

Voyage en ARS



L'ARS d'Île-de-France : à marche forcée

KFP vous fait découvrir les travaux de l'ARS. Attachez vos ceintures. Vous êtes au pays des technocrates !

Lire page 3

Le Plan Stratégique Régional de Santé : Exercice libéral en danger

Le PSRS ne va pas nous épargner. Découvrez ce qui nous attend

Lire page 6

L'invasion des maisons blanches

La grande mode des structures d'exercice collectif

Lire page 10



Les dépassements d'honoraires : une question de survie

Alors que la foudre politico-médiatique s'abat sur les dépassements d'honoraires des libéraux de santé, KFP, chiffres à l'appui, démontre que ces dépassements sont indispensables à la survie économique de nos cabinets

Lire page 14

Honoraires : À la croisée des chemins, choisissons le bon secteur

Et pourquoi pas un secteur 2 pour les kinés ?

Lire page 17



L'HAS et les référentiels

Comment la Haute Autorité de Santé sert la politique comptable de la sécurité sociale



Lire page 19

Nous ne luttons plus seulement aujourd'hui afin d'obtenir telle augmentation, tel avantage ou pour promouvoir la kinésithérapie ou pour défendre les confrères attaqués par les caisses. Bien entendu ces missions restent les nôtres et nous tentons de les assumer du mieux que nous pouvons car au-delà de vos intérêts ce sont aussi les nôtres que nous défendons car, comme vous, nous exerçons la kinésithérapie en libéral. Aujourd'hui c'est notre mode d'exercice qui est mis à mal. Même ceux qui jadis encourageaient la pratique libérale des professions de santé nous tournent le dos, croyant parvenir à reconstruire le système de santé sans nous. Ils se trompent. Avec vous, nous ne céderons pas un pouce de terrain. Nous prouverons aux technocrates et aux politiques qui les écoutent que nous sommes le maillon indispensable du système de santé à la française, si cher à nos compatriotes. Nous engagerons la réforme de la pratique libérale avec ou sans eux mais avec le soutien des patients qui savent bien que les Libéraux de santé leur sont indispensables. Ce n'est pas le combat de Don Quichotte que nous mènerons contre l'invasion des « maisons blanches », contre le salariat déguisé que l'on tente de nous imposer, contre la maîtrise comptable des dépenses de santé et contre la paupérisation des kinésithérapeutes libéraux. Ce n'est pas le combat de Don Quichotte car ce n'est pas une lance que nous tenons dans la main. C'est un bulletin de vote.

Claude Cabin



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

Sommaire

- Page 3 : L'ARS d'île-de-france : à marche forcée
- Page 6 : Le Plan Stratégique Régional de Santé : exercice libéral en danger
- Page 10 : L'invasion des maisons blanches
- Page 14 : Les dépassements d'honoraires : une question de survie
- Page 17 : Honoraires : à la croisée des chemins, choisissons le bon secteur
- Page 19 : L'HAS et les référentiels
- Page 23 : L'AVC : cause nationale
- Page 25 : À découvrir...La Gaité Lyrique

Directeur de la publication :
Claude Cabin

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, Svilen Milev, Sanja Gjenero, Philippe Grollier, www.photo-libre.fr.

L'ARS d'Île-de-France : à marche forcée

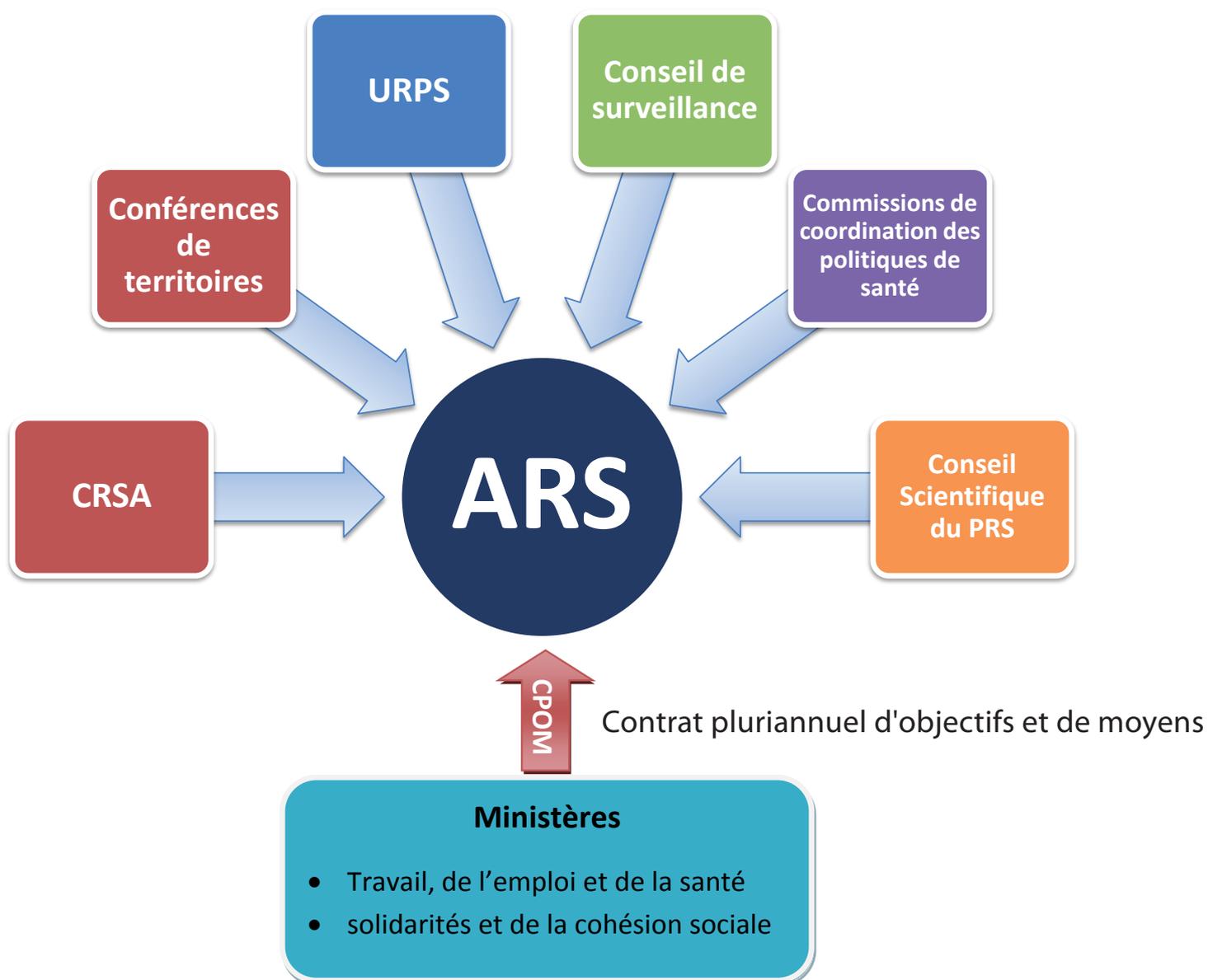
Notre Agence Régionale de Santé élabore actuellement, à marche forcée, le **Plan Régional de Santé (PRS)** qui va dicter la politique de la santé dans notre région pour les cinq années à venir. Ne croyez pas, chers lecteurs, que les orientations qui seront adoptées n'auront aucune conséquence sur votre activité. Même si les grands axes de la politique de santé et la signature des conventions se réalisent encore au niveau national, les ARS, fortes de leur budget et des missions que la Loi leur a confié, ne se priveront pas de décliner cette politique à la sauce locale. Sauce qui pourrait avoir pour nous, professionnels de santé libéraux, un goût amer.

Tout d'abord et afin de tenter d'y voir plus clair dans le dédale de l'ARS, KFP vous sert de guide.

Bienvenue en ...

TECHNOCRATIE

Les instances de concertation et de coordination



Le Plan Régional de Santé (PRS)

Le PRS est composé :

- ⇒ d'un **Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)** qui définit les objectifs et les priorités de santé en Île-de-France
- ⇒ de trois **schémas régionaux** qui mettent en œuvre cette stratégie pour l'organisation des soins, de la prévention et du secteur médico-social
- ⇒ de **programmes de santé** qui déclinent ces schémas notamment au niveau des territoires



Légende :

ES : Établissements de Santé

PPS : Prévention Promotion de la Santé

VAGU SAN : Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies

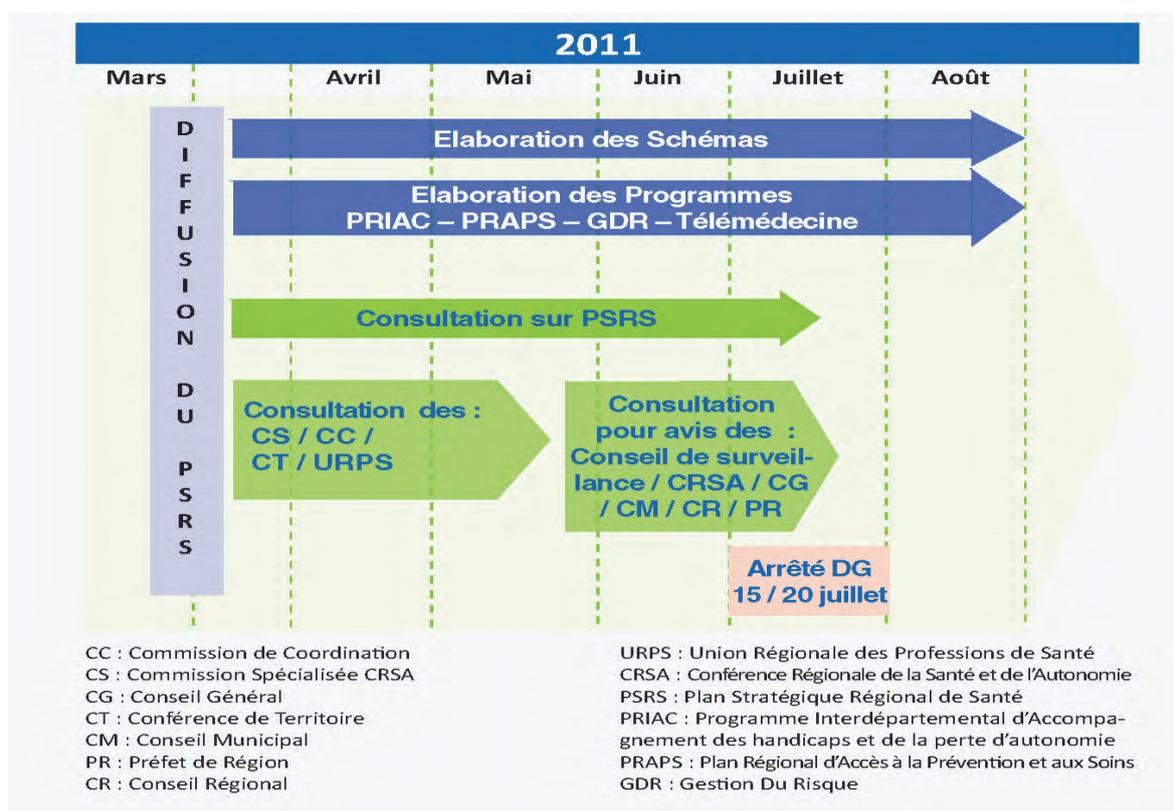
PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement de la perte d'autonomie

