



FÉDÉRATION FRANÇAISE  
DES MASSEURS  
KINÉSITHÉRAPEUTES  
RÉÉDUCATEURS

Paris le 14 avril 2009

## Communiqué de presse Le projet de loi HPST arrive au Sénat : La FFMKR agit

Après le vote du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires dit projet de loi HPST à l'Assemblée nationale le 18 mars 2009, le Sénat va devoir se prononcer sur un projet de loi qui signe une étatisation des soins de ville et une volonté délibérée d'affaiblir les conventions nationales.

La Haute assemblée va devoir examiner un texte construit sans réelle concertation qui suscite le mécontentement d'un grand nombre de représentations syndicales des professions de santé.

Alain BERGEAU, président de la FFMKR a été auditionné par Alain MILON, rapporteur du texte à la Haute assemblée, le 3 mars dernier.

**La FFMKR a fait part de plusieurs propositions au rapporteur qui a fait preuve d'une très vive attention, reconnaissant que plusieurs initiatives portées par la FFMKR étaient très intéressantes et se devaient d'aboutir.**

La FFMKR a proposé une meilleure organisation de l'offre de soins de premier recours, une coopération accrue entre professionnels de santé, un développement professionnel continu des professionnels de santé plus équitable sans léser les professions paramédicales, un mode de recrutement des masseurs-kinésithérapeutes amélioré, une adaptabilité des référentiels de bonnes pratiques, une éducation thérapeutique du patient plus ciblée et un encadrement plus strict de la contractualisation avec les offreurs de services en santé.

**Par ailleurs, la FFMKR a vivement demandé au rapporteur de supprimer la disposition introduite par monsieur BUR à l'Assemblée nationale et visant à supprimer les Conseils départementaux de l'ordre dont ceux des masseurs-kinésithérapeutes (CDOMK).**

L'Assemblée nationale a estimé que « *les CDOMK ne sont pas toujours nécessaires et engendrent des frais de gestion excessifs* ».

La FFMKR très attachée au principe de séparation des missions ordre / syndicat, s'étonne cependant d'une telle initiative.

La FFMKR elle-même organisée en syndicats départementaux connaît parfaitement l'utilité d'une présence aussi proche du terrain : proximité, rapidité d'intervention et connaissance approfondie des problèmes locaux.

Le niveau départemental du Conseil de l'ordre est lui aussi, le niveau le plus proche des masseurs-kinésithérapeutes sur le terrain.

Enfin, la mission de service public rendu par les CDOMK est en parfaite adéquation avec le maillage de terrain souhaité par le Gouvernement. Vouloir supprimer l'échelon départemental apparaît inadapté.

La FFMKR exige le retrait d'une telle disposition qui irait à l'encontre de la politique gouvernementale et, qui mettrait en difficulté le fonctionnement même du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, ordre voulu par les masseurs-kinésithérapeutes eux-mêmes.

**Alain BERGEAU, Président  
06 80 25 96 34**

3 rue Lespagnol  
75020 Paris  
tél. : 01 44 83 46 00  
fax : 01 44 83 46 01

[www.ffmkr.org](http://www.ffmkr.org)

enregistré sous le numéro 13.366



*Argumentaire de la Fédération  
française des masseurs-  
kinésithérapeutes rééducateurs  
(FFMKR) dans le cadre du projet de  
loi portant réforme de l'hôpital et  
relatif aux patients, à la santé et aux  
territoires*



## **Article 14 : Principes d'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours.**

La prévention est du domaine même des masseurs-kinésithérapeutes. En effet, cette mission est inscrite dans la convention nationale régissant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie. Cette mission est également inscrite dans décret d'actes et de compétences des masseurs-kinésithérapeutes.

Pourquoi ne pas profiter du texte qui nous est soumis pour renforcer le rôle des masseurs-kinésithérapeutes, acteurs essentiel en matière de prévention ?

On sait à quel point la prévention et l'éducation à la santé sont importantes. Tant le président de la République que la ministre de la santé insistent sur ce point précis.

