

Insécurité des professionnels de santé : Le malaise des blouses blanches

► Les honoraires de la peur

Lire page 3

► Interview de Josselyne Buruchian

Présidente de l'Association des Professionnels de Santé de Stains

Lire page 4

► Interview de Dominique Pelca

Président du Conseil Inter-Régional de l'Ordre d'Île-de-France-La Réunion

Lire page 7

► Que faire en cas d'agression ?

Lire page 9



Exercer en EHPAD : La galère

SNMKR, OK, UNCAM : l'Union pour les référentiels



Lire page 10

Lire page 12

En cette période historique due au cataclysme qui afflige le peuple japonais, il n'est pas de bon ton de se plaindre, au regard du stoïcisme qui caractérise leur comportement. Mais doit-on pour autant continuer à se résigner, certainement pas. Nous devons nous indigner, au regard du mépris dans lequel on nous cantonne, alors que nous vivons dans un univers préservé.

Si la France veut une politique de santé à la hauteur de ses besoins, elle doit mettre en œuvre les moyens d'équilibrer les comptes des régimes de protection sociale, mais cela doit-il passer par le sacrifice des acteurs de santé ?

Les acteurs de l'offre de soins répondent à la demande et on leur en demande toujours plus. Ce n'est pas pour ça qu'ils sont responsables de l'inflation.

Invité à l'ouverture de la convention du Centre National des Professions de Santé (CNPS) le Ministre chargé de la santé, Xavier Bertrand, a voulu par son discours redonner confiance aux praticiens libéraux.

Dans les mois qui viennent, il faut rebâtir le système, soit, nous restons vigilants et attendons les mesures attendues. Les questions sont posées, nous attendons les réponses.

La démographie des professionnels est d'actualité, dans le cadre de cette réflexion, nous ne pouvons accepter des études basées sur la population parisienne car nous soignons des franciliens qui viennent travailler sur Paris et ces flux migratoires sont particulièrement difficiles à appréhender. Dans ce cas il faut considérer que c'est la souplesse liée à notre exercice libéral qui permet de suivre, par nos implantations, les besoins de la demande de soins. L'insécurité grandissante dans notre région est une cause particulière de l'apparition de zones sous-denses, le sujet doit trouver une solution de toute urgence.

Le vrai problème se situe dans l'avenir, car une désaffection des étudiants pour l'exercice libéral des professions de santé commence à naître.

Bernard Codet



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

Sommaire

- Page 3 : Les honoraires de la peur
- Page 4 : Interview Josselyne Buruchian
- Page 7 : Interview Dominique Pelca
- Page 9 : Que faire en cas d'agression ?
- Page 10 : Kinésithérapeutes intervenant au sein des EHPAD
- Page 12 : SNMKR, OK, UNCAM : l'Union pour les référentiels
- Page 13 : Le communautarisme s'invite à l'hôpital
- Page 14 : L'URPS des masseurs-kinésithérapeutes d'Île-de-France est en place
- Page 15 : Découvrir l'AGAKAM
- Page 16 : Ostéopathie : encore un nouvel épisode
- Page 17 : Définition du titre de chiropracteur
- Page 19 : Rapport Hénart : la fausse bonne nouvelle
- Page 22 : Vous avez dit négociations ?
- Page 24 : J'aurais voulu être salarié...
- Page 27 : Deux adresses pour une escapade de rêve !

Directeur de la publication :
Bernard Codet

Rédacteur en chef :
Philippe Cochard

Comité de rédaction:

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

Contact :
kfp@smkrp.org

Graphisme et mise en page :
Claude Cabin

Crédits photos : Claude Cabin, Scott Liddell, George Crux, Ray Brown, Ginny Austin, www.photo-libre.fr.

Les honoraires de la peur

Triste constat. La violence contre les professionnels de santé augmente. Selon l'Observatoire pour la sécurité des médecins, le nombre d'agressions a été stable en 2009 par rapport à l'année précédente, mais ces attaques sont de plus en plus violentes. 10% des 540 agressions déclarées ont donné lieu à des interruptions temporaires de travail. Le Dr Bernard Le Douarin, en charge de l'Observatoire, indique que ces tendances devraient être confirmées dans les chiffres 2010 qui vont prochainement être publiés.

Une série de faits divers récents ont marqué les esprits. Le 22 février, c'est une gynécologue de Pierrefitte (Seine-Saint-Denis) qui a été attaquée dans son cabinet. L'auteur des faits, qui entendait lui dérober son sac, l'a frappée à la tête et lui a fracturé la main. Le même jour, c'est le Pr Delchier qui est agressé au couteau dans l'hôpital Henri-Mondor de Créteil. La semaine précédente, une gynécologue-obstétricienne de la clinique de Soyaux (Charente) est agressée à l'arme blanche. Le 22 janvier dernier, à Drancy (Seine-Saint-Denis), un patient d'un psychiatre sort une hache lors de la consultation ! Le médecin, réussit à calmer son agresseur, avant d'appeler les secours.

L'exposition des professionnels de santé à la violence n'est pas nouvelle. Un [rapport de l'IGAS](#) d'octobre 2001 et un [rapport de la Délégation Interministérielle à la Ville](#) de mars 2002 exposaient les faits et fournissaient des pistes de réflexion. Il semble pourtant que peu de choses aient été réalisées dans ce domaine. Les Syndicats de médecins montent au créneau. La CSMF dénonce « *l'inertie des pouvoirs publics* », tandis que la FMF accuse le gouvernement d'« *incurie* » et de « *désinvolture* ».

Comme le précise la conclusion du rapport de l'IGAS, « *Les violences dont les professionnels de santé sont victimes dans le cadre de leurs activités professionnelles ne sont le plus souvent que l'expression, à leurs dépens,*

de la violence « ordinaire » qui règne dans nos sociétés, notamment urbaines. Les causes de ces manifestations de violence sont assez bien connues ; elles sont de nature sociétale et ce sont les mêmes violences qui s'exercent à l'encontre des transporteurs, des enseignants, des pompiers, etc. ». Une étude de la DARES de 2007 montre que près d'un salarié sur quatre, en contact avec le public déclare avoir subi une agression verbale et 2 % une agression physique. Parmi les professions les plus exposées, les paramédicaux arrivent en troisième position, juste derrière les employés de banque. La violence contre les professionnels de santé a des causes et des formes variées. « *Il y a la violence endogène liée à l'acte médical lui-même : le temps d'attente qui est trop long, le refus d'arrêts de travail, de certificats, le désaccord sur un traitement, et la violence exogène qui est sociétale et qui touche les médecins comme les autres* », analyse le Docteur Bernard Le Douarin. Ces violences interpellent l'ensemble de la communauté soignante qui était en droit de se croire en partie prémunie par le caractère humanitaire de ses missions. Elles inquiètent également les patients des zones les plus sensibles qui craignent de voir s'étioler les ressources sanitaires de leurs lieux de vie.



© Scott Liddel





© George Crux

Le département de Seine-Saint-Denis détient dans ce domaine le triste record de la délinquance en général et des violences à l'encontre des professionnels de santé en particulier. Brice Hortefeux, ancien Ministre de l'Intérieur a fait l'annonce, d'ailleurs largement contestée, d'une diminution globale de la délinquance sur le territoire national. Une diminution pas vraiment marquée en Seine-Saint-Denis puisque dans plusieurs cas le département enregistre les taux les plus élevés. Il n'est donc pas étonnant que le 93 arrive également en tête des déclarations d'incidents, comptant 54 des 512 déclarations recensées en 2009 par l'Observatoire pour la sécurité des médecins. Il est vrai que dans ces secteurs ultra-sensibles, même si les

forces de police en place font ce qu'elles peuvent - pratiquement un policier sur cinq du département a été blessé en 2010 dont deux grièvement - les moyens paraissent largement insuffisants.

Là où l'on nous avait promis le Karcher, c'est tout juste si l'on a vu quelques pistolets à eau !

Quelles que soient les mesures qui devront être prises pour assurer la sécurité des professionnels de santé, leur financement se doit d'être assuré par l'État ou par les collectivités locales et non par la sécurité sociale, et encore moins par les professionnels eux-mêmes. Il n'est pas envisageable que des mesures coercitives d'ordre démographique soient prises à l'encontre des libéraux de santé afin de pallier l'incurie des pouvoirs publics en matière de sécurité et d'aménagement du territoire.

Claude Cabin

L'Association des Professionnels de Santé de Stains (APSS) a été créée le 19 septembre 2000 en réaction à l'agression de plusieurs professionnels de santé de Stains en 1999 et en 2000, dont la dernière avait été particulièrement violente. Depuis, cette association très active n'a cessé d'interpeller les pouvoirs publics. En 2001, elle devient la seule association de professionnels de santé en France à être partenaire d'un contrat local de sécurité et participe à un groupe de travail, présidé par le Professeur Lebas, qui va aboutir à la présentation d'un rapport sur les conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers sensibles. L'APSS a toujours travaillé main dans la main avec l'Association des Professionnels Libéraux de Pierrefitte. Les deux organisations ont organisé de concert plusieurs manifestations dont la dernière en date a fait suite à l'agression d'une gynécologue de Pierrefitte. La Présidente de l'APSS, **Josselyne Buruchian**, est kinésithérapeute. Elle a été mise sous les feux des médias suite à la vague d'agressions de professionnels de santé de ces dernières semaines. Elle a accepté de répondre à KFP.



KFP : La vague récente d'agressions de professionnels de santé vous a portée sur le devant de la scène médiatique. Pensez-vous que cela puisse influencer favorablement les pouvoirs publics ?

Josselyne Buruchian : Je pense que la médiatisation massive de notre problématique a interpellé les pouvoirs publics puisqu'une réunion en préfecture regroupant une délégation de l'Association des Professionnels Libéraux de Pierrefitte (APLSP), de l'Association des Professionnels de Santé de Stains (APSS), des représentants de nos ordres professionnels, syndicaux, les services de

police et certaines instances est prévue le 15 mars prochain.

KFP : Le département de Seine-Saint-Denis est particulièrement touché par ces phénomènes de violences. Quels sont les moyens qui vous paraissent indispensables pour inciter les professionnels de Santé à rester dans les secteurs les plus difficiles mais aussi ceux qui pourraient encourager les plus jeunes à s'y installer ?

Josselyne Buruchian : Le département de Seine-Saint-Denis, et notamment les communes de Stains et Pierrefitte, est confronté à une forte violence. Il est notable que le pôle Saint-Denis, Stains,

Pierrefitte constitue le 1^{er} pôle en matière de délinquance en Île-de-France et nécessite un regard et des mesures particulières.

Il est incontournable que la sécurité reste une mission régaliennne de l'État. Les mesures individuelles de sécurisation ne peuvent se substituer aux mesures générales et doivent s'accompagner d'aides financières. Conjointement il est essentiel de maintenir l'offre de soins de proximité en nous identifiant comme zone spécifique et en nous octroyant des aides spécifiques incitatives au maintien du tissu de santé libéral de proximité transmissibles à nos successeurs.

