



BIEN, MAIS PEUT MIEUX FAIRE !



Dominique BECOURT
Président

Le rapport final de l'enquête préalable en vue de la préparation des états généraux de la profession en 2010 vient de paraître.

Il est intéressant à plus d'un titre. De cette étude préliminaire, il ressort que notre métier est très apprécié des patients, tant pour notre professionnalisme, que pour nos qualités humaines, et principalement notre aptitude à écouter l'autre. Il est vrai que nous passons beaucoup de temps avec nos patients, et du coup, nous recueillons leurs confidences, leurs angoisses... Les patients apprécient donc nos qualités professionnelles.

Notre profession est qualifiée de très utile, tant par les patients, et plus surprenant, car on en douterait parfois, par les organismes responsables de l'organisation et de l'accès aux soins qui considèrent que nous faisons partie intégrante de l'offre de santé de premier recours sur un territoire donné, au même titre que les médecins et les infirmiers.

D'après cette enquête, les kinésithérapeutes sont les seuls véritables "généralistes du corps et du mouvement" qui s'adressent à tous les âges de la vie.

Dans les années à venir, il nous sera sans doute de plus en plus difficile de maintenir l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Comme la plupart des professions de santé, celle de masseur-kinésithérapeute connaît des évolutions démographiques notables en termes de vieillissement et de féminisation (nos confrères qui ont de jeunes enfants travaillent en général moins que les hommes, ce qui est tout à fait normal). Les prises en charge alternatives à l'hospitalisation se développent, la population vieillit, des pathologies jusqu'à là peu fréquentes se font légion (cancer, diabète, obésité, TMS, etc...). Les besoins de santé des patients évoluent également. Outre la prise en charge du vieillissement, du handicap, et de leurs diverses pathologies, ils sont désormais demandeurs de conseils, de prévention, de lutte contre le stress, de bien être.

La prise en charge de l'individu sera de plus en plus globale. Si le kiné est un généraliste du corps, il doit aussi développer une certaine spécificité d'exercice dans le cadre d'une formation continue, et en améliorant la formation initiale. Il est absolument nécessaire de

faire évoluer cette formation initiale vers une reconnaissance universitaire (titre de niveau Master), et d'améliorer nos conditions de formation continue afin qu'elle soit labellisée et validante. Les connaissances évoluent, les conditions d'exercice évoluent, ne restons pas à la traîne, et adaptons-nous. Il est aussi indispensable d'informer nos confrères de leur intérêt à participer à des actions d'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles). Il ne s'agit pas de sanctionner un défaut de connaissances, mais bien de participer à des entretiens confraternels qui nous amènent à une remise en cause intelligente de nos pratiques qui, au fil des ans, se sclérosent dans les habitudes...

L'accès à la recherche paraît également très important pour l'avenir de notre profession. Les référentiels pourraient être enfin établis sur des critères scientifiques, et non économiques.

Mais de graves menaces pèsent sur notre profession. Nous partageons déjà certaines de nos compétences avec d'autres professions (massage avec les esthéticiennes, rééducation périnéale avec les sages-femmes). Dans de nombreux établissements, des tâches avant dévolues aux masseurs kinésithérapeutes sont désormais confiées à des non-kinés, et des professions concurrentes se développent, et morcellent chaque jour un peu plus notre domaine de compétence (psychomotriciens, ergothérapeutes), avec une mention spéciale pour l'ostéopathie désormais pratiquée par des non-médecins et des non-kinésithérapeutes.

De cette passionnante étude, il ressort également que les kinés ne sont pas suffisamment positionnés sur certains champs de leur exercice (prévention, bien être, lutte contre le vieillissement, maintien de la mobilité et de la forme, lutte contre le stress, etc...), et qu'ils ne se sont pas assez investis dans les réseaux (prise en charge pluridisciplinaires de certaines maladies).

L'Etat et l'Assurance Maladie prennent de plus en plus souvent des décisions arbitraires, réglementaires, sans concertation préalable avec les organismes représentatifs (syndicats, Ordre). Les référentiels en sont un bon exemple. Qu'en sera-t-il de nos relations avec les futures ARS (Agence Régionale de Santé) ? Nous sommes dans la plus complète incertitude.

Restons vigilants, et faisons en sorte d'avoir encore notre mot à dire.

Dominique BECOURT

**Retrouvez-nous
sur le web !
cdomk76.org**

Au sommaire :

- UNE PASSIONNANTE ETUDE SUR NOTRE PROFESSION
- HPST, ARS, URPS, DES SIGLES AUXQUELS IL VA FAILOIR S'HABITUER !
- MASSAGE + MODELAGE = MASLAGE
- TRAVAILLER À PLUSIEURS
- NOTRE AGENDA 2009
- L'ENTENTE PARFAITE DES ORDRES DANS NOTRE DÉPARTEMENT
- TÉLÉTHON 2009, NET PROGRÈS PAR RAPPORT À 2008 !
- COMMENT SONT UTILISÉES VOS COTISATIONS
- L'ORGANIGRAMME CHANGERA EN COURS D'ANNÉE 2010 AVEC DE NOUVELLES ÉLECTIONS
- LES MINORATIONS DE COTISATIONS OBEISSENT À DES RÈGLES STRICTES
- LA GARANTIE DÉPENDANCE
- QUELQUES STATISTIQUES SUR LA PROFESSION EN SEINE-MARITIME

Dans ce numéro :

LA PARUTION DU RAPPORT SUR LA PROFESSION	1
LA LOI HPST, LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ, LES UNIONS RÉGIONALES DE SANTÉ	2 à 4
LE « MASLAGE »	5
L'EXERCICE EN GROUPE	6
AGENDA DES ÉLUS	7
FORUM INTER ORDINAL	8
LE TÉLÉTHON 2009	8
TRÉSORERIE	9
ORGANIGRAMME DÉPARTEMENTAL	9
MINORATIONS DE COTISATIONS	10
GARANTIE DÉPENDANCE	11
STATISTIQUES SUR LA PROFESSION	11
COMMENT NOUS CONTACTER	12



HPST, ARS, URPS...

