

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 21 août 2023 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'assurance maladie signée le 3 avril 2007

NOR : SPRS2322893A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, conclu le 13 juillet 2023, entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, le syndicat Alizé et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 21 août 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe à la directrice générale
de l'offre de soins,*

C. LAMBERT

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

F. VON LENNEP

ANNEXE

AVENANT N° 7 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS
ENTRE LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 3 AVRIL 2007

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),

Et :

La Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR),

Le Syndicat Alizé,

L'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM),

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-9, L. 162-12-9, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 4321-1 du code de la santé publique ;

Vu la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux signée le 3 avril 2007, publiée au *Journal officiel* de la République française du 16 mai 2007, ses avenants et ses annexes,

Il a été convenu ce qui suit :

Les parties signataires du présent avenant conviennent que la convention nationale susvisée, modifiée par avenants et reconduite tacitement depuis cette date est modifiée par les dispositions suivantes.

Préambule

Par ce nouvel avenant, les partenaires conventionnels ont souhaité mettre en place des mesures structurantes pour poursuivre l'amélioration de l'accès aux soins, favoriser la pertinence et la qualité de la prise en charge et renforcer l'investissement des masseurs-kinésithérapeutes sur des sujets de santé publique majeurs. Ils souhaitent également répondre aux attentes fortes exprimées par les professionnels en termes d'évolution de leurs conditions d'exercice et des modalités de valorisation de leur activité.

Les partenaires conventionnels conviennent que la place des masseurs-kinésithérapeutes a vocation à se renforcer dans le système de santé au regard du vieillissement de la population et de l'augmentation des patients souffrant de pathologies chroniques. En conséquence, ils souhaitent positionner le masseur-kinésithérapeute comme un professionnel de santé incontournable de la santé des personnes en situation de dépendance ou à risque de perte d'autonomie, notamment en matière de repérage de la fragilité dans la perspective de la généralisation des bilans de prévention et du programme ICOPE. Ils proposent ainsi la revalorisation et la création de nouveaux actes à fort enjeu de santé publique.

En outre, l'amélioration de l'état de santé de la population passe également par une politique volontariste axée sur des actions au profit des publics les plus fragiles. Les partenaires conventionnels souhaitent ainsi avec cet accord mettre en place des mesures structurantes en vue de favoriser l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes au domicile des patients.

Les partenaires conventionnels s'accordent également sur l'importance de garantir à tous les assurés, sur l'ensemble du territoire, l'accès aux soins en masso-kinésithérapie en améliorant la répartition de l'offre de soins. A ce titre, ils conviennent de renforcer les mesures démographiques mises en place pour favoriser l'installation et le maintien des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones déficitaires et réguler l'installation des masseurs-kinésithérapeutes en zones « non prioritaires ».

Par ailleurs, le déploiement de la télésanté constitue également un enjeu majeur pour l'amélioration de l'organisation du système de santé et l'accès aux soins pour tous sur le territoire. Dans la suite des mesures dérogatoires introduites par les pouvoirs publics lors de la crise sanitaire portant sur la télésanté et dans la continuité des réformes engagées dans le cadre du Ségur de la santé et de « ma santé 2022 », les partenaires conventionnels s'accordent sur l'importance d'inscrire de manière pérenne dans la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes la possibilité de réaliser des actes de télésanté. Ils souhaitent en définir les conditions de réalisation et de facturation afin de garantir la qualité et la sécurité des soins dans ce cadre, et de l'intégrer pleinement dans l'organisation et le parcours de soins coordonné du patient.

De plus, les partenaires conventionnels souhaitent favoriser les outils, les systèmes d'information et les modes d'organisation permettant aux masseurs-kinésithérapeutes d'échanger avec les autres acteurs du système de santé pour assurer de manière efficiente la prise en charge coordonnée de leurs patients. En lien avec la feuille de route du numérique en santé et la généralisation du service « Mon espace santé », ils souhaitent s'engager par cet accord à poursuivre les travaux pour promouvoir l'équipement et l'augmentation significative de l'usage des outils numériques par les masseurs-kinésithérapeutes.

En outre, la loi du 26 mai 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (dite « loi Rist » parue au *Journal officiel* de la République française du 27 avril 2021) prévoit notamment la possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes d'adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an. Conformément à l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, les partenaires conventionnels ont souhaité définir les conditions de prise en charge des actes qui résultent de ces renouvellements.

Avec cet accord, les partenaires conventionnels souhaitent également tirer pleinement les conséquences des travaux de nomenclature engagés et ainsi mettre en œuvre une nouvelle nomenclature qui permettra de mieux

décrire et reconnaître leur activité et d'accompagner cette évolution de mesures fortes permettant de revaloriser l'exercice des masseurs-kinésithérapeutes.

De plus, les partenaires conventionnels s'accordent pour revaloriser l'exercice libéral en vue de garantir l'attractivité de la profession dans un contexte économique marqué par une inflation importante.

Enfin, les parties signataires conviennent d'intégrer dans la convention nationale, la possibilité d'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes conformément aux dispositions prévues par la loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie est modifiée comme suit :

Article 1^{er}

Favoriser l'accès aux soins en inscrivant la possibilité de recours à la télésanté par les masseurs-kinésithérapeutes

1° Après l'article 2.2 du titre II intitulé « Valoriser les pratiques et les actes répondant à des enjeux de santé publique et de qualité de la prise en charge », sont insérées les dispositions suivantes :

« Article 2.3

« *Le recours à la télésanté par les masseurs-kinésithérapeutes*

« Article 2.3.1

« *Le recours au télésoin*

« Article 2.3.1.1

« *Champ d'application du télésoin*

« Article 2.3.1.1.1

« *Définition*

« Dans le cadre de la présente convention, est entendu comme télésoin, l'acte réalisé à distance en vidéotransmission entre un masseur-kinésithérapeute exerçant une activité libérale conventionnée ou dans une structure conventionnée et un patient.

« L'opportunité du recours au télésoin est appréciée au cas par cas par le masseur-kinésithérapeute et relève d'une décision partagée du patient et du professionnel qui va réaliser l'acte.

« Article 2.3.1.1.2

« *Patients concernés*

« L'ensemble des patients peut bénéficier du télésoin.

« Le patient doit être informé des conditions de réalisation de l'acte en télésoin, des alternatives possibles et, après avoir reçu ces informations, avoir donné son consentement préalablement à la réalisation de l'acte. Le patient peut à tout moment retirer son consentement.

« A tout moment, si le professionnel juge que le télésoin n'est pas ou n'est plus adapté à la situation du patient, il trace cette décision de ne pas réaliser le télésoin ou d'y mettre fin dans le dossier du patient (et dans le dossier médical partagé, si le patient en possède un) et propose au patient une prise en charge alternative.

« Article 2.3.1.1.3

« *Situations concernées*

« Aucune situation de soin ne peut être exclue a priori du télésoin, à l'exception des actes nécessitant :

« – un contact direct en présentiel avec le patient (est notamment exclu l'acte de rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent, dont poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique) ;

« – un équipement spécifique non disponible auprès du patient (notamment les installations de balnéothérapie).

« Les partenaires conventionnels s'accordent également sur le fait que la première séance au cours de laquelle est réalisé le bilan diagnostic kinésithérapique initial ne peut pas être réalisée en télésoin.

« Il relève de la compétence et de la responsabilité du professionnel de juger de la pertinence du recours au télésoin au regard des recommandations en vigueur et de la situation du patient.

« Les actes réalisés en télésoin doivent être inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels pour être pris en charge.

« Pour les rééducations soumises à référentiels précisés au chapitre V du titre XIV de la NGAP, les actes réalisés en télésoin sont compris dans le calcul du seuil au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle

médical est nécessaire, pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'assurance maladie.

« Article 2.3.1.1.4

« *Connaissance préalable du patient*

« a) Principe

« Pour assurer la qualité des soins et juger de la pertinence de l'acte à distance, les patients doivent être connus du masseur-kinésithérapeute réalisant l'acte en télésoin, c'est-à-dire avoir bénéficié au moins d'un acte ou bilan en présentiel dans les douze mois précédant la facturation d'un acte en télésoin avec le masseur-kinésithérapeute réalisant le télésoin ou avec un autre masseur-kinésithérapeute avec qui il exerce en groupe (appartenance à la même structure juridique ou liés entre eux par un contrat de groupe).

« Le suivi régulier du patient peut s'effectuer à la fois par des soins en présentiel et en télésoin au regard des besoins du patient et de l'appréciation du masseur-kinésithérapeute.

« Le respect de ces principes conditionne la prise en charge du télésoin par l'assurance maladie.

« b) Exceptions au principe de connaissance préalable du patient

« La prise en charge urgente des patients en sortie d'hospitalisation peut être réalisée en télésoin par un masseur-kinésithérapeute sans connaissance préalable du patient telle que définie au paragraphe a ci-dessus, sous réserve qu'un bilan présentiel ait été effectué par un masseur-kinésithérapeute avant la sortie d'hospitalisation avec transmission de la fiche de synthèse.

« Article 2.3.1.1.5

« *Impossibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes d'exercer une activité exclusive à distance*

« Les partenaires conventionnels précisent qu'un masseur-kinésithérapeute conventionné ne peut pas réaliser son activité exclusivement à distance. A ce titre, ils conviennent qu'au maximum 20% de l'activité conventionnée d'un masseur-kinésithérapeute peut être effectuée à distance. Ce seuil est appliqué à l'activité annuelle globale du masseur-kinésithérapeute (et non par patient afin de permettre pour certains patients qui le nécessitent d'avoir une prise en charge à distance plus importante).

« Le non-respect du seuil maximal d'activité à distance tel que fixé au paragraphe précédent ainsi que des conditions conventionnelles de réalisation et de facturation des actes de télésanté telles que définies aux articles 2.3 et suivants est susceptible d'enclencher la procédure décrite à l'article 6.4 de la convention nationale.

« Article 2.3.1.1.6

« *Principe de la territorialité de la réponse à la demande de soins*

« La réponse à la demande de télésoin se base sur un principe de territorialité. Cette notion implique que seul un masseur-kinésithérapeute du même territoire que le patient peut réaliser le télésoin.

« La notion de territorialité n'est pas définie comme une limite géographique ou administrative. Elle repose sur le fait de pouvoir apporter une réponse de proximité permettant le recours à des soins en présentiel lorsque la situation l'exige ou que l'ensemble des actes nécessaires à la prise en charge du patient ne peut se faire à distance.

« Article 2.3.1.2

« *Modalités de réalisation du télésoin*

« Article 2.3.1.2.1

« *Conditions de réalisation*

« Le télésoin est obligatoirement réalisé par vidéotransmission et dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients permettant de garantir la réalisation d'un soin de qualité.

« Les actes de télésoin doivent également être réalisés :

- «– dans des lieux permettant la confidentialité des échanges entre le patient et le masseur-kinésithérapeute ;
- «– dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés, dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité, d'interopérabilité et d'éthique concernant la transmission, les échanges et le stockage de données.

« Pour les mineurs, l'acte de télésoin est réalisé conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

« Les masseurs-kinésithérapeutes souhaitant recourir au télésoin peuvent se référer aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant les conditions de réalisation émanant des différentes autorités ou opérateurs sanitaires.

« Article 2.3.1.2.2

« *Compte-rendu de l'acte réalisé en télésoin*

« Les séances réalisées en télésoin sont tracées dans le bilan diagnostic kinésithérapique du patient.

« Un compte rendu est intégré par le masseur-kinésithérapeute libéral dans le service “Mon Espace Santé” du patient lorsqu’il est ouvert. Cette intégration s’effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique relatifs aux conditions d’alimentation du DMP et aux conditions d’accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

« Article 2.3.1.3

« *Modalités de rémunération et de facturation des actes réalisés en télésoin*

« Article 2.3.1.3.1

« *Rémunération du masseur-kinésithérapeute réalisant le télésoin*

« Les actes en télésoin sont facturés avec la lettre-clé TMK affectée des mêmes coefficients que les actes réalisés en présence du patient auxquels ils se substituent et selon les règles de la NGAP.

« Les majorations associées aux actes en télésoin s’appliquent dans les mêmes conditions que pour l’acte réalisé en présence du patient.

