

La Thérapie Manuelle Orthopédique

Une autre voie pour l'accès direct en kinésithérapie

Le SNMKR dans l'Union revendique, dans le cadre des futures négociations conventionnelles, la création d'un acte de thérapie manuelle rémunéré à hauteur de 30 euros.

Frédéric Srouf nous livre sa vision de l'atout que pourrait constituer la Thérapie Manuelle Orthopédique comme future spécialité pour les kinésithérapeutes, et l'alternative ambitieuse pour un accès direct en kinésithérapie



L'ostéopathie, une voie historique pour pratiquer la première intention

Le peu de considération qu'ont montré les pouvoirs publics ces dernières années à l'égard de la kinésithérapie et le faible niveau de rémunération des kinésithérapeutes sur les actes constituant leur cœur de métier, a poussé une forte proportion d'entre eux à s'orienter vers l'ostéopathie. L'ostéopathie étant historiquement en France étroitement liée à la kinésithérapie.

Le besoin de s'orienter vers l'ostéopathie peut s'expliquer pour deux raisons principales :

- Le faible niveau de compétences au sortir de la formation initiale en kinésithérapie sur certains domaines d'activités, qui ne permet pas aux jeunes kinésithérapeutes d'être suffisamment efficaces face à leurs patients.
- La possibilité qu'offre ce titre de recevoir les patients en première intention et de pratiquer une tarification libre.

Parallèlement, l'ostéopathie a bénéficié ces dernières années d'une forte médiatisation ce qui a provoqué une demande du public. Cette tendance n'était pas forcément pour déplaire à l'Etat qui voyait des soins prodigués à des assurés sociaux, sans que ces soins ne donnent lieu à une prise en charge par l'assurance maladie.

Le décret du 25 mars 2007 a eu pour conséquence de faire pousser comme des champignons le nombre d'écoles qui promettaient monts et merveilles à des étudiants qui n'étaient pas passés par un concours d'accès aux études médicales ou paramédicales.

Aujourd'hui les ostéopathes ont vu leur chiffre d'affaire diminuer de 40% en

Etat des lieux

Depuis quelques années les kinésithérapeutes revendiquent l'accès direct sur certains actes pour lesquels ils possèdent semble-t-il, une expertise suffisante. L'accès direct des patients à une prise en charge thérapeutique en kinésithérapie nécessite de mobiliser des compétences supplémentaires, comparativement à une prise en charge sur prescription médicale. En effet, le kinésithérapeute doit pour cela élaborer un arbre décisionnel, comprenant les diagnostics d'exclusion qui lui permettent de savoir si la pathologie de son patient relève ou non de ses compétences. Il doit donc être capable de réaliser un « triage » entre les patients qu'il peut traiter et ceux qui ne relèvent pas de ses compétences.

En réalité, ce « triage » est pratiqué quotidiennement par les kinésithérapeutes, lorsque ces derniers réorientent des patients vers d'autres

Mobilisation de la scapula et traitement des tensions musculaires des stabilisateurs scapulo-thoraciques.

professionnels de santé, après avoir réalisé leur bilan et leur diagnostic kinésithérapiques.

Le contenu de la formation initiale n'ayant pas évolué depuis 1989 ces compétences s'acquièrent en formation continue et par l'expérience professionnelle.

L'accès direct, une demande forte du SNMKR pour certains actes.

La kinésithérapie respiratoire du nourrisson atteint de bronchiolite, la prise en charge des entorses de cheville ou du genou, sont autant d'actes que le SNMKR revendique en accès direct, dans le cadre des délégations de compétences que préconise le rapport du Pr. Y.Berland².

1. Kinésithérapeute, enseignant en IFMK et formateur. Secrétaire général adjoint du SNMKR.
2. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_prof_formation.pdf

l'espace de 4 ans avec 1/3 d'entre eux estimant ne pas être indépendants financièrement (source : Observatoire Socio-Economique de l'Ostéopathie).

Cette tendance n'est pas près de s'inverser puisque le Conseil National de l'Ordre qui souhaiterait garder sous son giron les kinésithérapeutes-ostéopathes, propose même que l'ostéopathie soit enseignée en formation initiale de kinésithérapie (rapport ostéopathie du CNOMK du 8 juillet 2011), ce que nous considérerions comme une erreur stratégique et historique.