Ministres le mercredi 30 septembre 2009. Chaque préfigurateur prendra ensuite la direction d'une ARS.

Les ARS unifient le service public régional de la santé, en rassemblant 7 entités actuellement distinctes : directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et, DRASS), agences régionales d'hospitalisation (ARH), groupements régionaux de santé publique (GRSP), caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), missions régionales de santé (MRS).

Le préfigurateur prendra son poste en région après une formation poussée. Il constitue une équipe de préfiguration. Composée de 4 à 5 personnes, cette équipe allie différents profils : ressources humaines, système d'informations, comptabilité/budget, métiers / organisation. Elle apporte son appui au préfigurateur pour organiser le transfert progressif de compétences et mettre en place les dispositifs garantissant la continuité de service, jusqu'à la création des ARS.

Le préfigurateur bénéficie également de l'appui de l'ensemble des équipes des structures existantes qui, parallèlement, continueront à être en charge de l'ensemble de leurs activités, jusqu'à la création effective de l'ARS.

Pour la Haute-Normandie, c'est Gilles LAGARDE (né le 08/06/1960 au Creusot en Saône-et-Loire) qui a été nommé. Diplômé de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP), ancien élève de l'ENA, Gilles Lagarde a occupé, de 1991 à 1992, les fonctions de chef de cabinet du ministre de l'Intérieur, puis fait carrière dans le corps préfectoral. Il est depuis le 2 janvier 2008 sous-préfet du Havre.

Les grandes missions de l'ARS, une feuille de route ambitieuse...

L'ARS se voit confier par la loi le pilotage de la politique de santé publique en région : prévention (définir, financer et évaluer les actions de prévention et de promotion de la santé en fonction des besoins de chaque région), promotion et éducation à la santé, mais aussi veille et sécurité sanitaires (contribuer à l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet), ainsi que l'observation de la santé.

Elle sera également chargée par la loi de la régulation de l'offre de santé en région, pour mieux répondre aux besoins et garantir l'efficacité du système de santé. Cette régulation de l'offre de santé portera sur les secteurs ambulatoire, médicosocial et hospitalier. Elle comporte une dimension territoriale (pour une meilleure répartition des professionnels de santé et de l'offre de soins sur le territoire en fonction des besoins des patients, en luttant contre la désertification médicale dans certains quartiers et cantons) et une dimension économique (pour une

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sans jamais osez le demander...

Après des mois de discussion, et le dépôt d'amendements par centaines, la loi HPST est parue au Journal Officiel le 22 juillet 2009. Près de 150 décrets d'application viendront petit à petit compléter cette réforme majeure.

La loi HPST affiche l'ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'Hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création des Agences Régionales de Santé (ARS) chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

Le quatrième point nous concerne directement : des **Agences Régionales de Santé (ARS)** sont créées pour mettre en œuvre au niveau régional l'ensemble des dispositifs prévus par la loi. Ces nouveaux organismes réuniront en une seule structure les moyens de l'Etat et ceux de l'Assurance Maladie et seront chargés de décliner au niveau régional la politique de santé définie au niveau national.

Il est prévu une entrée en vigueur des dispositions concernées au plus tard le **1^{er} juillet 2010**. Ce recours à une date butoir assez éloignée s'explique par la quantité importante de textes à élaborer et à soumettre au Conseil d'Etat, notamment les deux ordonnances et la dizaine de décrets d'application nécessaires pour la mise en place des ARS.

26 préfigurateurs (22 régions métropolitaines et 4 régions d'outre-mer) sont chargés par la loi HPST de mener l'ensemble des opérations nécessaires à l'installation et la mise en place effective des ARS en région. Ces futurs directeurs d'ARS ont fait l'objet d'une procédure de sélection inédite dans la fonction publique : près de 950 candidats au départ, intervention d'un cabinet de recrutement pour la présélection des candidats, audition et sélection des candidats de la liste finale par un comité consultatif présidé par l'ancien PDG du groupe PSA, avant le choix final par le Conseil des

meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé). Elle sera mise en place dans les différents domaines de responsabilité de l'agence, la loi mettant à la disposition du Directeur des ARS divers leviers, notamment :

- évaluer et promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;
- autoriser la création des établissements et services de soins et médicosociaux, contrôler leur fonctionnement et allouer leurs ressources;
- définir et mettre en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité et d'autonomie, des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région.

La création des ARS invite à organiser la représentation à l'échelon régional de l'ensemble des professionnels de santé exerçant à titre libéral, et non pas seulement des médecins. Chargées de gérer l'offre de soins au niveau régional en liaison avec les acteurs de santé locaux, les futures agences auront en effet besoin d'interlocuteurs fiables, représentatifs, qu'il s'agisse des associations de patients ou des syndicats de professionnels de santé libéraux.

fonctionnement seront définies par décret en Conseil d'Etat, seront des associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901.