« Les actes en télésoin ne peuvent se cumuler au cours de la même séance de soins avec les frais de déplacements (prévus à l’article 13 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels) et les indemnités forfaitaires spécifiques de déplacement prévues à l’annexe 1 de la convention nationale.

« Article 2.3.1.3.2

« *Modalités de facturation du télésoin*

« En l’absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation peut être réalisée en mode SESAM sans Vitale, dans les conditions définies à l’article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

« Si le logiciel SESAM-Vitale n’est pas à jour des évolutions au cahier des charges SESAM-Vitale des modalités de facturation des actes de télésanté, le masseur-kinésithérapeute a la possibilité de facturer en mode SESAM “dégradé” dans les conditions définies à l’article 4.5.1. de la présente convention.

« A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent que seuls les actes de télésanté (TMK, RQD) transmis en mode SESAM sans Vitale sont pris en compte et s’ajoutent aux FSE en mode sécurisé au titre du calcul de l’indicateur relatif au taux de FSE du forfait d’aide à la modernisation et à l’informatisation défini à l’article 4.9.

« En l’absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient au moment de la facturation de l’acte de télésoin par le masseur-kinésithérapeute, un appel au service d’acquisition des informations relatives à la situation administrative de l’assuré, intégré au poste de travail prévu à cet effet et notamment au service ADRi, dans les conditions définies à l’article 4.4.3 de la convention, est réalisé afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

« Dans le cadre de la facturation d’actes en série pouvant comprendre un ou plusieurs actes à distance et en présentiel : le masseur-kinésithérapeute peut facturer l’ensemble de la série dans le seul cas où le dernier acte facturé est réalisé à distance. La transmission de la facture est alors effectuée :

« – en mode SESAM sans Vitale par les logiciels agréés télémédecine ;

« – en mode dégradé conformément aux dispositions précitées par les logiciels non agréés télémédecine.

« Le masseur-kinésithérapeute n’est pas autorisé à facturer l’ensemble de la série dans le cas où le dernier acte est réalisé en présence du patient. La transmission en mode sécurisé Vitale (sécurisation avec la carte Vitale du patient) d’une facture d’actes en série comprenant des actes réalisés à distance n’est pas autorisée. Dans ce cas, deux facturations sont alors nécessaires : les actes réalisés en présentiel sont facturés en SESAM Vitale (présence de la carte Vitale du patient) ; les actes à distance sont facturés en SESAM sans Vitale ou mode dégradé conformément aux dispositions précitées.

« Article 2.3.2

« *Le recours à la téléexpertise*

« Article 2.3.2.1

« *Champ d'application de la téléexpertise*

« Article 2.3.2.1.1

« *Définition*

« La téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter l'avis à distance d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières susceptibles de répondre à la question posée, sur la base d'informations de santé liées à la prise en charge d'un patient.

« En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par le professionnel médical requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant.

« Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le masseur-kinésithérapeute requérant. L'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du professionnel médical requis.

« A noter :

- « – la prise en charge de la possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes de requérir une téléexpertise auprès d'un chirurgien-dentiste est conditionnée à l'inscription de cette possibilité dans la convention nationale relative à cette profession ;
- « – le recours à la téléexpertise par un masseur-kinésithérapeute n'est pas soumis à prescription médicale préalable.

« Article 2.3.1.3.2

« *Patients concernés*

« L'ensemble des patients peut bénéficier de téléexpertise.

« Les patients ou leur représentant légal doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

« Article 2.3.2.2

« *Modalités de réalisation de l'acte de téléexpertise*

« Article 2.3.2.2.1

« *Conditions de réalisation*

« La téléexpertise doit être réalisée dans des conditions permettant de garantir :

- « – la confidentialité des échanges entre le masseur-kinésithérapeute requérant et le professionnel médical requis ;
- « – la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, secret médical, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés ;
- « – le respect des référentiels de sécurité, d'interopérabilité et d'éthique concernant la transmission, les échanges et le stockage de données.

« L'équipement doit être adapté à l'usage de la téléexpertise avec une couverture des services nécessaires (images, photographies, tracés, etc.). Les échanges dans le cadre de la téléexpertise entre le masseur-kinésithérapeute requérant et le professionnel médical requis doivent s'appuyer sur le recours à une messagerie sécurisée de santé.

« Les masseurs-kinésithérapeutes souhaitant recourir à la téléexpertise peuvent se référer aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités sanitaires ou d'autres autorités publiques.

« Les téléexpertises, effectuées entre le masseur-kinésithérapeute requérant et le professionnel médical requis sont asynchrones (donc réalisées sur des temps différents) et peuvent être ponctuelles ou répétées. Elles s'effectuent en dehors de la présence du patient.

« Article 2.3.2.2

« *Compte-rendu de la téléexpertise*

« L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par le professionnel médical requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au masseur-kinésithérapeute requérant ayant sollicité l'acte.

« Un compte rendu est intégré par le professionnel médical requis dans le service "Mon espace santé" du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique et relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

« Article 2.3.2.3

« *Modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise*

« Article 2.3.2.3.1

« *Rémunération du masseur-kinésithérapeute requérant une téléexpertise*

« Le travail de coordination du masseur-kinésithérapeute requérant, sollicitant pour une meilleure prise en charge de son patient une téléexpertise auprès d'un professionnel médical, est valorisé dans les conditions suivantes :

- « – acte de demande de téléexpertise valorisé à hauteur de 10 € par téléexpertise ;
- « – et dans la limite de 2 actes par an, par masseur-kinésithérapeute, pour un même patient.

« Ces actes sont facturés avec la lettre-clé RQD.

« Ces dispositions entreront en vigueur à l'issue du délai mentionné à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale et après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier les conditions dans lesquelles la rémunération de la téléexpertise pourrait évoluer vers une rémunération permettant d'asseoir une participation du patient.

« Article 2.3.2.3.2

« *Modalités de facturation de l'acte de téléexpertise*

« Dans le cadre des téléexpertises, si le patient est connu du professionnel médical requis, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel de ce professionnel.

« Dans les cas où le professionnel médical requis ne connaît pas le patient, les données administratives du patient (nom, prénom, NIR et pour les ayants droit, en sus la date de naissance et le rang gémellaire), sont transmises par le masseur-kinésithérapeute requérant dans des conditions permettant de garantir la sécurité des données (notamment usage de la messagerie sécurisée de santé).

« Le masseur-kinésithérapeute requérant doit également communiquer au professionnel médical requis son numéro d'identification de professionnel de santé qui sera renseigné dans la feuille de soins du professionnel médical requis.

« En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte de demande de téléexpertise par le masseur-kinésithérapeute requérant, un appel au service d'acquisition des informations relatives à la situation administrative de l'assuré, intégré au poste de travail prévu à cet effet et notamment au service ADRi dans les conditions définies à l'article 4.4.3 de la convention, est réalisé afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

« En outre, le masseur-kinésithérapeute requérant doit obligatoirement mentionner dans la feuille de soins le numéro d'identification du professionnel médical requis que celui-ci lui aura préalablement communiqué.

« En l'absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation des actes de téléexpertise s'effectue en mode SESAM sans Vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

« Si le logiciel SESAM-Vitale n'est pas à jour des évolutions au cahier des charges SESAM-Vitale des modalités de facturation des actes de télésanté, le masseur-kinésithérapeute a la possibilité de facturer en mode SESAM "dégradé" dans les conditions définies à l'article 4.5.1 de la présente convention.

« A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent que seuls les actes de téléexpertise (RQD) et les actes de télésoin (TMK) transmis en mode SESAM sans Vitale sont pris en compte et s'ajoutent aux FSE en mode sécurisé au titre du calcul de l'indicateur relatif au taux de FSE du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation défini à l'article 4.9. » ;

2° Le a de l'article 6.4.1 du titre VI intitulé « Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse » est modifié comme suit :

Après le huitième alinéa, sont ajoutés les alinéas suivants :

- « – le non-respect du seuil maximum d'activité à distance réalisée par un masseur-kinésithérapeute défini à l'article 2.3.1.1.5 de la présente convention ;

« – le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télésanté prévues aux articles 2.3 et suivants de la présente convention ; »

3° L'annexe I intitulée « tarifs des honoraires et frais accessoires » est modifiée comme suit :

Après la ligne portant sur l'« AMS », sont insérées les lignes suivantes :

«

	Métropole	DOM et Mayotte
Télésoin (TMK) (*)	2,15 €	2,36 €
Acte de demande de téléexpertise (RQD) (*)	10,00 €	11,00 €

« (*) Sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

Article 2

Promouvoir l'équipement et l'augmentation significative de l'usage des outils numériques par les masseurs-kinésithérapeutes

1° Après le neuvième alinéa de l'article 4.9 du titre IV intitulé « Aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel », sont ajoutées les dispositions suivantes :

« Le masseur-kinésithérapeute impliqué dans le déploiement de l'activité de télésanté pourra, dans le cadre du forfait d'aide à la modernisation, bénéficier d'une aide forfaitaire à l'équipement selon les modalités suivantes :

- « – 350 euros pour l'équipement de vidéotransmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposées en matière de recours aux actes de télésanté ;
- « – 175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste sera établie sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année.

« L'aide forfaitaire à l'équipement pour l'activité de télésanté peut être perçue indépendamment de l'atteinte des indicateurs "socles" du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (SCOR, taux de télétransmission...). » ;

2° Après l'article 4.11 du titre IV intitulé « tarifs », il est ajouté un article 4.12 ainsi rédigé :

« Article 4.12

« Déploiement du numérique en santé

« En lien avec la feuille de route du numérique en santé et la généralisation du service Mon espace santé à l'ensemble de la population, les partenaires conventionnels s'engagent à poursuivre les travaux en vue d'accélérer le déploiement et les usages des outils numériques en faveur d'une meilleure coordination des soins et d'une facilitation des échanges entre professionnels de santé et patients.

« A ce titre ils conviennent d'engager des travaux portant notamment sur :

- « – le déploiement de l'ordonnance numérique en tant que professionnels prescrits et prescripteurs ;
- « – l'usage du dossier médical partagé (DMP) notamment par l'alimentation de la fiche de synthèse du BDK ;
- « – l'usage de la MSSanté notamment pour favoriser les échanges sécurisés avec les patients.

« Ces travaux pourront permettre de faire évoluer les indicateurs du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet professionnel défini à l'article 4.9 de la présente convention. »

Article 3

Favoriser la qualité et la pertinence des soins

L'article 4.2.3 du titre IV intitulé « Rédaction des ordonnances » est modifié comme suit :

Avant le dernier alinéa, sont insérées les dispositions suivantes :

« Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent également adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an.

« Les marges d'adaptation du traitement par le masseur-kinésithérapeute portent sur le nombre de séances renouvelées ou sur le type de séances à effectuer. Le masseur-kinésithérapeute informe le médecin prescripteur initial du renouvellement des séances et de l'adaptation éventuelle.

« Le renouvellement par le masseur-kinésithérapeute est possible dans les 12 mois suivants la date de rédaction de l'ordonnance initiale mais la date de réalisation des séances liées au renouvellement peut dépasser la date anniversaire de cette ordonnance.

« Le bilan diagnostic kinésithérapique ne doit pas être facturé à l'occasion d'un renouvellement de séances (sauf si le renouvellement tombe à échéance d'une refacturation de bilan) ; il peut toutefois être réalisé lorsque le MK adapte la prescription en modifiant le type de rééducation effectuée.

« Le masseur-kinésithérapeute inscrit sur l'original de l'ordonnance médicale, présenté par le patient, le renouvellement qu'il réalise en apposant les indications suivantes :

- « – son identification complète : nom, prénom et numéro d'identification ;
- « – la mention "Renouvellement masseur-kinésithérapeute" ;
- « – la durée de ce renouvellement, en nombre de séances et, le cas échéant, le type de séance lorsqu'il fait l'objet d'une adaptation par le masseur-kinésithérapeute ;
- « – la date à laquelle le masseur-kinésithérapeute effectue ce renouvellement, et sa signature.

« L'original est remis au patient.

« Le masseur-kinésithérapeute transmet lors de la facturation des séances, via SCOR, une copie de la prescription qu'il a ainsi modifiée (qu'il archive dans le dossier médical).

« Le masseur-kinésithérapeute s'engage à tracer ses renouvellements de prescription via la solution proposée sur son logiciel de facturation.