Les kinésithérapeutes n'ont pas besoin de l'ostéopathie...

La revendication du titre de kinésithérapeute-ostéopathe par nos représentants n'apporte aucune plus-value à notre profession. Au contraire, elle adresse un message aux pouvoirs publics pour dire que les ostéopathes ont des compétences supérieures aux kinésithérapeutes. C'est ainsi la promotion d'une autre profession qui est faite au détriment de nos propres racines.

La Thérapie Manuelle Orthopédique, une voie d'avenir pour les kinésithérapeutes

La Thérapie Manuelle Orthopédique (TMO) est pratiquée dans le monde par des kinésithérapeutes-physiothérapeutes ayant acquis des compétences supplémentaires après leur cursus initial, lors de formations reconnues par la fédération internationale des kinésithérapeutes diplômés en TMO (IFOMPT).

L'IFOMPT apporte une définition de ce qu'est la Thérapie Manuelle Orthopédique : la Thérapie Manuelle Orthopédique est une spécialité de la kinésithérapie-physiothérapie sur les pathologies de l'appareil musculo-squelettique basée sur le raisonnement clinique, l'utilisation des approches de traitement fortement spécifiques incluant des techniques manuelles et des exercices thérapeutiques.

La Thérapie Manuelle Orthopédique repose sur des traitements basés sur les preuves. Elle englobe également la dimension biopsychosociale de chaque patient. Nous parlons donc ici de rééducation, de réhabilitation et de réadaptation en kinésithérapie. Dans le

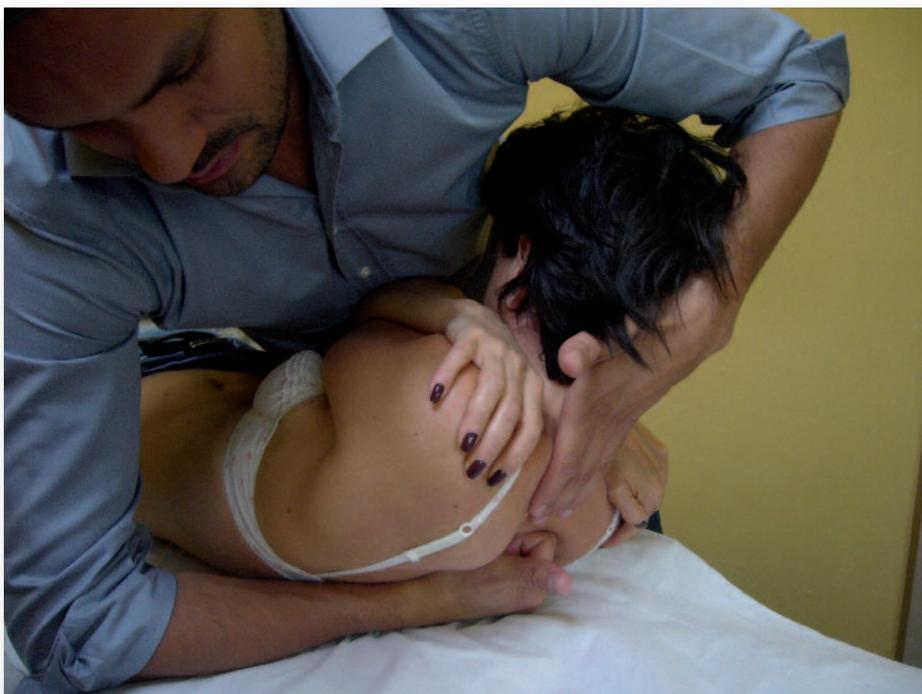


Photo DR

cadre d'une spécialité en Thérapie Manuelle Orthopédique, le kinésithérapeute pratique toujours son cœur de métier avec des compétences supplémentaires. Dans les pays où cette spécialité existe, elle permet aux kinésithérapeutes-physiothérapeutes de proposer un accès direct à leurs patients, de bénéficier d'une rémunération en conséquence et d'utiliser des techniques telles que les manipulations vertébrales, et parfois l'échographie comme examen complémentaire.

Voilà donc une véritable piste d'émancipation pour la kinésithérapie et une source de satisfaction intellectuelle et financière pour les kinésithérapeutes qui souhaitent rester des kinésithérapeutes.

