise en soins ;
  - 4) Rapidité d'accès aux soins les plus appropriés selon l'état pathologique du patient ;
  - 5) Réduction du nombre de consultations médicales et paramédicales inappropriées ;
  - 6) Réduction du risque de chronicisation de l'état pathologique des patients pris en charge par la précocité de l'offre et de la qualité des soins dispensés.
- en termes d'organisation et de pratiques professionnelles :
- 1) Développer la pratique de consultations d'évaluation, de triage et d'orientation par le kinésithérapeute en pratique avancée ;
  - 2) Développer des pratiques coordonnées entre les médecins de différentes spécialités médicales, les kinésithérapeutes en pratique avancée et les rééducateurs ;
  - 3) Utilisation du kinésithérapeute au plein potentiel de ses compétences soles associées à des compétences médicales transférées pour réduire les recours inappropriés à des médecins ;
  - 4) Libération du temps médical des médecins pour les patients présentant des états pathologiques plus complexes et/ou plus sévère et/ou mobilisant pleinement leurs compétences.
- en bénéfices identifiés / coûts évités / économies potentielles :
- 1) Meilleure récupération et amélioration de l'état de santé du patient liée à une efficacité élevée des soins fournis et une durée réduite des soins ;
  - 2) Réduction des recours aux avis médicaux et aux soins inappropriés ou évitables tels que des consultations médicales de médecins spécialistes et des consultations paramédicales de rééducateurs ;
  - 3) Réduction du nombre de prescriptions d'examens diagnostiques (imagerie par exemple) et de prescriptions médicamenteuses inappropriées ;
  - 4) Réduction des limitations d'activité et des restrictions de participation à la vie en société des patients bénéficiant de l'intervention d'un kinésithérapeute en pratique avancée.

## 4 Principaux résultats au 31/12/2022

### 1. Résultats de l'analyse de la littérature utilisés pour la présentation de la kinésithérapie en pratique avancée aux équipes des établissements partenaires

La Confédération Mondiale de la Physiothérapie a défini en 2019 la **pratique avancée en kinésithérapie** comme une pratique clinique qui (43) :

- « Implique un niveau supérieur de pratique, de fonctions, de responsabilités, d'activités et de capacités,
- Peut être associée à un titre professionnel particulier (en fonction de la législation du pays),
- Exige une combinaison de compétences et de connaissances cliniques et analytiques avancées et nettement améliorées, de raisonnement clinique, d'attitudes et d'expériences,
- Permet d'utiliser des compétences et des connaissances de niveau avancé pour influencer l'amélioration des services et améliorer les résultats et l'expérience des patients, ainsi que la présence d'un leadership clinique,
- Favorise la prise de responsabilité en matière de prestation sûre et adéquate de soins aux patients/clients ayant généralement des besoins ou des problèmes complexes et de gestion des risques. »

Selon une enquête réalisée pour la *World Physiotherapy* et publiée en 2020 (44), les modèles de soins primaires, d'urgence et secondaires spécialisés intégrant un kinésithérapeute en pratique avancée ont été rapportés comme d'ores et déjà mis en œuvre dans 14 pays sur 82 interrogés dont l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. Pour ces différents modèles de soins, des kinésithérapeutes en pratique avancée ont été intégrés dans des équipes pluridisciplinaires. L'Australie (45–47), la Nouvelle-Zélande (48), le Royaume-Uni (49) et l'Irlande (50) sont actuellement les quatre pays à avoir développé des directives nationales incluant la définition de la pratique avancée, les compétences minimales requises à l'exercice du kinésithérapeute en pratique avancée, les processus de maintien des acquis et les ressources nécessaires à la mise en place de ces modèles de soins. Les modèles de soins intégrant des kinésithérapeutes en pratique avancée dans les pays dans lesquels des directives nationales n'ont pas encore été développées peuvent être plus diversifiés et moins standardisés au sein du même territoire.

La pratique avancée de la masso-kinésithérapie **exige une formation supplémentaire, une importante expérience professionnelle et un perfectionnement des compétences** pour faire face à un niveau de risque accru du fait d'une prévalence de pathologies graves et complexes plus élevées au sein des patients que ce professionnel prend en charge. Elle implique une responsabilité et une autonomie accrues en se substituant au médecin dans un modèle de soins donné, une collaboration étroite avec d'autres professionnels de la santé, des efforts de recherche et l'application de connaissances et de compétences d'encadrement dans la prestation de services de soins (43,51,52). Bien que l'évaluation et le diagnostic différentiel soient communs aux rôles du kinésithérapeute diplômé de formation initiale dans de nombreux pays, les kinésithérapeutes en pratique avancée assument des rôles et compétences qui vont au-delà de ceux habituellement mobilisés.

Les filières de soins identifiées dans la littérature intégrant la kinésithérapie en pratique avancée visent trois objectifs :

- ✓ **Simplifier** la filière des patients devant bénéficier précocement des soins dispensés par un kinésithérapeute,
- ✓ **Améliorer** l'efficacité des soins offerts par la **réduction** du recours à des ressources en soins de santé inappropriées ainsi que les dépenses de santé évitables,
- ✓ **Réduire** la charge de travail des médecins en mobilisant de manière plus efficace les compétences de chaque professionnel de santé aux patients appropriés.

Deux profils de kinésithérapeutes ont été proposés dans ces filières :

- soit des **kinésithérapeutes issus de la formation initiale** fournissant leurs soins en accès direct **pour améliorer l'accès aux soins**,
- soit des **kinésithérapeutes en pratique avancée** (ayant validés une formation supplémentaire au diplôme initial) exerçant des rôles, des compétences et des tâches médicales habituellement dévolues aux médecins **pour améliorer l'efficacité des soins fournis**.

Ces professionnels peuvent être autorisés à réaliser certains actes médicaux tels que prescrire des traitements médicamenteux et sont en mesure de participer à la réduction de la charge de travail des médecins ainsi qu'à réduire les orientations inappropriées vers des professionnels de santé de soins secondaires spécialisés tels que des médecins spécialistes et des auxiliaires médicaux (53). Enfin, ces filières semblent améliorer également la prise en charge des patients qui ne seraient pas de potentiels candidats à une intervention chirurgicale et de ceux présentant des troubles non complexes (54,55).

Ces rôles et activités élargis peuvent inclure, selon le contexte et le pays (49,54,56–58) :

- la formulation d'un diagnostic médical,
- la prescription et l'interprétation d'explorations diagnostiques,
- la prescription de certains traitements médicamenteux (antalgiques et anti-inflammatoires non-stéroïdiens principalement),
- l'orientation des patients vers des professionnels de santé dispensant des soins secondaires ou tertiaires spécialisés,
- l'organisation de la sortie d'hospitalisation du patient,
- l'application d'interventions thérapeutiques médicales telles que les injections, la chirurgie mineure, la réduction des fractures, la fabrication et la pose de plâtre,
- la participation aux staffs médicaux et/ou aux réunions de concertation pluridisciplinaire.