« Les seuils de séances de masso-kinésithérapie au-delà desquels un accord préalable du service médical est nécessaire à la poursuite de la prise en charge du traitement sont applicables aux séances issues de la prescription initiale et de son éventuel renouvellement par le masseur-kinésithérapeute, conformément aux référentiels précisés au chapitre V du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels.

« Les partenaires conventionnels réaliseront un suivi régulier de la mesure en commission paritaire nationale, notamment du nombre de renouvellements réalisés annuellement. En cas de hausse de l'évolution du nombre moyen de séances par patient de 5 % et de baisse de la file active des masseurs-kinésithérapeutes de plus de 5 % par rapport à l'évolution moyenne constatée sur la période 2016-2021 (réduction de l'accès aux soins pour de nouveaux patients), les partenaires conventionnels conviennent d'ouvrir la négociation d'un avenant, dans un délai de 2 mois suivant ce bilan, afin de s'accorder sur les mesures correctrices adaptées. »

Article 4

Améliorer l'accès des patients aux soins de masso-kinésithérapie en améliorant la répartition des professionnels sur le territoire

I. – Adaptations apportées aux modalités d'installation en libéral sous convention

1° Le titre de l'article 4.1 du titre IV est ainsi modifié : « 4.1 Conditions d'installation et de cessation d'activité en exercice libéral sous convention » ;

2° Après l'article 4.1, il est inséré un nouvel article 4.1.1 rédigé comme suit :

« 4.1.1. Conditions d'installation en exercice libéral sous convention

« Peut s'installer en exercice libéral sous convention, le masseur-kinésithérapeute qui remplit au moins l'une des deux conditions suivantes :

- « – justifie d'une expérience professionnelle préalable en masso-kinésithérapie de deux ans en établissement sanitaire ou médico-social en France ;
- « – s'engage à exercer au moins les deux premières années de son conventionnement dans une zone "très sous dotée" ou "sous dotée".

« Cette condition d'exercice de 2 ans peut être remplie si le masseur-kinésithérapeute choisit un exercice successif ou concomitant sur la période de deux ans en partie en établissement sanitaire ou médico-social et en partie en zone "très sous dotée" ou "sous dotée".

« Concernant l'exercice préalable en établissement de santé, le masseur-kinésithérapeute doit justifier d'une durée d'exercice minimal correspondant à 70 % d'un équivalent temps plein (soit 2 240 heures sur 2 ans). Cet exercice préalable peut prendre la forme d'un 50 % ETP. Dans ce cas, la durée d'exercice est allongée jusqu'à la réalisation des 2 240 heures.

« A noter que les stages de clinicat réalisés par les étudiants en zones sous dotées ou très sous dotées ou en établissement durant leur formation sont pris en compte dans le calcul de ces deux années d'expérience requise. Concernant l'exercice en zones "très sous dotée" ou "sous dotée", le masseur-kinésithérapeute doit justifier d'un minimum de 6 000 actes réalisés sur les deux ans.

« La condition d'expérience professionnelle préalable en établissement ou d'exercice en zone sous dotées ou très sous dotées s'applique aux masseurs kinésithérapeutes démarrant à compter de l'année 2023 leur formation conduisant au diplôme de masseur-kinésithérapeute.

« Les partenaires conventionnels conviennent d'expertiser et de faire le cas échéant des propositions permettant d'ajuster ces dispositions pour les territoires ultramarins. Ces adaptations devront être adoptées par la CPN pour être applicables.

« Les partenaires conventionnels conviennent de faire un point régulier sur la mise en œuvre de cette mesure en CPN. » ;

3° Après le nouvel article 4.1.1, un nouvel article 4.1.2 est rédigé comme suit :

« 4.1.2. Engagement de travaux en vue de faire converger les tarifs des IFMK

« Les fortes inégalités constatées sur le coût de la formation initiale de kinésithérapie sont devenues une question prioritaire. Les partenaires conventionnels s'accordent donc sur la nécessité de réunir un groupe de travail visant à harmoniser les frais des instituts de formation en masso-kinésithérapie sous l'égide du ministère de la santé, associant l'assurance maladie, les conseils régionaux, les syndicats représentatifs des masseurs-kinésithérapeutes et les syndicats représentatifs des étudiants en kinésithérapie. Ce groupe de travail doit remettre ses conclusions avant le 1^{er} janvier 2025. Si les travaux ne permettent pas d'aboutir à la convergence visée, l'Assurance maladie proposera un soutien financier aux nouveaux installés. » ;

4° Les articles 4.1.1, 4.1.2 et 4.1.3 sont renumérotés en conséquence et deviennent respectivement articles 4.1.3, 4.1.4 et 4.1.5.

II. – Adaptations apportées à la méthodologie du zonage

1° Dans tout le texte de la convention et celui de ses annexes tels que modifiés par ses avenants :

- les mots : « zone “surdotée” », « zone surdotée », « “zone sur dotée” », « zone sur-dotée », « zone “sur dotée” » sont remplacés par les mots : « zone non prioritaire » ;
- les mots : « zones “surdotées” », « zones sur dotées » et « zones “sur dotées” » sont remplacés par les mots « zones non prioritaires » ;

2° Les dispositions de l'article 1.1.2 du titre I « délimitation des zones » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Le territoire national est divisé en bassins de vie pseudo-cantons classés en quatre catégories de zones définies par la méthode figurant en annexe 3.

« Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sont dénommées : “zones non prioritaires”. Ces zones correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent les 30 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) définie en annexe 3 est le plus élevé.

« Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens de l'article L. 1434-4 susmentionné, sont divisées en deux catégories, les “zones très sous dotées” et les “zones sous dotées” :

- « – les “zones très sous dotées” correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent les 15 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL est le plus bas ;
- « – les “zones sous dotées” correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent les 15 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL est immédiatement supérieur à celui des zones “très sous dotées”.

« Les autres bassins de vie ou pseudo-cantons sont classés en zones “intermédiaires”.

« Les nouveaux zonages entreront en vigueur dès publication des arrêtés prévus par les dispositions de l'article L. 1434-4 susmentionné.

« Au niveau régional, les parts de population précédemment définies pour chaque type de zone peuvent être amenées à évoluer en fonction de la mise à jour de l'indicateur APL utilisé par l'ARS.

« Par ailleurs, les partenaires conventionnels s'engagent à mener des travaux avec la DREES visant à adapter la maille géographique prise en compte dans le zonage, aux spécificités locales. » ;

3° Les dispositions de l'article 1.1.3 du titre I « Modulations des zones à l'échelon régional » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« 1.1.3. Modulation des zones à l'échelon régional

« Si les caractéristiques d'une zone très sous dotée ou d'une zone non prioritaire tenant par exemple à sa géographie, à ses infrastructures, à l'offre de soins présente sur la zone, à des indicateurs socio-économiques (part des patients de la zone en ALD ou C2S) le justifient, l'arrêté de l'agence régionale de santé définissant le zonage peut modifier le classement de cette zone selon les dispositions suivantes, après avoir menée la concertation prévue par les dispositions de l'article R. 1434-42 du code de la santé publique et recueilli l'avis de la commission paritaire régionale prévue à la présente convention.

« a) Modulation des zones très sous dotées

« L'ARS peut étendre les zones définies par la méthodologie fixée à l'article 1.1.2 de la présente convention comme “très sous dotées”, à des bassins de vie pseudo-cantons représentant au maximum 2,5 % de sa population régionale. Ces bassins de vie pseudo-cantons sont sélectionnés parmi les bassins de vie pseudo-cantons définis comme “zone sous dotée” et pour lesquels le niveau d'APL est le plus faible pour la région. De même, l'ARS peut reclasser des bassins de vie pseudo-cantons définis comme “zones très sous dotées” en “zones sous dotées” dans la limite de 2,5 % de sa population régionale.

« Ainsi, pour chaque région, la part de la population en zone très sous dotée doit être égale à la part définie par la méthodologie fixée à l'article 1.1.2 de la présente convention pour la région avec une marge d'adaptation maximale de 2,5% de sa population régionale (en plus ou moins) ;

« b) Modulation des zones non prioritaires

« L'ARS peut étendre les zones définies par la méthodologie fixée à l'article 1.1.2 de la présente convention comme "non prioritaires", à des bassins de vie pseudo-cantons représentant au maximum 2,5 % de sa population régionale. Ces bassins de vie pseudo-cantons sont sélectionnés parmi les bassins de vie pseudo-cantons définis comme "intermédiaires" et pour lesquels le niveau d'APL est le plus élevé pour la région. De même, l'ARS peut reclasser des bassins de vie pseudo-cantons définis comme "non prioritaires" en "zones intermédiaires" dans la limite de 2,5 % de sa population régionale.

« Ainsi, pour chaque région, la part de la population en zone non prioritaire doit être égale à la part définie par la méthodologie fixée à l'article 1.1.2 de la présente convention pour la région avec une marge d'adaptation maximale de 2,5 % de sa population régionale (en plus ou moins). » ;

4° Le D des articles 1.3.1 et 1.3.2 et le C de l'article 1.3.3 du titre I ainsi que les articles 2.2 des annexes 5 à 7 sont modifiés comme suit :

Les mots : « L'aide forfaitaire versée au titre d'un contrat conclu en zone "très sous dotée" ne peut être inférieure à celle accordée en zone "sous dotée". », les mots « L'aide forfaitaire versée au titre d'un contrat conclu en "zone très sous dotée" ne peut être inférieure à celle accordée en "zone sous dotée" » et les mots « L'aide forfaitaire versée au titre d'un contrat conclu en zone très sous dotée ne peut être inférieure à celle accordée en zone sous dotée » sont supprimés ;

5° L'annexe 3 est remplacée par les dispositions suivantes :

« ANNEXE 3

« MÉTHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES
RELATIVES AUX MASSEURS-KINESITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

« Les partenaires conventionnels ont mené des travaux en lien avec la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des solidarités et de la santé afin de rénover la méthodologie de classification des zones pour lesquelles les partenaires conventionnels ont défini des mesures d'incitation ou de régulation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre de masseurs-kinésithérapeutes.

« Ils proposent de retenir la méthode suivante pour déterminer, d'une part, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins de masso-kinésithérapie mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et, d'autre part, celles dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé mentionnées au 2° de ce même article.

« 1. Unité territoriale

« Ces zones identifiées sont classées en quatre niveaux de dotation : zones "très sous dotées", zones "sous dotées", zones "intermédiaires" et zones "non prioritaires".

« Le découpage des zones est défini par référence à une unité territoriale à l'échelle du bassin de vie (plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services de la vie courante), à l'exception des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, où le découpage correspond aux pseudo-cantons.

« 2. Source des données

« – découpage en bassin de vie/pseudo canton :

« Les communes qui font partie d'une unité urbaine supérieure à 30 000 habitants sont regroupées en pseudo cantons (définis par l'INSEE), les autres sont regroupées au niveau du bassin de vie (défini par l'INSEE) ;

« – variables d'activité :

« Les informations sur l'activité et les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patients, sont issues du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie ;

« – variables administratives :

« Les variables administratives par cabinet des masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont issues du fichier national des professionnels de santé (FINPS) ;

« – distances et temps de trajet entre communes.

« Les données concernant les distances entre communes sont issues du distancier Metric de l'INSEE.

« La population résidente étudiée est issue des données du recensement INSEE.

« 3. Méthodologie

« La méthodologie employée s'appuie sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) (cf. source : <https://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>).

« L'indicateur d'APL est d'abord calculé pour chaque commune. Il est ensuite agrégé au niveau du bassin de vie ou du pseudo-canton en faisant la moyenne des indicateurs d'APL des communes constituant ce bassin de vie (ou

pseudo canton), pondérée par la population standardisée (cf. définition infra) de chaque commune. Chaque bassin de vie ou pseudo-canton est ensuite classé en fonction de son indicateur d'APL.

« 3.1. *Descriptif des variables utilisées dans le calcul de l'indicateur APL*

« 3.1.1. Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en équivalent temps plein

« Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en équivalent temps plein est calculé en fonction du nombre d'actes réalisés par professionnel de santé dans l'année. L'activité de chaque masseur-kinésithérapeute est rapportée à la médiane (à titre d'exemple 3 783 actes par an pour le masseur-kinésithérapeute libéral médian en 2021) et ne peut excéder le 9^e décile (à titre d'exemple 6 906 actes en 2021).

