

KINÉ FLASH PARIS

septembre 2008

Page 2

Contrôles d'activité

Page 5

Rééduquer la marche sans but précis

Page 8

Financement syndical

N° 19

INDUS : la CPAM de Paris durcit le ton

Plusieurs centaines de masseurs-kinésithérapeutes parisiens sont poursuivis par la CPAM de Paris dans une procédure de récupération d'indus consécutive à l'application en toute bonne foi des nouvelles cotations des actes de rééducation ostéo-articulaire (AMS 7,5 et 9,5) entre le 17 mai et le 30 juin 2007.

Un premier groupe fin juillet, puis un deuxième début septembre a eu le plaisir de recevoir un recommandé leur notifiant la somme indue réclamée par la Caisse. Deux options : payer sans rechigner ou adresser ses observations écrites dans le délai d'un mois, avec la menace supplémentaire d'une majoration de 10% si lesdites observations ne sont pas retenues.

Il faut noter que la CPAM de Paris a procédé au remboursement des soins sur la base de ces nouvelles cotations sur toute la période du 17 mai au 30 juin 2007, qu'aucune mise en garde sur l'application de ces nouvelles cotations n'a jamais été adressée aux masseurs-kinésithérapeutes par la CPAM de Paris, ni qu'aucune demande d'entente préalable comportant ces nouvelles cotations adressée à la CPAM de Paris durant cette période n'a fait l'objet d'un refus de cotation de la part de celle-ci.

L'évidence est que l'application de ces cotations entre le 17 mai et le 30 juin a été faite en toute logique en application de la Convention, autant par les professionnels que par la CPAM de Paris, et qu'il serait totalement injuste que la réparation d'une erreur commune d'appréciation n'incombe qu'aux seuls professionnels honnêtes et dévoués en premier lieu à prodiguer les meilleurs soins à leurs patients.

De nombreuses autres Caisses Primaires ont très intelligemment compris qu'il y avait mieux à faire que de lourdes procédures pour récupérer quelques euros par-ci par-là, avec au passage une dégradation des relations conventionnelles à laquelle personne n'a d'intérêt.

**Payer sans rien dire, NON,
contester le bien-fondé de ces réclamations d'« indus »,
OUI !**

Le rapport annuel sur la sécurité sociale en 2007 par la Cour des Comptes vient d'être publié : « dérapage de la Sécu en 2007 ».

Un bruit de couloir laisse entendre la possibilité d'un retour des lettres-clés flottantes.

Le décor est dressé. Comme d'habitude, les acteurs de la santé, ceux qui pratiquent les soins de ville, sont encore responsables.

Cette rentrée s'annonce difficile pour l'ensemble des professionnels de santé. Les soins de ville sont directement mis en cause.

La profession durant ces derniers mois a été le théâtre de nombreuses attaques et humiliations :

- Les négociations au niveau national sur l'ASV piétinent au point que la CNAVTS désavoue le gouvernement dénonçant qu'aucune solution satisfaisante ne soit trouvée pour satisfaire la caisse ainsi que les organisations professionnelles.
- La DRASS refuse le titre d'ostéopathe à certains confrères ayant présenté un dossier.
- Des complications administratives dans l'envoi des ordonnances, une fois de plus la caisse souhaite que les masseurs-kinésithérapeutes fassent son travail, une simplification administrative pour les uns devient une tâche supplémentaire pour les autres.
- À titre individuel, les contrôles d'activité amènent certains confrères à se justifier des cotations appliquées.
- La récupération d'indus portant sur la revalorisation de la nomenclature des actes ostéo-articulaires.

Toutes ces attaques menées contre la profession sont en permanence défendues par votre syndicat, le SMKR de Paris. Dans toutes les demandes individuelles de remboursement, il est important d'en référer à votre syndicat, afin d'avoir une défense cohérente et efficace. C'est en analysant chaque dossier qu'il est possible d'avoir une démarche rationnelle et forte.

Ne restez pas isolés, il est important de communiquer chaque difficulté rencontrée. Le rôle du syndicat étant d'aider chaque professionnel dans les difficultés qu'il peut rencontrer dans son exercice quotidien.

Jean-Pierre Lemaître



CONTRÔLES D'ACTIVITÉ



Cela avait été annoncé par la Sécurité Sociale : les contrôles d'activité des professionnels de santé, et particulièrement des masseurs-kinésithérapeutes, ont commencé. Mais en quoi cela consiste t'il ? Nous avons pu nous forger une idée un peu plus précise que celle dictée par les textes en assistant un certain nombre de confrères parisiens entendus par le contrôle médical de la CPAM de Paris.

La CPAM de Paris, sur demande de l'UNCAM, a recherché parmi les masseurs-kinésithérapeutes ayant une forte activité à domicile, ceux d'entre eux qui s'écartaient de la moyenne des professionnels en utilisant comme indicateur le pourcentage de facturation des indemnités forfaitaires de déplacement spéciales cotées IFO, IFP, IFR, IFN ou IFS (rémunérées à 4 €) par rapport aux traditionnelles IFD rémunérées, elles, à 2€.