KFP : Vous avez participé à un groupe de travail pour la Délégation Interministérielle à la Ville en 2002. Les problèmes de sécurité des Professionnels de Santé (PS) ne sont donc pas nouveaux. Un certain nombre de propositions constructives étaient proposées par ce groupe de travail. Près de dix ans plus tard, certaines ont-elles été mises en place ?

Josselyne Buruchian : Parallèlement à notre participation au groupe de travail présidé par le Professeur Lebas en 2002, l'Association des Professionnels de Santé de Stains (APSS) a été partenaire du CLS depuis 2001 par la création de deux fiches-action. Nous avons ainsi pu bénéficier d'un policier référent des PS au sein du commissariat de Stains/Pierrefitte. La mise en place de cet interlocuteur nous a permis un meilleur relationnel, une prise en charge plus rapide lors d'un dépôt de plainte, et une réactivité quasi-immédiate en cas d'agression d'un praticien de santé.

KFP : Estimez-vous avoir une écoute attentive et constructive de la part des responsables politiques ?

Josselyne Buruchian : Depuis 10 ans, date de constitution de notre association, nombre de responsables politiques ont été à notre écoute mais aucun d'entre eux ne nous a à ce jour amené la moindre solution. Aujourd'hui la situation est dramatique : à la désertification territoriale à laquelle nous sommes confrontés, s'ajoute une fuite de nos PS suite à cette insécurité. Il y a grande urgence ; l'hémorragie a commencé.

KFP : Comment réagissent vos patients ? Leur soli-

darité vous est-elle acquise ?

Josselyne Buruchian : Lors de l'agression d'un PS, que ce soit sur la commune de Stains ou celle de Pierrefitte, nos patients sont révoltés et très en colère. Parallèlement, ils sont confrontés à un sentiment d'incompréhension face à ces individus qui ne respectent ni règle, ni loi. Puis rapidement s'installent l'inquiétude et la crainte de notre départ hors du territoire. Régulièrement nous entendons ces phrases : "*Mais vous n'allez pas partir ? Qui nous soignera ? Nous avons besoin de vous !*"

Nos patients se sentent très concernés par notre problématique et n'hésitent à nous apporter leur appui et leur soutien d'une façon très active : nombre d'eux participent à nos manifestations et font signer nos pétitions dans divers lieux publics.

KFP : Vous êtes Kinésithérapeute. Pensez-vous avoir suffisamment de soutien de la part des structures représentatives de la profession, Syndicats et Ordre ?

Josselyne Buruchian : Le conseil régional de notre Ordre professionnel nous apporte par le biais de son Président tout son soutien et son aide. Par contre, à ce jour, aucune délégation territoriale syndicale ne m'a contactée, ce que je trouve fort dommage.

KFP : L'URPS des masseurs-kinésithérapeutes est sur le point de se mettre en place. Cette nouvelle organisation a pour mission de représenter les masseurs-kinésithérapeutes devant l'Agence Régionale de Santé. L'un des thèmes de campagne de la liste FFMKR, liste qui a obtenu la majorité au sein de cette association, était justement la lutte contre l'insécurité des professionnels de santé libéraux. Pensez-vous que l'action de l'URPS pourra peser face à l'ARS dans ce domaine ?

Josselyne Buruchian : La Loi HPST donne compétence aux ARS pour élaborer des SROS ambulatoires dont une des missions est d'identifier et de diminuer les disparités territoriales. À ce titre, je pense que l'URPS des masseurs-kinésithérapeutes a un rôle important à jouer et doit absolument servir de relais et d'appui face à cette instance afin de défendre au mieux nos intérêts.

Propos recueillis par Claude Cabin

Retrouvez Josselyne Buruchian,
invitée de Yves Calvi sur RTL, le
22 février 2011



L'URPS-MK-IdF et la sécurité

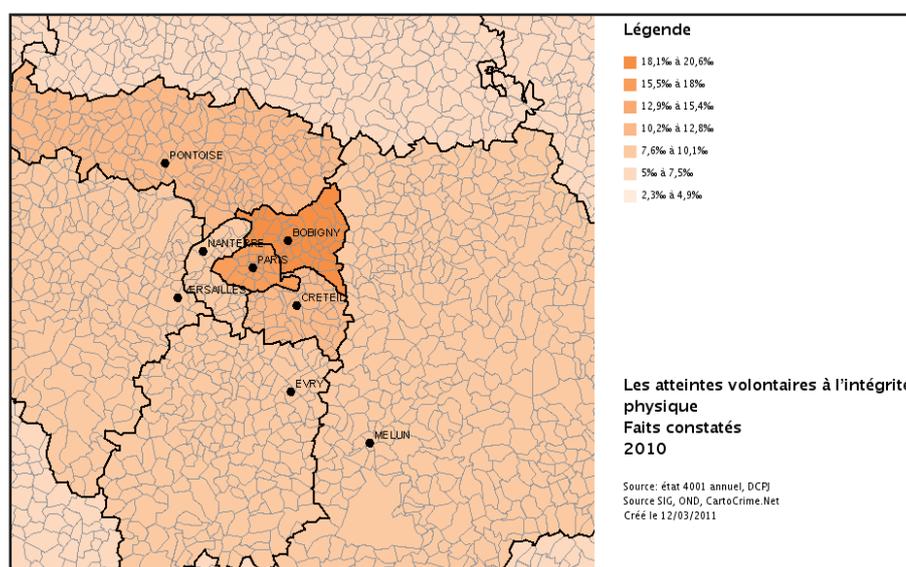
La jeune URPS des masseurs-kinésithérapeutes d'Île-de-France s'implique dans le dossier de la sécurité des professionnels de santé libéraux dans le cadre de leur exercice quotidien.

Sensible à cette problématique qui touche de nombreuses zones de la région – particulièrement dans le département de Seine-Saint-Denis mais aussi dans certains secteurs du Val d'Oise, des Hauts-de-Seine voire même certains quartiers de Paris intra-muros – l'URPS vient d'apporter son soutien aux associations de professionnels de santé de Stains et Pierrefitte dont certains ont été encore récemment touchés par des agressions.

Par sa participation à une réunion sur la sécurité en Seine-Saint-Denis qui s'est tenue le 15 mars à la Préfecture de Bobigny en présence du Préfet, de représentants de la Justice et des forces de Police, de représentants de l'ARS, de la CPAM, de l'URSSAF, des Conseils de l'Ordre des professions de santé et des membres des associations APSS et APLSP, l'URPS a tenu à apporter son appui à la création d'un groupe de travail entre ces deux associations, la Direction Territoriale de l'ARS et la CPAM, et à en rappeler la nécessité au Directeur Général de l'ARS.

Souhaitons que ces travaux aboutissent rapidement à des propositions concrètes en faveur des professionnels de santé, leur permettant d'espérer continuer à exercer dans des conditions plus sereines, et ainsi assurer l'offre de soins de proximité indispensable aux populations, offre qui risque d'être encore mise à mal par le départ de certains de ces professionnels qui ne seront pas remplacés.

Philippe Cochard





Dominique Pelca, Président du Conseil Inter-Régional de l'Ordre d'Île-de-France - La Réunion est très impliqué dans la lutte contre l'insécurité des professionnels de santé et des masseurs-kinésithérapeutes en particulier. Il répond à KFP.

KFP : Le Conseil Inter-Régional de l'Ordre semble particulièrement préoccupé par les problèmes de sécurité que rencontrent les professionnels de santé. Quelles sont les actions qui ont déjà été entreprises dans ce domaine ?

Dominique Pelca : La question de la sécurité des masseurs-kinésithérapeutes, et plus généralement des professionnels de santé, ne peut laisser indifférente notre jeune Institution ordinale.

Celle-ci a déjà été abordée au CIROMK IdF - La Réunion, à l'occasion de réunions de coordination que nous tenons régulièrement avec l'ensemble des CDOMK de l'Inter-région.

Ce travail en commun a permis l'élaboration de livrets de sécurité, à destination des masseurs-kinésithérapeutes, la construction de fichiers de relevés d'incidents dans les différents départements, l'accès, comme par exemple en Seine-Saint-Denis, à un numéro de téléphone d'urgence dédié aux professionnels de santé qui permet d'alerter le poste de commandement des services de police, diminuant ainsi le temps d'intervention de celles-ci. Le CIROMK IdF - La Réunion n'a pas vocation à se substituer aux CDOMK, mais à coordonner les actions de ceux-ci. Recueillir les indicateurs, homogénéiser les pratiques, faire profiter aux uns et aux autres de l'expérience de chacun nous semble utile, pour ne pas dire indispensable. Le relais que constitue le CIROMK IdF - La Réunion auprès des instances régionales ne doit pas être négligé, et constitue l'une de nos missions.

KFP : Quels sont les moyens qu'il vous paraît indispensable de mettre en place à très court terme puis sur le long terme ?

Dominique Pelca : La sécurité des personnes est une mission régalienne de l'État. Ce principe me semble incontournable. Il nous faut éveiller les pouvoirs publics sur l'évolution d'un certain type de délinquance, sur le fait qu'il n'est pas anodin de remarquer que des agressions soient maintenant

exercées au sein des cabinets médicaux et paramédicaux, dans des secteurs dans lesquels il est déjà difficile d'assurer les soins à domicile. C'est en notre qualité de professionnels de santé qu'il s'agit d'alerter. À une époque où les enjeux de santé publique mettent en avant le caractère indispensable du maintien à domicile des personnes âgées et/ou dépendantes, il revient à l'État de s'assurer du maillage efficace des territoires, afin d'assurer à tous un accès équitable aux ressources de santé, en concertation avec les professionnels et leurs représentants. Je ne suis pas persuadé que nous soyons compétents pour proposer des moyens. Mettre en avant les conditions de l'attractivité, ou pointer celles qui se constituent comme repoussoir sont probablement par contre plus de notre ressort.

KFP : Estimez-vous avoir une écoute attentive de la part des pouvoirs publics ?

Dominique Pelca : Il est indéniable que le statut que confère l'Institution ordinale contribue à une modification significative des relations avec nos interlocuteurs. La Loi nous identifie comme une institution privée dotée de missions de service public, et cela se sait : l'ARS Ile-de-France, même si la Loi HPST n'a pas donné grande place aux Ordres professionnels, est particulièrement attentive à nos préoccupations, et les occasions ont été et sont nombreuses pour évoquer directement, avec Mr Claude Evin son Directeur Général, ou avec Mr Pierre Ouanhnon, responsable du pôle ambulatoire, les questions de sécurité, en lien avec la démographie des professionnels de santé et l'accès aux soins.

Les portes des préfectures s'ouvrent plus facilement, créant ainsi des liens nouveaux et plus directs avec les autorités de police.