La représentativité des URPS reposera sur l'élection de leurs membres, prévue au nouvel article L. 4031-2 (créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009). Les membres des URPS seront élus par des professionnels de santé exerçant à titre libéral et dans le régime conventionnel, le mode de scrutin sera un scrutin de liste proportionnel « à la plus forte moyenne », comme c'est le cas actuellement pour les URML, la durée de leur mandat sera fixé par décret (le mandat est actuellement de six ans pour les membres des URML).

L'élection des membres des URPS devra contribuer à l'émergence de syndicats bien implantés localement, pouvant s'exprimer au nom des professionnels de santé de la région. La création des URPS vise à permettre que les ARS puissent avoir, dans le domaine des soins ambulatoires, des interlocuteurs légitimes, capables d'engager les professionnels de terrain, que ce soit dans des actions de prévention ou de promotion de la qualité des soins, ou encore d'organisation des soins.



Afin d'éviter l'émiettement de la représentation des professionnels de santé libéraux, l'article L. 4031-2 (créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009) fixe deux conditions d'éligibilité aux URPS, d'ailleurs identiques à celles prévues pour les actuelles URML : être membre de la profession de santé concernée et dont le lieu d'exercice est situé dans la région, et être inscrit sur une liste présentée par une organisation syndicale.

Le calendrier des élections est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, en tenant compte du fait que les élections sont organisées à la même date pour les unions de

toutes les professions.

Pour chaque profession de santé, il sera donc instauré des **unions régionales des professionnels de santé exerçant à titre libéral (URPS)** qui regrouperont les représentants des professionnels de santé ayant vocation à dialoguer avec les ARS. Leur création s'inspire largement des actuelles URML (Union Régionale des médecins Libéraux). Ces dernières sont d'ailleurs appelées à être remplacées par les unions régionales de médecins.

Les unions des professionnels de santé d'une même région seront regroupées au sein d'une fédération régionale des professionnels de santé libéraux. Les unions régionales professionnelles et les fédérations, dont les modalités de

Toutefois, il pourra être dérogé à une telle élection pour les professions dont le nombre de membres exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel ne dépasse pas un seuil fixé par décret. Dans ce cas, les membres des URPS de la profession concernée seront désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national. Cette exception au profit des professions de santé à faible effectif est de bon sens compte tenu des difficultés d'organisation que pose la tenue d'élections.

Les URPS auront la possibilité de conclure des contrats avec l'ARS et d'assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé

libéraux dans les domaines de compétence de l'ARS.

En donnant un pouvoir politique aux URPS, dont les exécutifs peuvent ne pas être constitués des représentants des mêmes syndicats que ceux qui ont signé les conventions au niveau national, le gouvernement offre à des organisations non signataires la possibilité de mettre en place des décisions contradictoires à celles décidées dans le cas des conventions nationales. C'est donc un risque d'éclatement du système conventionnel national. Par ailleurs, le gouvernement et les caisses se donnent ainsi la possibilité de faire « avaler » localement des mesures repoussées au nouveau national, en organisant le contournement des organisations représentatives.

Le nouvel article L. 4031-3 (créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009) définit les missions des futures URPS et des fédérations régionales : elles contribueront à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre ; elles assumeront les missions que pourront leur confier les conventions nationales organisant les rapports des professionnels de santé avec les organismes d'assurance maladie. L'article prévoit également la possibilité pour les URPS d'assurer, dans les domaines de compétences de l'ARS, des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux, sur la base de contrats conclus avec l'ARS. Il s'agirait notamment des actions de santé publique comme les programmes de dépistage ou les campagnes d'information des patients.



Que vous le vouliez ou non, il faudra de nouveau ouvrir notre porte-monnaie....

L'article L. 4031-4 (créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009) définit le mode de financement des URPS, largement inspiré de celui des actuelles URML.

Les URPS percevront une contribution versée à titre obligatoire par chaque professionnel de santé exerçant à titre libéral et adhérent à la convention nationale conclue entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (Uncam) et les représentants de sa profession. Cette contribution, recouvrée et contrôlée par les Urssaf, sera assise sur le revenu tiré de l'exercice de la profession concernée. L'article renvoie à un décret la fixation du taux annuel de la contribution. Il précise que ce taux, décidé après consultation des

organisations syndicales représentatives au niveau national, est fixé pour chaque profession. Un montant plafond à cette contribution est également prévu : le taux sera fixé dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale.

Pour mémoire, ce plafond est actuellement de 171,54 euros, en application du décret n° 2008-1394 du 19 décembre 2008.

Restons vigilants !

Il ne faut pas que les ARS détruisent les conventions et bâillonnent les syndicats nationaux représentatifs. En effet, la loi HPST donne la possibilité aux ARS de « proposer aux professionnels de santé conventionnés d'adhérer à des contrats individuels d'amélioration des pratiques de santé pouvant porter sur la participation à des actions de coordination des soins, de participation à la permanence des soins, de participation à toute action d'amélioration des pratiques de formation et d'information. Les ARS, dans le cadre de ces contrats déterminent les engagements que les professionnels de santé doivent remplir et fixent les objectifs qu'ils doivent atteindre avec les éventuelles contreparties. »

Cette mesure est particulièrement dangereuse, car elle remet en cause le principe même des conventions nationales collectives des professions libérales de santé. Rappelons que les conventions nationales collectives sont discutées par les syndicats nationaux représentatifs et signataires. Elles protègent collectivement l'ensemble des professionnels et s'appliquent sur l'ensemble du territoire, sans restriction, de telle sorte que la stricte égalité est respectée au sein de la profession concernée.