En France la thérapie manuelle n'est pas reconnue comme une spécialité postgraduate. Les kinésithérapeutes bénéficient de formations en thérapie manuelle depuis très longtemps sans pour autant que ces formations permettent de justifier d'une revalorisation tarifaire, ou d'un accès direct pour les patients.

...mais pourraient se spécialiser et grâce à la TMO continuer leur route vers l'émancipation.

La Thérapie Manuelle Orthopédique est totalement structurée dans son contenu au niveau international. Elle a été

Dans les pays où la spécialité de TMO existe, les kinésithérapeutes peuvent réaliser des manipulations vertébrales avec thrust.

développée par de nombreux kinésithérapeutes/physiothérapeutes qui ont apporté des classifications de patients spécifiques et un raisonnement clinique sur des connaissances liées à la profession. Nous ne parlons plus d'auto-guérison mais de données factuelles. Ces spécialistes en Thérapie manuelle Orthopédique ont un niveau d'expertise reconnu. Depuis 2007, la donne a changé et s'adapter à ce contexte nécessite de se projeter en 2015-2020 pour savoir où nous voulons aller.

D'ici là, il ne reste plus aux kinésithérapeutes français qu'à s'emparer de cette spécialité en kinésithérapie et à s'y épanouir personnellement et intellectuellement.

Frédéric Srouer

CALENDRIER

En attendant, la question fait toujours débat, puisqu'en octobre deux manifestations auront lieu sur les thèmes traités dans cet article :

Les 14 et 15 octobre 2011

Le 1^{er} forum de Thérapie Manuelle Orthopédique organisé par Kpten à l'Espace Moncassin à Paris.
<http://www.congrestmo.fr/>

Le 15 octobre 2011, Les Rencontres de Format'Kiné : "Kinésithérapie, ostéopathie : frères ennemis" à Paris au Salon Mondial de la Rééducation.
<http://www.formatkine.fr/>

Contrôles des CPAM au-delà du zèle...



Le SNMKR dans l'Union revendique, dans le cadre des futures négociations conventionnelles, la création d'un acte de thérapie manuelle rémunéré à hauteur de 30 euros.

Frédéric Srouf nous livre sa vision de l'atout que pourrait constituer la Thérapie Manuelle Orthopédique comme future spécialité pour les kinésithérapeutes, et l'alternative ambitieuse pour un accès direct en kinésithérapie

Le 19 avril 2011 Pierre Fender, directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude à l'UNCAM, rencontrait les représentants de l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre de l'UNPS. Il souhaitait leur présenter la « charte des contrôles des pratiques professionnelles », nouvel outil de l'UNCAM devant permettre d'établir une sorte de règle du jeu donnant au passage quelques droits aux praticiens de santé.

Bien qu'austère, le sujet n'étant pas facile, la réunion se déroula plutôt bien. Les représentants des professionnels dirent ce qu'ils avaient à dire, insistant lourdement notamment sur l'inadéquation de l'utilisation du terme « pratiques professionnelles ». En effet, ces contrôles visent la partie purement administrative de l'activité et il serait préférable qu'un autre terme soit choisi ou bien que soit précisé de quoi l'on parle.

Les représentants de l'UNCAM présentèrent également la nouvelle politique de contrôle de l'Assurance Maladie qui vise maintenant à cibler les gros poissons. En parallèle, M. Fender précisa qu'il ne pensait pas que les contrôles systématiques et tatillons amenent à quelques centaines d'euros devaient continuer. Ils sont plus coûteux qu'autre chose pour l'UNCAM et entretiennent un climat pour le moins délétère entre la Caisse Nationale et les praticiens de santé.

On peut donc espérer que les choses auront vocation à s'arranger à l'avenir. Pour l'instant il n'en est rien, et le SNMKR dans l'Union ne manquera pas au cours des négociations conventionnelles de revenir sur ce sujet épineux avec des nouvelles propositions.

Parmi celles-ci, une paraît importante et devrait aussi concourir à dissuader les Caisses Primaires d'engager des contrôles de manière un peu trop zélée. Cette



proposition simple, part du principe que de bonnes relations diplomatiques reposent sur la juste réciprocité. Ainsi, s'il peut paraître normal qu'un professionnel de santé rembourse des sommes perçues injustement avec une pénalité si sa mauvaise foi est établie, il semble tout à fait normal que soit prévu un dédommagement pour le temps passé par le professionnel au règlement d'un dossier de contrôle ne débouchant sur aucun recouvrement.