Les conseils généraux, le conseil régional, le CESER, même s'ils n'ont pas toujours de compétence directe sur ces sujets, sont aussi des relais efficaces de nos préoccupations.

KFP : Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a créé un Observatoire pour la sécurité des médecins. Pensez-vous nécessaire de mettre en place une structure similaire pour les masseurs-kinésithérapeutes ?

Dominique Pelca : L'antériorité historique du Conseil de l'Ordre des médecins explique en grande partie l'appropriation de nombreuses initiatives. Il me semble utile que notre Conseil



National soit impliqué dans la réflexion concernant la sécurité des praticiens, en s'appuyant sur les informations remontant des régions. Un conseiller national est d'ores et déjà identifié comme responsable de ce dossier ; je ne doute pas que la réflexion nationale s'enrichira des apports régionaux.

KFP : Croyez-vous que la coopération inter-professionnelle soit indispensable dans ce domaine ? Le CLIORPS IdF s'est-il déjà penché sur ce problème ?

Dominique Pelca : C'était même à l'ordre du jour de notre première réunion ! L'expérience des médecins, mais aussi celle des pharmaciens, nous est très utile. La cohésion des Ordres des professions de santé est indispensable, car les spécificités sont faibles entre les différents acteurs de terrain. Le risque est le même pour un infirmier, un médecin, ou un kinésithérapeute lorsqu'il se rend au domicile d'un patient, le risque est identique pour un chirurgien dentiste, un pédicure-podologue, un médecin, ou un kinésithérapeute lorsqu'il exerce dans son cabinet.

Le CLIORPS a donc interpellé Monsieur le Préfet de police de Paris, compétent sur « le grand Paris » à ce sujet, et a parlé d'une même voix face à Claude Evin, lorsqu'il est venu assister à notre dernière réunion du mois de janvier 2011. Le CLIORPS n'efface pas pour autant les structures ordinales propres à chaque profession, et nous veillons chacun à être présent dans tous les débats.

KFP : Avez-vous espoir de collaborer avec la toute nouvelle URPS des MK dans ce domaine ?

Dominique Pelca : Je pense que l'action syndicale est indispensable dans ce dossier (comme dans bien d'autres). L'Ordre n'a pas compétence à négocier les aménagements probablement indispensables au maintien des professionnels dans les secteurs difficiles. Unis et complémentaires, nous nous donnons probablement plus de chances de faire avancer les choses.

Le CIROMK IdF - La Réunion rencontre régulièrement, depuis 4 ans, les syndicats professionnels volontaires. Je n'imagine pas qu'il n'y ait pas de collaboration entre l'Ordre et l'URPS en Île-de-France.

Notre conseil interrégional affirme clairement sa ligne de conduite : si l'Ordre doit représenter la profession, c'est aux syndicats de défendre les professionnels !

KFP : Craignez-vous une extension de ces phénomènes de violence en dehors des quartiers défavorisés ?

Dominique Pelca : Je ne suis pas convaincu d'une corrélation absolue entre violence et quartiers défavorisés.

Je souhaite que la réflexion sur la sécurité des professionnels de santé dans le cadre de leur exercice aboutisse à des propositions concrètes co-construites entre les différents acteurs impliqués, qui devront servir de base aux moyens à mettre en œuvre, en fonction de la spécificité de chacun, qu'elle soit géographique ou liée à un mode d'exercice.

KFP : Vous exercez en Seine-Saint-Denis. Avez-vous personnellement été victime d'agression ?

Dominique Pelca : J'exerce effectivement depuis 30 ans en Seine-Saint-Denis, dans une commune particulièrement touchée par une délinquance inquiétante. Notre cabinet a effectivement été la cible de plusieurs agressions, et nous avons dû modifier nos comportements, nous adapter...

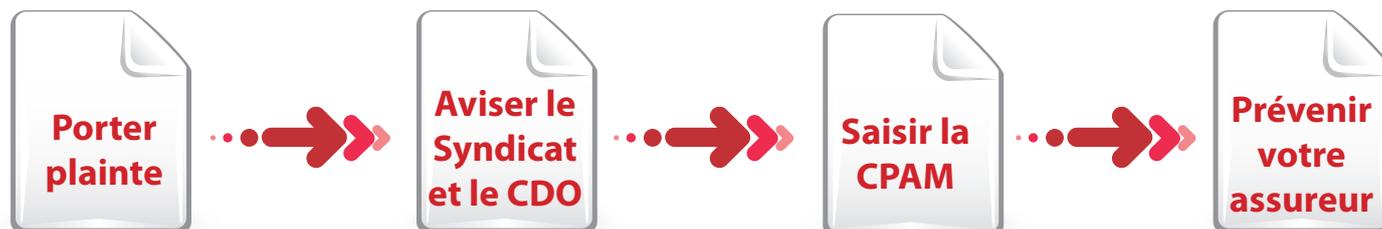
Ces agressions sont le fait de quelques individus, et l'immense majorité des citoyens qui subissent ces violences nécessite un accès facile aux soins de première intention.

La (les) solution(s) ne peu(ven)t pas se limiter à la répression, ni à la construction de forteresses médicales. La détermination des professionnels de santé qui exercent dans ces quartiers est grande, elle ne laisse pas de doute sur le sens donné à travailler dans ces secteurs difficiles. Conscients de notre rôle d'amortisseurs sociaux : la Santé, telle que nous la vivons, ne se résout pas à la distribution de soins. Le maintien des professionnels sur la totalité du territoire francilien est un enjeu pour tous.

Le CIROMK IdF - La Réunion sera présent, aux côtés des kinésithérapeutes, et de la population, pour que ce défi soit relevé.

Propos recueillis par Claude Cabin

Que faire en cas d'agression ?



4 mesures à prendre d'urgence

→ Porter plainte

Auprès du commissariat de police ou de la gendarmerie, voire auprès du Procureur de la République. La plainte ouvre voie à l'enquête et aux poursuites contre l'auteur des faits et donne lieu à remise d'un récépissé toujours demandé par l'assureur à qui est ensuite déclaré le sinistre

→ Aviser le Syndicat départemental et le Conseil départemental de l'Ordre

Vous trouverez assistance et réconfort auprès de vos pairs. Il est important que chaque incident soit déclaré afin que vos représentants, syndicaux et ordinaires, puissent obtenir des mesures de protection auprès des pouvoirs publics

→ Saisir la caisse d'assurance maladie

En cas de vol de feuille de soins, de carte CPS ou d'ordonnances

→ Prévenir votre assureur

5 jours ouvrés pour tout dommage autre que le vol, 2 jours ouvrés en cas de vol

En cas de violence physique

Dans les 48 heures, consulter un médecin qui :

- Prodiguera les soins nécessaires
- Établira un certificat médical mentionnant les atteintes
- Fixera le cas échéant la durée de l'ITT

Aviser la CARPIMKO qui, en fonction de la durée de l'ITT, pourra servir la prestation correspondante.

Dans les 5 jours ouvrés, aviser son assureur de Prévoyance qui, en fonction du contrat souscrit, délivrera sa couverture en indemnités journalières d'arrêt de travail.

Quelques conseils en cas d'agression

Il n'est pas toujours facile ou possible de maîtriser une situation difficile, mais, dans certains cas, il reste toujours une certaine marge de manœuvre avant que la violence ne se déclenche. Un agresseur potentiel a en effet le choix entre trois possibilités : attaquer, se retirer, ou arriver à un compromis. Vous pouvez par votre attitude, votre comportement et vos paroles, l'influencer dans ce choix et le conduire à choisir la deuxième ou la troisième possibilité.

- ⊗ Ne pas hésiter à quitter les lieux et à demander de l'aide
- ⊗ Ne jamais sous-estimer un interlocuteur
- ⊗ Rester toujours calme et poli, mais ferme
- ⊗ Être à l'écoute de l'interlocuteur, parler du problème de façon raisonnable et ne pas hésiter à dire « vous avez peut-être raison... »
- ⊗ Utiliser des mots simples, et répéter les explications si nécessaire
- ⊗ Inviter à poser des questions
- ⊗ Utiliser la reformulation pour montrer que l'on comprend (ou pas)
- ⊗ Faire connaître ses limites d'intervention
- ⊗ Rester intègre et ne jamais mentir
- ⊗ Ne pas donner d'ordres, ni de conseils
- ⊗ Éviter toute attitude agressive (bras croisés, mains sur les hanches, doigt pointé, bras levé)
- ⊗ Garder ses distances
- ⊗ Ne jamais porter la main sur quelqu'un qui est en colère

Kinésithérapeutes intervenant au sein des EHPAD

Ou quand la réglementation vient ajouter des difficultés à votre exercice

Jamais ne fut facile l'exercice au sein des maisons de retraite, désormais dénommées établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. C'est chose faite, pour uniformiser et encadrer l'intervention des professionnels de santé libéraux, celle des kinésithérapeutes est réglementée, et pour le professionnel comme pour le patient les choses vont se compliquer.

Un Décret a établi que tout professionnel libéral intervenant dans un EHPAD devait souscrire avec ce dernier (son directeur) un contrat suivant un modèle qui a été publié au Journal Officiel. Prévu de longue date, prévenus depuis longtemps par les organisations professionnelles au premier rang desquelles la FFMKR, les Ministres concernés ont tout de même publié un texte qui va de nouveau contraindre davantage les kinésithérapeutes et pénaliser ces derniers comme les patients résidents de ces établissements.



© Ray Brown

Les difficultés étaient déjà présentes auparavant puisque certains EHPAD disposent d'un forfait global (enveloppe financière de gestion comprenant également les fonds prévus pour financer les soins effectués par les professionnels libéraux), alors que d'autres se comportaient comme une résidence dans laquelle chacun des hébergés bénéficiait de la prise en charge des soins comme tout assuré français.

Le contrat-type donne naissance et/ou révèle nombre de situations diverses et délirantes, comme par exemple l'apparition d'une rétrocession que le professionnel libéral doit à l'EHPAD, comme s'il était naturel de rétrocéder à une gardienne d'immeuble un pourcentage de son chiffre d'affaires dès lors que l'on vient visiter un des occupants.

Toujours dans le domaine du porte-monnaie, dans le cadre du forfait global, certains professionnels qui font une rééducation inscrite à la nomenclature, bénéficient par l'établissement d'honoraires inférieurs à ceux convenus au sein de la Convention... Ils n'étaient pas déjà très élevés, visiblement trop pour prendre soin de nos aînés.

Dans le cadre d'une soi-disant coordination des soins, d'autres directeurs d'EHPAD imposent une réduction de la fréquence des soins voire leur suppression, estimant sans doute qu'en leur qualité de financeurs, ils se doivent de veiller à la rentabilité de l'établissement et donc se prononcer sur les priorités en matière de santé.