« Seule l'activité libérale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux est prise en compte.

« Les masseurs-kinésithérapeutes âgés de 65 ans et plus ne sont pas pris en compte, ni ceux avec une activité très faible (nombre d'actes correspondant à un honoraire inférieur à 10 000 €, soit à titre d'exemple 544 actes pour 2021).

« Les masseurs-kinésithérapeutes installés dans l'année sont comptabilisés pour un ETP.

« 3.1.2. La population résidente standardisée par l'âge par commune

« Afin de tenir compte de l'âge de la population par commune et d'une demande en soins de masseurs-kinésithérapeutes croissante avec l'âge, la population résidente a été standardisée à partir du nombre d'actes de masso-kinésithérapie consommés par tranche d'âge de 5 ans.

« 3.1.3. Les distances entre communes

« La distance entre 2 communes a été mesurée en minutes. Les temps de parcours utilisés sont issus du distancier Metric produit par l'INSEE.

« L'accessibilité a été considérée comme parfaite (coefficient = 1) entre 2 communes éloignées de moins de 10 minutes. L'accessibilité est réduite à 2/3 pour 2 communes éloignées entre 10 minutes et 15 minutes, et à 1/3 pour 2 communes éloignées entre 15 et 20 minutes. Entre 2 communes éloignées de plus de 20 minutes, l'accessibilité est considérée comme nulle.

« 3.2. *Classement des bassins de vie et pseudo-cantons*

« Les bassins de vie ou pseudo-cantons sont classés par ordre croissant de leur niveau d'APL :

« – les premiers bassins de vie ou pseudo-cantons avec l'APL le plus faible et représentant 15 % de la population française totale sont classés en zones "très sous dotées" ;

« – les bassins de vie ou pseudo-cantons avec l'APL immédiatement supérieur au précédant et représentant 15 % de la population française sont classés en zones "sous dotées" ;

« – les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants et représentant 40 % de la population française sont classés en zones "intermédiaires" ;

« – enfin les derniers bassins de vie ou pseudo-cantons avec l'APL le plus élevé et représentant 30 % de la population française sont classés en zones "non prioritaires".

« Au niveau régional, les parts de population précédemment définies pour chaque type de zone peuvent être amenées à évoluer en fonction de la mise à jour de l'indicateur APL utilisé par l'ARS.

« 4. **Adaptation régionale avant publication des arrêtés par les agences régionales de santé**

« Si les caractéristiques d'une zone très sous dotées ou sous-dotées tenant par exemple à sa géographie, à ses infrastructures, à l'offre de soins présente sur la zone, à des indicateurs socio-économiques (part des patients de la zone en ALD ou C2S) le justifient, l'arrêté de l'agence régionale de santé définissant le zonage peut modifier le classement de cette zone selon les dispositions suivantes et après avoir menée la concertation prévue par les dispositions de l'article R. 1434-42 du code de la santé publique et recueilli avis de la commission paritaire régionale prévue à la présente convention.

« Dans son arrêté définissant le zonage, l'ARS peut ajouter aux zones définies nationalement comme "très sous dotées", des bassins de vie pseudo-cantons représentant au maximum 2,5 % de sa population régionale. Ces bassins de vie pseudo-cantons sont sélectionnés parmi les bassins de vie pseudo-cantons définis nationalement comme "zone sous dotée" et pour lesquels le niveau d'APL est le plus faible pour la région.

« De même, l'ARS peut reclasser des bassins de vie pseudo-cantons définis nationalement comme "zones très sous dotées" en "zones sous dotées" dans la limite de 2,5 % de sa population régionale.

« Ainsi, pour chaque région, la part de la population en zone très sous dotée doit être égale à la part définie nationalement pour la région avec une marge d'adaptation maximale de 2,5 % de sa population régionale (en plus ou moins).

« Selon la même procédure, l'ARS peut ajouter dans son arrêté définissant le zonage, aux zones définies nationalement comme "non prioritaires", des bassins de vie pseudo-cantons représentant au maximum 2,5 % de sa population régionale. Ces bassins de vie pseudo-cantons sont sélectionnés parmi les bassins de vie pseudo-cantons définis nationalement comme "zone intermédiaire" et pour lesquels le niveau d'APL est le plus élevé pour la région.

« L'ARS peut également reclasser des bassins de vie pseudo-cantons définis nationalement comme "zones non prioritaires" en "zones intermédiaires" dans la limite de 2,5 % de sa population régionale.

« Ainsi, pour chaque région, la part de la population en zone non prioritaire doit être égale à la part définie nationalement pour la région avec une marge d'adaptation maximale de 2,5 % de sa population régionale (en plus ou moins). »

III. – Adaptations apportées au dispositif de régulation du conventionnement en zone « non prioritaire »

1° Les dispositions de l'article 1.2.1 du titre I nouvellement intitulé « Principe de la régulation du conventionnement en « zone non prioritaire » » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Le principe de régulation du conventionnement s'applique uniquement dans les zones "non prioritaires".

« Sous réserve de respecter les dispositions de l'article 4.1.1, le conventionnement ne peut être accordé par un organisme d'assurance maladie à un masseur-kinésithérapeute dans une zone "non prioritaire" qu'au bénéfice d'un masseur-kinésithérapeute assurant la succession d'un confrère cessant définitivement son activité dans la zone considérée sauf cas de dérogations prévues à l'article 1.2.3 de la présente convention.

« Le masseur-kinésithérapeute mettant fin à son activité en zone "non prioritaire" dispose d'un délai de deux ans maximum à compter de la cessation de son activité pour désigner un successeur. Passé ce délai, la reprise de patientèle n'est plus justifiée dans la mesure où cette dernière a été reprise par les autres cabinets du secteur.

« La cessation d'activité (principale ou secondaire) d'un masseur-kinésithérapeute ne peut ouvrir de place de conventionnement dans la zone non prioritaire que si l'activité du cédant représentait un seuil minimum de 1 200 actes au titre de l'année précédant cette cessation d'activité.

« Dans le cas où le nombre d'actes réalisés par le masseur-kinésithérapeute cessant son activité est inférieur à ce seuil minimum, il appartient à la commission paritaire départementale d'apprécier si la situation du professionnel peut justifier l'ouverture d'une place de conventionnement (notamment congé maternité, parental, départ progressif à la retraite...). L'avis de la commission est rendu dans le cadre et selon les conditions d'une demande de conventionnement en zone non prioritaire.

« Le principe de régulation du conventionnement s'applique également aux masseurs-kinésithérapeutes demandant un conventionnement dans le cadre d'un exercice exclusif au domicile de leurs patients.

« Les partenaires conventionnels conviennent d'établir une charte visant à harmoniser la gestion de l'attribution des places en "zones non prioritaires". Cette charte devra être adoptée lors de la 1^{re} commission paritaire nationale réunie après la signature de l'avenant 7 à la convention nationale. » ;

2° Les *a* et *c* de l'article 1.2.2 du titre I^{er} nouvellement intitulé « Modalités de gestion des demandes de conventionnement des masseurs-kinésithérapeutes en « zone non prioritaire » » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« a) Formalités de demande de conventionnement en "zone non prioritaire" »

« Le masseur-kinésithérapeute envoie sa demande de conventionnement à l'organisme local d'assurance maladie dans le ressort géographique duquel se situe le lieu d'installation envisagé, par lettre recommandée avec accusé réception, par voie postale ou par voie électronique.

« Dans ce courrier, il précise ses nom et prénom, son numéro d'identification, le lieu et les conditions exactes de l'installation projetée. Le masseur-kinésithérapeute produit à l'appui de sa demande une attestation du masseur-kinésithérapeute dont il reprend l'activité et qui le désigne nommément comme son successeur. Si le masseur-kinésithérapeute cédant son activité a le statut d'assistant ou de collaborateur libéral, l'attestation de succession est rédigée par le titulaire du cabinet en accord avec l'assistant ou le collaborateur.

« En cas de force majeure entraînant un arrêt brutal et définitif de l'activité du masseur-kinésithérapeute empêchant la désignation d'un successeur, l'organisme local d'assurance maladie sollicite, le cas échéant, la famille et/ou le ou les membres du cabinet du masseur-kinésithérapeute concerné pour désigner un successeur dans les conditions prévues au *c* du présent article. »

« c) Décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie »

« Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie notifie au masseur-kinésithérapeute concerné sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant l'avis. La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception. La CPD est tenue informée de la décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la demande de conventionnement.

« La décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur le fait que le masseur-kinésithérapeute reprend la patientèle du masseur-kinésithérapeute ayant préalablement cessé son activité sur la zone, dans l'objectif de continuité de la prise en charge de l'activité.

« Le courrier notifiant la décision de conventionnement au masseur-kinésithérapeute lui précise qu'il est tenu d'initier ses formalités d'installation dans un délai maximal de six mois suivant la notification de la décision de conventionnement. A défaut, l'organisme local d'assurance maladie sollicite le ou les membres du cabinet du masseur-kinésithérapeute ayant cessé son activité pour désigner un nouveau successeur dans un délai de six mois, après avoir informé la CPD pour que cette dernière puisse accompagner les professionnels dans leurs démarches.

« A défaut de nouvelle désignation dans ce délai par le cabinet du masseur-kinésithérapeute et après information de la CPD, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie acte la non attribution de la place vacante sur la zone (disparition de la place vacante sur la zone). » ;

3° L'article 1.2.3 du titre I^{er} nouvellement intitulé « Drogations au principe de régulation du conventionnement en « zones non prioritaires » » est modifié comme suit :

Les dispositions du A « Drogations au principe de régulation liée à la vie personnelle du masseur-kinésithérapeute » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Le conventionnement peut être accordé à titre exceptionnel, en l'absence de départ préalable d'un confrère conventionné dans la zone "non prioritaire", dans les cas suivants liés à la vie personnelle du masseur-kinésithérapeute, dûment attestés :

- « – situation médicale grave personnelle, du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant direct ;
- « – mutation professionnelle du conjoint ;
- « – situation juridique personnelle entraînant un changement d'adresse professionnelle.

« Dans ces cas, le professionnel peut solliciter la dérogation dans un délai maximum de six mois suivant le changement de situation du professionnel dûment attesté. »

Le B « Dérogation au principe de régulation liée à une offre insuffisante de soins spécifiques » est modifié comme suit :

- après les mots : « Pour en bénéficier, le masseur-kinésithérapeute demandeur doit justifier de sa pratique particulière à hauteur de 50 % d'actes spécifiques réalisés pendant les trois années précédant sa demande de conventionnement. », sont insérées les dispositions suivantes :

« Dans le cas où le professionnel ne peut pas justifier de sa pratique à hauteur de 50 % d'actes spécifiques, en raison notamment de son statut de remplaçant ou de salarié, ou encore de jeune diplômé, le professionnel peut dans ce cas apporter aux membres de la CPD tous les documents apparaissant comme susceptibles d'attester de sa pratique spécifique (exemples : attestation de son employeur, diplômes complémentaires, attestations de stage, etc.). » ;

- le dernier alinéa est supprimé.

Les dispositions du D. « Effet du conventionnement dérogatoire », sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Lorsqu'un conventionnement est accordé dans une "zone non prioritaire" au titre d'une des dérogations prévues par le présent article, il ne diminue pas le nombre de places vacantes disponibles dans la zone. Il s'agit d'un conventionnement supplémentaire accordé sur la zone ouvrant droit à une place en cas de cessation d'activité. » ;

4° Au b de l'article 6.3.3 « la commission paritaire départementale (CPD) » du titre VI, les mots « en application de l'article 1.2.2 de la présente convention » sont remplacés par les mots « en application des articles 1.2.1 et 1.2.2 de la présente convention ».

IV. – Adaptation du dispositif d'incitation à l'installation et au maintien dans les « zones très sous dotées »

1° Modifications des dispositions relatives aux contrats incitatifs dans les « zones très sous dotées » :

Le titre de l'article 1.3 du titre I^{er} est ainsi modifié : « Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones "très sous dotées" ».

