# AVENANT N° 5 À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBERAUX ET L'UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

**PRECISIONS :**

Le présent document correspond au texte (et aux annexes) de l'avenant n°5 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'Assurance Maladie, actualisé par l'avenant n°6 à la convention nationale, signé le 14 mai 2019 et publié au JO du 2 juillet 2019 et par l'avenant n°7 à la convention nationale, signé le 13 juillet 2023 et publié au JO du 25 août 2023

**Seuls le <u>préambule</u> et <u>l'article 2</u> « accompagnement au déploiement du bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) » de l'avenant n°6 ne sont pas intégrés à ce document.**

Par ailleurs, l'avenant n°5 à la convention nationale a fait l'objet d'une annulation partielle par décision du Conseil d'Etat le 11 juillet 2019. Le Conseil d'Etat a en effet annulé partiellement certaines dispositions des articles 1.2.4 (expérimentation d'un contrat d'exercice temporaire CET en zone sur-dotée) et 2.2.2 (création du forfait d'accompagnent du retour à domicile après une chirurgie orthopédique) de l'avenant n°5. L'article 6.4.3 relatif à la procédure exceptionnelle de déconventionnement a également été entièrement annulé.

**Le texte ci-après a été actualisé pour prendre en compte les modifications induites par la décision du Conseil d'Etat** : **les dispositions annulées n'apparaissent plus dans cette version.**

## Plan de l'avenant 5

**PREAMBULE** ..... 5

**Titre préliminaire – Portée de la convention nationale** ..... 6

**TITRE I – CONFORTER L'ACCES AUX SOINS** ..... 8

**1.1 Zonage démographique des masseurs-kinésithérapeutes** ..... 8

**1.2 Régulation du conventionnement des masseurs-kinésithérapeutes installés en zone « non prioritaire »** ..... 10

**1.3 Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous dotées »** .... 16

**TITRE II- VALORISER L'ACTIVITE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES LIBERAUX** ..... 26

**2.1 Mise en place d'une nomenclature descriptive et actualisée pour une meilleure connaissance de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes** ..... 26

**2.2 Valoriser les pratiques et les actes répondant à des enjeux de santé publique et de qualité de la prise en charge** ..... 27

**2.3 Le recours à la télésanté par les masseurs-kinésithérapeutes** ..... 33

**TITRE III – PROMOUVOIR LA QUALITÉ DES SOINS DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE ET FAVORISER L'EFFICIENCE** ..... 41

**3.1 Les référentiels et recommandations en masso-kinésithérapie** ..... 41

**3.2 Contribuer au virage ambulatoire** ..... 42

**3.3 Prévention** ..... 43

**3.4 Expérimentations** ..... 43

**3.5 Promotion du bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) rénové** ..... 43

**3.6 Les outils en faveur de la coordination** ..... 44

**3.7. Rémunération sur objectif de santé publique** ..... 44

**TITRE IV-MODALITÉS D'EXERCICE CONVENTIONNEL ET MODERNISATION DES ECHANGES** ..... 45

**4.1. Conditions d'installation et de cessation d'activité en exercice libéral sous convention** ..... 45

**4.2. Délivrance des soins aux assurés** ..... 47

**4.3 Les engagements de l'assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes** ..... 53

**4.4. Modalités de transmission des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire** ..... 53

**4.5 Les autres procédures de facturation** ..... 59

**4.6. Dispositifs de suivi et d'assistance** ..... 60

**4.7 Simplification des échanges entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie** ... 61

**4.8 Principe de télétransmission et dématérialisation des pièces justificatives – Dispositif SCOR** 62

**Article 4.8 bis – Modalités de recours au masseur-kinésithérapeute en accès direct** ..... 63

**4.9 Aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel** ..... 63

**4.10 Cotation et hiérarchisation des actes** ..... 64

**4.11 Tarifs** ..... 66

**4.12 Déploiement du numérique en santé** ..... 66

**TITRE V – DISPOSITIONS SOCIALES** ..... 67

**TITRE VI - VIE CONVENTIONNELLE** ..... 68

**6.1. Durée et résiliation de la convention** ..... 68

**6.2. Modalités de notification et d'adhésion des praticiens** ..... 68

**6.3. Instances conventionnelles** ..... 69

**6.4. Procédures conventionnelles** ..... 77

**TITRE VII – ANNEXES** ..... 81

**Annexe 1 : Tarifs des honoraires et frais accessoires** ..... **Erreur ! Signet non défini.**

**Annexe 2 : Calendrier de modification des cotations des actes revalorisés** ..... 84

**Annexe 3 : Méthodologie de classification des zones relatives aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux** ..... 86

**Annexe 4 : CONTRAT TYPE D'EXERCICE TEMPORAIRE DANS LES ZONES NON PRIORITAIRES CARACTERISEES PAR UNE FORTE ACTIVITE SAISONNIERE** ..... 90

**Annexe 5 : CONTRAT NATIONAL TYPE D'AIDE A LA CREATION DE CABINET DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES DANS LES ZONES « TRES SOUS DOTEES »** ..... 93

**Annexe 6 : CONTRAT TYPE D'AIDE A L'INSTALLATION DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES DANS LES ZONES « TRES SOUS DOTEES »** ..... 99

**Annexe 7 : CONTRAT NATIONAL TYPE D'AIDE AU MAINTIEN D'ACTIVITE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES DANS LES ZONES « TRES SOUS DOTEES »** ..... 105

**Annexe 8 - Tri et transmission des pièces justificatives en cas de transmission papier** ..... 110

**Annexe 9 – Dispositif SCOR - Numérisation et télétransmission des pièces justificatives** ..... 112

**Annexe 10 : Modalités de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales dues au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés**..... 117

**Annexe 11 : Règlements intérieurs types des instances conventionnelles (CPN, CPR, CPD)**..... 118

**Annexe 12 : Nomenclature redécrite et calendrier des revalorisations**

**PREAMBULE**

Afin de préserver le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie auquel elles sont attachées, les parties signataires entendent contribuer, chacune pour leur part, à la qualité des soins et au bon usage des ressources qui lui sont consacrées par la collectivité.

Les parties signataires ont pour objectif d'accroitre l'efficience du système de soins, de manière à participer à son équilibre économique tout en dégageant les ressources nécessaires à la juste rémunération des actes de masso-kinésithérapie.

Elles se sont engagées à concrétiser cette démarche dans la convention nationale intégrant notamment les objectifs suivants :

- un accès aux soins préservé et amélioré ;
- une meilleure orientation des patients dans leur parcours de soins ;
- un développement de la prévention et de la coordination des soins ;
- une valorisation de la profession des masseurs-kinésithérapeutes au travers de la nomenclature de leurs actes;
- une vie conventionnelle rénovée ;
- une amélioration des relations entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses.

Les parties signataires conviennent par ailleurs de la nécessité d'une relation conventionnelle de qualité reposant sur des relations régulières permettant de tenir compte rapidement de l'adaptation des pratiques et des techniques masso-kinésithérapiques aux besoins de la population, de la profession et aux moyens de l'Assurance maladie.

En outre, les partenaires conventionnels conviennent de l'importance de valoriser les nouveaux champs d'intervention des masseurs kinésithérapeutes notamment en matière de prévention et de dépistage ou de prise en charge de certaines populations, enfants, patients atteints de pathologies lourdes tout en réaffirmant leur engagement en faveur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

## Titre préliminaire – Portée de la convention nationale

### *Objet de la convention*

La présente convention a pour objet :

- de rassembler les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre l'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ayant adhéré à la présente convention ;
- d'améliorer l'accès aux soins de kinésithérapie par la mise en place de mesures incitatives à l'installation dans les zones très sous-dotées et de mesures régulatrices en zones non prioritaires en masseurs-kinésithérapeutes ;
- d'améliorer les pratiques, l'efficience des soins et la juste valorisation des actes pour la bonne prise en charge des patients en ville ;
- de déterminer les modalités et procédures de facturation et de règlement des prestations remboursables par l'assurance maladie.

### *Conventionnement*

La présente convention s'applique aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés au cabinet, au domicile du patient et dans les structures de soins dès lors que celles-ci facturent à l'acte.

Pour être prises en charge dans le cadre de la convention, les prestations de masso-kinésithérapie doivent être facturées à l'acte et exécutées par un professionnel libéral conventionné.

Sont exclus du champ d'application de la convention :

- l'activité des masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans des locaux commerciaux ;
- les masseurs-kinésithérapeutes salariés exclusifs exerçant dans un établissement public ou privé d'hospitalisation ou dans un centre de santé.

La présente convention s'applique également aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Sont désignés dans la présente convention comme les « caisses » et « l'assurance maladie » les organismes chargés de la gestion d'un régime d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique. Lorsque la seule caisse primaire ou caisse générale de sécurité sociale est visée, elle est réputée agir pour son compte et pour le compte de tous les organismes d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique.

La convention entre en vigueur le lendemain de la publication de son arrêté d'approbation.

Les masseurs-kinésithérapeutes placés sous le régime de la présente convention bénéficient des droits inscrits dans la convention et s'engagent à en respecter toutes les dispositions ainsi que celles des textes régissant l'exercice de la profession.

Les engagements conventionnels s'imposent également aux masseurs-kinésithérapeutes qui exercent à la place d'un masseur-kinésithérapeute conventionné dans le cadre d'un remplacement. Dans ce cas, le masseur-kinésithérapeute conventionné informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à respecter toutes les dispositions prévues par la présente convention et les textes réglementaires régissant l'exercice de la profession.

***Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles***

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie obligatoire, et celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

## TITRE I – CONFORTER L'ACCES AUX SOINS

Les parties signataires confirment leur souhait de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et de garantir une réponse adaptée aux besoins de soins de la population sur l'ensemble du territoire.

L'efficacité de la politique d'amélioration de l'accès aux soins de masso-kinésithérapie nécessite des mesures conventionnelles établissant un équilibre entre incitation à la création de cabinet, à l'installation et au maintien en zone très sous dotée, d'une part, et régulation de l'accès au conventionnement dans les zones excédentaires, d'autre part.

Ainsi, au regard des enjeux démographiques de la profession, les partenaires conventionnels ont souhaité instaurer un dispositif de régulation limitant le conventionnement dans les zones excédentaires, et améliorer de manière significative le dispositif incitatif proposé aux masseurs-kinésithérapeutes afin d'encourager davantage les professionnels à s'installer dans les zones sous denses.

Par ailleurs, les parties signataires insistent sur la nécessité de faire porter la régulation démographique sur l'ensemble de l'offre de soins de masso-kinésithérapie. Elles réaffirment en conséquence l'importance de mieux articuler l'offre sanitaire libérale, celle des soins de suite et de réadaptation, l'offre sanitaire hospitalière et l'offre médico-sociale.

Les parties rappellent que ces mesures ne pourront intervenir qu'à la date d'entrée en vigueur des mesures de valorisation prévues à l'article 2.2.2 et 2.2.3 de la convention nationale, soit au 1er juillet 2018, et sous réserve de la publication effective du nouveau zonage dans la région, conformément aux dispositions de l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

### 1.1 Zonage démographique des masseurs-kinésithérapeutes

#### 1.1.1. Utilisation de l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée

Pour déterminer les zones définies à l'article L.1434-4 du code de la santé publique, les partenaires conventionnels proposent d'employer l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) comme outil de calcul de l'accès géographique aux soins de kinésithérapie sur le territoire national, selon la méthodologie reproduite à l'annexe 3.

#### 1.1.2. Délimitation des zones

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.

#### 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 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).

## 1.2 Régulation du conventionnement des masseurs-kinésithérapeutes installés en zone « non prioritaire »

### 1.2.1. Principe de la régulation du conventionnement en « zone non prioritaire »

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 1ère commission paritaire nationale réunie après la signature de l'avenant 7 à la convention nationale.

