

Retour sur le Congrès d'Angers



La FFMKR a tenu les 23, 24 et 25 octobre 2009 son Congrès annuel à Angers

Les orientations politiques décidées par vos représentants vont guider les négociations de la Fédération tout au long de l'année.

Lire page 3

PLFSS 2010



Les conséquences du PLFSS 2010 sur la Kinésithérapie

Lire page 6

Et, VLAN

L'UMCAM se moque des kinésithérapeutes. Les négociations s'annoncent tendues ...



Lire page 9

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2010 (PLFSS 2010) est débattu actuellement.

Cette semaine nous devons donc être tout particulièrement vigilants.

En effet la commission mixte paritaire, composée de sept députés et de sept sénateurs, devra se prononcer pour arrêter un texte commun à proposer aux votes des deux Assemblées.

Les travaux issus du 46^{ème} congrès de la FFMKR ont conduit nos représentants à construire des propositions d'amendement.

Celles ci concernent particulièrement les économies qui pourraient être réalisées par la mise sous demande d'entente préalable des établissements de soins de suite en rééducation et des centres de rééducation fonctionnelle d'une part, et une mise sous accord préalable de la suite de soins au delà du nombre de séances prévu par les référentiels avec la production d'une Fiche de Synthèse du Bilan Diagnostic Kinésithérapique (FSBDK) d'autre part.

En définitive seront-elles retenues ?

De même à suivre, les négociations avec l'UNCAM, car nos représentants ont du quitter la table des négociations.

De notre point de vue, une véritable simplification administrative pour pouvoir continuer les soins soumis à référentiel passe par une demande d'autorisation préalable avec une FSBDK, c'est une réelle démarche responsable du kinésithérapeute grâce à son évaluation du protocole thérapeutique mis en place pour une pathologie donnée.

Quand va-t-on pouvoir enfin exposer clairement nos valeurs ?

Bernard Codet

Sommaire

Page 3	: Retour sur le Congrès d'Angers
Page 6	: PLFSS 2010
Page 9	: Et vlan...
Page 11	: La Sécu rédige les ordonnances
Page 12	: Soirée CERMKRP
Page 13	: Petits et grands maux d'Ordre
Page 15	: 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, Steve Calcott, Ivan Petrov, Laurence Thurion, Felix Atsoram, Ginny Austin, www.photo-libre.fr.



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

Retour sur le Congrès d'Angers

Les représentants des Syndicats départementaux se sont réunis en Congrès à Angers les 23, 24 et 25 octobre 2009 afin de définir les objectifs d'action de la FFMKR pour les deux années à venir. Ce projet prend en compte les difficultés de la gestion de la protection sociale et défend les valeurs qui nous sont propres : la professionnalisation, l'autonomisation et l'exercice libéral.

Quatre thèmes ont été retenus, analysés et débattus :

La démographie

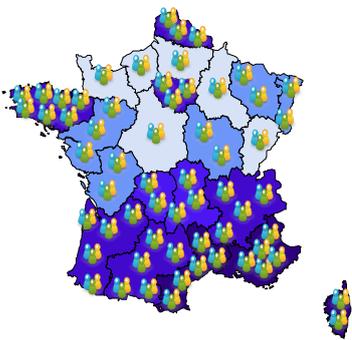
Deux règles sont ardemment défendues :

l'exercice libéral, et la liberté d'installation.

La profession souhaite que soit retenue la notion de bassin de vie aux dépens de celle de territoire de santé selon le code législatif. Faire une distinction entre une approche globale incluant les SSR et CRF, et une approche interprofessionnelle, approche prenant en compte l'aménagement du territoire.

- Pour les zones sur denses : une plus grande information et concertation est demandée au travers des CSPR, ainsi qu'une diffusion d'informations aux professionnels souhaitant s'installer dans ces zones.

- Pour les zones sous denses : recrutement régional des étudiants des IFMK. Incitation à l'installation par la création d'aides.



Évaluation des actes et des pratiques de masso-kinésithérapie



Les référentiels sont définis par la Loi.

La profession veut établir qu'au-delà du référentiel, un accord préalable devant être demandé pour la prolongation des soins, cette demande doit se faire grâce à la fiche de synthèse du BDK, outil incontournable de la maîtrise médicalisée, accompagnée de la prescription médicale.