Cette bonne pratique des contrôles devrait ainsi permettre de voir disparaître des dossiers ressemblant à celui qui suit. Il ne concerne qu'un seul professionnel et sur moins de 12 mois... Petite chronique d'un quotidien que l'on ne veut plus voir...

Pour commencer, pas moins de quatre réclamations d'indus pour doublons de paiement de prestations. Les quatre fois, l'indu était réel. Pour deux, le motif était le suivant : la Caisse Primaire avait payé une

fois la FSE dégradée et une fois la feuille de soin papier correspondante pourtant identifiée comme feuille papier liée à une télétransmission en mode dégradée par le logiciel. Pour chacun de ces cas, il a été prouvé que contrairement à l'affirmation de la Caisse Primaire, il n'avait jamais été réalisé de double facturation. Pour ces deux cas, les dates d'ancienneté étaient variables de quelques semaines à quelques mois.

Pour deux autres cas, l'indu avait été déclenché suite à la retransmission de lots ayant fait l'objet d'un rejet pour motif inconnu. En fait, les Caisses responsables du rejet avaient ensuite traité les télétransmissions manuellement et réglé les soins sans que le professionnel ne puisse le savoir. La deuxième télétransmission étant également honorée.

Bien entendu, on pourra arguer que si notre confrère vérifiait ses comptes, il aurait pu s'apercevoir qu'il avait été payé deux fois et avoir la bonne idée de le signaler et de rembourser les caisses en cause directement. La vraie question est ensuite de savoir si les professionnels de santé doivent se charger du contrôle de gestion des CPAM en plus de tout le reste.

Ensuite, deux autres contrôles ont débouché sur un « non lieu ».

Le premier concernait des soins réalisés deux ans plus tôt. Le courrier de la CPAM ne comportait évidemment que le numéro de l'assuré. Pas de nom. Dans les CPAM, comme dans les séries télévisées de science-fiction, les humains ne sont plus que des numéros... Le motif du grief de l'indu était que l'assuré étant hospitalisé, la vingtaine de séances facturées l'étaient forcément à tort. Pour ne pas dire autre chose.

Ce dossier est éloquent quant au fonctionnement automatique, sans réflexion et sans humanité de certains

services de certaines CPAM. Il aurait suffi que la personne qui a cru débusquer une arnaque se penche un peu sur les éléments du dossier pour qu'elle comprenne de quoi il retournait.

La patiente avait bénéficié de soins de la part d'un kinésithérapeute très éloigné de son département, alors même qu'elle était hospitalisée dans un établissement du même département que ce thérapeute. Il n'était pas bien difficile de supposer qu'elle avait bénéficié des soins pendant son hospitalisation parce que par exemple l'établissement d'accueil est un établissement spécialisé sans lien avec la kinésithérapie. Ce qui justifie l'intervention de praticiens libéraux extérieurs.

Dès ce moment un courrier simple demandant de confirmer l'hypothèse aurait été plus courtois, et certainement plus efficace. Mais pour ce dossier précis, l'inélégance du personnel de la CPAM ne s'arrête pas là, puisque le courrier envoyé au kiné et reçu par ce dernier début mars 2011 était daté de décembre 2010 ! Trois jours plus tard, il recevait la mise en demeure de rembourser puisqu'il n'avait pas répondu depuis deux mois... Après trois courriers et plusieurs heures de travail, la CPAM clôtura le dossier.

Pour être tout à fait juste, il semble bien que si les actes avaient été cotés en AMC, cela aurait pu simplifier les choses.

Dernier dossier, encore un indu. Pour une patiente décédée cette fois. Et encore une histoire de soins en établissement. Même fin, sans suite, ici avec les remerciements de la CPAM pour les explications.

Six dossiers en moins de douze mois. Beaucoup de temps passé. Beaucoup de temps perdu pourrait-on dire. Et comme le rappelait Pierre Fender, le directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude à l'UNCAM, pour des sommes recouvrées plutôt modestes.

Quel temps consacré par ce kinésithérapeute pour répondre à toutes ces questions, rédiger tous ces courriers ?

A l'heure où le temps administratif devient une composante de moins en moins négligeable du temps travaillé des professionnels de santé, se pose pleinement la question d'une indemnisation forfaitaire (ou au réel) pour tous les dossiers qui ne débouchent sur aucun recouvrement.