#### 1.2.2. Modalités de gestion des demandes de conventionnement des masseurs-kinésithérapeutes en « zone non prioritaire »

*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 entrainant 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.

*b) Avis de la commission paritaire départementale*

Dans un délai maximal de trente jours à compter de la réception du dossier complet, le directeur de l'organisme d'assurance maladie saisit la commission paritaire départementale (CPD) pour avis et informe le masseur-kinésithérapeute de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de demande de conventionnement.

La CPD rend alors un avis dans un délai de trente jours suivant sa saisine. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le masseur-kinésithérapeute. Le masseur-kinésithérapeute peut également être entendu s'il en exprime le souhait.

Cet avis est rendu à la majorité des deux tiers des membres de la CPD.

A défaut d'avis rendu dans le délai suivant la saisine, celui-ci est réputé rendu.

*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).

*d) Procédure en cas de différence entre le projet de décision du Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie et l'avis rendu par la CPD*

Quand le projet de décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) est différent de l'avis rendu par la CPD, la commission paritaire nationale (CPN) est saisie de ce projet sous quinze jours par la caisse primaire d'assurance maladie. Le masseur-kinésithérapeute et la CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de 30 jours pour rendre un avis, par un vote à la majorité des deux tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la CPAM est réputé rendu.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la caisse primaire, le secrétariat de la CPN sollicite dans les trente jours le directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) pour avis. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les quinze jours, au directeur de la CPAM la décision du directeur général de l'UNCAM, accompagnée de l'avis de la CPN.

Le directeur de la CPAM notifie alors au masseur-kinésithérapeute, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

La caisse primaire d'assurance maladie transmet trimestriellement au secrétariat de la CPN, à titre d'information, le nombre de conventionnements accordés ainsi que le nombre de refus.

#### 1.2.3. Dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones non prioritaires »

A. Dérogations au principe de régulation liée à la vie personnelle du masseur-kinésithérapeute

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.

B. Dérogation au principe de régulation liée à une offre insuffisante de soins spécifiques

Le conventionnement peut aussi être accordé à titre exceptionnel, en l'absence de départ préalable d'un confrère conventionné dans la zonenon prioritaire, à un masseur kinésithérapeute qui justifie d'une des activités spécifiques suivantes :

- la réhabilitation respiratoire ;
- la kinésithérapie périnéosphinctérienne ;
- la rééducation vestibulaire ;
- la kinésithérapie pédiatrique ;
- la rééducation maxillo-faciale.

Par décision de la CPN prise par un vote à la majorité des deux tiers, d'autres activités pourront être ajoutées à la liste des activités spécifiques permettant une dérogation au principe de régulation.

Ce conventionnement dérogatoire ne peut être accordé que s'il est avéré que cette offre de soins spécifique est insuffisante dans la zone non prioritaire concernée.

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.

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 masseur-kinésithérapeute s'engage à réaliser, dans le cadre de cet exercice particulier, 50% d'actes correspondant à l'activité spécifique pour laquelle le conventionnement lui a été accordé à titre dérogatoire dans la zone non prioritaire.

La caisse procèdera annuellement à l'analyse de l'activité du masseur-kinésithérapeute afin de vérifier le respect de cet engagement.

En cas de constat par la caisse du non respect par le masseur-kinésithérapeute des modalités d'exercice ayant permis le conventionnement à titre dérogatoire, cette dernière pourra engager une procédure afin de suspendre le conventionnement dans la zone non prioritaire, conformément aux dispositions de l'article 6.4.1 de la présente convention.

C. Dérogation au principe de régulation pour risque économique

Le conventionnement peut aussi être accordé à titre exceptionnel, en l'absence de départ préalable d'un confrère conventionné dans la zone non prioritaire, à un masseur kinésithérapeute qui souhaite intégrer une activité de groupe dont l'équilibre économique est menacé par le départ d'un associé, d'un collaborateur ou d'un assistant s'installant dans la même zone.

Pour bénéficier d'une telle dérogation, le groupe accueillant le demandeur doit avoir mené des recherches pour recruter un associé ou un collaborateur de la zone concernée. Il s'agit d'une obligation de moyen que les membres de l'activité de groupe pourront démontrer par tout moyen.

La dérogation ne peut être accordée que si le masseur-kinésithérapeute quittant l'activité de groupe a exercé pendant au moins trois ans au sein de ce groupe.

Les membres de l'activité de groupe doivent apporter la preuve par tout moyen que le masseur-kinésithérapeute quittant l'activité de groupe participait de manière substantielle aux charges du groupe pendant les trois dernières années.

Ainsi, si ces conditions sont respectées, le cabinet de groupe pourra faire appel à un masseur-kinésithérapeute associé ou collaborateur non conventionné dans la zone jusque-là, pour participer aux charges du groupe.

D. Effet du conventionnement dérogatoire

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.

#### 1.2.4. Expérimentation d'un contrat d'exercice temporaire dans les zones non prioritaires caractérisées par une forte activité saisonnière (CET)

A. Modalités de l'expérimentation du CET

Cette expérimentation est ouverte à la date d'entrée en vigueur de l'ensemble du dispositif démographique prévu par le titre I de la présente convention.

Les partenaires conventionnels conviennent d'expérimenter le CET dans les zones non prioritaires à forte activité saisonnière des départements des Pyrénées Orientales (66), de la Savoie (73), de la Haute-Savoie (74) et du Var (83).

Un groupe de travail sera lancé au 1er trimestre 2018 et déterminera, avant la mise en œuvre du dispositif de régulation démographique, les périodes d'application des contrats d'exercice temporaire dans ces zones en fonction des périodes d'afflux de population générant une augmentation de la demande de soins de masso-kinésithérapie.

A l'issue de cette expérimentation, un bilan annuel est dressé et présenté en CPN.

En fonction du bilan de l'expérimentation, les partenaires conventionnels pourront décider par avenant d'intégrer dans la convention nationale les dispositions relatives au CET.

B. Objet du contrat d'exercice temporaire

Le contrat d'exercice temporaire, reproduit en annexe 4 de la présente convention, a pour objet de permettre à un masseur-kinésithérapeute, n'exerçant pas dans une zone à forte activité saisonnière, d'exercer une activité temporaire dans cette « zone non prioritaire » à forte activité saisonnière, pendant la période d'afflux de population, afin de répondre à l'augmentation de la demande de soins. Un masseur-kinésithérapeute ne peut cumuler plusieurs CET durant la même période.

C. Bénéficiaires du contrat

Le masseur-kinésithérapeute demandeur doit être conventionné dans une autre zone et ne doit pas être sous le coup d'une sanction de déconventionnement ou de suspension du conventionnement. Afin de garantir la permanence des soins, sa zone d'origine ne doit pas être une zone « sous-dotée » ou une zone « très sous-dotée ».

Le masseur-kinésithérapeute, pour être éligible au contrat, doit :

- avoir conclu un contrat d'assistant libéral à durée déterminée avec un autre masseur-kinésithérapeute conventionné dans la « zone non prioritaire » à forte activité saisonnière ;
- avoir adressé son contrat au conseil départemental de l'ordre de la « zone non prioritaire » à forte activité saisonnière.

Le conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes au tableau duquel est inscrit le professionnel qui souhaite souscrire un CET avec un masseur-kinésithérapeute exerçant en zone non prioritaire à forte activité saisonnière devra engager les démarches nécessaires sur la base des informations fournies par le professionnel afin que lui soit envoyé une CPS temporaire utilisable uniquement dans le cadre du CET.

Le masseur-kinésithérapeute qui adhère au CET s'engage à respecter les règles déontologiques notamment celles de la continuité des soins, de l'interdiction d'exercer la profession comme un commerce et de l'interdiction de mettre en gérance son cabinet (fixées respectivement aux articles R. 4321-92, R. 4321-67 et R. 4321-132 du code de la santé publique).

D. Adhésion au contrat

Pour pouvoir bénéficier du CET, le masseur-kinésithérapeute doit en effectuer la demande à la CPAM de la zone non prioritaire » à forte activité saisonnière, en envoyant le contrat signé reproduit dans l'annexe 4 de la présente convention, au minimum deux mois avant la date envisagée de début du contrat. Il joint à cette demande son contrat d'assistant libéral conclu avec le masseur-kinésithérapeute exerçant dans la zone, dans le cabinet duquel il exercera.

Le masseur-kinésithérapeute adresse, pour information, une copie de cette demande à sa CPAM de rattachement.

Si la zone ou la période d'exercice demandée ne correspond pas aux conditions définies par le groupe de travail, prévu au A du présent article, la demande fera l'objet d'un refus de la CPAM.

E. Engagements de l'assurance maladie

La CPAM signataire s'engage à délivrer un numéro de facturation au masseur-kinésithérapeute avec lequel il devra facturer les actes réalisés dans la zone pendant la période saisonnière fixée dans son contrat.

F. Engagements du masseur-kinésithérapeute

Pendant toute la période du contrat, le masseur-kinésithérapeute signataire s'engage à facturer les actes réalisés dans la zone non prioritaire à forte activité saisonnière uniquement avec le numéro délivré par la caisse primaire d'assurance maladie dans le cadre du CET.

Si le masseur-kinésithérapeute facture des actes au moyen du numéro de facturation délivré par la CPAM dans le cadre du CET en dehors de la période ou de la zone précisée dans le contrat, la CPAM récupère les sommes indûment perçues par le masseur-kinésithérapeute.

G. Rupture de l'option conventionnelle

Le CET prend fin, de droit, à la fin de la période saisonnière définie dans le contrat.

Le CET est rompu, à l'initiative de la CPAM ou du masseur-kinésithérapeute, dans les mêmes conditions que celles définies par l'article 1.3.4 de la présente convention.

**1.3 Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous dotées »**

1.3.1. Contrat type national d'aide à la création de cabinet de masseurs-kinésithérapeutes (CACCMK) dans les zones très sous dotées

Le contrat type national d'aide à la création de cabinet de masseurs-kinésithérapeutes est reproduit en annexe 5 de la présente convention.

A. Objet du contrat d'aide à la création de cabinet

Le contrat d'aide à la création de cabinet vise à accompagner et à faciliter la création de cabinet des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans les zones « très sous dotées », par le versement d'une aide financière permettant de gérer l'investissement lié à la création d'un cabinet de kinésithérapie.

Bénéficiaires du contrat d'aide à la création de cabinet

Le présent contrat est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés qui créent un cabinet principal dans une zone « très sous dotée » au cours de l'année précédant la demande d'adhésion au CACCMK. Le masseur-kinésithérapeute ayant exercé auparavant dans le cadre d'un contrat d'aide à l'installation (CAIMK) ou d'aide au maintien (CAMMK), peut adhérer à ce contrat dès lors qu'il crée un cabinet libéral de kinésithérapie.

Si le masseur-kinésithérapeute a adhéré auparavant au contrat d'aide à l'installation (CAIMK) et bénéficié des aides forfaitaires, cette somme sera déduite de l'aide versée au titre du contrat d'aide à la création de cabinet.

Le masseur-kinésithérapeute qui crée ou reprend un cabinet, dans l'année précédant la demande d'adhésion au CACCMK, peut adhérer à cette option conventionnelle.

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.

Si plusieurs masseurs-kinésithérapeutes créent une activité de groupe, dans l'année précédant la demande d'adhésion au contrat défini par le présent article, le CACCMK peut être conclu par chacun d'entre eux. Dans ce cas, les obligations du contrat demeurent individuelles et le non-respect de celles-ci par l'un des membres du groupe n'affectent pas ses autres membres. Les aides sont elles aussi versées à titre individuel.

