

COMMENT BOUCHER LE TROU DE LA SÉCU ?



L'État prépare la LFSS 2010 qui va régenter l'économie de la Sécurité Sociale, mais face au trou de plus en plus abyssal de celle-ci, se prépare-t-on à prendre les bonnes mesures ?

NON !

Existe-t-il des solutions alternatives ?

OUI !

Lire page 3

La NGAP hors-la-loi



L'article 9 de la NGAP présente un caractère discriminant susceptible de le rendre illégal. Arrêtons le scandale de la rééducation de la "déambulation" !

Lire page 9

Pandémie grippale

Roselyne Bachelot écrit aux professionnels de santé



Lire page 12

Si dans la publication du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) on ne trouve pas de disposition concernant particulièrement l'exercice de la kinésithérapie, on constate évidemment un ensemble de mesures pour contenir le déficit croissant des régimes.

Mais les dispositions restrictives concernant d'autres professions de santé doivent nous inquiéter, car si elles s'avèrent efficaces, elles pourraient bien nous être appliquées.

Par ailleurs dans le cadre des décrets d'application de la loi HPST, on doit considérer particulièrement la nomination des Directeurs généraux préfigurateurs des ARS, qui auront prochainement pour mission de faire procéder aux élections des « Union Régionale de Professionnels de Santé » (URPS), donc à l'élection de nos représentants dans celle des Masseurs Kinésithérapeutes.

Dès lors nous devons nous montrer tout particulièrement vigilants pour pouvoir assurer la continuité de votre représentation syndicale dans ces structures.

Le risque, nous l'avons déjà formulé, est d'être confronté à une division dans l'application d'une politique décidée nationalement par des contrats locaux.

Pour ce faire il faut envisager une coordination au plus haut niveau dans notre organisation syndicale pour pouvoir contrôler autant que possible toute dérive régionale qui ne serait pas en harmonie avec l'intérêt général.

Bernard Codet



Faites-nous partager vos bonnes adresses, curiosités, clins d'œil, etc
kfp@smkrp.org

Sommaire

- Page 3 : Comment boucher le trou de la sécu ?
- Page 9 : La NGAP hors-la-loi
- Page 12: Courrier de Roselyne Bachelot aux professionnels de santé
- Page 13 : Le point sur les référentiels
- Page 15 : Toi, la sécu !
- Page 16 : Revue de presse
- Page 17 : Ouverture du site du CERMKRP
- Page 18 : Les immortelles d'Audiard / Sainte Kitouche
- Page 19 : Espace détente

Directeur de la publication :
Bernard Codet

Rédacteur en chef :
Philippe Cochard

Comité de rédaction:

Jean-Louis Besse, Claude Cabin, Éric Charuel, Jacques Duboin, Jean-Pierre Lemaître, Dinah Mimoun, Fanny Rusticoni, Michel Rusticoni, Ludwig Serre.

Contact :
kfp@smkrp.org

Graphisme et mise en page :
Claude Cabin

Crédits photos : Claude Cabin, Sean Kearney, Benjamin Lemaire, Michal Zacharzewski, Medef, Vangelis Thomaidis, Gerrit Schneider, Michael Helmer, Mee Lin Wooni, CedEm, Sebastian Derungs, www.photo-libre.fr.

Comment boucher le trou de la sécu ?



À l'heure où paraissent les chiffres 2008 de la CNAMTS, les estimations 2009, et que le PLFSS 2010 (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) est en discussion, on voit fleurir nombre de sondages cherchant des solutions pour boucher ce « trou » légalitaire.

Entre bataille de chiffres, mesures trop traditionnelles et tantôt mauvaise foi, il convient de faire la part des choses et de s'affranchir de certains principes établis faisant croire à la conservation « d'avantages acquis » qui néanmoins partent en déliquescence.

Éric Woerth, en présentant le budget 2010 de la Sécurité sociale, a ouvertement laissé paraître le raisonnement de l'État : « **Notre priorité a été de laisser le système de protection sociale jouer son rôle d'amortisseur si précieux en temps de crise** ». Ces chiffres s'expliquent « **intégralement** » par l'effondrement des cotisations lié à la crise, selon le ministre du Budget qui estime à 12 Md€ les moins-values de recettes pour 2009, et à 9 milliards supplémentaires pour l'année prochaine.



Roselyne Bachelot, voit les choses tout aussi clairement : « **J'ai été la Ministre qui a tenu les dépenses. Pour la première fois depuis 12 ans, nous avons respecté l'objectif de progression qui avait été fixé. Ce qui a dérapé, c'est l'insuffisance des recettes** », et de poursuivre en affirmant sa détermination à poursuivre les « **gains d'efficience** » en 2010. Conclusion : les recettes baissent, faisant s'accroître le déficit, donc nous allons encore museler les dépenses pour limiter les dégâts !



La **Cour des comptes** s'attend à un déficit de 22,7 Mds€ en 2009.



D'autres estimations, assez proches, tablent sur 23,5 Mds€ de déficit cette année pour le régime général, et 30,6 Mds€ l'année prochaine. Même en 2011, on devra se contenter de « stabiliser » le déficit « légèrement en dessous de 30 milliards », d'après le Ministre du Budget.

Ainsi, le **PLFSS 2010** qui table sur un déficit de 23,5 Mds€ en 2009 (dont 11,5 pour la branche maladie) et de 30,6 Mds€ en 2010 (dont 14,6 pour la branche maladie), prévoit de fixer l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) à 75,2 Mds€ pour les soins de ville et celui des établissements hospitaliers à 71,2 Mds€, soit un taux de progression identique de 2,8 % au lieu des 3,7 % globalement attendus en 2009. Les économies nécessaires pour atteindre cet objectif, estimées à 1,8 Mds€, passeront à la fois par un renforcement de la maîtrise médicalisée et par un ajustement des tarifs.



Analysons les chiffres d'un peu plus près

Les outils de maîtrise médicalisée (référentiels médico-économiques de la Haute Autorité de Santé, application de la mise sous entente préalable, contrats d'amélioration des pratiques individuelles, etc.) devraient permettre d'atteindre 595 millions d'euros d'économies en 2010, auxquels s'ajoutent 150 millions d'euros de lutte contre la fraude, selon le Ministère de la Santé. Ajoutons à cela des baisses de tarifs en radiologie et en biologie d'un montant total de 240 millions d'euros, des diminutions de prix sur les médicaments, génériques et traditionnels, ainsi que sur les dispositifs médicaux qui permettront une économie d'environ 460 millions d'euros. Cette somme s'ajoutera aux 200 millions d'euros d'économies liées à l'apparition de génériques du clopidrogel (Plavix®). Enfin, le gouvernement prévoit de réduire à 15 % le taux de remboursement des médicaments dont le service médical rendu est jugé faible dans toutes leurs indications, ainsi que des médicaments restés à 35 % alors que leur service médical a été jugé insuffisant.

Au total un peu plus d'1,6 Md€, on est loin des 23 milliards !

