

Accessibilité des cabinets : l'impossible pari

Accessibilité pour tous : un enjeu accessible ?

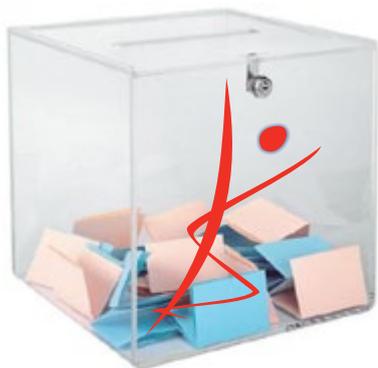
Lire page 3

**Accessibilité des locaux aux handicapés :
une Loi, combien de poids, combien de mesures ?**

Lire page 5



Élections au CDO de Paris



**Vous êtes
#KinesParisiens :
votez !**

Lire page 6

Le tiers-payant généralisé



**La mort de
l'exercice libéral ?**

Lire page 11

J'y pense parfois le matin en me rasant...

Il paraît que certains, au risque de se couper, rêvent le rasoir à la main. Aspirations parfois légitimes à l'obtention d'un poste, d'une fonction ou d'une quelconque distinction.

Moi aussi, je l'avoue, lorsque les joues blanches de mousse, le rasoir parcourt mon visage, j'y pense. Oh, non pas à la prochaine responsabilité qu'il me faudra allègrement endosser mais à la possibilité au contraire de trouver un successeur pour me décharger de mes fonctions. Le Syndicalisme professionnel local, mes amis, ça use !

Même si l'action syndicale apporte de nombreuses joies et de réelles satisfactions, vient le temps où l'on aimerait passer le flambeau.

Mais voilà, la relève n'est pas là. Un peu dans les adhésions, mais pas dans la volonté de s'investir afin de faire vivre ces structures indispensables à la profession que sont les Syndicats professionnels.

Où sont les jeunes consœurs et les jeunes confrères ? Croient-ils vraiment que leur profession tiendra face à la déferlante des mauvaises nouvelles qui nous accablent depuis de nombreuses années sans que des voix s'élèvent pour la défendre ? Déjà, l'exercice libéral est moribond. Attendront-ils qu'il soit définitivement enterré pour sortir de leur coupable indifférence ?

Les Syndicats ne demandent qu'à leur ouvrir leurs portes. Qu'ils n'hésitent pas à entrer ! Sans eux, la partie est perdue.

Au moins, j'espère qu'ils ne dédaigneront pas voter pour choisir leurs représentants dans une autre structure dont la mission première est de défendre notre profession : l'Ordre.

Les élections au Conseil départemental de l'Ordre de Paris vont prochainement avoir lieu.

Si, comme moi, vous êtes #kinésParisiens, VOTEZ !

Claude Cabin



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

Sommaire

- Page 3 : Accessibilité pour tous : un enjeu accessible ?
- Page 5 : Accessibilité des locaux aux handicapés : une Loi, combien de poids, combien de mesures ?
- Page 6 : Élections au CDO de Paris
- Page 8 : Un nouveau pas vers la reconnaissance des ostéopathes « ni-ni » comme profession de santé
- Page 9 : Site Internet : un service de l'Ordre !
- Page 10 : Quitter l'URSSAF... une fausse bonne idée
- Page 11 : Le tiers-payant généralisé
- Page 14 : Parcours de santé : le PAERPA au point mort
- Page 16 : Kinésithérapie, kinésithérapeutes ?
- Page 17 : Des nouvelles du PRADO orthopédie

Directeur de la publication :
Claude Cabin

Rédacteur en chef :
Philippe Cochard

Comité de rédaction:

Sandrine Bressand, Claude Cabin, Bernard Codet, Éric Charuel, Hamid Dhimène, Didier Évenou, Christian Lebrault, Jean-Pierre Lemaître, Dinah Mimoun, Ludwig Serre.

Contact :
kfp@smkrp.org

Graphisme et mise en page :
Claude Cabin

Crédits photos : Claude Cabin, Jos van Galen, Ruben Paz, Andre Bogaert

Retrouvez nous sur



Accessibilité pour tous : un enjeu accessible ?

Depuis le 11 février 2005, tous les locaux des professionnels de santé sont soumis aux obligations décrites dans la [Loi n°2005-102](#) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ces différents aménagements devront être prêts au 1^{er} janvier 2015. La réalité de terrain et sa faisabilité ne doivent pas compromettre l'action reconnue des kinésithérapeutes parisiens.

Quel est le public concerné ?

Les 2.782 masseurs kinésithérapeutes parisiens^[1] officient, dans une très grande majorité des cas, dans des locaux professionnels situés dans des immeubles. La spécificité parisienne de ces cabinets, souvent en étage, font que de **lourds travaux d'aménagement** devraient être engagés pour ne pas se mettre hors la loi. Les loyers réclamés sont les plus élevés de France.

Si nous nous rapprochons du cahier des charges édité par la Délégation ministérielle à l'accessibilité dans son fascicule : « *Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité* », la description des différents aménagements pour des locaux anciens semble **pharaonique**.

Alors comment concilier nouvel aménagement, fermeture partielle, totale et provisoire du cabinet pour faire les travaux, tout en continuant une activité de haute qualité ?



