CIRCULAIRE

CIR-13/2024

Date :
09/04/2024

Domaine(s) :
Gestion du dossier client professionnels de sante

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐
Provisoire	☐

Objet :
Présentation de l'avenant n°7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes signé le 13/07/2023

Liens:

Liens externes :

Plan de classement :
P04 GESTION DU DOSSIER CLIENT PROFESSIONNELS DE SANTE

Emetteur(s) :
DDGOS

Pièces jointes : 4

à Mesdames et Messieurs les :

Directeurs ☒ | Cnam ☒ CPAM ☒ CARSAT ☒ UGECAM ☒ CGSS ☒ CTI ☒ CSS Mayotte ☒

DCGDR ☒
Médecins conseil ☒ | Régionaux ☒ Chef de service ☒

Pour mise en œuvre immédiate

Résumé :
La circulaire a pour objet de présenter les dispositions de l'avenant n°7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes et les modalités de sa mise en œuvre.
- Concerne aussi la CSS Mayotte -

Mots clés :
Masseurs-kinésithérapeutes ; avenant n°7 ; convention nationale

Le Directeur Général



Thomas FATOME

Objet : Mise en œuvre de l'avenant n°7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes signé le 13 juillet 2023 (JO du 25 aout 2023)

Affaire suivie par :

- **Réglementation et dispositions conventionnelles :**

  Département des professions de santé (DDGOS/DOS/DPROF)
  secretariat.dprof.cnam@assurance-maladie.fr

- **Facturation des actes :**

  Département des actes et des prestations (DDGOS/DOS/DACT)
  dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr

SOMMAIRE DE LA CIRCULAIRE

1. **Préambule**
2. **Renouvellement des prescriptions médicales initiales de moins d'un an**
3. **Adaptations du dispositif démographique**
4. **Création/revalorisation d'actes afin de valoriser le rôle de prévention des masseurs-kinésithérapeutes auprès des patients en perte d'autonomie**
5. **Favoriser l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes au domicile des patients**
6. **Mise en place d'une nouvelle nomenclature clarifiée et revalorisée**
7. **Modalités d'application de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes sans prescription médicale**
8. **Dispositions relatives à la télésanté**
9. **Autres mesures**

1. Préambule

L'avenant n°7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes signé le 13 juillet 2023, entre la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR), Le Syndicat Alizé, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), est paru au Journal officiel du 25 août 2023.

Cette circulaire a pour objet de présenter ce nouvel accord.

Cet avenant est entré en vigueur le 22 août 2023 (lendemain de la fin du délai d'approbation ministérielle). Certaines mesures sont d'application immédiate. Les mesures de valorisations tarifaires prévues par cet accord entrent en vigueur à l'expiration du délai de 6 mois prévu par l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, soit à compter du 22 février 2024 à l'exception des mesures pour lesquelles l'accord prévoit une date d'entrée en vigueur ultérieure.

2. Renouvellement des prescriptions médicales initiales de moins d'un an (article 3 de l'avenant 7)

Le masseur-kinésithérapeute peut adapter les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, uniquement dans le cadre d'un renouvellement et sauf indication contraire du médecin.

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 changement de type de séance peut entraîner, s'il est justifié, un changement de cotation. Le masseur-kinésithérapeute informe le médecin prescripteur initial du renouvellement des séances et de l'adaptation éventuelle.

Ce renouvellement est possible dans les 12 mois suivant la date de rédaction de l'ordonnance initiale. La date de réalisation des séances liées au renouvellement peut toutefois dépasser la date anniversaire de cette ordonnance.

Quelles mentions le masseur-kinésithérapeute doit indiquer sur l'original de l'ordonnance médicale ?

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

L'original est remis au patient. Une copie de cette prescription renouvelée doit être transmise via SCOR et conservée dans le dossier patient pendant un délai de 33 mois.

Consignes de facturation données à la profession (mail osmose adressé le 28 septembre 2023) :

Lors de la facturation de ces séances renouvelées, le masseur-kinésithérapeute doit renseigner le **numéro de prescripteur spécifique 291991123.**

S'agissant de l'adaptation des prescriptions non quantitatives, un BDK doit être réalisé pour modifier le type de rééducation (et le médecin prescripteur doit en être informé). Pour les prescriptions quantitatives avant leur arrivée à échéance, un BDK est réalisé et doit tracer l'échange avec le prescripteur et/ou le médecin traitant (en particulier s'il s'agissait d'une prescription hospitalière). L'objectif est d'informer le prescripteur de l'évolution clinique du patient.

A noter : 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 restent applicables.

3. Adaptations du dispositif démographique (article 4 de l'avenant 7)

3.1. Conditions d'installation en libéral sous convention

L'avenant 7 prévoit que 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 ».

L'objectif visé par cette disposition est d'inciter un exercice là où l'offre en masso-kinésithérapie est insuffisante (donc en établissement ou en zone sous dense).

Cette disposition s'appliquera aux masseurs-kinésithérapeute ayant démarré **à compter de l'année 2023** leur formation conduisant au diplôme de masseur-kinésithérapeute.