Ces « IFDS » - IFD spécifiques – ont été créées par l'arrêté du 28 février 2006 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, paru au Journal Officiel le 4 mars 2006 les rendant applicables à partir du 31 mars 2006. Bien évidemment, l'application de ces nouvelles indemnités, dont le montant est le double des IFD, a fait grimper les chiffres nationaux des frais de déplacement des masseurs-kinésithérapeutes à partir de juin 2006 (+ 26% en année complète mobile à novembre 2007 après un pic à + 47% à mai 2007) : cela a suffi à l'UNCAM pour pointer du doigt notre profession et mettre en œuvre ces opérations destinées à nous reprendre d'une main ce qu'on nous avait donné de l'autre !

Au-delà d'un trop grand écart, votre activité est analysée : une trentaine de dossiers sont examinés, de la prescription à la feuille de soins, par le contrôle médical composé exclusivement de médecins-conseils : la modification de la cotation des actes, à la baisse, est souvent de mise. Si, bien entendu, les professionnels peuvent effectuer quelques erreurs de cotation involontaires (voir l'article suivant pour vous permettre d'éviter ces erreurs), les dossiers présentant une cotation sous-évaluée sont systématiquement classés alors que, vous vous en doutez, la sur-cotation (d'un point sur 3 séances comme sur 30) vous conduit tout droit à l'obligation de remboursement.

Notre courte expérience nous a montré en tout premier lieu à citer, à travers les analyses effectuées par les médecins-conseils de la CPAM de Paris, que ceux-ci ne connaissaient absolument pas le travail du masseur-kinésithérapeute. Pire, certains médecins-conseils usent de leur expérience personnelle ou familiale au contact des masseurs-kinésithérapeutes pour justifier que, de fait, le masseur-kinésithérapeute effectue mal son travail ou que son travail ne présente pas de difficulté.

Conséquence, seule la parole du médecin prescripteur présente une valeur susceptible d'influencer la décision du contrôle médical, le bilan diagnostic kinésithérapique, bien qu'exigé, n'est pour tout dire pas lu et encore moins considéré. C'est ainsi qu'en présence de prescriptions ne donnant pas l'indication médicale, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas, et pour un patient de plus de 70 ans, le contrôle médical décote toutes les cotations en AMK 6 : « Rééducation de la déambulation dans le cadre du





maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes) » ou, au mieux, en AMK8 : « Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé », actes entrant normalement dans le cadre de la « Rééducation de la déambulation du sujet âgé. » et applicables lorsqu'ils sont « réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique. » (NGAP, Titre XIV Article 19). Et là, les médecins-conseils de la CPAM de Paris excellent pour vous prouver qu'une rééducation d'une personne âgée de 78 ans, atteinte d'une maladie de Parkinson ou d'une sciatique, est uniquement une rééducation de la personne âgée et qu'à ce stade, le masseur-kinésithérapeute n'intervient plus sur d'éventuelles pathologies.

Dans cette attitude, les patients sont les premiers concernés : à entendre le service médical de l'Assurance Maladie, il nous faudra convaincre maintenant nos patients « âgés » qu'ils n'ont pas de pathologie, que leur problème est simplement leur âge. De là à circonscrire une partie de la population en fonction de son âge comme seul critère, il n'y a pas loin à exclure celle-ci, et ce d'autant plus que cette part de la population ne cesse de croître en proportion de la population française totale, aléas démographiques et qualité des soins obligent. L'Assurance Maladie

serait-elle en train de créer une nouvelle définition de la santé, une qui soit relative à l'âge, et ainsi espérer résorber les difficultés actuelles et futures engendrées par le vieillissement de la population et l'accroissement de la demande en santé ?

Nous ne sommes plus très loin de la peu glorieuse réflexion d'un certain Jacques Attali, conseiller de François Mitterrand (L'avenir de la vie – 1981) : « Dès qu'il dépasse 60-65 ans l'homme vit plus longtemps qu'il ne produit et il coûte cher à la société. La vieillesse est actuellement un marché, mais il n'est pas solvable. Je suis pour ma part en tant que socialiste contre l'allongement de la vie. L'euthanasie sera un des instruments essentiels de nos sociétés futures. »...

En conclusion, il nous est apparu que le plus sûr moyen d'éviter ces désagréments est de bien faire préciser par le médecin prescripteur la pathologie du patient sur son ordonnance de soins de kinésithérapie, et évidemment de bien respecter les cotations de la Nomenclature.

Pour terminer, si de telles pressions du service médical de la CPAM sur les masseurs-kinésithérapeutes perduraient, nous ne pouvons que craindre une fois de plus (voir [Kiné Flash Paris n° 14 – février 2008](#)) que la distribution des soins à domicile par nos consœurs et confrères ne soit gravement remise en cause !