La prescription initiale ne doit pas être quantitative. Le médecin n'a pas à renouveler la prescription pour une prolongation de soins.

Ne pas envisager d'autres référentiels tant que l'application de ceux déjà définis n'a pas trouvé un mode de mise en œuvre convenable.

Impliquer la profession dans l'élaboration des futurs référentiels.

Envisager la modification des référentiels existants, à l'étude de la fréquence de l'obtention des demandes d'accord pour une pathologie.

Soutenir la création d'un collège de masseurs kinésithérapeutes à l'HAS.



Retour sur le Congrès d'Angers (suite)

Exercice : un masseur-kinésithérapeute acteur de santé responsable en route vers l'autonomie

Simplifications administratives : suppression totale de la DEP (au-delà des 30 séances).

Tiers-payant : opposition tant pour la part AMO que la part AMC. Conventionnellement le tiers-payant est, et doit rester exceptionnel.

Hors convention, le masseur-kinésithérapeute doit chercher de nouveaux espaces de financement au travers des AMC. Promouvoir l'accès direct qui est la véritable prise en charge libérale.

Affirmer la position des kinésithérapeutes aux seins des ARS par l'intermédiaire des URMKL.



Alain BERGEAU, Président de la FFMKR

Revalorisation des actes de kinésithérapie

Revalorisation de la lettre-clé de façon substantielle et des frais de déplacement.
Prise en compte de la nouvelle classification des actes médicaux : la CCAM.

Le discours de Madame Roselyne BACHELOT



Le congrès s'est achevé en présence de la Ministre de la santé et des sports, Madame BACHELOT, qui a rappelé le professionnalisme, le soutien et la mobilisation de la profession face à la pandémie mondiale.

La Ministre a rassuré les professionnels inquiets par la mise en place des ARS, a souligné l'importance des URPS, partenaires privilégiés des ARS, et a insisté sur leur indépendance et leur souveraineté dans leurs relations avec les ARS.

En ce qui concerne la formation initiale, la Ministre a affirmé que son intégration au système LMD faisait partie d'une étude privilégiée. Elle a demandé à la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins), que soit envisagés un enrichissement du métier de base et d'éventuelles pratiques avancées, afin de définir des référentiels de formation et le niveau de validation des études dans un système de sélection homogène et juste sans occulter l'essentiel : l'intégration de la formation à l'université, dans le but de mieux former et développer la recherche paramédicale.

Madame BACHELOT a confirmé que les référentiels introduits par la Loi de financement de la Sécurité Sociale 2009, seraient applicables en centres de rééducation. Et que la profession sera concertée pour leur élaboration.

Retour sur le Congrès d'Angers (suite et fin)

En ce qui concerne le modelage et le massage, la Ministre a demandé à la Direction de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes de contrôler les instituts qui semblent proposer des massages effectués par des employés sans qualification.

Voir les vidéos des discours d'Alain Bergeau et de Roselyne Bachelot



Ce projet a du sens, il poursuit la démarche d'autonomie engagée par la profession, il respecte les contraintes des assurances sociales, il défend la profession, reste applicable, au prix de longues et difficiles négociations, tant les attaques sont virulentes et contraires à toutes les avancées consenties ces dernières années. Ainsi les propositions de l'UNCAM qui souhaite retourner à un schéma tout médecin, ou les décisions des députés en commission des finances qui rejettent l'amendement déposé par la FFMKR demandant que les CRF et SSR soit soumis à l'entente préalable afin de réduire les dépenses de l'assurance maladie.

Plus nous serons nombreux à défendre notre projet, plus sa réalisation se fera facilement...

Jean-Pierre Lemaître

AGENDA



25 novembre 2009 – 20h00	Hygiène des cabinets de kinésithérapie en période pandémique CERMKRP
30 novembre – 11 décembre 2009	Téléthon : Quinzaine du massage
3 décembre 2009 – 8h30	Journée de l'Installation – Maison des Kinésithérapeutes
4 décembre 2009 – 8h30	Journée de l'Installation – MACSF La Défense
19 décembre 2009 – 3 janvier 2010	Vacances scolaires

PLFSS 2010

Présenté le 14 octobre 2009 en Conseil des ministres, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a été examiné par l'Assemblée Nationale du 27 octobre au 3 novembre. Saisi, le Sénat a étudié ce texte au cours de la semaine du 9 novembre.