Comment boucher le trou de la sécu ? (suite)



Du côté des recettes, d'après le rapport de la *Commission des comptes de la sécurité sociale* publié en juin dernier, celles-ci stagneraient, passant de 161,7 Mds€ en 2008 à 162,5 Mds€ en 2009, soit 0,5 % d'augmentation contre 4,1% en 2008, 4,4% en 2007 et 5,8% en 2006.

On constate donc que les chiffres diffèrent s'ils viennent du Ministère du Budget (-12 Mds€) ou de la Commission des comptes de la sécu (+ 0,8 Mds€). Il n'y aurait pas dans ce cas effondrement des recettes, mais plutôt une stabilité de celles-ci.

La dette de l'État : selon le rapport de la *Cour des comptes* sur l'exercice 2008, « Dans la comptabilité de l'État au 31 décembre 2008, les dettes à l'égard de la sécurité sociale s'élèvent à 7,4 Mds€. Leur montant est ramené à 5,9 Mds€ [dont 5,2 pour le seul régime général] après déduction des versements intervenus début janvier 2009 à hauteur d'1,5 Mds€ en application de la loi de finances rectificative pour 2008 ».

Évidemment, cela pèse quelque peu en termes de manque de recettes !

Le bilan des comptes 2008 de la branche maladie

En 2008, les charges de la branche maladie s'élèvent à 166,1 Mds€, les produits se chiffrent à 161,7 Mds€.

Le déficit enregistré au titre de l'exercice 2008 est légèrement inférieur à celui de 2007 et s'établit à moins de 4,5 Mds€ (contre 4,6 Mds€ en 2007).

Les produits se composent pour l'essentiel de cotisations et de produits affectés (85 %). Les cotisations s'élèvent à 67 Mds€, la CSG atteint 52,2 Mds€ et les impôts et taxes affectés s'établissent à 14,6 Mds€. Ils croissent de 3 %, les effets du ralentissement économique sur les cotisations n'ayant commencé à se faire sentir qu'en fin d'année 2008.

Les charges de l'Assurance Maladie se composent principalement de charges techniques (160 Mds€).

Les prestations (130,4 Mds€) représentent près de 82 % de ces dépenses. Les transferts et subventions entre organismes de Sécurité Sociale et assimilés atteignent 16,4 Mds€ (10 % du total des charges).

Les charges de gestion courante se chiffrent à 5,8 Mds€ et progressent de 8 % en 2008.

Le caractère limité de la progression des charges (+ 2,84 %) tient, pour l'essentiel, à la croissance ralentie des soins de ville (+ 2,6 % contre + 4,7 % en 2007) qui s'explique en partie par la mise en place des franchises au 1er janvier 2008.

Cependant, les soins en établissements progressent de 5,1 % contre 3,9 % en 2007.

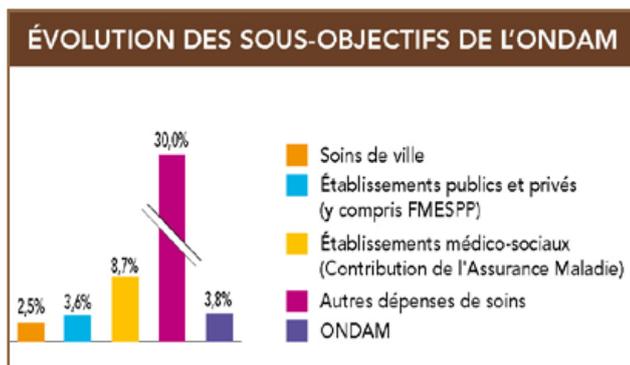
Source CNAMTS

Quelques constatations immédiates sont très intéressantes :

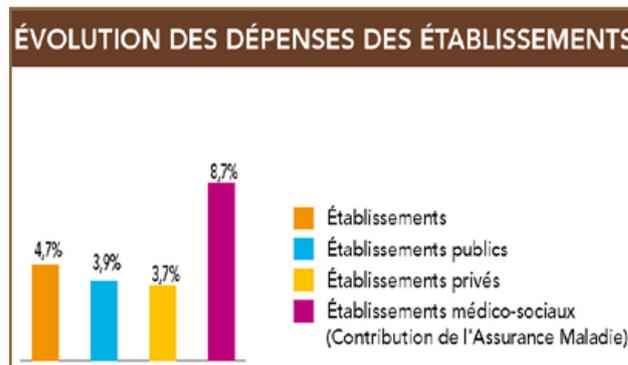
- Les cotisations ne représentent que 50% des recettes
- Les prestations représentent 82% des dépenses
- Les soins de ville croissent de 2,6%
- Les soins en établissement croissent de 5,1%
- Les charges de gestion courante de la branche maladie progressent de 8%, soit plus du triple de la croissance des soins de ville !

On pourrait conclure rapidement que les « mauvais élèves » sont en premier lieu la Sécurité Sociale elle-même et les établissements de soins, alors que les « bons élèves » sont les soins de ville !

La répartition de l'évolution des dépenses entre les différents secteurs de soins est éloquent :



Source CNAMTS



Comment boucher le trou de la sécu ? (suite)



Dans le rapport de la Cour des Comptes, les chiffres diffèrent légèrement :

	Taux d'évolution	Voté	Réalisé
Dépenses de soins de ville		+ 1,9%	+ 2,5%
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité		+ 3,2%	+ 3,8%
Autres dépenses relatives aux établissements de santé		+ 2,9%	+ 3,8%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées		+ 8,1%	+ 8,0%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées		+ 5,3%	+ 5,3%
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge		+ 2,0%	+ 3,4%
ONDAM		+ 2,8%	+ 3,4%

Source Cour des Comptes

En termes de chiffres bruts, la répartition du coût est pratiquement égale entre soins de ville et établissements :

- Soins de ville : 60,5 Mds d'euros (47%)
- Établissements : 68,5 Mds d'euros (53%)

Ce qui montre bien que le dépassement de l'ONDAM des soins de ville est le plus modéré des principaux secteurs de soins, et en tous cas le seul en dessous de l'ONDAM global réalisé.

Les économies réalisées sur les soins de ville sont de 2,1 Mds€ en 2008, dont 890 millions d'euros par les franchises médicales et 255 millions d'euros par la maîtrise médicalisée.

Tout ceci n'empêche pas la Cour des Comptes de conclure ainsi son rapport :

« **Le non respect de l'ONDAM demeure, pour l'essentiel, attribuable aux dépenses de soins de ville. S'il tient en partie à un effet de base, il s'explique encore par des économies attendues dont le chiffrage demeure trop volontariste.** »

Les soins relatifs aux ALD : un sujet sensible

Tous secteurs confondus, les dépenses liées aux ALD représentent 60 % des dépenses de l'Assurance Maladie, et les patients atteints d'affections de longue durée – qui représentent 14 % des assurés – consomment à eux seuls la moitié des médicaments.

Tous les acteurs se creusent les méninges pour diminuer le coût de ce secteur, et les solutions apparaissent difficiles à trouver.

Il semble qu'on pourrait évoluer vers une limitation, mieux maîtrisée dans le temps, du bénéfice de la gratuité de certains soins, par exemple après guérison d'un cancer.



Comment boucher le trou de la sécu ? (suite)



Alors, ce trou, comment le boucher ?