Calendrier du PRS

Le tempo imposé par l'ARS est plus que soutenu, les réunions s'enchaînent à un rythme accéléré et les instances censées inventer la « *démocratie sanitaire* » - Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), Conférences de Territoires et Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) - peinent à donner un avis réfléchi et argumenté tant les délais sont courts. De plus, aucun moyen n'est donné aux représentants des Libéraux de Santé pour défendre leur point de vue. Les URPS, hormis celle des médecins, fonctionnent toujours sans financement et grâce seulement à l'abnégation de leurs membres élus.

On voudrait faire taire les Libéraux de Santé que l'on ne s'y prendrait pas autrement ...

Claude Cabin



Le Plan Stratégique Régional de Santé : exercice libéral en danger

Premier étage de la fusée "PRS", il doit définir les objectifs et les priorités de santé en Île-de-France. Après avoir établi un état des lieux, il fixe les priorités et les objectifs de l'ARS en matière :

- ➔ de prévention
- ➔ d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé
- ➔ de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé
- ➔ de qualité et d'efficacité des prises en charge
- ➔ de respect des droits des usagers

Le PSRS organise en outre la coordination avec les autres politiques de santé au niveau régional et fixe les modalités d'évaluation du PRS.

Ce document a été soumis à une large concertation mais dans un délai extrêmement court. Vos organisations représentatives, SMKRP et URPS, mais aussi le Conseil Départemental de l'Ordre de Paris ont néanmoins proposé respectivement des contributions. Il s'agissait d'interpeller la Direction de L'ARS en rappelant l'impérieuse nécessité de ne pas laisser les professionnels libéraux de santé, et les kinésithérapeutes en particulier, sur le bord de la route.

Les contributions



Fort du constat établi, l'ARS a fixé huit lignes directrices à son Plan Stratégique :

- 1 - Investir dans la prévention pour éviter les soins inutiles
- 2 - Mobiliser tous les acteurs en vue de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- 3 - Renforcer la vigilance face aux risques sanitaires pour assurer la protection de la population
- 4 - Structurer l'offre de santé en fonction des besoins et non de l'offre
- 5 - Offrir des parcours de santé cohérents dans une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale
- 6 - Améliorer l'efficacité et garantir la qualité des prises en charge
- 7 - Développer l'observation et l'information en santé pour rendre effective la démocratie sanitaire
- 8 - Susciter l'innovation des acteurs locaux comme levier du changement

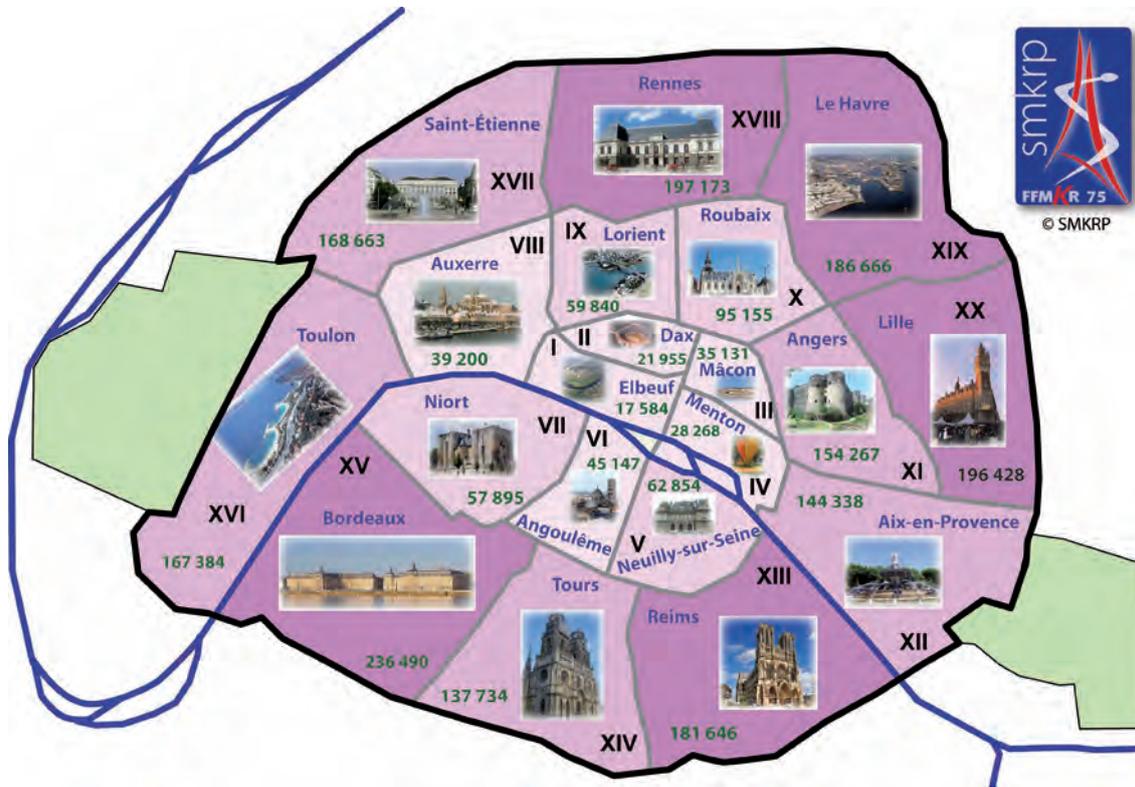
Le PSRS apparaît comme une longue litanie de bonnes intentions. Rares sont celles à destination des libéraux de santé. Le PSRS ne présente jamais les moyens qu'il entend mettre en œuvre pour atteindre les objectifs qu'il fixe.

Le Plan Stratégique Régional de Santé : exercice libéral en danger 2/4

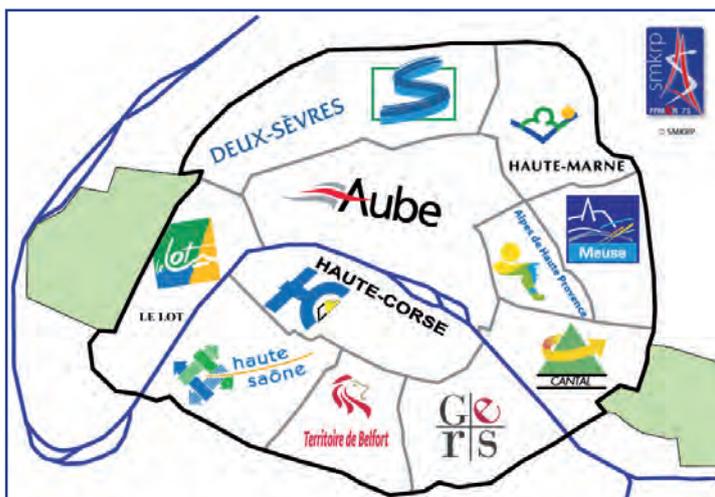
Le SMKRP a voulu, par sa contribution, mettre en avant les particularités de l'exercice libéral de la kinésithérapie à Paris. C'est au travers de ce prisme qu'il propose sa lecture du PSRS.