Pour mémoire, nous ne devons pas oublier que des sanctions sont possibles à la hauteur de 45.000 euros, si un patient porte plainte pour non prise en charge par manque d'accessibilité. Même si cette démarche peut être envisagée, la procédure qui en découle sera longue. Nous nous sommes engagés à soigner toutes les personnes qui nous sollicitent, mais nous pouvons **réorienter** ces dernières si nous ne sommes pas à la hauteur des soins attendus par ce patient. Notre clientèle est le reflet de nos appétences à telle ou telle spécificité, et régulièrement nous les réorientons vers un collègue dont le domaine de compétence correspond plus à l'attente du patient.

Être à la hauteur c'est aussi lui proposer un local adapté ? **À chacun de se positionner.**

Nous sommes tous des professionnels responsables, nous pouvons et devons assumer ce choix de réorientation dans le dialogue et l'explication que nous pouvons apporter au patient.

L'aménagement doit-il n'être réservé qu'aux futures nouvelles installations ? Nous retrouvons bien là le fond du problème Parisien : les nouvelles normes sont réalisables sur du foncier neuf et non sur de la création dans un immeuble déjà existant. Les lourdes contraintes d'une « réhabilitation » intérieure et extérieure sont bien un frein au retard pris par certains, mais ne doivent pas être condamnables, et chaque cas devrait bénéficier de **dérogation**.

Pour quel public doit-on se conformer à la loi ?

La France compte près de 9,6 millions^[2] de personnes en situation de handicap déclarée. Mais combien de ces personnes touchent directement nos cabinets ? Nous pouvons élargir cette clientèle aux personnes touchées par un handicap transitoire (fracture, entorse, soin post-opératoire, personnes âgées, etc...). Nous pouvons, à la lecture de notre SNIR (le reflet de nos diverses interventions thérapeutiques ?!!) retrouver un classement par âge et par type de soin, et nous pouvons donc dégager un profil type de notre patientèle,

Accessibilité pour tous : un enjeu accessible ?

qui souffre de maux et se retrouve forcément en situation de handicap. Mais devons-nous réaménager nos structures pour être conformes à la loi ? Nous pouvons toujours apporter des modifications, mais **les contraintes des travaux** (autres que financière) doivent être acceptées par la copropriété de l'immeuble, et bien plus largement cette accessibilité doit se retrouver **aux abords de nos cabinets**.

Mais où en est la réalité ? Dans un [communiqué de presse du 8 janvier 2014](#), l'APF (Association des paralysés de France) pointe du doigt l'État qui se trouve en position de hors la loi au regard de cette loi. Pourquoi obliger des professionnels responsables à se conformer à la loi alors que l'État lui-même semble ne pas jouer le jeu.

Nous faisons tous des efforts, à notre hauteur (financière), mais nous ne pouvons **pas mettre en péril** notre activité et laisser sur le trottoir nos patients.

Cette accessibilité tournée vers nos cabinets de ville est bien un problème sans fin : comment concilier l'obligation de la loi et la réalité. Le récent [article du Parisien du 9 février 2014](#), nous informe que c'est bien **l'ensemble des professionnels de santé** qui sont confrontés à ce problème. La non possibilité de choix du patient pour trouver un professionnel reste **le problème majeur**. C'est bien pour nos patients que nous travaillons.

Nous pouvons déplorer la non cohérence de l'État par :

- l'État qui impose mais n'applique pas la loi à ses différents établissements publics ;
- l'État et la commune parisienne qui n'arrivent pas à proposer des voies de circulation et des transports adaptés ;
- l'État et la commune parisienne qui n'écoutent pas les différents professionnels du monde de la santé ;
- l'État et la commune parisienne qui n'écoutent pas les doléances des patients.

Nous ne pouvons que vous conseiller de regarder la faisabilité de votre conformité à la loi et de l'intégrer dans une démarche plus globale élargie aux alentours de votre lieu d'exercice.

Cet enjeu est bien comme la loi : l'accessibilité n'est qu'**un doux rêve** pour un grand nombre d'entre nous, mais nous sommes **tous prêts à relever le défi**.

Comme moi, vous êtes [#KinésParisiens](#)

Patrick SALAÜN

[1] [URPS-MK-IDF : Démographie des kinésithérapeutes libéraux d'Île-de-France au 1^{er} janvier 2014](#)

[2] [L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011 : pages 57 à 70.](#)

Accessibilité des locaux aux handicapés : une Loi, combien de poids, combien de mesures ?

La Loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a fixé les conditions d'accessibilité à tous les établissements recevant du public (ERP).

Ceux-ci sont classés en 5 catégories, avec des règles propres à chacune d'elles ; les cabinets des professionnels de santé libéraux sont classés en catégorie 5, qui voit s'appliquer les règles les moins draconiennes, ce qui n'en fait pas une application aisée pour autant.

Pour preuve la **Délégation ministérielle à l'accessibilité**, émanant du Ministère de l'Égalité des territoires et du logement, et du Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'énergie a produit un [Guide de l'accessibilité aux locaux des professionnels de santé](#) qui édicte des règles souvent moins strictes et moins sévères que le texte de la Loi, ainsi que des conditions d'obtention de dérogations à ses propres règles. Nous avons déjà des exemples de demandes de dérogations refusées dans un premier temps par des Préfets d'Île-de-France, car ceux-ci ignoraient l'existence de cette « alternative » à la Loi.

Autre poids (de taille) autre mesure (?) : la RATP ne s'est pas cachée depuis longtemps pour affirmer que la mise aux normes de son réseau serait impossible, et que celle-ci ne serait donc qu'en partie réalisée (sic).

