



SYNDICAT DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES REEDUCATEURS DE PARIS

Affilié à la Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs

75 avenue Simon Bolivar - 75019 PARIS

Tél. : 01.45.22.49.80

syndicatmkrparis@wanadoo.fr - <http://www.smkrp.org>

Enregistré sous le N° 8594 - SIRET N° 303 731 343 00016 - Code APE : 7715

KINÉSITHÉRAPIE À PARIS ET TARIFS

Dossier

1. Étude sur la pratique tarifaire des kinésithérapeutes (CPAM de Paris)
2. Extrait de la Convention Nationale destinée à organiser les rapports entre les Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux et l'Assurance Maladie
3. Courrier de la CPAM de Paris aux kinésithérapeutes
4. Extraits de Kiné Flash Paris N°38 :
 - Les dépassements d'honoraires : une question de survie
 - Honoraires : À la croisée des chemins, choisissons le bon secteur
 - Le Plan Stratégique Régional de Santé : Exercice libéral en danger
5. Extraits de Kiné Flash Paris N°39 :
 - Honoraires : le juste prix

COMMISSION PARITAIRE DEPARTEMENTALE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

REUNION DU 10 OCTOBRE 2011

Point n°4: Les pratiques tarifaires collectives des masseurs-kinésithérapeutes parisiens

I. Champ de l'étude

L'étude porte sur sur les masseurs-kinésithérapeutes ayant réalisé au moins 200 actes sur l'année. Elle couvre la quasi exhaustivité de l'activité des Masseurs kinésithérapeutes parisiens.

Les données portent sur :

- les masseurs kinésithérapeutes libéraux parisiens
- les patients du Régime Général (hors SLM) affiliés à une CPAM d'Ile-de-France
- les actes réalisés au cours de l'année 2010 (et réglés à fin mars 2011)

Totalité des MK (MK ayant réalisé au moins 1 acte):

	2010
Nombre de MK (1)	2 573
Nombre d'actes réalisés (2)	5 375 994

MK retenus pour l'étude :

	2010
Critère de sélection : Nb d'actes minimum réalisés par le MK	200 actes
Nombre de MK (3)	2 455
Nombre d'actes réalisés (4)	5 365 661

% des MK retenus pour l'étude (3) / (1)	95,4%
--	--------------

% des actes (4) / (2)	99,8%
------------------------------	--------------

II. Nombre d'actes et somme des coefficients des masseurs kinésithérapeutes

Les actes analysés relèvent des cotations suivantes:

- ⇒ **AMK** : Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé.
- ⇒ **AMC** : Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre clé AMK.
- ⇒ **AMS** : Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par le masseur-kinésithérapeute.

		Ensemble des 2 455 MK
AMS	Nombre d'actes AMS	3 664 696
	Somme des coefficients AMS	31 057 868
	Coefficient moyen par acte	8,5
AMK	Nombre d'actes AMK	1 608 838
	Somme des coefficients AMK	14 043 520
	Coefficient moyen par acte	8,7
AMC	Nombre d'actes AMC	92 127
	Somme des coefficients AMC	750 141
	Coefficient moyen par acte	8,1
TOTAL (AMK+AMS+AMC)		
	Nombre d'actes total	5 365 661
	Somme des coefficients	45 851 529
	Coefficient moyen par acte	8,5
Structure de l'activité		
	Nombre d'actes AMS	68,3%
	Nombre d'actes AMK	30,0%
	Nombre d'actes AMC	1,7%
	TOTAL des actes	100%

Les cotations AMS et AMK représentent 98,3% du total des actes.

III. Montant des honoraires et dépassements des masseurs kinésithérapeutes

Le montant des honoraires perçus par l'ensemble des Masseurs-kinésithérapeutes parisiens étudiés représente plus de 116 millions d'Euros.

Montant des honoraires des masseurs kinésithérapeutes

	Ensemble des 2 455 MK
AMS	
Honoraires perçus	79 535 766
Honoraires conventionnels	63 458 815
Montant des dépassements	16 076 951
Taux moyen de dépassement	25,3%
AMK	
Honoraires perçus	35 562 342
Honoraires conventionnels	28 785 800
Montant des dépassements	6 776 542
Taux moyen de dépassement	23,5%
AMC	
Honoraires perçus	1 656 641
Honoraires conventionnels	1 618 409
Montant des dépassements	38 232
Taux moyen de dépassement	2,4%
TOTAL (AMC+AMK+AMS)	
Honoraires perçus	116 754 749
Honoraires conventionnels	93 863 024
Montant des dépassements	22 891 725
Taux moyen de dépassement	24,4%

La part des honoraires avec dépassement représente 24,4% de l'ensemble des honoraires perçus par les Masseurs Kinésithérapeutes parisiens.

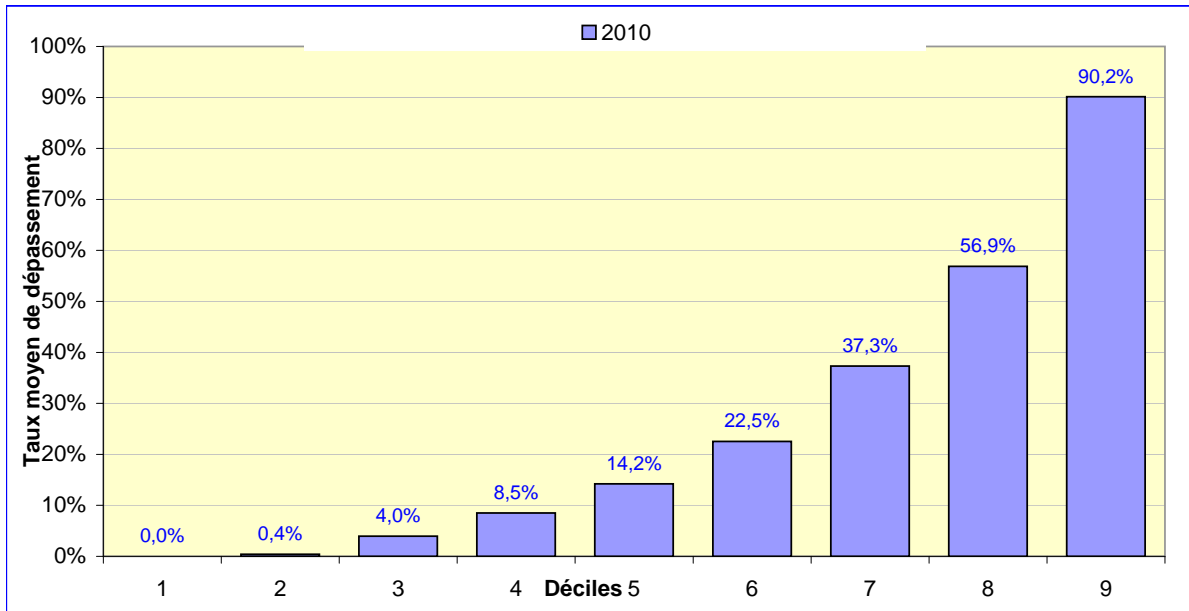
Fréquence de dépassement des masseurs kinésithérapeutes