Et ce n'est pas que ces textes prévoient l'indemnisation des réunions de coordination entre les professionnels de santé qui enchantera les professionnels : 35 AMK au plus annuellement pour au moins deux réunions dans l'année de participation à la commission de coordination gériatrique.

À Paris, l'EHPAD est pour beaucoup un lieu d'intervention comme tout domicile. Certains s'y consacrent davantage, mais combien de temps passe-t-on à participer à la coordination ? Avons-nous attendu la mise en place de commissions dont la date sera connue au dernier moment, et qui feront fi du travail actuellement effectué au quotidien par les professionnels libéraux auprès de tous ceux qui entourent ce patient hébergé dans une maison et qui s'y consacrent totalement : la famille, les services de l'établissement (infirmière, aide-soignante, l'administration), le médecin de cette personne âgée qui lui aussi dispose d'un cabinet dans le même quartier, l'assistante sociale ou encore les services de la Mairie, etc...



Car nous le savons bien, nos aînés nous l'ont appris, c'est auprès du patient que nous sommes le mieux placé, c'est là où nous sommes attendu, de lui, de sa famille et de la Société. C'est lorsque l'on est à ses côtés, que l'on prend le temps de lui tendre notre main, qu'il peut garder cette autonomie, qu'elle soit issue de la marche, du fait même de se mettre debout, d'être dans le cadre d'un échange social, basé sur le mouvement et la perspective du maintien de l'autonomie, de la pensée, de l'humanité, et ce d'autant plus au crépuscule de la vie.

Combien de fois un kinésithérapeute qui ne peut momentanément assurer la suite des soins auprès d'un patient dans un tel établissement, s'est fait remplacer par un de ses confrères du quartier ? Ce dernier devra souscrire un contrat alors même qu'il n'entend pas davantage s'impliquer dans cet établissement, et son nom figurera désormais sur la liste des praticiens établie par l'EHPAD et ayant souscrit un contrat annuel, alors même que sa seule intention était d'aider un confrère afin d'assurer la continuité des soins.

Des recours ont été engagés contre ce Décret, l'un par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'autre par celui des Masseurs Kinésithérapeutes, sur le fondement de la survenue d'une limitation du libre de choix du praticien par le patient instauré par la Loi, ainsi que sur le fondement que certaines dispositions du contrat-type, notamment l'obligation du professionnel de « *prendre en compte dans son exercice et ses prescriptions les spécificités de fonctionnement de l'EHPAD (...)* », ont pour effet de limiter la liberté du kinésithérapeute dans le choix de ses techniques et prescriptions, conduisant à une remise en cause de l'indépendance professionnelle énoncée par le Code de déontologie.

De son côté, la FFMKR intervient auprès des Ministères compétents afin de faire évoluer ces textes, en rappelant qu'il convient de refuser systématiquement la signature de tout contrat qui ne respecterait pas le principe du paiement à l'acte, y compris dans le cadre d'EHPAD au forfait global, et qu'il est urgent d'attendre avant de signer des conventions susceptibles de porter atteinte aux droits des patients comme aux intérêts des professionnels.

Ludwig Serre

Dernière minute

EHPAD : la signature du contrat-type ne sera pas reportée

Le report de la signature de ce contrat n'aura pas lieu, comme l'a confirmé le Ministère de la santé. La date butoir du 1^{er} avril prévue dans le Décret du 30 décembre 2010 ne sera pas modifiée malgré les contestations des Syndicats et des Ordres.



la FFMKR met à votre disposition
« SOS EHPAD » pour faire remonter les
problématiques locales

SNMKR, OBJECTIF KINÉ, UNCAM : l'Union pour les référentiels

Les référentiels, aucun kinésithérapeute n'en veut. Surtout pas ceux imposés par l'UNCAM. Ils n'ont aucune valeur scientifique. Ils ne sont qu'un subterfuge comptable de maîtrise des dépenses de kinésithérapie, dépenses qui par ailleurs sont déjà maîtrisées. Ils sont d'une application kafkaïenne. Ils sont injustes pour les patients. La FFMKR les a condamnés sitôt leur naissance annoncée. Kiné Flash Paris les a fustigés dans son numéro 28 de juin 2009.



Ils sont les tristes rejetons de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Le 28 mai 2010, les cinq premiers référentiels ont été mis en place pour certaines pathologies.

La Loi impose l'utilisation d'une demande d'accord préalable (DAP) pour ces pathologies afin de poursuivre de manière exceptionnelle les soins au-delà du seuil prévu.

Le 17 septembre 2009, voit la signature d'un protocole relatif aux thèmes de négociations entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, qui prévoit notamment d'évaluer l'impact des premiers référentiels avant d'envisager d'en proposer de nouveaux.

À la suite de la manifestation unitaire de la profession le 10 juin 2010, il paraissait entendu que la profession, et par là même ses représentants, pèserait de tout son poids afin de lutter contre les référentiels opposables et comptables, véritables chevaliers de l'apocalypse, annonçant la mort de la kinésithérapie libérale conventionnée.

Mais voilà qu'en juillet 2010, notre inénarrable Directeur de l'UNCAM, Frédéric Van Roekeghem, toujours aussi fidèle à la parole donnée, impose un nouveau calendrier de négociations incluant l'élaboration de nouveaux référentiels ! Logiquement, la FFMKR décide devant un tel mépris et une telle forfaiture de quitter la table des négociations.

L'UNION, contre toute attente, décide de siéger avec l'UNCAM, prétendant qu'elle va tenter de sauver les meubles. Ainsi, avec l'aide et l'assentiment du SNMKR et d'Objectif Kiné, quatre nouveaux référentiels vont prochainement nous être opposés. On dit merci qui ?

Après avoir soutenu la proposition du Conseil National de l'Ordre concernant les aides-kinés, l'UNION commet une deuxième faute politique majeure. Faut-il voir dans ces prises de position, qui prennent à contrepied la majorité de la profession, les tentatives désespérées d'un Syndicat national au bord de l'implosion ?

Certainement consciente de son erreur stratégique, l'UNION décide alors, fidèle à ses habitudes, d'attaquer la Fédération. Sur les huit dernières communications de l'UNION hors campagne aux URPS, six tentaient laborieusement de justifier la collaboration avec l'UNCAM pour les référentiels. La Fédération a même été accusée de pratiquer la politique de la chaise vide à des fins électoralistes. Il faut croire, au vu de la déculottée prise par l'UNION aux élections des URPS, que la stratégie choisie par cette dernière n'a pas été du goût des kinésithérapeutes ! Toujours fort de son célèbre esprit d'initiative, le SNMKR tente de colmater les voies d'eau qu'il a lui-même ouvertes en proposant une adresse mail dédiée « *Alerte Référentiels* », copié-collé du « *SOS référentiels* » que la FFMKR a lancé un mois plus tôt.

L'UNION n'hésite pas à ressortir les vieilles ficelles élimées. On nous refait le coup de la FFMKR qui signait plus vite que son ombre, on revient sur les seuils d'efficience et la baisse de la lettre-clé en 2000. À ce petit jeu là, et en remontant plus loin, il n'est pas inutile de rappeler à nos lecteurs l'accord signé par le SNMKR, le 11 avril 1991, avec Claude EVIN alors Ministre des Affaires Sociales, et qui, comme pour les biologistes et les cliniques, souhaitait soumettre l'activité de la profession à un objectif opposable avec une lettre-clé flottante pour seul outil de régulation. Ce protocole « EVIN-PERRIN » - Robert PERRIN était alors Président

du SNMKR - a institué rétroactivement un taux d'évolution des dépenses de 6,5% pour 1991 et un indice correcteur de 0,8 pour les actes réalisés en établissement (AMC = 80% AMK). Et cela sans aucune évaluation préalable, et sans contrepartie immédiate...

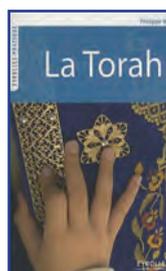
L'UNION n'entend pas que nous lui donnions des leçons. Telle n'est pas notre intention. La leçon lui a déjà été donnée, dans les urnes, par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés.

Claude Cabin



la FFMKR met à votre disposition
« SOS référentiels » pour faire remonter
les problématiques locales

Le communautarisme s'invite à l'hôpital



Les étudiants de l'Institut de formation en soins infirmiers de l'hôpital Emile-Roux (AP-HP) à Limeil-Brévannes, ceux de l'hôpital Henri-Mondor (AP-HP) de Créteil, et bientôt ceux de l'hôpital Paul-Brousse (AP-HP) de Villejuif se voient contraints d'apprendre à soigner dans le non respect de la laïcité.

Leurs écoles leur imposent, en effet, un module obligatoire d'enseignement intitulé « Rites, cultures et religions ». Après avoir caressé le ventre de Bouddha à la pagode de Joinville,

embrassé la mézouza de la synagogue de Créteil, après s'être signés de droite à gauche à l'église orthodoxe de Paris, ils ont retiré leurs chaussures devant la porte de la mosquée de Créteil pour assister à une conférence sur le thème : « *Le milieu hospitalier et l'islam* ».

Sous le prétexte fallacieux « *d'avoir à prendre en charge des patients qui viennent avec leur histoire* » selon les termes d'une de leur formatrices, l'Hôpital public forme ses futurs professionnels à délivrer un service à la carte, non pas en fonction de la pathologie du patient mais en fonction de son appartenance à un groupe religieux !

Une circulaire ministérielle du 2 février 2005 énonce comment le principe de laïcité à l'Hôpital doit s'articuler avec les principes de la liberté religieuse et de libre choix du praticien par le patient. Ce dernier est en droit de pratiquer librement son culte et ne doit pas être victime de discrimination. Le personnel soignant doit observer une stricte neutralité en matière religieuse : plus d'infirmières en cornette, pas plus que de médecins affublés d'un voile islamique ! Pour autant, le personnel hospitalier ne peut être discriminé pour des raisons religieuses. Si le patient a des droits en matière religieuse, il a aussi des devoirs : la liberté religieuse doit demeurer compatible avec les exigences d'une bonne dispensation des soins telle qu'elle est définie par l'équipe médicale.

De plus, la charte du patient hospitalisé, tout en affirmant la liberté d'action et d'expression des patients dans le domaine religieux, rappelle que « *ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel.* »

Les récentes affaires de violence subies par le personnel soignant des hôpitaux dans le cadre d'exigences particulières d'ordre religieux, de la part de certains patients ou de leur famille, justifient-elles d'encourager ce type d'enseignement ?

Claude Cabin

L'URPS des masseurs-kinésithérapeutes d'Île-de-France est en place

Les élections à l'URPS-MK-IdF de décembre 2010 ont permis de mettre en place vos représentants, élus sur des listes proposées par vos syndicats. Ainsi en Île-de-France, Alizé a obtenu 3 sièges, la FFMKR 14 sièges et l'UNSMKL 7. La majorité absolue revenant à la FFMKR.