Quotidiennement les attaques sur les ondes ou dans la presse portent sur les établissements publics qui eux non plus ne sont (et ne seront peut-être jamais) aux normes d'accessibilité : qu'à cela ne tienne, le Premier Ministre annonce que les villes auront des délais de mise aux normes allant de 3 à ... 9 ans supplémentaires.

Pourtant, le 1^{er} mars 2013 déjà, Claire-Lise Champion a déposé au Sénat un rapport qui évalue la capacité de réussir en France l'accessibilité pour 2015, dont une des propositions est la mise en place d'Ad'Ap (agendas d'accessibilité programmée).

L'Ad'Ap correspond à un dossier de demande de délai (jusqu'à 3 ans), à fournir avant le 31 décembre 2014. Au-delà de cette date il ne sera plus possible de demander un délai. Le dossier sera alors étudié par la commission d'accessibilité. À ce jour, il semble que cela soit la seule possibilité de repousser l'échéance pour les ERP 5, mais pas plus de 3 ans !

Et dans tout cela, ne perdons pas de vue les sanctions prévues par la Loi pour l'absence de mise aux normes : 45.000 € d'amende, et fermeture préfectorale de l'établissement !

3.000 kinésithérapeutes libéraux exercent leur activité professionnelle à Paris. Combien le font dans un local où la mise aux normes est possible ? 100, 200, 500 ? Certainement pas autant !

Alors la question revient à celle-ci : l'accessibilité que nous devons aux personnes handicapées est-elle celle à nos locaux, ou celle à nos soins ? **Assurément aux soins !**

La logique et le pragmatisme devant ces situations ont intelligemment conduit les URPS d'Île-de-France à proposer des solutions alternatives, dont évidemment les soins à domicile prodigués chaque jour par les professionnels de santé, mais pas seulement (Plan d'actions Handicap des URPS).

Souhaitons que nos instances dirigeantes fassent preuve d'autant de discernement avant de voir disparaître une très grande partie de l'offre de soins de premier recours dans notre ville...

Philippe COCHARD



Élections au CDO de Paris

Lors des dernières élections en 2012, certains vous avaient fait des promesses. Ont-elles été tenues ?

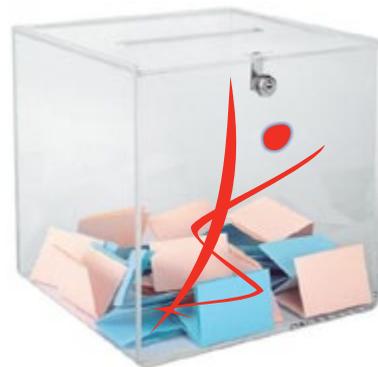
On vous avait promis *la diminution du montant de la cotisation ordinale*. **Elle n'a pas varié.**

On vous avait promis *la diminution des indemnités des élus*. **Elles ont augmenté.**

On vous avait promis *une cotisation symbolique pour les SCP et SEL*. **C'est toujours 90 €.**

On vous avait promis *une valorisation de notre profession par la valorisation de la formation initiale*. **C'est toujours Bac + 2.**

On vous avait promis de *peser sur les orientations de politique nationale*. **Le CDO de Paris s'est encore plus assujéti au Conseil National.**



Ces promesses ne pouvaient pas être tenues car aucune n'est du ressort d'un Conseil départemental. On vous a menti !

Par contre, les suivantes auraient pu être tenues :

On vous avait promis de *vous consulter régulièrement afin que les prises de décision soient plus démocratiques*. **Vous attendez toujours !**

On vous avait promis un *Conseil intègre, juste et soucieux de l'argent qui provient de vos cotisations*. **Les comptes du CDO qui étaient précédemment publiés ne l'ont pas été en 2012 et 2013.**

On vous avait promis un **véritable renouveau** de votre Ordre départemental. **Résultat :**

- Pas de rapport démographique en 2012 ni en 2013
- Une seule lettre du Conseil en 18 mois
- 10 communiqués par mail depuis septembre 2012 ayant la prétention de « **mettre de l'Ordre dans vos idées** »... Parce qu'avant, c'était la pagaille ?
- Un caducée 2014 toujours absent de vos pare-brise au mois de mars
- Un budget en nette augmentation
- Une lutte contre l'exercice illégal insignifiante

Le SMKRP-FFMKR 75 soutient le groupe de candidats [#KinésParisiens](#)

Parce que vous souhaitez retrouver un Conseil départemental

- Proche de vous et de vos préoccupations
- En capacité de vous fournir une information riche et éclairée
- Désireux de poser une réflexion participative avec les kinés parisiens

Élections au CDO de Paris

- Soucieux d'asseoir sa transparence par la publication systématique de ses comptes
- Apte à assurer une représentation efficace en direction des acteurs institutionnels de santé parisiens
- Volontaire pour assumer une prise de position ordinaire sur des thèmes importants
- Résolu à initier des accords locaux de lutte contre l'exercice illégal
- Innovant et résolument tourné vers le service aux professionnels et aux usagers.

Pour toutes ces raisons, le SMKRP-FFMKR 75 vous demande de voter pour :

Vous êtes libéral

Éric Charuel

Philippe Cochard

Hamid Dhimène

Jean-Charles Laporte

Jean-Pierre Lemaître

Georges Nasr

Jean-Pierre Prost

Patrick Salaün

Ludwig Serre

Vous êtes salarié

Didier Évenou



Vous êtes #KinesParisiens : votez !