	Ensemble des 2 455 MK
AMS	
% d'actes effectués sans dépassement	58,5%
% d'actes effectués avec dépassement	41,5%
<i>dont :</i>	
- dépassement sans motif	6,0%
- dépassement pour exigence particulière du patient (DE)	35,5%
AMK	
% d'actes effectués sans dépassement	67,4%
% d'actes effectués avec dépassement	32,6%
<i>dont :</i>	
- dépassement sans motif	7,2%
- dépassement pour exigence particulière du patient (DE)	25,4%
AMC	
% d'actes effectués sans dépassement	98,1%
% d'actes effectués avec dépassement	1,9%
<i>dont :</i>	
- dépassement sans motif	0,1%
- dépassement pour exigence particulière du patient (DE)	1,9%
TOTAL (AMK+AMS+AMC)	
% d'actes effectués sans dépassement	61,8%
% d'actes effectués avec dépassement	38,2%
<i>dont :</i>	
- dépassement sans motif	6,3%
- dépassement pour exigence particulière du patient (DE)	31,9%

38,2% des actes effectués sont facturés avec un dépassement d'honoraires.

IV. Répartition des masseurs kinésithérapeutes selon leur pratique tarifaire

**Distribution du taux de dépassement par décile (actes AMK+AMS+AMC)
Ensemble des masseurs kinésithérapeutes**



La distribution du dépassement par décile fait apparaître que :

- pour 20% des masseurs kinésithérapeutes le taux moyen de dépassement sur l'ensemble des actes réalisés est supérieur à 50%.
- 10% des masseurs kinésithérapeutes ont un taux de dépassement moyen supérieur à 90%

L'analyse des pratiques tarifaires des Masseurs Kinésithérapeutes parisiens permet d'établir un recours significatif aux dépassements d'honoraires par une partie des professionnels et l'usage fréquent de la cotation DE pour qualifier ces dépassements.

10% des MK ont une pratique particulièrement atypique avec un taux moyen de dépassement supérieur à 90%, ce qui équivaut pour un acte de rééducation du rachis (AMS 7,5 - tarif conventionnel 15,30 € -) à un dépassement de 13,77 €.

**CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS
ENTRE LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE**

TITRE III

MODALITÉS D'EXERCICE CONVENTIONNEL

3.6. *Tarifs*

Les tarifs d'honoraires et frais accessoires correspondant aux soins dispensés aux assurés et à leurs ayants droit sont mentionnés en annexe.

Le masseur-kinésithérapeute s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après : circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade, telles que soins donnés à heure fixe ou en dehors de l'horaire normal d'activité du masseur-kinésithérapeute, déplacement anormal imposé au masseur-kinésithérapeute à la suite du choix par le malade d'un masseur-kinésithérapeute éloigné de sa résidence, etc.

En cas de dépassement de tarifs, le masseur-kinésithérapeute fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique le montant perçu sur la feuille de soins, ainsi que le motif (DE).

Les parties signataires s'engagent à mettre en œuvre les moyens de contrôle nécessaires à l'application du tact et de la mesure dans la fixation du DE et du bon usage de celui-ci.

Le Directeur Général

- 5 JAN. 2012

Monsieur,

Vous exercez votre activité professionnelle dans le cadre des dispositions de la convention nationale du 10 mai 2007. A ce titre, vous vous êtes engagé à respecter strictement les tarifs de ladite convention ; en contrepartie, l'Assurance Maladie prend en charge une part de vos cotisations sociales.

Une analyse de votre activité portant sur les actes réalisés au cours de l'année 2010 fait apparaître les éléments suivants :

- L'application d'un dépassement tarifaire pour de vos actes, (dont sans motif et pour DE) d'un montant moyen de € pour les actes facturés avec dépassement.
- L'application d'un taux moyen de dépassement de % sur l'ensemble de vos actes.

Je vous invite donc à revenir à des pratiques tarifaires conformes à votre engagement conventionnel. Je vous rappelle que la convention n'autorise pas les surfacturations sans motif et que les dépassements pour DE doivent demeurer exceptionnels.

Je vous informe qu'il sera procédé à une nouvelle analyse de votre pratique tarifaire dans les prochains mois.

Vous pouvez obtenir, si vous le souhaitez, des informations complémentaires auprès de :

- Philippe BLANCHARD
☎ 01.53.38.71.01
email : philippe.blanchard@cpam-paris.cnamts.fr

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.


PIERRE ROUSSEAU



À chaque public, son numéro :

Assurés

36 46*

* prix d'un appel local depuis un poste fixe

Professionnels de santé

0 811 709 075*

Employeurs

0 811 712 726*



Activités et sites certifiés sur
<http://www.afaq.org/certification=240631107417>

Voyage en ARS



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

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

Lire page 3

Le Plan Stratégique Régional de Santé : Exercice libéral en danger

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

Lire page 6

L'invasion des maisons blanches

La grande mode des structures d'exercice collectif

Lire page 10



Les dépassements d'honoraires : une question de survie

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

Lire page 14

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

Et pourquoi pas un secteur 2 pour les kinés ?