Le PLFSS 2010 prévoit de nouvelles recettes, pour environ 787 millions d'euros hors lutte contre les fraudes :

Pour dégager de nouvelles ressources, le Gouvernement écarte la hausse massive des prélèvements obligatoires afin de ne pas pénaliser la compétitivité de l'économie, le pouvoir d'achat des ménages et la sortie de la crise. Le Gouvernement a décidé des mesures de réduction de niches sociales :

- 12,1 % de prélèvement sur les plus-values mobilières lors de leur cession permettront de gagner 110 millions d'euros ;
- prélèvement sur les contrats d'assurance vie multi-supports en cas de dénouement par succession : gain de 272 millions d'euros ;
- augmentation de 4 % de la contribution «forfait social» acquittée par l'employeur sur les revenus accessoires au travail : 380 millions affectés à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ;
- doublement du taux de contribution sur les retraites chapeau qui rapportera 25 millions d'euros pour le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

La consolidation des recettes combinée à la bonne maîtrise des dépenses de santé permettra de diminuer le déficit structurel du régime général de 8,5 à 8,2 milliards d'euros entre 2009 et 2010.

Renforcer la lutte contre les fraudes. Poursuivre l'effort engagé entre 2006 et 2008 contre les fraudes, tel est aussi l'objectif du PFLSS 2010 qui met l'accent sur la lutte contre les arrêts de travail injustifiés.

Des mesures sont prises contre les arrêts de travail abusifs :

- * généraliser l'expérimentation de la «contrevisite» (meilleure coordination entre l'assurance maladie et le médecin contrôleur mandaté par l'employeur) déjà prévue dans la LFSS 2008 ;
- * contrôler les arrêts de travail dans la fonction publique ;
- * renforcer l'efficacité du contrôle au sein du régime social des indépendants.

En 2008, les fraudes ont été détectées par la sécurité sociale pour un montant de 365 millions d'euros.

source : www.gouvernement.fr

Du côté des recettes, il ne faut pas trop espérer demander à l'État de rembourser sa dette s'il a décidé d'utiliser la protection sociale comme un amortisseur financier de crise. Amortisseur qui pourrait fonctionner dès lors qu'un déficit est effectué dans une perspective d'investissement. Mais le déficit de la branche maladie est-il lié à un investissement ? Lequel ? En tous cas pas dans la qualité des soins.

Et pourtant, 5 Mds€ cela serait déjà plus du double de ce qui est attendu des économies sur les soins de ville. La nuance, c'est qu'il y en a un qui décide et l'autre qui paye.

Les dépenses : les mesures prises depuis plusieurs années pour résoudre le problème récurrent de l'augmentation des dépenses de santé (diminution autoritaire de certains tarifs de soins, blocage des autres, diminution des prix des médicaments, des taux de remboursement de certains de ceux-ci, instauration des franchises médicales, augmentation du forfait hospitalier, etc.) sont toutes impopulaires. Et on constate qu'elles ont toutes pour but de diminuer les dépenses, mais qu'elles n'ont comme effet que d'appauvrir les acteurs de soins.

Or, ceux-ci étant déjà bien souvent à la limite de la rentabilité de leurs modestes entreprises, la conséquence sera inéluctablement une diminution de la qualité des soins, due à la fois à la raréfaction de ces acteurs de soins et au moindre intérêt qu'ils porteront à la qualité de leur travail.

Si les mesures prises ne sont pas radicalement responsables, la solution n'existera jamais, les professionnels de santé seront exsangues, le déficit ne cessera de s'accroître, et le système de santé français deviendra l'un des plus mauvais du monde par la faute d'un système de protection inadéquat.

Nous ne cesserons de répéter que la Santé a un coût, et qu'il faut l'assumer en fonction du niveau de protection que l'on désire.

Comment boucher le trou de la sécu ? (suite)



Impopulaire pour impopulaire, autant prendre enfin le taureau par les cornes.

- Les dépenses ne peuvent plus être plus compressées qu'elles ne le sont.
- Le coût de la Santé existe, il faut le financer.
- Le système de financement actuel ne suffit pas à équilibrer les comptes, il faut donc le modifier.
- Qui assume le coût de la Santé ?
 - L'assurance maladie, elle-même financée par les cotisations (entreprises, salariés et autres travailleurs), la CSG (cotisations sur la majorité des revenus) et les autres impôts et taxes affectées à la Sécurité Sociale (taxes sur des produits de consommation par exemple)
 - Les assurances complémentaires, financées par leurs cotisants d'une part, et par leurs produits de gestion financière d'autre part
 - Les assurés sociaux auxquels on demande une participation complémentaire aux frais de santé sans cesse croissante
- Qui paye finalement ?
Tous les français (enfin presque, car certains, souvent à juste titre, ne participent pas à cet effort, et d'autres compensent quelquefois dans une proportion au-dessus du raisonnable) !



Quelle que soit la ou les solutions retenues, les Français savent qu'ils vont devoir payer plus pour leur santé. Mais comment ?

Il existe plusieurs solutions, et trois au moins d'entre elles mériteraient d'être analysées :

- Augmentation de la CSG : en effet, 1 point de CSG rapporte à la Sécurité Sociale environ 10 Mds€
- Diminution des taux de remboursement : 1% de diminution « rapporte » à la Sécu 1,3 Mds€
- Remise en question de la gratuité totale des soins en ALD

- La CSG est le levier le plus puissant parmi les recettes de l'Assurance Maladie, mais l'utiliser est délicat dans un contexte de niveau de prélèvements obligatoires déjà jugé trop élevé dans notre pays, lequel veut ménager sa sortie de crise en privilégiant la compétitivité de l'économie.
- La diminution des taux de remboursement des soins – ou tout au moins de certains de ceux-ci – pourrait être moins douloureuse et ressentie comme plus égalitaire en ce sens que l'augmentation du coût des soins serait alors supportée par les consommateurs de ceux-ci.



Cela générerait évidemment un transfert de la prise en charge du coût vers les complémentaires, mais celles-ci n'attendent que cela : en effet, les complémentaires sont pour la plupart des organismes privés avec une gestion réellement financière contrairement à la Sécurité Sociale ; une bonne partie de leurs profits est issue de produits financiers qui sont proportionnels à leur masse de mouvements.

Il suffit pour s'en convaincre de constater actuellement la disparition des « petites » complémentaires, absorbées par les grands groupes.

Le transfert vers les complémentaires d'un certain pourcentage de la prise en charge d'assurance maladie générera ainsi moins d'augmentation de cotisation pour l'assuré que si on tentait d'obtenir un résultat équivalent par augmentation des cotisations obligatoires ou de la CSG.

Et même indépendamment du système complémentaire, si on diminuait par exemple de 5% le taux de remboursement des consultations de ville – ce qui représenterait un « gain » de 4 à 5 Mds€ pour la sécu – cela reviendrait à diminuer de 1,10 € le remboursement d'une consultation médicale, ou encore de 77 centimes d'€ une séance de kinésithérapie du dos ou d'un membre.

Comment boucher le trou de la sécu ? (suite et fin)



Il semble que ceci serait vraisemblablement moins « douloureux » pour le patient que d'autres solutions comme les franchises par exemple ; on pourrait même imaginer que cela inciterait les patients à « mieux » consommer en soins.

