

Honoraires : le juste prix



Le modèle économique de la kinésithérapie libérale ne tiendra plus longtemps sur la base du tarif conventionnel

Pour répondre aux exigences des patients et continuer d'assurer l'accès aux soins à tous, il est grand temps d'ouvrir un espace de liberté tarifaire

Lire page 3

Master 1 pour les MK



La kinésithérapie a mis le pied dans la porte de l'Université

KFP a interviewé Dominique Mizera pour en savoir plus

Lire page 13

Un avenant pas très avenant



**La fin de la liberté d'installation contre 5,4 % d'augmentation
Paris a voté contre !**

Lire page 16

En ces temps troublés, l'espoir est venu pour la kinésithérapie de la future reconnaissance de notre diplôme au niveau Master 1. La porte de l'Université nous est désormais ouverte et l'avenir de la profession en est conforté. Pour autant les kinésithérapeutes s'épuisent sous le joug des tarifs conventionnels et ont été contraints de sacrifier leur liberté d'installation pour tenter de survivre.

À Paris, la CPAM, n'ayant certainement pas d'autres sujets urgents à traiter, s'attaque aux dépassements d'honoraires des kinésithérapeutes alors qu'elle reconnaît que ces derniers assurent, avec près de 62 % d'actes réalisés au tarif opposable, l'accès aux soins pour tous. Et c'est bien ce qui compte le plus. C'est là que réside le cœur de notre mission de service public. Nous ne pourrions continuer d'y répondre sans l'instauration d'un droit à dépassement qui nous permettrait de sauver le modèle économique de nos entreprises libérales.

Les kinésithérapeutes parviendront-ils à conserver leur triple « A » ?

Pour le moment, ils sont :

Asphyxiés

Accablés

Accusés

*Une seule solution s'offre à eux, pour avoir une chance de s'en sortir : devenir **Adhérents** !*

Claude Cabin



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

Sommaire

- Page 3 : Honoraires : le juste prix
- Page 12 : Petits et grands maux d'Ordre
- Page 13 : Études : c'est oui pour le Master
- Page 16 : Un avenant pas très avenant
- Page 18 : Cotisation Foncière des Entreprises : Ça se complique
- Page 21 : Indignez-vous !
- Page 22 : "Intouchables"

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, UMP Photos, www.photo-libre.fr.

Honoraires : le juste prix

Nous ne reviendrons pas sur la démonstration de l'insuffisance de nos honoraires. Nous l'avons, dans ces colonnes, plusieurs fois démontrée. Rappelons simplement que le montant d'une séance moyenne de kinésithérapie entre 1986 et 2011 a augmenté de 4,44 €, soit 40,88 % d'augmentation en 25 ans, alors que le montant de la consultation médicale a augmenté de 10,80 € sur la même période soit 88,52 % en 25 ans, une augmentation deux fois plus importante que celle de la séance moyenne de kinésithérapie. Et ce ne sont pas les hypothétiques 11 centimes d'augmentation de notre lettre-clé (5,4 %) qui rétabliront l'équilibre.

“ **Nous ne vendrons pas indéfiniment le caviar au prix des œufs de lump !** ”

La question qu'il est légitime aujourd'hui de se poser est celle de la viabilité économique de nos entreprises libérales dans un contexte tarifaire sclérosé.

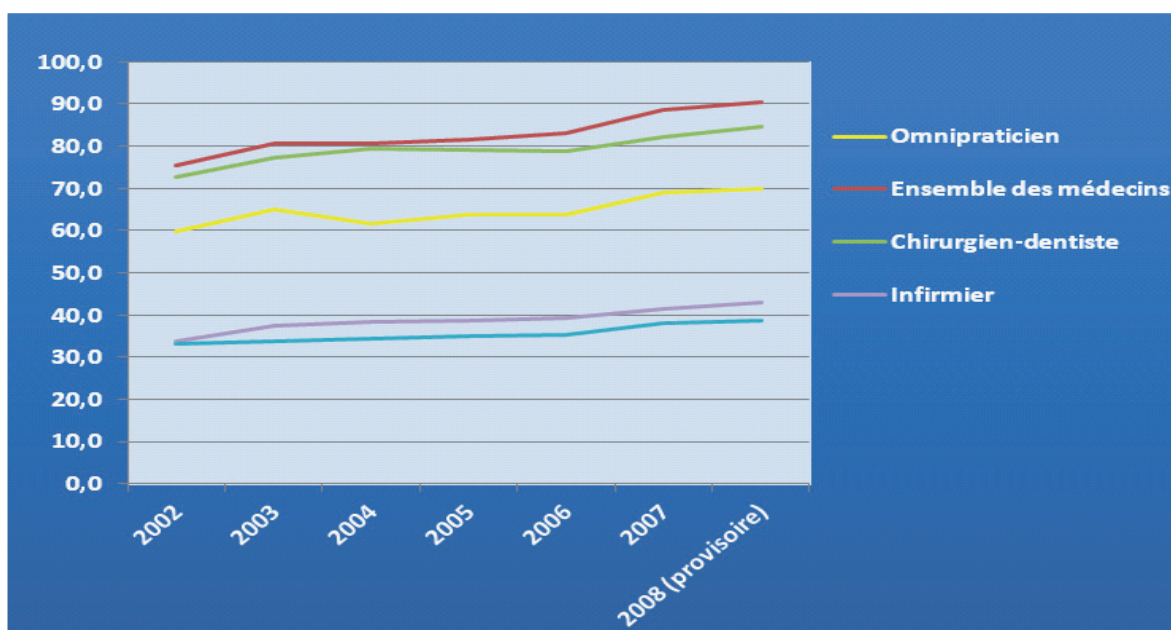
La nécessité d'équilibrer les comptes sociaux de la Nation s'impose désormais à tous. Les kinésithérapeutes en sont conscients. Parallèlement, nos concitoyens désirent un système de santé toujours plus accessible et plus performant mais toujours bon marché. Il est impératif de leur dire que nous ne

vendrons pas indéfiniment *le caviar au prix des œufs de lump* ! L'assurance maladie nous impose déjà, par le tarif de nos déplacements à domicile, une pratique théoriquement illégale, à savoir la vente à perte (vente d'un produit à un prix inférieur au prix de revient).

L'instauration d'un espace de liberté tarifaire est devenue indispensable au maintien d'une offre de soins compatible avec les enjeux de santé publique qui nous sont dévolus. Cela ne se fera que dans le cadre d'un changement de paradigme de notre protection sociale. Le modèle de 1945 ne peut aujourd'hui perdurer.

Historique d'évolution des tarifs depuis 1980

- ➔ De 1980 à 1994 : moyenne annuelle 2 %
- ➔ De 1994 à 2002 : moyenne annuelle 1,15 %
- ➔ De 2001 à 2006 : moyenne annuelle 2,8 % (Nomenclature)
- ➔ 2006 : 5 % (Nomenclature)
- ➔ 2007 : 5 % (Nomenclature)
- ➔ Depuis 2008 : **RIEN**
- ➔ Juin 2012 : peut-être 5,4 %



Montant moyen des revenus nets des libéraux de santé (en milliers d'euros courants)

Source : fichiers SNIIRAM (CNAMTS) et déclarations BNC 2035 (DGFIP/INSEE), exploitation DREES.

Champ : France métropolitaine, ensemble des Pds suivis par la DREES ayant perçu au moins un euro d'honoraire au cours de l'année.

Vers la mort du modèle de 45

“ **Le remboursement, ce n'est pas tout le temps !** ”

le principe d'une solidarité horizontale : chacun payait en fonction de ses moyens et recevait en fonction de ses besoins. Nous croyons, avec Claude LE PEN, Président du Collège des Économistes de la Santé, qu'il est urgent de transférer aux assurances complémentaires une part plus importante des dépenses et de recentrer le rôle de l'assurance maladie vers les patients les plus sévèrement atteints ou les plus démunis financièrement. Le système de solidarité nationale de nature horizontale serait alors remplacé par une solidarité plus verticale, à la fois plus conforme à son organisation désormais complètement étatisée, mais aussi à ses missions d'assistance. À ce prix seulement, l'assurance maladie parviendra à retrouver un équilibre financier, et les prestations de santé continueront d'être assurées dans le respect à la fois des patients et des professionnels de santé.

Une nouvelle façon d'appréhender l'indemnisation des frais de santé doit être promue auprès de la population. Comme « *les antibiotiques ne sont pas automatiques* », « *le remboursement, ce n'est pas tout le temps* » ! Accepter l'inexorable augmentation d'un reste à charge et financer une couverture santé complémentaire dont le coût sera fonction de l'acceptation du risque sera accepté seulement si la préservation d'une prise en charge totale pour les maladies graves est assurée et consolidée et si le système continue à préserver les plus faibles.

Médecins et secteur optionnel

Les honoraires des médecins sont depuis quelque temps montrés du doigt. La part non remboursée par l'assurance maladie hors ticket modérateur que nous avons coutume de nommer « *dépassement d'honoraires* » et qu'il conviendrait mieux de nommer « *dépassement de l'indigent tarif opposable* » tend à croître depuis plusieurs années. Le montant des dépassements a plus que doublé en vingt ans, passant de 900 millions d'euros en 1990 à 2,5 milliards d'euros en 2010 (350 millions d'euros pour les généralistes, 2,1 milliards d'euros pour les spécialistes). (Cnamts, 2011)



Qui dépasse et comment ?