PARIS : un territoire sans commune mesure

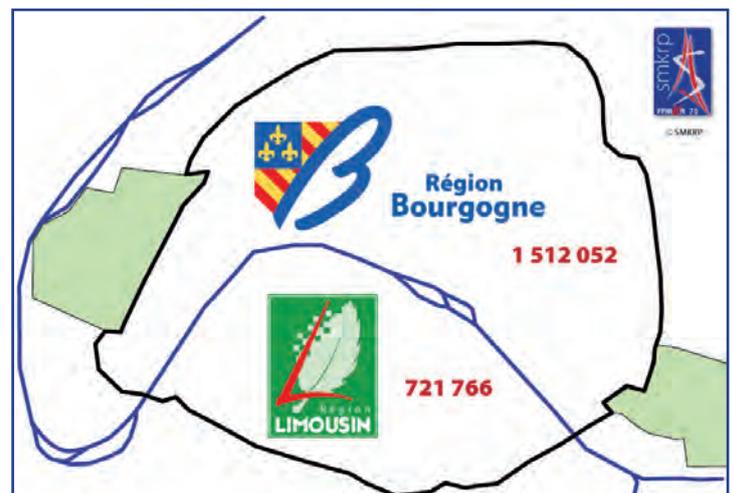
PARIS : somme de villes



PARIS : somme de départements



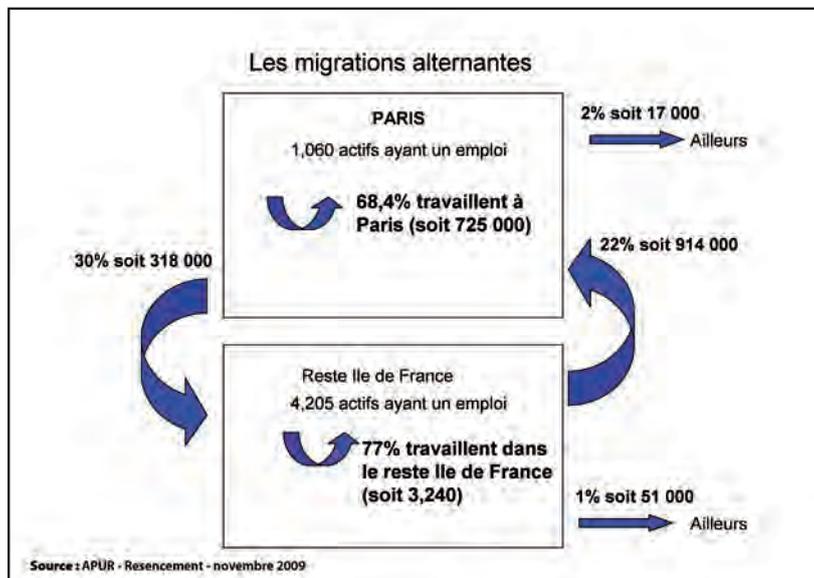
PARIS : somme de régions



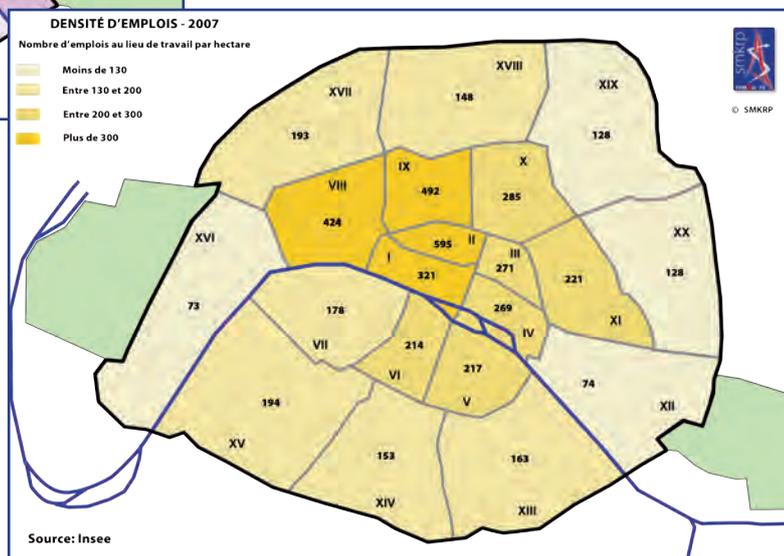
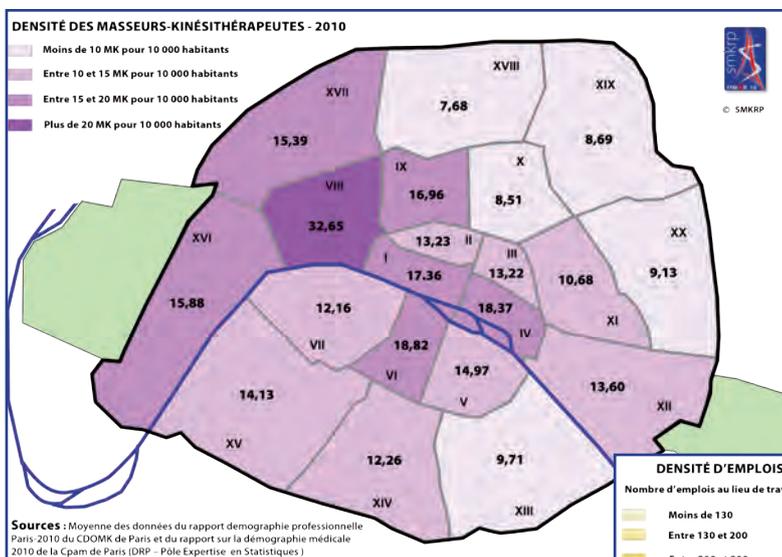
Le Plan Stratégique Régional de Santé : exercice libéral en danger 3/4

Démographie et offre de soins en kinésithérapie libérale à Paris

À en croire le SNIR 2008, la densité de kinésithérapeutes libéraux à Paris est de 11,63 pour 10.000 habitants contre 7,66 en moyenne nationale. Le caractère sur-doté du territoire parisien apparaît évident de prime abord. Une analyse plus fine et plus prospective tendrait plutôt à tirer la sonnette d'alarme.



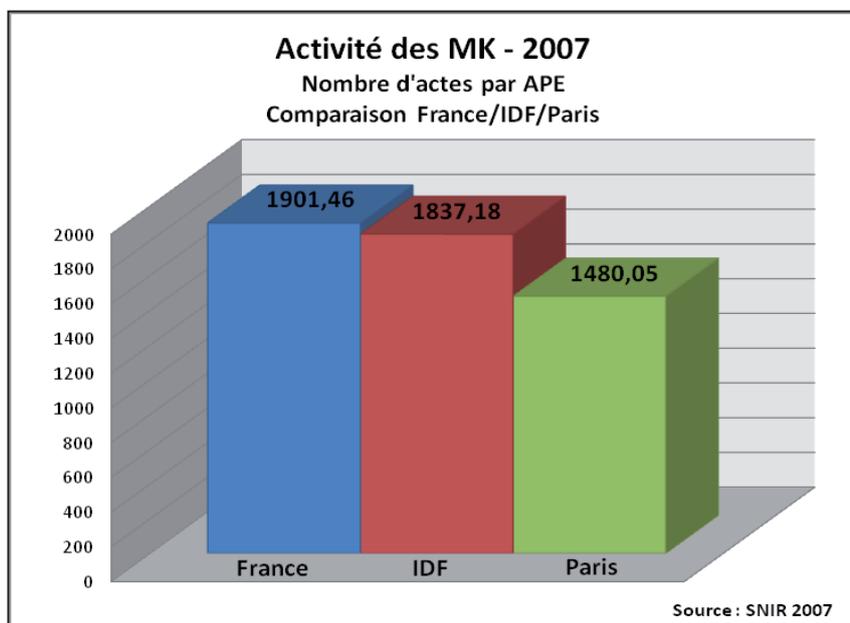
En premier lieu, les kinésithérapeutes parisiens ne soignent pas que les habitants de Paris, mais aussi nombre de franciliens qui travaillent dans la capitale. En effet, chaque jour, la population parisienne s'accroît de 568.000 personnes, soit plus d'un quart de la population totale. Il n'est donc pas étonnant de constater l'importante concentration de cabinets au sein d'arrondissements à fort potentiel économique.



Le Plan Stratégique Régional de Santé : exercice libéral en danger 4/4

D'autre part, les kinésithérapeutes parisiens ont une activité bien plus faible que leurs confrères de province. Le nombre d'actes par actif à part entière (APE) est inférieur de 28,5 % à Paris par rapport à la France métropolitaine.

Le choix du mode et du volume d'activité des kinésithérapeutes libéraux parisiens conditionne en partie la disponibilité de l'offre de soins.



Enfin, Paris n'est plus attractive pour les kinésithérapeutes libéraux. Comme le souligne le PSRS, le loyer moyen du secteur libre est supérieur de 56 % à celui du reste du pays, alors que le revenu disponible moyen des Franciliens est "seulement" supérieur de 23 % à celui des habitants des autres régions.

Le revenu de l'activité conventionnelle est, pour les kinésithérapeutes, non pas supérieur à celui des professionnels des autres régions, mais au contraire largement inférieur. Il est à craindre que, dans les prochaines années, l'offre des soins en kinésithérapie se raréfie à Paris. La pénurie est déjà très sensible pour les soins à domicile depuis plusieurs années.

La création d'une lettre-clé spécifique majorée pour l'Île-de-France et particulièrement pour Paris est un préalable indispensable si l'on entend permettre aux kinésithérapeutes de continuer à distribuer des soins de qualité.

L'accès aux soins de kinésithérapie à Paris

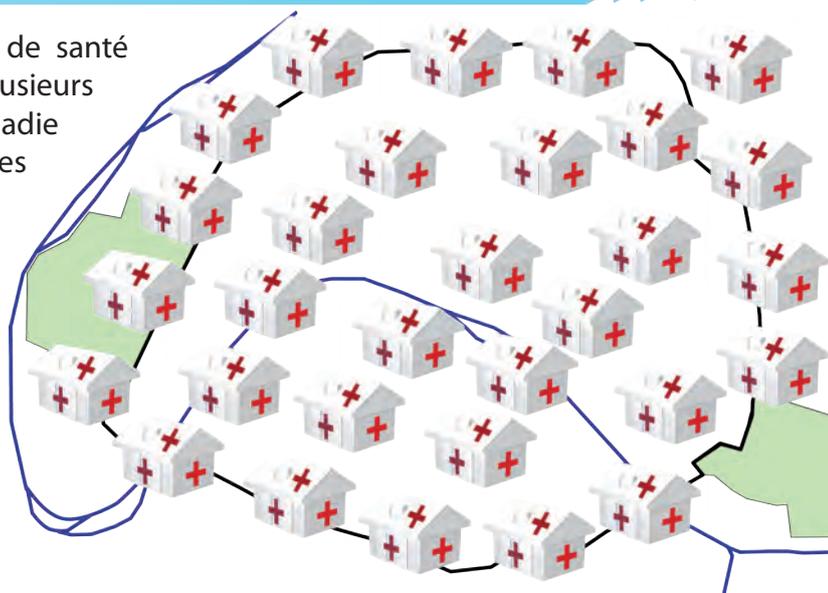
La délivrance des soins en kinésithérapie libérale au tarif opposable dans la capitale n'est plus viable économiquement. L'ARS s'indigne des dépassements d'honoraires des professionnels libéraux de santé. La piste proposée par l'ARS consistant à favoriser « l'implantation d'une offre garantissant un accès à tarif opposable, notamment au travers des structures d'exercice collectif » nous paraît être à la fois inefficace et dispendieuse. L'aide au maintien de l'offre existante, à savoir les cabinets libéraux, est sans nul doute la voie à suivre.

Le PSRS n'a de cesse de présenter les structures d'exercice collectif comme la panacée en matière d'organisation des soins. Pourtant, de l'aveu même de l'ARS, les maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles de santé se diffusent peu en Île-de-France, si ce n'est à grand renfort de subventions et 70 % des centres de santé sont au bord de la faillite car leur gestion est inefficace.

Il nous semble que vouloir à tout prix favoriser ces moyens de distribution des soins, au détriment des professionnels libéraux, relève plus de l'idéologie que d'une approche raisonnée des impératifs économiques.