Au titre préliminaire, au préambule du titre I^{er}, aux articles 1.3.1, 1.3.2, 1.3.3 du titre I^{er} et dans les annexes 5 à 7 :

- les mots : « zones déficitaires » sont remplacés par les mots : « zones très sous dotées » ;
- les mots : « dans la zone déficitaire en offre de soins de masso-kinésithérapie » sont remplacés par les mots : « dans la zone "très sous dotée" » ;
- les mots : « dans les zones déficitaires en offre de soins de masso-kinésithérapie » sont remplacés par les mots : « dans les zones "très sous dotées" » ;
- les mots : « parmi les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique » sont remplacés par les mots : « parmi les zones très sous dotées » ;
- les mots : « dans une zone caractérisée par une insuffisance d'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « dans une "zone très sous dotée" » ;
- les mots : « créer ou reprendre un cabinet et exercer une activité libérale conventionnée dans les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins » sont remplacés par les mots : « créer ou reprendre un cabinet et exercer une activité libérale conventionnée dans les zones "très sous dotées" » ;
- les mots : « zone déficitaire » sont remplacés par : « zone très sous dotée » ;
- les mots : « ou "sous dotée" », les mots « sous dotée ou », les mots « "sous dotées" ou » et les mots « ou dans une zone "sous dotée" » sont supprimés ;
- les mots : « dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins de kinésithérapie » sont remplacés par les mots : « dans les zones "très sous dotées" » ;

- les mots : « dans les [zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins] » sont remplacés par les mots : « dans les zones “très sous dotées” » ;
- les mots : « dans les zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins, soit en zone “sous dotée” ou “très sous dotée” » sont remplacés par les mots : « dans les zones “très sous dotées” » ;
- les mots « entraînant la sortie du lieu d'exercice du masseur-kinésithérapeute adhérent de la liste des zones précitées » sont remplacés par les mots « entraînant la sortie du lieu d'exercice du masseur-kinésithérapeute adhérent d'une zone “très sous dotée” ».

A l'article 1.3.5 renuméroté 1.3.6 « Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins », les mots « entraînant la sortie du lieu d'exercice du masseur-kinésithérapeute adhérent de la liste des zones précitées » sont remplacés par les mots « entraînant la sortie du lieu d'exercice du masseur-kinésithérapeute adhérent d'une zone “très sous dotée” » ;

2^o Après le troisième alinéa du paragraphe « bénéficiaires du contrat d'aide à la création de cabinet » du A de l'article 1.3.1 du titre I^{er} sont insérés les deux alinéas suivants :

« Le masseur-kinésithérapeute qui reprend un cabinet peut adhérer à ce contrat uniquement en cas de cessation totale d'activité du titulaire.

« Le masseur-kinésithérapeute ayant un exercice exclusif au domicile de ses patients peut également adhérer à ce contrat. » ;

3^o Le C des articles 1.3.1 et 1.3.2 du titre I^{er} et l'article 2.1 des annexes 5 et 6 sont modifiés comme suit :

Les mots : « dont 50 % d'actes auprès de patients résidant en zone “très sous dotée” ou “sous dotée” » ou « dont 50 % auprès de patients résidant en zones “sous dotées” ou “très sous dotées” » sont remplacés par les mots : « dont 50 % de son activité libérale conventionnée dans la zone “très sous dotée”. » ;

4^o Le B de l'article 1.3.3 du titre I et l'article 2.1 de l'annexe 7 sont modifiés comme suit :

Les mots : « – réaliser 50 % d'actes auprès de patients résidant en zone “très sous dotée” ou “sous dotée”. » sont remplacés par les mots : « – réaliser 50% de son activité libérale conventionnée dans la zone “très sous dotée”. » ;

5^o Les quatre premiers alinéas du D. de l'article 1.3.1 du titre I^{er} « Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« L'assurance maladie verse au masseur-kinésithérapeute, en contrepartie de l'adhésion au contrat et du respect de ses engagements, une aide forfaitaire à l'installation d'un montant de 49 000 euros.

« Cette aide est versée en quatre fois :

- « – 30 000 euros à la signature du contrat (année N) ;
- « – 9 000 euros en année N+2 (au titre de l'année N+1) ;
- « – 5 000 euros en année N+3 (au titre de N+2) ;
- « – 5 000 euros en année N+4 (au titre de N+3).

« Pour le masseur-kinésithérapeute réalisant entre 1 500 actes et 3 000 actes par an, le montant de l'aide est proratisé sur la base de 100 % pour 3 000 actes par an. Pour la 1^{re} année, le montant de l'aide est proratisé entre 1 000 et 2 000 actes sur la base de 100 % pour 2 000 actes.

« Pour la 1^{re} année, le versement de l'aide a lieu à la signature du contrat. Les versements suivants ont lieu avant le 30 avril des années suivantes.

« Le masseur-kinésithérapeute adhérent au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un étudiant stagiaire à temps plein, dans les conditions légales et réglementaires, pendant la durée de son stage de 4^e et 5^e année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire. » ;

6^o Les 5 premiers alinéas du D de l'article 1.3.2 du titre I^{er} « Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« L'assurance maladie verse au masseur-kinésithérapeute, en contrepartie de l'adhésion au contrat et du respect de ses engagements, une aide forfaitaire à l'installation d'un montant de 34 000 euros.

« Pour le masseur-kinésithérapeute réalisant entre 1 500 actes et 3 000 actes par an, le montant de l'aide est proratisé sur la base de 100 % pour 3 000 actes par an. Pour la 1^{re} année, le montant de l'aide est proratisé entre 1 000 et 2 000 actes sur la base de 100 % pour 2 000 actes par an.

« Cette aide est versée en quatre fois :

- « – 15 000 euros à la signature du contrat (année N) ;
- « – 9 000 euros en année N+2 (au titre de l'année N+1) ;
- « – 5 000 euros en année N+3 (au titre de N+2) ;
- « – 5 000 euros en année N+4 (au titre de N+3).

« Pour la 1^{re} année, le versement de l'aide a lieu à la signature du contrat. Les versements suivants ont lieu au titre de chaque année avant le 30 avril des années suivantes.

« Le masseur-kinésithérapeute adhérant au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un étudiant stagiaire à temps plein, dans les conditions légales et réglementaires, pendant la durée de son stage de 4^e et 5^e année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire. » ;

7° Le C de l'article 1.3.3 du titre I^{er} « Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé » est modifié comme suit :

- au premier alinéa ; les mots « 3000 euros » sont remplacés par les mots « 4 000 euros » ;
- le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le masseur-kinésithérapeute adhérant au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un étudiant stagiaire à temps plein, dans les conditions légales et réglementaires, pendant la durée de son stage de 4^e et 5^e année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire. » ;

8° L'article 1.3.5 du titre I^{er} « Articulation des nouvelles options conventionnelles de l'avenant 5 avec les contrats incitatifs masseurs-kinésithérapeutes (CIMK) » est supprimé et l'article 1.3.6 est renuméroté 1.3.5 ;

9° L'annexe 5 renommée « « Contrat national type d'aide à la création de cabinet des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones "très sous dotées" » est modifiée comme suit :

- les mots « l'avenant 5 » sont remplacés par les mots « l'avenant 7 » ;
- après le quatrième alinéa de l'article 1.2 « bénéficiaires du contrat d'aide à la création de cabinet », est inséré l'alinéa suivant :

« Le masseur-kinésithérapeute qui reprend un cabinet peut adhérer à ce contrat uniquement en cas de cessation totale d'activité du titulaire. Le masseur-kinésithérapeute ayant un exercice exclusif au domicile de ses patients peut également adhérer à ce contrat. »

Les cinq premiers alinéas de l'article 2.2 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« En contrepartie des engagements du masseur-kinésithérapeute définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à lui verser une aide à la création de cabinet d'un montant de 49 000 euros pour le masseur-kinésithérapeute réalisant un minimum de 3000 actes par an.

« Pour le masseur-kinésithérapeute réalisant entre 1 500 actes et 3 000 actes par an, le montant de l'aide est proratisé sur la base de 100 % pour 3 000 actes par an. Pour la 1^{re} année, le montant de l'aide est proratisée entre 1 000 et 2 000 actes sur la base de 100% pour 2 000 actes.

« Cette aide est versée en quatre fois :

- « – 30 000 euros à la signature du contrat (année N) ;
- « – 9 000 euros en année N+2 (au titre de l'année N+1) ;
- « – 5 000 euros en année N+3 (au titre de N+2) ;
- « – 5 000 euros en année N+4 (au titre de N+3).

« Pour la 1^{re} année, le versement de l'aide a lieu à la signature du contrat. Les versements suivants ont lieu au titre de chaque année avant le 30 avril des années suivantes.

« Le masseur-kinésithérapeute adhérant au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un étudiant stagiaire à temps plein, dans les conditions légales et réglementaires, pendant la durée de son stage de 4^e et 5^e année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire. » ;

10° L'annexe 6 renommée « Contrat type d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones "très sous dotées" » est modifiée comme suit :

- les mots « l'avenant 5 » sont remplacés par les mots « l'avenant 7 » ;
- les cinq premiers alinéas de l'article 2.2 sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

« En contrepartie des engagements du masseur-kinésithérapeute définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à lui verser une aide à l'installation d'un montant de 34 000 euros pour le masseur-kinésithérapeute réalisant un minimum de 3000 actes par an.

« Pour le masseur-kinésithérapeute réalisant entre 1 500 actes et 3 000 actes par an, le montant de l'aide est proratisé sur la base de 100 % pour 3 000 actes par an. Pour la 1^{re} année, le montant de l'aide est proratisée entre 1 000 et 2 000 actes sur la base de 100 % pour 2 000 actes par an.

« Cette aide est versée en quatre fois :

- « – 15 000 euros à la signature du contrat (année N) ;
- « – 9 000 euros en année N+2 (au titre de l'année N+1) ;
- « – 5 000 euros en année N+3 (au titre de N+2) ;
- « – 5 000 euros en année N+4 (au titre de N+3).

« Pour la 1^{re} année, le versement de l'aide a lieu à la signature du contrat. Les versements suivants ont lieu au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

« Le masseur-kinésithérapeute adhérant au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un étudiant stagiaire à temps plein, dans les conditions légales et réglementaires, pendant la durée de son stage de 4^e et 5^e année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire. » ;

11° L'annexe 7 renommée « Contrat national type d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones "très sous dotées" » est modifiée comme suit :

Les mots « l'avenant 5 » sont remplacés par les mots « l'avenant 7 ».

L'article 2.2 est modifié comme suit :

Au premier alinéa, la somme : « 3 000 euros » est remplacée par la somme : « 4 000 euros ».

Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le masseur-kinésithérapeute adhérant au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un étudiant stagiaire à temps plein, dans les conditions légales et réglementaires, pendant la durée de son stage de 4^e et 5^e année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire. » ;

12° L'annexe 8 « Contrat incitatif masseur-kinésithérapeute - CIMK » est supprimée et les annexes 9 à 12 sont renumérotées en conséquence annexes 8 à 11 dans toute la convention et ses annexes.

Article 5

Les masseurs-kinésithérapeutes : des professionnels au cœur de la prévention et de la prise en charge des patients en perte d'autonomie

1° L'article 2.2.2 du titre II « Valoriser la prise en charge de patients en post-hospitalisation ou en situation de fragilité et/ou chronicité » est modifié comme suit :

Le titre de l'article 2.2.2 « Valoriser la prise en charge de patients en post-hospitalisation ou en situation de fragilité et/ou chronicité » est remplacé par le titre « Valoriser les prises en charges spécifiques correspondants à des enjeux de santé publique ».

Le C « Valorisation de la prise en charge dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée » est supprimé.

L'article 2.2.2 est complété par les dispositions suivantes :

« C. – Reconnaître la spécificité de la prise en charge en masso-kinésithérapie des patients souffrant de pathologies neurologiques et musculaires chroniques

« Afin de favoriser la prise en charge des patients atteints de maladies neuromusculaires, les partenaires conventionnels souhaitent revaloriser d'un point de coefficient les actes inscrits à l'article 4 du chapitre II du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels dont le coefficient actuel est de 10 ou 11. Les revalorisations s'appliqueront à la nouvelle nomenclature telle que présentée en annexe 12.

« Les dispositions du présent C s'appliquent à compter du 1^{er} septembre 2026 sous réserve d'une modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« D. – Faciliter la prise en charge ambulatoire des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap

« Les partenaires conventionnels souhaitent renforcer la prise en charge ambulatoire des rééducations des enfants en situation de handicap lourd. Ce renforcement s'inscrit par ailleurs pleinement dans le cadre de la mesure issue de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoyant un parcours coordonné de diagnostic, de rééducation et de réadaptation pour l'accompagnement des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale, permettant l'intervention coordonnée des professionnels de santé de ville dont l'intervention est requise, notamment celle des masseurs-kinésithérapeutes.