Les dépassements autorisés aux médecins qui exercent dans le cadre de tarifs opposables :

- le « DE », dépassement que tout praticien de secteur 1 est autorisé à facturer en cas d'exigence particulière du patient en termes de temps ou de lieu de la consultation
- le « DA », dépassement que les spécialistes de secteur 1 sont autorisés à facturer en cas de consultation directe, hors parcours de soins coordonné. La convention de 2005 a plafonné ce dépassement à 17,5% de la valeur de l'acte, arrondi à l'euro supérieur, et à 30% du volume de leurs actes
- le dépassement de 15% - qui passe à 20 % avec la convention de 2011 - sur les actes techniques que sont autorisés à pratiquer les spécialistes de secteur 2 ou de secteur 1 « à droit à dépassement permanent » ayant adhéré à l'option conventionnelle dite « de coordination », par laquelle ils s'engagent à respecter ce plafond ainsi que le tarif opposable sur les actes cliniques pour les patients qui les consultent après passage par leur médecin traitant.

Dépassements liés à la liberté tarifaire du praticien

- Les médecins en « secteur 2 »
- Les médecins de secteur 1 « à droit à dépassement permanent ».

Ils disposent de la même liberté tarifaire que les médecins non conventionnés, c'est-à-dire la libre fixation du tarif de leurs actes, dans le respect du principe déontologique du « *tact et mesure* ».

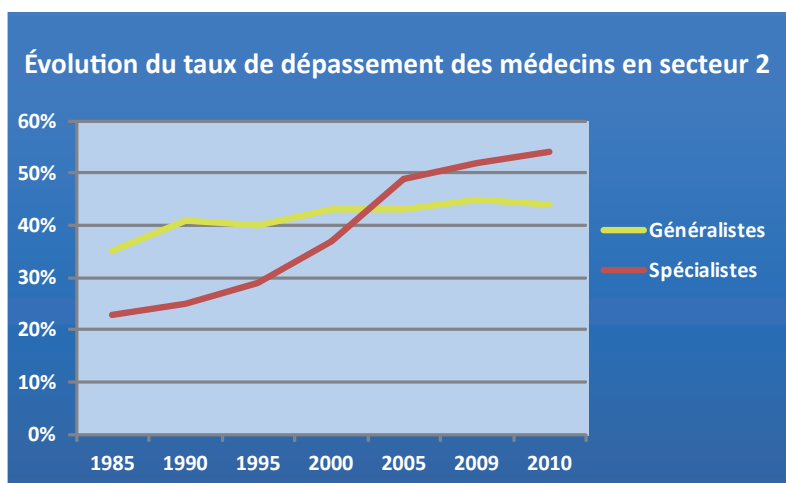
Depuis 1990, seuls les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux peuvent, au moment de leur installation uniquement, choisir de s'installer en secteur 2.

“ **1 médecin sur 4 en moyenne exerce en secteur à honoraires libres** ”

En 2010, 1 médecin sur 4 en moyenne exerce en secteur à honoraires libres. Cette proportion est nettement plus élevée parmi les médecins spécialistes avec plus de 4 médecins sur 10.

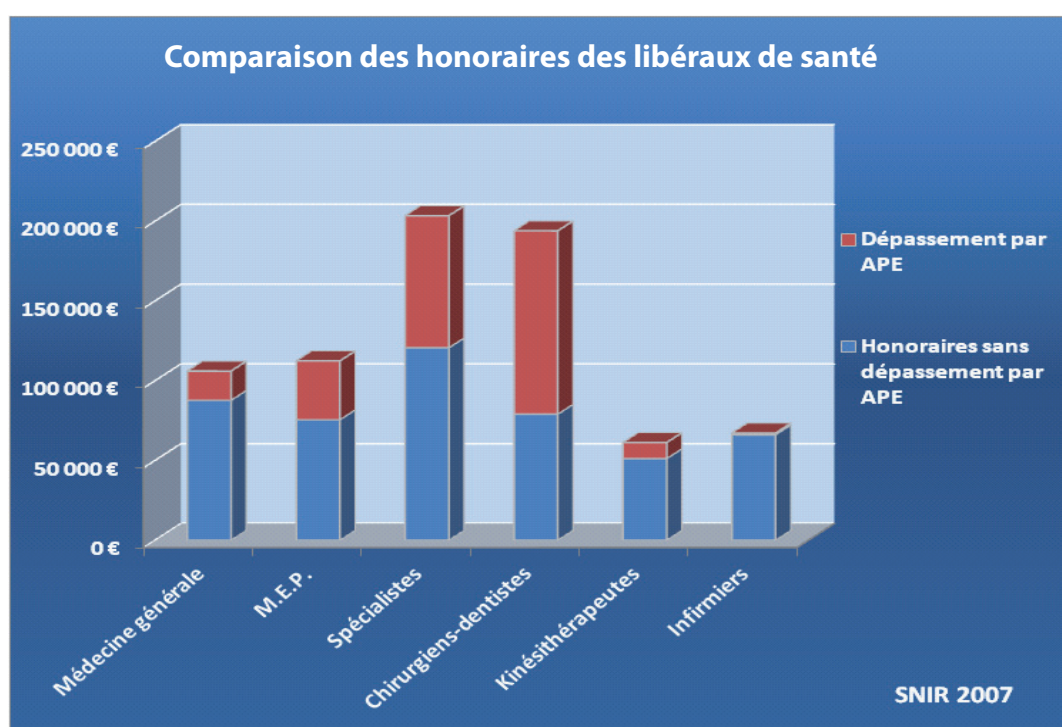
Les dépassements représentent 12 % des honoraires totaux de l'ensemble des médecins, mais 17 % pour les spécialistes hors omnipraticiens et 32 % pour les seuls chirurgiens.

Les dépassements s'élèvent en 2010 à 21.100 euros en moyenne par médecin. D'importants écarts existent en fonctions des spécialités : les dépassements sont de 18.800 euros pour les psychiatres mais atteignent 80.000 euros pour les chirurgiens.



Source : SNIR – Médecins libéraux – Actifs à part entière – France métropolitaine

Les dépassements croissent avec le coût de l'outil de travail donc en partie à cause des prix de l'immobilier et avec la richesse de la population. Ainsi, les taux de dépassements moyens atteignent 150% à Paris ou dans les Hauts-de-Seine, 110% dans le Rhône, près de 90% en Alsace, 80% dans les Alpes Maritimes.



Secteur optionnel



© UMP Photos

Déjà inscrit dans la convention de 1993, l'idée de la création d'un secteur optionnel a vu véritablement le jour avec le protocole d'accord concernant la chirurgie signé le 24 août 2004. Les négociations entre les Syndicats de médecins, le Gouvernement, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) ont abouti à la signature d'un protocole d'accord en octobre 2009 et à la signature de la nouvelle convention médicale en 2011.

La création du secteur optionnel devrait permettre à la fois de contrôler la progression des dépassements d'honoraires dans le secteur 2 et donner la possibilité aux médecins, anciens chefs de clinique, prisonniers du secteur 1, d'accéder à un espace de liberté tarifaire encadré.

En effet, les médecins inscrits au secteur optionnel auraient la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires plafonnés à 50 % du tarif

opposable. Ils devraient, en contrepartie, pratiquer 30 % de leurs actes au tarif conventionnel et s'inscrire dans une démarche de transparence de la qualité de leur pratique. L'assurance maladie s'engagerait à prendre en charge une partie des cotisations sociales dues par les praticiens, cette prise en charge s'appliquant sur la part d'activité remboursable dans les limites du tarif opposable.

L'UNOCAM s'était portée garante de la promotion du remboursement des dépassements par les organismes d'assurance maladie complémentaire.

La convention de 2011 prévoyait une fin de négociation au 31 septembre. C'était sans compter sur le renoncement à la parole donnée de l'UNOCAM, qui sous l'influence de la Mutualité Française, ne voyait dans la création du secteur optionnel qu'un moyen de vider le secteur 2.

“ **une parodie de secteur optionnel a été intégrée dans le PLFSS 2012** ”

Devant le blocage des négociations, Xavier Bertrand avait menacé d'inscrire dans la Loi la création du secteur optionnel. Il l'a fait. Et de quelle manière ! Cédant au diktat de la Mutualité Française et de son Président, Etienne Caniard, une parodie de secteur optionnel a été intégrée au PLFSS 2012 puisqu'il ne concerne que les chirurgiens, gynécologues obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs de secteur 2. Le Gouvernement a entamé sérieusement, par cette mesure, la confiance qu'il avait su retrouver avec les médecins.

Dépassements d'honoraires et kinésithérapie

Les kinésithérapeutes détiennent conventionnellement un droit à dépassement. Il s'agit du DE (dépassement pour exigence). Il est appliqué pour exigence particulière du patient en termes de lieu ou d'horaire. Son montant doit être choisi dans le respect du principe déontologique du « tact et de la mesure ».