Lire page 17



L'HAS et les référentiels

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



Lire page 19

Le Plan Stratégique Régional de Santé : exercice libéral en danger

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

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

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

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

Les contributions



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

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

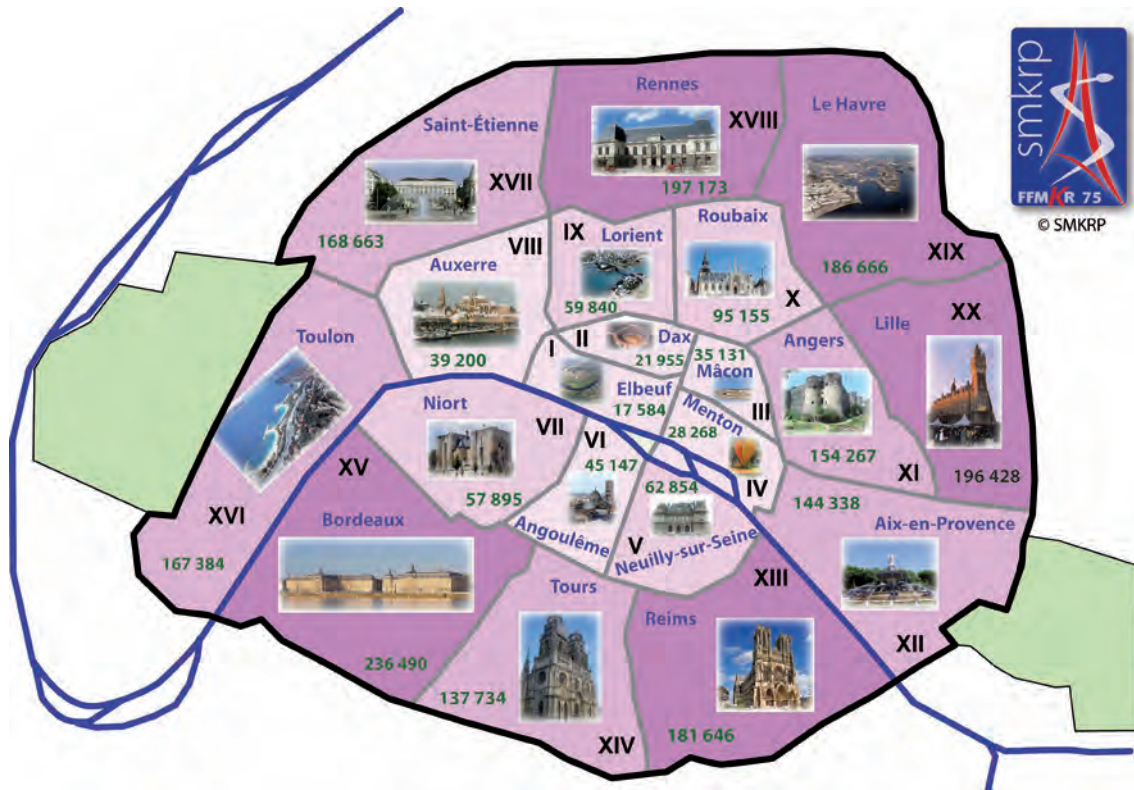
Le PSRS apparaît comme une longue litanie de bonnes intentions. Rares sont celles à destination des libéraux de santé. Le PSRS ne présente jamais les moyens qu'il entend mettre en œuvre pour atteindre les objectifs qu'il fixe.

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

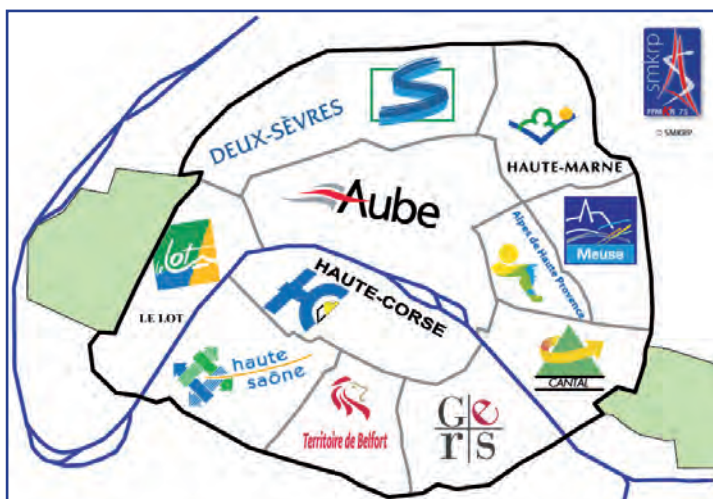
Le SMKRP a voulu, par sa contribution, mettre en avant les particularités de l'exercice libéral de la kinésithérapie à Paris. C'est au travers de ce prisme qu'il propose sa lecture du PSRS.