Il faut aussi se poser la question du ton habituellement accusateur des courriers que les CPAM envoient. Les relations conventionnelles sont des relations de partenaires. Elles doivent être basées sur la confiance et la compréhension,



l'écoute et la courtoisie. Les CPAM doivent réapprendre (ou apprendre...) à parler avec leurs partenaires.

Le SNMKR fera des propositions allant dans ce sens : relations courtoises et réciprocité des « peines » proposant de plus un dédommagement pour le temps passé.

Pour être acceptées, les règles et leurs modalités d'application doivent être justes. Sinon, on ne peut plus parler de démocratie.

Etudes

Les représentants de la profession au Ministère

Fin juillet, le ministère recevait la profession pour évoquer le très lent dossier de réforme des études menant au diplôme d'état. Rapide tour d'horizon.

Le dossier est complexe car les kinésithérapeutes font partie du groupe artificiel des professions dites « paramédicales » inventé par les autorités de tutelle au fil de l'histoire. Ainsi, chaque fois que l'on change quelque chose pour les uns, les autres veulent la même chose. Les autorités sont donc prudentes redoutant les effets dominos. Et les changements sont très difficiles à mettre en place.

Le sujet du jour était l'accès aux études et l'éventualité d'une généralisation du parcours par la PACES (Première Année

Commune des Études de Santé).

Il s'agit donc pour le ministère de mener une réflexion globale où chacun trouve son compte ; y compris les autorités territoriales (régionales etc...) qui ont de plus en plus vocation à entrer dans les processus de régulation de la démographie médicale.

Il faut aussi tenir compte, puisque l'on parle d'universitarisation du cursus des professions proches. Des passerelles devront pourvoir se mettre en place avec celles-ci. C'est notamment le cas de la filière STAPS (Sciences & Techniques des Activités Physiques & Sportives).

Il y aura donc à terme plusieurs modalités d'accès aux études. Soit par un concours à l'issue d'une PACES comportant la validation d'un module universitaire propre à la kinésithérapie, soit après une année de STAPS et validation du même

module. Une dernière possibilité étant offerte à des éléments « brillants » provenant d'autres filières. Cette réforme est nécessaire car il convient, après 20 ans, d'uniformiser un dispositif dérogatoire qui a amené à toutes les diversités.

Le SNMKR sera vigilant afin que la solution retenue ne s'oppose pas à l'évolution de notre profession et en particulier à la mise en place à terme d'une discipline universitaire.

Enfin le SNMKR veillera à ce que cette année commune soit comptée dans le cursus de formation, comme pour les autres étudiants qui la suivent. Le format final des études serait donc au minimum de 4 ans. Reste à déterminer le niveau final de sortie, ce qui ne sera possible qu'à l'issue du deuxième chantier de la réforme : celui du contenu.

Jeudi

9

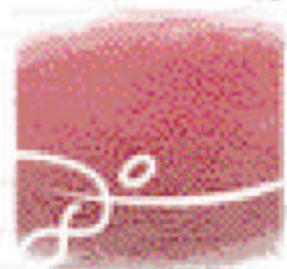
Vendredi

10

Samedi

11

2011



snmkr

Acte Moyen
20 euros

IF standard
5 euros

Acte
Individuel
en thérapie
manuelle
30 euros

Associations

conventionnelles

Reunion Union
SNMCR + OK

UNCAM

Créez le mouvement,
Rejoignez le snmkr !



apek



onrek



umko



ujmk

Dossier retraite

Racheter des trimestres pour optimiser sa retraite

En cas de carrière tardive ou incomplète, le rachat de trimestres permet d'avancer son départ. Une opération à connaître, et pas si coûteuse depuis la parution du Décret du 29 décembre 2010 et son avantage fiscal. Xavier Bertrand l'a récemment confirmé : la durée de cotisation pour toucher la retraite à taux plein va passer à 41,5 ans pour les personnes nées à partir de 1955 (voir Calendrier). Un nouvel effort demandé à tous les actifs alors que la réforme repoussant l'âge de la retraite au-delà de 60 ans est entrée en vigueur début juillet.

Afin de mieux comprendre l'étendue de ces réformes et l'impact produit sur chacun d'entre nous, nous avons interrogé Christian BOSS, Administrateur à la CARPIMKO.