L'invasion des maisons blanches

Force est de constater que le système de santé à la française est à la peine depuis plusieurs années. Les recettes de l'assurance maladie sont figées par le taux de chômage, par les crises économiques successives mais aussi par une volonté politique qui ne place plus la santé au rang des préoccupations premières. La vision hospitalo-centrée de la santé s'accroche en dépit de son caractère obsolète. La démographie des professionnels de santé est en berne car les métiers de la santé perdent de plus en plus de leur attractivité. L'accès au soin est difficile dans certaines zones rurales ou défavorisées, mais pas plus que l'accès



à d'autres services publics. Ce problème de la discutable mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire est largement monté en épingle, alors qu'une récente étude de l'IRDES montre que 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes. Malgré les dispositifs de la CMU, de la CMU-C et de l'AME, l'hypothétique difficulté d'accès au soin pour les populations précaires est elle aussi largement surmédiatisée. Les politiques, de gauche comme de droite, semblent avoir trouvé un consensus pour régler tous les problèmes des soins ambulatoires. Il s'agit des structures d'exercice collectif.

Les structures d'exercice collectif : c'est quoi ?

- ⇒ Les maisons de santé (exercice libéral pluri-professionnel dans un lieu unique)
- ⇒ Les pôles de santé (exercice libéral pluri-professionnel sur plusieurs sites)
- ⇒ Les centres de santé (exercice salarié pluri-professionnel sur un seul site)

Qu'est-ce qu'une maison de santé pluri-professionnelles (MSP) ?

Même si le terme apparaît dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 19/12/2007, c'est la Loi HPST qui a posé la définition finale des MSP : il s'agit d'un lieu où exerce une équipe de soins de premier recours composée d'au moins deux médecins généralistes et au moins un professionnel paramédical. Il peut s'agir d'une « maison » sans toit car la Loi n'impose pas que les professionnels d'une maison de santé exercent dans le même lieu. Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

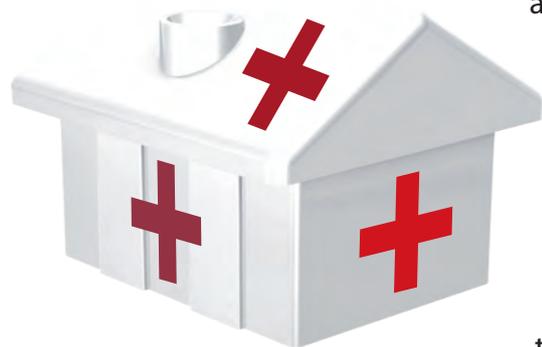
Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé doivent élaborer un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux.

Qu'est-ce qu'un pôle de santé ?

Les pôles de santé ont été portés sur les fonts baptismaux par la Loi HPST. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Qu'est-ce qu'un centre de santé ?

Les centres de santé apparaissent bien avant la sécurité sociale, dès le début du XX^{ème} siècle. Les dispensaires de l'époque distribuaient gratuitement des soins aux nécessiteux. Ils ont été créés par des municipalités,



des mutuelles, des associations et par des congrégations religieuses. Il faut attendre la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2000 pour que les centres de santé fassent l'objet d'une définition au sein du Code de la santé publique. On notera qu'il s'agissait alors d'octroyer aux centres de santé des subventions par l'assurance maladie !

Les centres de santé doivent assurer des activités de soins sans hébergement et participer à des actions de santé publique, ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé, soit par des collectivités territoriales. Les centres de santé ont obligation de faire bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'Assurance Maladie (tiers payant), ainsi que des tarifs conventionnels Secteur 1.

Même si vous partagez votre cabinet avec plusieurs confrères, voire même avec un ou plusieurs autres professionnels de santé, vous n'avez pas droit à ces glorieuses appellations et aux subventions qui en découlent.

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) ne fait pas exception à cet engouement. Il dispose, en effet, de *promouvoir les nouveaux modes d'exercice collectif* et de *renforcer les centres de santé*.

Avis défavorable du Conseil Régional d'Île-de-France

Ces *bonnes intentions* n'ont visiblement pas suffi à convaincre le Conseil Régional d'Île-de-France qui a émis un avis défavorable au PSRS. Le Conseil Régional a estimé que la plus grande insuffisance du PSRS était celle de l'accessibilité financière à l'offre de soins de ville. L'assemblée régionale s'est émue de trouver dans le PSRS une discrète volonté de compréhension des difficultés rencontrées par les libéraux de santé : « *l'ARS souhaite favoriser la compréhension de ces contraintes spécifiques de l'exercice libéral et de leur impact éventuel sur les caractéristiques franciliennes de répartition de l'offre entre secteur 1 et secteur 2* ». Elle craint que l'ARS envisage, en zone centrale, de réévaluer le secteur 1 et pourquoi pas de créer une lettre-clé spécifique des soins de kinésithérapie pour Paris et la petite couronne ? Puisse cette idée traverser l'esprit de M. Evin...

Le Conseil Régional imagine même un ultime « *scénario catastrophe* » : l'hypothèse que l'activité libérale serait, sur ce territoire, intégralement inscrite en secteur 2 !

L'absence de prise en compte par nos représentants régionaux des difficultés réelles de l'exercice libéral à Paris est tristement vécu par les libéraux de santé parisiens qui, n'en doutons pas, sauront se rappeler, quand l'occasion de se rendre aux urnes leur sera donnée, du peu de considération que certains élus leur accorde.

Le programme parisien de renforcement de l'offre de premier recours

Le PSRS ne semble pas avoir séduit non plus les élus de la Mairie de Paris. Bien que cette dernière n'ait pas encore rendu son avis, les indiscretions d'usage semblent indiquer que ce dernier sera négatif.

La Mairie de Paris a fait tout récemment connaître son « Programme de renforcement de l'offre de premier recours ». S'agit-il de faciliter l'exercice libéral des professions de santé ? De proposer des locaux à loyer modéré aux jeunes libéraux qui ne peuvent plus s'installer à Paris ? De permettre aux professionnels de santé d'assurer sereinement les visites à domicile en leur fournissant gratuitement une vraie carte prioritaire de stationnement

et de circulation ? De promouvoir les réseaux de soins entre libéraux de santé ? **NON**. Il s'agit de distribuer aux structures d'exercice collectif et notamment aux centres de santé, des subventions pour un montant de 2 millions d'euros ! Ces dispositions, de l'aveu de Jean-Marie Le Guen, député strauss-kahnien et Adjoint au Maire de Paris, chargé de la Santé Publique, ont été prises sans aucun parti pris idéologique...

Les centres de santé parisiens

Une étude concernant les centres de santé parisiens a été réalisée en 2010 sur commande de la Ville et de la CPAM de Paris. Bien que cette étude soit d'emblée extrêmement orientée, elle apporte des éléments intéressants. On apprend notamment que la contribution des centres de santé à l'offre de soins parisienne aux tarifs opposables est somme toute peu significative. Seulement 13 % des consultations pratiquées au tarif conventionnel, par exemple. Comme pour s'excuser de la faiblesse de ces chiffres, les auteurs s'empressent de commenter : « *Ces pourcentages globaux de la contribution des centres de santé à l'offre de soins à Paris sont évidemment bien loin de refléter la part que représentent les centres de santé dans les soins délivrés aux populations modestes ou précaires* ».

Sur les 18 centres étudiés, 11 sont en déficit

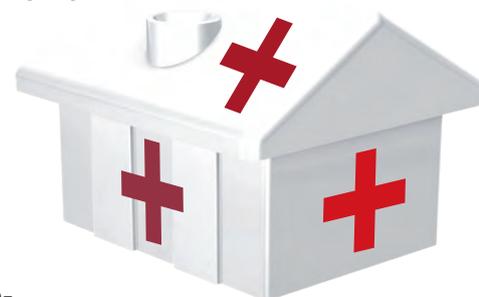
Sur les 18 centres étudiés, 11 sont en déficit et un seul est légèrement

excédentaire. Un des arguments avancés pour expliquer leur mauvaise santé financière est le coût du tiers-payant. Il est estimé en moyenne à 4,38 € par acte. La première remarque qui vient à l'esprit est que si le coût du tiers-payant est aussi élevé pour les centres de santé, il doit être sensiblement le même pour les libéraux qui le pratiquent. La conclusion évidente, si vous n'entendez pas consacrer près de 30 %

de votre chiffre d'affaires à préserver la trésorerie de vos patients, est de vous tenir à l'écart des propositions incessantes des mutuelles pour tenter de vous contraindre de pratiquer le tiers-payant intégral. Un grand merci à nos amis pharmaciens qui ont instauré, comme sur Internet, l'habitude délétère du « tout gratuit » ! La seconde remarque est de s'interroger sur l'efficacité de gestion des centres de santé. Avec des ratios soignants/non soignants largement inférieurs à 1, les centres de santé disposent plus de personnel non soignant que de personnel soignant. De plus, d'après l'étude, ces derniers devraient présenter une productivité au moins égale à 3.500 actes par équivalent temps plein (ETP) afin de préserver une saine gestion, alors que la moyenne des 18 centres étudiés s'élève seulement à 2.773 actes par ETP.

Le tiers-payant : le risque de la généralisation

On peut également s'interroger sur l'intérêt de la systématisation du tiers-payant. Il est bien entendu socialement indispensable pour les patients en situation véritablement précaire. Auquel cas, ces derniers sont titulaires de la CMU et peuvent obtenir le tiers-payant dans tous les cabinets des professionnels de santé libéraux comme en dispose la Loi. Toujours d'après la même étude, près de 60 % des usagers des centres de santé parisiens ne relèvent ni de la CMU ni de l'AME. Est-il vraiment indispensable que cette population bénéficie de la dispense d'avance des frais ? Cette commodité ne devrait-elle pas être réservée à la population la plus déshéritée ? D'autant que, forts de notre expérience de praticiens de terrain, nous le savons bien, l'usage du tiers-payant est largement inflationniste des dépenses de santé. La littérature en économie de santé est, comme par hasard, bien pauvre sur l'examen de ce problème. Une étude du CREDES de 2000, financée par la Fédération Nationale de la Mutualité Française, tente de nous expliquer que le caractère dispendieux du tiers-payant n'est rien comparé aux services qu'il rend aux patients dans le besoin. Une récente étude de l'IRDES confirme que la population fréquentant les centres de santé est en partie en situation précaire mais objecte que « *la qualité des soins et services offerts dans les CDS n'ont pas été évalués. Or, ce complément paraît nécessaire pour analyser l'adéquation des soins aux besoins spécifiques des populations précaires* ». Il serait également bien utile de comparer la qualité de la prise en charge de cette population dans les CDS et dans les cabinets libéraux.