Claude CABIN

Président du SMKRP - FFMKR 75

Retrouvez le groupe #KinesParisiens

kinesparisiens@gmail.com

Un nouveau pas vers la reconnaissance des ostéopathes « ni-ni » comme profession de santé

Le 24 février a été publiée une Loi d'adaptation de notre droit par rapport au droit européen en matière de santé.

Sans le dire, ce texte renforce la confusion entre les ostéopathes (et chiropracteurs) professionnels de santé et ceux n'ayant pas cette qualité. Il en est de même concernant l'usage du titre de chiropracteur.

En effet, désormais ceux usant du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur et n'étant par ailleurs pas professionnels de santé, bénéficient du même régime de responsabilité que les professionnels de santé à l'égard des personnes qui les consultent. Ils sont donc tenus de souscrire, dans les mêmes conditions qu'un professionnel de santé, une assurance au titre de la responsabilité civile professionnelle.



S'il on peut se réjouir d'une telle évolution qui vise à protéger la population, on perçoit in fine que des actes pratiqués par des ostéopathes qui ne sont pas professionnels de santé (et ne pratiquent pas des actes de santé curatifs) sont pourtant suffisamment interventionnistes et susceptibles d'entraîner des dommages, pour justifier que soit retenue à leur encontre une responsabilité en cas de faute, et par ailleurs qu'ils aient l'obligation d'être assurés. La prochaine étape de cette évolution législative sera assurément de retenir une indemnisation du client en cas de responsabilité sans faute par les dispositifs mis en place pour les professionnels de santé, c'est-à-dire ouvrir aux victimes des ostéopathes ni-ni le bénéfice de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

Depuis 2002 et de manière insidieuse, s'est construite une nouvelle profession de santé qui tait son nom. Elle offre progressivement l'ensemble du panel législatif et réglementaire visant à protéger les patients : contrôle du titre d'exercice, de son usage et définition des actes professionnels par l'État, formation réglementée - d'ailleurs d'un potentiel de qualité supérieur à nombre de professions de santé (par le seul volume horaire) -, régime de responsabilité pour faute et obligation d'assurance et, sur le plan fiscal, exonération de la TVA. Rien d'autre n'est aujourd'hui nécessaire ou indispensable et sans doute pas la réglementation des tarifs par l'État dès lors que l'assurance maladie n'intervient pas dans le financement des dépenses générées par cette activité. Sans doute est-ce sur ce point du financement que se perçoit la volonté des pouvoirs publics : offrir de nouveaux moyens et des moyens alternatifs de réponse aux attentes de la population en matière de santé, exclus du régime de protection sociale ; un déremboursement qui ne dit pas son nom mais bien plus populaire que certains déremboursements comme ceux des médicaments.

Références : [Loi n° 2014-201 du 24 février 2014](#) portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé

Ludwig SERRE

Site Internet : un service de l'Ordre !

Sans aller jusqu'à chercher à faire le « buzz », être présent sur la toile en tant que kinésithérapeute est de plus en plus fréquent.

En effet, utiliser un moteur de recherche lorsque nous avons un besoin est devenu de nos jours un réflexe. Cela est tout aussi vrai pour réserver un billet d'avion, se remémorer l'orthographe exacte de la capitale du Burkina-Faso (Ouagadougou) ou bien encore trouver un kinésithérapeute près de chez soi.

Alors rejoignez les confrères déjà présents sur le Web !

Envie de créer votre site : quelles démarches effectuer ?

Tout d'abord, il faut posséder une adresse internet de type www.nomdedomaine.ext

Pour cela, il faut se rapprocher d'un fournisseur de nom de domaine.

Ensuite, il faut créer une ou plusieurs pages qui contiennent les informations que vous souhaitez partager avec les futurs visiteurs de votre site.

Certains sites proposent des solutions clefs en main.

Ce contenu doit bien sûr être respectueux du Code de déontologie de notre profession.

L'Ordre a ainsi adopté une charte pour nous aider à créer un site respectant les règles qui s'appliquent aux masseurs-kinésithérapeutes. Vous pouvez retrouver l'intégralité de cette charte sur le site du Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de Paris CDOMK 75 : www.paris.ordremk.fr.

En voici les principaux points :

Le site Internet ne doit en aucune façon présenter un caractère promotionnel, publicitaire ou commercial. Les informations qui peuvent figurer sur le site sont :

- Nom, prénom, adresse professionnelle, numéros de téléphone, de télécopie, adresse de messagerie Internet, jours et heures de consultation, langues parlées par le professionnel ;
- Noms des éventuels associés et indication du type de société ;
- Situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie (conventionné ou non) ;
- Si reconnu par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) : diplômes, titres, grades et fonctions ;
- La photo du professionnel ainsi que des photos (ou vidéos) du cabinet ;
- Si elles sont reconnues : les spécificités du cabinet ;
- Avec leur accord, noms des éventuels collaborateurs et salariés avec ou sans leur photo d'identité ;
- Des articles publiés ou acceptés dans des revues scientifiques à comité de lecture.



Site internet : un service de l'Ordre !



La présentation du cabinet peut comporter les informations suivantes :

- Plan du quartier et moyens d'accès (métro, bus, etc.) ;
- Parcages ;
- Accès handicapés ;
- Ascenseur ;
- Existence d'une piscine ou/et celle d'une salle réservée aux activités physiques d'entretien, de bien-être.