Les principales caractéristiques entraînant une variabilité d'un pays à l'autre du niveau d'autonomie et de responsabilités du kinésithérapeute dans ces filières de soins sont la formation initiale des kinésithérapeutes, l'acceptabilité des professionnels médicaux et paramédicaux et des financeurs à promouvoir l'émergence de ces nouveaux modes d'exercice, les besoins de soins non ou insuffisamment pourvus des patients pouvant

bénéficiaire de l'intervention d'un kinésithérapeute en pratique avancée et le contexte de soin dans lequel ce professionnel pourrait exercer.

## **2. Objectifs identifiés auxquels le kinésithérapeute en pratique avancée pourrait être une réponse**

Les objectifs ci-dessus (simplifier les filières, améliorer l'efficacité, réduire la charge de travail des médecins) ont été présentés aux établissements et équipes partenaires. Ils ont été totalement approuvés concernant l'intégration d'un kinésithérapeute en pratique avancée dans les filières de soins de certaines populations de patients.

## **3. Établissements et équipes partenaires inclus dans l'expérimentation**

Après deux appels à candidature transmis à l'ensemble des établissements de santé fournissant des soins dans un contexte de soins primaires, secondaires spécialisés et tertiaires spécialisés via les délégations franciliennes de la FEHAP, la FHF, la FHP, la FémasIF et l'AP-HP, plusieurs établissements ont répondu favorablement pour participer à l'expérimentation du kinésithérapeute en pratique avancée :

- Structures d'exercice coordonné :
  - Maison de Santé Pluridisciplinaire – Triel Santé Seine – Madeleine Brès (Triel-sur-Seine – 78) :
    - La coordinatrice et une kinésithérapeute ont été rencontrés,
    - Ont préféré s'orienter vers la mise en place des protocoles nationaux de coopération de délégation de tâches entre médecins généralistes et kinésithérapeutes ;
    - N'ont pas été inclus dans la suite de l'expérimentation ;
  - Maison de Santé Pluridisciplinaire des Bleuets – Savigny-sur-Orge (91)
    - Deux kinésithérapeutes et le médecin généraliste référent ont été rencontrés,
    - Ont préféré s'orienter vers la mise en place des protocoles nationaux de coopération de délégation de tâches entre médecins généralistes et kinésithérapeutes ;
    - N'ont pas été inclus dans la suite de l'expérimentation ;
  - Maison de Santé Pluridisciplinaire des 4 chemins – Colombes (92)
    - Un kinésithérapeute et le médecin généraliste référent ont été rencontrés,
    - Ont préféré s'orienter vers la mise en place des protocoles nationaux de coopération de délégation de tâches entre médecins généralistes et kinésithérapeutes ;
    - N'ont pas été inclus dans la suite de l'expérimentation ;
  - Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé – Axe Majeur (Cergy – 95) :
    - Le Président, médecin généraliste, et un kinésithérapeute de la CPTS ont été rencontrés,

- Souhaitent prendre le temps de réfléchir à quel protocole ils souhaitent développer pour répondre au mieux aux besoins de soins de la population de leur territoire ;
  - N'ont pas été inclus dans la suite de l'expérimentation ;
- Établissements de SMR :
- Institut de Réadaptation de Romainville – SMR Seine-Saint-Denis (93) – LNA Santé :
    - Le directeur de l'établissement, le médecin de médecine physique et de réadaptation référent, le cadre de rééducation et une kinésithérapeute ont été rencontrés,
    - Ont souhaité participer à l'expérimentation.
  - Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles – SMR Menucourt (95) - La Châtaigneraie :
    - La directrice de la réadaptation, deux médecins de médecine physique et de réadaptation et un kinésithérapeute ont été rencontrés,
    - Ont souhaité participer à l'expérimentation.
- Établissements de MCO :
- Assistance Publique des Hôpitaux de Paris :
    - Rencontre de la direction de l'innovation ;
    - A souhaité participer à l'expérimentation.
  - Service d'accueil des urgences – Hôpital Européen Georges-Pompidou – MCO Paris (75) - Assistance Publique des Hôpitaux de Paris :
    - Le chef de service et deux médecins urgentistes ont été rencontrés,
    - Ont souhaité évaluer les besoins des professionnels de santé du service avant de participer à l'expérimentation.
- Établissements sanitaires et médico-sociaux :
- Centre de Gérontologie – Les Abondances Le Rouvray – Boulogne-Billancourt (92) :
    - La directrice des soins et des relations avec les usagers a été rencontrée,
    - A souhaité évaluer les besoins des professionnels de santé de son établissement avant de participer à l'expérimentation.

Tous les établissements et équipes rencontrés ont manifesté l'existence de besoins de soins non ou insuffisamment pourvus par leurs équipes médicales et paramédicales pouvant justifier l'intervention d'un kinésithérapeute avec un niveau d'autonomie et de responsabilités accrues dans les différents contextes de soins dans lesquels ils proposent leurs soins (primaires, secondaires ou tertiaires spécialisés). Plusieurs d'entre eux n'ont toutefois pas souhaité poursuivre l'expérimentation pour les faiblesses et menaces identifiées et listées dans le Tableau 5 ci-après (dans la partie 5 sur les perspectives de déploiement de l'expérimentation).

#### 4. Avancées des travaux par établissement et équipe partenaire

- **Institut de Réadaptation de Romainville – SMR Seine-Saint-Denis (93)**

**Participants de l'établissement aux groupes de discussion :**

- 2 médecins de médecine physique et réadaptation, 1 kinésithérapeute et la directrice de la réadaptation

**Nombre de réunions organisées** par l'URPS Kiné IDF avec l'ensemble des participants : 3 (12/05/2022 ; 19/10/2022 ; 07/12/2022).

**Perceptions des participants concernant l'expérimentation :**

- Importance que le kinésithérapeute prenant de nouvelles fonctions ait préalablement de l'expérience professionnelle et des compétences dans la prise en charge de populations de patients : Neurologie et Appareil locomoteur pour les besoins de cet établissement ;
- Inscription du kinésithérapeute en pratique avancée dans une équipe pluridisciplinaire coordonnée ;
- Capacité de réorienter le patient selon ses besoins médicaux et de rééducation – rôle de coordinateur dans la prise en charge des patients ;
- Nécessité d'une reconnaissance statutaire et financière du kinésithérapeute en pratique avancée.

**Résultats finaux approuvés par les participants de l'établissement :**

1. Objectifs visés à l'intégration d'un kinésithérapeute en pratique avancée :
2. Identification de **5 filières de soins** pour plusieurs populations de patients pouvant bénéficier de l'intervention d'un kinésithérapeute en pratique avancée :
3. Construction de **5 nouvelles filières de soins** intégrant un kinésithérapeute en pratique avancée (Annexes 1, 2, 3, 4 et 5).

**Prochaine étape à finaliser :**

1. Élaboration et validation d'un **référentiel local d'activités et de compétences** du kinésithérapeute en pratique avancée au regard des **5 filières de soins construites**.