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 2240 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 2240 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.

3.2. Adaptations de la méthodologie du zonage

Les dispositions de l'avenant 7 prévoient d'étendre les zones soumises au dispositif de régulation du conventionnement en zones « non prioritaires » (anciennement « zones sur dotées ») et d'étendre les zones pouvant permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de bénéficier d'aides à l'installation en « zones très sous dotées ».

- Zones non prioritaires (anciennement zones sur-dotées) : application de la régulation du conventionnement pour 30% de la population nationale (contre 12,5% antérieurement) avec une marge d'adaptation de 2,5% possible par les ARS

- Zones intermédiaires : 40% de la population nationale (pas de limitation du conventionnement dans ces zones)

- Zones sous-dotées : 15% de la population nationale (pas de limitation du conventionnement dans ces zones)

- Zones très sous-dotées : 15% de la population nationale : pas de limitation du conventionnement dans ces zones et possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes de bénéficier d'aides démographiques avec une marge d'adaptation de 2,5% possible par les ARS.

Le découpage du zonage s'appuie sur l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). L'annexe 3 de l'avenant 7 à la convention décrit la méthodologie du zonage.

Ces dispositions entreront en vigueur dès publication des arrêtés régionaux relatifs au zonage par les ARS, qui suivront la publication de l'arrêté national, prévue au premier trimestre 2024.

3.3. Régulation du conventionnement en zone « non prioritaires » (anciennement zones « sur dotées »)

- **Obligation de désignation d'un successeur**

Les dispositions de l'avenant 7 prévoient le fait qu'une place vacante en zone non prioritaire suite au départ d'un masseur-kinésithérapeute, est attribuée **au successeur désigné par le masseur-kinésithérapeute cessant son activité** (attestation de succession à produire lors de la demande de conventionnement).

Le masseur-kinésithérapeute dispose de 2 ans pour désigner un successeur. Passé ce délai, la reprise de la patientèle n'est plus justifiée dans la mesure où cette dernière a été reprise par les autres cabinets du secteur.

Le repreneur doit initier ses formalités d'installation dans les 6 mois suivant la notification de la décision de conventionnement en zone non prioritaire pour éviter le blocage artificiel de places sur la zone. A défaut, la CPAM 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. A défaut de nouvelle désignation dans ce délai, le

directeur de la CPAM acte la non attribution de la place vacante sur la zone (disparition de la place vacante sur la zone).

De plus, les dispositions de l'avenant 7 prévoient que **le principe de régulation du conventionnement s'applique également aux masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre d'un exercice exclusif au domicile** de leurs patients.

En pratique :

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 (la caisse précisera la BAL à laquelle adresser le dossier et transmettra un accusé de réception permettant d'attester de la date de réception du dossier).

Dans ce courrier/mail, 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 effet, lorsqu'un collaborateur cesse son activité, il rompt son contrat de collaboration et c'est donc les titulaire(s) qui sont responsables de la décision de nommer son nouveau collaborateur (le contrat de collaboration ou d'assistant étant « *intuitu personae* », le(s) titulaires ont donc nécessairement un droit de regard et décision sur l'installation au sein de son cabinet d'un collaborateur ou assistant).

A noter, 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) de l'article 1.2.2 de la convention nationale.

Par ailleurs, si la désignation d'un successeur n'est pas rendue possible, soit par désaccord entre les titulaires et le cédant, soit en cas de cessation brutale d'activité d'un collaborateur/assistant sans désignation d'un successeur, alors la procédure de désignation d'un successeur en cas de « force majeure » précisée supra s'applique à compter d'un délai de 6 mois après la cessation d'activité. La preuve de la cessation brutale d'activité ou de désaccord doit être apportée à la CPD par tout moyen.

- **Instauration d'un seuil de 1 200 actes**

En outre, **la cessation d'activité, qu'elle soit principale ou secondaire, ne peut ouvrir de place de conventionnement en 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 (en année glissante)**. Il appartient toutefois à la CPD d'apprécier les situations particulières des professionnels permettant de justifier l'ouverture d'une place bien que le nombre d'actes réalisés soit inférieur à ce seuil (à titre d'exemple en cas de congé maternité, congé parental ou départ progressif à la retraite).

En pratique :

La CPAM réalise une requête systématique pour vérifier l'activité du cédant sur une année précédant sa date de cessation d'activité (en année glissante). Cette requête inclut l'ensemble des patients du masseur-kinésithérapeute, quel que soit le régime et le département de résidence du patient pris en charge.

Seuil de 1 200 actes : la CPD est invitée à apprécier les situations personnelles pouvant justifier de l'ouverture d'une place même si le seuil de 1 200 actes n'est pas atteint :

- Congé parental/maternité : fournir pièces-justificatives
- Départ progressif à la retraite
- Arrêt maladie longue durée

La caisse effectue une requête pour vérifier ce seuil de 1 200 actes. Si l'activité est inférieure à ce seuil, elle adresse un courrier au masseur-kinésithérapeute lui demandant de justifier d'une situation particulière ayant entrainé un seuil d'activité inférieur à 1 200 actes (le masseur-kinésithérapeute cessant son activité est invité à renseigner un formulaire-type).