Lors de l'Assemblée Générale Constitutive du 2 mars 2011, en présence de tous ses membres élus, Monsieur Claude EVIN a ouvert la séance dans les locaux de l'ARS, en nous rappelant les missions de celle-ci concernant le pôle ambulatoire : la démographie, l'installation, l'organisation des soins, la préparation du SROS, la permanence et la continuité des soins, la contractualisation, la veille sanitaire, la prévention, la communication.

Toutes ces missions devant répondre à des objectifs principaux de l'ARS : efficacité, meilleure répartition des dépenses et des professionnels, économie, accès aux soins.

Il est certain que dans un tel contexte de gestion comptable, les kinésithérapeutes libéraux demeurent exposés à des mesures coercitives. Vos élus de toutes tendances syndicales sont déterminés à s'unir au sein de l'URPS-MK-IdF pour défendre votre exercice libéral.

Jean GRIMBER, doyen des élus est nommé Président de séance, il se félicite du non affichage de notre appartenance syndicale et procède à l'élection du Président de l'URPS-MK-IdF.

Philippe COCHARD est élu avec 22 voix sur 24, rassemblant ainsi un large consensus autour de lui. Il nous a fait part de sa volonté d'ouverture, et a souhaité :

- ⇒ La mise en place d'un Bureau de construction de l'URPS
- ⇒ Élire une commission de contrôle composée de toutes les représentations syndicales. Ces fonctions seront exercées par Philippe KEPEKLIAN, Michel FANTOU, Christian BOSS.

Enfin les Statuts des URPS-MK-IdF ont été adoptés par 24 voix / 24.

Philippe COCHARD souhaite que les commissions rassemblent l'ensemble des élus et que leur direction soit confiée à tout élu, représentant de toute tendance syndicale, car plus que l'appartenance à un syndicat, l'URPS-MK-IdF a besoin du travail, de la réflexion, de la volonté de chacun de ses membres pour réussir sa mission : vous représenter, vous défendre, promouvoir l'exercice de la kinésithérapie libérale.

Le Bureau

Philippe COCHARD - *Président*

Bernard GAUTIER - *Vice-président*

Alain AUPETIT - *Trésorier*

Dominique BOURGEOIS-DEVAUD - *Trésorier adjoint*

Jean-Pierre LEMAÎTRE - *Secrétaire*

Laurent HUT - *Secrétaire adjoint*

Par ailleurs, votre URPS est déjà en pleine activité, de nombreux travaux ont débuté avec l'ARS, et vos représentants participent activement aux 8 Conférences de Territoires de la région, au Comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, au Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins, au Schéma Régional de l'Organisation des Soins.

Jean-Pierre Lemaître



KFP : Rudy Mayeur, vous êtes Directeur de l'AGAKAM. Pouvez-vous nous dire en quoi il est important d'adhérer à une AGA ?

Rudy Mayeur : Effectivement, il n'est pas important d'adhérer à une Association de Gestion Agréée, autrement dit AGA, mais IN-DIS-PEN-SABLE.

En effet, et même si les kinésithérapeutes qui exercent depuis de nombreuses années connaissent la nécessité de cette adhésion d'un point de vue fiscal puisque cette adhésion leur permet d'éviter une majoration d'impôt, nombre de confrères ne savent pas que l'adhésion leur offre un panel d'avantages qui sont OBLIGATOIRES de par la réglementation.

Je veux parler ici de la formation à la tenue comptable et à la rédaction de la 2035, mais aussi de l'information tant au niveau des règles fiscales, que juridiques et comptables.

De plus, je rappelle que les AGA ont pour mission de télétransmettre au centre des impôts l'attestation de revenus

et la déclaration 2035 lorsque celle-ci n'est pas envoyée par un cabinet comptable.

Enfin et c'est la nouveauté depuis les revenus 2009, chaque AGA devra transmettre au service des impôts un rapport sur le traitement de chaque dossier qu'elle aura traité.

KFP : Pourquoi l'AGAKAM plutôt qu'une autre ?

Rudy Mayeur : La réponse est vaste, mais en un mot comme en mille, parce que la qualité et la spécialisation du travail de l'ensemble du personnel de l'AGAKAM est reconnue.

Je pourrais effectivement parler de la spécialité de l'AGAKAM sur la profession de MK, puisque ceux-ci représentent 90% des 6.000 adhérents que compte l'AGAKAM ; que l'AGAKAM fait partie de la Maison Des Kinésithérapeutes, l'endroit où chaque kiné peut se former grâce à l'INK, obtenir une réponse sur la défense de ses droits par l'intermédiaire de la FFMKR, et s'informer sur l'actualité ou les domaines scientifiques grâce aux publications de la SPEK.

Je pourrais aussi dire que l'AGAKAM va prochainement obtenir la certification ISO sur une démarche qualité, ou qu'elle vient d'être auditée par l'administration fiscale dont les conclusions sont plutôt élogieuses.

KFP : Que peut offrir l'AGAKAM comme services ?

Rudy Mayeur : Depuis ma prise de fonction fin 2008, je m'efforce de répondre aux attentes des professionnels dans leur exercice libéral ; en effet, puisque je suis incapable de bien masser, encore moins de soigner, je me dis que la plupart des MK ne doivent pas être plus doués pour tenir une comptabilité, voire optimiser leur impôt. C'est donc pour cela que l'AGAKAM propose un ensemble de services qui va de la tenue complète de la comptabilité à l'élaboration de l'ensemble des déclarations, qu'elles soient professionnelles bien sûr, mais aussi personnelles telles que les déclarations de revenus fonciers, de SCI,... en passant bien entendu par les services juridiques (contrats, baux,...). L'AGAKAM propose même une aide à l'obtention d'un prêt en élaborant un business plan pour les établissements de crédit ou les banques. Enfin, l'AGAKAM est à l'écoute de tous ses adhérents pour toute question relative à leur exercice et à la simplification de leurs démarches, ceci pour leur permettre, après avoir soigné nos concitoyens, de disposer d'un peu de repos bien mérité.

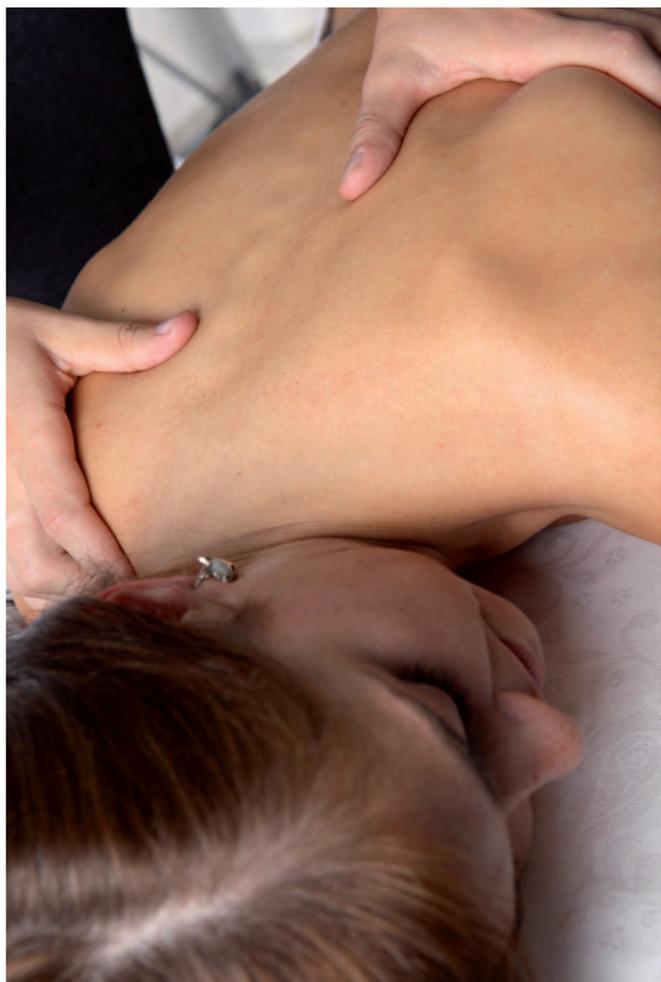
Ostéopathie : encore un nouvel épisode

Depuis la Loi dite Kouchner de mars 2002, l'ostéopathie n'a de cesse de faire parler d'elle, et cela continue.

Peu commentée, une décision du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a fait couler un peu d'encre récemment, de telle sorte que le Conseil d'État a donné quelques principes au cours d'une affaire en contentieux qu'il a eue à examiner.

Dans un rapport de novembre 2008, le CNOM a estimé que « *concernant la composition des maisons de santé interprofessionnelles, ne peut être admise l'association de médecins avec : les professionnels dont tout ou partie de l'activité est commerciale (pharmacie d'officine, magasin d'optique...), les professions dont les contours sont mal définis et pour lesquels la présence de médecins peut servir de caution et entretenir une certaine confusion sur leur champ d'exercice (ostéopathes, par exemple). Qu'est envisageable au-delà de l'ensemble des professionnels de santé, la présence de psychologues et d'assistantes sociales.* »

Un syndicat d'ostéopathes non professionnels de santé a saisi le Conseil d'État afin de faire annuler cette décision qui s'impose à tous médecins comme règle professionnelle.



La haute juridiction a rejeté la demande de ce syndicat, estimant que « *Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux* ». Considérant que, selon la Loi, les ostéopathes à titre exclusif n'ont pas le statut de professionnel de santé, et que n'ayant pas davantage la qualité de personnels médico-sociaux, un ostéopathe qui n'exercerait pas en qualité de professionnel de santé (médecin, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, etc.) ne peut exercer au sein d'une maison de santé.

Par extension, il devient clair que les ostéopathes « ni-ni » ne peuvent pas non plus exercer au sein d'un réseau de santé, des centres de santé ou des pôles de santé.

La raison est simple : nulle personne autre qu'un professionnel de santé ne peut prétendre à exercer une activité de santé. Et le titre professionnel d'ostéopathe ne fait pas la nature de l'activité. Nous, masseurs-kinésithérapeutes, connaissons bien au sein de la profession cette nuance : une technique peut autant être utilisée à des fins de rééducation (une activité de santé) qu'à des fins de prévention ou encore même comme une prestation de confort...

Reste qu'il conviendrait qu'un jour, survienne une définition claire concernant ce qui relève d'une part de la santé, et d'autre part d'autres activités qui, bien que nécessaires (manger est indispensable pour une bonne santé bien que les professionnels de la distribution alimentaire et les restaurateurs ne soient pas des professionnels de santé) ne sont pas de l'ordre de la santé publique.

Ludwig Serre

Définition du titre de chiropracteur

Ou de la poursuite d'une déstructuration de la santé publique

Une décennie ou presque il aura fallu pour que le pouvoir réglementaire rende applicable la Loi de mars 2002 instituant un titre de chiropracteur.