Dans le contexte de crise, il va sans dire que les arguments et les orientations contraignantes ne manquent pas dans ce texte, et si le déficit qui a plus que doublé entre 2008 et 2009 (atteignant un niveau sans précédent à 23,5 milliards d'euros, contre 10,2 milliards d'euros en 2008) est attribué par tous au manque de recettes sociales, aucune réforme de fond ne semble se dessiner à l'horizon.



N'en déplaise à chacun, l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour 2009 est quasiment respecté dans la mesure où le dépassement ne s'élève qu'à 300 millions d'euros (pour une dépense globale de 157 milliards d'euros), soit une évolution de 0,1 % à comparer à l'évolution votée (en 2008) à 3,3 %. Dans ces conditions, nul ne peut soutenir un dérapage des dépenses, encore moins l'irresponsabilité des professionnels de santé. Et pourtant, « Amortisseur social » de la crise, ce déficit est tantôt exposé comme un atout (c'est un investissement fait par la société dans le secteur sanitaire et social) tantôt comme la verrue de l'économie française dont les professionnels de santé du secteur ambulatoire seraient à l'origine et seuls profiteurs.



L'ONDAM 2010 a été fixé à 3 % soit 162,4 milliards d'euros et, pour la première fois, cette évolution des dépenses est équilibrée entre celles relatives aux soins ambulatoires, pour 75,2 milliards d'euros, et celles relatives aux soins hospitaliers, pour 71,2 milliards d'euros, la différence se répartissant entre les contributions de l'Assurance Maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (pour 7 milliards d'euros), en établissements et services pour personnes handicapées (pour 7,9 milliards d'euros) et les autres prises en charge pour 1 milliard d'euros.



Pas de DEP pour les CRF

La profession s'est impliquée dans ce texte. Soucieuse de promouvoir des soins de qualité et le soutien de formes de prise en charge pertinentes, une proposition de mise en place d'une entente préalable à l'entrée en Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF) et en centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pour certaines affections a été effectuée par voie d'amendements.

Alors que la même majorité parlementaire avaient confié à la Haute Autorité de Santé (par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006) le soin de publier des recommandations déterminant une liste



d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge de façon préférentielle en cabinet de ville par un masseur-kinésithérapeute libéral, ce qui fut fait dès mars 2006, les députés n'ont pas cru opportun d'introduire une demande d'entente préalable : le prescripteur d'un établissement de santé peut à sa guise suivre ou non les recommandations de la HAS sans qu'il n'y ait d'accord de financement préalable.

Un accompagnement des prescripteurs avait été mis en place par l'Assurance Maladie et un suivi du nombre d'orientations en CRF et SSR effectué.

Le 25 octobre 2009 à Angers, la Ministre de la santé reconnaissait publiquement que ces mesures d'accompagnement des prescripteurs « ne semblent pas suffisantes puisque les indicateurs n'ont pas évolué ».

Examinés à l'Assemblée Nationale le 30 octobre 2009, deux amendements introduisant une entente préalable aux prises en charge en CRF et SSR ont été rejetés, rejet soutenu par le Gouvernement au motif d'un trop grand nombre d'orientations des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) vers les CRF et SSR.

« *Vous imaginez les structures qu'il conviendrait de mettre en place pour établir les 900.000 dossiers par an d'ententes préalables* » déclarait Madame BACHELOT-NARQUIN, et de concert les députés de soutenir qu'une telle demande d'entente préalable serait de nature à ne pas fluidifier le parcours du patient.

L'exigence et le contrôle d'activité des établissements de santé semblent encore une fois bien loin de celui du secteur ambulatoire. Dans le cadre d'une politique de santé soutenant l'accès à tous à des soins de qualité, à la facilitation du parcours de soins (tel était le projet de la Loi HPST), comment peut-on soutenir que des actes, de surcroît les plus onéreux, soient effectués en dehors d'accord préalable alors que des actes de proximité, de faible coût, soient soumis à entente préalable. Et ceci est encore plus interpellant lorsque l'Union Nationale des Caisse d'Assurance Maladie souhaite la mise en place d'accords préalables effectués par les prescripteurs d'actes de masso-kinésithérapie.