A noter que la cessation d'activité secondaire sur une zone non prioritaire n'ouvre pas systématiquement de place de conventionnement :

- Si le cabinet principal et le cabinet secondaire sont situés sur le même bassin de vie canton-ville (BVCV), une place de conventionnement ne sera ouverte qu'en cas de cessation totale de l'activité sur la zone (activité principale et secondaire) ;

- Si le cabinet principal et le cabinet secondaire ne sont pas situés sur le même bassin de vie canton-ville (BVCV) : la cessation d'activité secondaire peut ouvrir une place de conventionnement si cette activité représentait un total d'actes supérieur à 1 200 par an.

Ces dispositions s'appliquent d'ores et déjà aux nouvelles demandes de conventionnement en zone sur dotée dans l'attente des arrêtés régionaux de zonage qui fixeront les zones non prioritaires.

- **Dérogations au principe de régulation du conventionnement**

Les dérogations au principe de régulation du conventionnement sont les suivantes :

DEROGATION		CONDITION D'OBTENTION
Dérogation liée à la vie personnelle du professionnel	• Situation médicale grave du conjoint / enfant / ascendant direct • Mutation professionnelle du conjoint • Changement d'adresse professionnelle liée à une situation juridique personnelle	• Le masseur-kinésithérapeute transmet à la caisse les pièces justificatives correspondantes
Dérogation liée à une offre insuffisante de soins spécifiques	• Réhabilitation respiratoire • Kinésithérapie périnéosphinctérienne • Rééducation vestibulaire • Kinésithérapie pédiatrique • Rééducation maxillo-faciale • Autre activité ajoutée par la CPN	• L'offre de soin spécifique est insuffisante dans la zone sur-dotée • Le masseur-kinésithérapeute doit justifier de sa pratique à hauteur de 50 % d'actes spécifiques pendant les 3 ans précédant sa demande • 50 % de l'activité du masseur-kinésithérapeute dans la zone sur-dotée devra être spécifique
Dérogation pour risque économique	Le masseur-kinésithérapeute souhaite intégrer une activité de groupe dont l'équilibre financier est menacé par le départ et l'installation dans la même zone d'un ancien associé ou collaborateur	• Le masseur-kinésithérapeute quittant l'activité doit avoir exercé pendant 3 années dans le groupe • Le groupe doit démontrer par tous moyens qu'il a recherché un collaborateur dans la zone concernée

Lorsqu'un conventionnement est accordé dans une « zone non prioritaire » au titre d'une des dérogations prévues par la convention nationale, 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

A noter : La **dérogation au principe de régulation du conventionnement en zone « sur dotée » liée à une réduction d'activité d'au moins 50%** pendant au moins 2 ans permettant au masseur-kinésithérapeute de faire appel à un collaborateur ou un associé pour prendre en charge la patientèle restante (dérogation qui avait été actée en commission paritaire nationale) n'a pas été reprise dans les dispositions de l'avenant 7 à la convention nationale car elle posait des difficultés d'interprétation. Dès lors, depuis l'entrée en vigueur de l'avenant 7, les demandes de conventionnement dérogatoires pour ce motif ne doivent plus être instruites.

Une charte visant à harmoniser l'attribution des places en zones non prioritaires est en cours de validation par la CPN (formulaires types de demande de conventionnement, attestation de succession, délais pour recourir aux dérogations, clarification des conditions d'éligibilité, pièces justificatives à produire …)

3.4. Modifications des dispositions relatives aux contrats incitatifs dans les zones « très sous dotées »

- **Révision des modalités de versement des aides, augmentation du CAMMK et aide à l'accueil de l'étudiant stagiaire**

Les dispositions de l'avenant 7 prévoient une modification des modalités de versement des aides prévues au titre des contrats d'aide à la création de cabinet (CACCMK) et d'aide à l'installation (CAIMK), ainsi que la revalorisation de l'aide prévue au titre du contrat d'aide au

maintien (CAMMK) dont le montant est porté à 4 000€ par an (au lieu de 3 000€). Ces modifications nécessitent que les contrats types soient republiés par les ARS à la suite de la publication d'un arrêté national, prévue au même moment que la publication de l'arrêté national définissant le zonage.

Pour les CACCMK et CAIMK : nouvelles modalités de versement des aides

Les nouvelles modalités de versement des aides ne pourront s'appliquer qu'aux nouveaux contrats signés après publication des arrêtés régionaux.

Pour les CAMMK :

La revalorisation s'appliquera à compter de la publication des nouveaux contrats types par les ARS et pour les contrats en cours, des avenants pourront être signés à compter de ces mêmes dates.

Pour les contrats déjà en cours et renouvelables tous les 3 ans par tacite reconduction, un avenant tenant compte de la revalorisation pourra être conclu à condition que la zone reste en « très sous dotée ».