Le texte précise que « *Les praticiens justifiant d'un titre de chiropracteur sont autorisés à pratiquer des actes de manipulation et mobilisation manuelles, instrumentales ou assistées mécaniquement, directes et indirectes, avec ou sans vecteur de force, ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles de l'appareil locomoteur du corps humain et de leurs conséquences, en particulier au niveau du rachis, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ils exercent dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé.*

Ces actes de manipulation et mobilisation sont neuro-musculo-squelettiques, exclusivement externes. Ils peuvent être complétés par des conseils ou des techniques non invasives, conservatrices et non médicamenteuses à visée antalgique. »

Cette définition laisse perplexe pour qui se souvient de la définition des actes que les personnes usant du titre d'ostéopathe peuvent pratiquer. Pour mémoire, « *Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques. Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé. »*

Concrètement, l'ostéopathe et le chiropracteur, effectuent tous deux des « manipulations et mobilisations ». Il n'existe donc aucune différence sur le procédé (la mobilisation, c'est-à-dire la mise en mouvement d'un membre ou d'une articulation). Celles-ci sont exclusivement indiquées aux structures « musculo-squelettiques » et « myo-fasciales ». La distinction des deux serait sans doute délicate, considérant que le tout rassemble les os (donc les mobilisations articulaires puisque nous n'imaginerons pas une mobilisation du tissu osseux proprement dit), les muscles, et par extension les aponévroses et fascias. Le chiropracteur possède la particularité de pouvoir effectuer ces actes de manière manuelle mais également, contrairement à l'ostéopathe, de manière instrumentale ou assistée mécaniquement, avec ou sans vecteur de force.

Nous ne saurions nous arrêter au procédé. Mais dans quel but sont pratiqués l'un ou l'autre de ces actes si différents par le nom ? Les actes d'ostéopathie ont « *pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques* ».

Concernant les actes de chiropraxie, il s'agit d'actes « *ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles de l'appareil locomoteur du corps humain et de leurs conséquences, en particulier au niveau du rachis, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques* ».

Définition du titre de chiropracteur 2/2

Pour les deux, ces actes se pratiquent « à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques ». Cela exclut donc toute intervention dès lors qu'une pathologie existe sur les organes pouvant bénéficier des actes ostéopathiques et chiropractiques ou que ces actes seraient mis en œuvre dans la perspective d'apporter une réponse à une pathologie affectant un autre organe.

Au comble du texte encadrant la chiropraxie, le Décret confie au professionnel usant du titre de chiropracteur, qu'il soit médecin, masseur-kinésithérapeute ou non professionnel de santé, le droit de poser un diagnostic positif. C'est ainsi qu'il appartiendra à lui seul de déterminer, après avoir établi un diagnostic, s'il peut effectuer ou non des actes de manipulation du rachis cervical.

Dans ces conditions, c'est l'ensemble du droit d'exercice de la Médecine qui vient à tomber, au premier rang duquel, le fait d'établir un diagnostic. Si les masseurs-kinésithérapeutes appartiennent à la famille médicale puisqu'ils pratiquent par délégation des actes de médecine (non de médecins), et peut-être prochainement hors du cadre d'une prescription médicale telles les sages-femmes par reconnaissance de leur expertise et compétence, cela ne peut que renforcer le constat d'une déstructuration continue du cadre dans lequel s'inscrivent les activités de santé dans notre société.

D'une part les patients, ceux en difficultés de santé, seront une nouvelle fois déroutés face à l'incompréhension d'un système et ce seront toujours les plus malades, les plus fragiles, qui pâtiront de l'incohérence de décisions politiques qui n'ont que l'ambition de résoudre des problèmes autres que ceux relevant de l'intérêt pour la santé publique. Nous ne sommes pas si loin des scandales affectant les médicaments par l'usage qu'il en est fait hors du cadre initialement accordé.

D'autre part, comment imaginer que des professions de santé, pour lesquelles les contraintes sont toujours plus pesantes, peuvent-elles être attractives alors que des activités professionnelles peu réglementées, non contraintes sur le plan tarifaire, sont mises en avant et proposées comme facilité aux jeunes générations, que d'ailleurs certains de nos confrères rejoignent en renonçant à l'exercice de la masso-kinésithérapie ?

Dans ces conditions, qui effectuera au cours des années à venir la prise en charge fonctionnelle – sans même penser aux soins des pathologies organiques – des personnes âgées dépendantes, alors même que les enjeux sont suffisamment importants pour annoncer la mise en place d'un 5^{ème} risque ? Qui s'attachera à l'avenir au chevet de ces personnes handicapées, que la vie ou la Société elle-même ont blessées et qu'aujourd'hui, fort heureusement, ne place pas recluses au fond d'un dispensaire mais leur espère une vie et des soins à leur domicile ?

Ludwig SERRE

AGENDA



31 mars 2011	Élection des Conseils départementaux de l'Ordre
10-25 avril 2011	Vacances scolaires
21 mai 2011	Journée nationale sur l'AVC
30 juin 2011	Journée sur les nouvelles pratiques professionnelles en kinésithérapie

Rapport Hénart : la fausse bonne nouvelle

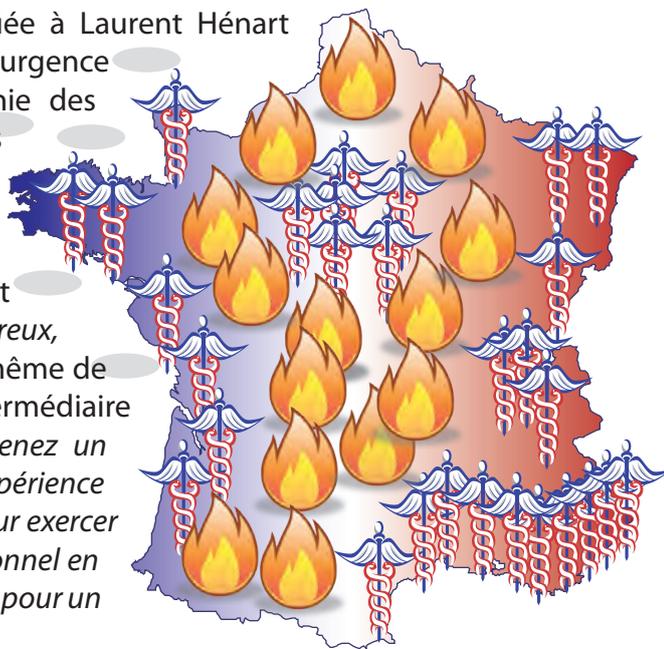
Un rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire a été remis le 3 février à Xavier Bertrand, Valérie Pécresse et Nora Berra. La solution proposée par le député UMP Laurent Hénart, le néphrologue et Président de l'Université de la Méditerranée Yvon Berland et la coordinatrice générale des soins de l'AP-HP Danielle Cadet se résume en la création de nouveaux professionnels de santé, formés à un niveau intermédiaire entre les paramédicaux et les médecins.



Immédiatement salué par Xavier Bertrand comme un « rapport visionnaire », il a fait les choux gras des Conseils Nationaux des Ordres des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers. La majorité des syndicats infirmiers, à l'exception de la FNI, a salué un rapport « équilibré et prometteur » (SNIIL) qui « planifie le lancement du partage de compétences entre médecins et infirmiers » (Convergence Infirmière).

Du côté des médecins, c'est plutôt la prudence ou la désapprobation qui est de mise. Le CNOM n'en a soufflé mot. Les syndicats de médecins se sont peu exprimés sur ce rapport. L'UNOF-CSMF affirme qu'elle « sera particulièrement attentive afin d'éviter que les médecins généralistes ne soient pas dépouillés d'une partie de leur activité sans de nouvelles définitions valorisées du métier ». Le Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF) se dit favorable à des praticiens de niveau Master mais... pas tout de suite. Par contre, sur les forums, la critique est dense, l'exaspération à son comble. Les médecins semblent craindre de voir leurs prérogatives diminuées sans aucune contrepartie. Même son de cloche chez les chirurgiens-dentistes : la CNSD estime que « la création de nouveaux métiers censés répondre aux besoins démographiques et assurer une offre de soins de qualité à tous et sur tout le territoire est assurément la mauvaise réponse à une question néanmoins pertinente. »

Il est périlleux de rappeler que la mission confiée à Laurent Hénart était avant tout de trouver des solutions d'urgence afin d'éteindre l'incendie de la démographie des médecins, incendie allumé par les différents gouvernements en place depuis 40 ans, qui ont restreint le numérus clausus de manière drastique, sous le principe dangereusement réducteur du « moins ils seront nombreux, moins ils dépenseront de sous ». De l'aveu même de Laurent Hénart, les professions de niveau intermédiaire serviront de lances à incendie : « Vous prenez un paramédical avec un niveau Bac+3 et une expérience de terrain, même s'il doit acquérir un master pour exercer une nouvelle profession de santé, il sera opérationnel en deux ans maximum. Alors qu'il faut attendre dix ans pour un médecin ! »



L'objectif avoué est de combler les déserts médicaux et de libérer du temps médical. Est-ce à dire que ces super-paramédicaux vont se voir imposer leur lieu d'exercice et feront ce que les médecins ne veulent plus faire, ce qui est déjà le cas avec les médecins à diplôme étranger qui sont sous-payés et surexploités ?

En ce qui concerne les kinésithérapeutes, ce rapport est-il vraiment une bonne nouvelle, comme le Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes (CNOMK) nous l'affirme ?

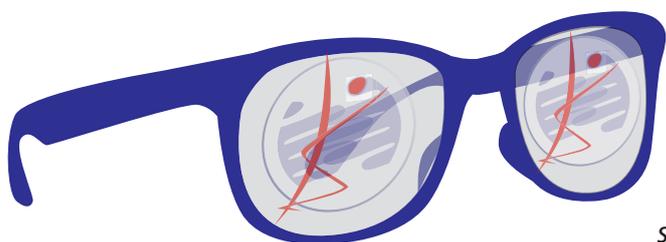
À propos de la réingénierie de son diplôme et de ses perspectives d'avenir, un consensus de la profession s'est peu à peu installé. Une sortie en Master est exigée avec une poursuite possible vers le Master 2 et les voies doctorantes pour permettre de créer une recherche propre à la kinésithérapie. Le but est clair : il s'agit d'obtenir à terme la reconnaissance d'une profession d'ingénieur en santé, intervenant tant dans le domaine thérapeutique que préventif, à statut médical à compétences définies, lesquelles sont fondées sur des savoirs propres et des savoirs partagés et dont découlent l'accès direct à tout ou partie de ses activités.

Le rapport Hénart va-t-il véritablement dans ce sens ?

Le CNOMK, dans son communiqué du 14 février, se félicite des notions de démarche métier et de consolidation des *métiers socles* (les métiers paramédicaux déjà existants) présentées dans le rapport. Le CNOMK en déduit avec légèreté que ce dernier abonde dans le sens des exigences de la profession (qu'il n'hésite pas d'ailleurs à s'approprier de manière exclusive).