Ces bénéficiaires peuvent exercer dans le cadre suivant :

- l'exercice individuel d'un masseur-kinésithérapeute libéral conventionné, recourant à un masseur-kinésithérapeute remplaçant afin d'assurer la continuité des soins ;
- l'exercice en groupe, qui s'entend comme le regroupement d'au moins deux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous dotée » et liés entre eux par :

- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
- par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;

- l'exercice pluri-professionnel :
  - cabinet pluri-professionnel ;
  - maison de santé pluri-professionnelle ;
  - ou toute autre forme d'exercice pluri-professionnel reconnue réglementairement dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

Un masseur-kinésithérapeute, déjà installé dans la zone dans les trois ans précédant sa demande d'adhésion, ne peut souscrire au contrat d'aide à la création de cabinet, à l'exception des collaborateurs et assistants libéraux.

Le masseur-kinésithérapeute ne peut bénéficier qu'une seule fois de ce contrat, celui-ci étant conclu intuitu personae. Ce contrat n'est pas cumulable avec les contrats d'aide à l'installation (CAIMK) ou de maintien de l'activité (CAMMK), ni avec les contrats incitatifs masseurs-kinésithérapeutes (CIMK) en cours.

Il peut néanmoins être signataire et bénéficier, à l'expiration du CACCMK, du contrat d'aide au maintien de l'activité (CAMMK).

B. Adhésion au contrat

Pour adhérer au CACCMK, le masseur-kinésithérapeute doit envoyer, à la caisse primaire d'assurance maladie concernée, le contrat signé reproduit dans l'annexe 5 de la présente convention. Il joint à cette demande l'ensemble des pièces justificatives listées dans ce formulaire d'adhésion.

C. Engagements du masseur-kinésithérapeute

En adhérant au contrat d'aide à la création de cabinet, le masseur-kinésithérapeute s'engage à créer un cabinet, exercer et poursuivre son activité libérale conventionnée dans la zone précisée à l'article précédent pendant une durée de cinq ans consécutifs à compter de la date d'adhésion au contrat.

En outre, le masseur-kinésithérapeute s'engage à :

- remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévues à l'article 4.9 du présent texte; réaliser un minimum de 2 000 actes la première année et 3 000 actes les années suivantes, dont 50% de son activité libérale conventionnée dans la zone « très sous dotée ».

A titre optionnel, le masseur-kinésithérapeute peut également s'engager à exercer les fonctions de maître de stage prévues à l'article L.4381-1 du code de la santé publique et à accueillir en stage des étudiants en kinésithérapie.

Enfin, il s'engage à informer la caisse de la circonscription du cabinet de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à la création au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le masseur-kinésithérapeute.

D. Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé

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 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.

Pour la 1ère 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 adhérant 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 règlementaires, pendant la durée de son stage de 4ème et 5ème année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

<u>Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé dans un contrat type régional :</u>

L'Agence Régionale de Santé peut décider d'adapter l'aide à la création de cabinet pour les masseurs-kinésithérapeutes adhérant au contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en masseurs-kinésithérapeutes parmi les zones très sous dotées. Cette modulation peut être accordée au maximum dans 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant des aides forfaitaires prévues au présent article. L'Agence Régionale de Santé peut moduler la majoration en fonction de la zone d'installation du masseur-kinésithérapeute.

Avant la publication de l'arrêté instaurant le contrat type régional, la CPR rend un avis sur le projet de contrat type de l'ARS.

E. Articulation du contrat type national d'aide à la création de cabinet de masseurs-kinésithérapeutes avec les contrats types régionaux

Le contrat type national est défini en Annexe 5 de la présente convention conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS après appréciation des éventuelles aides existant dans la région pour soutenir cette activité conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale prévue dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le masseur-kinésithérapeute, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes éligibles définis au point A du présent article.

#### 1.3.2. Contrat type national d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes (CAIMK) dans les zones très sous dotées

Le contrat type national d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes est reproduit en annexe 6 de la présente convention.

A. Objet du contrat d'aide à l'installation

Le contrat d'aide à l'installation vise à accompagner et à faciliter l'installation des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, dans un cabinet existant dans la zone « très sous dotée », par le versement d'une aide financière permettant de gérer cette période d'investissement générée par le début d'activité en exercice libéral.

Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation

Le présent contrat est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés qui s'installent ou sont installés depuis moins d'un an à la date d'adhésion et exercent une activité libérale dans une « zone très sous dotée ».

Ces bénéficiaires peuvent exercer dans le cadre suivant :

- L'exercice en groupe, qui s'entend comme le regroupement d'au moins deux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous dotée » et liés entre eux par :
  - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
  - un contrat de collaborateur libéral ;
  - un contrat d'assistant libéral ;
  - par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
- l'exercice pluri-professionnel :
  - cabinet pluri-professionnel ;
  - maison de santé pluri-professionnelle ;
  - ou toute autre forme d'exercice pluri-professionnel reconnue réglementairement dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

Le masseur-kinésithérapeute ne peut bénéficier qu'une seule fois de ce contrat, celui-ci étant conclu intuitu personae. Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat de maintien de l'activité (CAMMK), ni avec le CACCMK, ni avec les contrats incitatifs masseurs-kinésithérapeutes (CIMK) en cours.

Le masseur-kinésithérapeute peut néanmoins être signataire et bénéficier, à l'expiration du présent contrat (CAIMK), du contrat de maintien de l'activité (CAMMK) en zone très sous dotée.

B. Adhésion au contrat

Pour adhérer au CAIMK, le masseur-kinésithérapeute doit envoyer, à la CPAM concernée, le contrat signé reproduit dans l'annexe 6 de la présente convention. Il joint à cette demande l'ensemble des pièces justificatives listées dans ce formulaire d'adhésion.

C. Engagements du masseur-kinésithérapeute

En adhérant au contrat d'aide à l'installation, le masseur-kinésithérapeute s'engage à venir exercer et poursuivre son activité libérale conventionnée dans la zone précisée à l'article précédent pendant une durée de cinq ans consécutifs à compter de la date d'adhésion du professionnel au contrat.

En outre, le masseur-kinésithérapeute s'engage à :

- remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévues à l'article 4.9 du présent avenant ;réaliser un minimum de 2 000 actes la première année et de 3 000 actes les années suivantes, dont 50% de son activité libérale conventionnée dans la zone « très sous dotée ».

A titre optionnel, le masseur-kinésithérapeute peut également s'engager à exercer les fonctions de maître de stage prévues à l'article L.4381-1 du code de la santé publique et à accueillir en stage des étudiants en kinésithérapie.

Enfin, il s'engage à informer la caisse de la circonscription de son cabinet principal de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le masseur-kinésithérapeute.

D. Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé

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 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 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 1ère 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 règlementaires, pendant la durée de son stage de 4ème et 5ème année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

<u>Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé dans un contrat type régional :</u>

L'Agence Régionale de Santé peut décider d'adapter l'aide à l'installation pour les masseurs-kinésithérapeutes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en masseurs-kinésithérapeutes parmi les zones très sous dotées. Cette modulation peut être accordée au maximum dans 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant des aides forfaitaires prévues au présent article. L'Agence Régionale de Santé peut moduler la majoration en fonction de la zone d'installation du masseur-kinésithérapeute.

Avant la publication de l'arrêté instaurant le contrat type régional, la CPR rend un avis sur le projet de contrat type de l'ARS.

E. Articulation du contrat type national d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes avec les contrats types régionaux

Le contrat type national est défini en Annexe 6 de la présente convention conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS après appréciation des éventuelles aides existant dans la région pour soutenir cette activité conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale prévue dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le masseur-kinésithérapeute, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes éligibles définis au point A du présent article.

### 1.3.3. Contrat type national d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes (CAMMK) dans les zones très sous dotées

Le contrat type national d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes est reproduit en annexe 7 de la présente convention.

A. Objet du contrat

Le contrat d'aide au maintien d'activité vise à favoriser le maintien de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans les zones « très sous dotées », par le versement annuel d'une aide financière permettant de réaliser des investissements, de se former et contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins de kinésithérapie.

<u>Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité</u>

Le présent contrat est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés qui maintiennent leur exercice libéral dans une « zone très sous dotée ».

Ces bénéficiaires peuvent exercer dans le cadre suivant :

- L'exercice individuel d'un masseur-kinésithérapeute libéral conventionné, recourant à un masseur-kinésithérapeute remplaçant afin d'assurer la continuité des soins ;
- L'exercice en groupe, qui s'entend comme le regroupement d'au moins deux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous dotée » et liés entre eux par :
  - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
  - un contrat de collaborateur libéral ;
  - un contrat d'assistant libéral ;

- par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
- l'exercice pluri-professionnel :
  - cabinet pluri-professionnel ;
  - maison de santé pluri-professionnelle ;
  - ou toute autre forme d'exercice pluri-professionnel reconnue réglementairement dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux titulaires et collaborateurs exerçant dans les zones définies précédemment peuvent adhérer à ce contrat.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAIMK), ni avec le contrat d'aide à la création de cabinet (CACCMK), ni avec les contrats incitatifs masseurs-kinésithérapeutes (CIMK) en cours.

Le contrat est conclu pour une durée de trois ans renouvelable tacitement.

B. Engagements du masseur-kinésithérapeute

En adhérant au contrat d'aide au maintien d'activité, le masseur-kinésithérapeute s'engage à poursuivre son activité libérale conventionnée dans la zone précisée à l'article précédent pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion du professionnel au contrat.

En outre, le masseur-kinésithérapeute s'engage à :
- remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides forfaitaires à la modernisation du cabinet professionnel, prévue à l'article 4.9 de la présente convention ;
- réaliser 50% de son activité libérale conventionnée dans la zone « très sous dotée ».

A titre optionnel, le masseur-kinésithérapeute peut également s'engager à exercer les fonctions de maître de stage prévues à l'article L.4381-1 du code de la santé publique et à accueillir en stage des étudiants en kinésithérapie.

Enfin, il s'engage à informer la caisse de la circonscription de son cabinet principal de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au maintien au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le masseur-kinésithérapeute.

C. Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé

En contrepartie de l'adhésion au contrat et du respect de ses engagements, l'assurance maladie verse au masseur-kinésithérapeute, chaque année de la durée du contrat, une aide forfaitaire au maintien de l'activité d'un montant de 4 000 euros.

Le montant dû au masseur-kinésithérapeute est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du masseur-kinésithérapeute au contrat. Le versement des sommes dues est effectué 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 règlementaires, pendant la durée de son stage de 4ème et 5ème année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Adaptation possible par l'Agence Régionale de Santé dans un contrat type régional :

L'Agence Régionale de Santé peut décider d'adapter l'aide au maintien en activité pour les masseurs-kinésithérapeutes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en masseurs-kinésithérapeutes parmi les zones très sous dotées.

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant des aides forfaitaires prévues au présent article. L'Agence Régionale de Santé peut moduler la majoration en fonction de la zone d'exercice du masseur-kinésithérapeute. Cette modulation peut être accordée au maximum dans 20% des zones « très sous dotées ».

Avant la publication de l'arrêté instaurant le contrat type régional, la CPR rend un avis sur le projet de contrat type de l'ARS.

D. Adhésion au contrat

Pour adhérer au CAMMK, le masseur-kinésithérapeute doit envoyer, à la caisse concernée, le contrat signé reproduit dans l'annexe 7 de la présente convention. Il joint à cette demande l'ensemble des pièces justificatives listées dans ce formulaire d'adhésion.

E. Articulation du contrat type national d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes avec les contrats types régionaux

Le contrat type national est défini en Annexe 7 de la présente convention conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS après appréciation des éventuelles aides existant dans la région pour soutenir cette activité conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale prévue dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le masseur-kinésithérapeute, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes éligibles définis au point A du présent article.

#### 1.3.4. Rupture des options conventionnelles

##### 1.3.4.1. Rupture des options conventionnelles à l'initiative du masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'Agence Régionale de Santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le masseur-kinésithérapeute.

La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat : 49 000 pour le CACCMK, 34 000 euros pour le CAIMK et 9 000 euros pour le CAMMK.