Par ailleurs, la revalorisation de l'aide prévue pour l'accueil des étudiants stagiaires sera applicable à compter de la publication des nouveaux contrats types par les ARS avec une possibilité de signer des avenants pour les contrats en cours

- **Engagements du masseur-kinésithérapeute au titre des contrats incitatifs**

Les dispositions de l'avenant 7 prévoient la suppression de l'exigence de 50% d'actes auprès de patients résidant dans la zone qui est remplacée par une exigence de 50% d'activité sur la zone (à noter que cette exigence a été revue pour l'ensemble des auxiliaires médicaux, le professionnel de santé ne pouvant sélectionner ses patients selon leur lieu de résidence).

Par ailleurs, le nombre d'actes minimum à réaliser dans la zone a été maintenu (2 000 actes la première année et 3 000 actes les années suivantes) avec proratisation possible de l'aide (pour le MK 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 1ère année, le montant de l'aide est proratisé entre 1 000 et 2 000 actes sur la base de 100% pour 2 000 actes)

- **Clarification de la notion de création de cabinet (pour le CACCMK)**

Le masseur-kinésithérapeute qui reprend un cabinet peut adhérer au CACCMK uniquement en cas de cessation totale d'activité du titulaire.

Par ailleurs, il est précisé qu'un masseur-kinésithérapeute ayant un exercice exclusif à domicile peut souscrire au CACCMK.

3.5. Démarches du masseur-kinésithérapeute auprès de la caisse lors de l'installation en libéral et conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes exerçant au sein des sociétés d'exercice

Les dispositions de l'avenant 7 prévoient que lorsque le masseur-kinésithérapeutes 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.

Par ailleurs, le salarié du masseur-kinésithérapeute doit se conformer aux dispositions de la convention nationale.

L'activité du salarié est assimilée à celle du titulaire au regard de la facturation à l'assurance maladie.

Chaque organisme local doit constituer un fichier assurant un recensement régulier du nombre de masseurs-kinésithérapeutes salariés de confrères libéraux qui doit être transmis annuellement à la Cnam.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes exerçant au sein des sociétés d'exercice, les dispositions de l'avenant 7 prévoient que 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 convention nationale.

Cet exercice au sein des société d'exercice est assimilé à de l'exercice libéral au sens de la convention.

L'assimilation à de l'exercice libéral (ayant pour conséquence la nécessité d'un conventionnement) prévu par l'article 4.2.7 pour les salariés de Selarl ne vise que les associés qui ont opté pour le statut fiscal et social de salarié.
Dans ce cas, il ne s'agit que d'un statut fiscal et social mais le MK n'a pas de lien de subordination avec les autres MK.
Quand le MK est salarié au sens strict du Code du Travail, il n'a pas, et ne peut pas de toutes les façons, à être conventionné.
Les salariés ne sont pas soumis à la régulation ou aux contrats démographiques.

4. Création/revalorisation d'actes afin de valoriser le rôle de prévention des masseurs-kinésithérapeutes auprès des patients en perte d'autonomie (article 5 de l'avenant 7 et décision UNCAM du 14 décembre 2023 publiée au JO du 8 février 2024)

- **Prise en charge des patients atteints de maladies neuromusculaires :** 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 sont revalorisés d'un point de **coefficient à compter du 1er septembre 2026.**

- **Création d'un acte de rééducation à destination des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap** coté à hauteur de TER 16 (soit AMK/AMC 16 selon les lettres clés actuelles)**.** L'entrée en vigueur de ce nouvel acte est soumise à la publication préalable d'un avis de la Haute Autorité de santé. L'évaluation de la

Haute Autorité de santé a été rendue le 4 avril 2024. L'Assurance maladie informe la profession que cet acte est **facturable depuis le 5 avril 2024**.

- **Création d'un acte de repérage de la fragilité des personnes âgées de 70 ans ou plus** coté AMK 10 au **1er septembre 2026** (sous réserve de la publication de l'avis de la Haute Autorité de santé)

- **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) » (AMK/AMC/RPE 6) **à compter du 1er juillet 2025**.

5. Favoriser l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes au domicile des patients

Afin de favoriser l'intervention à domicile des masseurs-kinésithérapeutes les dispositions de l'avenant 7 et la décision UNCAM du 14 décembre 2023 publiée au JO du 8 février 2024 prévoient:

L'extension de l'indemnité forfaitaire de déplacement spécifique (IFS) de 4€ à certains actes et la suppression des indemnités forfaitaires de déplacement IFO, IFR, IFN, IFP, IFS et de l'indemnité forfaitaire autonomie de la personne âgée entrent en vigueur à compter **du 1er juillet 2025.**

L'indemnité forfaitaire de déplacement spécifique IFS des masseurs-kinésithérapeutes s'applique uniquement aux actes du chapitre II du titre XIV de la NGAP visés ci-dessous :

- aux actes de l'article 1 paragraphe D « Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres »;
- aux actes de l'article 2 « Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires » ;
- aux actes de l'article 4 « Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires » ;
- aux actes de l'article 5 « Rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) » et « Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose » ;
- à l'acte de l'article 9 « rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé ».