Les élections pour la création des URPS seront un enjeu très important pour la profession. Espérons que nos confrères ne fassent pas preuve une nouvelle fois d'indifférence. C'est bien de notre avenir dont il s'agit, et c'est ensemble que nous devons le construire. Après, il sera trop tard pour pleurer...

Dominique Bécourt

FOIRE AUX QUESTIONS

Un MK souhaite mettre une plaque extérieure pour un exercice spécifique.

Nous pouvons autoriser une plaque de taille réglementaire sous réserve que la compétence annoncée soit prouvée (diplôme, attestation de formation, etc...).

La demande doit nous être faite de manière officielle et comprendre un modèle de la plaque (dimension + gravure) et la preuve de la compétence annoncée.

Les insertions dans les pages jaunes sont interdites, car il s'agit alors de publicité directe.

MASSAGE ? MODELAGE ? VOUS AVEZ DIT « MASLAGE », COMME C'EST BIZARRE !

Inquiétant ou réjouissant ?

Les syndicats d'esthéticiennes et de masseurs-kinésithérapeutes ainsi que le CNOMK se sont mis d'accord sur un texte définissant le modelage (1) le 28 septembre 2009; ce texte entrera en application dès la parution du décret.

Ce texte «de compromis» (R. Couratier) englobe toutes manœuvres superficielles externes ainsi que l'utilisation, entre autres, d'appareil à vacuo-dépression sur l'ensemble du corps.

Si aujourd'hui l'ensemble des professionnels semble se réjouir de ce consensus, force est de constater qu'une partie du domaine exclusif de compétence du masseur-kinésithérapeute vient de se faire piétiner.

Nous avons laissé la porte ouverte à ces non professionnels de santé pour investir le massage et en promouvoir la pratique en s'arrogeant une compétence abusive.



En délaissant le massage, absorbés par le tout thérapeutique, nous avons permis aux esthéticiennes de s'engouffrer dans la brèche et lorsque nous avons tenté de verrouiller la porte il était déjà trop tard et l'issue inéluctable. Pour preuve ; la quantité des plaintes déposées, soit par des confrères à titre individuel, soit par le biais d'organisations syndicales, s'est largement soldée par des échecs !

Nous savons, au CDOMK, tous les efforts de nos confrères pour nous informer dès la création de

l'Ordre de toutes ces pratiques illicites. A chaque fois que vous nous interpellez, un courrier recommandé part systématiquement aux structures ou personnes physiques avec un rappel à la réglementation.

Si à chaque jour suffit sa peine, alors réjouissons-nous de petites «victoires», les esthéticiennes préféreraient utiliser le terme «massage esthétique» ; il leurs a été opposé le terme «modelage»... jusqu'à quand ?

(1) : Définition du modelage

« On entend par modelage toute manœuvre superficielle externe réalisée sur la peau du visage et du corps humain, dans un but exclusivement esthétique et de confort, à l'exclusion de toute finalité médicale et thérapeutique. Cette manœuvre peut être soit manuelle, éventuellement pour assurer la pénétration d'un produit cosmétique, soit facilitée par un appareil à visée esthétique ».

Il n'en reste pas moins qu'il faille continuer la lutte contre les illégaux. Il est d'ailleurs fort plaisant, voire jubilatoire, de constater que ces nouvelles bonnes relations avec les organisations d'esthéticiennes nous conduisent à terme à nous concentrer ensemble sur les pratiques illicites.

Après les ni-ni mode ostéopathie voici les ni-ni mode «maslage».

Les syndicats d'esthéticiennes sont, semble-t-il, plus réactifs puisqu'ils abordent d'entrée la lutte contre l'exercice illégal, contre ces «autoproclamés instituts tenus par des gens sans formation, sans CAP, vantant les mérites de telle ou telle technique zen ou exotique» (Michèle Lamoureux Stern, Présidente du CNAIB) (2).

Nous pouvons nous consoler en songeant que l'expérience désastreuse des masseurs-kinésithérapeutes, judicieusement analysée par nos amies esthéticiennes, leur sera profitable. Nous devons néanmoins continuer à lutter de concert contre toutes les dérives liées à des pratiques corporelles douteuses.

Enfin, l'Ordre et les syndicats devront rester vigilant vis à vis des fabricants d'appareils en tous genres afin de les inciter à faire un réel distinguo entre les différentes applications tenant compte des compétences de chacun.

En conclusion, si ces propos semblent désabusés, voire ironiques, ils le sont ! Mais il faut tirer un trait sur ces désillusions passées, en tirer les enseignements qui s'imposent et se mobiliser, autour du conseil de l'Ordre, pour protéger, évaluer, enseigner, valoriser nos compétences.

Dominique Oudin

(2) : CNAIB Confédération Nationale Artisanale des Instituts de Beauté

De la simple mise en commun de moyens jusqu'à une véritable communauté d'exercice, de nombreuses structures juridiques sont possibles pour travailler en association.

Voici un aperçu des principales solutions à votre disposition.

Soignez vos contrats, et demandez conseil avant de les signer.



I – Les structures de moyens

Ces structures n'exercent pas nommément le métier de masseur-Kinésithérapeute, elles ne sont donc pas inscrites à l'Ordre.