- **Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle – SMR Menucourt (95)**

**Participants de l'établissement aux groupes de discussions :**

- Le médecin référent de médecine physique et réadaptation, 1 kinésithérapeute, le cadre de santé et le directeur de l'établissement

**Nombre de réunions organisées** par l'URPS Kiné IDF avec l'ensemble des participants : 1 (07/12/2022)

**Perceptions des participants concernant l'expérimentation :**

- Prérequis nécessaire pour accéder au statut de kinésithérapeute en pratique avancée : 3 à 5 ans d'ancienneté ;
- Expérience professionnelle spécifique : mention Neurologie / Appareil locomoteur à séparer du Cardio-respiratoire par exemple ;
- Inscription du kinésithérapeute en pratique avancée dans une équipe pluridisciplinaire coordonnée ;
- Capacité de réorienter le patient selon ses besoins médicaux et de rééducation – rôle de coordinateur ;
- Compétences : évaluation, orientation, coordination et thérapeutiques ;
- Volonté de développer un kinésithérapeute en pratique avancée généraliste sur toutes les filières des patients.

**Résultats finaux approuvés par les participants de l'établissement :**

1. Objectifs visés à l'intégration d'un kinésithérapeute en pratique avancée :
  - Être un lien entre l'équipe de médecins de médecine physique et de réadaptation et l'équipe de kinésithérapeutes au sein de l'établissement ;
  - Répondre à la pénurie de médecins de médecine physique et de réadaptation ;
  - Améliorer la coordination de la prise en charge du patient en adoptant un rôle d'interface avec les médecins généralistes de ville et les médecins de médecine physique et de réadaptation au sein de l'établissement ;
  - Améliorer l'orientation des patients vers les soins les plus appropriés.
2. Identification de **3 filières de soins** pour plusieurs populations de patients pouvant bénéficier de l'intervention d'un kinésithérapeute en pratique avancée :
  - Pour les patients atteints d'une maladie neurologique stabilisée ayant de forts besoins de rééducation et de réadaptation ;
  - Pour les patients opérés d'une pathologie musculosquelettique ou inflammatoires et ayant provoqué des troubles fonctionnels affectant l'appareil locomoteur ;
  - Pour les patients gériatriques présentant de multiples pathologies stabilisées et ayant de forts besoins de rééducation et de réadaptation.

**Prochaines étapes à finaliser :**

1. Construction des **3 nouvelles filières de soins** intégrant le kinésithérapeute en pratique avancée ;
2. Élaboration et validation d'un **référentiel local d'activités et de compétences** du kinésithérapeute en pratique avancée au regard des 3 filières de soins construits.

- **Service d'accueil des urgences – Hôpital Européen Georges-Pompidou – MCO Paris (75) – Assistance Publique des Hôpitaux de Paris**

**Participants de l'établissement à la première réunion :**

- Le chef du service, 2 médecins urgentistes.

**Nombre de réunions organisées** par l'URPS Kiné IDF avec l'ensemble des participants : **1**  
(07/12/2022)

**Perceptions des participants concernant l'expérimentation :**

- Nécessité d'avoir un kinésithérapeute avec une longue expérience et ayant suivi une formation sur la prise en charge en urgence des patients consultant pour une pathologie musculosquelettique ;
- Nécessité de travailler de manière coordonnée avec les médecins urgentistes en cas de besoin d'avis médical selon l'état pathologique du patient ;
- Assurer la délivrance des premiers soins de rééducation et des conseils et réassurance utile pour la sortie du patient du service ;
- Médecins urgentistes ont émis des difficultés récurrentes d'accès des patients sortant du service d'accueil et d'urgences à un kinésithérapeute de ville pour de la rééducation.

**Résultats finaux approuvés par les participants de l'établissement :**

1. Objectifs visés par l'intégration d'un kinésithérapeute en pratique avancée ;
2. Identification de **2 filières de soins** pour plusieurs populations de patients pouvant bénéficier de l'intervention d'un kinésithérapeute en pratique avancée :
  - Pour les patients consultant le service avec une rachialgie aiguë ;
  - Pour les patients consultant pour des symptômes musculosquelettiques suite à un traumatisme isolé quel que soit la localisation sans troubles neurologiques et/ou fracture associés.

**Prochaines étapes à finaliser :**

1. Construction de **2 nouvelles filières de soins** intégrant le kinésithérapeute en pratique avancée ;
2. Élaboration et validation d'un **référentiel local d'activités et de compétences** du kinésithérapeute en pratique avancée au regard des 3 nouvelles filières de soins construits.

**5. Perspectives de déploiement de l'expérimentation**

A la suite des différents entretiens menés avec les établissements partenaires ainsi que ceux ayant refusé d'y participer, peuvent être soulignés à ce stade plusieurs facteurs extrinsèques comme forces et faiblesses et intrinsèques comme opportunités et menaces en vue du déploiement sur le terrain de l'expérimentation de la kinésithérapie en pratique avancée (Tableau 5).

### *Facteurs intrinsèques à l'expérimentation*

| <b>Forces identifiées</b>   | <b>Faiblesses identifiées</b>   |
|---|---|
| Dispositifs expérimentaux existants dans la législation et la réglementation (article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et décret n°2021-804) | Cadre légal et réglementaire de la pratique avancée dans lequel le kinésithérapeute pourrait s'inscrire manque de clarté pour les équipes de soins afin de définir la pertinence de son déploiement |
| Soutien des porteurs de l'expérimentation : Agence Régionale de Santé Ile-de-France et Union Régionale des Professionnels de Santé MK Ile-de-France     |   |
| Financement obtenu par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France pour accompagner l'expérimentation   |   |
| Collaboration avec une unité de recherche pour l'évaluation de l'expérimentation  |   |
| Expérience de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France avec l'accompagnement réalisé pour le déploiement des infirmiers de pratique avancée            |   |

### *Facteurs extrinsèques à l'expérimentation*

| <b>Opportunités identifiées</b>   | <b>Menaces identifiées</b>   |
|---|--|
| Soutien politique des représentants des établissements de santé franciliens   | Déploiement en cours de l'infirmier en pratique avancée perçu par les établissements rencontrés comme inopérant pour répondre aux besoins de soins de la population et des professionnels de santé en exercice |
| Forts besoins de soins des populations prises en charge par les établissements franciliens justifiant d'expérimenter des nouvelles filières de soins intégrant des partages de compétences entre médecins et auxiliaires médicaux                               | Absence de soutien des syndicats représentatifs des spécialités médicales et de l'Ordre des médecins   |
| Création d'un statut pouvant améliorer l'attractivité et l'évolution de carrière des kinésithérapeutes en établissements de santé   | Difficulté de recrutement de kinésithérapeutes par les établissements de santé franciliens   |
| Fort besoin de faciliter la communication entre professionnels de santé afin d'améliorer la coordination des soins : le KPA permettrait de fournir aux kinésithérapeutes un interlocuteur du domaine de la rééducation facilitant l'interface avec les médecins | Baisse d'attractivité de la filière de cadre de santé au profit du kinésithérapeute en pratique avancée  |

## 6 Calendrier de l'expérimentation et questionnements

### 1. Calendrier envisagé

Cette partie présente les grandes étapes envisagées, le déroulement du calendrier ainsi que les modalités de suivi de l'expérimentation.