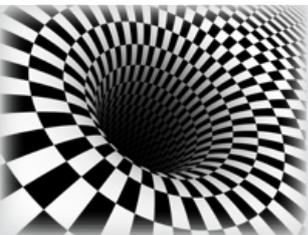
- En ce qui concerne les ALD, serait-il si aberrant de passer la couverture à 95% au lieu de 100% pour les soins non lourds de ces patients ? C'est-à-dire hors soins en établissements. Pourquoi le suivi en soins de ville d'un tel patient ne verrait-il pas une légère participation des complémentaires, voire du patient lui-même ?

Cette recherche d'optimisation devrait s'appliquer à la CMU également, leurs bénéficiaires étant en moyenne plus gros consommateurs de soins :

« Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ont eu, en 2000, des dépenses de soins supérieures de 13 % à celles des personnes non couvertes malgré une structure d'âge plus jeune. À âge et sexe équivalents, cet écart atteint 30 % .../... À état de santé égal, les dépenses des bénéficiaires de la CMU apparaissent plus comparables à celles des autres assurés complémentaires, étant supérieures d'environ 14 % pour les dépenses ambulatoires mais pas significativement différentes pour les dépenses hospitalières. »

source DREES (étonnamment, ces chiffres portant sur l'année 2000 ont été publiés en 2003, et il ne semble pas y avoir d'autre étude comparable depuis...)

Ceci pourrait être compensé par une meilleure prise en charge de certains produits indispensables aux soins de patients en ALD qui ne sont actuellement pas du tout pris en charge, ce qui est par contre totalement aberrant.



Avec la volonté de tous les acteurs de collaborer à un assainissement du système de protection sociale français, et à la condition que l'État le veuille, il doit être possible d'améliorer sensiblement la situation.

- Pour cela, l'État doit montrer l'exemple en remboursant sa dette
- L'Assurance Maladie doit faire un effort substantiel sur ses charges de fonctionnement qu'il n'est pas pensable de laisser croître de 8% l'an alors qu'elles sont déjà parmi les plus élevées au monde, et qu'elle s'est pourtant si adroitement déchargée sur les professionnels de santé de la partie la plus coûteuse de sa gestion administrative
- Les complémentaires et enfin les patients doivent à leur tour faire l'effort financier que les professionnels de santé font depuis plusieurs décennies
- Bien évidemment nous serons toujours favorables à la lutte contre les fraudes, qui est une gagnère que nous payons depuis des années : c'est là que l'Assurance Maladie doit investir plus.

Une autre solution serait de redéfinir ce qui est du ressort de la protection sociale de ce qui ne l'est pas, sans pour autant définir ce qui est du ressort de la santé ; mais ceci est un tout autre débat.

Bien évidemment, nous ne prétendons pas détenir LA solution miracle (elle aurait déjà été trouvée et appliquée), mais peut-être certaines pistes un peu différentes pourraient-elles être explorées en termes de gestion de la couverture sociale de nos patients.

C'est un savant mélange de différentes mesures qui permettra d'améliorer la situation, mais nous pensons qu'il faut s'affranchir de certains principes établis pour y parvenir, et souhaitons que cette modeste étude ouvre d'autres pistes de réflexion à nos décideurs.

Philippe Cochard

La NGAP hors-la-loi



La Nomenclature Générale des Actes Professionnels des Masseurs Kinésithérapeutes porte en son sein un article qui pourrait bien être jugé hors-la-loi. Il s'agit en l'espèce de l'article 9 du chapitre II : Rééducation de la déambulation du sujet âgé.

Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.

- Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé (8)
- 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) (6)
Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en œuvre de la rééducation précédente.

Dans les colonnes de KFP, de vives critiques ont déjà été portées, par la voix d'Éric Charuel, sur la rédaction de cet article et sur la faiblesse des cotations imposées. (voir KFP n° 19)

Parler de « déambulation » alors qu'il s'agit en fait d'une « Rééducation de l'indépendance fonctionnelle motrice » est un non-sens et prouve l'incompétence des rédacteurs dans le domaine gérontologique.

Incompétence et pingrerie, car les cotations sont parmi les plus faibles de la NGAP. La « rééducation de la déambulation » est même assortie d'une différence notable par rapport à tous les autres actes de masso-kinésithérapie : elle ne doit durer que vingt minutes ! Nous avons tout de même échappé à l'humiliation du néologisme « marchothérapie », mais de peu.



Les médecins-conseils et les administratifs des Caisses ont flairé le bon filon et cet article est celui qui entraîne le plus de conflits avec les professionnels en matière de cotation. Tout est bon pour faire entrer une prescription dans ce cadre peu onéreux pour l'Assurance Maladie ; des arguments les plus retors aux mensonges les plus éhontés. Nous sommes loin du but avoué lors de la refonte de la nomenclature qui était, entre autres, de limiter les querelles d'interprétation.

J'accuse l'article 9 d'être hors-la-loi car il présente un caractère discriminatoire avéré. Or, tant la Loi Française que les textes Européens interdisent et condamnent ces pratiques.

- L'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, portant sur l'interdiction de discrimination a été ratifié par la France.
- La Loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations dispose dans son article 1 que « *Constitue une discrimination directe la situation dans laquelle, sur le fondement de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race, sa religion, ses convictions, son âge, son handicap, son orientation sexuelle ou son sexe, une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable.* »
- Le Code pénal, après avoir défini la discrimination dans son article 225-1, dispose ensuite que « *La discrimination [...] commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45.000 Euros d'amende lorsqu'elle consiste : 1° A refuser la fourniture d'un bien ou d'un service.* »

La NGAP hors-la-loi (suite)

Tout comme le racisme ou l'homophobie, l'«âgisme» est considéré comme un délit.

L'article 9 de la NGAP ne fait pas autre chose que discriminer négativement et ouvertement le groupe « personnes âgées » en lui appliquant un traitement spécifique, sans lien objectif avec le critère qui sert à distinguer le groupe. Il commande aux kinésithérapeutes de refuser à certains patients, de par leur âge, un service de qualité identique aux autres patients, car malgré toute la conscience professionnelle que nous pouvons mettre dans l'exercice de notre métier, il ne peut nous être imposé de servir du caviar au prix des oeufs de lumps !

Dans tous les cas, le concept de « personne âgée » reste à définir. Se demander à quel âge on devient vieux, c'est comme se demander à quelle hauteur est-ce que c'est haut ou à partir de quelle température est-ce que c'est froid ? Est-on « âgé » à partir de 60, 70, 80 ans ?

La notion de vieillesse liée à l'âge de la prise de la retraite et donc à l'inaptitude au travail qui a prévalu jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle a ancré depuis des années le début de la vieillesse à 60 ans. C'est d'ailleurs, encore à partir de cet âge qu'une personne dépendante peut prétendre à bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Plus jeune, il faut parler d'adulte handicapé.