« Ainsi, les partenaires conventionnels proposent de créer à la nomenclature générale des actes professionnels **un acte de rééducation à destination des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap** dans le cadre du parcours pluriprofessionnel prescrit par un établissement ou service sanitaire ou médico-social. Cet acte serait coté à hauteur de TER 16 (soit AMK/AMC 16 selon les lettres clés actuelles). Dans le prolongement des recommandations de la HAS, les masseurs kinésithérapeutes qui réaliseront cet acte s'engagent à compléter leurs compétences avec les formations nécessaires à la prise en charge spécifique de ces enfants, et à s'inscrire dans la démarche de coordination du parcours de soins de ces enfants.

« Les dispositions du présent D s'appliquent à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale sous réserve d'une modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« Par ailleurs, les partenaires conventionnels, conscients des difficultés de prise en charge des enfants concernés par des handicaps plus légers, s'accordent à engager des travaux concernant les autres situations de handicap de l'enfant, en lien avec les recommandations scientifiques dans ce domaine.

« E. – Faire du masseur-kinésithérapeute un acteur du repérage de la fragilité

Les masseurs-kinésithérapeutes ont un rôle central dans le parcours de soins des personnes âgées. Les partenaires conventionnels souhaitent ainsi positionner le masseur-kinésithérapeute sur le repérage de la fragilité

notamment dans le cadre du “Plan anti-chutes des personnes âgées 2022” et en lien avec la généralisation du programme ICOPE.

« Afin de favoriser le repérage de la fragilité des personnes âgées de 70 ans ou plus conformément aux recommandations de la HAS, les partenaires conventionnels proposent de créer un nouvel acte au chapitre I des actes de diagnostic du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels à la nomenclature générale des actes professionnels, coté AMK 10, et réalisé sur prescription médicale ou à l’initiative du masseur-kinésithérapeute soupçonnant une fragilité à l’occasion d’une prise en charge d’un de ses patients. Le compte rendu de l’acte de repérage doit être adressé au médecin traitant ou, le cas échéant, au médecin prescripteur (pour mise en place d’un éventuel bilan gériatrique).

« Les dispositions du présent E s’appliquent à compter du 1^{er} septembre 2026 sous réserve d’une modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« F. – Renforcer la pertinence de l’intervention des masseurs-kinésithérapeutes en EHPAD

« Afin de renforcer la pertinence de l’intervention des masseurs-kinésithérapeutes en EHPAD, les partenaires conventionnels proposent la suppression de l’acte de “Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l’autonomie de la personne âgée (séance d’une durée de l’ordre de vingt minutes)” inscrit à l’article 9 du chapitre II du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels, coté AMK/AMC 6.

« Les dispositions du présent F s’appliquent à compter du 1^{er} juillet 2025 sous réserve d’une modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« G. – Valoriser l’intervention des masseurs-kinésithérapeutes au domicile des patients en situation de dépendance

« Les partenaires conventionnels conviennent d’étendre la possibilité de facturer des indemnités forfaitaires spécifiques aux actes de l’article 9 du chapitre II du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels et de réduire le nombre de lettre-clé relatives à ces indemnités forfaitaires spécifiques. Ces modifications sont mentionnées à l’annexe 1 “tarifs” de la convention et s’appliquent à compter du 1^{er} juillet 2025 sous réserve d’une modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« Enfin, les partenaires conventionnels proposent de permettre la facturation des indemnités kilométriques (IK) “montagne” si l’un ou l’autre des domiciles du patient ou cabinet du masseur-kinésithérapeute se situe en zone montagne (au sens de la loi Montagne et de ses évolutions). Ces dispositions s’appliquent à l’expiration du délai prévu à l’article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale sous réserve d’une modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« Les partenaires conventionnels conviennent que l’indication “soins à domicile” sur l’ordonnance n’est plus obligatoire pour réaliser et facturer des soins au domicile.

« H. – Prise en charge des patients présentant des symptômes prolongés à la suite d’une covid-19

« Les patients présentant certains symptômes prolongés à la suite d’une maladie aiguë covid-19 peuvent nécessiter un accompagnement pluriprofessionnel et coordonné pour accélérer leur récupération. Dans ce cadre, et si les recommandations scientifiques le préconisent, les partenaires conventionnels souhaitent permettre l’intervention du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge du “covid long”.

« Aussi, les partenaires conventionnels s’engagent à assurer un suivi des avancées des connaissances scientifiques et des recommandations médicales afin d’étudier si des adaptations de nomenclature s’avéraient nécessaires.

« I. – Prise en charge de l’insuffisance cardiaque chronique

« Les partenaires conventionnels souhaitent inscrire le masseur-kinésithérapeute dans le parcours de prise en charge de l’insuffisance cardiaque chronique. Il semble en effet nécessaire d’améliorer le parcours de prise en charge des patients, souvent âgés, souffrant d’insuffisance cardiaque chronique, avec comme objectifs la prévention des complications de la pathologie, le maintien d’une qualité de vie satisfaisante et la réduction de la mortalité.

« A ce titre, et en fonction des recommandations de la HAS, ils conviennent de la mise en place d’un groupe de travail afin d’expertiser l’intervention en toute sécurité du masseur-kinésithérapeute dans ce parcours coordonné selon les recommandations scientifiques. » ;

2° L’annexe 1 « Tarifs des honoraires et frais accessoires » est ainsi modifiée :

Dans le tableau, les lignes concernant les indemnités forfaitaires de déplacement IFO, IFR, IFN, IFP, IFS et la ligne « Indemnité forfaitaire autonomie de la personne âgée » sont remplacées par les dispositions suivantes :

«

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer (dont Mayotte)
<p align="center">Indemnité forfaitaire de déplacement spécifique IFS (*)</p> <p>L'indemnité forfaitaire de déplacement spécifique s'applique uniquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'acte suivant de l'article 1^{er} du chapitre II du titre XIV de la NGAP : rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres ; - aux actes de l'article 2 du titre XIV de la NGAP : rééducations des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires ; - aux actes de l'article 4 du titre XIV de la NGAP : rééducations des conséquences d'affections neurologiques et musculaires ; - à l'acte de l'article 5 du titre XIV de la NGAP : rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) ; - à l'acte de l'article 9 du titre XIV de la NGAP : rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé ; - aux actes de rééducation de la mucoviscidose. 	4,00 €	4,00 €

« (*) Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} juillet 2025 sous réserve d'une modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

Article 6

Une nomenclature clarifiée et revalorisée

1^o Les dispositions de l'article 2.1 du titre II « Valoriser l'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« 2.1. Mise en place d'une nomenclature descriptive et actualisée pour une meilleure connaissance de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes

« Les partenaires conventionnels conviennent que la réécriture d'une nomenclature plus descriptive différenciant les actes effectués ou les parcours de soins permettra de mieux appréhender et valoriser l'activité de masso-kinésithérapie en tenant compte des techniques actuelles et d'effectuer une analyse et un suivi médico-économique plus précis des actes dispensés.

« Dans les suites de l'avenant n° 5, des travaux de description ont été menés, en lien avec les experts et les représentants des professionnels, pour permettre de retracer finement les actes accomplis ou les parcours de soins et d'intégrer les nouveaux actes ou les redéfinitions d'actes existants qui découlent de l'évolution des pratiques et des techniques.

« Cette nouvelle nomenclature s'applique à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

« La lettre clé AMK est maintenue pour la facturation des actes diagnostiques du chapitre I du titre XIV de la NGAP (bilans isolés et bilans-diagnostic kinésithérapiques) et des suppléments de balnéothérapie du chapitre IV. Les 20 nouvelles lettres clés créées sont les suivantes :

«

Future lettre clé	Signification
APM	Rééducation des amputations
ARL	Rééducation dans le cadre des affections respiratoires, maxillo-faciales et ORL
DRA	Rééducation pour déviation du rachis
NMI	Rééducation des affections neuromusculaires ou rhumatismales inflammatoires
PLL	Soins palliatifs
RAB	Rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne
RAM	Rééducation du rachis non opéré
RAO	Rééducation du rachis opéré
RAV	Rééducation des affections vasculaires
RIC	Rééducation du membre inférieur opéré soumise à référentiel
RIM	Rééducation du membre inférieur non opéré soumise à référentiel
RPB	Rééducation des patients atteints de brûlures
RPE	Rééducation de la déambulation du sujet âgé
RSC	Rééducation du membre supérieur opéré soumise à référentiel

Future lettre clé	Signification
RSM	Rééducation du membre supérieur non opéré soumise à référentiel
TER	Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques sur au moins 2 territoires (membres, ou rachis et membres)
VIC	Rééducation du membre inférieur opéré non soumis à référentiel
VIM	Rééducation du membre inférieur non opéré non soumis à référentiel
VSC	Rééducation du membre supérieur opéré non soumis à référentiel
VSM	Rééducation du membre supérieur non opéré non soumis à référentiel

« Ces lettres-clés auront la même valeur tarifaire que la lettre clé AMK actuelle.

« Conformément aux précédents engagements conventionnels, la cotation de deux séances le même jour (prescriptions distinctes, affections en rapport avec des articles NGAP différents, portant sur deux régions anatomiques distinctes et réalisés lors de deux séances distinctes) sera permise dès la mise en place effective de cette nouvelle nomenclature.

« Les dispositions du présent article s'appliquent à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale sous réserve d'une modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« Les partenaires conventionnels s'engagent à mener des travaux techniques avec les représentants des éditeurs de logiciels pour permettre cette implémentation dans les logiciels métiers, d'ici la mise en œuvre de cette nouvelle nomenclature, dans un objectif de simplification pour les professionnels.

« Enfin, les partenaires conventionnels conviennent également d'initier les travaux visant à proposer une re-hiérarchisation de la totalité des actes de la future nomenclature, tenant compte des évolutions tarifaires du présent avenant. Ces travaux intégreront notamment la prise en compte des spécificités d'exercice. » ;

2° L'article 2.2.3 du titre II « Valoriser la qualité de la prise en charge » est complété par les dispositions suivantes :

« Afin de revaloriser l'activité des masseurs-kinésithérapeutes, les partenaires conventionnels conviennent de majorer le coefficient des actes de l'article 1^{er} du chapitre II du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels de la manière suivante :

« – pour les actes actuellement cotés AMS 7,5, une revalorisation de 0,9 point en 2 étapes :

« – 0,6 point de coefficient au 1^{er} juillet 2025 ;

« – 0,3 point au 1^{er} juillet 2027 ;

« – Pour les actes actuellement cotés AMS 9,5, une revalorisation de 0,3 point au 1^{er} juillet 2026.

« Ces revalorisations s'appliqueront à la nouvelle nomenclature tel que présenté en annexe 12.

« Ces dispositions entreront en vigueur aux dates susmentionnées sous réserve de la modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« Les partenaires conventionnels conviennent également de revaloriser de 1,3 point de coefficient les suppléments de kinébalnéothérapie inscrits au chapitre IV du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels. Cette revalorisation s'applique le 1^{er} juillet 2025 sous réserve de la modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. » ;

3° L'article 2.2.4 du titre II « Evolutions des règles relatives à la facturation de deux séances le même jour » est supprimé ;

4° Après l'annexe 12 (nouvellement numérotée annexe 11), est ajoutée l'annexe 12 figurant en annexe du présent avenant.

Article 7

Adaptations diverses du texte conventionnel

1° Les dispositions de l'article 3.4 du titre III « Expérimentations » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Afin d'améliorer la santé des enfants et de prévenir les troubles statiques, les partenaires conventionnels ont mis en place à titre expérimental une action de prévention des troubles du rachis chez les enfants scolarisés en classe de CM1 sur quatre territoires (Bordeaux, Toulouse, Villeneuve-La-Garenne et Meudon) au cours de l'année scolaire 2021-2022.

« Un suivi régulier de ce dispositif expérimental est réalisé en commission paritaire nationale et, le cas échéant, en commission paritaire régionale et/ou en commission paritaire départementale.

« A l'issue de ces actions, un bilan sera réalisé par la commission paritaire nationale afin d'évaluer si la mise en place des mesures définies dans ce cadre a permis de contribuer à une meilleure prise en charge des enfants sur les zones concernées.