Ludwig SERRE – Philippe COCHARD

AGENDA



28 septembre 2008	Virades de l'espoir – Vaincre la mucoviscidose
2 octobre 2008	Conseil d'Administration du SMKRP
3 octobre 2008 – 9h00	CNPS : «La journée de rentrée des libéraux de santé»
3 & 4 octobre 2008	40 ^{èmes} Journées de l'INK : «40 ans d'évolution en kinésithérapie»
3 - 4 & 5 octobre 2008	Mondial de la Rééducation
13 octobre 2008 – 20h30	Assemblée Générale du SMKRP
17 octobre 2008 – CAEN	45 ^{ème} Congrès de la FFMKR
18 & 19 octobre 2008 – CAEN	13 ^{èmes} Assises de la Kinésithérapie
21 octobre 2008	CSPD
21 octobre 2008	Parution KFP n° 20



DU BON USAGE DE LA NGAP ou comment ne pas faire d'erreurs de cotation d'indemnités de déplacement

Rappel du texte de la Convention :

Indemnité de déplacement	Tarif
IFD	2,00 €
IFO ⁽¹⁾	4,00 €
IFR ⁽²⁾	4,00 €
IFN ⁽³⁾	4,00 €
IFP ⁽⁴⁾	4,00 €
IFS ⁽⁵⁾	4,00 €

(1) L'indemnité forfaitaire de déplacement IFO s'applique uniquement à un acte de l'article 1er du titre XIV de la NGAP : rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres, cotée AMS 9,5.

(2) L'indemnité forfaitaire de déplacement IFR s'applique uniquement aux actes de l'article 2 du titre XIV de la NGAP : rééducations des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires, cotées AMK 7 et 9.

(3) L'indemnité forfaitaire de déplacement IFN s'applique uniquement aux actes de l'article 4 du titre XIV de la NGAP : rééducations des conséquences d'affections neurologiques et musculaires cotées AMK 8 à 11.

(4) L'indemnité forfaitaire de déplacement IFP s'applique uniquement à un acte de l'article 5 du titre XIV de la NGAP : rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) cotée AMK 8.

(5) L'indemnité forfaitaire de déplacement IFS s'applique aux actes liés à la prise en charge des patients après une intervention orthopédique ou traumatologique, pendant une période allant de la date de sortie d'hospitalisation au 35e jour après cette date.

Les IFO, IFR, IFN, IFP, IFS ne sont pas cumulables entre elles, ni avec l'IFD.

En dehors des cas énumérés dans les renvois de ⁽¹⁾ à ⁽⁵⁾, l'indemnité applicable est l'IFD.

Exemples :

Rééducation de tout ou partie d'un membre en orthopédie (AMS 7,5)	IFD
Rééducation du tronc et d'un membre en orthopédie (AMS 9,5)	IFO
Rééducation d'affections rhumatismales (AMK 7 ou 9)	IFR
Rééducation d'affections neurologiques AMK 8 à 11)	IFN
Rééducation d'affections respiratoires hors situation d'urgence (AMK 8)	IFP
Rééducation de la bronchiolite (AMK 8)	IFD
Rééducation après intervention orthopédique ou traumatologique (AMS ou AMK) de J+1 à J+35	IFS



RÉÉDUQUER LA MARCHÉ SANS BUT PRÉCIS ?

NGAP 2008

« Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes) »

Cotation : AMK6

« **Déambulation** : action de déambuler, de marcher sans but précis. Synonyme de flânerie... »

« **Rééducation** : action de rééduquer, désigne l'ensemble des moyens qui sont mis en œuvre afin de rétablir l'usage d'un membre ou d'une fonction chez une personne. Traitement thérapeutique destiné à recouvrer une fonction »

« **Autonomie** : En philosophie, faculté d'agir par soi-même en se donnant sa propre loi. En médecine l'autonomie se définit par l'indépendance fonctionnelle physique et psychique » (voir grille AGGIR).



Je rebondis donc sur l'article de nos excellents confrères Ludwig Serre et Philippe Cochard, certes pour regretter l'iniquité de la cotation en AMK6, mais aussi pour souligner la logique qui semble avoir présidé à l'instauration du chapitre 9 de l'article II du titre XIV :

« Rééducation de la déambulation du sujet âgé ».

Remarquons préalablement que, puisqu'il s'agit de « rééduquer » la déambulation, notre rôle, qui ne se résumerait donc pas à prendre notre charmante petite vieille et néanmoins patiente par le bras pour lui faire faire des tours de table ou du pâté de maisons, serait donc de lui permettre de recouvrer et/ou de maintenir la capacité de marcher de façon

autonome... sans but précis !

« Rééducation de la marche dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée » serait alors une formulation plus correcte (d'ailleurs le prescripteur ne s'y trompe pas qui libelle volontiers son ordonnance d'un simple « rééducation à ou de la marche »).

Cela fait quand même un peu sourire car nous savons bien que pour être et rester autonome il faut être en mesure de mener à bien un ensemble de tâches complexes qui nécessite de posséder un certain nombre de capacités et de compétences qui ne se résument pas à mettre un pied devant l'autre et à recommencer.

« Rééducation de l'indépendance fonctionnelle motrice de la personne âgée » serait déjà une formulation plus proche de la réalité des besoins, et de notre véritable rôle auprès de ces patients.