**le concept de dépendance liée à l'âge
à pris un sacré coup de vieux !**

Pourtant, force est de constater que le sexagénaire du XXI^{ème} siècle ne ressemble pas à un vieillard, sauf s'il est malade. L'âge de la retraite a reculé et le concept de dépendance liée à l'âge a pris un sacré coup de vieux ! La « *personne âgée* » ne le paraîtra et ne portera les stigmates de la vieillesse

que sous les effets de la maladie. Toute déficience autrefois attribuée au seul âge chronologique n'est que la conséquence d'une maladie qui peut être souvent prévenue ou guérie.

Les pouvoirs publics semblent avoir saisi la nécessité humaine et économique de limiter l'apparition des incapacités lors de l'avancée en âge.



La FFMKR en Congrès à Angers

Les 23, 24 et 25 octobre la FFMKR tiendra son Congrès annuel dans la capitale de l'Anjou. Les congressistes n'auront vraisemblablement pas l'occasion de goûter beaucoup à la douceur Angevine tant le programme sera chargé. En effet, nous allons devoir débattre et définir ensemble la politique fédérale et porter réflexion sur les thèmes retenus dans le protocole d'accord de négociation signé récemment entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs de la profession :

- la démographie des masseurs-kinésithérapeutes,
- les simplifications administratives,
- l'optimisation de la prise en charge dans les CRF et SSR,
- la mise en place des référentiels masso-kinésithérapiques,
- la prévention,
- la revalorisation des actes de masso-kinésithérapie.

Les choix et les orientations décidés lors de ce Congrès engageront l'avenir de notre profession.

La participation confirmée de la Ministre Madame Roselyne BACHELOT en clôture de nos travaux confirmera s'il était besoin l'importance de ce rendez-vous.

Pour le SMKRP, ce Congrès verra de surcroît la remise en jeu du mandat d'un de nos Conseillers Fédéraux en la personne de notre Président Bernard CODET qui s'est porté candidat à sa succession, accompagné de notre Secrétaire Général Jean-Pierre LEMAÎTRE, en qualité de suppléant. Le Conseil d'Administration sera présent à Angers pour soutenir nos candidats.

Le Syndicat de Paris, premier Syndicat affilié à la FFMKR en nombre d'adhérents, comptant dans ses rangs le Premier Secrétaire Général de la fédération, en la personne de Fanny RUSTICONI, se doit de gagner cette élection afin porter votre voix, celle des kinésithérapeutes parisiens au sein de notre structure nationale.

Kiné Flash Paris du mois de novembre vous rapportera les conclusions des travaux de ce Congrès qui s'annonce aussi décisif que passionnant.

La NGAP hors-la-loi (suite et fin)



PLAN NATIONAL "BIEN VIEILLIR" 2007 - 2009

Du plan national « Bien vieillir 2007-2009 » en passant par les campagnes de l'INPES sur la prévention des chutes, les actions de prévention tentent de favoriser la compression de la morbidité. Les années gagnées en espérance de vie n'auront un sens et ne pourront être supportées par la société que si elles se passent majoritairement en dehors du cadre de la dépendance.

Le rapport « *Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile* » du CREDOC de décembre 2005 nous apprend que malgré la baisse de la prévalence de la dépendance physique, « *il faut s'attendre à une hausse du nombre de personnes dépendantes, essentiellement due aux évolutions démographiques et au vieillissement de la génération du baby boom* ».

S'il est impossible de jouer sur le levier de la démographie, il apparaît indispensable d'augmenter, par le soin et la prévention, les années sans incapacités.

C'est la maladie et non l'âge qui détermine le niveau de dépendance et donc le coût pour la société.

Car la dépendance coûte cher et augmente de façon exponentielle avec le degré du handicap. L'APA pour une personne en GIR 1 est 233 % plus élevée que pour une autre en GIR 4 (le montant mensuel maximum en GIR 1 est de 1.224,63€ et de 524,84€ en GIR 4).

Le rapport de l'IRDES de juin 2008 intitulé « *Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement* » confirme cette évidence : « *le coût moyen journalier par lit/place augmente fortement avec le degré de dépendance des patients, en HAD comme en SSR. Chez les patients hospitalisés en HAD, il passe de 123 € pour les patients autonomes (score AVQ = 6) à 190 € pour les plus dépendants (score AVQ entre 19 et 24). Pour ces mêmes scores, il passe de 229 € à 325 € pour les patients hospitalisés en SSR* ». Ce rapport expose également que chez les patients adultes, lorsque l'âge augmente, les coûts moyens journaliers varient peu.

Cela confirme bien que c'est la maladie et non l'âge qui détermine le niveau de dépendance et donc le coût pour la société.

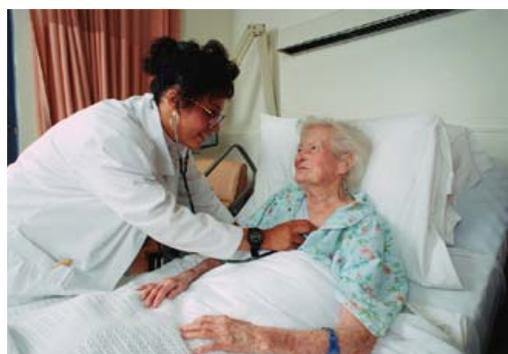
L'article 9 de la nomenclature n'a donc pas lieu d'exister puisque lorsque nous intervenons c'est toujours pour rééduquer une pathologie spécifique. La vieillesse n'étant pas une maladie, elle ne devrait pas trouver une place distinctive dans la NGAP. Seul un acte de prévention à destination des personnes âgées pourrait être envisagé.

Le plan national « Bien vieillir 2007-2009 » fait de la prévention des chutes un axe majeur du programme "personnes âgées" de l'INPES et prévoit de créer des formations spécifiques à l'encadrement des seniors pour les STAPS. Les kinésithérapeutes, qui sont à l'évidence des acteurs de premier plan dans la conservation de l'autonomie motrice et de l'indépendance fonctionnelle, se retrouvent — par le fait d'une nomenclature obsolète, injuste et hors-la-loi — exclus de l'action de soin et de prévention en gérontologie.

Pour l'avenir de notre profession et surtout par respect pour nos patients, nous ne pouvons plus tolérer cette situation.

Le protocole de négociation signé récemment avec les Caisses prévoit une revalorisation des actes de masso-kinésithérapie. Si cette revalorisation s'effectue par une augmentation nomenclaturaire ciblée, il apparaîtrait indécent qu'elle ne vise pas la rééducation gérontologique en attendant la suppression pure et simple de l'article 9 ou sa réécriture.

Claude Cabin



Courrier de Roselyne Bachelot aux professionnels de santé

Par un courrier en date du 29 septembre 2009, Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports, a souhaité s'adresser directement aux professionnels de santé.



Après avoir rappelé le bref historique de la première pandémie du XXI^{ème} siècle, c'est avec discernement que le Ministère fait l'état des lieux de la situation. Si au printemps 2009 les éléments que nous possédions étaient source de vives inquiétudes et souvent de stériles tergiversations, à ce jour meilleure est la visibilité sur cette pandémie. Si le virus A(H1N1) présente une très forte contagiosité, sa virulence est quant à elle jugée modérée. Par ailleurs, si l'immunité des populations est très faible vis-à-vis de ce virus, c'est le nombre important de personnes susceptibles d'être atteintes qui fait craindre l'apparition de formes graves, y compris chez de jeunes adultes ne présentant pas de facteurs de risque. L'autre difficulté est l'encombrement des services de santé, tant ambulatoires qu'hospitaliers, qui serait à l'origine d'une diminution de la pertinence et de la qualité des soins.