« Parallèlement à la réalisation de ces expérimentations, les partenaires conventionnels souhaitent poursuivre les travaux en lien avec l'éducation nationale en vue d'étendre les actions de prévention des troubles du rachis en milieu scolaire à d'autres départements.

« Il conviendra de définir les modalités d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes dans ce domaine en tenant compte du bilan issu de l'expérimentation précitée. » ;

2° Le dernier alinéa de l'article 4.1.1 nouvellement numéroté article 4.1.3 du titre IV "Démarches du masseur-kinésithérapeute auprès de la caisse lors de l'installation en libéral" est remplacé par les dispositions suivantes :

« Lorsque le masseur-kinésithérapeute emploie des masseurs-kinésithérapeutes ou professionnels de santé salariés, il doit faire connaître à sa caisse de rattachement le nom de ses salariés et transmettre leur numéro d'immatriculation à la sécurité sociale, son contrat de travail ou la déclaration préalable à l'embauche.

« Le salarié du masseur-kinésithérapeute doit se conformer aux dispositions de la convention nationale.

« Le masseur-kinésithérapeute titulaire du cabinet vérifie que le masseur-kinésithérapeute salarié remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du salariat dans le cadre de la présente convention. Il s'engage à porter à la connaissance du masseur-kinésithérapeute salarié les dispositions de la présente convention qui s'appliquent aux salariés et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

« Le masseur-kinésithérapeute salarié ne peut exercer auprès d'un masseur-kinésithérapeute déconventionné, un masseur-kinésithérapeute interdit d'exercice ou de donner des soins aux assurés sociaux. » ;

3° Au premier paragraphe de l'article 4.1.3 nouvellement numéroté article 4.1.5 du titre IV « Modalités d'exercice » :

– après les mots : « Les masseurs-kinésithérapeutes placés sous le régime de la présente convention » sont ajoutés les mots : « et ses salariés » ;

– au deuxième alinéa, après le mot « commercial », sont ajoutés les mots « (conformément à l'article R. 4321-73 du code de la santé publique). » ;

4° Les dispositions de l'article 4.2.5 du titre IV de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 4.2.5

« Conditions particulières d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes salariés

« 4.2.5.1. Conditions particulières d'exercice des salariés des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

« L'activité du salarié est assimilée à celle du titulaire au regard de la facturation à l'assurance maladie. Les conditions de facturation des actes réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes salariés sont définies à l'article 4.2.5.2.

« Chaque organisme local d'assurance maladie constitue, pour sa circonscription, un fichier assurant un recensement régulier du nombre de masseurs-kinésithérapeutes salariés de confrères libéraux exerçant sur le département. Ce fichier est transmis annuellement à la CNAM.

« 4.2.5.2 Facturation des soins effectués par un masseur-kinésithérapeute salarié

« Lorsque les actes sont effectués par un masseur-kinésithérapeute salarié d'un membre d'une profession médicale ou d'un auxiliaire médical :

« – les feuilles de maladie sur lesquelles sont inscrits les soins doivent permettre l'identification nominale et codée de l'employeur, suivie de l'identification nominale du masseur-kinésithérapeute salarié ;

« – le masseur-kinésithérapeute salarié atteste la prestation de l'acte et le professionnel de santé employeur le paiement des honoraires ; ils apposent respectivement leur signature dans la colonne réservée à l'exécution de l'acte et dans la colonne réservée à l'attestation du paiement des honoraires ;

« – la signature du professionnel de santé employeur, sur la feuille de soins, engage sa responsabilité sur l'application, par le masseur-kinésithérapeute salarié, des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs en vigueur.

« Ces différentes conditions doivent être obligatoirement remplies pour que ces actes donnent lieu à un remboursement par la caisse. » ;

5° Après l'article 4.2.6 du titre IV, il est ajouté un article 4.2.7 ainsi rédigé :

« Article 4.2.7

« Conditions particulières d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes exerçant au sein des sociétés d'exercice

« Conformément aux dispositions réglementaires, dans les cabinets regroupant plusieurs professionnels exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique (SEL, etc.), l'exercice de la profession doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

« Au sein des sociétés d'exercice, les masseurs-kinésithérapeutes associés, quel que soit leur statut, adhèrent individuellement à la convention et conservent individuellement le choix et le bénéfice des éventuelles options conventionnelles prévues par la présente convention.

« L'exercice de la profession au sein de ces sociétés d'exercice y compris pour les associés ayant opté pour le statut fiscal et social de salariés de ces sociétés est assimilé à de l'exercice libéral au sens de la présente convention. » ;

6° Au *b* de l'article 6.3.4 du titre VI « Composition de l'observatoire », les mots :

« Membres de droit :

« – quatre représentants de l'UNCAM ;

« – quatre représentants des syndicats représentatifs signataires de la convention nationale. »

sont supprimés ;

7° Les dispositions de l'article 4.4.3 du titre IV « l'utilisation de la carte Vitale » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 4.4.3

« Acquisition des informations relatives à la situation administrative de l'assuré

« Afin de préserver l'accès aux soins et assurer la qualité de la prise en charge, le masseur-kinésithérapeute veille à la conformité des informations transmises via sa facturation, au regard des droits à prestation de l'assuré.

« La "carte Vitale" est utilisée pour identifier électroniquement l'assuré afin de permettre la prise en charge des soins par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie. La "carte Vitale" se présente sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile. La loi subordonne la dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie à l'assuré à la vérification préalable par les masseurs-kinésithérapeutes, lors de leur facturation du respect de l'ensemble des conditions auxquelles est soumise la prise en charge des prestations délivrées notamment des exigences prévues aux articles L. 162-17, L. 165-1 et L. 324-1 du même code.

« La facturation à l'assurance maladie intervient par principe selon une transmission électronique sécurisée. Dans ce cadre, le masseur-kinésithérapeute vérifie l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit sur la base des données contenues dans la carte d'assurance maladie dite "Vitale" sous la forme d'une carte physique. Dans ce cadre, le masseur-kinésithérapeute invite l'assuré à mettre à jour sa carte "Vitale" physique.

« La vérification de l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit peut également se faire sur la base du service d'acquisition des informations relatives à la situation administrative de l'assuré, intégré au poste de travail. Ce service permet au masseur-kinésithérapeute d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la feuille de soin électronique, en interrogeant directement les droits de ce dernier dans les bases de données de l'Assurance maladie. L'utilisation de la carte "Vitale" sous sa forme application mobile fait appel systématiquement au service en ligne de consultation des droits des assurés de l'assurance maladie. La situation ainsi obtenue par appel au service d'acquisition des droits de l'assuré est opposable à la caisse gestionnaire de la même manière que le sont les données de droits présentes dans la "carte Vitale" physique.

« L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits s'effectue à la date de réalisation de l'acte.

« L'utilisation de la carte Vitale (carte physique ou application mobile) fait bénéficier le professionnel d'une garantie de paiement. A cet effet, la traçabilité de l'usage de la "carte Vitale" (carte physique ou application mobile) est reportée dans le flux de facturation et accessible pour tous les acteurs du processus de facturation, y compris pour les organismes concentrateurs techniques, mandataires agissant au nom et pour le compte du professionnel de santé. » ;

8° Les dispositions du *d* « Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance de frais » de l'article 4.4.5 du titre IV sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Conformément aux dispositions de l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, sauf opposition de la "carte Vitale" (physique ou application mobile) dûment signalée au masseur-kinésithérapeute, les caisses d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance de frais, à effectuer le paiement au masseur-kinésithérapeute de la part obligatoire des actes facturés en mode sécurisé via la "carte Vitale" (physique ou appli mobile), sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenues quel que soit le support utilisé (carte physique ou appli mobile) pour la facturation au jour de la réalisation de l'acte. En cas de tiers payant intégral coordonné par l'assurance maladie obligatoire, les organismes d'assurance maladie s'engagent à effectuer le paiement de la part obligatoire et de la part complémentaire des FSE sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenues via la "carte Vitale" physique ou l'appli mobile à la date de réalisation de l'acte. ».

Article 8

Revalorisation des tarifs

L'annexe 1 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes intitulée « Tarifs des honoraires et frais accessoires » est ainsi modifiée :

Les lignes portant sur les lettres clé « AMK », « AMC » et « AMS » sont supprimées et remplacées par les lignes suivantes :

«

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer (dont Mayotte)
AMK	2,21€	2,43€
AMC	2,21€	2,43€
AMS	2,21€	2,43€

».

Cette disposition entrera en vigueur à l'expiration du délai mentionné à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Ces tarifs s'appliqueront aux lettres clés APM, ARL, DRA, NMI, PLL, RAB, RAM, RAO, RAV, RIC, RIM, RPB, RPE, RSC, RSM, TER, VIC, VIM, VSC et VSM à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle nomenclature dans les conditions prévues à l'article 2.1 de la convention nationale et à l'annexe 12.

Article 9

Modalités d'application de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes sans prescription médicale

La loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé a étendu le champ de compétence des masseurs-kinésithérapeutes en ouvrant la possibilité pour ces derniers de réaliser leurs actes en accès direct, sans prescription médicale préalable, dans certaines structures de soins et d'exercice coordonnés.

Au titre 4 « Modalités d'exercice conventionnel et modernisation des échanges », après l'article 4.8 « Principe de télétransmission et dématérialisation des pièces justificatives – Dispositif SCOR », est ajouté un article 4.8 *bis* ainsi rédigé :

« Article 4.8 *bis**« Modalités de recours au masseur-kinésithérapeute en accès direct*

« Conformément aux dispositions de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent pratiquer leur art sans prescription médicale préalable lorsqu'ils exercent :

- « – dans les établissements de santé (mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique) ;
- « – dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux (mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles) ;
- « – dans le cadre des structures d'exercice coordonné suivantes : équipes de soins primaires/équipes de soins spécialisés, centres de santé et maisons de santé (respectivement mentionnés aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique).

« Dans le cas où le patient n'a pas eu de diagnostic médical préalable, le nombre de séances pouvant être réalisé par le masseur-kinésithérapeute est limité à huit par patient.

« Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés sont adressés au médecin traitant du patient ainsi qu'à ce dernier et peuvent être reportés dans l'espace numérique de santé du patient.

« Les actes effectués par un masseur-kinésithérapeute sans prescription médicale dans ce cadre sont pris en charge dans les mêmes conditions que les actes pour lesquels les patients disposent d'une prescription médicale.