Il est possible de transmettre des informations médicales à caractère objectif et à finalité scientifique, préventive ou pédagogique. Ces données doivent être suffisamment confirmées et il n'est pas possible de parler d'une nouvelle pratique insuffisamment éprouvée. L'usage de liens vers d'autres sites Internet doit respecter cette exigence.

Enfin, il faut déclarer son site Internet auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de Paris CDOMK 75 à l'aide d'un formulaire disponible sur www.paris.ordremk.fr

Jean-Charles LAPORTE

Quitter l'URSSAF... une fausse bonne idée



Nombreux sont les professionnels libéraux à avoir reçu des incitations à se désaffilier de l'URSSAF (ou du RSI), en arguant du fait que l'affiliation à une caisse de sécurité sociale serait libre dans l'Union européenne. Si alléchantes soient-elles, de telles incitations sont susceptibles, pour ceux qui y répondraient favorablement, de les placer en grande difficulté, par l'application de sanctions financières, voire de sanctions pénales.

La sécurité sociale en France est un régime légal de protection : il s'impose à toute personne qui travaille sur le territoire. Fondée sur le principe de solidarité nationale, la sécurité sociale, et pour son activité de protection sociale, n'est pas soumise au droit de la concurrence. Chacun des États de l'Union européenne est libre d'organiser comme il l'entend son système de sécurité sociale concernant chacun des risques, le niveau des prestations versées, le mode de financement et le degré de solidarité entre les citoyens. Ainsi, une jurisprudence constante (notamment CJCE, 17 fév. 1993, arrêt Poucet et Pistre) de la Cour de justice des communautés européennes a confirmé qu'un professionnel exerçant en France ne pouvait s'affranchir de l'affiliation à la sécurité sociale quand bien même il serait affilié à un autre organisme dans un autre État de l'Union européenne.

Ainsi, ceux qui font miroiter que l'affiliation dans un autre État de l'Union européenne peut se substituer à l'affiliation à la sécurité sociale en France, incitent les professionnels à se mettre en difficulté. Quand bien même les professionnels auraient acquitté des primes d'assurances dans un autre pays, l'URSSAF sera en droit de leur réclamer l'ensemble des cotisations – sur plusieurs années – qui n'auraient pas été réglées, dont le montant sera majoré de pénalités : c'est ainsi que la dette contractée vis-à-vis de l'URSSAF devient très vite colossale et difficilement surmontable.

Ludwig SERRE

Le tiers-payant généralisé

Le 23 septembre 2013, notre Ministre de la santé, Madame Marisol Touraine, annonce un changement radical dans le fonctionnement relationnel entre les trois acteurs autour du soin : le patient, le professionnel de santé et l'État. Par l'intégration du **tiers-payant** généralisé à l'horizon **2017**, l'État réorganise sa position dominante, dictatoriale, voire soviétique sur le monde médical.

Par cette réorganisation, l'État veut-il élargir ses actions régaliennes, ou tout simplement faire disparaître l'activité libérale du secteur de la santé ?



Le tiers-payant n'est applicable que dans certaines conditions en France, et est attaché à une réglementation. Il doit s'appliquer exclusivement :

- Aux soins qui font suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ^[1];
- Aux assurés bénéficiant de l'article L 115 ^[2];
- Aux personnes bénéficiant de l'AME ^[3];
- Aux titulaires de la CMU Complémentaire (CMU-C) ^[4];
- Aux bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé (ACS), chez les médecins et seulement pour la part obligatoire ^[5];
- Pour certains actes de prévention dans le cadre d'un dépistage organisé ;
- Aux personnes hospitalisées dans un établissement sous convention avec l'Assurance maladie ^[6];
- Aux mineurs de plus de 15 ans et consultant un professionnel de santé pour une contraception.

Les autres situations particulières comme les ALD, la CMU de base ^[7], les prises en charge pour suites de soins coûteux (hospitalisation, soins de suite, traitements spécifiques : par exemple chimiothérapie) **peuvent** bénéficier d'un tiers-payant sur la part remboursable du tarif conventionnel. La somme restante (y compris le dépassement d'honoraires quand il est pratiqué) reste à la charge du patient assuré social.

Ce tiers-payant généralisé ne sera-t-il applicable que sur la part remboursable par le régime général de sécurité sociale ? Ou sera-t-il élargi à la totalité du tarif appliqué ?

Pour qui ce tiers-payant est-il un avantage ?

Le patient verra sa démarche de consultation médicale (et paramédicale) ramenée à RIEN financièrement. Alors pourquoi ne pas abuser de ce nouveau service « gratuit » qui sera souvent prolongé par un passage chez le pharmacien, où là aussi contre une prescription médicale et/ou paramédicale, le patient ressortira avec ses articles « gratuits ». Il sera déconnecté du coût réel du service rendu, et totalement déresponsabilisé vis-à-vis d'une dépense sociétale qui sera alors victime d'une consommation inflationniste. Et comment rapprocher la démarche d'échange de service entre un patient et son thérapeute, où le geste du règlement fait partie pleine du traitement ?

Le patient pourra imposer son exigence particulière de temps et de lieu, et le champ du dépassement d'honoraires, déjà réglementé, ne pourra plus s'appliquer.

Le patient sera détaché de toutes les tâches de « secrétariat » pour sa prise en charge et son remboursement, et de tous les aléas lors de contestations (refus a posteriori des soins, erreur de remboursement, non reconnaissance d'un accident de travail, etc.).