Nous ne pouvons que nous interroger sur la valeur symbolique annoncée d'une égalité dans l'évolution de l'ONDAM de ville et celui de l'hôpital, par souci « d'équité » comme le précisait la Ministre de la santé, alors que les conditions de dispensation des actes, d'orientation et surtout de contrôle et de conditions de financement des soins par la collectivité diffèrent toujours plus, selon qu'il s'agisse de soins pratiqués dans l'un ou l'autre des secteurs de prise en charge.

Le Sénat œuvre aujourd'hui à modifier sa réputation de haute as-

semblée, discrète et sage. À voir le nombre d'amendements proposés sur ce texte par celle-ci, la haute assemblée s'en est donné à cœur joie. À noter quelques points intéressants qui traduisent pour certains une tendance de fond alors que pour d'autres, sans doute, cela relève du délire politique :

➔ le report de 2012 à 2014 de l'achèvement de la convergence tarifaire entre les établissements de santé du secteur public et les établissements de santé du secteur privé prévu dans la Loi HPST, disposition adoptée ;



- ➔ la suppression de tous les Ordres des professions de santé (dont l'objet n'a pas de lien avec les finances de la Sécurité Sociale), proposé par le groupe « Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche » ;
- ➔ l'introduction d'une durée minimale et obligatoire d'exercice en milieu hospitalier avant toute installation conventionnée en libéral pour les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes ;
- ➔ l'augmentation des pénalités financières pour refus de soins ;
- ➔ le souhait de limiter les prochaines années l'ONDAM en deçà de 3 % : « je suis convaincu qu'avec des réformes de structure fortes, nous avons la capacité de diminuer l'ONDAM en dessous de 3 %, pendant plusieurs années » déclarait le Ministre du Budget lors de l'ouverture de l'examen du texte devant l'Assemblée Nationale.

Alors qu'au mois de juillet à été votée et adoptée une réforme de l'hôpital et du système de santé (Loi HPST), ce projet de Loi de financement de la Sécurité Sociale laisse comme chaque année une interrogation : les politiques de santé et leur réglementation peuvent-elles continuer à être distinctes des politiques sociales en santé ? Code de la santé publique et Code de la sécurité sociale, Loi de financement de la Sécurité Sociale et réformes du système de santé doivent-ils rester distincts ? Une véritable réforme du système de santé et de la protection sociale ne serait-elle pas d'unir toutes les problématiques de santé dans une même et unique entité ?

Ludwig Serre

Démographie médicale : 1.200 euros par mois pour les étudiants

Un décret fixant les modalités du contrat d'engagement de service public pour les étudiants en médecine serait en préparation. Les futurs médecins recevraient une allocation de 1.200 euros bruts par mois à condition d'accepter de s'installer en zone sous-dotée. La durée de l'engagement devrait être égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans. Cet engagement pourrait durer entre 3 et 10 ans. Au cours de la dernière année de leurs études, ils choisiront leur futur lieu d'exercice au sein d'une liste nationale des lieux d'exercice proposés par les ARS. Les premiers contrats pourraient être signés dès la rentrée 2010.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) en 2008

L'Assurance Maladie a mis en ligne les statistiques 2008 concernant les TMS. En France, Les TMS sont première cause de reconnaissance de maladie professionnelle. Les TMS touchent presque toutes les professions et des entreprises de toute taille, mais principalement les industries de l'agroalimentaire, de la métallurgie, du bâtiment et des travaux publics. Il faut noter l'apparition des TMS dans diverses activités de service. Les entreprises commencent à ressentir les effets négatifs du développement des TMS et l'accent est mis sur la nécessité d'évaluer et de prévenir. Les masseurs-kinésithérapeutes se doivent d'investir sans tarder ce secteur car ils sont parmi les seuls à pouvoir prétendre être à la fois acteurs de soins et de prévention.