Face à cette situation, le Ministère axe son action autour de trois thèmes : le développement des mesures barrières, l'usage des antiviraux – qui ne sera pas développé ici – et enfin, la vaccination.



Les mesures barrières ont été développées dans Kiné Flash Paris n° 29. Celles-ci ne sont pas à mettre en œuvre le jour où une situation épidémique est incontrôlée : ces mesures sont à mettre en œuvre aujourd'hui afin d'éviter, pour les patients comme pour les soignants, la contraction d'une infection virale.

Ceci étant, il est stupéfiant qu'il faille attendre le risque d'une pandémie, agiter le spectre d'une morbidité importante, pour revenir aux bases de l'hygiène que tout citoyen, et à plus forte raison tout professionnel de santé devrait posséder, appliquer et développer tout au long de son exercice. Bien entendu, les moyens ont évolué mais rien ne justifie que le souci permanent des mesures barrières n'ait été au cœur de la reconnaissance de l'exercice des professions de santé et des pouvoirs publics. Nous voyons ici l'importance de la prévention et l'urgence qui existe à ce qu'elle soit reconnue, développée dans les politiques de santé, et prise en compte dans les conditions ou dans la prise en charge sociale de la santé.

Le Premier Ministre a annoncé le 24 septembre 2009, outre la mise à disposition par l'État de doses vaccinales suffisantes pour l'ensemble de la population, les axes de priorité qui guideront cette vaccination : en premier lieu seront inoculées les personnes dites à risque ainsi que les professionnels de santé.

Sans doute fidèle aux nouvelles politiques de santé, le Ministère a souhaité placer la population, donc chaque citoyen, comme auteur de sa santé. C'est pourquoi, le choix de se faire vacciner appartient à chacun d'entre nous, professionnels de santé et citoyens. Mais pour que ce choix soit conscient, éclairé, encore faut-il que chaque citoyen soit informé, détenteur d'une information accessible et complète.

C'est la demande majeure — un acte de confiance — que la Ministre de la santé demande à tous les professionnels de santé. Chacune et chacun doit prendre sa place dans cette dynamique de promotion de la santé, qui est aussi celle des professionnels de santé. Des informations sont accessibles à tous, sachons les saisir et nous les approprier.

Bien entendu, c'est un nouvel effort demandé aux professionnels alors que ceux-ci en assument toujours plus sans pour autant percevoir de reconnaissances auxquelles ils aspirent. Tel est le constat qui peut-être fait au cours d'Assemblées Générales de syndicats, comme au détour d'une journée de rentrée du Centre National des Professions de Santé (CNPS). Cependant, notre attachement au service de la population et à la santé de celle-ci justifie l'investissement de tous : les patients savent combien celui-ci leur est précieux.

Le point sur les référentiels

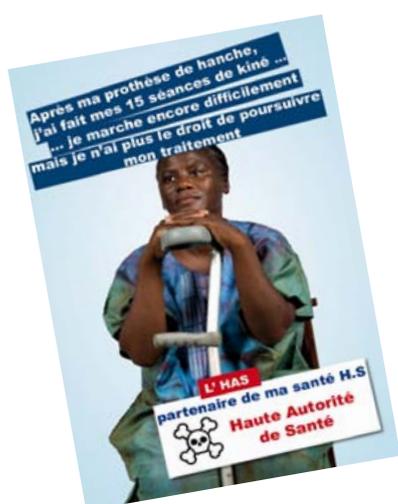
Devant le tollé général soulevé par la présentation des référentiels concernant la masso-kinésithérapie, l'UNCAM a cédé du terrain. Où en sommes-nous aujourd'hui ?

Les référentiels sont issus de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2009 et plus précisément de son article 42 qui prétend « Optimiser la réalisation des actes en série ». En clair, il s'agit de faire des économies sur notre dos et au détriment des patients.

Sur proposition de l'UNCAM et validation par l'HAS, il devra être défini un nombre maximum de séances par pathologie, avec toutefois la possibilité de prolonger le traitement de manière exceptionnelle après « accord préalable » du contrôle médical.

Sitôt dit, sitôt fait, l'UNCAM sort de derrière les fagots six référentiels dont un seul est retoqué par l'HAS qui néanmoins se montre très prudente et précise : « Le Collège a bien noté qu'il s'agissait de fixer un seuil à partir duquel la poursuite des soins nécessitait le recours à la procédure de l'entente préalable et non de définir un nombre maximum de séances remboursables, pas plus que de formuler des recommandations de bonne pratique clinique applicables à ces actes. »

Ne reculant devant aucune provocation, l'UNCAM menace de faire établir l'accord préalable par le médecin prescripteur et non par le kinésithérapeute.



**Ces référentiels
ne sont pas
opposables à ce
jour**



Face à cet assaut, la représentation syndicale qui n'a pas été associée à l'élaboration de ces référentiels se rebiffe. Les syndicats quittent la table de négociations et la FFMKR organise le « jeudi de la colère ». Même l'Ordre notifie son désaccord.

Le point sur les référentiels (suite et fin)

Ce front uni contre ces mesures iniques a porté ses fruits et il semblerait que les dégâts puissent être limités.

Le protocole d'accord de négociation entre l'UNCAM et les syndicats, signé le 17 septembre 2009, précise que :

- Les Syndicats seront associés à l'élaboration des référentiels avant leur présentation à l'HAS
- L'accord préalable en cas de poursuite de traitement sera établi par le kinésithérapeute sur la base du BDK
- Les référentiels seront opposables en secteur libéral **ET** hospitalier
- Les référentiels pourront être réexaminés si les poursuites de traitement accordées dépassent 5%.

Sous l'impulsion de la FFMKR, un collège de masseurs-kinésithérapeutes va être institué au sein de l'HAS. Ce collège devra rassembler toutes les composantes de la profession et non seulement quelques « experts » autoproclamés.

Nous ne pourrions échapper à cette contrainte supplémentaire car elle est inscrite dans la Loi. Toutefois, il nous faudra rester vigilants et négocier bec et ongles afin que cette mesure assure une meilleure délivrance des soins et non une maîtrise comptable déguisée des actes de masso-kinésithérapie.

Claude Cabin

La kiné, ce n'est pas de la Science-fiction !

Une étude scientifique réalisée sur un échantillon représentatif de 1.678 masseurs-kinésithérapeutes par des enseignants chercheurs des Universités de Montpellier 3 et d'Aix-Marseille 1 a permis de prouver que les pratiques des masseurs-kinésithérapeutes sont conformes aux bonnes pratiques et aux données actuelles de la Science. De plus ils sont en capacité de délivrer un message éducatif en adéquation avec les modèles jugés efficaces en Sciences de l'éducation.