De plus, le masseur-kinésithérapeute aura la possibilité de facturer 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 à compter du 22 février 2024. L'article 13 de la NGAP précise ainsi « L'indemnité horokilométrique prend une valeur unitaire spécifique pour le professionnel de santé dans les territoires définis par la Loi Montagne sous réserve de dispositions conventionnelles dérogatoires ».

Enfin, pour réaliser et facturer des soins au domicile du patient, il n'est plus obligatoire d'indiquer la notion de soins « à domicile » sur la prescription. Cette disposition est entrée en vigueur le **22 août 2023**.

6. Mise en place d'une nouvelle nomenclature redécrite et revalorisée (article 6 de l'avenant 7)

6.1. La nouvelle nomenclature

La nouvelle nomenclature vise à mieux décrire l'activité des masseurs-kinésithérapeutes à travers la création de nouveaux libellés conformément aux engagements conventionnels antérieurs. Elle est effective depuis le **22 février 2024** (décision UNCAM du 14 décembre 2023 publiée au JO du 8 février 2024).

Cette nouvelle nomenclature permet ainsi, à l'aide de 20 nouvelles lettres-clés (cf annexe 1 de la NGAP), de décrire la pratique en 80 actes différents. Elle permet de décrire plus clairement en particulier les actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques (anciennement cotés avec la lettre-clé AMS).

A chaque acte décrit correspond désormais une association lettre-clé/coefficient spécifique.

L'acte anciennement facturé avec le coefficient 7,5 par exemple reste facturable avec le coefficient 7,50 (jusqu'à +/- 0,03, pour permettre aux associations lettre-clé/coefficient d'être traçantes). La lettre-clé AMK est maintenue pour la cotation des actes de bilan (les BDK notamment), des suppléments de kinébalnéothérapie, des actes de pédicurie facturables par les kinésithérapeutes (Article 3 du Chapitre II du Titre XII de la NGAP), et des actes dérogatoires mis en place dans le cadre de l'épidémie de Covid-19.

Les lettres-clés AMS et AMC n'apparaissent plus dans la nouvelle nomenclature, ainsi il n'est plus demandé de distinguer les actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement.

La réforme de la nomenclature des actes de kinésithérapie n'ayant pour objectif qu'une redescription des actes réalisés, les règles de facturation restent identiques (la redescription n'a pas pour objectif de revaloriser ou dévaloriser sur le plan tarifaire les actes de kinésithérapie). Ainsi, pour les rééducations des affections orthopédiques et rhumatologiques, la rééducation d'un membre et de sa racine comprend toujours l'éventuelle rééducation des ceintures ; et la rééducation du rachis ne peut toujours pas être associée à celle d'un ou plusieurs membres si la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur.

Les actes soumis à référentiel sont identifiés en tant que tels dans la nouvelle nomenclature et leurs règles spécifiques (anciennement figurant au chapitre V) apparaissent sous chaque libellé.

À noter, pour les actes de **rééducation abdominale post-césarienne**, la cotation attendue dans cette situation est celle qui correspond à l'acte de « *Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire* » (coté RAB 8,01), l'acte de « *Rééducation abdominale du post-partum* » étant à réserver aux situations non chirurgicales.

À noter également dans la décision UNCAM du 14 décembre 2023 publiée au JO du 8 février 2024 la suppression des actes d'éléctrothérapie (anciennement article 1 CHAPITRE V - ACTES UTILISANT LES AGENTS PHYSIQUES).

6.2. Modalités de mise en œuvre de la nouvelle nomenclature

Des travaux ont réunis en amont les représentants des éditeurs de logiciel de facturation, des organisations syndicales représentatives des masseurs-kinésithérapeutes, et de l'Assurance maladie pour mettre à disposition sur les postes des professionnels une interface opérationnelle simplifiée, telles que des barres de recherche fonctionnant par mots-clés par exemple.

Afin de permettre aux professionnels libéraux et aux établissements de santé de s'approprier rapidement et aisément cette nouvelle nomenclature **à compter du 22 février 2024 :**

- les anciennes et nouvelles cotations seront acceptées pour les soins en cours à cette date ;

- l'application des nouvelles cotations est demandée pour les nouvelles prises en charge (même si la prescription est antérieure au 22/02/2024) ou en cas de renouvellement.

L'objectif est de facturer avec les nouvelles cotations l'ensemble des soins réalisés au **1er juin 2024**. Un point d'étape sera organisé avant cette date avec les représentants des éditeurs de logiciels et les organisations syndicales représentatives de la profession pour échanger sur la montée en charge des facturations avec les nouvelles cotations.

Des actions d'accompagnements sont prévues (osmose, Ameli …).

6.3. La cotation de deux séances le même jour

Conformément aux engagements conventionnels, la mise en place de cette nouvelle nomenclature s'accompagne de l'ouverture de la possibilité de facturer 2 séances le même jour à taux plein sous les conditions définies dans l'avenant 7 (prescriptions distinctes, affections en rapport avec des articles NGAP différents, portant sur deux régions anatomiques distinctes et réalisés lors de deux séances distinctes). Cette possibilité est permise depuis le 22 février 2024.

