



LA LETTRE DU CONSEIL

EDITO

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Après cette période troublée de lutte contre un ennemi invisible mais virulent et parfois mortel, la vraie vie reprend progressivement son cours.

Comme vous avez pu le constater les services du Conseil départemental ont continué à fonctionner en télétravail, en vous informant au mieux malgré les indications contradictoires et évolutives au jour le jour, tout en essayant de gérer vos inquiétudes légitimes.

Je voudrais remercier ici tous les Kinésithérapeutes responsables qui n'ont pas hésité à se porter volontaires dans les lieux COVID, les hôpitaux, les HAD, la réserve sanitaire, et ceux qui ont continué à assurer les soins d'urgence à domicile avec des moyens de protection parfois dérisoires ou même inexistantes, qui n'étaient pas en adéquation face à la violence des événements, ainsi que les Kinésithérapeutes salariés en 1ère ligne.

Merci à tous d'avoir respecté les règles contraignantes de la fermeture des cabinets avec un sentiment d'abandon des patients et d'angoisse de ne pas pouvoir faire face aux échéances budgétaires.

Merci aux kinésithérapeutes salariés d'avoir été en première ligne malgré le peu de cas fait par les médias de leur combat. Merci d'avoir montré une image positive et professionnelle des Kinésithérapeutes.

Pendant ce confinement les élections dans les Conseils départementaux ont eu lieu électroniquement le 31 mars, grâce à quoi, elles ont pu se tenir normalement.

Je tiens à remercier également les participants, qui par l'expression de leurs votes ou de leurs candidatures légitiment notre institution.

Cela nous permet de peser sur les décisions de notre tutelle ministérielle et amène lentement mais sûrement notre profession vers une profession médicale à part entière.

Les dernières avancées sont d'ailleurs notoires : télésoin, accès direct pour l'entorse et la lombalgie dans une structure pluriprofessionnelle, et dans le cadre des actuelles discussions au Ségur de la santé, il existe une demande forte pour la formation, la reconnaissance et la revalorisation de la profession.

Mes derniers remerciements iront tout naturellement aux Conseillers titulaires qui m'ont reconduit une nouvelle fois à la tête du Conseil départemental le 16 juin, et j'en profite pour souhaiter la bienvenue aux nouveaux Conseillers.

C'est un honneur pour moi de pouvoir travailler avec ce nouveau Conseil et de servir une nouvelle fois les intérêts de tous les Kinésithérapeutes du département en toute transparence, sans clanisme, et n'appartenant qu'à une seule coterie : notre profession.

L'Ordre reste une force de proposition face aux pouvoirs publics et un outil de défense des Kinésithérapeutes.

Avec toutes les composantes de la profession, c'est unis et rassemblés que nous obtiendrons nos lettres de noblesse.

Patrice CARRAUD, Président du CDOMK31.



DANS CE NUMÉRO

EDITO

VISION DE LA
PROFESSION

ACTUALITES

EXERCICE
PROFESSIONNEL

A SAVOIR



VISION DE LA PROFESSION

METTRE FIN À LA DISTINCTION OBSOLÈTE ENTRE LES PROFESSIONS MÉDICALES ET LES AUXILIAIRES

On distingue dans les professions de santé, les professions médicales et les auxiliaires médicaux. Les premiers sont définis par des missions, les seconds par les actes qu'ils sont autorisés à effectuer par dérogation au monopole médical. Cette distinction dépassée n'est plus adaptée à l'évolution de notre système de santé et ne correspond plus aux besoins des patients.

Pascale Mathieu, Présidente du Conseil national de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

ACTUELLEMENT LA PORTE D'ENTRÉE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE EST LE MÉDECIN.

Il dispose d'un monopole sur les actes de soins que lui seul peut effectuer. Le but est louable puisqu'il s'agit de protéger le patient qui se voit assurer une prise en charge par un professionnel disposant d'un diplôme (ainsi sa compétence a été vérifiée) et soumis à certains contrôles (respect de la déontologie notamment).

Tout acte médical effectué par un non-médecin est donc illégal.