Nous n'avons pas du chausser les mêmes lunettes que les membres du CNOMK lorsque nous avons lu ce rapport !



Les futurs nouveaux métiers en santé ne vont pas amener la profession vers un niveau supérieur. Ils vont simplement débaucher certains d'entre nous pour aller jouer aux « *petits médecins* ». Le rapport est clair sur ce point : « *À ce titre, et malgré la réelle valeur ajoutée de métiers issus de l'évolution d'un métier socle, un nouveau métier se situe, dans toutes ses dimensions, très au-delà de la mise à jour*

d'un métier existant ». Et Yvon Berland de compléter : « *Je dois ajouter ici qu'un petit pourcentage de soignants seulement accèdera à ces nouveaux métiers* ».

Le rapport préconise l'intégration des *métiers socles* dans la filière universitaire car il faut bien que les professionnels concernés par les nouveaux métiers disposent d'un diplôme universitaire de niveau Licence, comme s'est le cas déjà pour les infirmières, pour prétendre les former à un niveau Master. Le rapport précise à plusieurs reprises que les métiers paramédicaux existants devront rester au niveau Licence : « *il ne paraît pas justifié d'élever systématiquement l'ensemble des diplômes actuels au niveau du master* ». Il est même précisé, et cela concerne tout particulièrement les kinésithérapeutes, que « *dans des domaines tels que le premier recours, le vieillissement, les maladies chroniques voire la santé mentale, nombre de métiers actuels pourraient répondre, moyennant l'acquisition de compétences et de formations complémentaires au travers de diplômes universitaires **ne nécessitant pas un niveau master**, à des besoins non ou mal pris en charge aujourd'hui. De nombreuses activités ont été citées, parmi lesquelles les fonctions de prévention, d'évaluation, de coordination et d'accompagnement dans le domaine du soin à domicile, des personnes âgées ou de la prise en charge de la maladie chronique* ».

Le CNOMK s'est certainement vu conforté sur sa proposition, très controversée, de la création d'une profession d'aides-kinés en lisant que « *la création de ces nouveaux métiers va mettre la chaîne en mouvement* ». Il a du avaler son chapeau lorsqu'il a lu que Laurent Hénart estimait que « *pour le moment, nous n'avons pas décelé de besoins pour des métiers entre Bac et Bac+3* » !

Le rapport Hénart contient un dogme qui semble encore bien plus dangereux que la querelle sur le niveau de sortie de la future formation des masseurs-kinésithérapeutes. Il introduit le germe de la mort de l'exercice libéral : « *Les professionnels exerçant ces nouveaux métiers devront pratiquer au sein de regroupements de professionnels, pour les soins de premiers recours dans une maison de santé ou un pôle de santé, pour des soins de deuxième recours dans le cadre d'un établissement de santé avec une équipe médicale et paramédicale constituée* ».

Pour finir, il est affligeant de constater que la mission Hénart est dans l'incapacité de prévoir le financement de la nouvelle et fumeuse organisation des soins qu'elle nous propose : « *La mission ne dispose pas de données médico-économiques suffisamment fines et fiables pour que soit correctement appréhendé l'impact sur les finances sociales de la rémunération des nouveaux métiers, notamment ceux qui pourraient conduire à une situation d'auto-prescription* ».

Dans un système de financement de la santé à enveloppe fermée que nous imposent depuis des années les gouvernements successifs, il ne fait pas de doute que *pour habiller Paul, on déshabillera Pierre*. L'effort ne sera pas consenti par les médecins à qui l'on aura déjà retiré une partie de leurs prérogatives. Il sera porté, n'en doutons pas, par les paramédicaux qui une nouvelle fois risquent de se laisser prendre au miroir aux alouettes.

Claude Cabin

Vous avez dit négociations ?



Nous allons bientôt reprendre les négociations pour une nouvelle convention. Je pense qu'il est bon de faire quelques rappels.

En 1994, la FFMKR a été contrainte de signer une convention pour mettre fin à 6 ans de blocage tarifaire. Mais c'était à prendre ou à laisser, car cette signature était liée à une augmentation de l'AMM de 2,46%.

En 2000, a été obtenue la nouvelle nomenclature qui devait mettre fin aux problèmes liés à la double cotation. Pour rappel, le deuxième acte était alors coté et divisé par 2. Mais voilà que

l'article 9 instituait une rééducation de la déambulation chez le sujet âgé, sans que cette rééducation, ni la notion d'âge, ne soient définies. Mais il est précisé que ces actes sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.

Cette nouvelle nomenclature instituait aussi la suppression du quantitatif, le bilan kinésithérapique et l'évolution des coefficients des divers actes. Ceux-ci devaient aboutir en 2006.

La sécurité sociale s'était engagée à promouvoir auprès des médecins la suppression du quantitatif.

Elle ne l'a pas fait. Pire encore, car non contente de ne pas respecter sa parole, elle a fait le contraire. Et comment s'y est-elle prise pour ne pas accorder des cotations décentes ? Elle a mis les médecins sous DAP, et leur a expédié la NGAP des kinésithérapeutes afin de les obliger, sous peine de sanctions, à rédiger des ordonnances ainsi libellées : « Rééducation de la déambulation pour maintien à domicile chez le sujet âgé ». Peu importe la pathologie dont-ils souffrent. Un traitement de 20 minutes leur est accordé alors qu'un traitement de 30 minutes est la règle.

**Cette manière indigne de traiter nos anciens relève d'une inégalité liée à l'âge et est condamnable
Inadmissible peut-on penser !**

Pour ma part, je dirai écœurant de ne pas leur donner les justes soins auxquels ils ont droit, alors qu'ils ont cotisé pour leurs vieux jours afin d'être traités décemment.

J'ai même vu des ordonnances ainsi rédigées pour une patiente de 82 ans qui avait eu un AVC 5 mois auparavant, et chez une autre âgée de 80 ans opérée 6 semaines plutôt d'une laminectomie, et cela par deux médecins différents.

Ce sont bien sûr les exemples les plus flagrants, mais cela existe maintenant, et ces patients ne peuvent bénéficier d'un traitement approprié du fait que la sécurité sociale confond maîtrise médicalisée et maîtrise comptable. Mais elle s'en tire comme on dit « les cuisses propres » puisqu'elle a rendu les médecins responsables des cotations et n'a donc plus à intervenir pour les réduire.

Pourtant Nicolas SARKOZY devant le Conseil Économique et Social et de l'environnement avait déclaré que « les emplois qui accompagnent le grand âge ne doivent pas être considérés comme des petits boulots (c'est pourtant bien le cas des AMK6)... et améliorer les conditions de travail et de rémunération. Nous avons besoin de ces professionnels » a-t-il ajouté.



© Ginny Austin

Vous avez dit négociations ? 2/2

Concernant l'évolution des cotations, nous sommes en 2011 et cela n'est toujours pas fait : un seul exemple, une rééducation du rachis devrait-être depuis 5 ans cotée AMS 8.

Quant au BDK, qui représentait une avancée évidente pour notre profession et un lien direct entre le prescripteur et nous, pour le bien des patients, il a été vidé de sa substance par l'introduction des référentiels. Une fois encore cette décision arbitraire prise sans concertation, nous a été imposée malgré nos protestations.

Pour arriver à ses fins, l'UNCAM a été demandé de faire valider ses choix par l'HAS. Mais cet organisme où nous ne sommes pas représentés se contente de compulser des rapports, sans tenir compte de l'état des patients puisqu'ils en sont déconnectés.

On ne dira jamais assez qu'un patient est un individu avec ses problèmes et ses possibilités, et non quelqu'un qui doit obligatoirement rentrer dans un ordre mathématique, style cloche de GAUSS.

L'UNCAM et l'UNOCAM n'ont que des chiffres plein la tête, le patient leur importe peu

Des évolutions sont peut-être nécessaires, mais 10 séances pour une entorse de cheville ne correspondent pas à la réalité. Une entorse ne se rééduque pas de la même manière chez un jeune et chez un patient plus âgé qui peut souffrir d'autres pathologies. UNCAM, UNOCAM et HAS ont donc tout faux.

A-t-on imposé à Jean-Baptiste GRANGE un nombre minimum de séances, suite à ses problèmes ostéo-articulaires ?

Bien sûr que non, et après un traitement approprié il est devenu champion du monde de slalom spécial. Tout le monde ne peut réaliser un tel exploit, mais cela prouve qu'une rééducation bien menée, sans restriction de séances, peut améliorer l'état d'un patient.

La position de la FFMKR sur les référentiels est donc la seule possible car aucune étude valable ne permet de les imposer

Puis l'UNCAM a institué les DAP pour enfoncer le clou des référentiels et a donc supprimé les DEP. Que pouvons-nous encore faire sinon contester.

Oui mais voilà, pour les DEP, c'était une impression au format A4. Maintenant avec les DAP il faut 2 formats A4 (et c'est nous qui payons l'encre et le papier) car les DAP fournies par la Sécurité Sociale ne passent pas dans les imprimantes. Il faut donc les utiliser manuellement. Comment peut-on parler de simplification administrative ? Ceci est vraiment un retour en arrière. Une fois encore nous est infligée une contrainte supplémentaire.

En fait les avancées sont dues à l'opportunité du syndicat, mais les retours en arrière nous sont imposés par l'UNCAM, l'UNOCAM et bientôt peut-être par les mutuelles.

Mais de quel poids pouvons-nous peser face à cette volante de nous écraser ? Pour ma part, je pense que cela est dû à notre faible taux de syndicalisation et au peu de mobilisation possible. Alors pour au moins essayer de contrer ce qui nous est imposé, suite aux élections à l'URPS se peut-il que votre vote se concrétise et puisse grossir le nombre de nos adhérents, afin de pouvoir montrer à nos agresseurs qu'ils n'auront pas toujours la possibilité d'en faire à leur guise.

Une seule fois cela a été possible, c'était le 16 novembre 2004 à propos des dépassements d'honoraires et cela a réussi.

Le nombre de votants aux élections de l'URPS pour les médecins et les pharmaciens était d'environ la moitié des inscrits. Pour nous à peine 25%. Pourquoi ?

Je pose la question, à chacun d'y répondre et de faire le nécessaire.

Dans cette attente et pour sauver ce qui peut encore l'être.

Jacques Duboin

J'aurais voulu être salarié...

La rémunération des kinésithérapeutes libéraux conventionnés est au point mort depuis plusieurs années. Un consensus semble s'installer peu à peu, s'imposant à nous tel un dogme intangible qu'il serait politiquement incorrect de remettre en cause. La seule et unique solution pour sortir de ce marasme serait de « tirer la profession vers le haut ». Point de salut et pas plus de pépéttes sans une sortie en Master, sans l'accès direct et sans l'accession au statut de profession médicale à compétences définies. Et nous voilà, rêvant du salaire de l'ingénieur, paradant, tête haute et poitrine gonflée, exhibant à qui mieux mieux nos décorations universitaires, portés en triomphe par nos aides-kinés auxquels nous avons délégué nos basses besognes.