Cependant en précisant « de la personne âgée » nous voyons bien que la formulation « Rééducation de la déambulation du sujet âgé » discrimine une population particulière (le patient se réduit alors à un sujet âgé), et que « déambulation » est un terme



plutôt péjoratif pour le patient, comme pour la capacité que nous sommes chargés de recouvrer (donc pour nous et notre action)... tout en faisant discrètement sortir par la porte de derrière les atteintes à l'indépendance fonctionnelle du champ du pathologique pour les inscrire dans une sorte d'évolution naturelle qui conduirait inéluctablement à la dépendance.

La faiblesse de la cotation accordée à cette rééducation est une preuve flagrante (s'il en était encore besoin), que l'assurance maladie se désintéresse du financement d'un vieillissement de la population qui promet d'être dispendieux et qui a de toute façon vocation à sortir du cadre de la santé pour rentrer à terme dans le celui du 5^{ème} risque («risque dépendance», «risque perte d'autonomie»). Je ne doute pas du sort bientôt réservé aux ALD.

Pour l'heure, au mitan et en pratique, nous sommes en face d'une double contrainte : accepter ces prescriptions et faire le « vrai » travail, mais à notre détriment (en temps et argent), ou bien n'y consacrer qu'un temps limité et une attention toute proportionnelle à la faiblesse de la cotation proposée (en dégradant au passage l'image notre profession toute entière) pour s'entendre dire un jour qu'en la matière (pratiquée de cette manière), la masso-kinésithérapie est trop coûteuse pour le service rendu, et que les aides ménagères peuvent tout aussi bien faire les béquilles humaines... c'est à dire simplement suppléer... à l'endroit même où nous devons restaurer, réhabiliter, éduquer ! Et ne nous y trompons pas, le vrai perdant c'est l'utilisateur du système de santé.

Or, si la rééducation de la marche doit être (et par respect des droits du patient) bien plus qu'une banale marchothérapie (mais une rééducation de la locomotion autonome), il faut encore payer de sa personne pour la faire exister.

Ainsi, en attendant de trouver des financeurs pour une hypothétique et plus ambitieuse « **Rééducation de l'Indépendance Fonctionnelle** », il faut effectivement et au minimum, insister pour obtenir des prescriptions libellées en « Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination » ou bien, comme fort judicieusement conseillé par Philippe Cochard et Ludwig Serre, demander aux prescripteurs de mentionner la pathologie sur l'ordonnance.

Les bienheureux affligés d'un simple et banal vieillissement normal (?) pourront toujours chercher ailleurs (et avec leurs propres deniers) les actes de prévention, et d'éducation à la santé, qu'ils sont légitimement en droit d'attendre de notre système de santé publique.

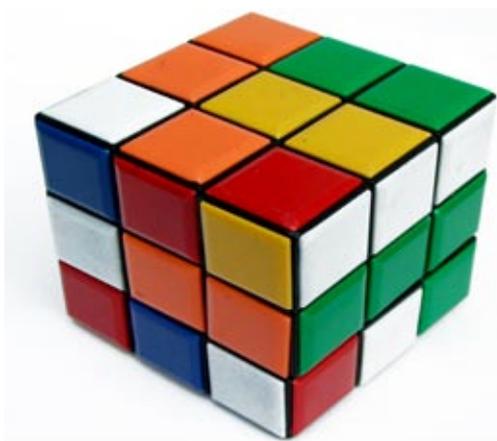
Pour ma part je regrette que notre rôle dans la restauration et le maintien de l'indépendance fonctionnelle de la population, et notre action qui pourtant économise des hospitalisations et améliore la qualité de la vie), ne soient considérés qu'à la faible hauteur d'un AMK6+IFD, soit 14,24 €.

Éric Charuel





SUPPRESSION DE LA DEP : SIMPLIFICATION OU CASSE-TÊTE CHINOIS ?



À dater du 9 mars 2008, il n'est plus nécessaire d'établir une demande d'entente préalable pour de nombreux traitements. Cependant elle reste obligatoire lorsque la prescription comporte plus de 30 séances de rééducation ; lorsque le kinésithérapeute préconise lors de l'établissement du BDK, plus de 30 séances sur une prescription non quantitative ; lorsque le nombre cumulé des séances réalisées au cours des 12 derniers mois est supérieur à 30 séances pour toutes pathologies et actes confondus.

La suppression de la demande d'entente préalable doit et fait partie des simplifications administratives souhaitées par la CNAM et l'ensemble des professionnels, cependant la transmission de la prescription médicale à la caisse d'assurance maladie constitue une obligation réglementaire (art. R.161.48 du Code de la sécurité sociale).

Les directives de l'UNCAM à ce sujet sont les suivantes : la prescription médicale est transmise par l'assuré lorsque celui-ci effectue un paiement direct au praticien,

- en joignant l'ordonnance à la feuille de soins.
- en envoyant la prescription seule en cas de FSE.

S'il s'agit d'un paiement au masseur-kinésithérapeute (en cas d'avance de frais) le praticien transmet, selon des critères à minima, une copie de l'ordonnance, quel que soit le régime (l'original restant la propriété du patient) à son centre pivot qui doit trier selon les régimes.