**Pour la réalisation de ce projet, 3 phases sont proposées :**

- **Phase 1 : Définition des éléments de cadrage de l'expérimentation**
  - Définition du périmètre, de l'organisation et des critères d'évaluation de l'expérimentation ;
  - Rendu du pré-rapport : 15 janvier 2023.
- **Phase 2 : Bilan des actions menées avec les partenaires du projet**
  - Présentation des résultats obtenus par établissement partenaire ;
  - Rendu du rapport intermédiaire : 15 avril 2023.
- **Phase 3 : Analyse des résultats obtenus**
  - Analyse des moyens engagés, des résultats obtenus et des risques identifiés ;
  - Rendu du rapport final : été 2023.

### 2. Éléments complémentaires

L'équipe de l'URPS Kiné IDF reste à votre disposition pour fournir des compléments d'informations liés à l'avancée de l'expérimentation. Pour ces éléments, vous pouvez contacter :

- Yvan Tourjansky, Kinésithérapeute, Président, URPS Kiné IDF : [president@urps-mk-idf.org](mailto:president@urps-mk-idf.org) - 06.60.71.45.41
- Anthony Demont, Kinésithérapeute et Docteur en Santé Publique, Chef de projet Pratique Avancée, URPS Kiné IDF : [a.demont@urps-mk-idf.org](mailto:a.demont@urps-mk-idf.org) - 06.71.90.74.15

**Rédaction du pré-rapport** : Anthony Demont, Chef de projet Pratique Avancée

**Relecture et approbation finale** : Yvan Tourjansky, Président, et Flore Dupoux, Chargée de mission Santé Publique

À Paris, le 26 janvier 2023,

Pour l'URPS Kiné IDF : Yvan Tourjansky, Président

**Signature**

## Bibliographie

1. Bennett JE, Stevens GA, Mathers CD, Bonita R, Rehm J, Kruk ME, et al. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet*. 22 sept 2018;392(10152):1072-88.
2. Le Généraliste. 620 000 patients en affection longue durée sans médecin traitant (Cnam) [Internet]. Le Généraliste. 2021 [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/politique-de-sante/620-000-patients-en-affection-longue-duree-sans-medecin-traitant-cnam>
3. DREES, ORS et URPS Médecins. Etudes et résultats : Les emplois du temps des médecins généralistes [Internet]. 2012 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er797-2.pdf>
4. DREES. Etudes et résultats : Les médecins d'ici 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée [Internet]. 2017 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
5. Observatoire régional de santé Ile-de-France. Les déserts médicaux en Ile-de-France : de quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ? [Internet]. 2018 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: [https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude\\_1490/ORS\\_deserts\\_medicaux\\_vf.pdf](https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1490/ORS_deserts_medicaux_vf.pdf)
6. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constats et projections démographiques [Internet]. Les Éditions de la DREES; 2021 [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
7. Association des Maires Ruraux de France. Dossier de Presse : Études sur la santé en milieu rural [Internet]. 2022 [cité 2 déc 2022]. Disponible sur: [https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2022-09/DP%20AMRF%20Etudes%20Sant%C3%A9%202022%20%231\\_BD.pdf](https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2022-09/DP%20AMRF%20Etudes%20Sant%C3%A9%202022%20%231_BD.pdf)
8. Besnier M. Rapport d'information : Offre de soins sur l'ensemble du territoire [Internet]. Assemblée Nationale; 2008 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1132.pdf>
9. Berland Y, Bourgueil Y. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé [Internet]. ONDPS; 2006 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_cinq\\_experim\\_juin2006.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf)
10. Mouiller P, Schillinger P. Rapport d'information : Initiatives des territoires en matière d'accès aux soins [Internet]. Sénat; 2021 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r21-063/r21-0631.pdf>
11. Jumel S. Rapport : Santé accessible à tous et contre la désertification médicale [Internet]. Assemblée Nationale; 2021 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4711\\_rapport-fond](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4711_rapport-fond)
12. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente

- et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques [Internet]. Les Dossiers de la DREES; 2021 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
13. Castaigne S, Lasnier Y. Les déserts médicaux. Les avis du CESE; 2017.
  14. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2021 [Internet]. 2021 [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1riyb2q/atlas\\_demographie\\_medicale\\_-\\_cnom\\_-\\_2021.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf)
  15. Rapport d'information n° 685 (2016-2017) de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: [http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685\\_mono.html#toc66](http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html#toc66)
  16. Lynch ME, Campbell F, Clark AJ, Dunbar MJ, Goldstein D, Peng P, et al. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain*. mai 2008;136(1-2):97-116.
  17. Mutualité Française. Les inégalités de santé en Île-de-France [Internet]. 2020 [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <https://iledefrance.mutualite.fr/content/uploads/sites/49/2020/10/etude-inegalites-santelDF2020.pdf>
  18. Observatoire Régional de Santé. Mieux connaître la santé des Franciliens et ses déterminants dans les nouveaux territoires de coordination - Profil des 22 territoires du projet régional de santé d'Île-de-France : mises à jour 2019 et nouveautés [Internet]. 2019 [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/mieux-connaître-la-santé-des-franciliens-et-ses-determinants-dans-les-nouveaux-territoires-de-coordination/#:~:text=de%20coordination%20%2D%20ORS-,Mieux%20conna%3AEtre%20la%20sant%3%A9%20des%20Franciliens%20et%20ses,les%20nouveaux%20territoires%20de%20coordination&text=Am%3%A9liorer%20les%20parcours%20de%20soin,du%20Projet%20r%C3%A9gional%20de%20sant%3%A9>
  19. Akesson K, Dreinhöfer KE, Woolf AD. Improved education in musculoskeletal conditions is necessary for all doctors. *Bull World Health Organ*. 2003;81(9):677-83.
  20. DiGiovanni BF, Sundem LT, Southgate RD, Lambert DR. Musculoskeletal Medicine Is Underrepresented in the American Medical School Clinical Curriculum. *Clin Orthop Relat Res*. avr 2016;474(4):901-7.
  21. Negrini S, Politano E, Carabalona R, Mambrini A. General practitioners' management of low back pain: impact of clinical guidelines in a non-English-speaking country. *Spine*. 15 déc 2001;26(24):2727-33; discussion 2734.
  22. Artus M, van der Windt DA, Afolabi EK, Buchbinder R, Chesterton LS, Hall A, et al. Management of shoulder pain by UK general practitioners (GPs): a national survey. *BMJ Open*. 21 juin 2017;7(6):e015711.
  23. Becker A., Breyer R., Kölling W., Sönnichsen A., Donner-Banzhoff N. Low back pain in practice: What do general practitioners do and what orthopaedists? *Z Allg.med*. 2007;83(2):44-50.
  24. Bogefeldt J, Grunnesjö M, Svärdsudd K, Blomberg S. Diagnostic differences

between general practitioners and orthopaedic surgeons in low back pain patients. *Ups J Med Sci.* 2007;112(2):199-212.