« Les parties signataires conviennent d'assurer un suivi régulier de la montée en charge de ce dispositif en commission paritaire nationale. En particulier, conformément aux dispositions de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels pourront décider de mettre en place les mesures qu'ils jugent appropriées afin de garantir la prise en charge des patients atteints d'une affection de longue durée et l'orientation de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes vers les priorités de santé publique. »

« ANNEXE 12
« NOMENCLATURE REDÉCRITE ET CALENDRIER DES REVALORISATIONS

	Cotation actuelle	Future lettre clé	Coefficient proposé à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	A l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	au 1 ^{er} juillet 2025	au 1 ^{er} juillet 2026	au 1 ^{er} septembre 2026	au 1 ^{er} juillet 2027
Article premier : Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques								
Affection orthopédique ou rhumatologique (hors déviations du rachis et amputation)								
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune	AMS 7,5	RAM	7,49		8,09			8,39
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis lombo-sacré hors référentiel sans chirurgie (hors référentiel)	AMS 7,5	RAM	7,51		8,11			8,41
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis lombo-sacré hors référentiel avec chirurgie (hors référentiel)	AMS 7,5	RAO	7,49		8,09			8,39
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis dorsal sans chirurgie	AMS 7,5	RAM	7,50		8,10			8,40
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis dorsal avec chirurgie	AMS 7,5	RAO	7,48		8,08			8,38
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique	AMS 7,5	RAM	7,47		8,07			8,37
Rééducation dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	AMS 7,5	RAM	7,48		8,08			8,38
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis cervical sans chirurgie (hors référentiel)	AMS 7,5	RAM	7,52		8,12			8,42
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis cervical avec chirurgie (hors référentiel)	AMS 7,5	RAO	7,50		8,10			8,40
Rééducation des conséquences d'une affection d'au moins deux segments du rachis sans chirurgie	AMS 7,5	RAM	7,53		8,13			8,43
Rééducation des conséquences d'une affection d'au moins deux segments du rachis avec chirurgie sur au moins un segment	AMS 7,5	RAO	7,51		8,11			8,41
Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien	AMS 7,5	RSC	7,49		8,09			8,39
Rééducation des conséquences d'une affection du poignet ou main non opérée (hors référentiel)	AMS 7,5	VSM	7,50		8,10			8,40

	Cotation actuelle	Future lettre clé	Coefficient proposé à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	A l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	au 1 ^{er} juillet 2025	au 1 ^{er} juillet 2026	au 1 ^{er} septembre 2026	au 1 ^{er} juillet 2027
Rééducation des conséquences d'une affection du poignet ou main opérée (hors référentiel)	AMS 7,5	VSC	7,51		8,11			8,41
Rééducation des conséquences d'une fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras opérée	AMS 7,5	RSC	7,50		8,10			8,40
Rééducation des conséquences d'une fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras non opérée	AMS 7,5	RSM	7,51		8,11			8,41
Rééducation des conséquences d'une fracture avec ou sans luxation, non opérée du coude chez l'adulte	AMS 7,5	RSM	7,52		8,12			8,42
Rééducation des conséquences d'une fracture avec ou sans luxation, opérée du coude chez l'adulte	AMS 7,5	RSC	7,52		8,12			8,42
Rééducation des conséquences d'une affection du coude ou de l'avant-bras non opérée (hors référentiel)	AMS 7,5	VSM	7,49		8,09			8,39
Rééducation des conséquences d'une affection du coude ou de l'avant-bras opérée (hors référentiel)	AMS 7,5	VSC	7,49		8,09			8,39
Rééducation dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	AMS 7,5	RSM	7,49		8,09			8,39
Rééducation après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	AMS 7,5	RSC	7,51		8,11			8,41
Rééducation des conséquences d'une fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	AMS 7,5	RSM	7,50		8,10			8,40
Rééducation des conséquences d'une affection de l'épaule ou du bras non opérée (hors référentiel)	AMS 7,5	VSM	7,48		8,08			8,38
Rééducation des conséquences d'une affection de l'épaule ou du bras opérée (hors référentiel)	AMS 7,5	VSC	7,50		8,10			8,40
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre supérieur sans chirurgie	AMS 7,5	VSM	7,51		8,11			8,41
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre supérieur avec chirurgie sur au moins un segment	AMS 7,5	VSC	7,52		8,12			8,42
Rééducation des conséquences d'une entorse externe récente de cheville-pied opérée	AMS 7,5	RIC	7,51		8,11			8,41
Rééducation des conséquences d'une entorse externe récente de cheville-pied non opérée	AMS 7,5	RIM	7,50		8,10			8,40

	Cotation actuelle	Future lettre clé	Coefficient proposé à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	A l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	au 1 ^{er} juillet 2025	au 1 ^{er} juillet 2026	au 1 ^{er} septembre 2026	au 1 ^{er} juillet 2027
Rééducation des conséquences d'une affection de la cheville ou pied non opérée (hors référentiel)	AMS 7,5	VIM	7,50		8,10			8,40
Rééducation des conséquences d'une affection de la cheville ou pied opérée (hors référentiel)	AMS 7,5	VIC	7,51		8,11			8,41
Rééducation après arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartimentaire	AMS 7,5	RIC	7,52		8,12			8,42
Rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	AMS 7,5	RIC	7,48		8,08			8,38
Rééducation après méniscectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	AMS 7,5	RIC	7,49		8,09			8,39
Rééducation des conséquences d'une affection du genou ou de la jambe non opérée (hors référentiel)	AMS 7,5	VIM	7,51		8,11			8,41
Rééducation des conséquences d'une affection du genou ou de la jambe opérée (hors référentiel)	AMS 7,5	VIC	7,50		8,10			8,40
Rééducation après arthroplastie de hanche par prothèse totale	AMS 7,5	RIC	7,50		8,10			8,40
Rééducation des conséquences d'une affection de la hanche ou de la cuisse non opérée (hors référentiel)	AMS 7,5	VIM	7,49		8,09			8,39
Rééducation secondaire à l'affection de la hanche ou de la cuisse opérée (hors référentiel)	AMS 7,5	VIC	7,49		8,09			8,39
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre inférieur avec chirurgie	AMS 9,5	VIC	9,50			9,80		
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre inférieur avec chirurgie sur au moins un segment	AMS 9,5	VIC	9,49			9,79		
Rééducation secondaire à l'affection de plus de 2 territoires lésés (hors plus de 2 territoires même membre ou 2 territoires rachis) sans chirurgie	AMS 9,5	TER	9,49			9,79		
Rééducation secondaire à l'affection de plus de 2 territoires lésés (hors plus de 2 territoires même membre ou 2 territoires rachis) avec chirurgie sur au moins un territoire	AMS 9,5	TER	9,51			9,81		
Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	AMS 9,5	TER	9,50			9,80		
Déviations du rachis (personnes de moins de 18 ans)								
Rééducation pour déviation du Rachis lombo-sacré	AMS 7,5	DRA	7,49		8,09			8,39

	Cotation actuelle	Future lettre clé	Coefficient proposé à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	A l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	au 1 ^{er} juillet 2025	au 1 ^{er} juillet 2026	au 1 ^{er} septembre 2026	au 1 ^{er} juillet 2027
Rééducation pour déviation du Rachis dorsal	AMS 7,5	DRA	7,48		8,08			8,38
Rééducation pour déviation du Rachis cervical	AMS 7,5	DRA	7,51		8,11			8,41
Rééducation pour déviation portant sur au moins deux segments rachis	AMS 7,5	DRA	7,50		8,10			8,40
Rééducations après amputation								
Rééducation d'une amputation d'un membre supérieur	AMS 7,5	APM	7,51		8,11			8,41
Rééducation d'une amputation d'un membre inférieur	AMS 7,5	APM	7,50		8,10			8,40
Rééducation d'une amputation d'au moins 2 membres	AMS 9,5	APM	9,50			9,80		
Article 2 : Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires								
Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...)								
- atteinte localisée à un membre ou le tronc	AMK ou AMC 8	NMI	8,00					
- atteinte de plusieurs membres; ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	AMK ou AMC 9	NMI	9,01					
Article 3 : Rééducation de la paroi abdominale								
Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire	AMK ou AMC 8	RAB	8,01					
Rééducation abdominale du post-partum	AMK ou AMC 8	RAB	8,00					
Article 4 : Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires								
Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires :								
- atteintes localisées à un membre ou à la face	AMK ou AMC 8,5	NMI	8,50					
- atteintes intéressant plusieurs membres	AMK ou AMC 10	NMI	10,01				11,01	
Rééducation de l'hémiplégie	AMK ou AMC 9	NMI	9,00					
Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie	AMK ou AMC 11	NMI	11,01				12,01	

	Cotation actuelle	Future lettre clé	Coefficient proposé à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	A l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	au 1 ^{er} juillet 2025	au 1 ^{er} juillet 2026	au 1 ^{er} septembre 2026	au 1 ^{er} juillet 2027
Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie								
- localisation des déficiences à un membre et sa racine	AMK ou AMC 8,5	NMI	8,51					
- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face	AMK ou AMC 10	NMI	10,00				11,00	
Les cotations afférentes aux deux actes ci-dessus ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées.								
Rééducation des malades atteints de myopathie	AMK ou AMC 11	NMI	10,99				11,99	
Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile	AMK ou AMC 11	NMI	11,00				12,00	
Futur acte de rééducation à destination des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap		TER		16,00				
Article 5 : Rééducation des conséquences des affections respiratoires								
Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique). Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour et la durée est adaptée en fonction de la situation clinique. Par dérogation aux dispositions liminaires du titre XIV, dans les cas où l'état du patient nécessite la conjonction d'un acte de rééducation respiratoire (pour un épisode aigu) et d'un acte de rééducation d'une autre nature, les dispositions de l'article 11 B des Dispositions générales sont applicables à ces deux actes	AMK ou AMC 8,5	ARL	8,49					
Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)	AMK ou AMC 8,5	ARL	8,50					
Rééducation respiratoire préopératoire ou post-opératoire	AMK ou AMC 8,5	ARL	8,51					
Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose. Comprenant : - la kinésithérapie respiratoire de ventilation et de désencombrement ; - la réadaptation à l'effort ; - l'apprentissage de l'aérosolthérapie, des méthodes d'autodrainage bronchique, des signes d'alertes respiratoires. La fréquence des séances de kinésithérapie dépend de l'âge et de l'état clinique du patient pouvant aller jusqu'à 2 séances par jour en cas d'encombrement important ou d'exacerbation	AMK ou AMC 10	ARL	10,00					

	Cotation actuelle	Future lettre clé	Coefficient proposé à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	A l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	au 1 ^{er} juillet 2025	au 1 ^{er} juillet 2026	au 1 ^{er} septembre 2026	au 1 ^{er} juillet 2027
Rééducation pour arthropathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques)	AMK ou AMC 8	RAV	8,01					
Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques	AMK ou AMC 8	RAV	7,99					
Rééducation pour lymphoedèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphoedèmes congénitaux) par drainage manuel : - pour un membre ou pour le cou et la face - pour deux membres	AMK ou AMC 8 AMK ou AMC 9	RAV RAV	8,00 9,00					
Rééducation pour un lymphoedème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphoedème INDICATIONS : phase intensive du traitement du lymphoedème sous réserve de l'existence des critères suivants : - différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre controlatéral ; - asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein ; - compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages) ; - répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphoedème et à la raideur de l'épaule. NON-INDICATIONS La phase d'entretien du traitement et les soins palliatifs CONTRE-INDICATIONS : - les pathologies aiguës loco-régionales du membre supérieur concerné non diagnostiquées ou traitées ; - l'insuffisance cardiaque décompensée ; - les tumeurs malignes non traitées ; - l'hyperlaxie de l'épaule ; - la présence d'une chambre implantable du coté opéré en sous claviculaire ; - la présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter. La durée de ces séances est de l'ordre de 60 mn. Elles comprennent des soins d'hygiène de la peau, la rééducation de l'épaule, le drainage lymphatique manuel et la pose de bandages. Le nombre optimal de séances est de 10. Les cas exceptionnels nécessitant plus de 10 séances devront être précédés par un BDK. Source : rapport d'évaluation de la HAS sur la prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphoedème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein – décembre 2012	AMK ou AMC 15,5	RAV	15,50					

	Cotation actuelle	Future lettre clé	Coefficient proposé à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	A l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale	au 1 ^{er} juillet 2025	au 1 ^{er} juillet 2026	au 1 ^{er} septembre 2026	au 1 ^{er} juillet 2027
La cotation de l'acte tient compte du bandage, et celui-ci ne peut pas faire l'objet d'un supplément pour bandage multicouche.								
Supplément pour bandage multicouche :								
- un membre	AMK ou AMC 1	RAV	1,00					
- deux membres	AMK ou AMC 2	RAV	2,00					
Article 8 : Rééducation des conséquences des affections périméosphinctériennes								
Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback	AMK ou AMC 8,5	RAB	8,50					
Article 9 : Rééducation de la déambulation du sujet âgé								
Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.								
Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé	AMK ou AMC 8,5	RPE	8,50					
Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes)	AMK ou AMC 6	RPE	6,00		suppression de l'acte			
Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en œuvre de la rééducation précédente.								
Article 10 : Rééducation des patients atteints de brûlures								
Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour en fonction de la situation clinique.								
Rééducation d'un patient atteint de brûlures localisées à un membre ou à un segment de membre	AMK ou AMC 8	RPB	8,00					
Rééducation d'un patient atteint de brûlures étendues à plusieurs membres et/ou au tronc	AMK ou AMC 9	RPB	9,00					
Article 11 : Soins palliatifs								
Prise en charge, dans le cadre des soins palliatifs, comportant les actes nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique...), cotation journalière forfaitaire quel que soit le nombre d'interventions	AMK ou AMC 12	PLL	12,00					

Fait à Paris le 13 juillet 2023.

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,

T. FATOME

Pour la Fédération française
des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs :

Le président,

S. GUERARD

Pour le syndicat Alizé :

Le président,

F. RANDAZZO

Pour l'Union nationale
des organismes complémentaires d'assurance maladie :

Le président,

M. LECLERE