Le parcours de santé vise une amélioration des soins puisqu'il favorise une meilleure coordination entre les différents intervenants de santé. Le médecin traitant désigné fait office de pivot et juge de l'intérêt ou non pour le patient de voir un spécialiste pour une pathologie donnée. Des exceptions au parcours de santé sont toutefois admises pour un accès direct à certains spécialistes tout en conservant un remboursement à taux plein de 70 %. Il en est ainsi pour les chirurgiens dentistes, les gynécologues et les ophtalmologues. Pourquoi pas dans les domaines de la prévention, du dépistage, du traitement et du suivi des pathologies et de l'éducation à la santé relevant de sa compétence, autoriser l'accès direct au masseur-kinésithérapeute, véritable acteur de santé et de prévention.

Cet accès direct qui existe déjà, n'est cependant pas soumis à remboursement. Autorisons donc légalement cet accès direct afin que les patients puissent se faire rembourser de leurs soins de prévention et d'éducation à la santé.

Que ce soit dans le domaine de la prévention primaire ou dans le domaine de la prévention secondaire, le masseur-kinésithérapeute est l'acteur indispensable et reconnu dans ces domaines. Alors, confirmons cela en l'inscrivant acteur de première intention dans le cadre de ce texte.

Les interventions des masseurs-kinésithérapeutes préviennent notamment les rachialgies et les troubles musculo squelettiques(TMS) permettant aux entreprises d'économiser des journées de travail et aux caisses, de réduire leurs dépenses. La prévention est donc bien un acte à part entière.

Si l'on regarde les derniers chiffres, la hausse des TMS se poursuit. En 2007 : Avec 42 900 cas reconnus et 34 280 cas indemnisés, les TMS demeurent la première cause de maladies professionnelles.

Toujours en 2007, les TMS ont été responsables de la perte de 7,5 millions de journées de travail et ont engendré 736 millions d'euros de dépenses pour l'Assurance maladie. (Source Assurance maladie).

Enfin, il apparait étonnant que le projet de loi présenté ici, oublie totalement les spécialistes de premiers recours autres que la médecine générale.

## **Article 17 : Principe général de coopération entre professionnels de santé.**

La coopération entre professionnels de santé est un des principaux éléments d'amélioration de l'organisation des soins et de la qualité des prises en charges des patients.

La coopération entre professionnels de santé ne peut être réduite à des transferts ou des partages d'actes entre différentes catégories de professionnels.

La coopération interprofessionnelle doit pouvoir prendre la forme de modes d'organisation spécifiques à certaines situations de santé (notamment dans le cadre de certains retours à domicile après une hospitalisation, du maintien à domicile, de certains patients atteints de pathologies chroniques) justifiant un renforcement des échanges au sein d'une équipe de soins pluri professionnelle et la mise en place d'un professionnel de santé repère pour le patient.

L'introduction d'un chapitre II au Titre Premier « Coopération entre professionnels de santé a pour objet de favoriser de telles coopérations, formalisées par l'existence de protocoles.

Le chapitre II ainsi introduit doit viser l'ensemble des professionnels de santé au sens de la 4<sup>ème</sup> partie du code de la santé publique, sans en exclure les pharmaciens.



### **Article 19 : Gestions des fonds du développement professionnel continu des professionnels de santé.**

Le financement de la formation des masseurs-kinésithérapeutes est inscrit dans la convention depuis 1994 et maintenu dans la nouvelle convention de mai 2007.

La FFMKR ne souhaite pas la mutualisation des sommes à destination de la formation continue et provenant de la convention signée avec l'Assurance maladie. En effet, il s'agit d'un avantage conventionnel défini au titre VI de l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie.

Cet avantage conventionnel permet entre autre de coller au plus juste et au plus près des demandes des masseurs-kinésithérapeutes sur le terrain qui connaissent parfaitement les formations qu'ils ont envie de suivre et ce, en fonction des pathologies qu'ils rencontrent sur leurs secteurs.

Il est hors de propos que ce financement prévu par la convention tombe dans un pot commun non exclusif. Chaque profession doit garder son financement et la gestion de ce dernier.

Par ailleurs, les masseurs-kinésithérapeutes cotisent au Fonds Interprofessionnel de formation des Professionnels Libéraux (FIF-PL). Les ressources proviennent donc de la profession et, il semble indispensable que la profession continue à gérer elle-même ces ressources et qu'elle puisse les utiliser comme bon lui semble dans le cadre des formations.

A contrario, les masseurs-kinésithérapeutes sont demandeurs d'un financement pour des formations interprofessionnelles.

### **Article 19 quater : Suppression des Conseils départementaux de l'ordre.**

Lors des débats sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, un amendement de monsieur Yves BUR, député du Bas-Rhin a été adopté sans débat ou presque.