Importants acteurs sociaux, les masseurs-kinésithérapeutes ont soif d'émancipation et leurs pratiques ne peuvent pas se déléguer ou se transférer à d'autres professions ou à de nouvelles professions puisqu'elles sont conceptualisées dans l'action et sont donc singulières.

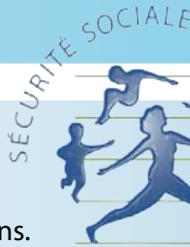
D'exécutants soumis les masseurs-kinésithérapeutes ont toutes les potentialités pour devenir auteurs inventifs, éducateurs et prescripteurs à soi même (accès direct du patient) et à l'extérieur (prescription à d'autres ou à de nouvelles professions).

En savoir plus :

HPST : Les premiers décrets d'application donnent la migraine aux médecins

Les sanctions prévues en cas de refus de soins, de dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux, ou d'inobservation de l'obligation d'information écrite préalable, en voulant se montrer dissuasives stigmatisent une fois de plus les professionnels de Santé. Le refus de soins coûtera 5.178 euros. En cas d'omission d'information préalable en matière de tarification, le médecin sera redevable d'une amende d'un montant maximum de «100% du montant des dépassements sur les actes pour lesquels l'information préalable n'a pas été réalisée». Pour le non respect du principe du tact et de la mesure ou la facturation de dépassements non autorisés, le montant de l'amende s'élèvera «entre 100 et 200% du montant des dépassements pratiqués». Les récidivistes n'auront qu'à bien se tenir : retrait du droit à pratiquer des dépassements d'honoraires ou de la participation de l'assurance-maladie au financement de leurs cotisations sociales pour une durée maximum de 5 ans.

Le Dr Chassang, Président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) parle d'acharnement et s'inquiète du pouvoir absolu donné aux directeurs de CPAM.



Quand la sécu ne fait pas son travail !!!

L'ASV est tronqué et c'est nous qui trinquons.
Les indus c'est tordu et c'est toujours nous qui trinquons.
Malin pour se renflouer.

Y sont futés à la Sécu !

Quand la sécu profite !!!

L'augmentation de 20% du tarif de stationnement depuis le 1^{er} juillet rend plus que difficiles les visites, puisque l'IFD n'est pas décernement honorée (on en est de notre poche), donc moins de traitements à rembourser.
Malin d'en profiter pour se renflouer.

Y sont futés à la Sécu !

Quand la Sécu impose son pouvoir !!!

La suppression de la DEP pour moins de 30 séances semble acquise, mais il reste les pathologies lourdes et que penser de l'obligation faite à certains prescripteurs qui doivent eux-mêmes soumettre les actes de kinésithérapie à l'accord préalable du contrôle médical conformément à l'article 162-1-15 du Code de la sécurité sociale ?
Malin pour détourner la DEP et se renflouer.

Y sont futés à la Sécu !

Quand la Sécu invente !!!

Après la maîtrise comptable et les 45.000 coefficients soit-disant abandonnés, elle fait créer l'HAS pour valider ses propositions de maîtrise par pathologie.
Malin pour réduire les actes et se renflouer.

Y sont futés à la Sécu !

Quand la Sécu ne respecte pas sa signature !!!

En 2000, la convention devait aboutir à une revalorisation des actes au plus tard en 2006. En 2009 cela n'a pas toujours abouti. Et voilà qu'elle propose de nouvelles obligations (pardon négociations) pour arriver à cette augmentation. Celle-ci sera-t-elle appliquée en 2010-2011-2012 ??????
Malin cette manière de faire pour encore retarder notre juste dû et se renflouer.

Y sont futés à la Sécu !

Quand la Sécu prélève une dîme sur les ALD !!!

Malin pour se renflouer.

Y sont futés à la Sécu !

Et le patient dans tout ça !!!

Elle s'en fout puisque son problème reste la maîtrise comptable.
C'est vraiment pas malin.

Et vraiment pas futé !

Merci à Guy BEDOS qui m'a inspiré les termes malins et futés qu'il emploie dans un célèbre sketch que la décence et la bienséance m'empêchent de nommer ici.



Jacques Duboin



Complémentaires santé : les cotisations augmenteront de 4 % à 7 %

Selon les estimations de la Mutualité Française, les mesures contenues dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) auront pour conséquence une augmentation minimale de 3,9 % des cotisations des mutuelles l'an prochain. Il paraît fort probable qu'elle puisse en fait atteindre les 7 %. La faible progression des dépenses de santé aurait pu faire espérer une baisse des primes. C'était sans compter avec l'augmentation du forfait hospitalier, la création du taux de remboursement de 15 % pour certains médicaments, et les traitements liés à la grippe A.

Les particuliers seront tentés de revoir leur protection à la baisse. Il en va de même pour les entreprises qui proposent des contrats-groupes à leurs employés.



Ils ne se lèvent pas tous pour le PLFSS 2010

Les administrateurs de la CNAMTS et ceux de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS), surnommée « la banque de la sécu » ont rendu un avis défavorable. Le conseil d'administration de l'UNCAM l'a adopté de justesse. Rappelons que l'avis des différentes Caisses sur le PLFSS est simplement consultatif bien qu'obligatoire. D'ailleurs, le PLFSS 2010 a été adopté le mercredi 14 octobre lors du Conseil des Ministres. Il devra être maintenant examiné au Parlement à l'automne.



Autorisation de découvert record pour la sécu

Ne souhaitant pas augmenter les prélèvements, le Gouvernement ne prévoit pas le transfert immédiat de la dette sociale vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) qui peinerait à supporter ce fardeau sans ressources supplémentaires. C'est donc l'Acoss, la banque du régime général, qui devra consentir une avance de trésorerie de près de 60 milliards d'euros. Pas facile à trouver. Ce report de financement du long vers le court terme est critiqué par la Cour des comptes et par certains parlementaires.

Le matelas de la dette sociale tente d'amortir les conséquences sociales de la crise. Espérons que le rebond ne nous fasse pas cogner la tête au plafond.



La prise en charge des douleurs de l'arthrose codifiée par l'OARSI

L'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) a émis des recommandations sur la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche, qui mettent autant l'accent sur la prise en charge médicamenteuse que sur la prise en charge non pharmacologique. Si le paracétamol reste l'antalgique de première intention, l'accent est mis sur les moyens et les traitements pouvant être mis en œuvre par le patient lui-même, plutôt que sur les traitements passifs. Ensuite, les efforts devront surtout viser à encourager l'adhésion du patient aux traitements non pharmacologiques. Les AINS au long cours doivent être évités. Quant aux injections d'acide hyaluronique, elles peuvent être utiles grâce à leur effet prolongé par rapport aux injections de corticoïdes. Enfin, l'utilisation d'opiacés faibles et d'analgésiques narcotiques peut être envisagée pour le traitement des douleurs rebelles.

C'est l'HAS qui va avoir du mal à valider un petit référentiel à dix séances par an pour la coxarthrose et la gonarthrose.



Syndrome du canal carpien : la chirurgie à la main !