À noter, la réalisation d'actes en accès direct (si le professionnel exerce dans les structures de soins et d'exercice coordonné suivantes cf point 8) n'ouvre pas la possibilité à ces cumuls, l'accès direct ne valant pas prescription.

Voici quelques exemples illustratifs des possibilités de cumul :

- *le cumul d'une rééducation d'une entorse de cheville est possible avec une rééducation périnéale*
- *la rééducation d'une entorse externe de cheville accompagnée de celle d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule ne permet pas de cumul, les deux rééducations individuelles étant répertoriées dans le même article de la NGAP :*
    - *la cotation attendue ici est* « Rééducation secondaire à l'affection d'au moins 2 territoires lésés (hors 2 territoires ou plus du même membre ou 2 territoires ou plus du rachis) » *: TER 9,49 en l'absence de chirurgie, TER 9,51 en cas de chirurgie*
- *le cumul d'une rééducation d'une lombalgie avec une rééducation abdominale :*
    - *est autorisé si les deux pathologies sont bien différentes (les deux diagnostics doivent être documentés)*
    - *n'est pas autorisé si la rééducation abdominale est incluse dans l'acte de rééducation du rachis (exercices de gainage…)*

6.4. Revalorisation des tarifs et des coefficients des actes

À compter du **22 février 2024**, **les tarifs des lettres clés AMK, AMC et AMS sont portés à 2,21€ en métropole (2,43€ dans les DROM).** Ces nouveaux tarifs s'appliquent aux lettres clés créées par la mise en place de la nouvelle nomenclature (APM, ARL, DRA, NMI, PLL, RAB, RAM, RAO, RAV, RIC, RIM, RPB, RPE, RSC, RSM, TER, VIC, VIM, VSC et VSM).

Les actes de télésoin entrent en vigueur le 9 février 2024. Ils sont cotés avec la lettre-clé TMK dont le montant est de 2,15 € en métropole, et 2,36€ dans les DROM (ce montant n'est pas revalorisé, la valeur de l'acte de télésoin n'est plus égale à la valeur de la lettre-clé en présentiel à partir du 22 février 2024).

En outre, les **suppléments de kinébalnéothérapie** sont revalorisés de 1,3 point de coefficient à compter du **1er juillet 2025**.

Par ailleurs, **les actes actuellement cotés AMS 7,5 sont revalorisés de 0,9 point de coefficient en deux étapes et les actes cotés en AMS 9,5 sont revalorisés de 0,3 point de coefficient** selon le calendrier suivant :

- Au 1er juillet 2025 : les actes actuellement cotés AMS 7,5 sont revalorisés de 0,6 point ;
- Au 1er juillet 2026 : les actes actuellement cotés AMS 9,5 sont revalorisés de 0,3 point ;
- Au 1er juillet 2027 : seconde étape de revalorisation de 0,3 point des actes actuellement cotés AMS 7,5.

7. Modalités d'application de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes sans prescription médicale (article 9 de l'avenant 7)

Le masseur-kinésithérapeute peut réaliser ses actes en accès direct, sans prescription médicale préalable, s'il exerce dans les structures de soins et d'exercice coordonné suivantes :

- dans les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés;
- dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux ;

- dans le cadre des structures d'exercice coordonné suivantes : équipes de soins primaires/équipes de soins spécialisés, centres de santé et maisons de santé.

Cette limitation à huit séances s'entend comme le fait qu'un même masseur-kinésithérapeute ne peut réaliser plus de 8 séances à un même patient sans ordonnance médicale.

Ainsi en l'absence de prescription médicale, donc de diagnostic médical, l'accès direct est possible et le nombre de séances est limité à huit séances par patient et par MK sur un an à partir de de la 1ere séance toutes pathologies confondues.

En pratique :

- le masseur-kinésithérapeute doit renseigner son propre numéro de professionnel de santé dans la case « Prescripteur » de la facture »;

- il n'a pas à télécharger de pièces justificatives dans votre logiciel de facturation. En effet, l'accès direct ne nécessite pas de prescription médicale préalable.

8. Dispositions relatives à la télésanté (article 1er de l'avenant 7)

Dans la suite des mesures dérogatoires introduites par les pouvoirs publics lors de la crise sanitaire portant sur la télésanté, cet accord prévoit :

- la possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes de recourir à titre pérenne, aux actes de télésoin et en définit les conditions de réalisation et de prise en charge ;

- la possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes de requérir une téléexpertise auprès d'un professionnel de santé médical ;

- la création d'un indicateur supplémentaire au forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet en vue de soutenir l'investissement des masseurs-kinésithérapeutes dans les équipements facilitant le recours à la télésanté.

8.1. Le recours au télésoin par les masseur-kinésithérapeute

Le télésoin est défini comme l'acte réalisé à distance en vidéotransmission entre un masseur-kinésithérapeute exerçant une activité libérale conventionnée ou dans une structure conventionnée et un patient.

- **Champ d'application du télésoin**

Patients concernés : l'ensemble des patients peut bénéficier d'actes en télésoin par les masseurs-kinésithérapeutes.