“ **La traque absurde a repris depuis peu dans la capitale** ”

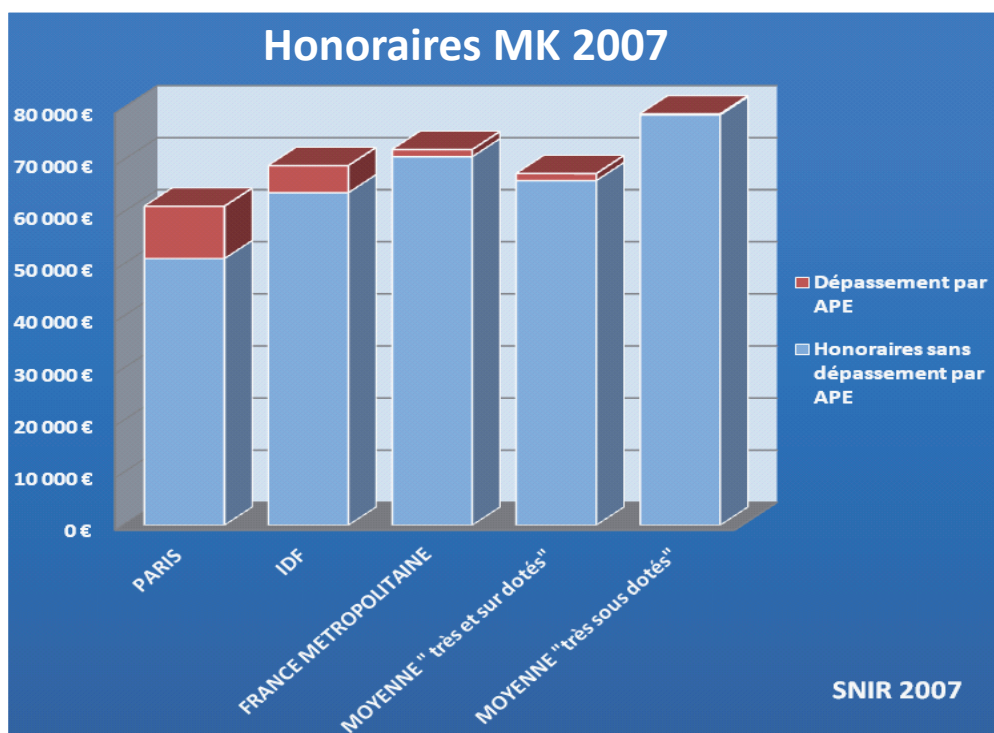
Devant l'indigence de nos honoraires et l'augmentation incessante de nos charges, les kinésithérapeutes n'ont d'autre choix que d'augmenter sans cesse le volume de leurs actes et donc leur temps de travail, au risque d'être poursuivis par l'assurance maladie pour « suractivité », délit statistique que nous supposons, à tort, avoir pris fin avec l'abandon des seuils d'efficience. Certains, en région parisienne notamment, considérant à juste titre que la notion d'exigence particulière du patient est un concept très imprécis, utilisent le DE. Un *gentlemen's agreement* semblait avoir été trouvé avec les Caisses sur ce point. À Paris, depuis sa tentative de chasse aux DE de 2004, avortée grâce à notre mobilisation, la CPAM semblait vouloir nous laisser sereinement prodiguer nos soins à ses assurés. La traque absurde a repris depuis peu dans la capitale mais aussi dans les départements franciliens.

État des lieux

Les seuls chiffres dont nous disposons sur les dépassements d'honoraires des kinésithérapeutes sont issus du SNIR 2007. Concernant Paris, nous disposons d'une étude de la CPAM sur l'exercice 2010.

En 2007, selon les chiffres du SNIR, les dépassements des kinésithérapeutes de France métropolitaine représentent 1,89 % de leurs honoraires. Le chiffre monte à 7,5 % en Île-de-France et 16,4 % à Paris. Selon les chiffres fournis par la CPAM de Paris pour 2010 ce pourcentage accuse une hausse pour s'élever à 24,4 %.

Dans un échantillon de départements « très sous dotés » et malgré la quasi inexistence des dépassements d'honoraires (moins de 0,3 %), le chiffre d'affaires lié à l'activité conventionnelle est bien supérieur à la moyenne nationale (+ 9,49 %) et encore plus par rapport aux honoraires parisiens (+ 29 %). En 2007, si l'on fait abstraction des dépassements d'honoraires, les kinésithérapeutes des zones « très sous dotées » ont retiré de leur activité conventionnée 27.562 € de plus que les kinésithérapeutes parisiens.



Pourquoi enregistre-t-on une activité plus faible à Paris ?

On serait tenté, à première vue, d'y voir l'effet d'une concurrence acharnée liée à une démographie excessive. Il n'en est rien. Paris a été classé dans sa majeure partie en zone « très dotée » et non en zone « surdotée ». Et encore, les statisticiens de l'UNCAM ont-ils véritablement pris en compte les effets de la migration diurne que connaît Paris ? En effet, chaque jour Paris accueille 914.000 personnes qui viennent y exercer leur activité professionnelle, tandis que seulement 346.000 travailleurs parisiens font le trajet en sens inverse. Les kinésithérapeutes parisiens ne soignent pas que les habitants de Paris mais aussi nombre de franciliens qui travaillent dans la capitale.

L'hypoactivité des kinésithérapeutes parisiens est essentiellement liée à la superficie de leurs cabinets.

Les conditions de location ou d'acquisition de locaux professionnels sont particulièrement difficiles à Paris comme dans certaines grandes villes. Les prix sont devenus prohibitifs et la réglementation concernant les locaux à usage professionnel limite considérablement les possibilités d'installation. Par conséquent les cabinets sont plus petits qu'en province et ne se prêtent guère à la prise en charge simultanée de plusieurs patients comme l'autorise la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

La structure de la démographie des kinésithérapeutes parisiens donne aussi un élément de réponse : ils sont un peu plus âgés que la moyenne de France métropolitaine (44 ans contre 42 ans) ; les plus de 50 ans représentent 36,5 % contre seulement 31 % dans le reste de l'hexagone. La représentation féminine est plus importante à Paris : 45,53 % de femmes contre 40,74 % en France. Le parcours professionnel des femmes kinésithérapeutes peut être interrompu par des grossesses et elles sont souvent amenées à réduire leur activité afin de la rendre compatible avec leur vie familiale. (Chiffres : SNIR 2009)

Prix au m² dans l'ancien

France (hors Île-de-France)	2.280 €
Île-de-France	5.480 €
Paris	8.150 €

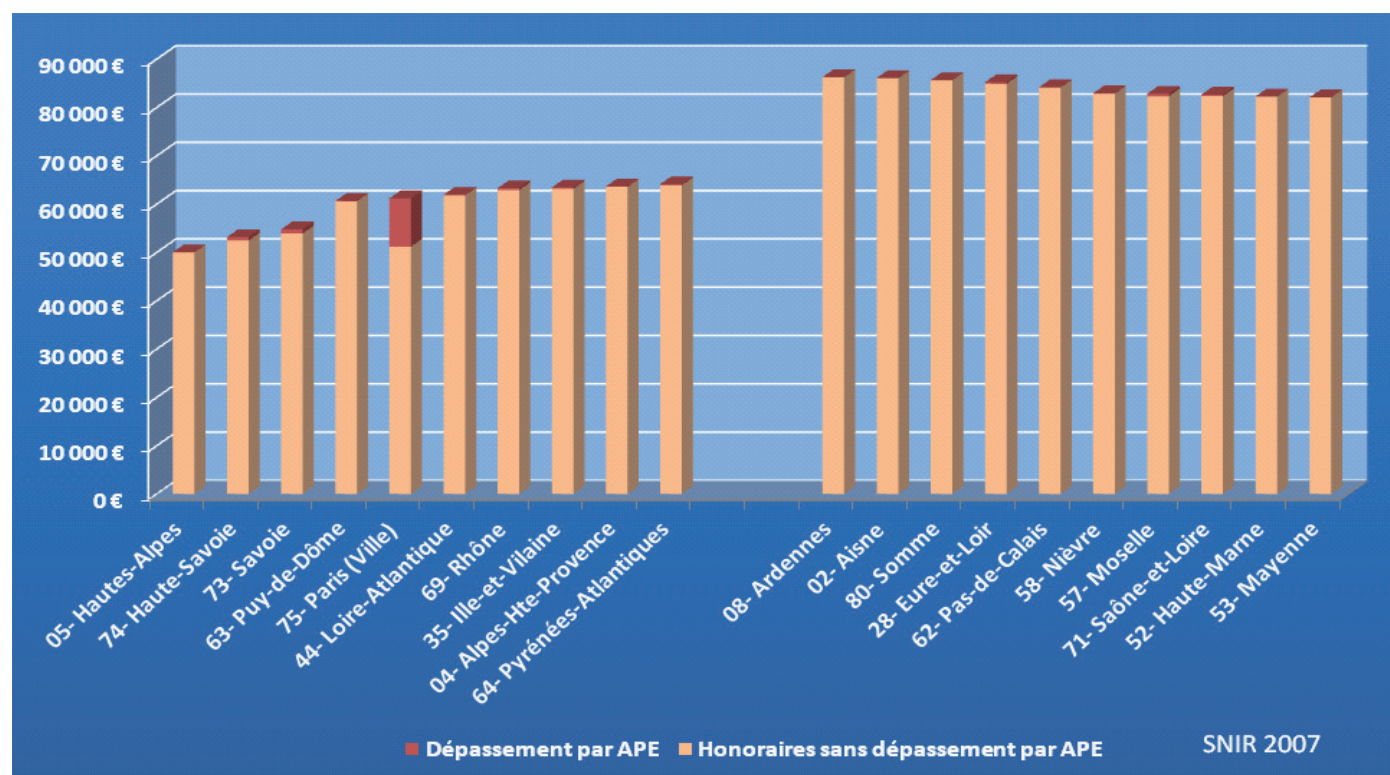
Source : Chambres des Notaires

Niveau des loyers de marché 2011

France entière	12,4 €/m ²
Paris	22,6 €/m ²

Source : CLAMEUR

Les 10 départements les moins actifs comparés aux 10 départements les plus actifs



Les chiffres d'affaires les plus bas sont enregistrés dans des départements où les charges sont les plus hautes et où le coût de la vie quotidienne est le plus onéreux. Une étude de l'INSEE de 2008 montre, par exemple, que les prix des dépenses de consommation sont plus élevés en moyenne de 13 % en Île-de-France qu'en province. Face au risque réel de rendre si peu attractif l'exercice dans ces territoires, le Syndicat de Paris a fédéré neuf autres syndicats départementaux pour présenter, au Congrès FFMKR de Cahors, une motion demandant un traitement spécifique pour ce qui concerne les honoraires dans les grandes agglomérations.