PARIS : un territoire sans commune mesure

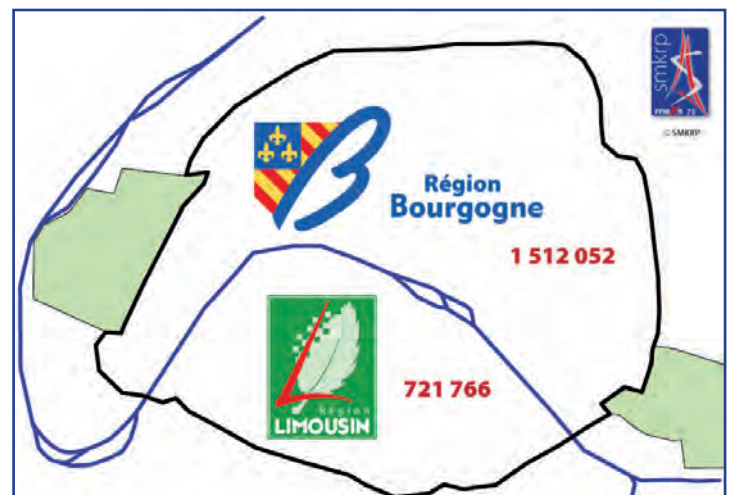
PARIS : somme de villes



PARIS : somme de départements



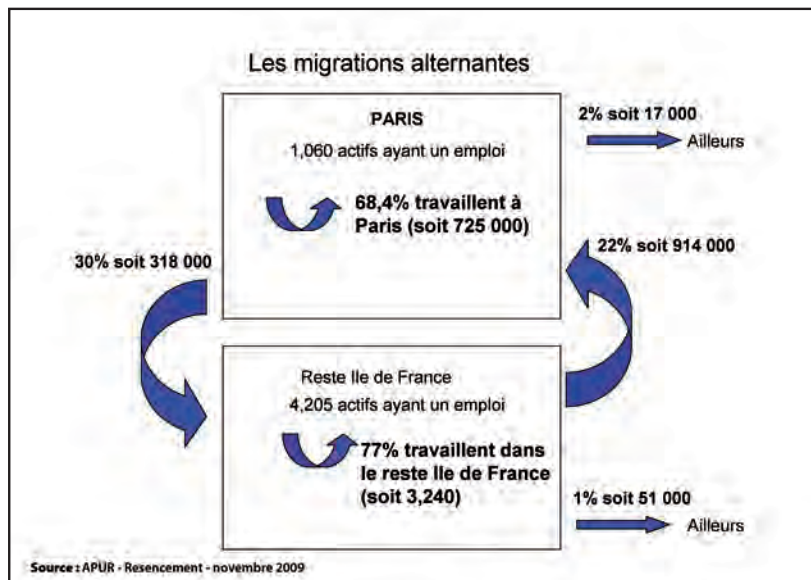
PARIS : somme de régions



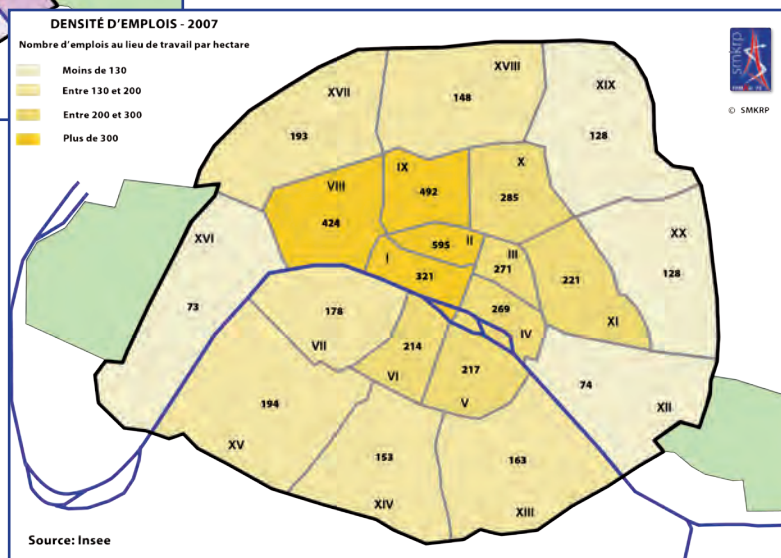
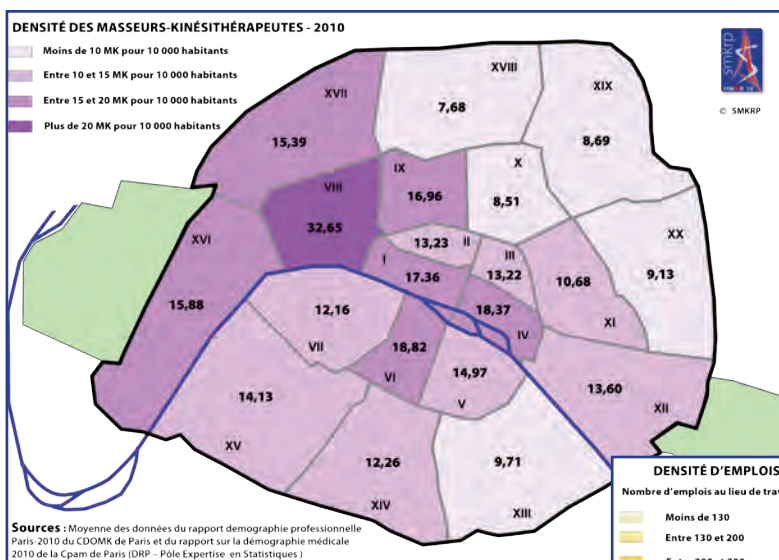
Le Plan Stratégique Régional de Santé : exercice libéral en danger 3/4

Démographie et offre de soins en kinésithérapie libérale à Paris

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



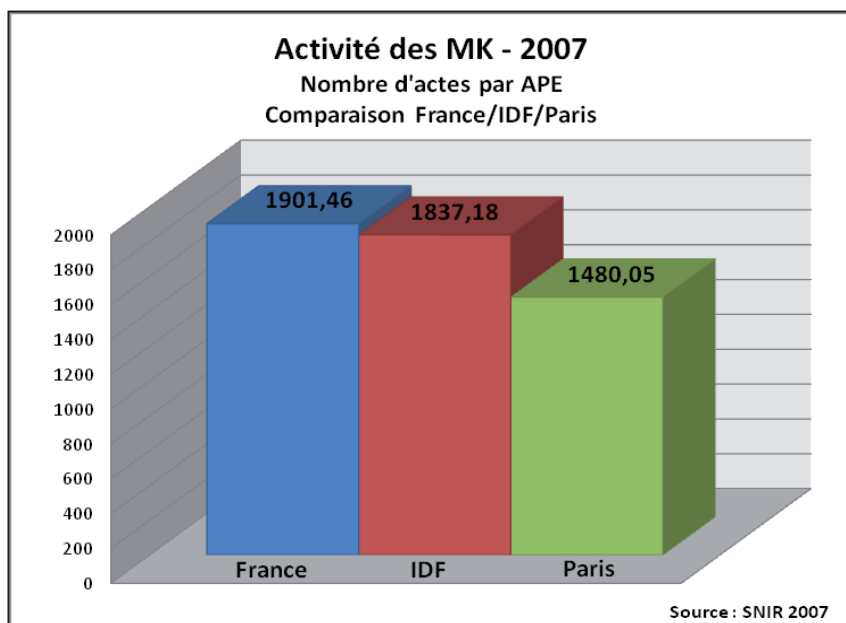
En premier lieu, les kinésithérapeutes parisiens ne soignent pas que les habitants de Paris, mais aussi nombre de franciliens qui travaillent dans la capitale. En effet, chaque jour, la population parisienne s'accroît de 568.000 personnes, soit plus d'un quart de la population totale. Il n'est donc pas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