De son côté, la CPAM de Paris souhaiterait imposer des normes contraignantes de transmission et d'identification des prescriptions médicales. Tels l'établissement de bordereaux d'envoi, inscription du numéro de sécurité sociale de l'assuré, identification du patient, numéro du lot de télétransmission...

Afin d'éviter que ces nouvelles obligations administratives incombent aux kinésithérapeutes parisiens le Syndicat des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs de Paris, à l'initiative de son président Philippe COCHARD, a souhaité rencontrer la CPAM de Paris pour constituer un groupe de travail auquel s'est joint le président de la section parisienne du SNMKR, afin de réfléchir sur les modalités de transmission et d'identification des ordonnances médicales.

Nous avons fait remarquer que les simplifications administratives doivent bénéficier à l'ensemble des parties. Nous ne pouvons accepter ces nouvelles contraintes, d'autant plus que certains départements ont négocié des accords de simplification, telle la mise à disposition de la prescription à la CPAM à sa demande, en cas de contrôle et ce pour une période définie.

Le Syndicat des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs de Paris a défendu avec fermeté les propositions sus-énoncées applicables dans un premier temps, et à terme, souhaiterait la dématérialisation de l'ordonnance qui pourrait être transmise une fois numérisée par flux électronique avec la FSE.



FINANCEMENT SYNDICAL

Salariés, libéraux : deux poids, deux mesures



La loi du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail va enfin contraindre les organisations syndicales à de nouvelles obligations comptables, en vue d'une meilleure transparence financière. Les syndicats professionnels et leurs unions ainsi que les associations de salariés ou d'employeurs seront tenus d'établir des comptes individuels annuels, de les faire avaliser par un commissaire aux comptes et de les publier.

Rendu au Premier ministre en 2006, le rapport Hadas-Lebel proposait déjà ces mesures afin de rendre le financement des syndicats moins opaque. Les nombreuses affaires révélant des méthodes de financement occulte des syndicats tant patronaux (affaire de l'UIMM) que salariés (comité d'entreprise d'EDF) ont certainement contribué à la mise en place de ces nouvelles obligations dont le citoyen et le contribuable ne peuvent que se féliciter. En effet, il semblerait qu'en 2006 les contribuables français auraient versé indirectement près de 400 millions d'euros aux syndicats par l'intermédiaire des aides et subventions diverses accordées par l'État, les collectivités locales et les organismes sociaux !

Le rapport Hadas-lebel expose la grande difficulté à obtenir des chiffres fiables sur le financement syndical. Les cotisations des adhérents représenteraient une part très variable selon les confédérations, allant de 75% à 15%. Les autres ressources propres : ventes aux adhérents (publications, accessoires...), produits financiers et produit de l'éventuel reversement de tout ou partie des rémunérations des représentants syndicaux au Conseil économique et social, présentent un potentiel d'évolution limité. Le reste des recettes des grandes organisations syndicales sort directement soit de la poche des entreprises soit de celle des contribuables :

- Les organisations syndicales sont rémunérées à l'occasion de leur participation à la gestion des organismes paritaires : organismes collecteurs des fonds de la formation professionnelle et organismes de sécurité sociale. En 2003, les Caisses nationales des organismes de Sécurité Sociale ont alloué aux syndicats une subvention de 3,3 millions d'euros.
- La participation des entreprises au fonctionnement des syndicats se fait le plus souvent sous forme de mise à disposition de personnel, mais aussi sous forme de flux financiers directs.
- L'État et les collectivités locales rivalisent dans les subventions et avantages accordés aux Syndicats :
 - subventions ministérielles pour la formation des syndicalistes (33,2 millions d'euros en 2006) et subventions de l'État en faveur des syndicats de la fonction publique.
 - subventions des collectivités locales régies par le décret du 25 janvier 2005 qui laisse à chaque collectivité la liberté de décider du niveau de subvention qu'elle souhaite accorder à chaque organisation syndicale, sans préjudice de sa représentativité et de son audience réelles. Le Conseil régional d'Ile-de-France, par exemple, a attribué une subvention d'un million d'euros en 2004 aux organisations syndicales.
 - mises à disposition de locaux. Cet avantage est loin d'être négligeable : en 1999, l'occupation gratuite de la bourse du travail de Paris représentait, par exemple, l'équivalent d'un loyer annuel d'1,5 million d'euros.
 - les mises à disposition de personnels, les décharges d'activité de service et les autorisations spéciales d'absence dans le cadre des trois fonctions publiques : elles représenteraient entre 5.109 et 5.376 équivalents temps plein pour la seule fonction publique d'État, soit plus de 158 millions d'euros.



Il apparaît que le financement des organisations syndicales de salariés soit assuré dans la plus grande opacité et en majeure partie grâce aux deniers publics.

Qu'en est-il du financement des syndicats des professionnels libéraux et plus particulièrement des syndicats de kinésithérapeutes affiliés à la FFMKR ?