[Voir la motion](#)

Vers un dépassement autorisé pour la kinésithérapie

Nous avons démontré la nécessité économique de permettre aux kinésithérapeutes des grandes agglomérations de moduler leurs tarifs par rapport au coût de leur outil de travail.

“ **l'exigence des patients ne s'exprime pas uniquement en termes de lieu et d'horaire** ”

D'autre part, l'exigence des patients ne s'exprime pas uniquement en termes de lieu et d'horaire. Certains sont prêts à accepter un reste à charge plus important afin de bénéficier de soins plus en adéquation avec leur demande. Qu'il s'agisse de l'utilisation de techniques spécifiques du type Mézières, fasciathérapie ou thérapie manuelle, ou de la mise à disposition de matériel particulièrement onéreux. Pourquoi le leur refuser tant que les soins prodigués restent dans le champ thérapeutique couvert par l'assurance maladie et que les techniques ou matériels utilisés ont fait la preuve de leur efficacité ? Comment envisager par exemple d'amortir l'achat d'un appareil à ondes de choc radiales ou d'un HUBER® MOTION LAB dans le strict respect du tarif opposable ? Comment envisager de pratiquer une séance de type Mézières d'une durée de 45 à 60 minutes pour 15,30 € ?

Enfin, les kinésithérapeutes ont la chance de pouvoir pratiquer des soins en dehors du champ thérapeutique. Il leur est possible de proposer à leurs patients des séances de prévention, de coaching sportif ou de soins de remise en forme ou à visée esthétique. Ces soins peuvent être proposés aux patients, avec les restrictions liées au Code de déontologie, notamment en ce qui concerne la publicité. Ces actes sont hors du champ de la nomenclature. Les honoraires des actes HN ne doivent pas être mentionnés sur les feuilles de sécurité sociale :

- L'article L 162-4 du Code de la santé publique stipule que " lorsqu'un médecin réalise des actes non remboursables, il n'établit pas le document prévu à l'article L 161-3".
- L'article L 162-8 étend l'article L 162-4 aux chirurgiens-dentistes et auxiliaires de santé.

Un devis et une note d'honoraires doivent être établis pour le patient et son assurance complémentaire qui parfois couvre certains soins.

Libéralisation des honoraires et pacte social

La création d'un espace de liberté tarifaire ne doit pas s'accompagner d'une augmentation du renoncement aux soins pour raisons financières. Bien au contraire, les kinésithérapeutes devront accepter, en échange de ce nouveau droit, de s'engager à assurer un certain pourcentage de leurs actes au tarif opposable afin de permettre l'accès aux soins à tous.

Rappelons que le 11^{ème} alinéa du préambule de la Constitution de 1946 dispose que « *La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».

La jurisprudence constitutionnelle et administrative assoit un droit à une couverture suffisante des dépenses de soins :

- Par sa décision (n°2004-504 DC) du 12 août 2004, le Conseil constitutionnel a estimé que le principe de protection de la santé exige qu'on s'assure de l'accessibilité financière des soins. Un reste à charge trop élevé pourrait s'avérer anticonstitutionnel. Pour autant, le Conseil constitutionnel n'a pas placé le curseur de la valeur de ce reste à charge.
- Le Conseil d'État, saisi sur la convention médicale de 2005, a estimé par sa décision du 30 novembre 2005, que le plafond de dépassement de 17,5% dans le cas de consultations hors parcours, ne violait pas le respect du principe constitutionnel de protection de la santé. Dans cette même décision, Le Conseil d'État a admis que la dualité de secteur d'exercice ne constitue pas une violation du principe constitutionnel d'égalité de traitement.

- Le Conseil d'État saisi, à la suite de la Loi de financement pour 2008, de la légalité du Décret n°2007-1937 du 26 décembre 2007 relatif aux montants, plafond et modalités de récupération des « franchises », même s'il a annulé partiellement ce Décret à cause d'un problème purement technique, a rejeté la demande qui lui était faite de considérer que les montants des franchises, et le niveau de leur plafond annuel, violait le 11^{ème} alinéa du Préambule de la Constitution de 1946.

Il ressort de ces décisions que le renoncement aux soins pour raison financière ne peut être toléré en vertu du principe constitutionnel de protection de la santé, mais que **le principe d'un reste à charge est accepté dans la mesure où ce dernier n'entraîne pas un renoncement aux soins.**

“ **15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux** ”

Une récente étude de l'IRDES montre qu'en 2008, 15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. La notion de renoncement aux soins tente d'identifier des besoins de soins non satisfaits, qu'un état de santé aurait justifié. De l'aveu même des experts, ce concept « *n'a pas encore fait l'objet d'un travail méthodologique permettant d'analyser le sens que lui donnent les individus interrogés* ». Il apparaît fondamental de parvenir à différencier le renoncement lié à de réelles contraintes budgétaires (renoncement-barrière), et le renoncement lié à l'expression d'un refus de soins en rapport avec une attitude méfiante vis-à-vis de la médecine (renoncement-refus). La subjectivité de ces enquêtes est évidente. Deux personnes interrogées et se trouvant dans des situations identiques de santé et de ressources ne peuvent avoir la même perception de leur besoin de soins, qui est l'exigence préalable à un hypothétique renoncement. De la même façon, ces deux personnes n'auront pas nécessairement le même désir de se soigner.

Le taux de renoncement des personnes bénéficiant de la CMU-C est de 22 %. Ce chiffre est étonnant car il est fait constat que « *l'absence de couverture complémentaire entraîne un renoncement deux fois plus important pour les soins les moins bien couverts par le régime obligatoire* » et que « *concernant l'effet propre de la CMU-C, l'analyse toutes choses égales par ailleurs montre que la CMU-C apporte en réalité la même protection contre le renoncement aux soins pour raisons financières qu'une très bonne assurance complémentaire* » (Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins, dans Comptes nationaux de la santé 2010. DREES).

Ajoutons que, selon le rapport IGAS-IGF de 2010, les bénéficiaires de la CMU-C ont consommé en moyenne 1.741 euros en 2008, soit 161 euros de plus que l'assuré du régime général. À noter que les bénéficiaires de l'AME consomment encore plus avec 2.606 euros de dépenses. Si les bénéficiaires de ces aides sociales dépensent plus, en moyenne, que les autres assurés, c'est bien qu'ils trouvent sans trop de difficulté des praticiens pour les soigner et que la notion de renoncement aux soins au sein de ces populations se doit d'être analysée à l'aune d'autres critères que le refus de prise en charge par les professionnels de santé.

“ **un pourcentage de l'activité devra être effectué au tarif conventionnel** ”

Dans l'hypothèse de la mise en place d'un dépassement autorisé et afin de préserver un parfait accès aux soins pour tous, les kinésithérapeutes devront s'engager dans la prise en charge systématique des bénéficiaires de la CMU-C au tarif opposable avec application du tiers-payant. Le contrôle et les sanctions se devront d'être appliqués sans ménagement. Le rôle du Conseil de l'Ordre prendra ici toute son importance. De plus, un pourcentage de l'activité devra être contractuellement effectué au tarif conventionnel, afin de préserver l'accès aux soins d'une population impécunieuse ou sévèrement atteinte. Ce pourcentage reste à déterminer.