Le tiers-payant généralisé

Les mutuelles qui verront leurs actions renforcées en proposant des circuits de soins, en imposant des limites aux tarifs non pris en charge par la sécurité sociale.

L'État qui n'aura plus qu'un interlocuteur unique sur la démarche thérapeutique du début jusqu'à la fin.

L'État qui pourra à sa guise réguler, réglementer, contrôler, sanctionner le praticien. Par la maîtrise du coût du parcours de soins, l'enveloppe destinée à la santé lui sera plus aisément contrôlable.

L'État qui verra disparaître la concurrence du monde libéral (tant le praticien isolé dans son cabinet que les nombreuses structures d'exercice collectif privées).

L'État qui pourra éditer des protocoles de soins plus élargis, englobant un coût financier réglementé et ainsi limiter ce dernier.

L'État qui est déjà le seul instigateur des différents parcours de soins. Tout commence par les différentes formations initiales réglementées par des numérus clausus et des cursus échelonnés ; puis les différents protocoles de soins (consensus, recommandations, bonnes pratiques, tarifications, remboursement, etc.). Mais il manquait un maillon à ce contrôle complet d'une profession : la maîtrise et le contrôle total de la dépense.

C'est bien l'État qui ressortirait le grand gagnant de cette réforme, bien avant le patient. La mainmise sur la santé tombera dans les seules mains des politiques sans tenir compte de la réalité de terrain. Le monde libéral, dont l'activité est reconnue par tous comme la moins coûteuse de toutes les formes d'exercice dans la santé pour la Société, ne demande qu'à continuer à travailler en bonne entente avec le monde du secteur public.



Que des inconvénients pour les professionnels de santé libéraux

La maîtrise de l'emploi du temps en sera transformée, par une demande plus personnalisée du patient. Le professionnel de santé sera le seul responsable du coût de l'acte. La surcharge de travail qu'occasionnera ce mode de règlement ne sera pas reportable sur le coût de l'acte de soin, mais bien une dépense supplémentaire à imputer au chiffre d'affaires. La Fédération nationale des centres de santé (FNCS) estime que la mise en œuvre de ce tiers-payant nécessite un investissement en personnels et en systèmes informatiques qui fragilise l'équilibre économique des centres et évalue le coût de cette procédure à 3,50 euros par acte.

Mais qui devra régler cette participation si le patient n'est plus engagé par un règlement ?

Qui remboursera des soins non acceptés par le « contrôle médical » ?

Qui sera responsable des différentes prescriptions si celles-ci ne sont pas justifiées, après contrôle médical ?

Le professionnel verra son activité encore plus régulée, et pourquoi pas plus réglementée avec un quota d'actes journaliers. Pourquoi ne pas imaginer une obligation de télétransmettre à la journée.

Qui sera l'interlocuteur auprès des mutuelles, si le patient n'est pas à jour de sa cotisation ?

Qui sera l'interlocuteur pour une prise en charge après un accident avec un tiers reconnu (conflit entre assurances).

Comment sera prise en charge l'existence même du dépassement d'honoraires, pourtant largement reconnu comme nécessaire à la réalité du coût de la pratique ?

Le tiers-payant généralisé

En conclusion, **tout reposera sur les épaules du seul professionnel de santé**, qui devra en plus de sa journée de travail ajouter une surcharge de travail de contrôle de ces honoraires. Les fournisseurs de logiciels de gestion factureront des modifications des logiciels existants (de nouveau à la charge du professionnel).

L'appauvrissement inévitable des professionnels de santé libéraux ne pourra que conduire à une diminution de l'offre des soins qu'ils apportent à l'ensemble des patients : au prétexte de favoriser l'accès aux soins pour tous à un tarif opposable transparent, nous aurons gagné de ne plus pouvoir offrir de soins qu'à une partie plus restreinte de la population.

C'est pour toutes ces raisons que nous ne pouvons qu'être contre cette généralisation du tiers-payant. L'État est déjà très impliqué dans la gestion de notre activité qui ne reste libérale que par le nom. Nous réclamons notre autonomie, la généralisation de ce tiers-payant est un frein à cette autonomie.

Patrick SALAÜN

[1] www.legifrance.gouv.fr → [Accident du travail et maladie professionnelle](#)

[2] www.legifrance.gouv.fr → [Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre](#) → [Article L 115](#)

[3] www.ameli.fr → [l'aide médicale d'état](#)

[4] www.legifrance.gouv.fr → [la CMU-C](#)

[5] www.legifrance.gouv.fr → [Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes - Art 5](#)

[6] www.legifrance.gouv.fr → [hospitalisation dans un établissement sous convention avec l'Assurance maladie \(articles L162-20 à L162-21-1\)](#)

[7] Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

- Article 1 : Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection assurance complémentaire et à la dispense d'avance de frais tiers payant. **Ces personnes ainsi que leurs ayants droit bénéficient ainsi du remboursement de leurs dépenses de santé.**

- Article 24 de la loi du 27 juillet ajoute à l'article L162-5-2 du Code de la sécurité sociale un alinéa précisant que "les tarifs ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient".