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.

Actes concernés : tous les actes des masseurs-kinésithérapeutes sont réalisables en 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).

La première séance au cours de laquelle est réalisé le bilan diagnostic kinésithérapique initial ne peut pas être réalisée en télésoin.

Qu'ils soient réalisés en présentiel ou à distance, les actes doivent être prescrits et inscrits à la NGAP. A noter qu'il n'existe pas d'actes uniquement réalisables à distance.

Principe de connaissance préalable du patient : pour assurer la qualité des soins et juger de la pertinence de l'acte à distance, le patient doit être connu du masseur-kinésithérapeute réalisant l'acte en télésoin, c'est-à-dire avoir bénéficié d'au moins un acte ou bilan en présentiel dans les douze mois précédant la réalisation 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).

Une exception à ce principe de connaissance préalable est prévue pour la prise en charge urgente des patients en sortie d'hospitalisation, 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.

Principe d'impossibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes d'exercer une activité exclusive à distance : l'avenant 7 pose le principe d'interdiction pour un masseur-kinésithérapeute d'exercer l'intégralité de son activité à distance : le masseur-kinésithérapeute ne pourra réaliser au maximum que 20% de son activité conventionnée à distance.

Ce seuil est appliqué à l'activité annuelle globale N-1 du masseur-kinésithérapeute (et non pas par patient afin de permettre pour certains patients qui le nécessitent d'avoir une prise en charge à distance plus importante voir exclusive).

Le non-respect de ce seuil pourra faire l'objet d'une sanction conventionnelle.

A ce titre :

1/Un suivi statistique du volume d'activité à distance réalisé par les PS sera réalisé au niveau national

2/Un plan de contrôle sera mis en place à ce sujet pour s'assurer du respect par la profession des dispositions conventionnelles.

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

Principe de territorialité de la réponse à la demande de soins : seul un masseur-kinésithérapeute du même territoire que le patient peut réaliser le télésoin.

Le principe de territorialité n'est pas défini ni limité à un périmètre géographique. Ce principe répond à la nécessité d'une continuité des soins. (le masseur-kinésithérapeute situé dans le même territoire que le patient sera alors en mesure de proposer au patient des actes 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).

Une prise en charge de qualité et la sécurité des soins supposent de pouvoir revenir à des actes en présentiel à tout moment et aussi de pouvoir assurer la coordination des soins avec les équipes de proximité.

- **Modalités de réalisation du télésoin**

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.

Le télésoin est obligatoirement réalisé par vidéotransmission et dans des conditions permettant de garantir à la fois la confidentialité des échanges avec le patient et le masseur-kinésithérapeute ainsi que la sécurisation des données transmises.

Pour les mineurs de moins 18 ans, l'acte de télésoin est réalisé conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

Pour tracer l'acte réalisé en télésoin, le masseur-kinésithérapeute doit rédiger un compte rendu qu'il intègre dans le service « Mon espace santé » du patient.

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

Pour les rééducations soumises à référentiel précisées au chapitre V du titre XIV de la NGAP, le seuil au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire intègre les actes dispensés en présentiel et en télésoins.

- **Modalités de facturation des actes réalisés en télésoin**

Depuis le 9 février 2024, les actes en télésoin sont facturés avec la lettre clé TMK qui est 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 de télésoin ne peuvent pas être cumulés avec les frais de déplacements (prévus à l'article 13 de la NGAP).

S'il n'est pas possible de lire la carte Vitale du patient, la facturation de cet acte peut être réalisée en mode SESAM sans Vitale.

Toutefois, si le masseur-kinésithérapeute ne dispose pas d'un logiciel permettant de facturer les actes en télésoin en SESAM sans Vitale, il a la possibilité de facturer ces actes en mode SESAM dégradé. Dans ce cas, il doit adresser la feuille de soins papier via Scor, parallèlement au flux électronique.

Les masseurs-kinésithérapeutes pourront être amenés, dans leur exercice, à facturer des **actes en série** pouvant comprendre un ou plusieurs actes à distance et en présentiel ; règles particulières de facturation d'actes en série ont été prévues :

- dans le cas où le dernier acte facturé est réalisé à distance, le masseur-kinésithérapeute peut facturer l'ensemble de la série d'actes (comprenant des actes en présentiel et à distance) ;
- dans le cas où le dernier acte est réalisé en présence du patient, le masseur-kinésithérapeute n'est pas autorisé à facturer l'ensemble de la série d'actes.

  Dans ce cas, deux facturations sont alors nécessaires :

  - ✓ les actes réalisés en présentiel sont facturés en SESAM Vitale (lecture carte vitale) ;
  - ✓ les actes à distance sont facturés en SESAM sans Vitale (si le professionnel dispose d'un logiciel le permettant) ou à défaut, en mode dégradé.

A noter que la facturation en mode sécurisé vitale est réservée aux seuls actes réalisés en présentiel ce qui explique ces règles particulières de facturation.

Ces actes bénéficient de la même prise en charge que les actes réalisés en présence du patient (pris en charge à 60% par l'Assurance Maladie).