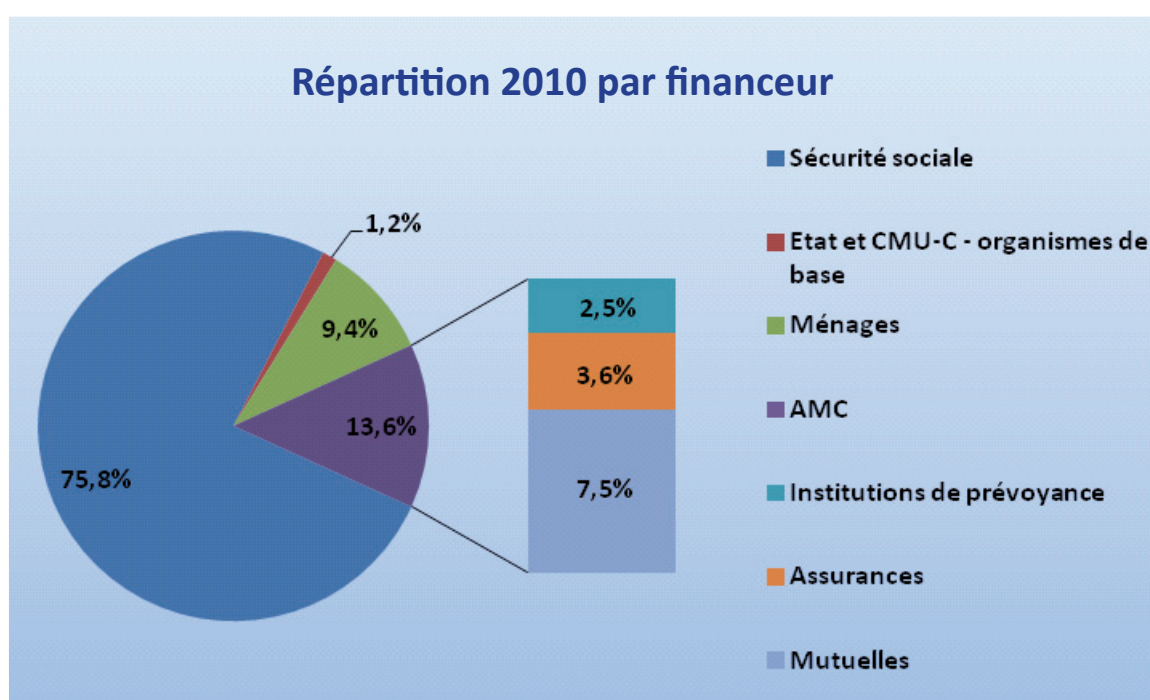
L'information des patients concernant les honoraires devra être parfaitement transparente. Les kinésithérapeutes devront s'y engager. L'Arrêté du 3 octobre 2008 pris en application de l'article 39 de la Loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008 dispose déjà que les professionnels de santé doivent, s'ils pratiquent un dépassement, délivrer aux patients une information écrite préalable sur le tarif des actes effectués, sur le montant et sur la nature du dépassement facturé dès lors que les honoraires dépassent 70 euros. Ce type d'information devra tendre à se généraliser. L'affichage des tarifs en salle d'attente devra être visible et compréhensible en mettant en avant le montant du reste à charge pour les patients. L'assurance maladie devra étendre pour les kinésithérapeutes, et avec leur collaboration, le dispositif de mise à disposition des tarifs sur Internet.

Nous gagnerons notre espace de liberté tarifaire si nous nous engageons véritablement dans une dynamique d'accès de nos soins à toute la population et dans la plus grande transparence tarifaire.

Libéralisation des honoraires et assurance maladie complémentaire

Le reste à charge des ménages a augmenté de 1980 à 2007 mais tend à diminuer depuis. Il représente 9,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux, plaçant la France en deuxième position derrière les Pays-Bas dans ce domaine.

Il existe trois types d'organismes complémentaires : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Près de 94 % des Français bénéficient d'une couverture, soit dans le cadre de contrats individuels, soit par le biais d'accords collectifs d'entreprise, soit enfin dans le cadre du dispositif de la CMU-C. Ce sont les jeunes adultes, les personnes âgées et les demandeurs d'emploi qui sont le moins assurés. Depuis la réforme de l'assurance maladie de 2004, l'Aide à la complémentaire santé (ACS) propose une aide financière à l'acquisition d'un contrat pour les ménages dépassant d'au plus 26 % le seuil de revenus permettant d'accéder à la CMU-C. D'autre part, les employeurs financent en moyenne 60 % du coût de la cotisation de l'assurance maladie complémentaire (AMC) de leurs salariés, et seulement 20 % des salariés travaillent dans des entreprises qui ne proposent pas de contrat collectif.



Source : DREES (Comptes nationaux de la santé 2010, septembre 2011)

En 2008, les organismes d'assurance maladie complémentaire (AMC) ont perçu 28,8 milliards d'euros de cotisations et ont versé 23,3 milliards d'euros de prestations, mais seulement quatre assurés sur dix bénéficient de contrats prenant en charge les dépassements d'honoraires. À noter que cette garantie est plus fréquente en collectif qu'en individuel.

L'échec de la négociation du secteur optionnel des médecins est à imputer à l'UNOCAM et principalement à la Mutualité Française qui fédère 748 mutuelles et représente plus de 50 % des assurés. Les AMC n'ont aucun intérêt économique à ne pas proposer des contrats prenant en charge les dépassements d'honoraires, surtout dans le cadre d'un secteur encadré. La Mutualité Française agit par pure idéologie, défenderesse d'un système passéiste, en opposition avec les intérêts de ses adhérents. Espérons que la création d'un espace de liberté tarifaire pour les kinésithérapeutes, si nécessaire au développement de notre profession, ne soit pas immolée sur l'autel du sacrosaint modèle de 45.

Inciter les AMC à promouvoir le remboursement des dépassements des kinésithérapeutes passe peut-être par notre engagement dans la pratique du tiers-payant avec ces organismes. Cela ne doit impérativement pas se faire dans le cadre de conventions individuelles mais dans celui d'une négociation nationale. Ce point a d'ailleurs fait l'objet d'une motion approuvée par la FFMKR au Congrès de Cahors.

Il est plus que temps de permettre aux kinésithérapeutes de sortir du carcan du tarif opposable. Notre profession s'étiole sous l'effet de ce manque de libéralisme. Les cabinets des grandes agglomérations ne tiendront plus longtemps en l'absence de changement. Si l'investissement en formation et en matériel des kinésithérapeutes s'effondre, ce sont la qualité et la diversité des soins qui en pâtiront. Pire encore, en l'absence d'un modèle d'activité conventionnelle viable économiquement, les kinésithérapeutes se tourneront de plus en plus vers des activités de diversification, loin du champ thérapeutique. Leur savoir faire et leur décret de compétence le leur permettent. C'est alors l'accès aux soins qui sera en perdition.

Claude Cabin

Petits et grands maux



d'Ordre

*Quand la communication de l'Ordre
met le désordre dans la profession*

Si quelques dérapages que nous croyions de jeunesse avaient déjà été constatés et relatés dans ces colonnes, la dernière communication du Conseil National de l'Ordre (30 novembre) mériterait bien d'être récompensée du *Trophée de l'Ordre* (distinction créée par cette institution, remise cette année à Xavier Bertrand).

Car si les 19 sages de la rue Réaumur ont la lourde responsabilité de rappeler les valeurs de la profession, il semblerait que certains d'entre eux aient opté pour un modernisme sans précédent, promouvant une profession désormais pratiquée comme un commerce par le biais du soutien à une société promettant à tout kinésithérapeute de « *générer davantage de chiffre d'affaires* », « *trouver de nouveaux patients* ». Le bouquet : cette société ostensiblement promue par le Conseil National vous permet de « *mieux personnaliser votre relation client et développer votre business* » !

Les patients apprécieront !

Études : C'est oui pour le Master

Xavier BERTRAND, Ministre du travail, de l'emploi et de la santé et Laurent WAUQUIEZ, Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, ont rendu leur arbitrage. Le travail de réingénierie des études de kinésithérapie se poursuivra dans le cadre d'une sortie en Master 1 et d'une généralisation de la sélection par la PACES (Première Année Commune des Études de Santé, ex PCEM 1). Une poursuite vers le Master 2 est également envisagée pour promouvoir des « *pratiques avancées* ». Les ministres appuient leur décision sur le rapport HÉNARD. Il est bon de rappeler que la réforme des études des « *métiers socles* », proposée par ce rapport, prévoyait une sortie en Licence. Nous avons obtenu le Master 1. La FFMKR se bat depuis des années pour une réforme de la formation digne de notre profession.

Kiné Flash Paris a demandé à Dominique MIZERA, principal artisan des négociations sur l'enseignement au sein de la Fédération, de se livrer à une explication de texte.



KFP : Bonjour Dominique. Êtes-vous soulagé par l'annonce des deux ministres ? Est-ce vraiment une bonne nouvelle ?

Dominique MIZERA : C'est une bonne nouvelle et nous l'attendions depuis le début des travaux en novembre 2008. Je pense notamment aux dernières réunions de travail de décembre 2010 où les représentants des principales organisations avaient renouvelé leurs interrogations concernant la première année du cursus, le nombre de semestres et le niveau de reconnaissance du DE. Ils avaient souligné l'impossibilité de finaliser le cursus de formation rapidement sans ces éléments.

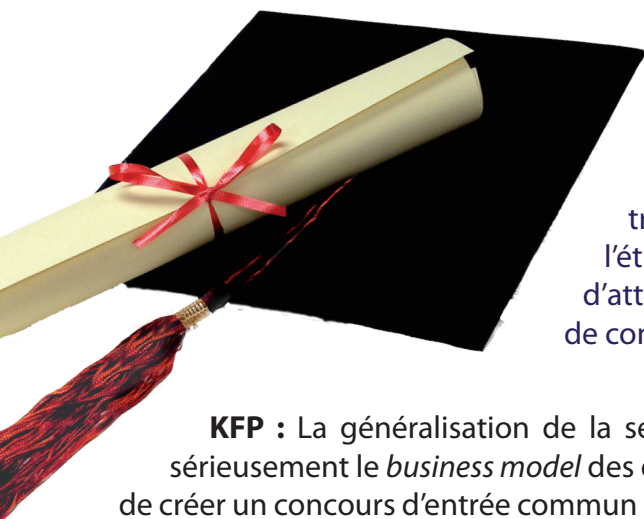
Nous allons pouvoir reprendre les travaux et finaliser le référentiel formation avant de valider les deux précédents (activité et compétences). Ensuite, ces étapes pourront être consolidées avec les réunions de concertation qui auront pour objectif la mise en place de la réforme. La rénovation de notre cursus d'enseignement est donc loin d'être terminée et il faut rester très vigilant.