#### 1.3.4.2. Rupture des options conventionnelles à l'initiative de la CPAM

a) Ouverture de la procédure de résiliation des options conventionnelles

En cas de non-respect par le masseur-kinésithérapeute de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle. La caisse d'assurance maladie informera de manière concomitante l'agence régionale de santé et les membres de la CPD de cette décision.

Le masseur-kinésithérapeute dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations.

En l'absence d'observations du masseur-kinésithérapeute dans le délai imparti, la caisse notifie au masseur-kinésithérapeute sa décision de résilier le contrat et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

b) Avis de la commission paritaire départementale

Si le masseur-kinésithérapeute présente ses observations à la caisse, le directeur de la CPAM saisit la CPD pour avis et informe le masseur-kinésithérapeute de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de la procédure.

La CPD rend alors un avis dans un délai de 30 jours. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le masseur-kinésithérapeute. Le masseur-kinésithérapeute peut également être entendu à sa demande ou à celle de la CPD.

A défaut d'avis rendu dans ce délai, celui-ci est réputé rendu.

Au regard de cet avis, le directeur de la CPAM notifie au masseur-kinésithérapeute concerné sa décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 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 la CPAM sur le dossier.

c) Procédure en cas de contradiction entre l'avis de la CPD et du directeur de la CPAM

Quand le projet de décision du directeur de la CPAM est différent de l'avis rendu par la CPD, la CPN est saisie de ce projet sous 15 jours par la CPAM. Le masseur-kinésithérapeute et la CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de 30 jours pour rendre un avis, par un vote aux deux tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la CPAM est réputé rendu.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN sollicite pour avis dans les 15 jours le directeur général de l'UNCAM. Le directeur général de l'UNCAM dispose alors de 30 jours pour rendre un avis. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les 15 jours suivant cet avis, au directeur de la CPAM l'avis de la CPN et du directeur général de l'UNCAM.

Le directeur de la CPAM notifie alors au masseur-kinésithérapeute, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

En cas de résiliation de l'option conventionnelle, la caisse récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

#### 1.3.5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entrainant la sortie du lieu d'exercice du masseur-kinésithérapeute adhérant d'une zone « très sous dotée », le contrat se poursuit jusqu'à son terme, sauf demande de résiliation par le masseur-kinésithérapeute ou la caisse primaire d'assurance maladie.

## TITRE II- VALORISER L'ACTIVITE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES LIBERAUX

Les partenaires conventionnels conviennent de se réunir régulièrement pour analyser les résultats obtenus en matière de maîtrise médicalisée des dépenses, tant dans le cadre de l'exercice en ville qu'en établissement, afin d'envisager les possibilités de revalorisations de certains actes ou des mesures de nomenclature.

### 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-diagnostics 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 |
| RSM | Rééducation du membre supérieur non opéré soumise à référentiel |
| TER | Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et |

| Future lettre clé | Signification |
|---|---|
| | 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.

**2.2 Valoriser les pratiques et les actes répondant à des enjeux de santé publique et de qualité de la prise en charge**

2.2.1 Promouvoir le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK)

Les partenaires conventionnels conviennent que le BDK constitue un des outils principaux d'information, de coordination et d'amélioration de la qualité de prise en charge, à la disposition des masseurs-kinésithérapeutes.

Pour atteindre ces objectifs de coordination et d'amélioration de la prise en charge des patients, les partenaires conventionnels proposent de mettre en œuvre les dispositions suivantes :

1/ Dès lors qu'une rééducation est prescrite, permettre la facturation d'un BDK dès la 1ère séance au 1er juillet 2018 quel que soit le nombre de séances prescrites ou facturées.

Pour la facturation des BDK suivants, le rythme prévu à la nomenclature générale des actes professionnels ne serait pas modifié :

- pour les BDK liés au traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires, le BDK suivant resterait facturable à la 60ème séance, puis toutes les 50 séances ;

- pour les BDK liés au traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III, le BDK suivant serait facturable à la 30ème séance, puis toutes les 20 séances.

2/Revaloriser les BDK

Les partenaires conventionnels proposent que des bilans soient revalorisés. Les BDK en rapport avec un traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires soient revalorisés en passant du coefficient 10,1 au coefficient 10,8 au 1er juillet 2018.

Les BDK pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III de la NGAP, sauf exception ci-dessus, soient revalorisés en passant du coefficient 8,1 au coefficient 10,7 au 1er juillet 2018.

2.2.2 Valoriser les prises en charges spécifiques correspondants à des enjeux de santé publique

A. Valorisation de la prise en charge rapide de la rééducation en sortie d'hospitalisation
    1) Prise en charge rapide liée à un accident vasculaire cérébral (AVC)

Le plan AVC 2010-2014 recommande de renforcer la coordination entre les acteurs de ville et d'améliorer la prise en charge pluridisciplinaire en organisant un parcours de soins optimisé en sortie d'hospitalisation avec une rééducation adaptée après la phase aiguë hospitalière. La HAS recommande de débuter la rééducation motrice dès que possible, poursuivie tout au long de l'évolution de l'AVC pour améliorer l'indépendance dans les déplacements et de privilégier l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage dès le début de la rééducation afin d'en optimiser et d'en pérenniser les résultats.

L'objectif de cette mesure est de favoriser le retour à domicile pendant la phase aiguë et subaiguë (jusqu'à 6 mois). Les partenaires conventionnels s'accordent pour la mise en place d'une rémunération complémentaire spécifique des conditions de prise en charge des patients sortant d'une hospitalisation pour AVC (MCO ou SSR) et nécessitant une rééducation kinésithérapique.

Cette rémunération ne concerne pas les soins qui demeurent rémunérés à l'acte.

Elle est versée sur la base d'un forfait qui comprend :

- la prise en charge rapide (dans un délai de 4 jours ouvrés), initialement à domicile, pluri hebdomadaire ;
- la participation à l'éducation du patient et de son entourage ;
- la coordination avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, attestée par la transmission du BDK ;
- la transmission d'un point d'étape sur la rééducation en cours, au médecin traitant et à l'équipe médicale en vue de la consultation post AVC (hospitalière et/ou extra hospitalière) au moment de la facturation du forfait.

Ce forfait complémentaire aux actes de rééducations habituels, facturable une fois pour chaque patient 30 jours après la première prise en charge par le masseur-kinésithérapeute, à l'aide d'un code prestation spécifique est valorisé à hauteur de 100€ au 1er juillet 2018, sous réserve du respect de l'article L-162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

2) Accompagnement du retour à domicile post chirurgie orthopédique

L'objectif de cette mesure est de favoriser le retour à domicile des patients après une chirurgie orthopédique. Les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en place d'un forfait dans le cadre des programmes d'accompagnement du retour à domicile après chirurgie orthopédique, mis en œuvre par les régimes d'assurance maladie. Ce forfait rémunère une prise en charge kinésithérapique rapide (dans un délai de 2 jours ouvrés après la sortie d'hospitalisation), réalisée initialement à domicile, pour les interventions de chirurgie orthopédiques. Il comporte également une évaluation du domicile du patient dans l'objectif d'adapter la rééducation à ses besoins, ainsi qu'un contact pré opératoire pour les interventions programmées qui le nécessitent.

Cette rémunération ne concerne pas les soins qui demeurent rémunérés à l'acte.

Elle est versée sur la base d'un forfait qui comprend :

- la prise en charge rapide (dans un délai de 2 jours ouvrés), initialement à domicile ;
- la participation à l'éducation du patient et de son entourage ;
- la coordination avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, attestée par la transmission du BDK ;

Ce forfait complémentaire aux actes de rééducation habituels, facturable une fois par patient à l'aide d'un code prestation spécifique est valorisé à hauteur de 20€ au 1er juillet 2018 sous réserve du respect de l'article L-162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

B. Valorisation de la prise en charge des patients atteints de handicap respiratoire chronique

Les partenaires conventionnels proposent la prise en charge de nouveaux actes à partir du 1er juillet 2018 pour la réhabilitation respiratoire des patients atteints de handicap respiratoire chronique en ALD atteint d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) d'une durée de l'ordre de 1h 30 à raison d'une séquence de 20 séances environ en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.

Les deux actes correspondent à une prise en charge identique (rééducation respiratoire; renforcement musculaire; réentrainement en endurance; éducation thérapeutique) et seraient réalisés selon l'organisation locale disponible et le flux des patients. Leur cotation varierait selon le mode de réalisation. L'acte serait coté AMK 28 quand il est réalisé uniquement en séance individuelle et coté en AMK20 quand il est réalisé avec des temps individuels et collectifs. Dans ce cas, seule la rééducation respiratoire est individuelle, des groupes de 2 à 4 personnes peuvent être constitués pour les autres rééducations.

Le libellé de l'acte précisera que les conditions d'exécution et les contre-indications devront être conformes à l'avis de la Haute Autorité de Santé n°2012.0037/AC/SEAP du 21 novembre 2012.

Un bilan de la mesure sera réalisé à 2 ans avec une évaluation de la montée en charge du volume d'actes par rapport au volume prévisionnel.

**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 1er 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 1er 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, côté AMK/AMC 6.

Les dispositions du présent F s'appliquent à compter du 1er 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 1er 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.

2.2.3 Valoriser la qualité de la prise en charge

Afin de promouvoir une meilleure prise en charge en masso-kinésithérapie, les partenaires conventionnels proposent que 18 actes de la NGAP soient revalorisés :

- Revalorisation des actes en AMK ou AMC 7 à 7,6 au 1er juillet 2019 et à 8 au 1er juillet 2021 pour 10 actes du chapitre II du titre XIV de la NGAP précisés en annexe 2
- Revalorisation des actes en AMK ou AMC 8 à 8,3 au 1er juillet 2019 et 8,5 au 1er juillet 2021 pour 8 actes du chapitre II du titre XIV de la NGAP précisés en annexe 2

Afin de valoriser la prise en charge dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les régimes d'assurance maladie après une intervention orthopédique ou traumatologique, les partenaires conventionnels s'accordent pour que la prise en charge de l'indemnité forfaitaire de déplacement IFS soit possible au-delà du 35ème jour.

Afin de revaloriser l'activité des masseurs-kinésithérapeutes, les partenaires conventionnels conviennent de majorer le coefficient des actes de l'article 1er 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 1er juillet 2025
  - 0,3 point au 1er juillet 2027 ;
- pour les actes actuellement cotés AMS 9,5, une revalorisation de 0,3 point au 1er 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 1er 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.

### 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.

À 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 précisées 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 2.3.2.1.2. 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 2.3.2.2.2. 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.

## TITRE III – PROMOUVOIR LA QUALITÉ DES SOINS DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE ET FAVORISER L'EFFICIENCE

Les partenaires conventionnels, soucieux de répondre aux grandes problématiques de santé publique, souhaitent promouvoir, dans le cadre d'un régime fondé sur les preuves, la qualité et l'efficience des soins en s'appuyant notamment sur les recommandations de la Haute Autorité de santé.

### 3.1 Les référentiels et recommandations en masso-kinésithérapie

Des recommandations et des référentiels ont été élaborés par la HAS en matière de masso-kinésithérapie, en concertation avec les professionnels de santé, et pris en compte par les partenaires au fur et à mesure de leur publication afin de participer à l'amélioration des pratiques.

Les partenaires veillent à ce que la mise en application de ces recommandations et référentiels place le patient au cœur du système de santé, en y associant l'ensemble des acteurs concernés.

Sur la base des recommandations de la HAS du 29 mars 2006 déterminant une liste d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge de façon préférentielle en cabinet de ville par un masseur-kinésithérapeute libéral, des référentiels ont été validés par la HAS.

Les référentiels ont vocation à optimiser les pratiques de rééducation par masso-kinésithérapie tant en ville qu'en établissement de soins sur la rééducation ostéoarticulaire.