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/AccueilDossiers/AccueilDossiers_dossier-tms_1.php

Et, VLAN

C'est quelquefois le bruit d'une porte qui claque. Eh bien ce fut un peu ce qui s'est passé le jeudi 12 novembre au siège de l'UNCAM.

Les représentants de la FFMKR avaient été conviés à une réunion, faisant suite à celle du mois d'octobre.

Lors de cette dernière, ils avaient notifié :

➔ *qu'ils souhaitent que, dans l'accord préalable, ce soit le MK qui rédige l'argumentaire de la demande d'accord préalable dans le cas où le nombre de séances dépasserait le seuil fixé par les référentiels.*

➔ *Ils avaient protesté ainsi contre la volonté de l'Assurance Maladie de réserver l'argumentaire de la demande d'accord préalable au médecin prescripteur dans le cas où le nombre de séances dépasserait le seuil fixé par les référentiels.*

Pour la FFMKR, c'était inacceptable. C'était revenir en arrière pour de nombreuses années. Et la FFMKR avait prévenu la caisse que sans réponse allant dans ce sens, elle quitterait la table des négociations, comme l'avait mandaté le Congrès d'Angers.



Ce jeudi 12 novembre, tout d'abord, une des personnes responsables à l'UNCAM et siégeant régulièrement lors des réunions était absente. S'étonnant de son absence, il a été répondu qu'elle se trouvait en vacances. Puis l'ordre du jour a été présenté. Deuxième étonnement. Posant la question concernant les réponses que nous attendions ce jour-là, il nous a été répondu que ce n'était pas le lieu pour obtenir des réponses ; c'était M. le Directeur Général de l'UNCAM qui nous les donnerait d'ici quelques semaines et donc celles-ci ne pouvaient pas nous être fournies dans l'immédiat. Nous avons fait remarquer que si l'outil servant d'accord préalable ne pouvait pas être négocié au cours de la vingtaine de séances prévues par l'UNCAM jusqu'au 31 mars 2010 nous étions plus qu'étonnés.

Etant donné que nous étions venus pour cela, nous avons fermé nos dossiers et avons annoncé que nous quittions la réunion et que nous n'y reviendrions que lorsque nous aurions une réponse positive à notre demande.

C'est ainsi que cela a été présenté lors de notre congrès à Angers en octobre, ce dernier l'a voté et nous avons respecté cette décision.

(Au moment de partir, les représentants de l'UNION ont proposé une suspension de séance. Ce qui fut fait. Après quelques minutes d'échanges, les représentants de l'UNION, en accord avec l'analyse de la FFMKR, ont aussi quitté la réunion).

Mais revenons à des explications basiques.

➔ Comment peut-on envisager que, lorsque nous effectuons un traitement et que les objectifs ne sont que partiellement atteints, ce ne soit pas au MK d'effectuer un bilan engageant une fiche intermédiaire du BDK, et de l'adresser au médecin prescripteur pour poursuivre le traitement ?

➔ Comment peut-on demander au médecin qui, lors d'une pathologie avec référentiels, n'a déjà plus le

Et, VLAN(suite)

choix du nombre de séances, d'effectuer un argumentaire pour poursuivre le traitement, ne sachant pas lui-même ce qui a été fait ?

➔ Et puis le médecin prescripteur de cette nouvelle demande, sera-t'il le même?

Alors soyons sérieux

Mais n'est-ce pas une volonté de réduire les professionnels de santé à un dictat gouvernemental ou autre...

Retirer au médecin, le choix par rapport à son diagnostic ;

Retirer au MK, le choix par rapport à son bilan ;

N'est-ce pas arriver à une médecine d'État !!!!

À quoi sert le médecin référent ?

À ne faire que de l'administratif ? Il le refuse.

À quoi sert le MK ?

À exercer sans aucune autonomie? Il le refuse.

Alors, mesdames et messieurs de l'UNCAM, une seule décision :

La FFMKR estime que l'outil d'accord préalable doit être « l'ordonnance médicale non quantitative et la fiche intermédiaire de synthèse du bilan diagnostic kinésithérapique ».

Alors n'hésitez-plus. C'est tout simple. Pourquoi compliquer quand on peut faire simple.....

FR



Les immortelles d'Audiard commentent l'actualité



La France se qualifie pour le Mondial en trichant. Doit-on se réjouir ou s'indigner ?