Christian Boss

Qui est touché par le report de l'âge de départ à taux plein ?

Comme le report de l'âge minimal, le report à 67 ans de l'âge de départ à taux plein (ou âge d'annulation de la décote) ne concernera que les générations nées à partir de 1956. Pour les personnes nées entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1955, ce relèvement se fera progressivement, au même rythme que celui prévu pour l'âge minimal, de manière qu'il y ait un écart de 5 ans entre les deux bornes d'âge.

Si vous êtes né avant le 1er juillet 1951, vous pourrez toujours obtenir votre retraite à taux plein dès 65 ans, quelque soient votre durée d'assurance et la date à laquelle vous demanderez votre liquidation de pension.

Y a-t-il des exceptions pour certaines catégories d'assurés ?

Plusieurs catégories d'assurés vont pouvoir, sous certaines conditions, continuer à bénéficier de la retraite à taux plein dès 65 ans, de manière provisoire ou définitive.

- Tel est le cas des parents de famille nombreuse : l'âge de départ à taux plein restera fixé à 65 ans, mais uniquement pendant la période transitoire d'entrée en vigueur progressive de la réforme, pour les assurés nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1955 qui ont

eu ou élevé au moins 3 enfants en ayant toutefois interrompu ou réduit leur activité pendant un an dans les 3 ans suivant la naissance ou l'adoption d'au moins un de ces enfants.

- La loi prévoit aussi de maintenir à 65 ans l'âge de départ à taux plein, mais cette fois de manière définitive, pour les assurés handicapés et, sous certaines conditions, pour ceux qui ont interrompu leur activité afin de s'occuper d'un membre de la famille handicapé, c'est-à-dire les aidants familiaux.

Comment la pénibilité sera-t-elle prise en compte ?

La loi prévoit pour les assurés inaptes au travail de façon totale et définitive la possibilité de continuer à faire liquider leur retraite à 60 ans à condition que leur incapacité résulte d'une maladie professionnelle ou d'un AT, et être en mesure de prouver que leur incapacité résulte de leur exposition à des risques professionnels, ce lien de cause à effet devant, en outre, être apprécié par une commission pluridisciplinaire.

Toutefois, et nul ne l'ignore, les Masseurs-Kinésithérapeutes par le biais de l'intersyndicale et à travers la CARPIMKO, font valoir auprès de la tutelle, et ce depuis plusieurs années, leur situation particulière relayée par un rapport indépendant établi début 2008 qui souligne sans équivoque les difficultés

tant physiques que physiologiques des auxiliaires médicaux et nous n'entendons pas, sur ce point, être traités différemment des autres Français d'autant que nous contribuons largement aux mécanismes de solidarité nationale en vigueur au sein de leur régime de base.

Le Gouvernement devait présenter un rapport au Parlement avant le 30 juin 2011 sur la possibilité d'adapter un dispositif de pénibilité pour les travailleurs non salariés non agricoles : nous l'attendons avec impatience d'autant que le conseil d'administration de la CARPIMKO s'inquiète de ne pas avoir été entendu sur ce sujet et confirme sa demande visant à prendre en compte, en matière de pénibilité, les attentes des professionnels qu'il représente.

La durée d'assurance va-t-elle continuer à augmenter ?

La loi reprend le principe issu de la loi de 2003 selon lequel la durée exigée pour bénéficier d'une retraite à taux plein va continuer à augmenter au moins jusqu'en 2020, en fonction du gain d'espérance de vie à 60 ans, alors qu'il aurait été plus logique que cet allongement se fasse en fonction du gain de l'espérance de vie à 62 ans.

A partir de la génération 1955, la durée d'assurance applicable à chaque génération sera, désormais, fixée l'année des 56 ans.

Si je n'ai pas la durée d'assurance requise, que peut-il se passer ?

Quelque soit la durée d'assurance, vous pouvez faire liquider votre retraite dès lors que vous avez atteint l'âge minimal de la retraite. Mais si vous n'avez pas réuni le nombre de trimestres nécessaires et faites liquider votre retraite avant l'âge du départ à taux plein (67 ans au terme de la réforme et 65 aujourd'hui), votre pension sera calculée à un taux minoré, par application d'une décote et réduite au prorata du nombre de trimestres manquants. En revanche, si vous faites liquider votre retraite à l'âge du taux plein, elle sera automatiquement calculée à taux plein, quelle que soit votre durée d'assurance, mais elle sera toujours réduite au prorata du nombre de trimestres manquants.