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

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

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



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

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

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

L'accès aux soins de kinésithérapie à Paris

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

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

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

Les dépassements d'honoraires : une question de survie

© Svilen Milev

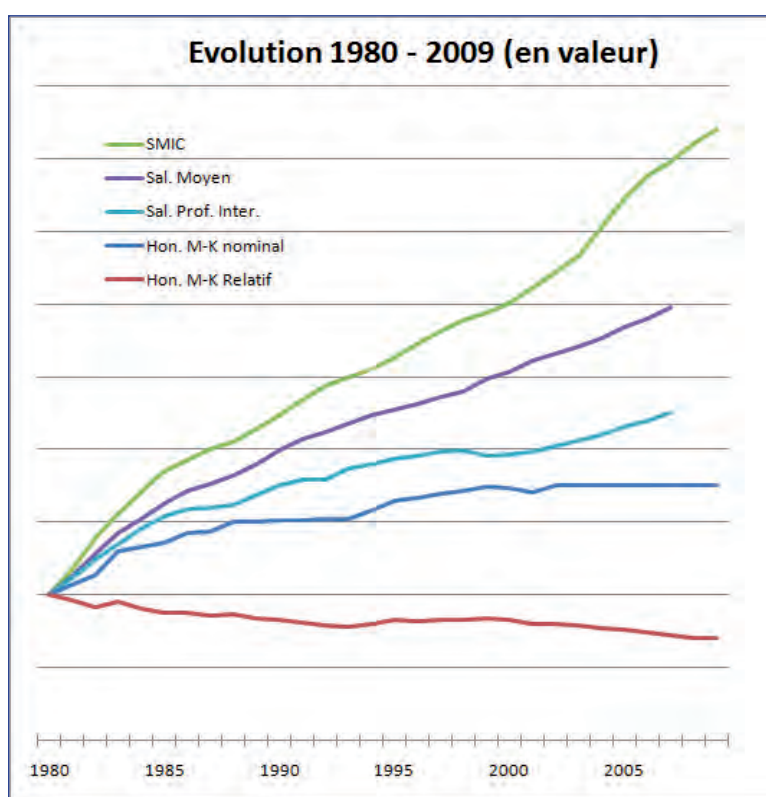


Les médias nationaux ont entrepris – ce n'est pas la première fois – de diaboliser les dépassements d'honoraires des professionnels de santé libéraux. Cela fait suite à une alerte émanant de l'Assurance Maladie, et Claude Évin, Directeur Général de l'ARS d'Île-de-France, s'est empressé d'annoncer son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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

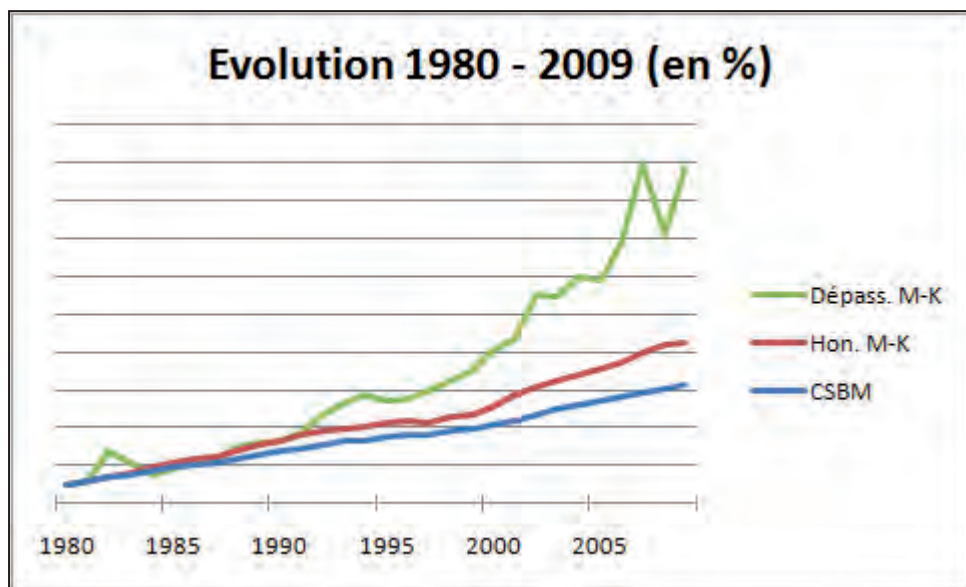
Comment le kinésithérapeute libéral pouvait-il alors faire face à cette perte de revenus ?

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

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

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

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



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

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

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

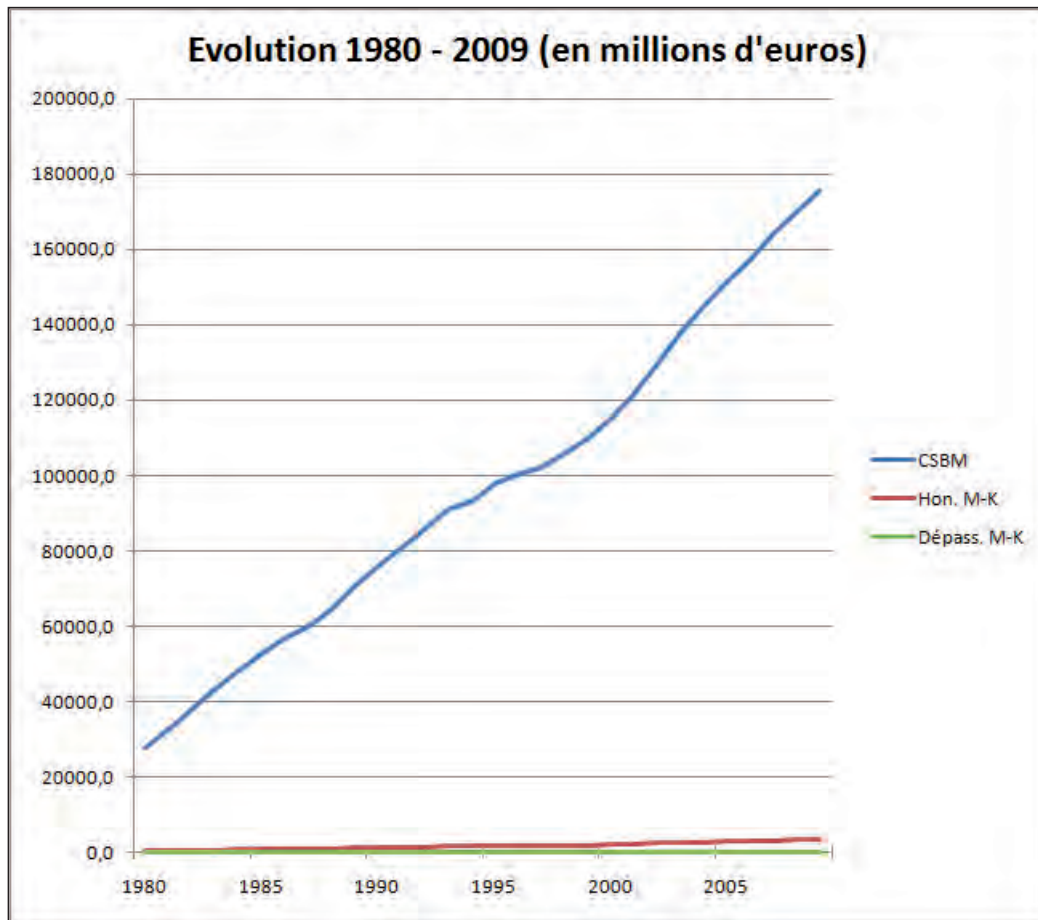
Ce qui frappe ici, c'est la courbe de croissance des dépassements d'honoraires : si elle aussi est très régulière jusqu'en 2000, on constate qu'elle s'est envolée au cours de la dernière décennie.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Ou doivent-ils proposer d'autres solutions ?