A – SCM :

- Mise en commun de locaux, matériels, personnels nécessaires à l'activité des associés.
- Chaque associé perçoit lui-même ses honoraires.
- Elle est composée de professions libérales, quelles qu'elles soient. Le plus souvent ce sont des professions de santé réunies.
- Nécessité de communiquer au CDOMK les statuts de la SCM et ses avenants dans le mois qui suit sa signature.

B – SCI :

- Elles sont utilisées pour des opérations de construction, commercialisation ou gestion d'immeubles.
- Par exemple faire construire ou acquérir des immeubles en vue de les louer ou des les mettre gratuitement à la disposition des associés.

C – Contrat d'exercice à frais communs :

- Chaque praticien perçoit directement ses honoraires.
- Il permet la mise en commun de certaines dépenses professionnelles.
- Le contrat précise les modalités d'utilisation du local, des installations, répartition des charges, modalité de rupture,...

NB : En respectant les règles de fonctionnement de ces contrats, les sociétés sont exonérées de TVA.

II – Les structures d'exercice

Ces sociétés exercent elles-mêmes leur fonction par le biais de leurs membres.

Elles doivent nécessiter une inscription à l'Ordre (Code de la Santé Publique art 4113-4)

A – La SEL :

- Il en existe de différentes sortes : SELARL, SELURL, SELAFA, SELCA, SELAS qui se moulent dans le schéma des sociétés commerciales.

Peu utilisée, coût de fonctionnement important, s'adresse aux gros cabinets.

B – La SCP :

- Des praticiens de même profession mettent en commun les moyens matériels et les recettes, avec partage des bénéfices.

Contraignante mais bonne rentabilité.

III – Autres structures

A – Société de fait :

- Mise en commun des moyens matériels et (ou) des honoraires.
- Pas de constitution d'une société légale

Présente de lourds inconvénients en cas de mésentente

B – SEP :

- Ressemble à la SCP, avec une liberté de rédaction des statuts.

Le partage des recettes est source fréquente de difficultés.

C – Le contrat de collaboration :

- Le statut de collaborateur libéral permet à un praticien installé ou à une société d'exercice de collaborer avec un autre praticien en mettant à sa disposition, moyennant une redevance, les locaux, le matériel et une partie de la patientèle.
- A terme, le collaborateur libéral peut reprendre l'ensemble de la patientèle du praticien installé.

Ce contrat est limité dans le temps, avec un maximum de 4 ans.



Janvier 09

- 15 Réunion communication CDOMK 76
- 17 Commission de conciliation
- 22 Formation logiciel Cohérence du CNOMK
- 28 Conférence Régionale de Promotion de la Santé et ARS
(Dominique BECOURT, Christophe MONFRAY)

Février 09

- 11 Rencontre avec le nouveau Directeur de l'IFMK de Rouen, Mr BERGEAU
(Dominique BECOURT)
- 18 Forum des Métiers à Rouen
(Laurette ASPE et Jean-Luc PRUDENT)
- 18 Forum des métiers à Dieppe
(Dominique BECOURT)

Mars 09

- 10 Réunion plénière CDOMK 76
- 12 Réunion de présentation et remise du code de déontologie à Rouen
(Laurette ASPE, Dominique BECOURT, Dominique BRUNG, Jean-Luc PRUDENT)
- 13 Conférence des Présidents à Paris
(Dominique BECOURT)
- 13 Réunion inter-Ordres à Rouen
(Laurette ASPE, Dominique BECOURT, Christophe MONFRAY)
- 17 Réunion de présentation et remise du code de déontologie au Havre
(Dominique BECOURT, Dominique OUDIN)
- 19 Réunion de présentation et remise du code de déontologie à Dieppe
(Dominique BECOURT, Christine LAMBERT, Christophe MONFRAY, Philippe RAYMOND)
- 21 Commission de conciliation
- 31 Réunion Site internet CDOMK 76
(Dominique BECOURT, Eric LEMAIRE)

Mai 09

- 05 Réunion plénière CDOMK 76
- 14 Préfecture de Rouen, réunion grippe A H1N1
(Dominique BECOURT)

Juin 09

- 02 Réunion plénière CDOMK 76
- 06 Entretien avec Société Plein Sens sur la profession de kiné
(Dominique BECOURT)

- 12 Préfecture de Rouen, informations grippe A H1.N1 (Dominique BECOURT)
- 12 Réunion inter-Ordres
(Dominique BECOURT, Philippe RAYMOND)
- 23 Remise des diplômes aux nouveaux MK Rouen (Dominique BECOURT)

Juillet 09

- 07 Commission de conciliation
- 07 Réunion plénière CDOMK 76
- 23 Préfecture de Rouen, informations grippe A H1.N1 (Dominique BECOURT)

Août 09

- 04 Commission de conciliation
- 04 Réunion plénière CDOMK 76

Septembre 09

- 01 Réunion plénière CDOMK 76
- 10 Commission minoration
- 25 Conférence des Présidents à Paris
(Nadine BOULANGER)
- 25 Réunion Pôle juridique à Paris
(Philippe RAYMOND)

Octobre 09

- 06 Réunion plénière CDOMK 76
- 13 Réunion Communication
- 17 Forum inter-Ordres Rouen

Novembre 09

- 03 Réunion plénière CDOMK 76
- 28 Réunion de conciliation

Décembre 09

- 01 Réunion plénière CDOMK 76
- 03 Réunion inter-ordres
(Dominique BECOURT, Philippe RAYMOND)

A noter qu'il ne s'agit là que des réunions officielles. Nos réunions plénières se terminent très tard le soir. De nombreux élus travaillent également chez eux bénévolement sur leur temps de loisirs (rédaction de comptes rendus, de procès-verbaux, d'articles, saisie des pièces comptables, préparation de réunions ou de commissions, etc...).