Les subventions et avantages alloués tant à l'échelon départemental qu'à l'échelon national s'élèvent à 0 euro ! Évoquons, pour être parfaitement exact, l'indemnité de perte de ressources octroyée par la Sécurité Sociale aux kinésithérapeutes siégeant en Commissions Socio-Professionnelles, soit 110 AMK par jour. N'oublions pas, en mettant en lumière ces largesses envers les professionnels libéraux que les organismes de sécurité sociale indemnisent les entreprises des absences occasionnées par la participation d'un salarié à la gestion d'une caisse, remboursent directement aux administrateurs les frais de déplacement, et autres dépenses occasionnées par l'exercice de leur mandat et versent également aux syndicats de salariés des subventions permettant de couvrir la rémunération de « conseillers techniques » dont le rôle est d'éclairer le jugement des administrateurs.

Face à cette flagrante injustice de traitement, devons-nous pour autant regarder avec jalousie tous ces subsides tombés dans les escarcelles des organisations syndicales de salariés ? Je ne le crois pas. Certes les moyens de nos syndicats sont restreints mais leur gestion scrupuleuse et entièrement désintéressée associée à une abnégation sans faille de leurs administrateurs permet encore d'assurer leur mission à savoir la défense des kinésithérapeutes et de la kinésithérapie. Assurer notre financement syndical uniquement grâce aux cotisations nous garantit une parfaite indépendance vis-à-vis de toute forme de pouvoir. La puissance d'une organisation syndicale ne siège pas dans son compte bancaire mais dans les forces vives des adhérents qu'elle représente. Plus ces derniers sont nombreux et prêts à mettre la main à la poche pour assurer leur défense, plus les chances de voir aboutir nos revendications augmentent.

Alors ne restez plus dans l'ombre, rejoignez-nous.

Claude Cabin



SYNDICAT DES MKR DE PARIS : COTISATIONS 2008

	QPD* 2007	QPD* 2008	Cotisation 2007	Cotisation 2008	Variation
Tarif plein	91	80	318	309	-2,8 %
Tarif réduit **	83	71	278	271	-2,5 %
Plus de 60 ans	83	71	278	269	-3 %
1 ^{ère} adhésion	59	50	208	149	-28 %
Nouveaux diplômés	27	16	148	115	-22 %
Retraités	12	11	100	100	=
Salariés	82	81	170	170	=
Étudiants 3 ^e année	0	0	15	15	=

* QPD : quote-part départementale

** Conjoints, Groupes



REVUE DE PRESSE

Il se fait passer pour un kiné

Le *Parisien* du 19 juin relate l'aventure d'un escroc notoire qui est parvenu à ce faire embaucher cinq jours au CHU de Nîmes avec un faux diplôme.

L'histoire ne dit pas s'il avait fait enregistrer son faux DE au CDO local !

Prévision de déficit de la sécu contenu en 2008

Le 19 juin nombre de journaux commentent la bonne nouvelle qui est due à l'augmentation des recettes (+4,4%). *La Tribune* estime qu'«en s'enfermant dans le carcan d'airain d'un retour à l'équilibre en 2011, le gouvernement recherche inutilement un impossible exploit» et prévoit que «Ça va saigner à la Sécu». Et bien entendu c'est le sang des vilains kinés qui risque le plus de couler car comme le note le *Nouvel Obs*, « les actes de masso-kinésithérapie ont augmenté de 7,5% en 2007. »

Pas de doute, si l'équilibre de l'assurance maladie n'est pas atteint en 2011, ce sera la faute des kinés !

Numéris clausus 2008 : un premier pas selon la FFMKR

Le 25 juin sur *Egora*, Franck Gougeon se fait l'écho des réactions de la FFMKR suite à l'annonce de la création de 70 places supplémentaires dans les IFMK pour la rentrée prochaine. La FFMKR estime cette augmentation insuffisante et propose «la mise en place d'un programme pluriannuel, sur 3 ans, afin d'augmenter le nombre d'étudiants en IFMK, particulièrement dans les zones sous denses, pour répondre au problème de démographie» et réaffirme qu'elle «n'admettra pas que des nouvelles professions, non professionnels de santé, remplissent une partie des missions des kinés.»

La régulation démographique passera-

t-elle aussi par le conventionnement sélectif, comme pour les infirmiers ?

Plan de maîtrise des dépenses de santé pour 2009

Le *Nouvel Obs* du 3 juillet décrit les dernières élucubrations de Frédéric Van Roekeghem. Exit les vignettes bleues pour les médicaments de « confort » pour le sida ou le diabète. Exit également la réduction de la liste des ALD. Mais ce plan qui devrait permettre une réduction des dépenses de près de 2 milliards d'euros, ainsi qu'un milliard de recettes supplémentaires pour 2009 n'oubliera pas les kinés : L'HAS sera chargée de définir «le nombre de séances souhaitables» selon les pathologies pour les patients en rééducation. Au-delà, soit le praticien devra pratiquer un prix réduit, soit les séances ne seront tout simplement plus remboursées. Le plan prévoit aussi le développement accru des génériques et des «efforts de productivité» pour les hôpitaux.

Bienvenue au panier de soins et au retour en force de la maîtrise comptable !