Structures d'exercice collectif : la nouvelle donne politique

Les politiciens de droite n'ont pas toujours été favorables aux structures d'exercice collectif et aux centres de santé en particulier. Le débat sur les subventions qu'accordait la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2000 aux centres de santé et l'interdiction qui a été faite à des organismes à but lucratif d'en prendre la gestion ont vu s'opposer notamment M. Bernard Accoyer et M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail. M. Accoyer prévoyait qu' « *un subventionnement des centres de santé par l'assurance maladie, va bouleverser notre système de soins ambulatoires, qui est déjà dans la tourmente.* »



Les structures d'exercice collectif ne sont pas sans rappeler l'idée de la 85^{ème} proposition du Parti Socialiste pour l'élection de 1981 : « *Un service communautaire de la santé reposera sur le développement de la prévention, le tiers-payant généralisé à terme, la création de centres de santé intégrés auxquels chaque médecin pourra adhérer s'il le souhaite* ». M. Bernard Accoyer, dans le débat auquel nous faisons allusion plus haut, les décrivait ainsi : « *Les centres de santé ont été créés par Jack Ralite, ministre communiste du gouvernement Mauroy. On parlait même, à l'époque, de «centres de santé intégrés» : c'était ce concept socialo-communiste des années 60-70, dans lequel l'homme devait être pris en charge dans sa globalité. Il fallait assurer la maintenance de l'individu, atteint par tous les maux de notre société. On faisait un bilan, comme pour une voiture, et l'homme était ensuite démonté et réparé. Il fallait à tout prix en finir avec le colloque singulier du patient et du soignant, auquel nous tenons particulièrement.* »

Le premier homme politique à avoir tenté l'expérience, en 1981, des centres de santé intégrés était un jeune maire adjoint de Saint-Nazaire et nouveau député. Sa tentative ne fit pas long feu face à la mobilisation massive des médecins libéraux, menée par la CSMF qui comptait dans ses rangs une jeune syndicaliste, ardente gardienne de l'exercice libéral, du nom d'Élisabeth Hubert. Quant au jeune adjoint au maire de Saint-Nazaire, il n'était autre que Claude Evin, actuel Directeur Général de notre ARS.

En ayant ces images à l'esprit, il était plutôt amusant de voir, l'an passé, le Président Nicolas Sarkozy, entouré de ces deux-là, présenter la mission dont il chargeait Élisabeth Hubert afin de tenter de réconcilier le corps médical avec la majorité présidentielle.

Et les réseaux de soins ?

Quid dans cette affaire des réseaux de soins. Le PSRS loue leur utilité dans le rapprochement des professionnels libéraux de santé et congratule la facilitation qu'ils exercent dans la nécessaire transversalité des actions des acteurs de santé. Parallèlement à cela le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) diminue leur financement. Faut-il rappeler que c'est sur les deniers du FIQCS que vont être distribuées les subventions aux structures d'exercice collectif ?

Que nous reste-il à faire, simple kinésithérapeute libéral, maillon essentiel des soins de proximité, assurant autant que faire se peut la continuité des soins, effectuant quotidiennement mais sans le dire des actions de prévention et d'éducation thérapeutique, partageant tout naturellement les informations avec les médecins traitants, les autres professionnels paramédicaux et avec le personnel d'accompagnement de nos malades, ne refusant jamais un arrangement pour différer l'encaissement d'un chèque d'un patient en difficulté, prenant sur nos deniers et notre peu de temps libre pour assurer notre formation continue ? Il reste à prouver que tout ce que prétendent apporter les structures d'exercice collectif à grand renfort de subventions, nous le faisons déjà, sans emphase ni grandes phrases, quotidiennement, sur le terrain. Et puisque le paiement à l'acte semble aujourd'hui perdre son exclusivité, exigeons, d'être rémunérés pour toutes ces actions au profit du patient que nous effectuons aujourd'hui gratuitement.

Les dépassements d'honoraires : une question de survie

© Svilen Milev

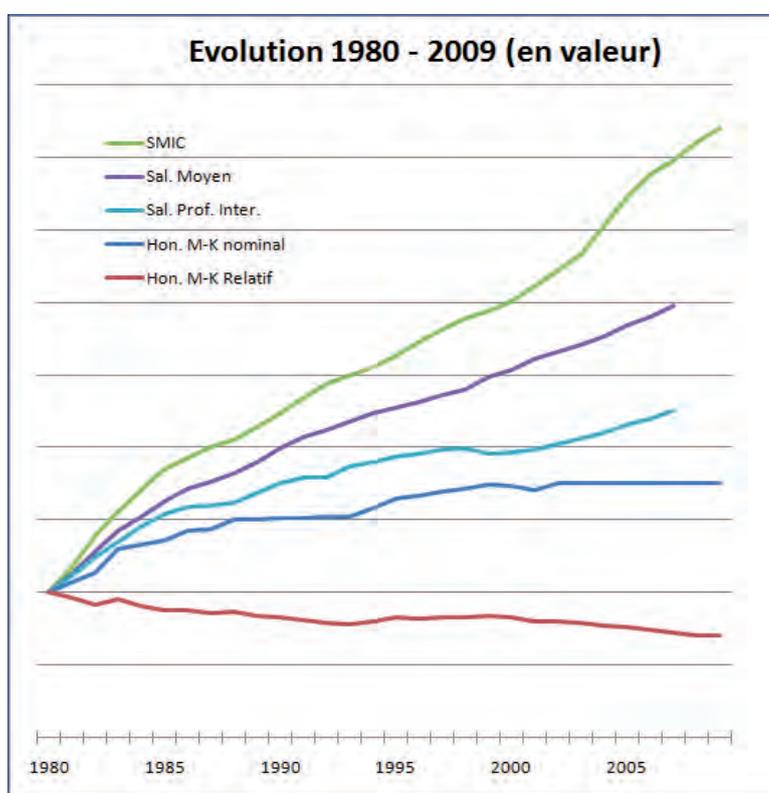


Les médias nationaux ont entrepris – ce n'est pas la première fois – de diaboliser les dépassements d'honoraires des professionnels de santé libéraux. Cela fait suite à une alerte émanant de l'Assurance Maladie, et Claude Évin, Directeur Général de l'ARS d'Île-de-France, s'est empressé d'annoncer son souhait de s'emparer de ce sujet.

Si nous pouvons convenir que l'augmentation du reste à charge des patients du coût de leurs soins est un phénomène regrettable, une mise au point s'avère tout de même nécessaire afin de ne pas laisser dire n'importe quoi.

Nous avons étudié l'évolution entre 1980 et 2009 de la valeur des honoraires des kinésithérapeutes, du SMIC horaire, du salaire moyen du secteur privé, et de celui des professions intermédiaires, auxquelles nous appartenons au sens de la nouvelle nomenclature des professions et catégories professionnelles.

L'indice de prix nominal des **honoraires des kinésithérapeutes** (base 100 en 2000) est passé de 57,64 en 1980 à 101,36 en 2009, soit une augmentation de **75,85%**, tandis que dans le même temps le **SMIC horaire** est passé de 2,10 € à 8,82 €, soit une progression de **320%**, le **salaire annuel moyen du secteur privé** de 8.038 à 23.964 € (en 2007) soit + **198%**, celui des **professions intermédiaires** de 10.714 à 24.204 € (en 2007) soit + **126%**.



Ces chiffres parlent d'eux-mêmes : les honoraires des kinésithérapeutes ont perdu en 30 ans **138%** de leur valeur par rapport au SMIC, **69%** par rapport au salaire moyen du secteur privé et **28,5%** par rapport au salaire moyen des professions intermédiaires.

Ceci est confirmé par les chiffres annoncés de l'indice de prix relatif de nos honoraires (indice déflaté par l'indice de la consommation finale effective des ménages) qui est passé de 120,99 en 1980 à 84,96 en 2009, soit une diminution de **29,8%**, chiffre qui est par certains considéré à tort comme reflétant la perte de notre pouvoir d'achat.

En réalité, le taux de nos charges d'exploitation ayant dans le même temps progressé de 6% (passant de 41 à 48% du chiffre d'affaires), les revenus nets d'exploitation des kinésithérapeutes libéraux ont diminué de **38,1%**, alors que le SMIC a augmenté de **320%**, le salaire annuel moyen du secteur

privé de **198%**, et celui des professions intermédiaires de **126%**.

Le pouvoir d'achat des kinésithérapeutes libéraux a donc été respectivement divisé par 6,8 – 4,8 – 3,6 par rapport à ceux-ci : en d'autres termes, en 2009 par rapport à 1980, un employé payé au SMIC gagne **7 fois mieux** sa vie qu'un kinésithérapeute libéral, un salarié moyen du secteur privé **5 fois mieux** et un salarié de profession intermédiaire **3 ½ fois mieux**.

Les dépassements d'honoraires : une question de survie 2/3

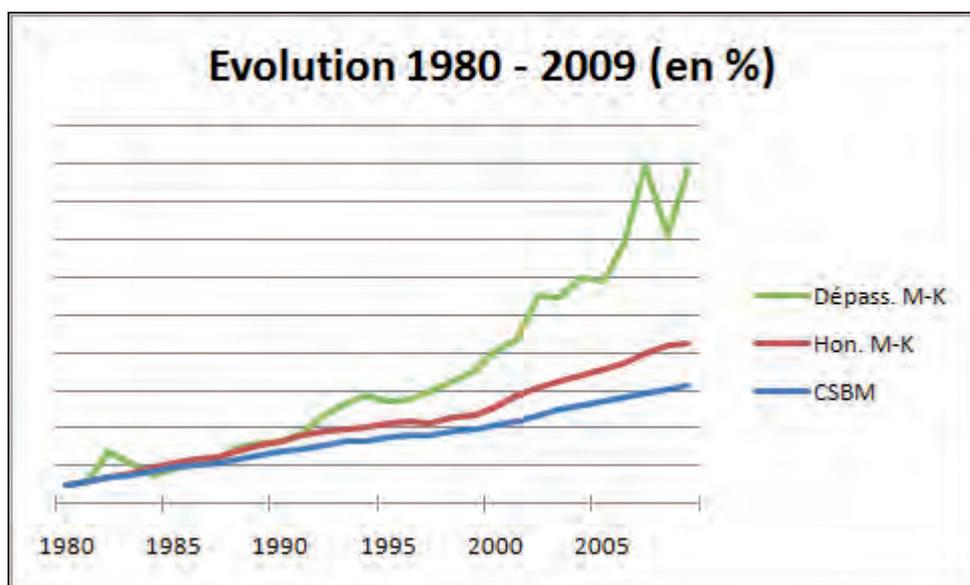
Comment le kinésithérapeute libéral pouvait-il alors faire face à cette perte de revenus ?