Le traitement du syndrome du canal carpien (SCC) était mal codifié. Une équipe américaine a entrepris un nouvel essai clinique contrôlé. Cent seize patients souffrant d'un SCC idiopathique sans syndrome de dénervation ont été inclus dans

l'essai. Ces patients ont été randomisés en un groupe assigné à une décompression chirurgicale et un groupe assigné à un traitement non chirurgical. Celui-ci comportait dans un premier temps, outre un programme d'éducation thérapeutique, six séances hebdomadaires de kinésithérapie, la mise en place d'attelles et la prescription d'AINS. À la 6^{ème} semaine, en cas d'amélioration insuffisante, des séances d'ultrasons étaient proposées. La chirurgie n'a donné de meilleurs résultats symptomatiques que chez les patients ayant un retard de conduction nerveuse au niveau du médian de plus de 5 ms. Les traitements non invasifs pourraient avoir des avantages notamment pour les SCC récents ou de diagnostic incertain.

Copiant le Coca zéro, l'HAS a inventé le SCC opéré zéro ! Ne serait-ce pas plutôt nos Zorro du diktat scientifique les zéros de l'affaire ?



FNEK : les étudiants en filières sanitaires et sociales sur la touche

Les associations des étudiants de plusieurs professions paramédicales, dont la FNEK, ont dénoncé leur exclusion des bourses du CROUS. Les bourses régionales auxquelles peuvent prétendre les étudiants de ces filières se révèlent d'un montant très inférieur à celles dont disposent les étudiants des Universités.

Dans un sens, cela les habitue aux injustices qu'ils devront subir durant leur carrière ! Vivement le LMD !



Renforcement de la chasse aux arrêts de travail injustifiés

Dans le Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2010, l'intensification de la lutte contre les arrêts de travail injustifiés est présentée comme un axe principal dans le domaine de la lutte contre les fraudes. Éric Woerth a rappelé que 13 % des arrêts maladie seraient injustifiés, selon l'assurance maladie, et que 70 % des patients suspectés d'être en arrêt injustifié ont, après contrôle, soit repris immédiatement leur travail, soit subi une interruption immédiate du versement de leurs indemnités journalières. Outre la généralisation de la contre-visite, la lutte contre les arrêts de travail successifs abusifs sera menée, par le biais d'une procédure de mise sous accord préalable de tout salarié dont le versement des IJ a déjà été suspendu à la suite d'un contrôle.

Pour une fois que ce ne sont pas les professionnels de santé qui sont sur la sellette...

Ouverture du site du CERMKRP

Le **Cercle d'Études et de Recherches des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs de Paris** a ouvert en août son premier site Internet.

Il regroupe l'intégralité des recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant la masso-kinésithérapie.

Un onglet est dédié aux risques sanitaires.

Enfin une section de liens utiles pour vos recherches de documentation, de bases de données de santé, de ressources médicales aidera tous les physiothérapeutes dans leurs éventuelles recherches sur Internet.

Une adresse à placer dans vos favoris ou marque-pages : <https://sites.google.com/site/cermkrp/>

INFO ADHÉSION

L'offre spéciale d'adhésion proposée à l'occasion du Salon Mondial de la Rééducation se prolonge.

Le SMKRP et la FFMKR vous offrent un tarif spécial qui consiste à permettre à de nouveaux adhérents ou aux masseurs-

kinésithérapeutes n'ayant plus adhéré depuis 2003 de régler la cotisation pour l'année 2010 au tarif de celle de 2009 + 1 euro.

Cette promotion permet une adhésion effective à partir du 2 octobre 2009.

N'hésitez pas à profiter de cette occasion pour faire entendre votre voix.

SYNDICAT DES MKR DE PARIS : COTISATIONS 2009

	Cotisation 2009	Quote-part départementale	Quote-part fédérale
Tarif individuel	308 €	73 €	235 €
Tarif réduit *	270 €	46 €	224 €
1 ^{ère} adhésion, nouveaux diplômés, retraités, salariés	49 €	10 €	39 €
Étudiants 3 ^o année d'IFMK	15 €	0 €	15 €



Les immortelles d'Audiard commentent l'actualité



Taxe professionnelle :

Le gouvernement prévoit de supprimer la Taxe Professionnelle, sauf pour les BNC employant moins de 5 salariés : c'est-à-dire la quasi-totalité des professionnels de santé libéraux !

Ceux-ci montrent leur mécontentement et le Gouvernement, agacé, estime que ces professionnels sont « bien lotis » en termes de revenus...

"Détrousser les petits épargnants est le fait d'adolescents crapuleux ou de ministres chevronnés."

dit par Jean Gabin dans *Le Baron de l'écluse* (Jean Delannoy - 1960)



SAINTE KITOUCHE



LES PROPHÉTIES DE SAINTE KITOUCHE, PATRONNE DES PHYSIOTHÉRAPEUTES

octobre 2009

**À l'Archange voulant jouer
Mais ne devant ta position
Qu'aux amis qui t'y ont placé
Prends garde que ceux-ci n'iront
Par tes perfidies agacés
Terrasser à leur tour le félon**

AGENDA



23 – 25 octobre 2009	46° Congrès de la FFMKR - Angers
25 octobre – 3h00	Passage à l'heure d'hiver : 2h00
24 octobre – 4 novembre 2009	Vacances scolaires
18 novembre 2009	Commission Socio-Professionnelle Régionale d'Île-de-France



Sushiya

Ce minuscule restaurant sert, d'après les amateurs, les meilleurs sushis et sashimis de la capitale. Dans une ambiance typiquement japonaise, vous vous régalez de poissons crus d'une fraîcheur irréprochable accompagnés de thé vert. Si vous souhaitez boire du vin, n'oubliez pas d'apporter votre bouteille ! Ici, c'est thé et saké bouillant. L'endroit vaut également pour le pittoresque du patron, râleur à souhait. De quoi se croire tombé dans le restaurant de « *Kill bill* »...

À la carte (entrée + plat + dessert) : 20 à 30 €. Menu : 18 €

Réservation fortement conseillée

12 rue Pradier - 75019 Paris

01 42 02 85 82



La Convocation

Le prix Nobel de littérature sera remis début décembre à **Herta Müller** pour son œuvre littéraire, « qui avec la concentration de la poésie et l'objectivité de la prose dessine les paysages de l'abandon ». Son dernier roman **La convocation** peint minutieusement la vie quotidienne dans une dictature pétrifiée. Toute son œuvre confirme son engagement de lutte d'une minorité, affirme sa résistance sous la dictature de Ceausescu.

Herta MÜLLER

(2001- éd. Métailié)



Teotihuacan : cité des dieux aztèques

Au sein du site toujours aussi captivant du musée du quai Branly, venez à la rencontre de Quetzalcoatl, le « serpent à plumes » et du mystère qui entoure encore cette cité antique fondée dans les années 100 avant J.-C., morte en 700 après la naissance du Christ et qui accueillait près de 200.000 habitants. Les 450 objets présentés vous invitent à la découverte d'une civilisation dont l'organisation politique et sociale reste toujours inconnue. Il est certainement préférable de posséder quelques informations sur Teotihuacan avant de se rendre à cette exposition.

Musée du quai Branly, 37 quai Branly - Paris-7^e. Du 6 octobre au 24 janvier 2010, du mardi au dimanche. Tél. : 01-56-61-70-00. De 5 € à 7 €.