Mais le réveil sonne et nous retombons sur terre.

Nous ne sommes encore que des techniciens supérieurs, titulaires d'un diplôme reconnu à Bac + 2. Notre statut est celui de *profession intermédiaire* au sens de la nouvelle nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles, à ne pas confondre avec les métiers de santé de niveau intermédiaire du rapport HENART. Mais ne nous plaignons pas, nous sommes des libéraux et nous pouvons toujours exploiter la désormais célèbre maxime « travailler plus pour gagner plus ». À ce compte, nous parvenons encore à tirer une rémunération décente de notre activité.

Mais que se passerait-il s'il nous prenait l'envie, dans un indécent élan de justice sociale, de travailler comme des salariés. À nous les 35 heures, les RTT, les Tickets Restaurant et les congés payés ! Tentons alors la comparaison de notre rémunération avec les professions de notre actuel statut.

Rémunération d'un kinésithérapeute libéral travaillant comme un salarié

- › Le tarif moyen de l'acte est estimé en 2008 à 16,70 € (Eco Santé France 2011)
- › Les charges sont de l'ordre de 50 %
- › La séance dure 30 minutes
- › Le bénéfice net s'élève à 16,70 € de l'heure
- › Les salariés à temps complet de la catégorie *profession intermédiaire* travaillent 1.640 heures dans l'année (source Insee enquêtes Emploi 2003-2004)

Il convient de soustraire, pour un libéral, le temps de travail non rémunérateur, correspondant à la gestion du cabinet et à la formation ou information. Un rapide sondage permet de l'évaluer à 17 %.

Le bénéfice net annuel est de



Rémunération d'un salarié de catégorie de profession intermédiaire

Salaire net annuel moyen dans le privé et le semi-public (Source Insee, DADS 2006) : **24.416 €**

Mais la rémunération globale d'un salarié ne se limite pas aujourd'hui au seul salaire fixe, les avantages sociaux et les avantages en nature en constituent une part non négligeable ce qui incite d'ailleurs un nombre croissant de directions des ressources humaines à distribuer à chacun de leurs employés un « bilan social individualisé » (BSI).

Il n'existe pas de liste exhaustive de tous les avantages dont peuvent bénéficier les salariés, mais ils sont nombreux. Aucune enquête statistique, à notre connaissance, ne précise la part de ces avantages. Elle varie en fonction du secteur d'activité, de la taille de l'entreprise, du statut et du poste du salarié. Il ne semble pas déraisonnable d'estimer sa part à 20 % pour les salariés de la catégorie *profession intermédiaire*.

La rémunération globale nette annuelle peut donc être estimée à



Il faut encore différencier dans le statut du libéral et du salarié deux éléments majeurs qui défavorisent encore le professionnel libéral :

- l'assurance chômage
- un régime de retraite obligatoire beaucoup plus favorable pour les salariés

Si un professionnel libéral devait financer sur sa seule rémunération l'équivalent d'une assurance chômage et une retraite équivalente à celle des salariés, il conviendrait de retrancher encore 1.922 € pour la première et 4.736 € pour la seconde, soit 6.728 € (voir page suivante).

Cela ramènerait à 16.004 € net la rémunération de notre kinésithérapeute libéral travaillant comme un salarié et bénéficiant des mêmes avantages.

Et encore nous n'avons pas tenu compte ici du facteur risque inhérent à toute activité professionnelle indépendante. Le salarié de catégorie *profession intermédiaire* bénéficie d'une rémunération globale moyenne de 29.299 net/an.

La différence est de



par an.

Les principaux avantages salariaux

- ⇒ l'Épargne salariale (participation, intéressement, plan épargne salarial)
- ⇒ assurances (complémentaire santé, prévoyance, juridique)
- ⇒ le logement gratuit ou à tarif réduit
- ⇒ la fourniture de repas gratuits ou à prix préférentiels
- ⇒ l'attribution de chèques-restaurant ou de chèques-vacances
- ⇒ l'attribution d'un véhicule
- ⇒ le bénéfice de prêts à taux préférentiels
- ⇒ la fourniture de vêtements d'usage courant
- ⇒ des prix préférentiels sur des fournitures ou services produits par l'entreprise
- ⇒ l'usage d'un téléphone portable, d'un micro-ordinateur en dehors des heures de travail
- ⇒ la fourniture d'un abonnement (téléphonique, Internet, à une publication)
- ⇒ l'aide apportée sous forme de chèque emploi service
- ⇒ un cadeau lié à un événement
- ⇒ la participation aux frais de transport
- ⇒ les réductions obtenues par les Comités d'Entreprise
- ⇒ les crèches d'entreprise et la participation aux frais de garde d'enfants
- ⇒ les primes d'installation et de déménagement

L'assurance chômage

Les cotisations versées à Pôle-Emploi sont de deux ordres : la cotisation assurance-chômage, qui sert à financer les prestations de chômage, et la cotisation FNGS (fonds national de garantie des salaires) qui permet de garantir les salaires en cas d'ouverture d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire.

	Assiette	Salarié	Employeur	Total
Chômage (2)	Tranche A (1)	2,40 % (2)	4,00 % (2)	6,40 % (2)
	Tranche B (1)	2,40 % (2)	4,00 % (2)	6,40 % (2)
FNGS (3)	Tranche A + B	-	0,40 %	0,40 %

(1) Tranche A : dans la limite du plafond de la Sécurité Sociale

Tranche B : de 1 à 4 fois le plafond de la Sécurité Sociale

(2) Le taux global de la cotisation d'assurance-chômage sur les tranches A et B est diminué de 0,08 point depuis le 1^{er} janvier 2007.

(3) La cotisation FNGS est fixée à 0,40 % depuis le 1^{er} octobre 2009.

Calcul pour un salaire de 24.416 € net/an = **1.922 €**

Retraite

	Assiette	Employeur
Vieillesse plafonnée	plafond de la Sécurité sociale (35.352 €/an)	8,30 %
Vieillesse non plafonnée	100 % du salaire	1,60 %
Retraite complémentaire des salariés non-cadres	ARRCO tranche 1/A	4,50 %
	AGFF	2 %

Calcul pour un salaire de 24.416 € net/an = **4.736 €**

Le kinésithérapeute libéral conventionné est donc rémunéré bien en dessous de son humble statut de *profession intermédiaire*.

Les français exigent un système de santé de luxe et accessible à tous mais refuse d'en payer le juste prix. Les professionnels de santé sont arrivés aujourd'hui à la limite des efforts qu'ils peuvent consentir. Le grand public et les politiques doivent prendre conscience de cet état de fait au risque de voir l'attractivité des métiers de la santé fortement diminuée auprès des jeunes générations.

On le voit avec les kinésithérapeutes libéraux qui s'éloignent de plus en plus chaque jour de leur cœur de métier pour s'engager dans le domaine du non conventionné. Ils ne le font pas tant par goût mais simplement pour fuir un système qui ne les reconnaît plus, socialement et financièrement, au niveau du service qu'ils rendent à la Société.

L'élévation du statut de la profession et son intégration dans le cursus universitaire résoudra-t-il ce triste constat ? L'expérience des infirmières devrait nous inciter à la plus grande prudence. Certes elles n'ont obtenu que le niveau de License professionnelle alors que nous réclamons à corps et à cris un niveau de sortie en Master. Il est toutefois utile de rappeler que, suite à la réforme de leurs études, les infirmières salariées sont passées en catégorie A avec une augmentation de salaire à la clé, mais en perdant de sérieux avantages du point de vue de la retraite. En ce qui concerne les infirmières libérales, elles ont effectivement obtenu une maigre revalorisation de leurs honoraires, mais en contrepartie de la perte de leur liberté d'installation.

Claude Cabin

Deux adresses pour une escapade de rêve !

Par Jean-Louis Besse

Une des appréhensions qui m'obsèdent quand je veux sortir et dîner à Paris, c'est d'avoir la certitude dans le choix d'un établissement « de ne pas se faire avoir », pour écrire vulgairement. En effet, force est de constater qu'il est de plus en plus difficile de trouver un restaurant dans notre capitale d'où nous sortirons comblés pour un rapport prix/qualité acceptable. Voilà pourquoi depuis quelque temps j'explore la gastronomie à moins d'une heure et demie en voiture de notre capitale. Voici donc le moment de vous faire découvrir deux adresses qui m'ont particulièrement ravi.

La première à Sens La Madeleine ou j'ai été convaincu par la cuisine de Patrick GAUTHIER, chef à 2 étoiles au Michelin. Ce dernier vous accueille avec une faconde comme on n'en fait plus. Riche d'une tradition familiale, on ressent rapidement la passion de sa cuisine spontanée. Il prendra votre commande avec une admirable gentillesse en vous expliquant avec force et détails tous les plats de sa carte. Voici donc un établissement chaleureux où le client sera traité avec grande attention. La cuisine y est traditionnelle avec une pointe de modernité. Un menu à 75 euros m'a tout à fait conquis avec mise en bouche, trois plats, fromages et desserts. Quel enchantement ! Qualité de tous les produits, générosité dans l'assiette et inventivité m'ont transporté. Une note particulière et remarquable pour un dessert au chocolat exceptionnel. Une très belle carte de Bourgogne, en particulier sur les Chablis, va marier admirablement votre repas. Ce chef organise également des cours de cuisine dans son atelier pour 79 euros.



LA MADELEINE

1 rue Alsace Lorraine 89100 Sens
03 86 65 09 31



La deuxième est à Villeneuve sur Yonne, cité historique au bord de l'Yonne. Une charmante auberge avec des bâtiments du XVII^e siècle : La Lucarne aux Chouettes, au cœur de ce village, est là pour vous faire passer un week-end des plus agréables avec vue imprenable sur une Yonne majestueuse. Cet endroit avait été découvert et créé par Leslie Caron. Aujourd'hui c'est Caroline Marinelli qui vous accueillera d'une façon chaleureuse. Petite fille de restaurateur avec

une formation hôtelière, cette jeune et souriante propriétaire règne sur une demeure d'exception au charme inoubliable. Quatre chambres (99 euros) dont un loft (40m²) de grand confort que je vous recommande, pourront satisfaire les plus exigeants. Le restaurant, avec une très belle salle à manger est tout aussi remarquable : un menu dégustation à 45 euros (mise en bouche, entrée, plat, fromages et desserts) vous permettra d'apprécier les talents culinaires du jeune chef qui préside aux fourneaux.

LA LUCARNE AUX CHOUETTES

Quai Bretoche 89500 Villeneuve sur Yonne
03 86 87 18 26