Entre 2009 et 2014, les référentiels validés par la HAS ont décrit 14 situations de rééducation inscrites à la NGAP avec la mention d'un seuil au-delà duquel un accord préalable du Service Médical est nécessaire pour poursuivre la prise en charge de la rééducation. Depuis avril 2012, seules ces situations de rééducation sont soumises à la demande d'accord préalable.

Les parties signataires réaffirment par ailleurs leur engagement d'améliorer l'efficience de la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie, et leur souhait de réduire les écarts de consommation de soins et les disparités régionales de pratiques inexpliquées par l'état sanitaire des populations observées.

Les actions menées s'appuieront notamment sur les outils suivants :

- les protocoles et recommandations publiés par la HAS ;

- les référentiels de pratique médicale et ceux encadrant la prise en charge élaborés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale ;

- les référentiels validés par la HAS prévus à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, concernant les actes en série et permettant de médicaliser la procédure de demande d'accord préalable en adaptant à chaque situation de rééducation le nombre d'actes au-delà duquel un accord est nécessaire pour la poursuite du traitement.

Les partenaires assurent le suivi du respect des référentiels de la HAS dans le cadre de l'observatoire national.

### 3.2 Contribuer au virage ambulatoire

La recherche d'un parcours de soins en adéquation avec les besoins du patient, en favorisant le recours aux modes de prise en charge en ambulatoire et en encourageant une meilleure coordination des acteurs de santé, contribue à la pérennité du système de soins. A ce titre, les masseurs-kinésithérapeutes, par leur intervention au sein de la chaine de soins ambulatoires, sont une des composantes essentielles de ce parcours.

Ainsi, dans un contexte de diminution progressive des durées moyennes de séjour, et pour améliorer le suivi en post-hospitalisation, l'Assurance Maladie a mis en œuvre un programme d'accompagnement du retour à domicile des assurés pour lesquels un séjour en établissement de soins de suite et de réadaptation n'est pas nécessaire afin de les orienter vers une prise en charge en ambulatoire par un masseur-kinésithérapeute.

De même, le dispositif de mise sous accord préalable des établissements de soins de suite et de réadaptation ou des services de chirurgie orthopédique, permet d'adopter une organisation du parcours du patient centrée sur ses besoins. En évitant le recours à des solutions de prise en charge inadaptées et non justifiées par son état de santé, le patient bénéficie alors de soins de proximité, par la masso-kinésithérapie de ville.

La juste orientation des patients vers l'offre de soins libérale ou l'offre hospitalière s'appuie donc sur ces deux dispositifs complémentaires : les programmes de retour à domicile et la mise sous accord préalable des centres de soins de suite et de rééducation. Ces deux programmes nationaux visent à promouvoir le recours à la kinésithérapie libérale et à réduire les hospitalisations inappropriées en en centres de soins de suite et de rééducation, en ciblant principalement les séjours en lien avec un acte d'orthopédie.

Par ailleurs, les programmes de préhabilitation préparent le patient en vue d'une intervention chirurgicale afin que sa condition physique soit optimale le jour de l'intervention et qu'il bénéficie d'une meilleure récupération après l'acte de chirurgie. Ces programmes de préhabilitation se développent en chirurgie orthopédique et concernent également les chirurgies cardiaque, digestive, carcinologique et thoracique. Les partenaires conventionnels reconnaissent l'intérêt de ces programmes et s'engagent à étudier les évaluations de ces pratiques en lien avec la prise en charge des masseurs-kinésithérapeutes en ville.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels souhaitent favoriser la prise en charge des patients qui ont besoin de soins de masso-kinésithérapie après une hospitalisation, d'accompagner leur rééducation dans les meilleures conditions et d'éviter une aggravation de leur pathologie ou des ré-hospitalisations, notamment dans le cas de pathologies lourdes, comme la BPCO ou pour des patients qui ont besoin d'une rééducation après un AVC.

Ainsi les partenaires conventionnels souhaitent contribuer à l'amélioration de la pertinence des soins.

### 3.3 Prévention

Consciente de la place des masseurs-kinésithérapeutes comme acteurs de santé publique dans leur domaine d'intervention, l'assurance maladie s'engage à les associer aux travaux visant à définir et mettre en œuvre des actions de communication et de prévention, notamment dans le domaine de la lombalgie, des troubles de la croissance et de la posture chez l'enfant, des troubles musculo-squelettiques (TMS) chez l'adulte au travail, en favorisant une meilleure coordination avec le médecin traitant.

### 3.4 Expérimentations

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.

### 3.5 Promotion du bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) rénové

Les parties signataires entendent rénover, simplifier et valoriser l'utilisation du BDK en tant qu'outil privilégié de la qualité des soins et de la coordination entre le médecin traitant et le masseur-kinésithérapeute libéral.

Dans cet objectif, les partenaires s'engagent à étudier, au sein d'un groupe de travail, les modalités de dématérialisation de la fiche de synthèse, qui permettront de contribuer à l'efficience, la prise en charge coordonnée, la valorisation de l'expertise des masseurs-kinésithérapeutes, ainsi que la recherche dans le domaine des pratiques professionnelles.

La composition de ce groupe de travail est définie par la CPN.

L'objectif de la dématérialisation de cet outil est de permettre une saisie facilitée, une transmission simplifiée des fiches de synthèses et la remise d'un document d'informations clair au patient.

Le groupe de travail aura pour objectif de définir le contenu des fiches de synthèse et des documents patients et d'organiser le circuit de l'information et l'utilisation des données à des fins scientifiques.

### 3.6 Les outils en faveur de la coordination

Pour répondre aux attentes des patients d'un accès aux soins de qualité et d'une prise en charge en ambulatoire, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de poursuivre dans la convention l'accompagnement des évolutions de la profession, le soutien aux pratiques de coopération efficientes et de conforter la place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge coordonnée du patient avec les autres professionnels de santé.

Par ailleurs, le déploiement d'outils dématérialisés facilitant l'échange d'informations entre les professionnels de santé autour du suivi des patients et le travail coordonné doit être favorisé.

A cet égard, le développement du recours aux outils tels que le dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée, ou tout autre outil de partage d'informations entre professionnels de santé, doit être encouragé dans l'objectif de favoriser plus largement une amélioration de la coordination du parcours de soins des patients entre les différents professionnels de santé en ville.

### 3.7. Rémunération sur objectif de santé publique

Dans un objectif de promotion de la qualité de la pratique et de l'efficience des soins, les partenaires conventionnels conviennent de lancer des travaux visant à la définition d'indicateurs permettant une rémunération sur objectifs de santé publique des masseurs-kinésithérapeutes. Cette rémunération aurait pour finalité de valoriser l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes en matière de santé publique et de pertinence de la prise en charge par l'atteinte d'indicateurs portant notamment sur la qualité des soins, le profil des patients pris en charge, la prévention et le dépistage, l'utilisation d'outils de coordination et de simplification des échanges (alimentation du DMP, utilisation des téléservices, etc.) et leur engagement dans des démarches de qualité.

Ces travaux s'engageront dans le cadre de la CPN à compter de janvier 2019 dans l'objectif de les conclure avant mi 2020 en vue d'une mise en œuvre à compter de l'année 2021.

## TITRE IV-MODALITÉS D'EXERCICE CONVENTIONNEL ET MODERNISATION DES ECHANGES

### 4.1. Conditions d'installation et de cessation d'activité en exercice libéral sous convention

#### 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 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.

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.

#### 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 1er janvier 2025. Si les travaux ne permettent pas d'aboutir à la convergence visée, l'Assurance maladie proposera un soutien financier aux nouveaux installés.

#### 4.1.3 Démarches du masseur-kinésithérapeute auprès de la caisse lors de l'installation en libéral

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.

#### 4.1.4 Démarches du masseur-kinésithérapeute auprès de la caisse lors de la cessation d'activité en libéral

Le masseur-kinésithérapeute qui cesse son activité libérale doit impérativement informer sa caisse de rattachement.

Lorsque la caisse constate que depuis au moins douze mois, le masseur-kinésithérapeute n'a facturé aucun acte à l'assurance maladie, elle l'informe qu'elle suspend l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles. Cette disposition n'est pas applicable lorsque le masseur-kinésithérapeute justifie cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté (ex : maladie, etc.) dans le délai d'un mois à compter de la date de réception du courrier de la caisse. La suspension prend fin par simple déclaration de reprise d'activité par le praticien.

4.1.5 Modalités d'exercice

Les masseurs-kinésithérapeutes placés sous le régime de la présente convention et ses salariés s'obligent à ne pas utiliser comme moyen de publicité* auprès du public la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie par les caisses d'assurance maladie.

Pour donner lieu à remboursement sur la base des tarifs conventionnels, les soins dispensés doivent être effectués soit à domicile en cas de nécessité médicale, soit dans des locaux distincts de tout local commercial (conformément à l'article R4321-73 du code de la santé publique) et sans aucune communication avec celui-ci.

**4.2. Délivrance des soins aux assurés**

4.2.1. Modalités pratiques liées à l'activité du professionnel

*a) Le libre choix du patient*

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les masseurs-kinésithérapeutes légalement autorisés à exercer en France et placés sous le régime de la présente convention.

Les caisses s'engagent à ne faire aucune discrimination entre les masseurs-kinésithérapeutes placés sous le régime de la présente convention et les autres praticiens ou professionnels conventionnés, légalement habilités à dispenser les mêmes actes.

Les caisses s'engagent à donner à leurs ressortissants toutes informations utiles sur la situation des masseurs-kinésithérapeutes de leur circonscription au regard de la présente convention. Les syndicats locaux peuvent faire de même à l'égard de leurs adhérents.

*b) La situation des remplaçants*

Le remplaçant d'un masseur-kinésithérapeute placé sous le régime de la présente convention est tenu de transmettre aux caisses l'attestation d'inscription à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de son département d'exercice comportant entre autre son numéro d'inscription et son numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé), ainsi que l'adresse du cabinet professionnel dans lequel il assure son activité de remplaçant.

Durant la période effective de son remplacement, le masseur-kinésithérapeute remplacé s'interdit toute activité dans le cadre conventionnel à l'exception des cas relevant de la dérogation permise à l'article R. 4321-107 du code de la santé publique. Les caisses pourront, en tant que de besoin, demander la communication de l'attestation de remplacement.

Le masseur-kinésithérapeute remplacé vérifie que le masseur-kinésithérapeute remplaçant remplit bien les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention. Ainsi, il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

** La publicité s'entend de tout procédé visant par son contenu, sa forme, sa répétition, à attirer la clientèle vers un cabinet, une société ou un établissement de soins déterminés.*

Le remplaçant prend la situation conventionnelle du remplacé. En conséquence, le masseur-kinésithérapeute remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, un masseur-kinésithérapeute déconventionné.

Le masseur-kinésithérapeute remplaçant dispose de sa propre carte de professionnel de santé (CPS) et l'utilise pour facturer les soins. Il est identifié comme l'exécutant des soins facturés sous le numéro de facturation Assurance Maladie du masseur-kinésithérapeute remplacé.

#### 4.2.2 Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Les masseurs-kinésithérapeutes s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents sur support papier ou électronique conformes aux modèles prévus par les lois et règlements en vigueur.

Pour les actes dispensés dans un établissement ou une structure d'hébergement et non pris en charge par l'assurance maladie à un autre titre (forfait de soins...), les masseurs-kinésithérapeutes doivent noter sur la feuille de soins, à côté du pavé d'identification, l'adresse et la raison sociale de l'établissement (maison de retraite, foyer logement...) ou de la structure où ont été effectués les soins.

L'UNCAM s'engage à consulter les organisations syndicales nationales représentatives signataires préalablement à toute création ou modification d'imprimés nécessaires à l'application de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

#### 4.2.3 Rédaction des ordonnances

Le masseur-kinésithérapeute formule ses prescriptions sur une ordonnance portant, de façon lisible, son nom, son adresse et son numéro d'identification ainsi que le nom et le prénom du bénéficiaire.

Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision nécessaire ; elles doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

En application de l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale, lorsqu'il prescrit un dispositif médical non remboursable, le masseur-kinésithérapeute en informe son patient et porte la mention « NR » sur l'ordonnance, en face de la spécialité ou du produit concerné.

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.

Les parties signataires à la présente convention s'engagent à porter à la connaissance des partenaires locaux toute information utile sur les modalités d'application du droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes.

#### 4.2.4 Facturation des honoraires

Lors de chaque acte, le masseur-kinésithérapeute porte sur la feuille de soins ou le document de facturation toutes les indications prévues par la réglementation en vigueur :

- lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, le masseur-kinésithérapeute est tenu de mentionner ces actes sur une feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu ;

- lorsque le masseur-kinésithérapeute réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, ce dernier n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale ;
- dans les situations où le masseur-kinésithérapeute réalise des actes ou prestations remboursables (y compris le DE) et non remboursables au cours de la même séance, il porte uniquement les premiers sur la feuille de soins.

La prestation des soins, y compris lorsqu'il s'agit d'actes en série, doit être mentionnée au jour le jour, en utilisant la cotation prévue à la nomenclature générale des actes professionnels.

Le masseur-kinésithérapeute est tenu d'inscrire, sur la feuille de soins ou le document de facturation, l'intégralité du montant des honoraires (y compris le DE) qu'il a perçus au titre des actes remboursables et en donne l'acquit par sa signature.

Il ne donne l'acquit que pour les actes qu'il a accomplis personnellement, et pour lesquels il a perçu l'intégralité des honoraires dus, réserve faite des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

En cas d'actes en série, sous réserve de respecter les dispositions prévues au présent point, le masseur-kinésithérapeute peut éventuellement donner l'acquit des honoraires lorsque la série des séances est achevée.

Sous réserve d'une modification éventuelle de la réglementation en vigueur, le masseur-kinésithérapeute remplit et signe les imprimés nécessaires aux demandes d'accord préalable dans les conditions prévues à la nomenclature générale des actes professionnels.

En aucun cas, la feuille de soins acquittée ne doit être conservée par le masseur-kinésithérapeute, sous réserve des dispositions réglementaires ou contractuelles particulières applicables à certaines catégories d'assurés.

#### 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 masseur-kinésithérapeute 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.

#### 4.2.6 Modalités de paiement des honoraires

##### *a) Le règlement direct*

Seuls donnent lieu à un remboursement par l'assurance maladie les actes prescrits pour lesquels le masseur-kinésithérapeute atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés, conformément à la réglementation en vigueur.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, le masseur-kinésithérapeute peut porter, sur la feuille de soins, la mention « acte gratuit ».

##### *b) Modalités particulières*

- Actes réalisés dans un établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier :

Pour les actes de masso-kinésithérapie effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier, la part garantie par la caisse peut, dans les conditions prévues par la législation en vigueur, être versée selon le choix du professionnel :

  - soit globalement à un praticien, exerçant dans l'établissement, désigné par l'ensemble des dispensateurs de soins ;
  - soit individuellement, à chaque masseur-kinésithérapeute.

- Dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux :

Pour les assurés dont les revenus sont les plus modestes ou pour ceux qui sont confrontés, du fait de leur état de santé, à des dépenses de soins importantes, des dispositions, soit légales, soit conventionnelles, ont posé les conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier d'une dispense d'avance de leurs frais de santé dit tiers payant.

Le législateur a fixé le cadre juridique dans lequel la dispense d'avance de frais bénéficie aux assurés, ainsi que les règles de garantie et de délais de paiement apportées au masseur-kinésithérapeute par les caisses d'assurance maladie, définies par l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, et qui s'appliquent à l'ensemble des paiements réalisés en tiers payant, y compris dans les cas particuliers décrits ci-après.

- Tiers Payant pour les bénéficiaires de l'ACS

  - Tiers payant intégral pour les patients disposant d'un contrat complémentaire sélectionné

Conformément à la réglementation, le tiers payant intégral (sur la part obligatoire et la part complémentaire) est proposé aux patients disposant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la Santé. Cette information figure dans la carte d'assurance maladie et dans l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés.

  - Tiers payant sur la part obligatoire pour les patients n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné

Au-delà de ce cadre réglementaire, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est également accordée par le masseur-kinésithérapeute aux personnes bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, mais qui n'ont pas encore souscrit de contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la santé.

- Tiers Payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD)

Conformément à la règlementation, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est également accordée par le masseur-kinésithérapeute aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 160-14, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité.

Dans ce cas, le masseur-kinésithérapeute indique sur la feuille de soins la mention "dispense d'avance des frais" à la place de l'acquit des honoraires.

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la Caisse au masseur-kinésithérapeute.

Quand le patient bénéficie de la dispense d'avance des frais, le masseur-kinésithérapeute qui facture un dépassement exceptionnel dans les conditions et les situations prévues par la présente convention en demande le paiement direct au patient et indique sur la feuille de soins les sommes perçues au titre du dépassement exceptionnel.

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.

### 4.3 Les engagements de l'assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes

L'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie s'engagent à harmoniser leurs procédures pour faciliter la facturation des actes.

Les engagements de l'assurance maladie en matière de paiement et de suivi de facturation sont les suivants **:**

- La garantie de paiement sur la base des informations inscrites dans la carte Vitale du patient et ce, même si ce dernier n'a pas mis sa carte à jour.

- Les rejets liés aux droits des patients sont supprimés ; pour toute FSE réalisée avec une carte Vitale, les rejets liés aux droits des patients sont supprimés, quels que soient les changements de situation du patient : changement de régime ou de situation familiale, déménagement, etc.
  En l'absence de carte Vitale, le service ADRi permet d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits du patient figurant dans les bases de l'Assurance Maladie. Grâce à la protection universelle maladie pour l'ensemble des travailleurs et résidents en France, les patients bénéficient de droits continus à l'assurance maladie obligatoire.

- La garantie d'être payé sous 5 jours ouvrés en cas de facturation en FSE. Si le délai de paiement des FSE (en mode sécurisé Vitale ou SESAM sans Vitale uniquement) excède 7 jours ouvrés, une indemnité est versée par l'assurance maladie dans les conditions définies réglementairement. Chaque trimestre, les régimes obligatoires d'assurance maladie publient sur leur site internet les délais de paiement des FSE en tiers-payant.

- Un meilleur suivi de la facturation avec un logiciel SESAM-Vitale à jour agréé « suivi des factures à partir de la norme NOEMIE 580 ». Le suivi des paiements est amélioré et les rapprochements comptables sont facilités. De même, les libellés de rejets de factures sont plus explicites et harmonisés entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

### 4.4. Modalités de transmission des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire

#### 4.4.1. Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique dit « système SESAM-Vitale » selon les conditions définies ci-après. En cas d'impossibilité, la facturation peut

s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » définie à l'article 4.5.1 ou de la feuille de soins sur support papier définie à l'article 4.5.2.

Les masseurs-kinésithérapeutes adhérant à la présente convention utilisent le service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale).

La facturation à l'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée GIE SESAM-Vitale.

4.4.2. L'utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS).

Le coût des cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre est pris en charge par les caisses, pour la durée de la présente convention. Il en va de même pour les cartes CPS remplaçant et pour les cartes dites « de personnel d'établissement » (CPE) attribuées aux masseurs-kinésithérapeutes salariés, dans la limite d'une CPS remplaçant ou une CPE par masseur-kinésithérapeute.

**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.

#### 4.4.4. Les règles de télétransmission de la facturation

##### a. L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

##### b. Equipement informatique du masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques et pièces justificatives.

##### c. Liberté de choix du réseau

Le masseur-kinésithérapeute a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

Le masseur-kinésithérapeute a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'ils sont conformes aux spécifications du système SESAM-Vitale, et compatibles avec la configuration de son équipement. Les parties signataires mettent en œuvre les

moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre des fournisseurs d'accès internet.
Il peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des flux de FSE.

Cet organisme tiers, dont le masseur-kinésithérapeute a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du masseur-kinésithérapeute avec lequel il conclut un contrat à cet effet.
Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le masseur-kinésithérapeute doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part régime obligatoire.

d. Respect des règles applicables aux informations électroniques

Le masseur-kinésithérapeute doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par le masseur-kinésithérapeute à des organismes complémentaires. Un éclatement de FSE vers des organismes d'assurance maladie complémentaire peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par le masseur-kinésithérapeute.

### 4.4.5. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

a. Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'applique à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes, et des organismes d'assurance maladie du territoire national selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

b. Délai de transmission des FSE

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés, que le paiement s'effectue en paiement direct ou en dispense d'avance des frais, également en cas de dysfonctionnement de son équipement.

c. Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais

La caisse d'assurance maladie obligatoire traite les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL positif). Si le délai de paiement excède sept jours ouvrés, une indemnité est versée au masseur-kinésithérapeute dans les conditions définies réglementairement.

d. Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

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.

e. Procédure en cas d'échec d'émission d'une FSE

En cas d'échec d'émission d'une FSE, le masseur-kinésithérapeute fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.
En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, le masseur-kinésithérapeute établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais à l'assuré, le masseur-kinésithérapeute signe le duplicata et le remet à l'assuré, ou l'adresse lui-même avec l'ordonnance du prescripteur à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

En cas de duplicata avec dispense d'avance des frais, le masseur-kinésithérapeute adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré, avec l'ordonnance du prescripteur, le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et, si possible, par l'assuré ; à défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le masseur-kinésithérapeute remplit une feuille de soins papier.

f. Tri et transmission des ordonnances papier

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à transmettre mensuellement au centre de paiement d'Assurance maladie du régime général, au point d'accueil relevant de la caisse la plus proche de son cabinet professionnel, les ordonnances papier afférentes aux assurés relevant du régime général, des sections locales mutualistes, de la caisse d'Assurance maladie des industries électrique et gazière (CAMIEG), du régime agricole (MSA) et de la sécurité sociale pour les indépendants (SSI).

Pour les ordonnances afférentes à des assurés relevant des autres régimes d'Assurance maladie obligatoire, le masseur-kinésithérapeute les adresse directement à la caisse d'affiliation des assurés.

Ces ordonnances papier accompagnées de leur bordereau récapitulatif de transmission doivent être classées en trois catégories matérialisées par des enveloppes distinctes regroupées dans une même enveloppe.

- Catégorie 1 : Régime 01, toutes les CPAM, la CAMIEG, et les sections locales mutualistes : tous les bordereaux récapitulatifs de transmission des FSE doivent figurer dans la même enveloppe (un bordereau par CPAM ou par section locale mutualiste), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau,
- Catégorie 2 : Régime 02, MSA, et GAMEX : tous les bordereaux récapitulatifs de transmission doivent figurer dans la même enveloppe (un bordereau par caisse), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau,
- Catégorie 3 : SSI (03 et suivants): tous les bordereaux récapitulatifs de transmission doivent figurer dans la même enveloppe en distinguant les assurés de chaque organisme conventionné, les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau.

A l'extérieur de chaque enveloppe, le masseur-kinésithérapeute inscrit ses éléments d'identification en y apposant son cachet.

### 4.5 Les autres procédures de facturation

#### 4.5.1. La feuille de soins SESAM « dégradé »

##### a. Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie, le masseur-kinésithérapeute réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

Les parties s'engagent à en limiter l'utilisation au profit de la seule transmission de FSE et à en suivre l'évolution du volume dans le cadre des commissions paritaires départementales.

##### b. Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, le masseur-kinésithérapeute réalise, parallèlement au flux, une feuille de soins papier.