1^{ER} FORUM INTER ORDINAL HAUT NORMAND

Le samedi 17 octobre 2009 s'est tenu à ROUEN le premier forum inter ordinal Haut Normand.



de gauche à droite,
Dr Patrick DAIME, Alain LE VERN, Dr Jean GODARD

Cette manifestation voulue par nos différents ordres avait pour volonté principale d'apprendre à mieux nous connaître afin de fédérer nos professions, de travailler sur des sujets communs à nos ordres et d'avancer de concert dans nos futurs rapports avec les ARS.

Après une allocution d'ouverture de Mr Alain LE VERN, président du Conseil Régional de Haute Normandie, la réunion a permis une présentation

sommaire de nos Ordres respectifs et de leurs particularités.

Etaient présents les Chirugiens Dentistes, Infirmiers, Masseurs kinésithérapeutes, Médecins, Pédiatres Podologues, Pharmaciens et Sages femmes.

Devant un auditoire important et attentif le Professeur Jean Luc NAHEL, anthropologue, aborda un sujet pour nous d'actualité « Pourquoi des règles professionnelles », de la naissance à la nécessité des codes de déontologie.

Le professeur Philippe HECKETSWEILLER développa ensuite « l'histoire du secret dans les Professions de santé » et la réunion se terminait par une table ronde sur le secret partagé entre professionnels de santé.

C'est sur le sentiment partagé d'avoir ouvert une nouvelle voie dans la confraternité entre nos professions que les intervenants se séparaient, dans l'attente de nouvelles réunions qui devraient permettre de pousser plus avant encore cette coopération.

Philippe Raymond

TELETHON 2009



La deuxième édition du Téléthon vient de se dérouler durant la quinzaine du massage entre le 30 novembre et le 11 décembre 2009. Une cinquantaine de masseurs-kinésithérapeutes se sont mobilisés sur tout le département (nous n'étions que 22 l'an passé). Cette édition s'est inscrite dans la continuité. Effectivement, comme l'an dernier, des confrères ont proposé des massages dans des lieux publics (les 4 et 5 décembre au Havre à la Mairie, et à Rouen à l'Espace du Palais) et dans leur cabinet (durant la quinzaine).

A quoi se rajoute trois grandes nouveautés. La première s'est faite à la centrale nucléaire de Penly où les agents EDF, déjà habitués au massage assis (dans le cadre de nos interventions en entreprise), se sont mobilisés. Les adeptes

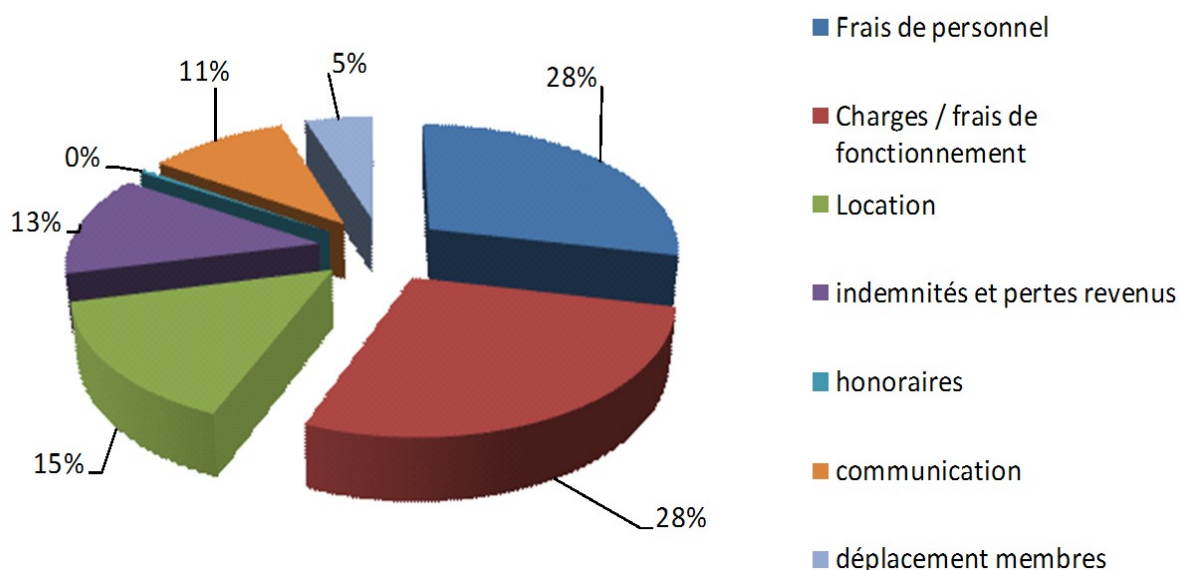
des salles de sport ont pu, eux aussi, bénéficier des bienfaits récupérateurs des massages relax tonique et massages thaï. Et enfin, pour la première fois en France, c'est tout le public du Zénith de Rouen ainsi que les intermittents du spectacle, production et artistes, qui ont pu se détendre lors des deux soirées spectacle. Alors que nous recevons encore des recettes à ce jour, les sommes récoltées sont en nette augmentation (2.600 € en 2008, plus de 3.500 € en 2009). Notons aussi que l'un de nos confrères a rapporté à lui seul plus de 800 €. Bravo !