Il existe néanmoins des dérogations à ce monopole qui permettent à d'autres professionnels d'effectuer légalement des actes médicaux. Ces professionnels de santé doivent aussi être détenteurs d'un diplôme, garant de la protection des patients.

NOTRE ORGANISATION DISTINGUE AINSI LES PROFESSIONS MÉDICALES ET LES AUXILIAIRES MÉDICAUX.

Ce qui caractérise la différence entre une profession médicale et un auxiliaire médical (également appelé paramédical) est que les premiers sont définis par des missions et les autres par les actes qu'ils sont habilités à effectuer et dont la liste est limitative. Il apparaît que l'on a distribué à d'autres professionnels des actes médicaux relatifs à certains champs d'intervention : les soins bucco-dentaires, les soins relatifs à la maternité, (dentistes et sages-femmes étant des professions dites médicales) les soins infirmiers, les soins de la rééducation...

CONSCIENTS DE LA LIMITATION QU'ENTRAÎNE CE PÉRIMÈTRE CONTRAINT, CERTAINS PROFESSIONNELS ONT SOUHAITÉ UNE ÉVOLUTION DE LA DÉFINITION DE LEUR PROFESSION.

Si l'on prend l'exemple des kinésithérapeutes, la définition en vigueur jusqu'à la loi Touraine du 26 janvier 2016 disait ceci : « La profession de Masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. » On voit ici que c'étaient deux types d'actes qui définissaient la profession de kinésithérapeute, actes détaillés ensuite dans un décret.

Depuis cette loi et sur proposition des Masseurs-Kinésithérapeutes, cette profession est aussi définie par des missions de santé publique. On peut s'interroger sur l'importance de cette évolution. Si l'on se réfère à la possibilité que cela offre en matière de santé publique, on pourrait modifier l'organisation actuelle qui encadre l'exercice par la réalisation d'une liste d'actes limités, difficile à modifier, et prévoir que le kinésithérapeute peut utiliser tous les actes nécessaires pour remplir ses missions à l'exclusion de certains, bien évidemment. C'est d'ailleurs comme cela qu'est organisée la profession de sage-femme ou celle de chirurgien-dentiste.

Il n'y aurait alors plus une liste limitative d'actes, mais des missions, et l'utilisation d'actes et techniques pour les mener à bien.

Pour la plupart des auxiliaires médicaux, et notamment pour les infirmiers et les kinésithérapeutes, à côté d'actes autonomes dans le cadre de la prévention, de l'éducation thérapeutique, de l'enseignement ou de l'encadrement, les actes réalisés doivent l'être sur prescription d'un médecin et pour certains d'entre eux sous sa surveillance. Il s'agit ici d'un encadrement des interventions sur les patients afin de garantir leur meilleure prise en charge. D'un point de vue organisationnel, hors établissements de santé, cela est inopérant, l'intervention du médecin étant impossible la plupart du temps pour des raisons géographiques ou de disponibilité.

À titre d'exemple, une fois que le diagnostic médical d'accident vasculaire cérébral a été posé, que le patient a été pris en charge par un établissement de santé et qu'il est de retour à domicile, il se peut qu'il ait besoin de soins infirmiers, de kinésithérapie et d'orthophonie. S'il est évident que la posologie des traitements médicamenteux va nécessiter la prescription du médecin à ce stade, on peut se poser la question de l'utilité de la prescription d'aide aux soins d'hygiène, de kinésithérapie et d'orthophonie. Ces derniers professionnels pourraient avoir le libre choix des actes et des techniques. Le bilan qu'ils effectuent orienterait leur traitement. Leur formation leur permettrait d'adapter lors de la prise en charge la durée des séances mais aussi leur fréquence et leur contenu et ce à chaque séance en fonction des possibilités du patient qui ne sont pas les mêmes d'un jour à l'autre.