SYNDICAT DES MKR DE PARIS : COTISATIONS 2014



	Cotisation 2014	Quote-part départementale	Quote-part fédérale
Tarif individuel	308 €	68 €	240 €
Conjoint(e), Groupe de 2 personnes*	270 €	41 €	229 €
Groupe de 3 personnes*	261 €	42 €	219 €
Groupe à partir de 4 personnes*	235 €	42 €	193 €
Moins de 30 ans (au 01/01/2014) 1 ^{ère} adhésion	145 €	44 €	101 €
Jeune diplômé(e) 2012 ou 2013, retraité sans activité libérale, salarié	59 €	9 €	50 €
Étudiant 3 ^{ème} année d'IFMK	20 €	0 €	20 €

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

Même adresse professionnelle. Ces personnes doivent régler leur cotisation en même temps

Parcours de santé : le PAERPA au point mort

Placer le patient devant le bon interlocuteur, « *au bon endroit et au bon moment* », c'est le défi imposé par une nécessaire démarche de rationalisation et d'efficacité de l'action sanitaire.

Un parcours de santé pour les personnes âgées

Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) propose une expérimentation du parcours de santé dans le domaine gérontologique. Face au vieillissement de la population, il est impératif de modifier rapidement le mode de prise en charge des patients âgés, de limiter le recours aux urgences, de favoriser le maintien ou le retour à domicile. Optimiser la coordination entre les professionnels de santé libéraux, le secteur médico-social et l'hôpital est un préalable indispensable à ces objectifs.

Un pilier fragile de la stratégie nationale de santé

Présentées comme un des piliers de la stratégie nationale de santé de Marisol Touraine et initiées par les lois de financement de la sécurité sociale 2012 et 2013, les expérimentations PAERPA dans neuf régions pilotes, dont l'Île-de-France, devraient déjà être opérationnelles.

Une protocolisation excessive et un cruel manque d'ambition en matière d'investissement, notamment en faveur des acteurs libéraux, est en train de faire patiner ce qui était au départ une vraie bonne idée.

Ce qui est proposé aux libéraux de santé frise le ridicule : 100 € par an à partager entre le médecin et un autre libéral de santé (infirmier ou kinésithérapeute) pour assurer une coordination et l'établissement d'un [Plan Personnalisé de Santé](#)

De plus, le champ d'expérimentation du PAERPA se réduit de jour en jour : les résidents des EPHAD seront exclus des protocoles d'expérimentation.

Enfin, malgré la parution le 3 décembre 2013, du Décret relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, les dispositifs techniques de partage de l'information sont aux abonnés absents. Le fiasco du DMP n'est pas étranger à cette situation.

Le PAERPA en Île-de-France

Le nord-est de Paris a été choisi comme terrain d'expérimentation. Un Contrat de territoire portant sur l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées sur le territoire Nord parisien (9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements) a été conclu le 21 janvier 2013 entre l'ARS Île-de-France, le Département de Paris, l'Assurance Maladie et certains acteurs du territoire mais pas avec les Libéraux de santé, légitimement représentés par leurs URPS.



Parcours de santé : le PAERPA au point mort

C'est sur cette base que l'ARS Île-de-France a choisi de plaquer le dispositif PAERPA.

Délibérément exclus de l'élaboration, de la gouvernance et de la mise en œuvre de ce Contrat de territoire, il est désormais demandé au Libéraux de santé de s'engager dans une démarche coopérative afin de répondre aux exigences du cahier des charges du PAERPA. De qui se moque-t-on ?

Un dispositif qui ne répond pas aux attentes

Ce dispositif n'est pas à la mesure des attentes légitimes des professionnels de terrain et des patients. Imposé par le haut, fruit immature et déconnecté de la réalité, issu des cerveaux alambiqués de technocrates ministériels et de consultants rémunérés à prix d'or, le PAERPA n'apporte rien aujourd'hui qui soit de nature à mobiliser les Libéraux de santé.



Encourager les kinésithérapeutes à réinvestir le champ de la gérontologie

Concernant les kinésithérapeutes, faut-il rappeler les dispositions ségrégationnistes en matière d'âge de la NGAP. Pourquoi imposer une cotation spécifique pour les personnes âgées, et pourquoi cette cotation est la plus faible de toute notre nomenclature ? Alors que chaque consultation ou visite effectuée par un médecin en secteur 1 pour une personne âgée de plus de 85 ans donne droit à une majoration de 5€, versée directement par l'Assurance Maladie.

Comment engager les kinésithérapeutes parisiens à sortir de leurs cabinets pour 2 euros ? Seulement 12 % des actes de kinésithérapie sont effectués à domicile à Paris. Ce n'est pas avec des dispositifs comme le PAERPA que cela va s'arranger. On n'attrape pas les mouches avec du vinaigre !

Pour autant et malgré ces écueils, il n'est pas permis à la profession de désertier un champ de compétence qui constitue déjà et constituera encore plus dans l'avenir une partie non négligeable de notre cœur de métier. Les représentants de la profession, Syndicats et URPS, ont pour mission de promouvoir l'inégalable expertise des kinésithérapeutes dans le maintien et la restauration de l'autonomie. Ils ne failliront pas à cette tâche.

Nous non plus, praticiens de terrain ne devons pas nous détourner de ces actions de soins si précieuses pour nos patients. Prouvons que nous sommes des acteurs indispensables et irremplaçables auprès des personnes âgées. Ne laissons pas le vide s'installer dans ce domaine. D'autres sont déjà sur les rangs pour prendre notre place, avec moins de compétence et de légitimité.

Claude CABIN

Kinésithérapie, kinésithérapeutes ?

Ne m'en veuillez pas, je vais faire court et un peu lapidaire :
Au fond, voulons-nous être reconnus et honorés convenablement pour notre apport bien concret à la société française et notre impact positif dans la vie de nos concitoyens ?