8.2. Possibilité pour un masseur-kinésithérapeute de solliciter une téléexpertise auprès d'un professionnel de santé médical

Le décret du 3 juin 2021 portant sur la télésanté (JO du 4 juin 2021) ouvre la possibilité aux masseurs-kinésithérapeutes de requérir une téléexpertise auprès d'un professionnel médical. L'avenant 5 prévoit ainsi, dans le champ conventionnel, les conditions de réalisation et de

valorisation de l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes dans ce champ de la téléexpertise.

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 du patient.

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.

Patients concernés : L'ensemble des patients peut bénéficier de téléexpertise. Ils doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Modalités de réalisation de l'acte de téléexpertise : La téléexpertise doit être réalisée dans des conditions permettant de garantir à la fois la confidentialité des échanges entre le masseur-kinésithérapeute requérant et le professionnel médical requis ainsi que la sécurisation des données transmises.

Compte-rendu de la téléexpertise : L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par le professionnel médical requis qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte.

Le compte rendu est intégré dans le service « Mon espace santé » du patient lorsqu'il est ouvert.

Modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise : L'acte de demande de téléexpertise est valorisé à hauteur de 10€ par téléexpertise dans la limite de 2 actes par an, par masseur-kinésithérapeute, pour un même patient. L'acte de demande de téléexpertise sera facturé avec la lettre-clé RQD (Article 14.9.6 – Acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin ou d'une sage-femme de la NGAP).

Ce nouvel acte est entrée en vigueur 6 mois après l'entrée en vigueur de l'avenant, soit le 22 février 2024 (article L. 162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale) après modification de la NGAP (décision UNCAM du 14 décembre 2023 publiée au JO du 8 février 2024)

8.3. Évolution du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet professionnel (FAMI)

Afin de soutenir financièrement l'investissement des masseurs-kinésithérapeutes dans les équipements facilitant le recours à la télésanté, l'avenant 5 prévoit la création d'un nouvel indicateur optionnel ajouté au FAMI.

Ainsi, le masseur-kinésithérapeute impliqué dans le déploiement de l'activité de télésanté pourra dans le cadre du FAMI 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 proposés en matière de recours aux actes de télésanté ;
- 175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés.

La liste de ces équipements sera établie sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année.

Etant donné qu'il s'agit d'un indicateur optionnel, l'aide forfaitaire pour l'équipement à la télésanté pourra être perçue par le masseur-kinésithérapeute indépendamment de l'atteinte des indicateurs « socles » du FAMI (SCOR, taux de télétransmission…).

Les premières aides à l'équipement seront versées en 2025 (le nouvel indicateur portant sur la télésanté du forfait sera à déclarer en 2025 au titre de l'investissement dans les équipements télésanté réalisé en 2024).

9. Autres mesures

• Extension des expérimentations d'actions de prévention des troubles du rachis en milieu scolaire

Cette expérimentation, prévue par l'avenant 5 à la convention nationale et visant à détecter les troubles du rachis des enfants scolarisés en classe de CM1, avait été lancée au cours de l'année scolaire 2021-2022 dans 3 départements (Haute-Garonne, Hauts-de-Seine, Gironde).

Elle est reconduite et étendue à d'autres départements. Un suivi régulier sera réalisé en commission paritaire nationale.

• Composition des instances

L'avenant 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeute n'a pas modifié les règles relatives à la composition des instances conventionnelles. La section professionnelle est composée de 6 représentants des organisations syndicales représentatives des masseurs-kinésithérapeutes libéraux signataires de la convention. Cette composition est établie par accord entre les organisations syndicales représentatives de la profession ou à défaut selon les derniers résultats départementaux aux élections URPS.

Une organisation syndicale qui a signé la convention mais a refusé de signer un avenant (en l'espèce le SNMKR), ne perd pas pour autant sa qualité de partie à la convention.

Cette composition n'est donc pas modifiée à ce jour.

Par ailleurs, les dispositions de l'avenant 7 prévoient la modification de l'observatoire conventionnel qui est désormais composé de 6 représentants des syndicats représentatifs signataires de la convention.

A noter que l'UNOCAM ayant signé l'avenant 7, il devient partie à la convention et peut donc siéger en commission partiaire. La composition de la CPN et de l'observatoire sera mise à jour dans un prochain avenant conventionnel.

Nos équipes restent bien entendu à votre disposition en cas de difficulté dans l'application des présentes instructions via les boîtes génériques suivantes :

- secretariat.dprof.cnam@assurance-maladie.fr pour les sujets relatifs à l'application des dispositions conventionnelles

- dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr pour les sujets relatifs à la facturation des actes.

* * * * * *

PJ :

- Annexe 1 : Avenant n°7 publié au Journal Officiel le 25 août 2023
- Annexe 2 : Récapitulatif des mesures de nomenclature
- Annexe 3 : Circuit de demande de conventionnement en « zone non-prioritaire »
- Annexe 4 : Recommandations HAS : Qualité et sécurité du télésoin - Bonnes pratiques pour la mise en œuvre (février 2021)