"Mais partant du principe que dans la vie, y'a des gens malhonnêtes, le seul moyen efficace de s'en défendre, c'est d'en profiter."

Dit par Jean Gabin. *Le Gentleman d'Epsom* de Gilles Grangier (1962)

La Sécu rédige les ordonnances

Voici le libellé de l'ordonnance pour Madame Rachel S. : « Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie », coté AMK6+IFD.

Comment croyez-vous que ce médecin a inventé ce texte ? Il s'agit soit disant d'un gros prescripteur (dixit la Sécu). Il doit demander l'accord du médecin conseil pour un traitement, après lui avoir adressé ce qui ressemble à un BDK.

Après un entretien avec ce prescripteur, il ressort que la Sécu lui a fortement conseillé ce libellé pour obtenir son accord.

Que peut-il faire s'il souhaite faire rééduquer sa patiente ? Je précise qu'elle a 93 ans, qu'elle n'avait pas de problème fonctionnel avant d'être hospitalisée suite à un OAP, et qu'une chute à l'hôpital a entraîné une incapacité de l'épaule droite.

En voilà assez... Quand le doigt est mis dans l'engrenage, cela ne fera que se poursuivre. On commence par les « gros prescripteurs » et l'on finira par l'ensemble des prescripteurs.

La convention de 2000 n'est pas venue à échéance, et déjà de nouvelles obligations vont-être négociées sous la contrainte, car maintenant pointent de nouvelles réductions de cotation.

Cette manière de faire est tout à fait inadmissible. Aucun d'entre nous n'acceptera de traiter un patient soit disant âgé pour 14€24 (IFD comprise) en 20 minutes car il ne peut s'agir d'un traitement correct.

La Sécu se fout de nous et des patients qui eux comme nous méritent plus d'égards.

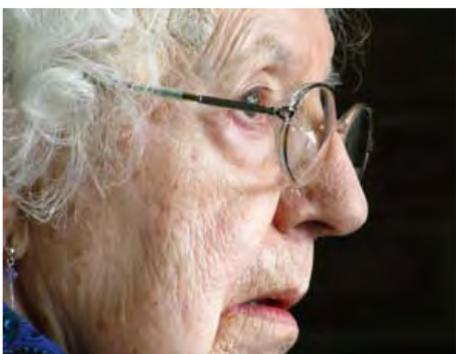
J'avais écrit lors du précédent numéro de KFP que ce n'était pas malin et futé de la part de la Sécu, je persiste et signe et j'ajoute que nous prendre, ainsi que nos patients, pour des moins que rien est indigne et dégradant de la part d'un organisme chargé d'assurer la solidarité entre tous.

Je ne pensais pas finir ma carrière de cette manière.

Depuis bientôt 40 ans de relations avec la Sécu, et bien qu'ayant obtenu le BDK, jamais nous n'avons été si mal traités. Cela dépasse maintenant les limites. J'en suis vraiment écoeuré. Il n'y a vraiment rien à attendre de ces gens-là qui donnent d'une main et reprennent de l'autre.

Messieurs les décideurs, les « voteurs » de Lois, sachez que nos patients et nous-mêmes sauront nous souvenir, lors des prochaines échéances, des agissements de la Sécurité Sociale.

Jacques Duboin



J'ai 80 ans.

À 55 ans j'ai été mise en invalidité par la Sécurité Sociale pour douleurs handicapantes du rachis (myalgie – tassement D7 – scoliose) et j'ai depuis été traitée par masso-kinésithérapie.

Mon médecin généraliste, que la Sécurité Sociale a considéré comme gros prescripteur, a été obligé de demander l'accord du contrôle médical pour que je puisse poursuivre mon traitement qui me procure un certain soulagement. J'ai reçu un refus. Il ne me reste plus que les anti-inflammatoires et l'alitement. J'ai bien reçu une proposition pour une expertise, mais c'est bien compliqué pour moi. Que vais-je devenir avec mon peu de moyens ?

Berthe M.

Actes de masso-kinésithérapie

Votre médecin vient de vous prescrire des séances de masso-kinésithérapie soumises à accord préalable du service du contrôle médical, conformément à l'article L.162-1-15 du Code de la Sécurité Sociale.