Le masseur-kinésithérapeute adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier). Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 4.3 et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 4.9 de la convention nationale.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement au masseur-kinésithérapeute les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

##### c. Procédure exceptionnelle de transmission des pièces justificatives sous forme papier

En cas d'impossibilité de télétransmission de l'ordonnance via l'applicatif SCOR ou de non équipement du professionnel pour numériser et télétransmettre ses pièces justificatives accompagnant ses flux dégradés à sa caisse de rattachement, le masseur-kinésithérapeute peut exceptionnellement envoyer une fois par mois l'ensemble de ses pièces papier (bordereau récapitulatif, ordonnances, et formulaires Cerfa, selon les mêmes modalités que celles prévues à l'annexe 9 de la présente convention.

#### 4.5.2. La facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM « dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.

En cas de dispense d'avance des frais, le masseur-kinésithérapeute facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation.

En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement au masseur-kinésithérapeute les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

### 4.6. Dispositifs de suivi et d'assistance

#### 4.6.1. Le déploiement de la norme NOEMIE 580

Equipé d'un logiciel de facturation agréé « suivi des factures sur la base de la norme NOEMIE 580 », le masseur-kinésithérapeute bénéficie d'un retour d'information amélioré permettant :

- un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures
    - identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution)
    - information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture
    - motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication
        - de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire)
        - du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné),
        - de la nature de la prestation
        - du libellé de rejet
- un rapprochement facilité entre les factures et les virements bancaires, avec l'indication de la référence du virement bancaire et des factures concernées par ce dernier,
- les retours d'information sur les factures sont regroupés par date comptable et référence de virement, ce qui permet de lister simplement les factures correspondant à un virement donné,
- une meilleure lisibilité des mouvements financiers avec une distinction des types de retours :
    - liquidation de factures
    - régularisation de factures
    - paiements ponctuels ou forfaitaires
    - retenues ponctuelles après accord formel du masseur-kinésithérapeute

#### 4.6.2. La mise en place d'un centre de services inter-régimes (CESI)

L'assurance maladie obligatoire s'engage à mettre à disposition des masseurs-kinésithérapeutes, dans les années à venir, un point de contact unique, commun à l'ensemble des régimes obligatoires et dénommé CESI (centre de services inter régimes) pour les professionnels qui souhaitent bénéficier d'une assistance lorsqu'ils rencontrent une difficulté pour pratiquer le tiers-payant.
Il est constitué sous la forme d'un support multicanal dont l'usage est gratuit pour les praticiens.
Une équipe administrative dédiée répond à toutes les questions et à toutes les réclamations liées à la facturation en tiers-payant, quels que soient le régime d'affiliation du patient et sa caisse de rattachement.

### 4.7 Simplification des échanges entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie

#### 4.7.1 Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie s'engage à développer, dans le cadre du portail Espace pro, des canaux d'échanges sécurisés pour les informations à caractère confidentiel entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie. Dans ce cadre, les partenaires conventionnels conviennent que la dématérialisation de la demande d'accord préalable associée à l'ouverture d'un service en ligne constitue un projet prioritaire.

Le masseur-kinésithérapeute adhérant à la présente convention, qui souhaite bénéficier de ces modalités d'échange privilégié, communique ses coordonnées téléphoniques et électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'informations.

Les parties signataires s'engagent à ce que la mise à disposition de ces services soit à terme intégrée au logiciel qu'utilise le masseur-kinésithérapeute dans sa pratique quotidienne, afin d'éviter les double-saisies et permettre de disposer de données à jour nécessaires à l'alimentation du dossier de son patient. L'intégration dans les logiciels se fera en partenariat avec les éditeurs de logiciels de la profession.

De manière plus générale, les parties signataires veillent à la mise à disposition d'outils ayant une ergonomie adaptée et d'utilisation rapide, prenant en compte les contraintes de la pratique du masseur-kinésithérapeute.

Les téléservices sur Espace pro permettront aux masseurs-kinésithérapeutes qui le souhaitent :

- de connaître la situation administrative de son patient ;
- de réaliser une demande d'accord préalable dématérialisée, transmise sans délai aux services médicaux de l'assurance maladie.

#### 4.7.2 Un accompagnement des professionnels dans leur pratique

Chaque caisse dispose de délégués de l'assurance maladie (DAM) et de conseillers informatique service (CIS) chargés d'accompagner les professionnels en leur communiquant notamment des informations actualisées pour les aider dans l'exercice de leur pratique, leur informatisation, etc.

Au niveau des caisses, les conseillers informatiques services chargés d'accompagner les professionnels de santé dans leur informatisation et dans l'utilisation des différents services proposés par l'assurance maladie dans le cadre de la dématérialisation des échanges sont à la disposition des masseurs-kinésithérapeutes pour les aider au moment de la mise en place de l'informatisation du cabinet et ensuite pour leur apporter tous les conseils souhaités, notamment sur l'utilisation des outils de facturation et des téléservices. Ils apportent également une information privilégiée sur les nouveaux services en ligne proposés par l'assurance maladie.

#### 4.7.3 Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés

L'assurance maladie s'engage à mettre en œuvre une offre de service dédiée et personnalisée auprès des professionnels de santé pour faciliter les échanges avec l'assurance maladie dès le moment de l'installation. Elle met notamment en place une offre optimisée de la relation téléphonique, en proposant un numéro d'appel dédié aux professionnels.

### 4.8 Principe de télétransmission et dématérialisation des pièces justificatives – Dispositif SCOR

L'assurance maladie propose aux masseurs-kinésithérapeutes une dématérialisation des pièces justificatives liées à la facturation au moyen de la numérisation de ces pièces dans un premier temps. A terme, la prescription sera dématérialisée à la source. Les parties s'engagent à travailler dès à présent sur ce projet.

La profession s'engage à procéder à la numérisation de l'ordonnance et à sa transmission électronique dès lors que la facturation des soins est destinée à être électronique, sous réserve de disposer des éléments techniques permettant de réaliser ces opérations.

Elles conviennent, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, de remplacer l'envoi du duplicata de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, conformément aux modalités définies à l'annexe 9 de la convention nationale.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe 9 de la convention nationale permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'au duplicata ou à la copie de l'ordonnance papier.

En tout état de cause, les parties reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmissions alternatives et ponctuelles du duplicata de l'ordonnance sur support papier.

### 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.

### 4.9 Aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel

Afin d'accompagner les professionnels qui s'engagent dans des investissements permettant de moderniser et informatiser leur cabinet, l'assurance maladie s'engage à refondre les aides initialement versées (aide à la télétransmission, à la maintenance, aide SCOR) en instaurant une aide forfaitaire dénommée : « forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel» versée annuellement à la fin du premier semestre de l'année suivant l'année au titre de laquelle l'aide est versée, sous respect d'un certain nombre de critères vérifiés par l'assurance maladie au titre de l'année civile précédente (N-1)..

Ces critères sont les suivants :

- utiliser un logiciel métier compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée, ,
- être doté d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de

référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie ;
- utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées ;
- atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70%, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts ;
- Disposer d'une adresse de messagerie sécurisée de santé.

Dès lors que ces critères sont respectés, le masseur-kinésithérapeute bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle de 490 €.

Le masseur kinésithérapeute impliqué dans la prise en charge coordonnée des patients bénéficie d'une aide complémentaire de 100 € (soit un total de 590€/an) pour participation à une équipe de soins primaires ou maison de santé pluri-professionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé.

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…).

### 4.10 Cotation et hiérarchisation des actes

#### 4.10.1 Cotation et codage des actes

Les masseurs-kinésithérapeutes s'engagent à respecter les dispositions prévues à la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et à en utiliser les cotations.

Les syndicats signataires et les caisses s'engagent à faciliter la mise en œuvre du codage des actes pour ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes.

#### 4.10.2 Commission de hiérarchisation des actes de masso-kinésithérapie

Afin d'assurer une plus grande concertation entre partenaires en matière de cotation et de codage des actes, une commission de hiérarchisation des actes et des prestations de masso-kinésithérapie est créée en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

*a) Rôle de la commission*

Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des actes et prestations de masso-kinésithérapie pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte. Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts, des sociétés savantes ou des experts économistes.

En cas de divergence d'interprétation de la nomenclature, la CHAP peut être saisie, pour avis, conjointement par l'UNCAM et les syndicats signataires.

*b) Composition de la commission*

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs et de représentants de l'UNCAM. Un représentant de l'Etat assiste à ses travaux.

Sont membres avec voix délibérative :

Deux collèges comprenant autant de membres chacun :
- le collège professionnel, composé de deux représentants pour chaque syndicat représentatif des masseurs-kinésithérapeutes, avec, pour chacun d'entre eux, un titulaire et un suppléant ;
- le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres (titulaires et suppléants) que le collège professionnel ;
- un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Peuvent assister aux travaux avec voix consultative :
- un représentant de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et/ou de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DGOS)
- un représentant de la Haute Autorité de santé (HAS).

Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

*c) Indemnisation des membres de la commission*

Le président et les membres titulaires du collège professionnel de la commission, ou, en leur absence, les membres suppléants, perçoivent une indemnité pour perte de ressources dont le montant est établi selon les règles d'indemnisation définies par la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes pour la commission paritaire nationale.

Les frais de déplacement du président, des membres titulaires du collège professionnel de la commission (ou, en leur absence, des membres suppléants) et des personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission, sont pris en charge par la Cnam dans les conditions applicables aux agents de direction de la Cnam.

Des honoraires peuvent être versés aux personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission. Le montant de ces honoraires est fixé au cas par cas par le président, en fonction de l'importance des travaux demandés.

*d) Règlement intérieur*

La commission élabore et adopte un règlement intérieur, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et de vote.

### 4.11 Tarifs

Les tarifs d'honoraires et frais accessoires correspondant aux soins dispensés aux assurés et à leurs ayants droit sont mentionnés en annexe 1.

Le masseur-kinésithérapeute s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après : circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade, telles que soins donnés à heure fixe ou en dehors de l'horaire normal d'activité du masseur-kinésithérapeute, déplacement anormal imposé au masseur-kinésithérapeute à la suite du choix par le malade d'un masseur-kinésithérapeute éloigné de sa résidence, etc.

En cas de dépassement de tarifs, le masseur-kinésithérapeute fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique le montant perçu sur la feuille de soins, ainsi que le motif (DE).

Les parties signataires s'engagent à mettre en œuvre les moyens de contrôle nécessaires à l'application du tact et de la mesure dans la fixation du DE et du bon usage de celui-ci.

Le masseur-kinésithérapeute ne peut appliquer les dispositions de la convention concernant le DE aux patients bénéficiaires de l'ACS et de la CMUC.

### 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.

## TITRE V – DISPOSITIONS SOCIALES

Les parties à la convention conviennent que les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés selon les modalités prévues dans le présent titre. Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.

Cette participation est assise :

- d'une part, sur les revenus acquis au titre de l'activité libérale effectuée dans le cadre de la présente convention à l'exclusion des dépassements d'honoraires ;
- D'autre part, sur les revenus tirés d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des masseurs-kinésithérapeutes. La participation est conditionnée au respect des tarifs fixés par la convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les masseurs-kinésithérapeutes et ces structures.

La hauteur de la participation de l'assurance maladie est fixée de de telle manière que le reste à charge pour les masseurs-kinésithérapeutes soit de 0,1% de l'assiette de participation définie au présent article.

Les modalités de calcul de cette participation des caisses sont précisées à l'annexe 10 de la présente convention.

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, la participation des caisses au financement de la cotisation annuelle obligatoire prévue à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale et due par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés est fixée aux deux tiers du montant de ladite cotisation, tel que fixé par le décret n° 2008-1044 du 10 octobre 2008 publié au Journal officiel du 11 octobre 2008.

La participation des caisses à la cotisation d'ajustement prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale, et due par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, s'élève à 60 % du montant de ladite cotisation, tel que fixé par le décret susvisé.