Si j'ai plus que la durée d'assurance requise, la surcote s'applique-t-elle ?

Oui, mais uniquement pour les trimestres travaillés au-delà de la durée d'assurance requise et après l'âge minimal de la retraite.

Par exemple, pour un assuré né en 1953, l'âge minimal de la retraite sera de 61 ans et la durée requise d'assurance est fixée à 165 trimestres.

Qui a intérêt à racheter sa première année d'exonération ou des cotisations insuffisantes ?

Toutes les personnes qui veulent prendre leur retraite avant d'avoir atteint l'âge où elles auront cotisé suffisamment pour bénéficier du taux plein.

Par exemple, chez nous les MK l'âge moyen d'entrée en activité est de 26 ans et nombre d'entre nous risque de devoir attendre jusqu'à 65 ans et au-delà.

Ce rachat est-il toujours intéressant ?

Non bien entendu. Dans notre régime, la décote correspond en effet à un coefficient de minoration qui est appliqué sur le plus petit nombre de trimestres manquants entre :

- la différence entre l'âge effectif de départ à la retraite et l'âge à taux plein.
- la différence entre le nombre de trimestres exigés pour avoir le taux plein et celui effectivement validé.

Conséquence : si le nombre de trimestres rachetés ne permet pas d'avoir une décote calculée sur la base de trimestres validés,



le taux de liquidation de la pension ne sera pas amélioré.

Prenons l'exemple d'un assuré né en 1953 qui totalise à l'âge légal de son départ en retraite, c'est-à-dire à 61 ans, 130 trimestres au lieu des 165 exigés. Il lui manque donc 35 trimestres. Si cet assuré rachète 4 trimestres au titre de sa première année d'exercice, il totalisera 134 trimestres (130+4). Dans ce cas, il lui manquera encore des trimestres pour prétendre au taux plein. Le rachat n'aura donc aucun impact sur le taux de liquidation de sa pension.

Comment procéder ?

Commencez par demander des simulations pour bien évaluer les conséquences de l'opération soit auprès de la CARPIMKO soit en vous adressant à nos spécialistes.

Trois options sont possibles :

- **La première** consiste à racheter des trimestres dans le cadre du Décret de décembre 2010, jusqu'à 4 seulement pour atteindre le taux plein, ou tout ou moins l'améliorer. Vous avez pour cela jusqu'à fin décembre 2015 pour l'exercer, et nos sites vous proposent, en ligne et gratuitement, d'en calculer son montant.

- **La seconde**, à racheter des trimestres en dehors du cadre précédent (jusqu'à 12 maximum).

- **La troisième**, à augmenter à la fois le taux et le montant de la retraite en rachetant des trimestres et des points.
- Il y a donc plusieurs paramètres à prendre en compte, et faire des comparaisons entre votre situation avant et après un rachat est indispensable. N'oubliez pas non plus vos « petits boulots » vos emplois pendant votre scolarité ou auparavant, vos divers emplois salariés : certes ils n'augmenteront que rarement votre pension mais vous apporteront une bonne surprise en terme de nombre de trimestres cotisés. Enfin, la loi du 1^{er} avril 2010 prévoit des trimestres de bonification pour les parents ayant élevé ou adopté trois enfants ou plus, bonification plafonnée à 8 trimestres par enfant.

Un exemple ?

A 51 ans, racheter un trimestre dans le cadre de votre première année d'exonération pour améliorer votre taux vous coûte, en fonction de vos revenus seuls, car votre âge n'est pas concerné, entre 646 et 905 €/trimestre (option 1). Si vous souhaitez racheter, mais en dehors

DES SOLUTIONS SPÉCIFIQUES À VOTRE MÉTIER

ADOHA SANTÉ KINÉS

Une mutuelle **SANTÉ** performante
avec des garanties renforcées
à un tarif compétitif.

LES POINTS FORTS

- 3 garanties complètes au choix
- Prise en charge des dépassements d'honoraires
- Forfait maternité et chambre particulière
- Remboursements rapides par télétransmission
- Tiers payant pharmaceutique
- Pas de questionnaire médical
- Garanties immédiates sans délai d'attente.