De trois manières : pour certains en développant des activités sortant du cadre thérapeutique afin de se procurer des revenus complémentaires (mais ce n'est pas ici l'objet de notre étude, la raison d'être de notre Diplôme d'État étant de prodiguer des soins aux patients, donc dans le domaine thérapeutique), pour la grande majorité en augmentant leur volume d'activité (accroissement du temps de travail avec le risque de nuire à la qualité de celui-ci), et enfin en appliquant des dépassements d'honoraires.

L'étude de ces derniers, puisque c'est ici notre thème, démontre que s'ils sont de plus en plus couramment pratiqués, ils restent très raisonnables en valeur et encore plus en volume. En tout état de cause, ils restent bien en-deçà de la perte de valeur de nos honoraires, et sont très loin de compenser celle-ci.

Leur valeur à prix courant par praticien est passée de 163,9 à 1.260,3 soit +669%, et en valeur à prix relatifs par praticien seulement de +203%, passant de 354 à 1.074 (rappelons que dans le même temps le SMIC a été majoré de 320%).

Mais il est intéressant de comparer leur évolution avec celle des honoraires, et celle de la consommation totale de soins et biens médicaux (CSBM).



Ce graphique montre l'évolution en pourcentage de la CSBM d'une part, des honoraires des actes de kinésithérapie hors dépassements d'autre part, et enfin des dépassements d'honoraires pratiqués par les kinésithérapeutes.

L'analyse de ces courbes montre que la progression des honoraires des kinésithérapeutes et celle de la CSBM sont constantes et sensiblement parallèles sur la

période étudiée. À l'évidence, la courbe des honoraires se situe au-dessus de celle de la consommation totale en raison du développement du champ d'exercice des kinésithérapeutes, de la demande croissante due au vieillissement de la population ainsi qu'à l'augmentation des pathologies chroniques, et de quelques revalorisations nomenclaturaires intervenues depuis 2000, année où la séparation des deux courbes apparaît.

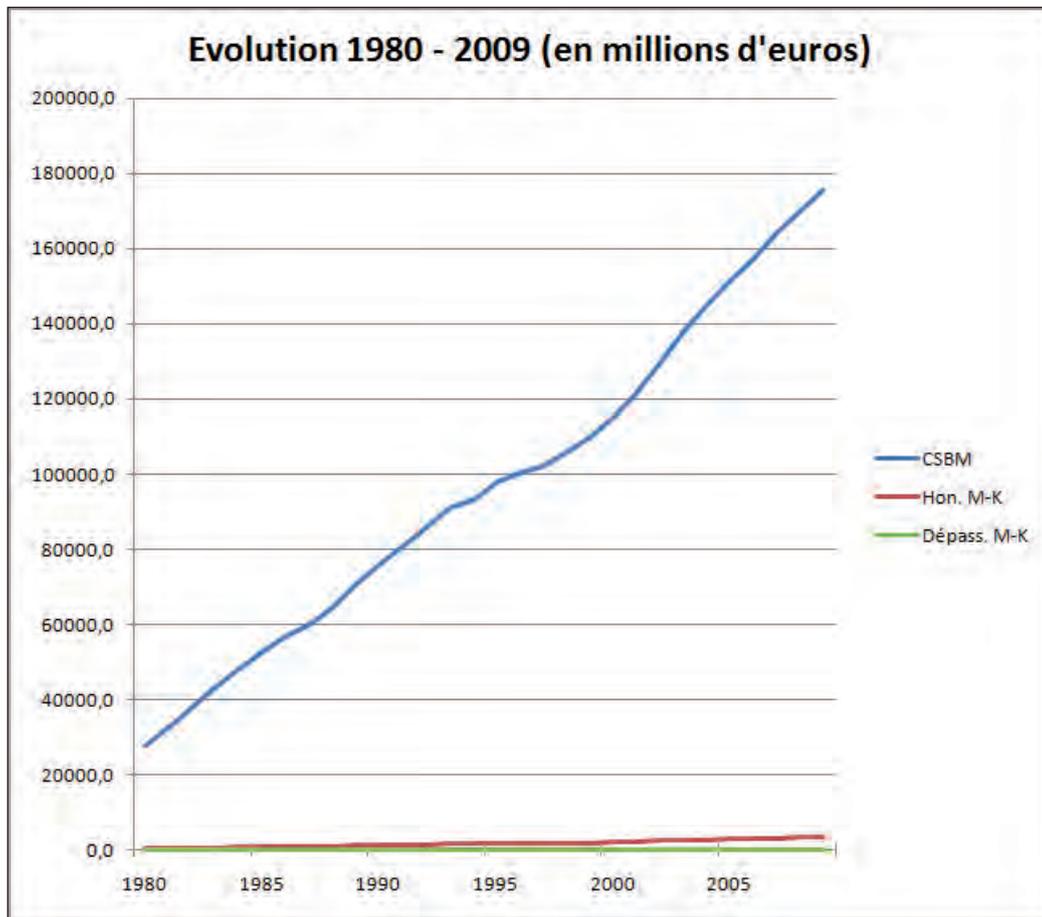
Ce qui frappe ici, c'est la courbe de croissance des dépassements d'honoraires : si elle aussi est très régulière jusqu'en 2000, on constate qu'elle s'est envolée au cours de la dernière décennie.

Il faut se souvenir que **la valeur de nos lettres-clés est bloquée** depuis cette époque. Les charges d'exploitation continuant leur inexorable progression, les professionnels étant vraisemblablement arrivés d'une part à un point d'incapacité à augmenter leur temps de travail, et d'autre part à la limite critique de la rentabilité de leurs entreprises libérales, n'ont donc eu aucune autre solution que de compenser le blocage de leurs honoraires par l'application de dépassement de ceux-ci.

Par ailleurs, l'évolution de la CSBM n'est pas corrélée avec l'évolution des dépassements d'honoraires entre 1980 et 2009, faisant douter de la théorie largement avancée selon laquelle ces derniers seraient une entrave majeure à l'accès aux soins en général.

Les dépassements d'honoraires : une question de survie 3/3

Quant au volume de ces dépassements d'honoraires, il importe d'en estimer la part dans le total des honoraires : en effet celle-ci est passée de 0,8% en 1980 à 1,7% en 2009, soit 112% d'augmentation, mais surtout ils représentent une part très marginale dans le coût des soins pour le patient, et en tout cas un volume très loin de compenser la perte de ressources due à la perte en valeur des honoraires conventionnels.



En effet, en 2009, la consommation de soins et biens médicaux s'élève à 175.706 millions d'euros, les honoraires des kinésithérapeutes à 3.436 millions d'euros (soit 1,95% de la CSBM), et les dépassements pratiqués par ceux-ci à 62 millions d'euros (soit 0,03% de la CSBM, ou encore 1,8% des honoraires des M-K).

Le recours aux dépassements d'honoraires pour les kinésithérapeutes présente deux caractéristiques :

- Ils sont vitaux pour la survie économique des kinésithérapeutes libéraux
- Ils s'inscrivent parfaitement, ainsi qu'il nous est autorisé de les pratiquer, dans le cadre du tact et de la mesure établi, entre autres, conventionnellement.

Il n'en reste pas moins, au vu de cette modeste étude, qu'une nette revalorisation des honoraires conventionnels des kinésithérapeutes, en permettant à ceux-ci de ne plus avoir la nécessité de recourir aux dépassements, satisfait tant les patients dont le reste à charge pourrait diminuer, que les professionnels qui pourraient être rassurés sur l'équilibre financier de leurs entreprises et ainsi donner aux patients des soins plus attentifs car étant moins surmenés, qu'enfin les pouvoirs publics responsables de la santé publique en voyant celle-ci améliorée... à très faible coût.

Honoraires : à la croisée des chemins, choisissons le bon secteur

Sujet récurrent mais néanmoins d'actualité, les Masseurs-Kinésithérapeutes conventionnés sont-ils encore rémunérés à une juste valeur en 2011 ?

Doivent-ils encore et toujours attendre une maigre revalorisation de leurs honoraires obtenue non sans mal et avec contreparties dans un contexte politique difficile aux budgets publics en berne ?

Ou doivent-ils proposer d'autres solutions ?

Le problème ne se présente pas aussi simplement que l'on pourrait l'imaginer.

En effet, à ce jour le prix d'un acte de kinésithérapie apparaît complètement déconnecté de la réalité de l'exercice au quotidien d'un métier en pleine évolution.

Aujourd'hui que RÉMUNÈRE-T'ON ?

Un travail intellectuel façonné par des études, un temps passé avec le patient, des techniques, du matériel, du résultat ?

Eh oui ces résultats obligatoires que les caisses honorent sans vraiment regarder et que les patients, qui sont aussi des consommateurs comme d'autres, contestent de plus en plus auprès des assurances.

© Sanja Gjenero

Dans un système en progrès, nous nous devons de nous améliorer sans cesse, de donner le meilleur : une meilleure formation initiale, un meilleur accueil dans des locaux suffisamment spacieux et propres, les meilleures techniques et matériels qui accompagnent nos mains.

Les patients y ont droit

Mais tout cela a un coût et tous les professionnels ne peuvent donc pas satisfaire leur clientèle faute d'honoraires décents.

Quelques uns ont trouvé une solution peu raisonnable comme de multiplier le nombre de patients traités simultanément et d'autres pratiquent des dépassements d'honoraires avec un acte individuel. Certains encore ne veulent pas évoluer, par idéologie, parce que trop proches de la retraite.