KFP : La durée des études de kinésithérapie est actuellement de trois ans plus une année de préparation, soit dans le cadre de la PACES, soit dans le cadre d'un concours post-bac. La formation est reconnue à bac+2. La rénovation, actée par les ministres, sera reconnue en Master 1 (bac+4) et inclura une année universitaire de préparation et de sélection. Dans les faits, le métier de kinésithérapeute s'apprendra toujours en trois ans. N'est-ce pas contradictoire avec l'évolution des missions de la profession et la surcharge actuelle des programmes ?

Dominique MIZERA : Il y a deux réponses à cette question.

La première est qu'il faut replacer les travaux de réforme de la formation dans un contexte global incluant une réflexion sur le cursus initial de toutes les professions paramédicales mais aussi des cadres de santé. Il nous a donc fallu lutter contre le risque d'un enfermement en licence professionnelle. Nous nous sommes toujours opposés à un « copier-coller » entre la Kinésithérapie et les travaux des autres professions. En octobre 2008, 60% de nos compétences étaient partageables avec les autres professions paramédicales. Nous avons refusé une mutualisation à niveau bas pour préférer une réelle recherche créant des tronc spécifiques et des tronc communs santé qui respectent les particularités et les diversités professionnelles. N'oublions pas que certains d'entre nous étaient prêts à nous intégrer dans le champ des sciences de l'éducation en nous éloignant ainsi du monde de la santé. Le plus important a toujours été de rester avec les professions médicales et donc d'intégrer officiellement la PACES.

La seconde réponse est liée au volume de travail que l'étudiant devra fournir pour chacune des UE décomposées en ECTS. Ces derniers expriment la quantité de travail que chaque unité de cours requiert par rapport au volume total de travail pour réussir une année d'études complète dans l'établissement (cours magistraux, TP, séminaires, stages, recherches, travail personnel, examens, etc.). Le système de crédits ECTS (European Credit Transfer System – Système Européen de Transfert de Crédits) est une méthode qui



permet d'attribuer des crédits à toutes les composantes d'un programme d'études. La définition des crédits au niveau de l'enseignement supérieur se base sur les paramètres suivants : charge de travail de l'étudiant, connaissances finales et nombre d'heures de cours. Le système européen de transfert et d'accumulation de crédits est un système centré sur l'étudiant, basé sur la charge de travail à réaliser par l'étudiant afin d'atteindre les objectifs du programme qui se définissent en termes de connaissances finales et de compétences à acquérir.

KFP : La généralisation de la sélection par une année universitaire préparatoire va impacter sérieusement le *business model* des écoles recrutant sur concours interne. On se rappelle la tentative de créer un concours d'entrée commun pour toutes les professions paramédicales à la fin des années 80. Cela n'avait duré qu'un an ! Le lobbying de ces IFMK ne risque-t-il pas de faire capoter la réforme ?

Dominique MIZERA : Les IFMK fonctionnant par ce mode de sélection vont bénéficier d'une mesure intermédiaire de 5 ans avant leur mise en conformité. Nous devons veiller au respect des conditions de mise en œuvre actées lors des travaux de concertation.

KFP : L'objectif, fixé par les ministres, d'une refonte du programme dès la rentrée 2012 est-il tenable ?

Dominique MIZERA : Nous devons tout faire pour respecter ce calendrier.

KFP : Quelle sera le niveau de formation reconnu pour les kinésithérapeutes en exercice ?

Dominique MIZERA : Après finalisation du référentiel formation, le Ministère engagera les travaux d'intégration qui permettront de répondre aux différentes situations.

Il y aura certainement un « avant » et un « après » la réforme de septembre 2012.

Pour ceux qui le souhaitent, la VAE sera applicable.

La Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a posé le principe que toute personne engagée dans la vie active depuis au moins 3 ans est en droit de se voir reconnaître officiellement ses compétences par la validation des acquis de son expérience (VAE), notamment professionnelle, en vue de l'obtention d'un diplôme. Ce dispositif est inscrit dans le Code du travail et dans le Code de l'éducation.

Le candidat pourra justifier des compétences professionnelles acquises dans l'exercice d'une activité salariée, non salariée ou bénévole, en rapport direct avec le contenu du diplôme demandé : la durée totale d'activité cumulée exigée, l'amplitude des périodes d'activité prises en compte ainsi que les éléments permettant d'établir le caractère direct des activités exercées au regard du référentiel d'activités du diplôme d'État.

Lors de la phase d'évaluation des compétences acquises par l'expérience, le candidat pourra exposer son expérience professionnelle au travers notamment de fiches descriptives et d'un questionnaire se rapportant à des situations significatives.

À l'issue des entretiens, un jury se réunira afin de statuer sur les propositions de validation faites par les groupes d'examineurs. Sa décision porte pour chaque candidat sur l'attribution totale ou, à défaut, sur la validation partielle du diplôme, c'est-à-dire la validation éventuelle d'un ou plusieurs domaines de compétences ou d'une ou plusieurs unités de compétences.

KFP : Dans la droite ligne des préconisations du rapport HÉNARD, les ministres souhaitent créer une nouvelle profession de « masseur-kinésithérapeute praticien », accessible par une poursuite des études en Master 2. On se souvient de limites fixées par le rapport HÉNARD pour la création de professions intermédiaires : accès pour un nombre très limité de soignants, exclusion de la pratique libérale individuelle, véritable scission entre le métier socle et la nouvelle profession. N'est-il pas à craindre une explosion de la kinésithérapie ?

Dominique MIZERA : Non, il faut plutôt se dire que nous pourrions obtenir la reconnaissance de pratiques spécifiques et que ces expertises permettront à la profession de développer ses propres savoirs.

KFP : La voie tracée par les ministres permettra-t-elle, à terme, de voir la kinésithérapie reconnue comme une profession d'ingénieur en santé à statut médical à compétences définies ? La voie de l'accès direct pour tous les kinésithérapeutes est-elle ouverte ?

Dominique MIZERA : Oui mais il existe encore un long chemin avant ces évolutions. L'avenir est entre les mains de la profession, de ses professionnels et surtout de leurs diversités.

KFP : Quelle a été la place de la FFMKR dans les négociations de la réingénierie du diplôme ?

Dominique MIZERA : Notre travail politique et technique au sein du groupe de réingénierie a toujours été de créer une cohérence au sein du groupe. Notre diversité respectée et partagée a ainsi permis au groupe d'avancer et de s'opposer à la méthodologie de la DGOS.

Propos recueillis par Claude Cabin

vosre presse professionnelle

► Chaque semaine dans **Kiné actualité**, l'ensemble de votre information professionnelle



70 € au lieu de 129-€

► Chaque mois dans **Kinésithérapie Scientifique**, un point de vue sur les pratiques et les techniques des kinésithérapeutes

66 € au lieu de 125-€

Offre réservée aux nouveaux abonnés adhérents de la FFMKR

Faites vite ! Offre valable jusqu'au 31 décembre 2011

VOTRE BULLETIN D'ABONNEMENT

OUI, je m'abonne pour 1 an à :

- Kiné actualité (42 n°) au prix de 66 € au lieu de 125-€
- Kinésithérapie Scientifique au prix de 70 € au lieu de 129-€

TARIFS TTC France Métropolitaine et outre-mer. Offre réservée aux nouveaux abonnés adhérents de la FFMKR, valable jusqu'au 15/10/2011

Je règle par :

Chèque à l'ordre de SPEK, n° _____

Carte bancaire n° _____

Cryptogramme visuel : _____ Date d'expiration : _____

Date et signature du titulaire obligatoires

Voici mes coordonnées : M. M^{me} M^{lle}

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél : _____ E-mail : _____

Date de naissance : _____ Date de DE : _____ Exercice : Libéral Salarié

A renvoyer avec votre règlement à : SPEK - 3, rue Lespagnol - 75020 Paris - Tél. : 01 44 83 46 50 - Fax : 01 44 83 46 47 - www.kineactu.com

Un avenant pas très avenant

Le Congrès extraordinaire de la FFMKR du 22 octobre a entériné la signature de l'avenant conventionnel proposé par l'UNCAM. Les avis étaient très partagés car c'est avec à peine plus de 51 % des voix que le « oui » l'a emporté.

Un premier projet avait largement été rejeté trois semaines auparavant au Congrès de Cahors. Ce projet d'avenant conventionnel comportait :

- une revalorisation de la lettre clef à 2,15 €
- des mesures financières incitatives pour les zones très sous dotées (environ 5.800 € par MK installé dans ces zones)
- des mesures coercitives sur la démographie : limitation du conventionnement dans les zones sur dotées
- une prochaine et éventuelle suppression de la DAP au-delà de 30 séances pour les pathologies non référencées lorsque la montée en puissance des référentiels serait suffisante
- un engagement de la profession vers la dématérialisation des supports administratifs.