25. Logan GS, Dawe RE, Aubrey-Bassler K, Coombs D, Parfrey P, Maher C, et al. Are general practitioners referring patients with low back pain for CTs appropriately according to the guidelines: a retrospective review of 3609 medical records in Newfoundland using routinely collected data. *BMC Fam Pract.* 18 nov 2020;21(1):236.

26. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CWC, Chenot JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J.* nov 2018;27(11):2791-803.

27. Tsakitzidis G, Remmen R, Dankaerts W, Royen PV. Non-specific neck pain and evidence-based practice. *European Scientific Journal, ESJ [Internet].* 28 janv 2013 [cité 26 sept 2019];9(3). Disponible sur: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/727>

28. Royal Australian College of General Practitioners. Guideline for the management of knee and hip osteoarthritis [Internet]. 2nd edn. East Melbourne, Vic: RACGP; 2018 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur:

<https://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/Musculoskeletal/guideline-for-the-management-of-knee-and-hip-oa-2nd-edition.pdf>

29. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma Santé 2022 : Un engagement collectif - Dossier de presse [Internet]. 2018 [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)

30. Article 119 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. *Légifrance*; [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000031913702](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913702)

31. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.

32. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » [Internet].

Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041697989&categorieLien=id>

33. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041697945&categorieLien=id>

34. Décret n° 2021-804 du 24 juin 2021 relatif aux modalités de déclaration et de suivi des protocoles locaux de coopération des établissements de santé, des groupements hospitaliers de territoire et du service de santé des armées - *Légifrance* [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043699594>

35. Article 61 - LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1) - *Légifrance* [Internet]. [cité 20 juin 2022].

Disponible sur:

[https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/LEGIARTI000038824916/2019-07-27](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000038824916/2019-07-27)

36. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie. Avis du Haut Conseil pour

- l'avenir de l'Assurance Maladie : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité [Internet]. 2022 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/Avis%20Hcaam%20Organisation%20soins%20proximite.pdf>
37. Di Iorio D, Henley E, Doughty A. A survey of primary care physician practice patterns and adherence to acute low back problem guidelines. *Arch Fam Med*. déc 2000;9(10):1015-21.
38. Fullen BM, Maher T, Bury G, Tynan A, Daly LE, Hurley DA. Adherence of Irish general practitioners to European guidelines for acute low back pain: a prospective pilot study. *Eur J Pain*. août 2007;11(6):614-23.
39. Fritz JM, Cleland JA, Brennan GP. Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute low back pain delivered by physical therapists? *Med Care*. oct 2007;45(10):973-80.
40. Agence Régionale de Santé - Ile-de-France. Schéma Régional de Santé : Améliorons la santé des franciliens - Plan d'action 2018-2022 [Internet]. 2018 [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/29141/download?inline>
41. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 [Internet]. 2018 [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)
42. Crosby R, Noar SM. What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *J Public Health Dent*. 2011;71 Suppl 1:S7-15.
43. World Confederation for Physical Therapy. Policy Statement: Advanced Physical Therapy Practice [Internet]. 2019 [cité 12 août 2019]. Disponible sur: <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-APTP.pdf>
44. Tawiah AK, Desmeules F, Finucane L, Lewis J, Wieler M, Stokes E, et al. Advanced practice in physiotherapy: a global survey. *Physiotherapy*. déc 2021;113:168-76.
45. Australian Physiotherapy Association. APA Position statement. Scope of practice [Internet]. Hawthorn, Australia; 2016. Disponible sur: [https://australian.physio/sites/default/files/RESOURCES/Advocacy\\_Position\\_Scope\\_of\\_Practice\\_2009.pdf#targetText=The%20position%20of%20the%20APA%20is%20that%3A&targetText=The%20scope%20of%20physiotherapy%20in,the%20current%20scope%20of%20practice](https://australian.physio/sites/default/files/RESOURCES/Advocacy_Position_Scope_of_Practice_2009.pdf#targetText=The%20position%20of%20the%20APA%20is%20that%3A&targetText=The%20scope%20of%20physiotherapy%20in,the%20current%20scope%20of%20practice).
46. Morris J, Grimmer K, Gilmore L, Perera C, Waddington G, Kyle G, et al. Principles to guide sustainable implementation of extended-scope-of-practice physiotherapy workforce redesign initiatives in Australia: stakeholder perspectives, barriers, supports, and incentives. *J Multidiscip Healthc*. 20 juin 2014;7:249-58.
47. Harding P, Prescott J, Sayer J, Pearce A. Advanced musculoskeletal physiotherapy clinical education framework supporting an emerging new workforce. *Aust Health Rev*. juin 2015;39(3):271-82.
48. Physiotherapy Board of New Zealand. Physiotherapy « Extended Scope » in New Zealand. An update to the profession following the Board's Survey in 2014 [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.physioboard.org.nz/sites/default/files/Notification%20for%20the%20profession%20ESP\\_Dec2014.pdf](https://www.physioboard.org.nz/sites/default/files/Notification%20for%20the%20profession%20ESP_Dec2014.pdf)
49. Chartered Society of Physiotherapy. Advanced practice in physiotherapy.

Understanding the contribution of advanced practice in physiotherapy to transforming lives, maximising independence and empowering populations [Internet]. London, UK; 2016. Disponible sur:

[https://www.csp.org.uk/system/files/csp\\_advanced\\_practice\\_physiotherapy\\_2016\\_2.pdf](https://www.csp.org.uk/system/files/csp_advanced_practice_physiotherapy_2016_2.pdf)

50. Irish Society of Chartered Physiotherapists. Creation of crucial advanced physiotherapist grade in hospitals will dramatically reduce patient waiting lists [Internet]. 2021 [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.iscp.ie/news/Creation-of-crucial-advanced-physiotherapist-grade-in-hospitals-will-dramatically-reduce-patient-waiting-lists->

51. Fennelly O, Desmeules F, O'Sullivan C, Heneghan NR, Cunningham C. Advanced musculoskeletal physiotherapy practice: Informing education curricula. *Musculoskeletal Science and Practice*. 1 août 2020;48:102174.

52. Rath L, Faletra A, Downing N, Rushton A. Cross-sectional UK survey of advanced practice physiotherapy: characteristics and perceptions of existing roles. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2 juill 2021;28(7):1-14.

53. Chartered Society of Physiotherapy. Advanced practice physiotherapists in GP practices : a « how-to » guide for implementation [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.csp.org.uk/system/files/publication\\_files/Scotland%20FCP\\_APP%20Implementation%20Guidance\\_PRINT%5B18963%5D.pdf](https://www.csp.org.uk/system/files/publication_files/Scotland%20FCP_APP%20Implementation%20Guidance_PRINT%5B18963%5D.pdf)

54. Desmeules F, Roy JS, MacDermid JC, Champagne F, Hinse O, Woodhouse LJ. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders* [Internet]. déc 2012 [cité 11 avr 2018];13(1). Disponible sur: <http://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-13-107>

55. O Mir M, Cooney C, O'Sullivan C, Blake C, Kelly P, Kiely P, et al. The efficacy of an extended scope physiotherapy clinic in paediatric orthopaedics. *J Child Orthop*. avr 2016;10(2):169-75.