VISION DE LA PROFESSION SUITE

Trop souvent la prescription du médecin obligatoire à ce jour, limitée dans le temps, arrive à son terme avant la fin des soins nécessaires. Pour autant la nécessité de soins de kinésithérapie ou d'orthophonie ne s'arrête pas parce que l'ordonnance médicale est périmée. Il est alors nécessaire que le patient revoie le médecin et lui demande une nouvelle ordonnance qui ne sera là qu'un document administratif permettant au professionnel auxiliaire d'être rémunéré pour ses actes, puisqu'il s'agit ici d'une affection de longue durée pour laquelle le patient n'avance pas les frais.

Confronté à une maladie souvent invalidante, parfois dépendant d'autrui, le patient ne pense pas toujours à demander à son médecin une prescription à jour. C'est alors la course à l'ordonnance, parfois dans un contexte de désert médical avec des praticiens débordés croulant sous les charges administratives pour récupérer le sésame qui permettra la poursuite des soins (qui n'ont bien sûr pas été interrompus puisque nécessaires, et ce en toute illégalité).

L'exemple ici de l'accident vasculaire cérébral pourrait se décliner pour la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la paralysie cérébrale, les cancers. Il s'agirait par cette proposition de permettre une simplification administrative profitable à tous.

Il s'agirait également de considérer qu'il y a des praticiens correctement formés, autonomes et responsables, détenteurs en outre d'un droit de prescription, certes limité et qui doit s'élargir aussi, capables de prendre en charge des patients dans le cadre de leurs missions et de leurs compétences.

IL NE S'AGIT PAS DE COUPER LE LIEN ENTRE LE MÉDECIN ET CE QUE L'ON APPELLE ENCORE LES AUXILIAIRES MÉDICAUX.

Il s'agirait plutôt de considérer que chacun a un rôle essentiel autour du patient pour lui donner les soins les plus appropriés possibles, en fonction de son état de santé et de l'évolution de sa pathologie.

L'autonomie, la responsabilité et la compétence ne dispensent pas d'un contrôle nécessaire et d'une traçabilité indispensable. Ainsi il conviendrait que chaque professionnel qui prendrait en charge un patient alimente le dossier de ce même patient avec ses bilans et ses comptes-rendus de séance rendant compte de l'évolution et de sa prise en charge.

La certification des professionnels serait également un garant de la qualité des soins.

Le professionnel de santé devrait dans ce cas systématiquement renvoyer le patient vers le médecin, dès lors que ce professionnel considérerait qu'il atteint la limite de sa qualification. Les codes de déontologie le prévoient d'ailleurs explicitement et les sanctions aux manquements existent déjà.

Ainsi, pour fluidifier les parcours, simplifier la prise en charge des patients, sans en compromettre la qualité, dans un contexte de formations initiales actualisées, il faudrait supprimer la notion même de professions médicales et d'auxiliaires, au profit de professionnels de santé qui se verraient conférer des missions propres à chacun, un droit de prescription adapté à ces missions et des devoirs à la hauteur de ces responsabilités.



CLESI

L'école privée le CLESI continuait de dispenser de l'enseignement en kinésithérapie sur le territoire français sans avoir l'agrément du ministère de l'Enseignement supérieur, au mépris des dispositions du Code de l'éducation.

Sur le fond, le CLESI a admis devoir cesser toute activité en France et affirmait devant les juges avoir respecté l'interdiction. La cour a toutefois estimé que les pièces produites par l'association étaient insuffisantes pour le prouver.

La cour d'appel de Grenoble confirme donc le jugement rendu en première instance par le tribunal de grande instance de Toulon, et réaffirme que le CLESI ne peut pas dispenser d'enseignement sur le territoire français. Elle alourdit la condamnation, la somme de 1 euro symbolique ayant été jugée insuffisante par la cour qui a fixé la somme des dommages et intérêts à 10 000 euros pour chacun des plaignants : le Conseil national de l'ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK), la Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK) et le SNMKR (syndicat national des Masseurs-Kinésithérapeutes rééducateurs).

Le CNOMK reversera les 10 000 euros de dommages et intérêts au profit des actions de la FNEK pour soutenir la défense des intérêts des étudiants en kinésithérapie au terme de la procédure.