Les représentants des Syndicats départementaux avaient estimé que la perte de notre liberté d'installation valait bien plus que 11 centimes d'euros et avaient mandaté les négociateurs de la Fédération pour tenter d'obtenir la même revalorisation mais avec une extension des mesures incitatives aux zones sous dotées, la suppression de la DAP et surtout le renoncement aux mesures coercitives.



Suite aux nouvelles négociations, la Caisse a consenti à toutes nos demandes, sauf bien entendu à la plus importante. Frédéric van Roeckeghem n'a pas cédé sur le terrain de la coercition dans les zones sur dotées. Pour tenter de nous faire avaler la pilule, il ajouta même une petite cerise sur le maigre gâteau : l'augmentation de l'IFD à 2,50 €.

Alain Bergeau, Président de la FFMKR, n'avait alors d'autre choix que d'organiser un nouveau Congrès afin de soumettre au vote cette nouvelle proposition, et les Syndicats départementaux n'ont eu alors d'autre choix que de tenir des Assemblées Générales Extraordinaires afin de recueillir l'avis de leurs adhérents. À Paris, après avoir été informés des avantages et des inconvénients de cette proposition d'avenant, les adhérents se sont prononcés contre la signature. Les représentants du Syndicat parisien n'avaient alors d'autre choix que de voter « contre » lors du Congrès, même si d'aventure ils avaient été favorables à la signature, ce qui, je vous rassure, était en l'espèce loin d'être le cas.

Car, en effet, cela se passe comme ça à la FFMKR. Le processus a un nom : la démocratie. On peut, bien entendu, en plaisanter avec Bouvard en disant que « *La démocratie, c'est la moitié des cons plus un* », mais comme l'on n'a encore rien inventé de mieux, on reconnaîtra avec Audiard que « *la démocratie est le pire des régimes, à l'exception de tous les autres* ».

N'en déplaise à certains qui n'ont toujours pas compris et vocifèrent sur les forums, invectivent sur leurs blogs ou ruminent au fond de leur cabinets. Peser sur l'avenir de la profession, faire valoir ses positions, présenter ses propositions. Rien n'est plus simple. Cela coûte moins cher qu'un abonnement de téléphonie mobile. Il suffit d'adhérer à un Syndicat représentatif et de participer aux assemblées générales. Aujourd'hui, grâce à sa large victoire aux élections des URPS, la FFMKR peut signer seule l'avenant conventionnel. Demain, elle devrait aussi pouvoir signer seule la prochaine convention.

Vous aurez compris qu'il ne sert à rien d'être là où rien ne se décide (Syndicats minoritaires, collectifs bricolés, forums exutoires, lanceurs de pétards mouillés...).

Ceux qui, à Paris ou ailleurs, étaient contre la signature de cet avenant qui nous prive de notre liberté d'installation, qui entérine l'accord de la profession pour les référentiels comptables, qui octroie des primes à ceux qui réalisent déjà les plus gros chiffres d'affaires et qui ne nous jette que quelques miettes de revalorisation, auraient pu faire pencher la balance du vote s'ils avaient été adhérents. Il ne fallait qu'une grosse centaine de voix.

Parce que demain nous allons négocier une nouvelle convention, parce que vous ne pouvez pas toujours subir sans donner votre avis, parce qu'à la FFMKR un adhérent c'est une voix, et que vous devez de faire entendre la vôtre : rejoignez-nous !

Claude Cabin

SYNDICAT DES MKR DE PARIS : COTISATIONS 2012



	Cotisation 2012	Quote-part départementale	Quote-part fédérale
Tarif individuel	308 €	73 €	235 €
Conjoint(e), Groupe de 2 personnes*	270 €	46 €	224 €
Groupe de 3 personnes*	261 €	46 €	215 €
Groupe à partir de 4 personnes*	235 €	46 €	189 €
Moins de 30 ans (au 01/01/2012) 1 ^{re} adhésion	145 €	46 €	99 €
Jeune diplômé(e) 2010 ou 2011, retraités sans activité libérale, salariés	59 €	10 €	49 €
Étudiants 3 ^e année d'IFMK	19 €	0 €	19 €

* Associé(e), assistant(e) ou remplaçant(e)

Même adresse professionnelle. Ces personnes doivent régler en même temps

Cotisation Foncière des Entreprises

Ça se complique !

Depuis le 1^{er} janvier 2010 la Taxe Professionnelle (TP) a été remplacée par la Contribution Économique Territoriale (CET), composée de deux taxations des entreprises, la Cotisation Foncière des Entreprises (CFE) et la Cotisation sur la Valeur Ajoutée des Entreprises (CVAE).

Elle touche, sauf exceptions, toutes les personnes physiques et les sociétés qui exercent une activité professionnelle non salariée au 1^{er} janvier.

Pour ce qui concerne les entreprises libérales que constituent nos cabinets, la grande majorité de celles-ci ne sont imposées qu'au titre de la CFE, la CVAE ne s'appliquant qu'aux entreprises dont le chiffre d'affaires annuel excède 152.500 euros.

La CVAE est égale à 1,5 % de la valeur ajoutée (plafonnée à 80 % des recettes réalisées) produite par l'entreprise au cours de l'année au titre de laquelle l'imposition est due, avec une cotisation minimale de 250 euros pour les entreprises qui réalisent un chiffre d'affaires supérieur à 500.000 euros ou un dégrèvement en dessous de ce seuil.

Par rapport à la TP, la CFE n'est calculée que sur la valeur locative retenue par l'administration fiscale au cours de la période de référence (année N-2) des biens immobiliers passibles de la taxe foncière, utilisés par l'entreprise pour les besoins de son activité.

Les titulaires de bénéfices non commerciaux employant moins de cinq salariés et n'étant pas soumis de plein droit ou sur option à l'impôt sur les sociétés ne sont pas imposés à la CFE sur une fraction de leurs recettes.

Le taux d'imposition est décidé par chaque commune, qui est seule bénéficiaire du produit de la CFE.

La CFE n'est pas due au titre de l'année de création de l'entreprise. Pour les deux années suivant celle de la création, la période de référence est constituée par l'année de création : la base à la CFE est constituée des biens dont le redevable a disposé au 31 décembre de la première année d'activité.

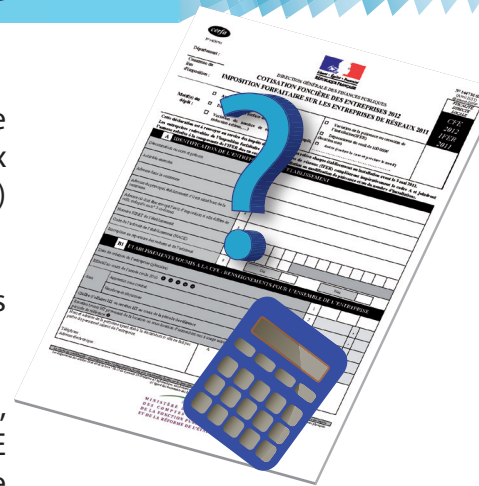
En cas de changement d'exploitant, pour l'année du changement, si le changement intervient en cours d'année, le cédant reste imposé pour l'année entière et le cessionnaire n'est pas imposable ; si le changement prend effet le 1^{er} janvier, le nouvel exploitant est imposé sur les bases relatives à l'activité de son prédécesseur. Toutefois, lorsque le changement ne porte que sur une partie de l'activité exercée et dès lors que les éléments cédés constituent un établissement, le nouvel exploitant n'est imposé que sur les bases correspondant aux éléments acquis et le cédant, sauf cessation complète, reste imposable sur les éléments de l'activité poursuivie. Pour les deux années suivant l'année du changement, le nouvel exploitant est imposé dans les mêmes conditions qu'en cas de création.

Le contribuable qui cesse toute activité dans un établissement n'est pas redevable de la CFE pour les mois restant à courir, sauf en cas de cession de l'activité exercée dans l'établissement ou en cas de transfert d'activité. Lorsque l'imposition de CFE a déjà été établie, le redevable qui cesse toute activité dans un établissement peut prétendre, sauf en cas de cession ou de transfert de l'activité, à un dégrèvement pour cessation d'activité en cours d'année.

CAS DES SOCIÉTÉS CIVILES PROFESSIONNELLES, SOCIÉTÉS CIVILES DE MOYENS ET GROUPEMENTS RÉUNISSANT DES MEMBRES DE PROFESSIONS LIBÉRALES DOTÉS OU NON DE LA PERSONNALITÉ MORALE

Jusqu'aux impositions dues au titre de 2010, l'imposition à la CFE était établie au nom de chacun des membres comme c'était le cas en matière de TP.

À compter des impositions dues au titre de 2011, ces structures sont imposables en leur nom propre dans les conditions de droit commun.



EXCEPTIONS - EXONÉRATIONS

Exceptions de territorialité : une personne n'entre pas dans le champ de la CFE dès lors qu'elle n'est assujettie ni à l'impôt sur le revenu, ni à l'impôt sur les sociétés en raison des règles de territorialité applicables à ces impôts.

Exonérations : toutes les exonérations applicables à la TP deviennent applicables à la CFE, à l'exception des exonérations facultatives qui s'appliquaient exclusivement aux équipements et biens mobiliers (EBM) et de celles qui, parvenues à leur terme, sont abrogées.