De par ces difficultés les jeunes professionnels ne prennent pas la relève du soin thérapeutique dévalorisé et s'orientent vers une activité hors convention bien plus rémunératrice.

Quel avenir alors pour notre profession ?

Les patients attendent mais ils n'attendront pas longtemps d'être mieux soignés, ils infléchiront les politiques vers plus de contraintes envers nous afin de demander l'accès aux soins de qualité.

C'est la raison pour laquelle pour le patient aussi il y a un coût :

La responsabilisation

Nous vivons tous dans la même société dans laquelle le prix de l'immobilier, surtout à Paris, ne cesse de grimper, les charges sociales et administratives nous écrasent tous un peu plus chaque jour.



HONORAIRES : à la croisée des chemins, choisissons le bon secteur 2/2

© Svilen Milev



Pourquoi serions-nous toujours, nous les Masseurs-Kinésithérapeutes, la variable d'ajustement ?

Il devient urgent de proposer une solution claire au travers de différents secteurs d'activité au même titre que les Médecins : secteur 1 ou 2 laissent le choix aux professionnels et aux patients.

Notre spécificité fait apparaître cependant des différences notables avec le secteur 2 des Médecins.

Ceux-ci peuvent exercer leur art dans une petite pièce et sans matériel, leur temps de consultation, pour les généralistes, reste largement inférieur au temps de

consultation d'un Masseur-Kinésithérapeute.

Notre prix de revient est alors impacté par nos contraintes purement matérielles et techniques qui s'ajoutent à la part due à la notoriété ou à l'expérience.

Aujourd'hui plus personne ne peut le nier, ni les politiques, ni les patients.

Alors, que ces professionnels ayant des contraintes si lourdes voire insurmontables demandent à leurs représentants l'organisation concertée d'un secteur 2 à honoraires libres bienvenus et salvateurs.

Faisons confiance aux consommateurs de santé pour réguler les excès.

Mais attention, la qualité a un prix !

Êtes-vous prêt à prendre le train qui vous mènera bientôt à l'accès direct des soins en Masso-kinésithérapie ?

Sandrine Bressand

L'HAS et les référentiels

LE SINGULIER, LE PLURIEL ET LA LIBERTÉ

La Haute Autorité de Santé (HAS) a été créée en 2004.

Haute : se dit de ce qui est jugé supérieur sur le plan social ou intellectuel.

Autorité : personnes dont les jugements sont admis comme vrais.

Laurent DEGOS en a été le premier président de janvier 2005 à fin 2010. La mission de l'HAS est d'évaluer scientifiquement les médicaments et les soins médicaux en vue de leur remboursement, de promouvoir les bonnes pratiques médicales et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé.

Je cite Laurent DEGOS dans Sciences et Avenir n°771 de mai 2011 « *Mon-sieur Philippe DOUSTE BLASY m'a annoncé que cette autorité s'occuperait de manière indépendante de la qualité des soins. Ces termes d'indépendance et de qualité ont résonné pour moi car ils correspondaient à ce que j'avais toujours souhaité. Alors j'ai accepté et c'est ainsi que j'ai fait mon entrée dans la santé publique... J'ai vraiment été confronté à un autre monde, c'est un total changement d'échelle puisque l'on passe de l'individu à la population. Dans le monde médical tout le monde œuvre à aider le patient...*

En santé publique, l'objectif est radicalement différent. J'ai également été très étonné par ce monde où l'on compare les médicaments, les médecins et les médicaments entre eux. Et c'est à ce meilleur parcours de soins que je me suis employé à la tête de l'HAS pour trouver le chemin optimal pour réussir ce couplage de l'intérêt individuel et collectif, car il est aussi le plus efficient du point de vue coût/efficacité.

J'ai aussi des regrets : celui par exemple de ne pas avoir obtenu, malgré mes demandes répétées, un dialogue à trois entre le décideur, représenté par le Ministre de la Santé, le financier qu'est l'Assurance Maladie, et la Haute Autorité de Santé, l'instance qui conseille. Je le regrette car je pense que nous y aurions gagné en performance... L'élaboration de recommandations destinées aux professionnels de santé prend du temps, alors que les ministres sont impatients d'obtenir un avis ! ».

Dont acte.



L'indépendance morale de la HAS et de son président ne peuvent être mis en cause surtout après lecture de "Santé, Sortir de la crise" de Laurent DEGOS (Edition LE POMMIER).

Je cite page 69 : « *Les professionnels sont quant à eux conscients que chaque malade est unique* ». Page 70 : « *Décideurs, dirigeants et assureurs demandent des groupes homogènes et des protocoles généralistes* », « *Le médecin est tiraillé entre l'homme unique et l'intérêt collectif* ».

D'autre part dans l'entretien de Kiné Actualité n°1239 avec Frédéric VAN ROEKEGHEM, celui-ci précise à propos des référentiels « *qu'il s'agit d'un constat fondé sur des études statistiques qui ont montré l'existence d'une corrélation entre la densité de professionnels et le volume des actes. Mais ce ne sont pas des constats qui ont conduit à élaborer les référentiels validés par la Haute Autorité de Santé. En effet, c'est essentiellement l'étude des écarts de pratique importants, notamment en ce qui concerne le nombre de séances de rééducation pour une pathologie donnée qui nous a interpellé, sachant que nous n'avons pas trouvé d'explication médicale et scientifique justifiant cet écart...* » D'ailleurs l'HAS n'en a pas trouvé plus que vous, nous le verrons plus loin.



© Philippe Grollier

Mais nous pouvons expliquer médicalement qu'une entorse simple de cheville chez un jeune nécessite moins de séances que chez un sujet plus âgé. Une méniscectomie chez un jeune adulte nécessite aussi moins de séances que pour un sujet plus âgé. Cela est d'ailleurs confirmé par l'HAS. Quant à la région PACA, tout le monde sait que c'est l'endroit de France où il y a le plus de personnes âgées qui souffrent souvent de polyopathologies.

Voilà d'où vient cet écart que vous ne comprenez pas, car vous êtes un administratif et pas un professionnel de santé.

Vraiment beaucoup de choses vous échappent en matière de santé.

Si vos statistiques sont peut-être vraies, alors il s'agit essentiellement de données mathématiques et comptables sans aucun rapport avec l'état des patients.

Vouloir ramener, voire réduire à un dénominateur commun des différences, n'est possible qu'arithmétiquement, car les nombres qui sont abstraits ne quantifient pas des choses concrètes. Chacun des patients doit connaître l'absurdité qu'il y a à additionner des choses dissemblables. Cette manière d'agir revient à du totalitarisme. Cette société-là repose alors sur une volonté assimilatrice dont l'effet est l'uniformisation des pensées pour promouvoir une idée pseudo-scientifique.

Ainsi entre le praticien et le patient s'intercale l'État qui impose ses normes et devient directeur des soins en imposant l'intérêt collectif à l'intérêt individuel.

Plus loin Frédéric VAN ROEKEGHEM poursuit « *on ne peut imaginer que la Haute Autorité de Santé aurait voulu valider ces référentiels s'ils avaient pour but de réduire comptablement les soins dispensés aux patients. La HAS n'est pas construite pour cela, elle fixe simplement le nombre de séances en deçà duquel les soins sont dispensés d'entente préalable* ».

Pour ne prendre que l'exemple de la lombalgie :

Dans son commentaire l'HAS précise que : « *les données identifiées dans la littérature sont très peu nombreuses, mais que celles disponibles sont en faveur d'un nombre limité de séances. Le référentiel proposé par la CNAMTS ne distingue pas entre lombalgie aiguë et chronique, alors que les recommandations existantes font cette distinction et donc que dans la mesure où le référentiel proposé ne précise pas les modalités thérapeutiques, il ne paraît pas en contradiction avec les données disponibles. Sur 13 parties prenantes, l'HAS a reçu 9 réponses et seules quatre sociétés savantes médicales valident le nombre seuil proposé, mais sans qu'elles aient fourni à la HAS d'argumentation scientifique permettant de valider ces seuils* » Et de conclure : « *Il n'y a pas en l'état de donnée scientifique publiée s'opposant à fixer le nombre de séances au-delà duquel une DAP du service de contrôle médical est nécessaire et donc de s'opposer à la validation proposée par la CNAMTS.* »

Voilà comment a été validé le référentiel sur la lombalgie.

Au vu de ce commentaire de l'HAS, on peut dire que la CNAMTS savait pertinemment que rien ne pourrait s'opposer à sa proposition et que celle-ci serait validée.

On en reste toujours à une maîtrise « comptable » même si vous l'avez remplacée par « médicalisée » suite au tollé qu'avait provoqué le terme « comptable ». La langue de bois doit-être votre devise.

Puis Frédéric VAN ROEKEGHEM poursuit « *mais à chaque fois que cela est justifié par la situation médicale du patient le nombre de séances peut-être augmenté après accord préalable du contrôle médical* ».

HEUREUSEMENT !

Il faudra, alors, après avoir épuisé le référentiel imposé, demander si nécessaire une prolongation au médecin pour que le patient bénéficie de quelques séances supplémentaires.



© Claude Cabini

C'est bien sûr avec le BDK que cela sera possible. Il faudra l'adresser au médecin traitant qui fera une nouvelle ordonnance que le patient adressera avec la DAP au service médical de la sécurité sociale qui a 15 jours pour répondre. Cela imposera une rupture dans la continuité des soins.

IMPENSABLE !

Et si la réponse est positive alors à quoi servent les référentiels, puisqu'ils sont établis pour une population donnée et non pas pour un individu. Cette manière de faire est complètement ubuesque et ne fait qu'alourdir le parcours de soins, le temps perdu, une consultation chez le médecin, cela coûte à la société et n'apporte rien de plus au patient.

Mais **LA PLUS GRANDE ÉNORMITÉ** de cet entretien tient en ces quelques lignes : « *lorsque des économies sont effectivement réalisées grâce au transfert à des professionnels libéraux de soins réalisés en structures à des tarifs plus élevés, une partie des économies réalisées devrait pouvoir contribuer à la revalorisation des professionnels* ».