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

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

Aujourd'hui que RÉMUNÈRE-T'ON ?

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

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

© Sanja Gjenero

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

Les patients y ont droit

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

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

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

Quel avenir alors pour notre profession ?

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

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

La responsabilisation

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



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

© Svilen Milev



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

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

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

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

consultation d'un Masseur-Kinésithérapeute.

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

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

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

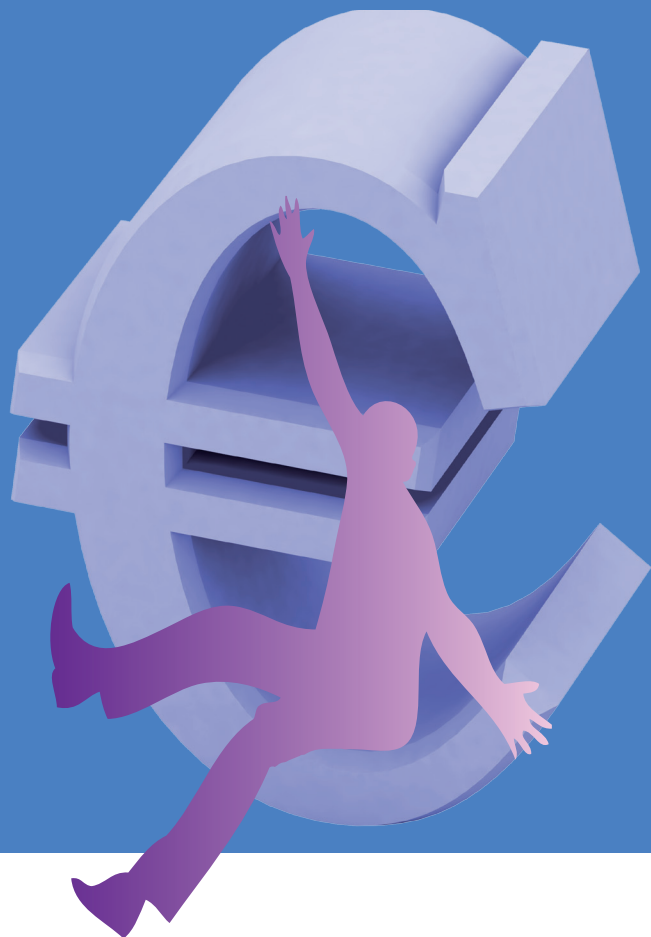
Faisons confiance aux consommateurs de santé pour réguler les excès.

Mais attention, la qualité a un prix !

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

Sandrine Bressand

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

Un avenant pas très avenant

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



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

Lire page 16

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.

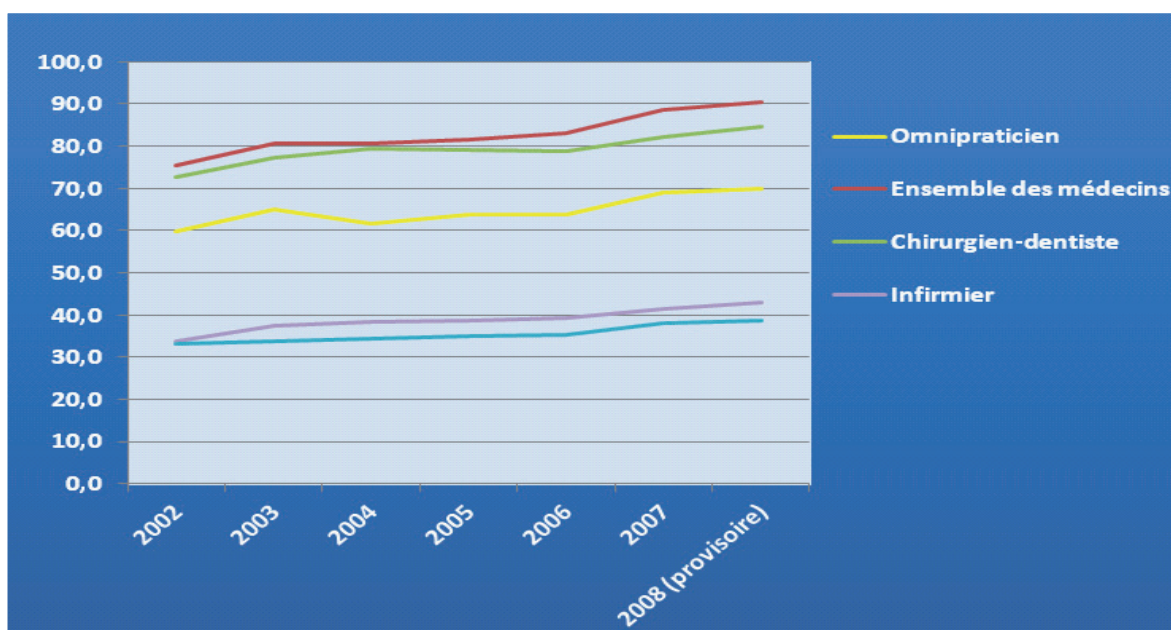
La nécessité d'équilibrer les comptes sociaux de la Nation s'impose désormais à tous. Les kinésithérapeutes en sont conscients. Parallèlement, nos concitoyens désirent un système de santé toujours plus accessible et plus performant mais toujours bon marché. Il est impératif de leur dire que nous ne

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* ».

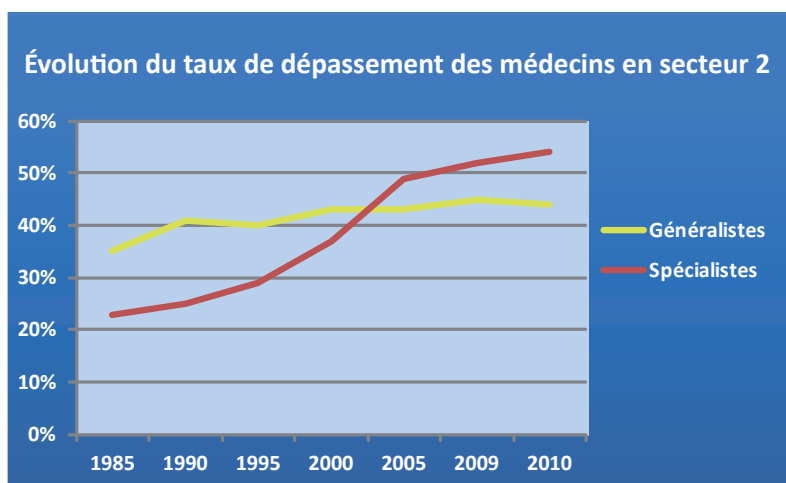
Depuis 1990, seuls les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux peuvent, au moment de leur installation uniquement, choisir de s'installer en secteur 2.