Vos soins ne devront pas être engagés avant réception de l'avis favorable rendu par l'Assurance Maladie.

Dans le cas contraire, ceux-ci risquent de ne pas être pris en charge.

Pour plus de renseignements, vous pouvez appeler le 36 46 (prix d'un appel local depuis un poste fixe), un téléconseiller sera à votre écoute pour vous accompagner dans vos démarches.



Je précise qu'elle vit dans un deux pièces sur cour avec un peu de soleil en été et que son chauffage est réduit au minimum en hiver.

Où est la solidarité avec nos anciens ?

Jacques Duboin

Réservez votre place d'un simple clic



d'Ordre

Lorsque le Conseil de l'Ordre des Physiothérapeutes du Québec communique afin de promouvoir la profession, il parle de thérapeutique, de soins, des malades, de ce qui fait notre cœur de métier.

Vous pourrez en juger ici



Nous sommes à mille lieues de Céline et d'Alexis et de la campagne équivoque du CNOMK.

Imaginons comment cette campagne aurait pu être déclinée en vidéo.

C'est ici





Les feuilles de soins papier bientôt taxées

Une feuille de soins papier coûte 1,74 euro à l'Assurance Maladie contre 0,27 euro pour la télétransmission. Or les caisses primaires traitent encore annuellement 150 millions de feuilles de soins papier. Le potentiel d'économie tournerait aux alentours de 200 millions d'euros par an. Frédéric van Roekeghem, le directeur de la CNAMTS, précise que le montant de la taxe devra « être suffisamment élevé pour qu'il représente un intérêt à agir ».

Les médecins sont pour l'instant les seuls concernés mais rassurez-vous, notre tour viendra bientôt !



Dépenses de santé : la Sécurité Sociale a moins remboursé en 2008

L'année dernière, la contribution relative des patients au financement de la consommation de soins et de biens médicaux a augmenté, tandis que celle de la Sécurité Sociale a diminué. En 2008, la consommation de soins et de biens médicaux a progressé de 3,8 %. L'ensemble de la consommation des soins a été financé par l'ensemble des régimes obligatoires à hauteur de 76,9 %, contre 77,5 % en 2007. Ce sont les ménages qui ont supporté le poids de ces mesures : leur part de financement est passée de 8,3 % à 9,4 % en 2008. Les organismes de couverture complémentaire ont, eux, contribué à hauteur de 13,7 % à la consommation de soins, en légère hausse par rapport à 2007 (13,5 %).

Il faut se rendre à l'évidence ; le gouvernement ne voulant pas alourdir la charge des entreprises, les français devront, d'une manière ou d'une autre, payer plus pour leur santé.



Sécu : plus de la moitié des Français pour davantage de recettes

Selon un sondage LH2 paru lundi dans *La Croix*, plus de la moitié (52 %) des Français préfère augmenter les impôts ou les cotisations sociales pour financer la hausse des dépenses de santé, 36 % préférant payer plus de leur poche ou faire appel à un assureur complémentaire. 54 % ne sont pas prêts à accepter l'imposition de contraintes aux usagers mais en revanche, seulement 44 % sont défavorables à l'imposition de contraintes aux libéraux de santé.

Ce que n'a pas compris une majorité de français, c'est qu'à force de contraindre les libéraux de santé, ils n'auront plus de soucis pour financer leurs soins car plus personne ne sera là pour les soigner.



L'État prétend réduire de 2,5 milliards d'euros sa dette vis-à-vis de la Sécurité Sociale

L'État s'apprête à rembourser 2 milliards d'euros, somme provenant du projet de loi de finances rectificative pour 2009. Hors dépenses liées au plan de relance, les ajustements de crédits ont en effet abouti à limiter les dépenses à un niveau inférieur de 2 milliards d'euros à l'objectif voté par le Parlement en loi de finances initiale. Éric Woerth a expliqué que « compte tenu de l'ensemble des mesures par ailleurs proposées dans ce collectif, la dette de l'État envers la Sécurité Sociale, qui s'élevait à 3,5 milliards d'euros fin 2008, sera réduite à moins de 1 milliard d'euros à la fin de l'année ».