56. Moffatt F, Goodwin R, Hendrick P. Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. *Primary Health Care Research & Development*. mars 2018;19(02):121-30.

57. Anaf S. Physiotherapy's role in emergency department settings: a qualitative investigation of emergency stakeholders' perceptions [Internet]. 2008. Disponible sur: <https://researchonline.jcu.edu.au/1990/1/01front.pdf>

58. Noblet T, Marriott J, Hensman-Crook A, O'Shea S, Friel S, Rushton A. Independent prescribing by advanced physiotherapists for patients with low back pain in primary care: A feasibility trial with an embedded qualitative component. *PLoS ONE*. 2020;15(3):e0229792.

59. Décret n° 2021-1512 du 19 novembre 2021 relatif aux modalités de déclaration et de suivi des protocoles locaux de coopération au sein des dispositifs d'exercice coordonné et des établissements et services médico-sociaux Légifrance [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044346656>

## 5 Annexes

**Annexe 1.** Nouvelle filière de soins impliquant un kinésithérapeute en pratique avancée pour la prise en charge des patients diagnostiqués d'une maladie de Parkinson au sein de l'Institut de Réadaptation de Romainville

| FILIÈRE N°1   | QUOI   | QUI   | QUAND  |
|---|--|---|--|
| Patient diagnostiqué d'une maladie de Parkinson et suivi par un neurologue : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Syndrome Parkinsonien déclaré il y a moins de 5 ans</li> <li>✓ Maladie de Parkinson idiopathique</li> </ul> | Planification de la première consultation  | Secrétaire médicale   | A réception de la demande de rééducation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par mail</li> <li>• Courrier papier du médecin</li> <li>• Trajectoire</li> </ul> |
|   | Consultation d'admission en compagnie d'un infirmier de coordination <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motif d'admission</li> <li>2. Histoire de la maladie</li> <li>3. Antécédents médicaux avec traitements</li> <li>4. Mode de vie</li> <li>5. Evaluation des risques               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Troubles de la déglutition</li> <li>– Troubles Vésico sphinctérien</li> <li>– Isolement social</li> <li>– Troubles thymiques</li> <li>– Troubles nutritionnels</li> <li>– Troubles cognitifs</li> </ul> </li> <li>6. Evaluation clinique               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fonctionnelle et analytique</li> <li>– Evaluation neurologique</li> <li>– Evaluation cardiorespiratoire</li> <li>– Evaluation de l'autonomie</li> <li>– Evaluation du langage</li> </ul> </li> </ol> | Kinésithérapeute en pratique avancée (consultation d'une heure) | Consultation d'admission en hospitalisation de jour  |

|  |  |                                      |   |
|--|--|--------------------------------------|---|
|  | <p>Prescription de rééducation en hospitalisation de jour</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmes</li> <li>- Fréquence</li> <li>- Durée moyenne de séjour</li> </ul> <p>Prescription de rééducation en libérale</p> <p>Prescription d'examens complémentaires (radiographie et/ou échographie pour recherche de troubles ostéo-articulaires associés) Interprétation du résultat de l'imagerie</p> <p>Demande d'avis médical, auprès des médecins de médecine physique et de réadaptation référents et/ou du médecin traitant, en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles thymiques</li> <li>- Douleur nécessitant une prise en charge médicamenteuse hors antalgique palier 1 et 2</li> <li>- Consultation cardiologique</li> <li>- Autres troubles secondaires</li> </ul> <p>Demande d'avis au médecin traitant</p> |                                      |   |
|  | Planification du programme d'hospitalisation de jour   | Infirmier de coordination            | Consultation                            |
|  | Démarrage du programme d'hospitalisation de jour   | Patients                             | J1                                      |
|  | Synthèse interdisciplinaire  | Equipe interdisciplinaire            | Tous les 15 jours                       |
|  | Consultation de suivi  | Kinésithérapeute en pratique avancée | 1 fois/mois                             |
|  | Synthèse interdisciplinaire<br>Décision de date de sortie + relais   | Equipe interdisciplinaire            | 15 jours après la consultation initiale |



Union Régionale des Professionnels de Santé  
**MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**  
**D'ÎLE-DE-FRANCE**

**Annexe 2.** Nouvelle filière de soins impliquant un kinésithérapeute en pratique avancée pour la prise en charge de patients nécessitant des soins post-opératoires suite une affection de l'appareil locomoteur au sein de l'Institut de Réadaptation de Romainville

| FILIÈRE N°2                                  | QUOI  | QUI  | QUAND   |
|--|---|--|---|
| Patients en post-opératoire de traumatologie | Planification de la consultation en fonction des critères suivants: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demande de sortie d'hospitalisation complète</li> <li>- Demande externe</li> </ul> Age : Patients de moins de 65 ans   | Secrétaire médicale                            | A réception de la demande de rééducation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par mail</li> <li>• Courrier du médecin</li> <li>• Trajectoire</li> </ul> |
|  | Consultation d'admission avec un infirmier de coordination <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Motif d'admission</li> <li>8. Histoire de la maladie</li> <li>9. Antécédents médicaux avec traitements</li> <li>10. Mode de vie</li> <li>11. Evaluation des risques               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Isolement social</li> <li>- Troubles thymiques</li> <li>- Troubles nutritionnels</li> <li>- Troubles cognitifs</li> <li>- Ostéoporose</li> </ul> </li> <li>12. Evaluation clinique               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fonctionnelle et analytique</li> <li>- Evaluation orthopédique et fonctionnelle</li> <li>- Evaluation cardio respiratoire</li> </ul> </li> </ol> Prescription de rééducation <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmes</li> <li>- Fréquence</li> <li>- Durée moyenne de séjour</li> </ul> | Kinésithérapeute en pratique avancée (1 heure) | Consultation d'admission en hospitalisation de jour   |

|  |   |                                      |  |
|--|---|--------------------------------------|--|
|  | <p>Prescription de rééducation en libéral</p> <p>Prescription d'examens complémentaires (imagerie)</p> <p>Demande d'avis médical en hospitalisation de jour auprès des médecins de médecine physique et de réadaptation référents</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles thymiques</li> <li>- Douleur nécessitant une prise en charge médicamenteuse hors antalgiques de palier 1 et 2</li> <li>- Consultation cardiologique</li> <li>- Autres troubles secondaires</li> </ul> <p>Demande d'avis au médecin traitant</p> |                                      |  |
|  | Planification du programme d'hospitalisation de jour  | Infirmier de coordination            | Consultation                                     |
|  | Démarrage du programme d'hospitalisation du jour  | Patients                             | J1   |
|  | Synthèse interdisciplinaire   | Equipe interdisciplinaire            | Tous les 15 jours                                |
|  | Consultation de suivi   | Kinésithérapeute en pratique avancée | 1 fois/mois                                      |
|  | Synthèse interdisciplinaire<br>Décision de date de sortie + relai   | Equipe interdisciplinaire            | 15 jours après la première consultation initiale |