De nombreux étudiants ont été leurrés par les offres de formation d'écoles installées sur le territoire mais non reconnues et ne permettant pas l'obtention du diplôme d'État français, dans un contexte de forte demande pour accéder à la formation de kinésithérapeute, avec 2 855 places chaque année dans les instituts de formation français et 2 000 étudiants qui s'expatrient dans un autre pays européen pour obtenir un diplôme européen.

ACTUALITES

SEGUR DE LA SANTE

L'ensemble des représentants des 100 000 kinésithérapeutes et des 12 000 étudiants en kinésithérapie prennent unanimement acte de la volonté du gouvernement de bâtir les fondations d'un système de santé « plus moderne, plus résilient, plus souple et plus à l'écoute de ses professionnels ».

Ces représentants font l'amer constat d'une situation dramatique, dégradée tant dans l'exercice libéral que salarié, maintes fois dénoncée auprès des autorités restées pourtant silencieuses : études de plus en plus chères, croissance démographique incontrôlée, diminution progressive massive et constante des effectifs de kinésithérapeutes des établissements de santé et médico-sociaux, démantèlement progressif des rôles et missions des kinésithérapeutes au profit de non professionnels de santé, profession négligée par les autorités qui l'oublie souvent dans leurs rapports, rémunération insuffisante des salariés et des libéraux, font le lit d'une déconsidération croissante. Une situation aboutissant par exemple à l'exclusion de kinésithérapeutes des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) au cours de la crise Covid-19, alors même que l'OMS en 2017 invitait les Etats à « créer un leadership et un soutien politique fort en faveur de la réadaptation aux niveaux mondial, national et infranational. »

La kinésithérapie est en péril, ce qui occasionne une perte de chance pour les patients ainsi que des dépenses qui pourraient être évitées. En conséquence, le gouvernement et les tutelles doivent prendre leurs responsabilités et mettre en place les mesures suivantes pour revaloriser la profession.

Formation initiale :

Accélérer le rapprochement avec l'université et permettre des études à frais universitaires. Reconnaître le grade de master en kinésithérapie et mettre en application les pratiques avancées en kinésithérapie. Accéder au corps des enseignants hospitalo-universitaires.

Rôle et reconnaissance :

Abandonner la différenciation corporatiste entre professions médicales et auxiliaires médicaux.

Intégrer la kinésithérapie comme soin de recours essentiel dans la politique de santé publique au même titre que la médecine, la pharmacie, l'odontologie et la maïeutique.

Permettre aux patients d'accéder sans prescription à la kinésithérapie.

Renforcer les rôles et missions des kinésithérapeutes dans la santé publique en les intégrant dans les consultations d'urgence, dans la protection de la santé en entreprise et en milieu scolaire en créant des postes de kinésithérapeute du travail et kinésithérapeute scolaire, et comme coordonnateurs notamment dans les EHPAD.

Diversifier les profils des cadres dans les organismes publics afin d'assurer la présence de la kinésithérapie : haute autorité de santé, assurance maladie, agences régionales de santé, etc.

Valorisation de la profession :

Garantir une rémunération décente des kinésithérapeutes libéraux et salariés en adéquation avec leur niveau de qualification et les standards Européens en la matière.

Permettre une diversification de carrière avec les pratiques avancées en kinésithérapie, l'accès au corps des enseignants hospitalo-universitaires et la création d'un corps de cliniciens chercheurs.

Elaborer une politique de recrutement attractif et de fidélisation pérenne dans les établissements de santé avec des perspectives d'évolution de carrière tant en déroulement de carrière qu'en plan de carrière afin de pourvoir aux 3500 postes vacants et prévenir les départs à la retraite.

Développer l'interprofessionnalité et renforcer les liens ville hôpital.

La situation actuelle est le résultat de plusieurs années de négligence. Les kinésithérapeutes attendent du Ségur que les autorités prennent conscience de l'impérieuse nécessité d'écouter la profession afin de lui permettre de garantir aux deux millions de patients soignés chaque jour la qualité et la sécurité indispensables à leur prise en charge.