Renforcement des contrôles des prescriptions

Une dépêche de l'*AFP* du 4 août nous apprend que « l'assurance maladie va renforcer ses contrôles sur un nombre limité de médecins libéraux considérés comme de «très gros prescripteurs», une possibilité critiquée lundi par des syndicats de médecins qui dénoncent des risques en cas d'urgence ou les faibles sommes en jeu. ». Selon le quotidien *La Tribune*, la CNAM a déjà ciblé 98 médecins pour prescription «déviante» d'actes de kiné, pour une économie espérée de trois millions d'euros.

D'ici à ce que les médecins soient contraints d'appeler la sécu pour obtenir

la permission de prescrire cinq séances de kiné pour bronchiolite

Feu vert pour le nouvel hôpital Necker

Information révélée par *Le Parisien* du 8 août. Un centre parents-enfants sera bien construit à Necker. Le Conseil d'État a mis un terme hier à la longue bataille juridique qui oppose depuis des mois l'hôpital pour enfants du XV^e à des associations de défense du patrimoine. Estimant que « l'hôtel particulier » du XIX^e siècle qui se trouve au sein de l'hôpital à l'angle du boulevard du Montparnasse et de la rue de Sèvres, juste devant le métro Duroc, n'était pas classé à l'Inventaire des monuments historiques, la plus haute juridiction administrative de France a autorisé sa destruction. Les conditions d'accueil étaient de plus en plus difficiles dans l'actuel hôpital. Bientôt il n'y aura plus besoin de faire sortir les enfants en brancard pour passer d'un pavillon à un autre. »

Un bel immeuble contre la qualité de soins de nos enfants. Notre futur vaut bien de perdre quelques miettes de notre passé.

Devenir masseuse-kinésithérapeute

C'est ce que propose d'expliquer le site internet de *Femme actuelle*. Soulignant que sur les 62.000 masseuses-kinésithérapeutes en France, 45 % sont des femmes, il décrit succinctement les modalités des études et met en avant l'accroissement du taux de « visiteuses » au dernier Gicare.

Adieu le mythe du masseur aux biscottes d'acier

Le système de santé français classé premier

Lu le 26 août, sur le site *Doctissimo.fr* le résumé d'une étude américaine de *The*



Commonwealth Fund, organisation non gouvernementale qui a comparé les qualités de soins aux Etats-Unis avec 18 autres pays développés. La méthodologie consistait à observer les mortalités évitables chez les personnes âgées de moins de 75 ans dans le cas d'une prise en charge rapide, notamment en termes de cancers dépistables, de maladies cardiovasculaires, de complications post-chirurgicales. La France sort première de ce classement.

Faire le choix économique d'un système de Santé de pointe, c'est faire le choix de la vie sur la mort. N'est-ce pas Roselyne ?

Des aiguilles pour le dos

Le *Figaro* du 29 août reprend les conclusions d'une étude allemande menée sur 1.162 patients et publiée dans les Archives of Internal Medicine. 47,6 % des personnes traitées durant six mois par acupuncture dite « Verum » et 44,2 % par acupuncture dite « Sham » ont constaté une diminution de leurs douleurs et une amélioration de leur capacité à se mouvoir, contre 27,4 % des personnes soignées avec des anti-inflammatoires et des exercices de kinésithérapie.

Ségolène nous avait affirmé que la justice chinoise était plus efficace que la justice française. En serait-il de même pour la médecine ?

Les libéraux de l'UNAPL s'opposent au projet de réforme de l'ASV des auxiliaires médicaux.

C'est ce nous apprend *Egora* le 3 septembre. L'Union nationale des professions libérales regroupe parmi ses 63 organisations adhérentes, 20 organisations professionnelles représentatives du secteur de la santé. La confédération juge en effet que les modalités de réforme du régime ASV envisagées dans un projet de décret après une négociation quadripartite, vont entraîner « une baisse des prestations pour les retraités et

surtout, une charge financière sans compensation pour les jeunes professionnels ». L'UNAPL s'oppose à ce projet de décret qui représenterait « une remise en cause du contrat conventionnel et donc d'un égal accès aux soins pour tous ».

Le Syndicat de Paris soutient à 100% la FFMKR et l'UNAPL dans la tentative de sauvetage de l'ASV.

Réforme des bourses d'études : une aggravation des conditions sociales selon la FNEK

Franck Gougeon se fait l'écho dans un article du 4 septembre sur *Egora* de la position de la FNEK concernant la réforme des bourses d'études. Ces mesures apparaissent comme une diminution des droits des étudiants et une aggravation de la sélection par l'argent dans les études paramédicales et de sages-femmes. De plus, la FNEK exige que les CROUS assurent la gestion des bourses des étudiants en soins infirmiers, en masso-kinésithérapie, en ergothérapie et sages-femmes à montants et critères égaux avec les autres étudiants.

Les paramédicaux, rouages essentiels du système de santé, sont dès leurs études traités avec un mépris incompréhensible.