**Annexe 3.** Nouvelle filière de soins impliquant un kinésithérapeute en pratique avancée pour la prise en charge de patients atteints de lombalgie chronique nécessitant d'intégrer un groupe de rééducation pluridisciplinaire au sein de l'Institut de Réadaptation de Romainville

| FILIÈRE N°3  | QUOI  | QUI   | QUAND   |
|--|---|---|---|
| <p>Groupe de rééducation pluridisciplinaire pour les patients atteints de lombalgie chronique de plus de 6 mois, sans troubles neurologique objectivée à un examen d'imagerie diagnostique</p> | <p>Planification de la consultation en fonction</p>   | <p>Secrétaire médicale</p>                          | <p>A réception de la demande de rééducation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par mail</li> <li>• Courrier du médecin</li> <li>• Trajectoire</li> <li>•</li> </ul> |
|  | <p>Consultation d'admission avec un infirmier de coordination</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Motif d'admission</li> <li>14. Histoire de la maladie avec les arrêts de travail</li> <li>15. Antécédents médicaux avec traitements</li> <li>16. Mode de vie</li> <li>17. Evaluation des risques               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Isolement social</li> <li>– Evaluation des risques socio-professionnels</li> <li>– Troubles thymiques</li> <li>– Troubles nutritionnels</li> <li>– Troubles cognitifs</li> <li>– Ostéoporose</li> </ul> </li> <li>18. Evaluation clinique               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fonctionnelle et analytique</li> <li>– Evaluation orthopédique et fonctionnelle</li> <li>– Evaluation cardio respiratoire</li> <li>– Evaluation de l'autonomie</li> </ul> </li> </ol> | <p>Kinésithérapie en pratique avancée (1 heure)</p> | <p>Consultation d'admission en hospitalisation de jour</p>  |

|  |   |                                      |   |
|--|---|--------------------------------------|---|
|  | <p>Prescription de rééducation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmes</li> <li>- Fréquence</li> <li>- Durée moyenne de séjour</li> </ul> <p>Prescription de rééducation en libérale</p> <p>Prescription d'examens complémentaires (imagerie)</p> <p>Demande d'avis médical en hospitalisation de jour auprès des médecins de médecine physique et de réadaptation référent</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles thymiques</li> <li>- Douleur nécessitant une prise en charge médicamenteuse hors antalgiques de palier 1 et 2</li> <li>- Consultation cardiologique</li> <li>- Autres troubles secondaires</li> </ul> <p>Demande d'avis au médecin traitant</p> |                                      |   |
|  | Planification du programme d'hospitalisation de jour  | Infirmier de coordination            | Consultation                            |
|  | Démarrage du programme d'hospitalisation de jour  | Patients                             | J1                                      |
|  | Synthèse interdisciplinaire   | Equipe interdisciplinaire            | Tous les 15 jours                       |
|  | Consultation de suivi   | Kinésithérapeute en pratique avancée | 1 fois/mois                             |
|  | Synthèse interdisciplinaire<br>Décision de date de sortie + relai   | Equipe interdisciplinaire            | 15 jours après la consultation initiale |



Union Régionale des Professionnels de Santé  
**MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES  
D'ÎLE-DE-FRANCE**

**Annexe 4.** Nouvelle filière de soins impliquant un kinésithérapeute en pratique avancée pour la prise en charge de patients ayant subi un accident vasculaire cérébrale chronique de plus de 6 mois au sein de l'Institut de Réadaptation de Romainville

| FILIÈRE N°4  | QUOI  | QUI  | QUAND   |
|--|---|--|---|
| Accident vasculaire cérébral chronique, de plus de 6 mois, sans autre pathologie neurologique associée | Planification de la consultation en fonction  | Secrétaire médicale  | A réception de la demande de rééducation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par mail</li> <li>• Courrier du médecin</li> <li>• Trajectoire</li> </ul> |
|  | Consultation d'admission avec un infirmier de coordination <ol style="list-style-type: none"> <li>19. Motif d'admission</li> <li>20. Histoire de la maladie avec les arrêts de travail</li> <li>21. Antécédents médicaux avec traitements</li> <li>22. Mode de vie</li> <li>23. Evaluation des risques <ul style="list-style-type: none"> <li>– Isolement social</li> <li>– Troubles thymiques</li> <li>– Troubles nutritionnels</li> <li>– Troubles cognitifs</li> <li>– Ostéoporose</li> <li>– Troubles vésico-sphinctériens</li> </ul> </li> <li>24. Evaluation clinique <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fonctionnelle et analytique</li> <li>– Evaluation neurologique et fonctionnelle</li> <li>– Evaluation neuro-orthopédique</li> <li>– Evaluation des aides techniques</li> <li>– Evaluation cardio respiratoire</li> <li>– Evaluation de l'autonomie</li> <li>– Evaluation du langage</li> </ul> </li> </ol> | Kinésithérapeute en pratique avancée (1 heure de consultation) | Consultation d'admission en hospitalisation de jour   |