EXERCICE PROFESSIONNEL

COTATION DES SOINS POST COVID

Selon plusieurs avis de la HAS parus en avril 2020, des soins de rééducation par le Masseuseur-kinésithérapeute peuvent être nécessaires après une hospitalisation pour infection par le coronavirus.

Ainsi, sur prescription médicale et à compter du 2 juin 2020, vous pourrez coter dans le cadre de rééducation individuelle des patients après hospitalisation pour affections liées au COVID-19 :

- Un AMK 20, pour rééducation de déficiences respiratoires et locomotrices, d'une durée de 30 mn environ,
- Un AMK 28, pour rééducation de déficiences respiratoires, locomotrices et neurologique, d'une durée de 60 mn environ.

Ces cotations habituellement applicables pour des soins chez des patients en ALD pour BPCO, pourront être utilisées chez les patients post COVID-19, adaptables à la fatigabilité du patient et réalisables au besoin en télésoin en alternance avec des séances en présentiel et après un premier contact en présentiel permettant de réaliser le bilan et plan de soin.

Le nombre de séances prises en charge est limité à 20 par patient.

Pour les patients présentant une infection COVID-19 prise en charge à domicile, avec une déficience modérée ou d'un seul appareil, la rééducation kinésithérapique sera cotée avec les actes déjà inscrits à la NGAP.

La période d'application de cette mesure dérogatoire est limitée jusqu'à 6 mois après la fin de l'état d'urgence.

DOULEURS LOMBAIRES AIGUËS ET D'ENTORSE DE CHEVILLE EN ACCÈS DIRECT

Par deux arrêtés du 6 mars 2020, le ministre des Solidarités et de la Santé a autorisé, sur tout le territoire national, les Masseurs-Kinésithérapeutes à réaliser des actes de soins qui, jusqu'à présent, ne faisaient pas partie de leurs compétences. **Ces nouveaux actes ne peuvent être mis en œuvre que dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle.**

1—La prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville

L'arrêté prévoit un **accès direct au kinésithérapeute, sans nécessité d'une prescription médicale préalable**, pour la prise en charge d'une entorse de cheville, **dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle de type maison ou centre de santé.**

Que peut faire le kinésithérapeute ?

- ◆ Pratiquer l'examen clinique et poser le diagnostic d'entorse,
- ◆ Poser l'indication d'un traitement antalgique, d'une chevillière stabilisatrice, d'un repos relatif avec application de glace et d'une surélévation en position assise ou couchée.
- ◆ Prescrire des cannes anglaises si nécessaire.
- ◆ Prescrire des séances de kinésithérapie dès amélioration de la douleur.
- ◆ Vérifier l'indication d'une radiographie et la prescrire en cas de besoin.
- ◆ Prescrire un arrêt de travail éventuel.
- ◆ Rechercher d'éventuels facteurs de risques thrombo-emboliques.

Créer une CPTS

La création d'une CPTS s'organise autour de la définition d'un préprojet pour lequel l'équipe doit transmettre à l'ARS les éléments correspondant aux 7 items contenus dans le cahier des charges :

- 1—La liste des professionnels de santé et des structures impliquées
- 2—La problématique d'accès aux soins et/ou de continuité de prise en charge identifiée
- 3—Les moyens d'action envisagés
- 4—L'objectif visé par la CPTS
- 5—Le territoire d'intervention
- 6—Le calendrier de réalisation
- 7—L'articulation avec les autres projets existants sur le territoire.

Si le préprojet est reçu avec un avis favorable auprès de l'ARS, cela donne lieu à la signature d'un contrat ouvrant droit à un accompagnement financier de 15 000€. Ce financement laisse à l'équipe la possibilité de faire appel à un prestataire extérieur pour les accompagner dans la formalisation de leur projet, ou d'indemniser le temps des professionnels impliqués dans la constitution de leur CPTS.

Dans un second temps, les acteurs sont amenés à transmettre un projet définitif de la CPTS. Si accord de l'ARS, un financement versé sur 3 ans est octroyé aux professionnels pour la mise en œuvre de la CPTS.