L'édition 2010 est déjà inscrite sur les tablettes avec de nouveaux défis, notamment celui de pouvoir compter sur un minimum de 100 masseurs kinésithérapeutes qui interviendront en entreprise.



Yan PETIT M.K. Référent 76

Répartition des charges du CDOMK 76



Les plus gros postes de charges sont :

- les frais de personnel
- les charges et frais de fonctionnement (EDF, téléphone, chauffage...)
- location

Les charges liées aux indemnités des élus ne viennent qu'en 4^{ème} position, et il s'agit essentiellement de frais de déplacements.

Christophe Monfray

ORGANIGRAMME

à noter que cet organigramme changera en cours d'année car il y aura des élections en 2010

FONCTION	NOM	LIEU D'EXERCICE	COLLEGE	MANDAT	STATUT
PRESIDENT	Dominique BECOURT	CRIEL SUR MER	LIBERAL	2014	TITULAIRES
VICE PRESIDENTE	Nadine BOULANGER	BOIS GUILLAUME	SALARIE	2010	
SECRETAIRE	Philippe RAYMOND	OFFRANVILLE	LIBERAL	2010	
SECRETAIRE ADJOINTE	Laurette ASPE	ROUEN	LIBERAL	2012	
TRESORIER	Christophe MONFRAY	DIEPPE	LIBERAL	2010	
MEMBRES	Denis HELLOT	VAL DE SAANE	LIBERAL	2012	TITULAIRES
	Christine LAMBERT	DIEPPE	LIBERAL	2014	
	Jean-Pierre PILORGE	ENVERMEU	LIBERAL	2012	
	Alain PRENTOUT	ETRETAT	LIBERAL	2010	
	Karim TRABELSI	ISNEAUVILLE	LIBERAL	2014	
	Dominique BRUNG	GRAND COURONNE	LIBERAL	2010	SUPPLEANTS
	Olivier CLEARC'H	LE HAVRE	LIBERAL	2010	
	Patrice FONTAINE	CAUDEBEC EN CAUX	LIBERAL	2014	
	Dominique OUDIN	ST NICOLAS DE LA TAILLE	LIBERAL	2012	
	Jean-Luc PRUDENT	BIHOREL	LIBERAL	2012	

MINORATION DES COTISATIONS...

...DES REGLES TRES PRECISES !

Désormais, depuis cette année, ce sont les CDO qui ont la totale responsabilité des minorations de cotisations. Mais attention, il ne s'agit pas de décider sur l'unique bonne foi des confrères. Les exonérations ne sont pas décidées « à la tête du client », et elles obéissent toujours à des règles très précises.

Rappelons tout d'abord une vérité de la Palisse : seules sont recevables les demandes de minorations effectuées par un masseur-kinésithérapeute **inscrit** au Tableau de l'Ordre .

Mais cela ne suffit pas. Cette demande doit être accompagnée d'un **dossier complet** comportant notamment l'avis d'imposition N-1, (les 4 pages) **du foyer fiscal**, et de tout document nécessaire à une décision (courrier, certificat...) qui pourrait être étudié par votre conseil départemental.

Pour 2010, le Conseil national a décidé que **les exonérations totales de cotisations ne seraient plus possibles**, tous les demandeurs seront redevables d'une cotisation de **50 € minimum**.

Attention : Pour 2010, les MK appelés à cotiser en Janvier 2010 ont 3 mois pour effectuer leur demande de minoration. En revanche, en ce qui concerne les nouveaux inscrits dans le courant de l'année, cette demande doit être faite impérativement dans le mois suivant l'appel de cotisation (conformément au règlement de trésorerie adopté par le Conseil National).

Nous vous précisons également que pour 2010, les nouveaux diplômés de l'année 2008/2009 pourront faire une demande de minoration n'ayant plus de cotisation préférentielle.

La date de fin des minorations 2010 est fixée au 1^{er} Novembre 2010, à cette date plus aucun enregistrement de minoration ne sera possible.



aucun dossier ne pourra être étudié sans les documents fiscaux du foyer

Quel est le calcul qui nous permet de déterminer la minoration possible ?

Nous prenons le revenu fiscal de référence (du foyer fiscal) divisé par 12, divisé par le nombre de parts :

- 2 pour un couple
- 0,5 part par enfant à charge
- 1 part supplémentaire par enfant handicapé
- 1,25 pour un célibataire
- 1, 5 pour célibataire, veuf ou divorcé ayant élevé un enfant

Le résultat obtenu permet de déterminer le taux de minoration :

Quotient	601 à 900 €	901 à 1.200 €	1.201 à 1.500 €	> à 1.500 €
Tranche	- 75 % de la cotisation	- 50 % de la cotisation	- 25 % de la cotisation	Maintien de la cotisation

En dessous de 600 €, cotisation minimum de 50 €.

Vous cotisez,



**alors vous
bénéficiez
automatiquement
de la garantie
dépendance.**

Le Conseil national a décidé de consacrer 3% de vos cotisations au titre de l'Entraide par la mise en place d'une « Garantie dépendance » qui est active depuis le 01/01/2010.