À mon sens les fondamentaux de notre profession sont au nombre de sept :

1. la science médicale, un langage et des concepts que nous partageons avec les autres acteurs du champ sanitaire, un statut de professionnel de santé.
2. une thérapeutique non médicamenteuse, quasi-dépourvue d'effets secondaires dont l'objectif principal est de restaurer l'autonomie fonctionnelle.
3. un temps de contact et d'interaction avec le patient important (durée séance/ fréquence inédite dans le champ sanitaire), car un corps change rarement dans le bon sens en un claquement de doigt (nous devenons ce que nous faisons...), qui est aussi une excellente opportunité d'éducation thérapeutique ou à la santé (nous devenons aussi ce que nous pensons), un relai crédible des messages institutionnels en santé publique.
4. des praticiens généralistes, capables d'intervenir dans toutes les spécialités médicales, à tous les âges de la vie, et dans toutes les conditions de la santé (de la recherche du bien-être jusqu'aux soins palliatifs).
5. la durée moyenne de carrière libérale la plus longue des paramédicaux (et très sédentarisée, permettant une bonne connaissance des populations locales), qui fait de nous des professionnels de santé de référence (comme le médecin de famille ou le pharmacien), ainsi que des «sentinelles» capables de repérer les situations à risque et d'alerter.
6. des professionnels dotés (par la Loi) d'une déontologie, un gage de sécurité, de compétence, et de qualité des soins.
7. une excellente accessibilité, en majorité les patients sont à moins de 10 minutes d'un cabinet (et les kinésithérapeutes se déplacent... encore).



Cette courte liste est édifiante : nous sommes des acteurs incontournables de l'accompagnement du vieillissement (réussi) de la population... et des «autonomiseurs» à tous les âges de la vie !

Que cela ne soit pas clairement perçu reste pour moi un (petit) mystère dont l'élucidation nécessite de convoquer l'histoire de la profession, le système éducatif, les représentations sociales, les systèmes de concertation et de régulation et les politiques de santé.

Dans le monde, les physiothérapeutes sont de plus en plus souvent des professionnels de santé en accès direct... est-ce là hasard ou pure folie ?

Je reste convaincu que la raison l'emportera... mais qu'il faudra l'aider un peu !

Éric CHARUEL

Des nouvelles du PRADO orthopédie

L'expérimentation du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) dans sa version « orthopédie » poursuit son chemin.

Une très bonne nouvelle : 23 au lieu de 6 !

Jusqu'à présent, seules six interventions étaient éligibles aux PRADO orthopédie. Désormais c'est **vingt-trois gestes chirurgicaux** qui pourront bénéficier du programme.

Ces gestes sont issus de la liste tirée des recommandations de la HAS portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation.

L'expérimentation à Paris

Dans le secteur public, un accord a été signé avec l'AP-HP : le service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique de l'hôpital Lariboisière, dirigé par le Pr Simon Rémy NIZARD, a déjà enregistré 36 inscriptions au programme. Quatre nouveaux établissements Franciliens, dont deux à Paris, devraient suivre d'ici cet été.

Dans le secteur privé, le démarrage est encore poussif à la Clinique des Maussins mais l'expérimentation s'y poursuit. Un contrat a été récemment signé avec la Clinique Arago, dans le XIV^{ème} arrondissement.

Aux dires du Docteur Jean Olivet, Médecin-Conseil et responsable de l'expérimentation PRADO – Orthopédie à Paris, les conseillers de l'assurance maladie peinent à trouver des kinésithérapeutes.

Le frein principal semble néanmoins tout autre : c'est l'entourage des patients. La qualité des soins de rééducation semble encore, pour le grand public, être jugée supérieure en SSR qu'en ville.

À nous de prouver le contraire !

Claude CABIN

Les 23 interventions éligibles

- Fracture isolée ou multiple d'un segment de membre, ou extra-articulaire du bassin traitée orthopédiquement (hors traction continue)
- Ostéosynthèse d'une fracture isolée ou multiple d'un segment de membre
- Transposition chirurgicale tendineuse (en dehors d'une pathologie neurologique centrale)
- Acromioplastie
- Chirurgie de la coiffe des rotateurs (réparation tendineuse)
- Réparation chirurgicale des luxations récidivantes de l'épaule
- Libération chirurgicale des syndromes canaux du membre supérieur
- Réparation chirurgicale de plaie tendineuse sur l'avant-bras (à l'exclusion des traumatismes complexes)
- Libération chirurgicale dans le cadre de la maladie de Dupuytren
- Réparation chirurgicale de plaie tendineuse sur la main (à l'exclusion des traumatismes complexes)
- Arthroplastie totale coxofémorale (hors reprise compliquée)
- Arthroplastie totale du genou (hors reprise compliquée)
- Athroplastie partielle du genou
- Arthroscopie du genou (ménisectomie...), à l'exclusion de la ligamentoplastie
- Ligamentoplastie du genou (dont LCA)
- Ostéotomie et/ou transposition de la tubérosité tibiale (AN : tubérosité tibiale antérieure)
- Ligamentoplastie de la cheville
- Réparation chirurgicale du tendon calcanéen (AN : tendon d'Achille)
- Réparation chirurgicale de l'avant-pied
- Chirurgie discale rachidienne, à l'exclusion de la prothèse discale
- Chirurgie rachidienne avec arthrodèse
- Chirurgie rachidienne de libération canalaire sans arthrodèse
- Fracture du rachis stable non opérée (hors traction continue)