Quelle humiliation subissons-nous par ces termes ! Pourquoi ne pas dire simplement, vous, kinésithérapeutes faites faire des économies à la sécurité sociale et vous en aurez quelques miettes. On ne peut faire mieux pour ridiculiser une profession, sauf peut-être de renier sa signature comme l'a fait la CNAMTS, puisque la revalorisation des actes prévus au plus tard en 2006 suivant la convention de 2000 n'a pas encore été appliquée.

Et pour paraphraser CICERON « Jusqu'à quand abuserez-vous de notre patience ».

Ce qui coûte aussi à Monsieur Van Roekeghem ce sont les personnes âgées dans les EHPAD. Les professionnels de santé apprécieront cette circulaire.

ORIGINE : Ministère du travail de l'emploi et de la santé.
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale.
Circulaire DSS/MCGR n° 2011-96 du 11 mars 2011.

RESUMÉ : Il est demandé aux agences régionales de santé, d'une part de diffuser auprès des EHPAD, le document de communication relatif aux contrats de coordination devant être signés par les professionnels de santé libéraux intervenant à ce titre dans ces établissements et, d'autre part, de suivre le déploiement de ces contrats.

1 Indiquer le nombre de séances de rééducation demandées, le code de l'acte et son coefficient.

Pathologies soumises à référentiel HAS
Cocher la case « décision UNCAM » et indiquer uniquement le nombre de séances au-delà du seuil. *

2 Renseigner les conditions de prise en charge du patient, quel que soit le risque couvert.
En cas d'urgence prescrite, la demande d'accord préalable peut être adressée après avoir dispensé l'acte, en portant la mention « acte d'urgence ».

3 Mentionner les informations permettant votre identification ainsi que celle du médecin prescripteur : nom, prénom, raison sociale, adresse, n°AM ou FINESS.

A noter : il n'y a pas lieu de renseigner le n° identifiant qui correspond au n° RPPS.

4 Motiver la demande en indiquant la nature et le siège de la rééducation, et les éléments médicaux justifiant l'acte ou la série d'actes.

Pathologies soumises à référentiel HAS
Un argumentaire médical accompagne la demande d'AP.

→ La demande doit être adressée au service médical de la caisse primaire d'assurance maladie, accompagnée des justificatifs nécessaires.

* Situations nécessitant une demande d'accord préalable

Pathologies non soumises à référentiel

- dès la première séance, lorsque la prescription initiale dépasse 30 séances de masso-kinésithérapie
- en cas de prolongation, si le traitement conduit à dépasser 30 séances
- si le patient a bénéficié de plus de 30 séances de masso-kinésithérapie au cours des 12 derniers mois

Pathologies soumises à référentiel

- avant de commencer le traitement, pour les situations médicales qui nécessitent d'engager une rééducation à titre exceptionnel
- pour prolonger les séances au-delà du nombre défini, lorsque l'état de santé du patient le nécessite. Cette demande, réalisée à titre exceptionnel, sera effectuée quelques séances avant d'atteindre le seuil.



Point 1.2 : Compte tenu de la très grande sensibilité des représentants des EHPAD et des professionnels de santé libéraux, ainsi que des Ordres vis-à-vis de ce sujet, il vous est demandé la plus grande précaution dans votre communication. Il est formellement conseillé de vous en tenir strictement aux contrats de coordination, sans évoquer des problématiques connexes polémiques (rémunération ou option tarifaire notamment). Vous trouverez ci-dessus quelques éléments sur les points de vigilance.

Point 1.2.3 : Il convient de souligner qu'en cas de non signature du contrat de coordination des soins avec un HEPAD, ce nouveau dispositif se traduit par l'interdiction d'accès à l'HEPAD des professionnels de santé non signataires.

Point 1.2.5 : Les représentants des professionnels de santé sont très attachés à la rémunération à l'acte des interventions des libéraux dans les EHPAD. Toutefois, l'article L. 314-12 du Code de l'action sociale et des familles prévoit explicitement la possibilité de modes de rémunération autres que le paiement à l'acte.

SCANDALEUX !

Optimiser le parcours de soins, qui peut ne pas être en accord avec cette proposition.

La population peut être définie par l'ensemble des personnes composant une catégorie particulière. Ce peut-être par exemple des personnes âgées, des personnes qui ont une pathologie similaire.

Un individu, un patient, est un être respectable qui a des droits et bien sûr des devoirs, mais à qui la société ne doit pas imposer ces règles sous prétexte que ce qui est bon pour elle doit-être bon pour lui.

Doit-on condamner certains pour en sauver d'autres, comme en cas d'épidémie ? On pointe les personnes grevant le système de santé, ce sont dit-on les personnes âgées et les ALD. Mais aucune n'est responsable de son état de santé.

Ils ont cependant participé à la solidarité nationale de par leurs cotisations.

Il me faut encore citer Laurent DEGOS pages 109 et 110 : « *Les notions de priorités et de choix collectifs viennent interférer dans la prise de décision du médecin. Ce dernier suit des règles édictées et ne peut tout faire pour tout le monde suivant son bon vouloir. Sa rémunération va d'ailleurs progressivement tenir compte de son attention à suivre les préceptes dictés par les autorités de santé.*

Les instances régulant le système de soins obligent, dans de nombreux espaces, le singulier (l'intérêt individuel) à laisser place au pluriel (l'intérêt collectif).

Là encore, les limites sont-elles atteintes et certaines valeurs humaines ne sont-elles pas bafouées ?

Existe-t-il une limitation des soins ? de la liberté ? »

Vous devriez, Monsieur Van Rookeghem, avant de prendre vos décisions arbitraires, méditer cette phrase « **Chaque homme est une histoire qui n'est identique à aucune autre** » - Alexis Carrel

Il n'y a pas de pathologie universelle, pas de lombalgie similaire, de méniscectomie identique, de prothèse de genou semblable etc..., mais il y a des patients qui n'ont rien à gagner dans ce que vous voulez imposer.

Jacques Duboin

L'AVC : cause nationale



Oui l'AVC est une cause nationale

Pour s'en persuader il suffit de consulter quelques chiffres. 150.000 AVC en France chaque année représentant la troisième cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires et le cancer. Le vieillissement de la population augmente le nombre de cas, puisque les trois quarts des victimes d'AVC ont plus de 65 ans et les risques doublent tous les 10 ans à partir de 50 ans. Enfin c'est la première cause de handicap lourd et deuxième cause de démence dans le monde occidental. La France, qui avait un certain retard, commence à se doter de structures de soins spécifiques : UNV (Unité Neuro Vasculaire) unités spécialisées dans l'intervention d'urgence sur l'AVC. De plus, la conception globale de la rééducation a été entièrement revue et redéfinie avec de nouveaux protocoles.

Voilà pourquoi le samedi 21 mai 2011 se tenait une journée nationale sur l'AVC et qui avait pour thème Masso Kinésithérapie et AVC : d'un bout à l'autre de la filière. Que pouvons-nous retenir de cette journée ?

⇒ Le gouvernement a mis en place un plan d'action. Ce plan présente 4 axes majeurs :

1. Développement de la prévention et information des patients, des familles et des praticiens
 2. La filière territoriale est l'ARS
 3. La recherche
 4. La formation et l'information
- C'est certainement dans la rapidité et de l'efficacité des gestes dans les trois premières heures que dépendra le pronostic. Notre place dans l'équipe médicale avec une prise en charge elle aussi la plus rapide possible, sera déterminante pour limiter les séquelles et ainsi les minimiser. Notre rôle est fondamental dès l'installation du patient dans l'UNV. Nous devons commencer le plus précocement possible l'activité du malade au lit. Donc précocité et intensité sont les maîtres mots.

- Il faut se préoccuper rapidement de la respiration avec la libération des voies aériennes et facilitation du flux respiratoire. Également favoriser la circulation périphérique pour prévenir les risques emboliques et la vascularisation cérébrale
- Participation quotidienne au Staff de l'UNV
- Puis après la sortie de l'UNV la rééducation, en SSR (soins de suite et de réadaptation) ou au domicile du patient, doit être globale avec un réentraînement en son milieu et provoquer des tâches orientées. Les sorties écologiques doivent être entreprises.
- Favoriser l'auto-rééducation et préparation au retour au domicile
- Éducation de l'entourage familial
- Existence d'un manuel d'informations et programme d'exercices dans les suites d'un AVC. Ce livret est destiné aux patients, aux aidants et aux rééducateurs.

En conclusion l'AVC ne doit plus être une fatalité. Il faut poursuivre le développement des UNV et des SSR. À l'occasion de cette journée la SFRENM (société française de rééducation éducation neuro motrice) a été lancée ; cette société scientifique en lien direct avec l'ARS doit coordonner l'ensemble des rééducateurs intervenants, être en lien direct avec les patients par l'intermédiaire de l'association France AVC et être le support idéal pour la recherche en kinésithérapie.

Jean-Louis BESSE



AGENDA



8 septembre 2011	Conseil d'Administration du SMKRP
26 septembre 2011	Assemblée Générale du SMKRP
30 septembre - 2 octobre 2011	48 ^{ème} Congrès de la FFMKR - Cahors

À découvrir...

Depuis 1991, un des temples du 19^e siècle de l'opéra et de l'opérette à Paris, le Théâtre de la Gaité Lyrique était fermé, laissé à l'abandon. L'endroit était habité par les fantômes de Luis Mariano ou celui des ballets de Diaghilev. Il y a 0 ans, la Mairie de Paris décidait de rouvrir ce joyau de l'architecture. Durant cette décennie études et travaux se sont succédé pour aboutir à l'ouverture récente d'un nouveau lieu de la culture. L'architecte Manuelle Gautrand a créé un nouvel opéra des arts numériques. Lieu unique au monde, cet espace se consacre aux musiques électroniques, vidéo, théâtre et danses interactifs, et aux animations numériques. L'endroit est surprenant, parfois déroutant... En dehors d'une salle de concert sur 5 étages et 46 écrans, des studios de création qui permettent une production et une création côtoient des espaces de jeux vidéo, bibliothèques, café et boutique, le tout dans un décor très dépouillé et assez minimaliste. Vous n'aimerez peut-être pas ou vous adorerez, mais allez certainement découvrir cet endroit assez insolite.

Jean-Louis Besse

Gaité Lyrique - 3 bis rue Papin - 75003 Paris

PUBLIC DOMAINE

Samedi 18 juin - Dimanche 7 août

la culture skate s'invite tout l'été
à la Gaité lyrique