L'objet de cet amendement est ni plus ni moins la suppression des Conseils départementaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CDOMK). En effet, le député BUR a proposé d'instituer un seuil démographique pour la constitution des conseils départementaux au sein des ordres des professions paramédicales.

Le seuil a été fixé à 100000 professionnels. Il y a, selon les derniers chiffres, un peu plus de 64300 masseurs-kinésithérapeutes.

L'Assemblée nationale a estimé que « *les CDOMK ne sont pas toujours nécessaires et engendrent des frais de gestion excessifs* ».

La FFMKR est très attachée au principe de séparation des missions ordre / syndicat, s'étonne cependant d'une telle initiative.

La FFMKR elle-même organisée en syndicats départementaux connaît parfaitement l'utilité d'une présence aussi proche du terrain : proximité, rapidité d'intervention et connaissance approfondie des problèmes locaux.

Le niveau départemental du Conseil de l'ordre est lui aussi, le niveau le plus proche des masseurs-kinésithérapeutes sur le terrain.

Enfin, la mission de service public rendu par les CDOMK est en parfaite adéquation avec le maillage de terrain souhaité par le Gouvernement. A ce titre, vouloir supprimer l'échelon départemental apparaît inadapté.

## **Après l'article 19 sexies : Formation initiale et mode de recrutement des masseurs-kinésithérapeutes**

La formation actuelle des masseurs-kinésithérapeutes est spécifique. En effet, le mode de sélection majoritaire est expérimental depuis 20 ans. Ce fonctionnement dérogatoire fait suite aux Etats Généraux de la Santé de 1987 et est autorisé depuis 1989, par arrêtés individuels pour certains instituts de formation (IFMK).

L'année PCEM 1 (L1 santé) permet aux étudiants d'acquérir des savoirs fondamentaux scientifiques et d'y intégrer une partie de l'enseignement de première année. PCEM 1 concerne 21 IFMK sur les 34.

L'autre méthode de sélection est une sélection par concours d'entrée qui ne représente pas une sélection qualitative des étudiants et encore moins une sélection par orientation volontaire et ciblée. Ce mode de sélection concerne 13 IFMK.

Le coût pour un étudiant s'élève à 1745,57 € par PCEM1 (L1 santé) et 4 916,00 € par concours. Le système de formation actuel n'est donc pas très satisfaisant au regard du principe républicain d'égalité et, il devient crucial de rendre égalitaire les possibilités d'accès à la profession de masseurs-kinésithérapeutes.

Les masseurs-kinésithérapeutes, vu leurs spécificités, souhaitent que leur mode de sélection puisse suivre le schéma LMD conformément au processus de Bologne.

La réforme de la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes est une urgence et, l'intégration progressive dans le L1 santé doit figurer au sein de ce projet de loi.

Pourquoi pas dès aujourd'hui inscrire précisément dans la loi une date à savoir septembre 2009 ? Les groupes de travail et notamment celui de la réingénierie du diplôme devront rendre leur conclusions à cette époque, le calendrier sera donc parfaitement en phase.

Le projet de réforme de la formation initiale à savoir : égalité, harmonisation, lutte contre le gâchis étudiant et passerelles devient urgent.

Enfin, Michelle Bressand a rendu, début avril, un rapport intitulé « Réflexion autour des partages de compétences entre professionnels de santé » dans lequel il est précisé « que tous les professionnels paramédicaux puissent avoir accès au niveau master » et donc, « une reconnaissance de leur diplôme initial au niveau licence académique ».

## **Après l'article 21 nonies : Adaptabilité des référentiels de bonnes pratiques**

Il existerait des écarts importants entre les traitements proposés aux patients par les professionnels de santé pour le même diagnostic.

Il est donc proposé, pour les actes en série, de mettre à la disposition des professionnels de santé des référentiels validés par la Haute Autorité de santé, sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des partenaires conventionnels, afin d'améliorer le recours aux soins et l'efficacité du système de santé.

La situation du patient sera au cœur du référentiel que devra suivre le prescripteur, le professionnel de santé réduisant le patient, en collaboration avec le service médical de l'assurance maladie.

Cette situation sera identique à ce qui se fait déjà lors des admissions en centres de rééducation fonctionnelle. Appliquons également ici, cette méthodologie.

La prescription doit être non quantitative et, le masseur-kinésithérapeute indique le nombre de séances conformément au référentiel (ce qui élimine d'office toute prescription hors référentiel).