Honoraires : devis obligatoire à partir de 70 euros

Roselyne Bachelot s'épanche dans les colonnes du *Figaro* du 5 septembre. Le montant minimum obligeant tout médecin ou dentiste à fournir au patient un devis sur le tarif des honoraires (incluant un dépassement) facturés lors de la consultation a été fixé à 70 euros. Le décret attendu autorisant les caisses à sanctionner financièrement les médecins en cas de non-respect de la transparence (affichage des tarifs) ou de violation du « tact et mesure » (en matière de dépassements), est attendu en octobre. Celui permettant de placer sous entente préalable le nombre très limité de médecins

considérés comme « surprescripteurs » sera également publié en octobre. Ce texte consistera à étendre à tous les actes et prestations un mécanisme de mise sous accord préalable qui existe déjà pour les arrêts de travail et les transports sanitaires.

Le Président Sarkozy serait-il en train de prendre le risque de démanteler l'exercice libéral des professions de santé sur l'autel du rééquilibrage des comptes de la sécu ?

La 5^{ème} branche de la sécu sera financée sans nouvelle taxe

C'est ce que nous explique le ministre magicien, Xavier Bertrand, sur *LCI* le 5 septembre. Ce 5^{ème} risque qui concerne la dépendance des personnes âgées et handicapées trouvera son financement dans des « solutions nouvelles ». Ce dernier reposera, selon les premières pistes tracées par le gouvernement, sur des ressources constituées à la fois par les contrats individuels ou collectifs de prévoyance, et une « contribution, limitée et au choix, sur le patrimoine ».

L'argent doit bien être trouvé quelque part. Le financement du RSA en est la preuve patente.

Les infirmières acceptent la fin de la liberté d'installation

Le magazine *Les Echos* du 5 septembre nous apprend que les infirmières libérales ont trouvé un accord avec l'assurance-maladie qui revalorise leurs actes de près de 6 % et met en place des mécanismes pour lutter contre la répartition trop inégale de la profession. C'est la première fois qu'une régulation des effectifs de professionnels de santé libéraux est ainsi instaurée et que la sacro-sainte liberté d'installation est remise en cause.

Le gouvernement avait échoué à limiter la liberté d'installation des médecins. Il y parvient avec les infirmiers. Bientôt le tour des kinés ?





http://

LES LIENS DE KFP



La kinésithérapie sur Wikipédia

L'article sur notre profession sur l'encyclopédie libre peut-être complété. À vous de jouer !



La souffrance du soignant

Le groupe Pasteur Mutualité propose un site, un forum et un colloque le 4 décembre 2008 sur le sujet.



Salon de la Polyarthrite Rhumatoïde et des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques

Manifestation organisée par l'Association Française des Polyarthritiques les 10 et 11 octobre 2008 à Paris.



Deux séances le même jour pour un patient

Un arrêt de la cour de cassation 3 juillet 2008 rejette le pourvoi et condamne la caisse primaire d'assurance maladie de Lyon à verser 2.500 € à un confrère.

Petits et grands maux d'Ordre



Optimisme au CNO

Dans la newsletter du CNO du 1er septembre on peut lire le titre suivant : « Cotisations ordinaires : la ministre tranche »

Si à la lecture du texte on constate que la ministre confirme que l'inscription à l'Ordre est obligatoire pour tous les masseurs-kinésithérapeutes sous peine d'exercice illégal, nulle part on ne peut voir qu'elle « tranche » sur la question des cotisations : heureusement car le montant de celles-ci est du ressort exclusif de l'Ordre lui-même !

Disparition d'Éric Viel

Éric Viel, figure tutélaire de la kinésithérapie française, nous a quittés le 9 septembre. Ancien directeur de l'école des cadres de Bois-Larris et rédacteur en chef des Annales de Kinésithérapie, il a publié de nombreux ouvrages qui restent des références pour les kinésithérapeutes. Le conseil d'administration du SMKRP présente à sa famille ses plus sincères condoléances.

SAINTE KITOUCHE



LES PROPHÉTIES
DE SAINTE KITOUCHE,
PATRONNE DES
MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

septembre 2008

Quand à une élection tu voteras
Mais par élégance point pour toi
Ton adversaire tu élimineras
Et tu t'en mordras les doigts



ESPACE DÉTENTE

LES PENDUS

Emilie de Turckheim
Éditions Ramsay

Regard sur un monde que l'on ne veut voir.
Un roman où les limites ne sont plus ce que l'on voit, où les mots sont réinventés par un troubadour venu d'ailleurs.
Roman où l'alchimie des marginaux, de la misère, de la violence, de la douleur devient poésie.

JPL

LE CAP

30 rue Péclet
75015 Paris
Réservation 01 40 43 02 18

Une terrasse (appréciée des fumeurs), où le thym, les olives, les poissons sont des réminiscences de cette Provence, de cette Méditerranée, encore si proches pour certains, où l'on peut rêver encore des vacances qui viennent de se terminer.

Directeur de la publication :

Philippe Cochard

Rédacteur en chef :

Jean-Pierre Lemaître

Contact :

kfp@smkrp.org

Réalisation : SMKRP

Crédits photos : Claude Cabin, Davide Guglielmo,
kalyana sundaram, Jorc Navarro, www.photo-libre.fr

Faites-nous partager vos bonnes
adresses, curiosités, clins d'oeil, etc

kfp@smkrp.org