“ **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.

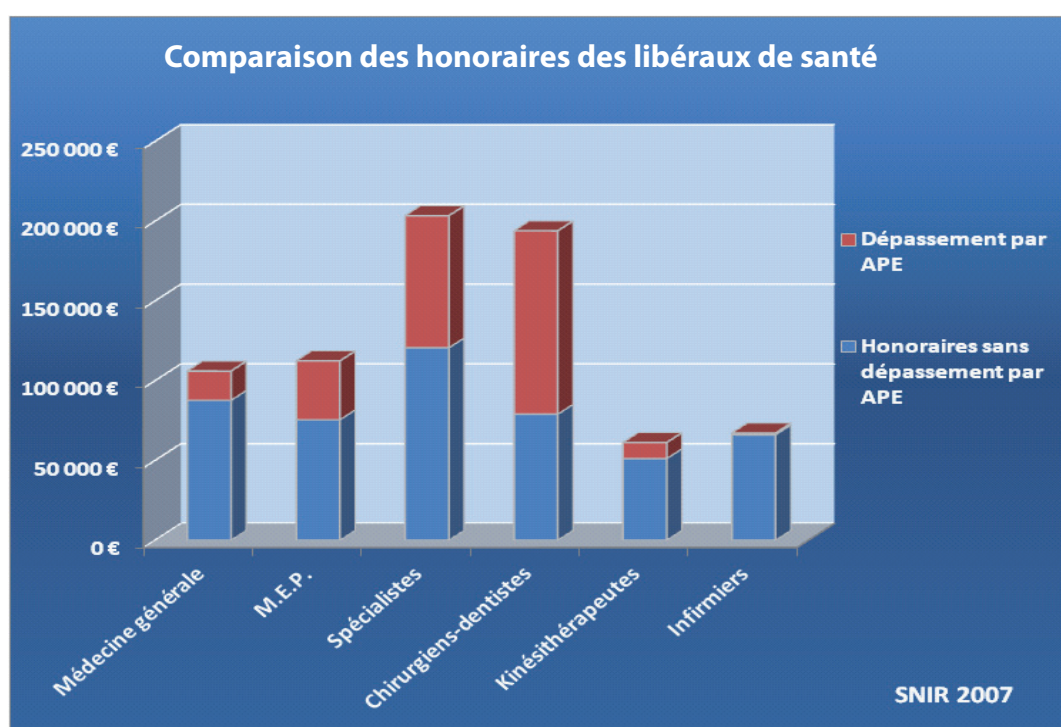
Les dépassements représentent 12 % des honoraires totaux de l'ensemble des médecins, mais 17 % pour les spécialistes hors omnipraticiens et 32 % pour les seuls chirurgiens.

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** ”

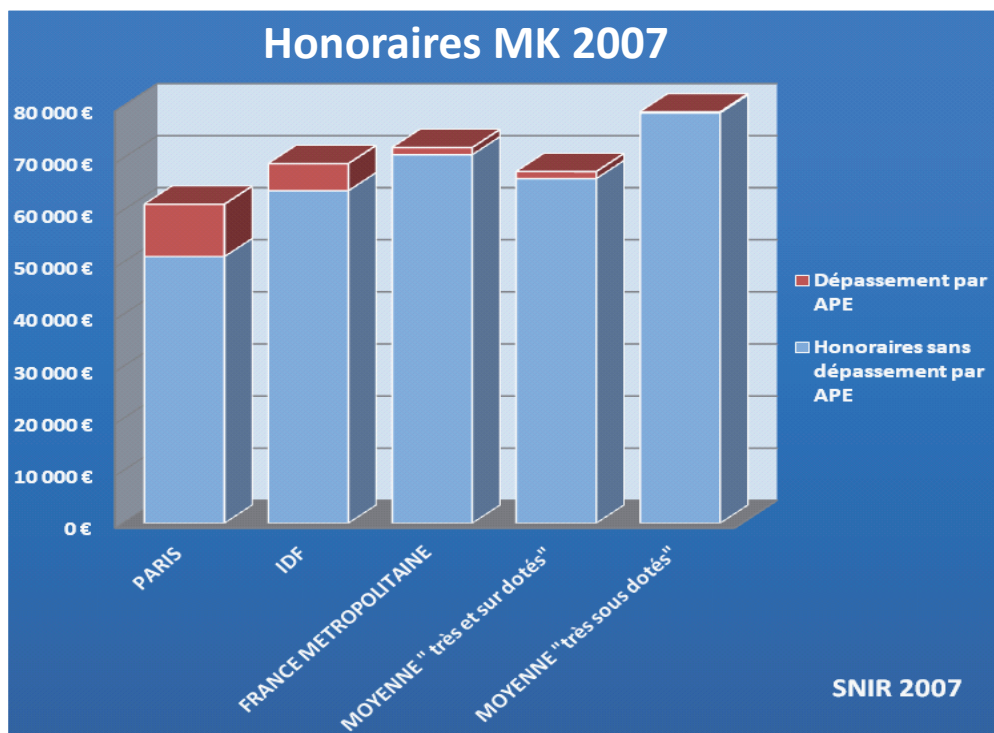
Devant l'indigence de nos honoraires et l'augmentation incessante de nos charges, les kinésithérapeutes n'ont d'autre choix que d'augmenter sans cesse le volume de leurs actes et donc leur temps de travail, au risque d'être poursuivis par l'assurance maladie pour « suractivité », délit statistique que 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 €