En cas de prise en charge supplémentaire et, conformément aux textes déjà en vigueur, le masseur-kinésithérapeute, professionnel de santé, dispose de tous les outils nécessaires, enverra une fiche de synthèse intermédiaire extraite du bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) au médecin traitant et à disposition du service médical. De plus au-delà de 30 séances, et conformément aux textes en vigueur, le masseur-kinésithérapeute adresse une demande d'entente préalable à la Caisse.

Ces derniers, prendront, en toute connaissance, leurs décisions.

Il appartiendra à l'UNCAM de définir les conditions d'organisation des procédures prévues à l'article L 315-2 du Code de la sécurité sociale pour prolonger la prise en charge au-delà du nombre d'actes préconisé par le référentiel validé par la Haute Autorité de santé.

Le dialogue confraternel entre le service médical et le prescripteur ou le soignant permettra de garantir l'application la plus adaptée au patient.

Les chiffres publiés par la CPAM le 22 janvier 2009 indiquent « *que la croissance des dépenses de soins d'auxiliaires médicaux s'est ralentie en 2008. Elle s'élève à +3,3% pour les soins de kinésithérapie (+7,8% en CJO en 2007)* ». Dans la loi de financement de la sécurité sociale 2009, le gouvernement a souhaité mettre en place des référentiels de « bonnes pratiques » dans la mesure où, selon l'UNCAM, des très fortes disparités régionales étaient constatées notamment chez les masseurs-kinésithérapeutes. Les chiffres de la CPAM démontrent pourtant le contraire. La mesure instaurée par la LFSS 2009 semble donc inappropriée.

## **Article 22 : Éducation thérapeutique et actions d'accompagnement du patient**

Le texte présenté ici, prévoit que les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont prises par décret. La profession masseur-kinésithérapeute est particulièrement inquiète de cette disposition dans la mesure où, elle ouvre la porte à des nouveaux métiers.

Dans les versions précédentes de ce projet de loi, il était inscrit, *la création d'une nouvelle profession intitulée « éducateurs de santé » dont les missions etc... seront déterminées par décret.*

Cette nouvelle profession n'existe *a priori* plus mais les masseurs-kinésithérapeutes sont très inquiets car les EGOS prévoyaient certes, la création de nouveaux métiers mais le corolaire en était la concertation avec les professionnels de santé concernés. Aujourd'hui, aucune concertation n'a eu lieu sur ce point très précis et, définir les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient par décret s'avère dangereux si ces compétences ne sont pas du domaine exclusif des professions de santé.

De plus, les masseurs-kinésithérapeutes sont présents et ouverts afin de participer encore plus activement à l'éducation thérapeutique du patient.

L'agence régionale de santé conclut des conventions avec les promoteurs des programmes d'éducation thérapeutique du patient mais qui seront ces promoteurs ? Les professions de santé, au cœur du dispositif de soins et de prévention sont tout à fait habilitées à participer et à conclure des conventions avec les ARS.

Les professions de santé dont les masseurs-kinésithérapeutes attendent depuis les EGOS des concertations en matière de prévention et d'éducation thérapeutique du patient. Aussi, il apparaît logique qu'ils puissent conclure des conventions avec les ARS et que cette logique soit inscrite dans la loi.

## **Article 26 : Contractualisation avec les offreurs de services en santé**

Le contrat individuel, proposé par l'ARS aux professionnels de santé, doit impérativement être conforme à un contrat type national négocié entre les partenaires conventionnels. En l'absence de contrat type national, aucun contrat individuel ne saurait être signé, sous peine de contourner le système conventionnel national.

Afin d'assouplir le système, il apparaît nécessaire qu'un contrat puisse être amélioré sur tels ou tels départements en fonction des spécificités propres de terrain

Dans le cadre de la permanence des soins des professionnels de santé dont les masseurs-kinésithérapeutes (qui actuellement ne sont pas encore touchés), les modalités relatives à la rémunération n'ont pas à être définies par les ARS mais par les professionnels libéraux et les caisses, dans le cadre de la convention nationale.

## **Article 27 : Représentation des professions de santé libérales**

L'organisation et l'évolution de l'offre de santé, même au niveau régional doivent être mises en œuvre dans le cadre d'un contrat national cadre qui pourra se décliner au niveau régional en fonction des spécificités propres de chaque région.