Le Masseur-Kinésithérapeute **âgé de moins de 65 ans**, inscrit au Tableau de l'Ordre et à jour de sa cotisation ordinale bénéficie d'une couverture « Dépendance totale accidentelle » caractérisée par le versement d'une rente mensuelle de 230 € et du versement unique d'un capital de 500 € « aménagement du domicile et premières dépenses ».

Le Masseur-Kinésithérapeute **âgé de 65 ans et plus**, inscrit au Tableau de l'Ordre et à jour de sa cotisation ordinale bénéficiera d'une couverture « Dépendance totale toutes causes » caractérisée par le versement d'une rente mensuelle de 600 € et du versement unique d'un capital de 1 000 € « aménagement du domicile et premières dépenses ».

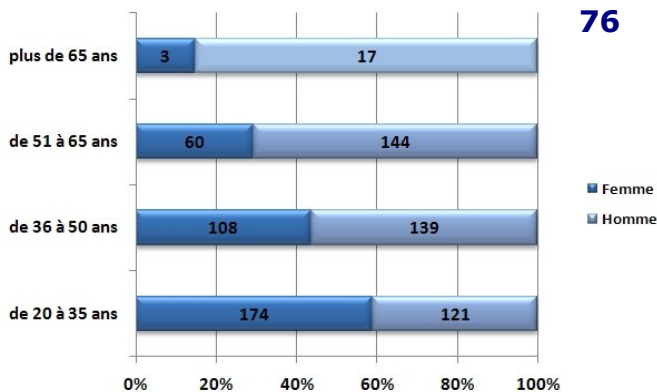
ET LES STATS ?



données parues en novembre 2009

sources :
Conseil National de l'Ordre
des Masseurs-Kinésithérapeutes
et CDOMK 76

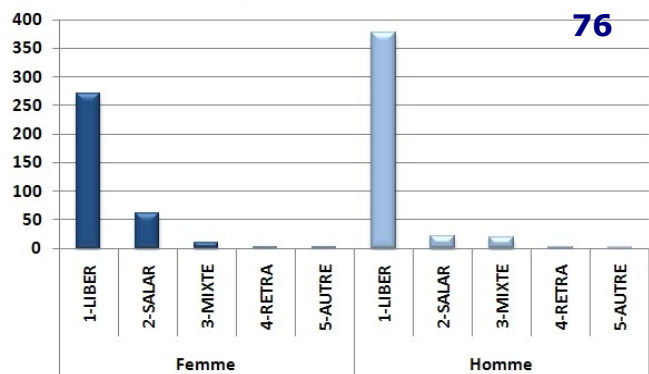
MK par tranche d'âge & sexe



dépt 76

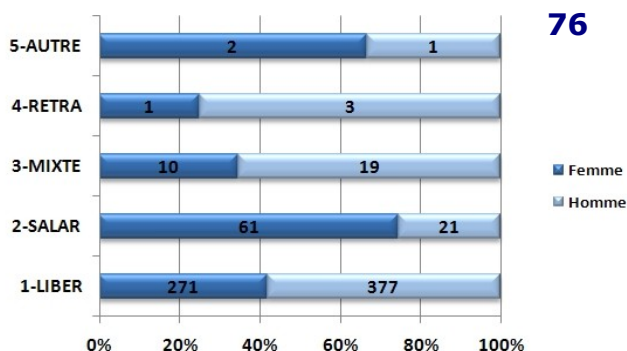
	REGION	76	27
LIBERAUX	904	649	255
SALARIES	163	82	81
MIXTES	45	29	16
RETRAITES	8	4	4
AUTRES	17	7	10
TOTAL	1137	771	366

MK par sexe & statut



dépt 76

MK par statut & sexe



dépt 76

AUTRES ADRESSES UTILES

**CONSEIL NATIONAL
DE L'ORDRE DES
MASSEURS
KINESITHERAPEUTES**
Président
René COURATIER
120-122 rue Réaumur
75002 PARIS
Tél. 01 46 22 32 97
www.ordremk.fr

**CONSEIL REGIONAL
DE L'ORDRE DES
MASSEURS
KINESITHERAPEUTES
DE HAUTE-NORMANDIE**
Présidente
Martine BILLARD
26 Quai Cavalier de la Salle
76100 ROUEN

**CONSEIL DEPARTEMENTAL
DE L'EURE**
Président
Jean-François DUMAS
31 Rue Isambard
27000 EVREUX
Tél. 02 32 32 11 46

**CONSEIL DEPARTEMENTAL
DE LA SOMME**
Président
Hughes CHASSANG
Résidence Saint Martin
77 Rue Delpech
80000 AMIENS
Tél. 03.22.46.33.92
www.omkr80.eu

COMMENT CONTACTER LE CDOMK 76



Conseil Départemental de l'Ordre
des Masseurs-Kinésithérapeutes
de Seine-Maritime
26, Quai Cavalier de la Salle
76100 ROUEN

HORAIRE D'OUVERTURE

mardi et jeudi : 9H00 - 12H00 / 13H30 - 17H30
vendredi : 9H00 - 12H00 / 13H30 - 16H30

TEL. 02.35.03.09.92

FAX 02.35.03.17.84

cdomk76@orange.fr

www.cdomk76.org

COMMENT S'Y RENDRE

Le CDOMK 76 se situe rive gauche, à deux pas de la ligne de métro, non loin du Conseil Général avec sa célèbre Tour des Archives désormais illuminée la nuit.