Les principales étapes pour la construction d'une CPTS :

→ Écrire une lettre d'intention/pré-projet auprès de l'ARS de votre région

→ Élaborer un projet de santé comprenant le diagnostic territorial de santé (territoire, offre existante...), le projet de partage (structuration juridique, acteurs concernés...) et le cadrage financier.

→ Transmettre le projet de santé à l'ARS qui arbitre le financement
En savoir plus :

Texte de loi portant sur les CPTS :

[http://circulaire.legifrance.gouv.fr/\[...\]](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/[...]) – Ministère des affaires sociales et de la santé

DÉMARCHES

TRANSFERT

Vous allez exercer dans un autre département que la Haute-Garonne :

Vous devez nous adresser une demande de radiation du Tableau, **par courrier recommandé avec AR**. (Art. R.4112-3 CSP). Il convient de nous indiquer la date de votre cessation d'exercice dans notre département et le nom du département dans lequel vous allez exercer. Vous devez indiquer votre nouvelle adresse personnelle et professionnelle.

Vous recevrez une attestation de radiation de la Haute-Garonne qu'il faudra communiquer au nouveau département.

Prenez contact avec le CDO dans lequel vous allez exercer par téléphone ou par mail.

N'oubliez pas d'informer la CPAM, l'URSSAF et la CAR-PIMKO de votre changement de département

OBLIGATION DEONTOLOGIQUE

Vous êtes tenus de signaler au CDO tout changement survenu dans votre exercice, changement de statut, d'adresse, de numéro de téléphone ou d'adresse mel...

« Art. R. 4321-143. – Toute déclaration volontairement inexacte ou incomplète faite au conseil départemental de l'ordre par un Masseuse-kinésithérapeute peut donner lieu à des poursuites disciplinaires. Il en est de même de la dissimulation de contrats professionnels.

EXERCICE PROFESSIONNEL SUITE

A quelles conditions ?

- ◆ Le patient doit être âgé de 18 à 55 ans.
- ◆ Il doit présenter un traumatisme de la cheville en torsion, récent.
- ◆ Le consentement du patient doit être recueilli avant de commencer la prise en charge.
- ◆ Une formation préalable de 10 heures, dispensée par un médecin, est nécessaire.
- ◆ Le médecin doit être joignable au moins par téléphone ou téléconsultation par le kinésithérapeute, et il doit impérativement être consulté s'il existe un risque thromboembolique ou si le kinésithérapeute ne peut en confirmer l'absence.
- ◆ La traçabilité doit être assurée dans le dossier du patient.

Dans quels cas la prise en charge par le kinésithérapeute est-elle exclue ?

Les exclusions sont détaillées dans l'annexe de l'arrêté du 6 mars 2020.

On peut citer par exemple l'existence :

- * D'une plaie,
- * D'un polytraumatisme,
- * D'un appui impossible persistant 24 heures après le traumatisme,
- * En cas de traitement anticoagulant,
- * D'antécédents d'entorse sur la même cheville, etc.

2—La prise en charge de la douleur lombaire aiguë datant de moins de 4 semaines

L'arrêté prévoit un **accès direct au kinésithérapeute, sans nécessité d'une prescription médicale préalable**, pour la prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines, **dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle de type maison ou centre de santé.**

Que peut faire le kinésithérapeute ?

- ◆ Poser le diagnostic de la lombalgie commune.
- ◆ Poser l'indication d'un traitement antalgique et prescrire des AINS ou du paracétamol grâce à une ordonnance-type.
- ◆ Prescrire un bilan et des séances de kinésithérapie pour les patients qui ont un risque de passage à la chronicité.
- ◆ Veiller à l'éducation thérapeutique du patient.
- ◆ Prescrire un arrêt de travail éventuel.

A quelles conditions ?

- ◆ Le patient doit être âgé de 20 à 55 ans.
- ◆ Il doit présenter une douleur lombaire située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur.
- ◆ L'évolution des douleurs doit dater de moins de 4 semaines.
- ◆ Le médecin traitant du patient doit se trouver dans une maison de santé, un centre de santé ou une équipe de soins primaires avec un système d'information partagée.
- ◆ Le consentement du patient doit être recueilli avant de commencer la prise en charge.
- ◆ Une formation préalable de 10 heures, dispensée par un médecin, est nécessaire.
- ◆ Le médecin doit être joignable au moins par téléphone ou téléconsultation par le kinésithérapeute.
- ◆ La traçabilité doit être assurée dans le dossier du patient.