On se moque de nous une fois de plus : diminuer la dette de l'État avec un ajustement de la Loi de finances 2009, ce n'est pas payer ses dettes !!!



Stains (93) : les professionnels de santé en première ligne

Après la nouvelle agression d'un médecin, les professionnels de santé de Stains (Seine-Saint-Denis) ont été reçus à la Mairie. Ils demandent des renforts de police. « Depuis le début de l'année, une dizaine de confrères ont été cambriolés ou se sont fait dérober leur sacoche. Cette fois, notre confrère a été violemment frappé. Cette situation est inadmissible », martèle Josselyne Buruchian, kinésithérapeute et présidente de l'Association des professionnels de santé de Stains.

Peut-être que de nouvelles formes d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées devraient être envisagées : mise à disposition d'un gilet pare-balles et d'un flashball !



L'assurance-maladie va contrôler les arrêts de travail des fonctionnaires

Dans le cadre de l'examen du PLFSS 2010, les sénateurs ont introduit un amendement autorisant les médecins-conseils de l'assurance-maladie à contrôler chez eux les fonctionnaires en arrêt, comme cela se fait déjà dans le secteur privé. En 2003 (dernières données disponibles), les agents de l'État ont pris, en moyenne, treize jours d'arrêt maladie, soit 3 jours de plus que les salariés du privé. À l'heure actuelle, les contrôles effectués s'avèrent inefficaces parce que le fonctionnaire est obligatoirement prévenu à l'avance.

Enfin une mesure d'équité dans le PLFSS 2010 ! J'avoue que j'ignorais, tant il semble surprenant, jusqu'à l'existence de cet avantage acquis de nos chers fonctionnaires.



Cours de cuisine pour gastronome averti



KFP vous invite régulièrement dans cette rubrique à découvrir des restaurants parisiens souvent méconnus et qui ont retenu toute notre attention et excité nos papilles. Souvent il sommeille en chacun de nos lecteurs une âme de gastronome plus ou moins averti.

Aujourd'hui je m'adresse non seulement à ces fins palais, mais surtout aux cuisiniers. Ceux qui aiment tellement cet art qu'ils peuvent abandonner pour quelques heures leur cabinet et leurs patients au profit d'une cuisine de professionnel. Je veux parler des esthètes, des accros, des passionnés, des disciples des Prosper Montagné, Paul Bocuse ou autres. De nos jours, pour parfaire leur art et satisfaire leur passion, les grands chefs français leur proposent de distiller leur savoir faire au travers de cours de cuisine.

Parmi cette constellation de cours, il y en a un qui a retenu toute mon attention : je veux parler de L'ATELIER DE GUY MARTIN. Ce chef étoilé (3 macarons au Michelin) préside aux destinées du Grand Véfour : une référence sérieuse dans le monde de la gastronomie. Son atelier vous propose une multitude de cours où vous pourrez tester vos capacités et bien sûr améliorer votre technique culinaire. Vous aurez le plaisir d'exercer votre art dans une vraie cuisine de professionnel. Sous la direction d'un de ses chefs, vous réaliserez un menu complet (entrée, plat, dessert) que vous aurez ensuite le plaisir de déguster et de commenter entre gastronomes avertis et passionnés. Vous pourrez choisir vos plats et le niveau de difficulté sur le programme de son site Internet très bien conçu et très clair. Des cours pour enfants sont également proposés.

Ainsi la grande cuisine se trouve désacralisée et à la portée de tous. Voici une très belle idée de cadeau dans la perspective des fêtes de fin d'année.

Jean-Louis Besse

Atelier Guy Martin

39 rue Miromesnil - 75008 PARIS
01 42 66 33 33



La CLIQUE

La CLIQUE envahit Paris, après avoir séduit Montréal, New York, Sydney, Dublin, Londres.

Ce spectacle hors du commun, envoûtant, mêlant des numéros de cirque et de cabaret toujours plus époustouflants, des acrobaties inimaginables, ne peut vous laisser indifférent.

IMPOSSIBLE TO EXPLAIN, JUST GO.

En se rendant à BOBINO.

La Clique - Bobino

14-20 rue de la Gaîté
75014 PARIS
01 43 27 24 24