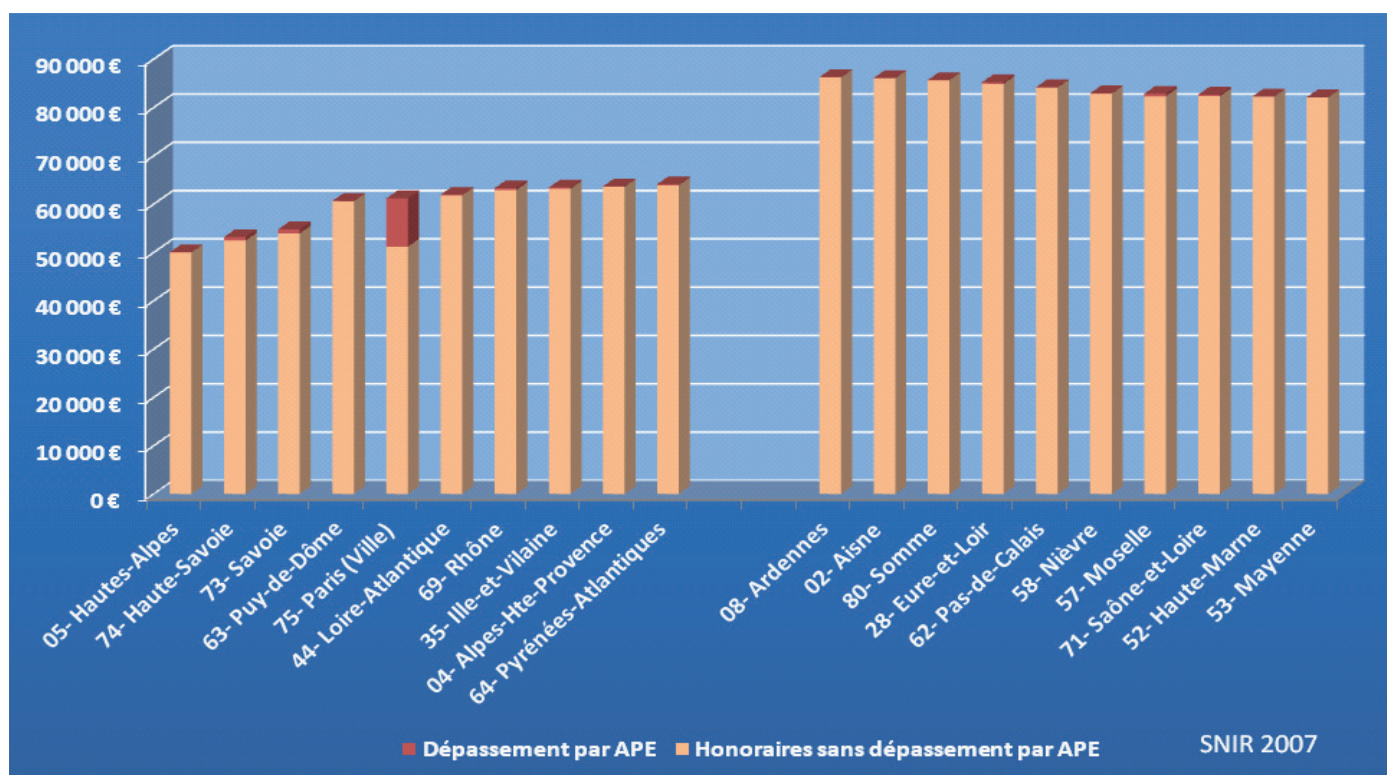
Source : Chambres des Notaires

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.



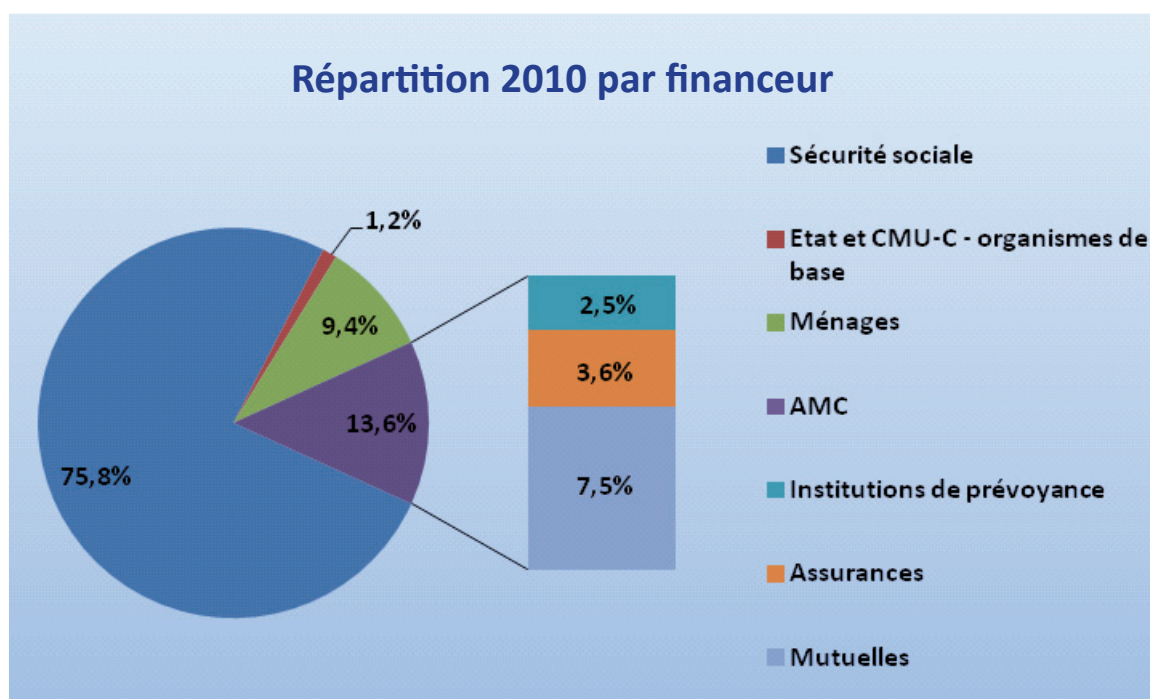
L'information des patients concernant les honoraires devra être parfaitement transparente. Les kinésithérapeutes devront s'y engager. L'Arrêté du 3 octobre 2008 pris en application de l'article 39 de la Loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008 dispose déjà que les professionnels de santé 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.

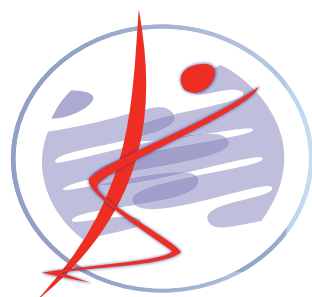
L'échec de la négociation du secteur optionnel des médecins est à imputer à l'UNOCAM et principalement à la Mutualité Française qui fédère 748 mutuelles et représente plus de 50 % des assurés. Les AMC n'ont aucun intérêt économique à ne pas proposer des contrats prenant en charge les dépassements d'honoraires, surtout dans le cadre d'un secteur encadré. La Mutualité Française agit par pure idéologie, défenderesse d'un système passiste, 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'étirole 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 !