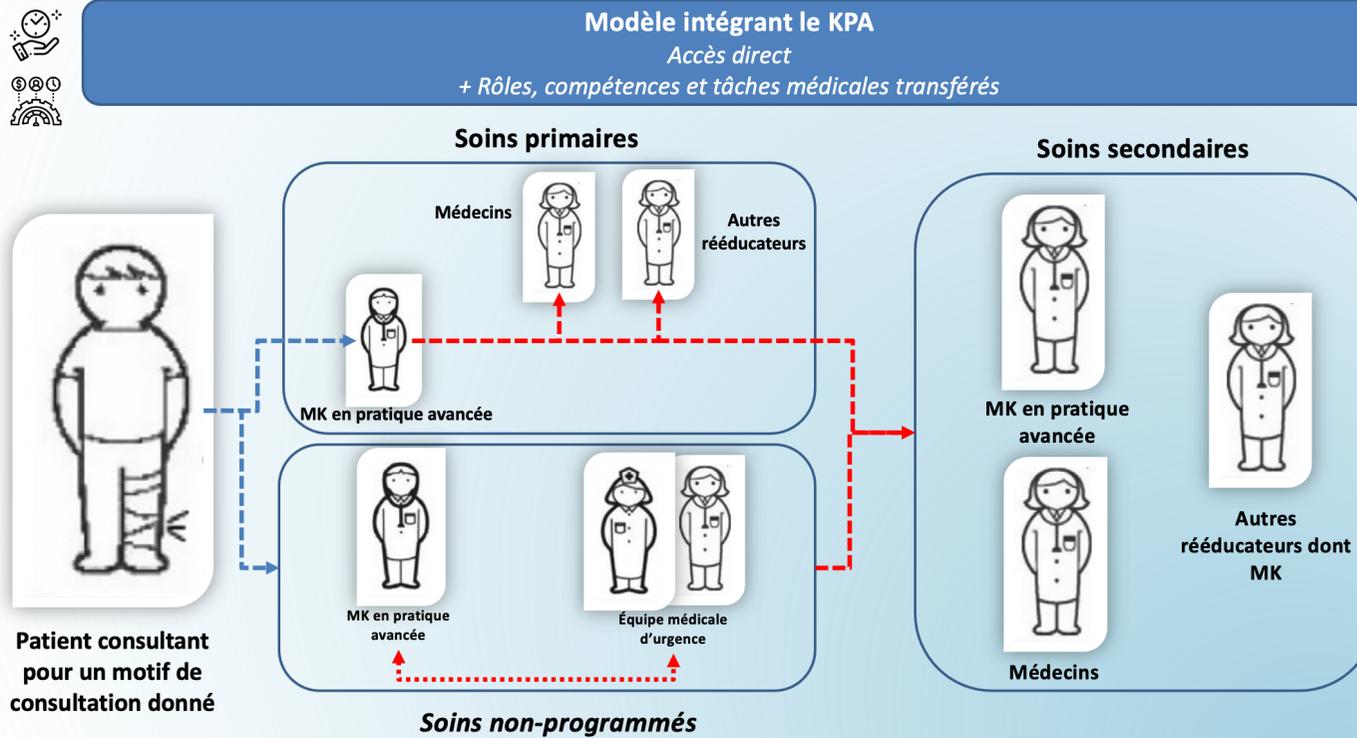
|  |   |                                    |                   |
|--|---|------------------------------------|-------------------|
|  | <p>Prescription de rééducation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmes</li> <li>- Fréquence</li> <li>- Durée moyenne de séjour</li> </ul> <p>Prescription de rééducation en libérale</p> <p>Prescription d'examens complémentaires (imagerie)</p> <p>Demande d'avis médical en hospitalisation de jour auprès des médecins de médecine physique et de réadaptation référent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles thymiques</li> <li>- Douleur nécessitant une prise en charge médicamenteuse hors antalgiques de palier 1 et 2</li> <li>- Consultation cardiologique</li> <li>- Avis neuro-orthopédique</li> </ul> <p>Demande d'avis au médecin traitant</p> |                                    |                   |
|  | Planification du programme d'hospitalisation de jour  | Infirmier de coordination          | Consultation      |
|  | Démarrage du programme d'hospitalisation de jour  | Patients                           | J1                |
|  | Synthèse interdisciplinaire   | Equipe interdisciplinaire          | Tous les 15 jours |
|  | Consultation de suivi   | Kinésithérapie en pratique avancée | 1 fois par mois   |
|  | Synthèse interdisciplinaire<br>Décision de date de sortie + relai   | Equipe interdisciplinaire          | 15 jours          |

**Annexe 5.** Nouvelle filière de soins impliquant un kinésithérapeute en pratique avancée pour la prise en charge de patients atteints d'une pathologie musculosquelettique sans troubles neurologiques associés au sein de l'Institut de Réadaptation de Romainville

| FILIÈRE N°5   | QUOI   | QUI  | QUAND   |
|---|--|--|---|
| Pathologies musculo-squelettiques non diagnostiquées sans troubles neurologiques associés | Planification de la consultation   | Secrétaire médicale  | A réception de la demande de rééducation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par mail</li> <li>• Courrier du médecin</li> <li>• Trajectoire</li> </ul> |
|   | Consultation d'admission avec un infirmier de coordination <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motif d'admission</li> <li>2. Histoire de la maladie avec les arrêts de travail</li> <li>3. Antécédents médicaux avec traitements</li> <li>4. Mode de vie</li> <li>5. Evaluation des risques <ul style="list-style-type: none"> <li>– Isolement social</li> <li>– Troubles thymiques</li> <li>– Troubles nutritionnels</li> <li>– Troubles cognitifs</li> <li>– Ostéoporose</li> <li>– Troubles vésico-sphinctériens</li> </ul> </li> <li>6. Evaluation clinique <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fonctionnelle et analytique</li> <li>– Evaluation neurologique et fonctionnelle</li> <li>– Evaluation neuro-orthopédique</li> <li>– Evaluation des aides techniques</li> <li>– Evaluation cardio respiratoire</li> <li>– Evaluation de l'autonomie</li> </ul> </li> </ol> | Kinésithérapie en pratique avancée (1 heure de consultation) | Consultation d'admission en hospitalisation de jour   |

|  |   |                                    |   |
|--|---|------------------------------------|---|
|  | <p>Diagnostic différentiel<br/>Prescription de rééducation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmes</li> <li>- Fréquence</li> <li>- Durée moyenne de séjour</li> </ul> <p>Prescription de rééducation en libérale</p> <p>Prescription d'examens complémentaires (imagerie)</p> <p>Demande d'avis médical en hospitalisation de jour auprès des médecins de médecine physique et de réadaptation référent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles thymiques</li> <li>- Douleur nécessitant une prise en charge médicamenteuse hors antalgiques de palier 1 et 2</li> <li>- Consultation cardiologique</li> <li>- Avis neuro-orthopédique</li> </ul> <p>Demande d'avis au médecin traitant</p> |                                    |   |
|  | Planification du programme d'hospitalisation de jour  | Infirmier de coordination          | Consultation                            |
|  | Démarrage du programme d'hospitalisation de jour  | Patients                           | J1                                      |
|  | Synthèse interdisciplinaire   | Equipe interdisciplinaire          | Tous les 15 jours                       |
|  | Consultation de suivi   | Kinésithérapie en pratique avancée | 1 fois/mois                             |
|  | Synthèse interdisciplinaire<br>Décision de date de sortie + relai   | Equipe interdisciplinaire          | 15 jours après la consultation initiale |

## Nouvelles filières de soins incluant le kinésithérapeute avec une autonomie et des responsabilités accrues



## Remerciements

- A Aurélien Rousseau , qui en 2020 en tant que DG ARS IDF a mobilisé ses équipes pour envisager l'expérimentation
- A Olivier Véran , qui en tant que ministre de la santé a soutenu l'expérimentation
- A Amélie Verdier qui en tant que DG de l'ARS IDF a continué de mobiliser les équipes de l'ARS et a financé l'expérimentation
- Aux équipes de la direction de l'offre de soins et particulièrement celle des ressources humaines en santé Laure Wallon et Gwenaëlle Lebreton qui co anime le groupe de travail
- A l'APHP ( Martin Hirsch puis Nicolas Revel) pour la mobilisation de leurs équipes
- A la FHF IDF (Alice Jaffré et Éric Clapier) pour la mobilisation de leurs établissements
- A la FEHAP IDF (Renaud Coupry) pour la mobilisation de leurs établissements
- A la FHP IDF (Helena Kiesler ) pour la mobilisation de leurs établissements
- A la FEMASIF (Fatima Saïd Dauvergne) pour la mobilisation de leurs adhérents
- A tous les participants du colloque et tous celles et ceux que nous avons sollicités depuis 2019 sur le sujet en IDF.
- Aux membres de l'URPS kiné IDF qui ont inscrit dans le programme de travail et dès 2019 le projet KPA .

**[www.urps-kine-idf.com](http://www.urps-kine-idf.com)**

30 rue de Lyon - 75012 Paris

Tél. 09 52 00 34 59 - [contact@urps-mk-idf.org](mailto:contact@urps-mk-idf.org) - Suivez-nous