AVANTAGE À L'ADHÉSION

- 1^{er} mois de cotisation offert
- 30% de réduction pour les jeunes diplômés l'année d'obtention de leur diplôme, puis 20 % et 10 % les deux années suivantes.

ADOHA PRÉVOYANCE KINÉS

Pour maintenir vos revenus et assurer
l'avenir de vos proches en cas
d'incapacité de travail.

Contrat réservé aux Masseurs Kinésithérapeutes

- **Incapacité Temporaire de Travail**
Indemnité journalière versée dès le 1^{er} jour*
- **Hospitalisation**
Indemnité journalière versée dès le 1^{er} jour*
- **Incapacité Professionnelle Permanente**
Perte de Profession : Versement d'une rente mensuelle jusqu'à 65 ans
- **Incapacité Fonctionnelle Permanente**
Garantie des Mains
- **Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**
- **Maternité**
- **Réduction jeune diplômé -50%**
L'année du diplôme et l'année suivante.

NOUVEAU

- **Fracture** : Versement d'un capital forfaitaire
- **Dépendance Totale ou Partielle**
Versement d'une rente viagère
Versement d'un capital 1^{ères} dépenses

* Accident ou Hospitalisation : indemnisation dès le 1^{er} jour quelle que soit la durée de l'arrêt de travail,
Maladie sans hospitalisation : indemnisation dès le 1^{er} jour pour tout arrêt de travail de plus de 15 jours.

Les cotisations santé, prévoyance et dépendance sont déductibles dans le cadre de la « Loi Madelin ».

ADOHA vous propose également des solutions : Responsabilité Civile,
Protection Juridique, Multirisque Cabinet, Retraite, Placements.

Pour tout renseignement : **01 44 53 33 64**
e-mail : **adoha@adoha.fr** - site : **www.adoha.fr**



du cadre précédent, un autre trimestre, il vous en coûtera entre 1 888€ et 2 157€ (option 2).

Si vous souhaitez racheter aussi les points équivalents à ce trimestre, ce qui va augmenter le montant de votre retraite, ce rachat coûte, toujours à 51 ans, entre 2 797 € et 3 196 €...(option 3).

Cela coûte-t-il moins cher de faire cette opération plus jeune ?

Oui, mais ne vous précipitez pas d'autant que vous avez jusqu'au 31 décembre 2015 pour réaliser l'option 1.

Racheter des trimestres est une opération définitive. Comment être certain plus de 15 ans à l'avance, voir plus, que vous aurez envie d'anticiper votre départ à la retraite ?

Quant au coût de l'opération (option 1) il est attrayant même s'il vous paraît élevé et sur le plan fiscal, un rachat peut être avantageux puisque son montant est déductible du revenu imposable.

Plus vous êtes taxé, plus le gain direct est important.

Que conseillez vous à vos confrères ?

Ne rachetez des trimestres que si vous avez de bonnes raisons de vouloir partir plus tôt. Votre décision ne peut pas être que financière.

Soyez conscient qu'anticiper votre sortie de la vie active signifie aussi cotiser moins longtemps et donc recevoir une pension moins élevée que si vous alliez au terme de votre carrière.

Pour d'autres, ce rachat leur permettra de partir à l'âge légal sans pénalités, il s'agit alors de bon sens et de réactivité.

Je le répète, une étude individuelle doit être envisagée avec des réponses chiffrées à la clef.

Commencez donc par demander des simulations pour bien évaluer les conséquences de ces opérations étant donné le nombre de paramètres à prendre en considération.

Faire des comparaisons entre votre situation avant et après rachat est donc indispensable. Nos spécialistes peuvent vous aider à faire le bon choix en vous rendant dès à présent sur nos sites respectifs.



Personnes nées...	Age de départ légal à la retraite	Age d'octroi automatique de la retraite à taux plein	Nombre de trimestres requis pour partir à taux plein
...en 1950	60 ans	65 ans	162
...entre le 1.1 et le 30.6.1951	60 ans	65 ans	163
...entre le 1.7 et le 31.12.1951	60 ans + 4 mois	65 ans + 4 mois	163
...en 1952	60 ans + 8 mois	65 ans + 8 mois	164
...en 1953	61 ans	66 ans	165
...en 1954	61 ans + 4 mois	66 ans + 4 mois	165
...en 1955	61 ans + 8 mois	66 ans + 8 mois	165
...en 1956 et au-delà	62 ans	67 ans	166