EXERCICE PROFESSIONNEL SUITE

Dans quels cas la prise en charge par le kinésithérapeute est-elle exclue ?

Les exclusions figurent en annexe de l'arrêté du 6 mars 2020.

Il s'agit par exemple de l'existence :

- ◆ D'une fièvre, de douleurs inflammatoires,
- ◆ D'une grossesse,
- ◆ De la présence de douleurs thoraciques,
- ◆ Des antécédents de cancer,
- ◆ De l'existence d'une plaie à proximité du rachis,
- ◆ D'une immunodéficience, etc.

A SAVOIR

LE RESEAU DES KINESITHERAPEUTES DU SEIN

Il y a deux ans est né un réseau de kinésithérapeutes formés en cancérologie du sein, avec pour unique but de promouvoir une prise en charge adaptée pour les patientes.

La prise en charge des femmes opérées d'un cancer du sein est spécifique. Il est important d'échanger sur des cas cliniques et de connaître les dernières avancées chirurgicales et techniques de rééducation.

Réseau national de kinésithérapeutes formés pour une prise en charge des femmes opérées du sein.

www.reseaudeskinesdusein.fr



DÉMARCHES

VOUS EXERCEZ EN CABINET AVEC UN SECRÉTARIAT ?

La carte de personnel d'établissement (CPE) permet au secrétariat de lire la carte Vitale du patient et de créer une pré-FSE. Vous signerez cette pré-FSE avec votre propre carte CPS, par exemple en fin de journée avec l'ensemble des FSE réalisées au cours de la journée. Votre secrétariat pourra ensuite se charger de l'opération de transmission des FSE.

Cette solution fonctionne également avec plusieurs professionnels de santé dans un cabinet.

La carte CPE est anonyme. Elle est gratuite et le coût de l'abonnement est entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie.

Pour obtenir une carte CPE, demandez-la en même temps que votre carte CPS ou, si vous avez déjà une carte CPS, utilisez le service en ligne : e-services cartes et certificats.

CPS :

En cas de problème contacter l'ASIP Santé : **0 825 852 000**





CDOMK 31
72 rue Pierre Paul Riquet
Bât. C
31200 TOULOUSE
05-34-41-16-03



VOS ELUS

Président : Patrice CARRAUD (retraité libéral)

Vice-président : Fabrice HENNION (libéral)

Vice-président : Jean-Marc MAUMUS (libéral)

Trésorier : Jean-Pierre POUZEAU (libéral)

Secrétaire Général : Thibault BIASON (libéral)

Secrétaire Général Adjoint : Frédérique STARCK (libérale)

Conseillers titulaires :

Philippe ARMENGAUD (libéral)

Marie-Pierre BAZET (salariée)

Jérôme BOFFETTI (salarié)

Stéphanie CORBERES (libérale)

Charlotte COTTIN (libérale)

Laura DUCOS (libérale)

Nathalie FIORIO (libérale)

Pablo FROTEAU (salarié)

Margot LEGROS (libérale)

Emilie POISSON-BEUVART (salariée)

Jacques POUJADE (libéral)

Christine SALVY (libérale)

Conseillers suppléants :

Philippe CABROL (libéral)

Audrey DAL PRA (libérale)

Anne Laure DUGUET (libérale)

Hervé ESCOURROU (libéral)

Sabrina FAJAU-BENFELLA (libérale)

Guillaume FUMERY (libéral)

Pierre IZARD (libéral)

Patrick JOUD (libéral)

Agathe LEMASLE (libérale)

Djamila NEMRI (libérale)

Damien OLIVON (libérale)

Ariane PANNETIER (libérale)

Laurent SADA (libéral)

Directeur de la publication : Patrice CARRAUD

Conception et réalisation graphique : Marie-Pierre PASCUAL