Exonérations de TP transposées à la CFE

De plein droit permanentes, notamment :

- les membres du corps de réserve sanitaire constitué dans les conditions prévues au titre III du livre I^{er} de la troisième partie du Code de la santé publique ;

- certaines activités non commerciales comme les sages-femmes et les garde-malades.

De plein droit temporaires, notamment : les auto-entrepreneurs durant les deux années suivant celle de la création de leur entreprise et ayant opté pour le régime micro-social prévu à l'article L. 133-6-8 du Code de la sécurité sociale, sauf lorsque l'exploitant, son conjoint, le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité, ses ascendants ou ses descendants ont exercé, au cours des trois années qui précèdent la création, une activité similaire à celle de l'entreprise nouvellement créée.

Exonérations ou abattements facultatifs : ceux-ci peuvent être accordés sur décision ou en l'absence de délibération contraire des collectivités territoriales, et peuvent être permanents ou temporaires, partiels ou totaux.

Des mesures d'exonérations ou abattements facultatifs temporaires sont prévues :

- en faveur des établissements exploités par des médecins et auxiliaires médicaux
- dans des zones d'aide à finalité régionale (AFR), des zones de revitalisation rurale (ZRR) ou des zones d'aide à l'investissement des PME
- dans des zones urbaines sensibles (ZUS) ou des zones franches urbaines (ZFU)
- dans les bassins d'emploi à redynamiser (BER)
- dans les zones de restructuration de la défense (ZRD)
- en Corse
- dans les départements d'Outre-Mer (DOM).

Maintien des exonérations et des abattements en cours :

La Loi prévoit expressément, sous certaines conditions, un maintien de toutes les exonérations ou abattements en cours dès lors qu'il s'agit d'exonérations ou d'abattements temporaires dont, par hypothèse, le terme n'est pas atteint.

CAS PARTICULIER DES SCM

L'instruction de la Direction Générale des Finances* précise que si les SCM sont imposées à la CFE en leur nom propre à compter des impositions établies au titre de 2011 pour leur activité de groupement de moyens, les associés des SCM sont imposables à la CFE en leur nom propre dès lors qu'ils exercent une activité imposable.

Les bases taxables d'une SCM comprennent la valeur locative des locaux à usage non privatif des membres de la SCM (comme par exemple le local du secrétariat et de la salle d'attente servant à l'ensemble des membres de la SCM), pour lesquels le critère de l'utilisation matérielle n'apparaît pas pertinent, dont elle a conservé le contrôle dès lors qu'elle en assure la gestion et l'entretien.

La base d'imposition à la CFE de chaque membre de la SCM sera en conséquence égale à la valeur locative des seuls locaux dont il a la jouissance exclusive.

COTISATION MINIMUM

Tous les redevables de la CFE sont susceptibles d'être assujettis, uniquement au lieu de leur principal établissement, à une cotisation minimum, sauf s'ils bénéficient d'une exonération totale de la CFE.

Quand ils ne disposent d'aucun établissement, les redevables de la CFE domiciliés en application d'un contrat de domiciliation commerciale ou d'une autre disposition contractuelle sont redevables de la cotisation minimum au lieu de leur domiciliation. Serait-ce le cas des assistants-collaborateurs ou des collaborateurs libéraux ?...

À compter du 1^{er} janvier 2010, la cotisation minimum est établie à partir d'une base dont le montant est fixé par le conseil municipal ou l'EPCI qui s'y substitue. Ce montant doit être compris entre 200 € et 2.000 € pour les contribuables dont le montant du chiffre d'affaires ou des recettes hors taxes au cours de la période de référence est inférieur à 100.000 € et, pour les autres contribuables, entre 200 € et 6.000 €. Ces montants sont revalorisés chaque année en fonction de l'évolution des prix à la consommation des ménages hors tabac.

Toutefois, à défaut de délibération prise par le conseil municipal ou l'EPCI qui s'y substitue applicable à compter des impositions établies au titre de 2010, le montant de la base minimum applicable à compter des impositions de 2010 est égal au montant de la base minimum de TP appliqué en 2009 dans la commune. Les conseils municipaux ou les organes délibérants des EPCI ont la faculté de réduire le montant de la base minimum de moitié au plus pour les assujettis n'exerçant leur activité professionnelle qu'à temps partiel ou pendant moins de neuf mois dans l'année.

La CFE à PARIS

Il n'y a pas à notre connaissance d'exonérations ou abattements facultatifs temporaires décidés en faveur des médecins et auxiliaires médicaux.

La valeur locative des biens passibles de la taxe foncière prise pour base de calcul de la CFE est celle qui s'appliquait en 2009 majorée d'un coefficient de 1,015.

Le taux d'imposition reste inchangé à 16,52 %.

S'y ajoute les taxes spéciales d'équipement de 1,249 %, dont environ 0,35 % attribué à la Société du Grand Paris.

Le conseil municipal ne semble pas avoir délibéré sur la fixation d'une cotisation minimale qui reste établie à 62 euros.

* DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES
INSTRUCTION 6 E-7-11 DU 8 JUILLET 2011

http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2011/07/cir_33443.pdf

Philippe Cochard



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Indignez-vous !

Avez-vous lu « Indignez-vous ! » de Stéphane HESSEL ? Non ? Alors comblez vite cette lacune ! Ce petit opuscule de 25 pages vous réveillera et vous encouragera à vous indigner. Son auteur, qui affiche fièrement ses 93 printemps, est un magnifique exemple de jeunesse et de dynamisme. Co-rédacteur de « La Déclaration Universelle Des Droits de l'Homme » et ancien Ambassadeur, il nous livre sa réflexion indignée devant le monde complexe dans lequel nous vivons et nous donne quelques conseils judicieux, fort de son expérience. Pourquoi je vous incite à découvrir ces propos ? Simplement parce que chaque mot, chaque phrase et chaque pensée trouve un écho dans notre action syndicale. Chacun d'entre nous est indigné devant les injustices, les incompréhensions, les manques de fidélité à la parole donnée, les négociations qui n'avancent pas, les résultats décevants, les difficultés multiples et variées... La liste est longue, trop longue ! De là est certainement né notre engagement pour les uns et le découragement pour les autres. Grâce à son éternelle jeunesse et sa non-résignation, Stéphane HESSEL nous délivre un formidable message d'espoir. Pour réussir ? Agir en réseau, se regrouper pour transformer cette indignation individuelle en une indignation collective afin de mener une « insurrection pacifique ».

Chers Amis, tout comme Stéphane HESSEL : indignez vous !

Jean-Louis Besse



Gérard Bazoge nous a quittés

Nous venons d'apprendre la triste nouvelle du décès de notre confrère Gérard Bazoge, survenu le 8 décembre dans sa 68^{ème} année.

Administrateur du Syndicat de Paris durant de nombreuses années, Conseiller Fédéral de la FFMKR, Directeur de l'AGAKAM, la hauteur de son engagement professionnel et syndical a marqué tous ceux qui ont pu le côtoyer.

Le SMKRP et l'ensemble de ses administrateurs s'associent à la douleur de sa famille et de ses proches, et leur adressent leurs sincères condoléances.



" Intouchables "

Élisabeth Visseaux, tétraplégique et auteur d'un livre témoignage sur son histoire et sur le handicap, nous livre sa vision du dernier succès du box-office : " Intouchables ".

Une merveilleuse réalisation que celle de transformer des situations dramatiques en une comédie.

Deux destinées, si lointaines en apparence, qui se croisent et deviennent inséparables.

Philippe, la quarantaine, habitant d'un hôtel particulier parisien qui est devenu tétraplégique suite à un accident de deltaplane.

Driss, la vingtaine, d'origine sénégalaise, banlieusard qui devient auxiliaire de vie dans l'urgence de trouver un emploi après sa sortie de prison.

Une parfaite coordination médicale et paramédicale, doit et va exister pour satisfaire au mieux Philippe dans sa dépendance.

Et, rapidement Driss va l'adopter avec sa bonne humeur joyeuse.



La destruction des obstacles discriminatoires, par l'humour, la gaieté, la joie, est une formidable prouesse. Mais celle-ci est malheureusement trop peu réaliste et seulement de la fiction pour beaucoup de personnes en situation de handicap.

Le public, de tous les âges, apprécie ce majestueux film.

Le scénario enchante et contente les cœurs des spectateurs, par les émotions qui se dégagent dans le développement de l'histoire.

Savoir rire de toutes les situations et savoir apprécier la vie avec ses imperfections et ses différences sont des chemins difficiles à emprunter mais pas impossibles.

En effet les différents thèmes retenus dans le film sont difficiles à aborder mais pas intouchables.

Tétraplégique moi-même, j'ai vécu intensément ces moments de joie ; ce film délivre un hymne à la Vie, à l'Amour.

Élisabeth Visseaux

" ... Et la vie continue ! "

Édition Praelego

Dans ce livre, Élisabeth Visseaux parle, sans fausse pudeur, de son rapport avec la maladie mais aussi de ses relations avec les soignants et accompagnants qui l'entourent. Emplie d'une énergie et d'une soif de vie peu commune (elle est peintre avec la bouche), cette femme, psychologue de formation, nous donne à la fois une leçon de vie et nous fait nous interroger, en tant que thérapeute, sur notre manière d'appréhender le grand handicap.

Sélection du Prix Handi-Livres 2011