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel.

Le montant annuel de la participation des caisses aux cotisations sociales des masseurs-kinésithérapeutes est réparti entre les régimes d'assurances maladie selon la part de chacun de ces régimes dans les dépenses d'assurance maladie obligatoire.

## TITRE VI - VIE CONVENTIONNELLE

### 6.1. Durée et résiliation de la convention

#### 6.1.1. Durée de la convention

Conformément à l'article L162-14-1 du code de la sécurité sociale, la présente convention est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation.

La convention est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires dans les conditions définies par le code de la sécurité sociale.

#### 6.1.2. Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée soit par une décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe des organisations syndicales représentatives signataires, dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs -kinésithérapeutes.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée à tous les signataires de la convention. L'UNCAM invite alors les organisations syndicales représentatives à engager de nouvelles négociations conventionnelles dans un délai de six mois.

### 6.2. Modalités de notification et d'adhésion des praticiens

#### 6.2.1. Notification

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé concernés sur son site internet, la présente convention, ses annexes et, le cas échéant, les avenants à la présente convention, dans un délai d'un mois suivant leur publication au Journal officiel de la République Française.

#### 6.2.2. Modalités d'adhésion

Les masseurs-kinésithérapeutes précédemment conventionnés à la date d'entrée en vigueur de la convention sont considérés tacitement comme y adhérant. Dans le cas où ils souhaiteraient être placés en dehors des présentes dispositions conventionnelles, ces praticiens devront adresser à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité un courrier recommandé l'en informant.

Les masseurs-kinésithérapeutes précédemment placés en dehors de la convention nationale, de même que les praticiens s'installant en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle qui souhaitent adhérer à la convention en font la demande par LRAR adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

Le masseur-kinésithérapeute qui souhaite ne plus être régi par les dispositions de la convention en informe la caisse primaire de son lieu d'installation par lettre recommandée avec avis de réception. Sa décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse.

### 6.3. Instances conventionnelles

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place pour en faciliter l'exercice :

- une commission paritaire nationale ;
- une commission paritaire dans chaque région ;
- une commission paritaire dans chaque département.

Dans chacun des départements de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de La Réunion et de Mayotte une commission paritaire territoriale (CPT) est mise en place. Elle assure les missions des dévolues aux CPD et CPR.

#### 6.3.1. La commission paritaire nationale (CPN)

*a) Composition*

La CPN est composée pour moitié :

- de représentants des organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention qui constituent la section professionnelle ;
- de représentants de l'UNCAM qui constituent la section sociale.

Chaque section désigne son président.

<u>Section professionnelle</u>

La section professionnelle est composée de 6 représentants des organisations syndicales représentatives de masseurs-kinésithérapeutes libéraux signataires de la convention.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives de masseurs-kinésithérapeutes signataires de la présente convention.

En l'absence d'accord, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales de Professionnels de Santé mentionnées aux articles L 4031-1 à L 4031-7 du code de la santé publique et chaque organisation syndicale représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

Les représentants des syndicats représentatifs signataires sont désignés parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention. Seuls les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger dans cette instance.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Section sociale

La section sociale comprend 6 sièges répartis comme suit :
– 5 représentants pour le régime général : 3 administratifs, 1 conseiller, 1 praticien-conseil ;
– 1 représentant pour le régime agricole ;

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

*b) Missions*

La CPN a un rôle d'orientation et de coordination ; elle décide des actions à mener afin de garantir la réussite de la politique conventionnelle et assure le suivi régulier des différents aspects de la vie conventionnelle.

Ses travaux portent sur l'ensemble du champ conventionnel, et en particulier sur :

- le suivi de l'évolution des dépenses de masso-kinésithérapie ; elle étudie toutes les statistiques pertinentes concernant les soins ambulatoires et hospitaliers dont l'UNCAM dispose ;
- le suivi des engagements de maîtrise médicalisée ;
- l'élaboration et le suivi d'outils de régulation nationaux, ainsi que, le cas échéant, la définition des modalités de leur mise en œuvre au niveau régional ;
- la proposition d'actions permettant de préciser les conditions de prise en charge des soins et/ou de renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de prise en charge des actes, ainsi que les modalités de paiement et de remboursement de ces actes ;
- la préparation des avenants et annexes à la convention ;
- la mise en œuvre de mesures facilitant l'exercice de la profession au quotidien ;
- Enfin, la CPN :
    - étudie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires, d'une commission paritaire régionale ou départementale, tout problème d'ordre général soulevé par les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses ; la CPN propose alors une solution pour régler ces difficultés ;
    - rend un avis sur des affaires locales lorsque la présente convention le prévoit et élabore ainsi une doctrine de référence pour les relations entre les partenaires conventionnels régionaux et départementaux ;
    - prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances paritaires.
    - met en œuvre les simplifications administratives visant à aider le masseur-kinésithérapeute dans son travail au quotidien en décidant des actions à mener afin d'en assurer la réussite ;
    - examine et émet un avis sur tous les projets de modification des documents servant de base aux échanges entre l'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes (formulaires, etc.) ;
    - analyse tout dysfonctionnement du système SESAM-Vitale et examine les réponses appropriées dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité et l'adaptabilité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques ;
    - formule des observations sur le cahier des charges SESAM-Vitale et des propositions tendant à l'amélioration du système ; est consultée chaque année sur la version du cahier des charges SESAM-Vitale retenue dans les indicateurs du forfait d'aide à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu à l'article 4.9 ;

- suit les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;
- suit les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes adhérant à la présente convention ;
- suit la mise en place des procédures techniques et informatiques listées dans l'ACIP ;
- Contribue à l'information des masseurs-kinésithérapeutes relative à l'application de la convention et toutes nouvelles dispositions qui la modifient

6.3.2. La commission paritaire régionale (CPR)

Elle se réunit en tant que de besoin et au minimum une fois par an.

*a) Composition*

La CPR est composée pour moitié :
- de représentants des organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle ;
- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle est composée de 6 représentants des organisations syndicales représentatives de masseurs-kinésithérapeutes libéraux signataires de la convention.

Les représentants régionaux des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes signataires sont désignés parmi leurs adhérents libéraux conventionnés et exerçant à titre principal dans la région.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives de masseurs-kinésithérapeutes signataires de la présente convention.

En l'absence d'accord, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats régionaux aux élections aux Unions Régionales de Professionnels de Santé mentionnées aux articles L 4031-1 à L 4031-7 du code de la santé publique et chaque organisation syndicale représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Section sociale

La section sociale comprend 6 sièges répartis comme suit :
– 5 représentants pour le régime général : 3 administratifs, 1 conseiller, 1 praticien-conseil ;
– 1 représentant pour le régime agricole ;

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

*b) Missions*

La CPR a pour mission de suivre les résultats de la politique conventionnelle de rééquilibrage de la démographie des masseurs-kinésithérapeutes en :

- suivant l'évolution de la démographie des masseurs-kinésithérapeutes sur le territoire régional ;

- rendant un avis sur les projets de contrats types conclues par l'ARS ;

- développant une offre de service et d'accompagnement pour orienter les masseurs-kinésithérapeutes dans les zones déficitaires en offre de soins kinésithérapiques.

La CPR suit également l'évolution des dépenses régionales en rapport avec les soins de masso-kinésithérapie. Ses analyses portent en particulier sur la problématique de l'optimisation des placements, après intervention, en soins de suite et de réadaptation et en centres de rééducation fonctionnelle.

La CPR transmettra à la CPN tous travaux et toute initiative régionale dont elle aurait eu à connaître concernant la profession des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, notamment en matière de maîtrise médicalisée ou d'optimisation des placements, après intervention, en soins de suite et de réadaptation et en centres de rééducation fonctionnelle.

La CPR adresse à la CPN, au cours du dernier trimestre de chaque année, un rapport sur ses activités de l'année en cours ; elle informe régulièrement l'instance nationale de ses travaux.

6.3.3. La commission paritaire départementale (CPD)

*a) Composition*

La CPD est composée pour moitié :
- de représentants des organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle ;
- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale.

Chaque section désigne son président.

<u>Section professionnelle</u>

La section professionnelle est composée de 6 représentants des organisations syndicales représentatives de masseurs-kinésithérapeutes libéraux signataires de la convention.

Les représentants départementaux des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes signataires sont désignés parmi leurs adhérents libéraux conventionnés et exerçant à titre principal dans le département du ressort de la CPD.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives de masseurs-kinésithérapeutes signataires de la présente convention.

En l'absence d'accord, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats départementaux aux élections aux Unions Régionales de Professionnels de Santé mentionnées aux articles L 4031-1 à L 4031-7 du code de la santé publique.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Section sociale

La section sociale comprend 6 sièges répartis comme suit :
– 5 représentants pour le régime général : 3 administratifs, 1 conseiller, 1 praticien-conseil ;
– 1 représentant pour le régime agricole ;

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

*b) Missions*

La CPD a pour rôle de faciliter l'application de la convention par une concertation permanente au plan local entre les caisses et les représentants des masseurs-kinésithérapeutes.

Concernant la maîtrise médicalisée des dépenses, la CPD assure au moins deux fois par an le suivi de l'évolution des dépenses de masso-kinésithérapie ; elle met en place notamment :

- des actions d'information auprès des assurés ou des professionnels ;
- des actions de sensibilisation ponctuelles auprès des masseurs-kinésithérapeutes ne respectant pas leurs engagements conventionnels, notamment en matière de nomenclature.

La CPD transmettra à la CPN tous travaux et toute initiative locale dont elle aurait eu à connaître concernant la profession des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, notamment en matière de maîtrise médicalisée ou d'optimisation des placements, après intervention, en soins de suite et de réadaptation et en centres de rééducation fonctionnelle.

La CPD a également pour missions, notamment :

- d'analyser les dépenses d'assurance maladie relatives aux soins dispensés par les masseurs-kinésithérapeutes présentées par les caisses ;
- de suivre l'application de la dispense d'avance des frais dans le département de suivre la mise en œuvre de l'application des recommandations de la HAS ;
- d'organiser des actions pédagogiques d'information et de promotion sur le dispositif de télétransmission en tenant compte des spécificités de l'exercice individuel des masseurs-kinésithérapeutes ;
- de veiller au respect de la présente convention par les parties.

La CPD étudie toutes les statistiques pertinentes concernant les soins ambulatoires et hospitaliers dont l'assurance maladie dispose. Elle peut, par ailleurs, entamer tous travaux sur ces thèmes de nature économique, médicale ou sociale et diligenter des enquêtes.

L'assurance maladie s'engage à communiquer chaque année à la CPD les thèmes de contrôle prévus par l'échelon local du service du contrôle médical, avant mise en œuvre.

La CPD rend un avis sur les situations individuelles de non-respect des règles conventionnelles constatées par les caisses, conformément à la procédure décrite au point 6.4.1 du présent texte.

La CPD adresse à la CPN, au cours du dernier trimestre de chaque année, un rapport sur ses activités de l'année en cours ; elle informe régulièrement l'instance nationale de ses travaux.

La CPD est saisie pour avis :

- des demandes de conventionnement dans les zones non prioritaires en application des articles 1.2.1 et 1.2.2 de la présente convention.

- des contestations des ruptures des options conventionnelles selon la procédure prévue à l'article 1.3.4.2 de la présente convention.

6.3.4. Evaluation et suivi de la profession de masseur-kinésithérapeute par un observatoire conventionnel

*a) Missions de l'observatoire*

L'observatoire est un outil conventionnel de suivi et d'analyse de l'évolution des dépenses, au regard, notamment, des engagements pris dans le cadre de la convention nationale.

Il a pour missions le suivi et l'évaluation des mesures conventionnelles, de nomenclature et réglementaires susceptibles d'avoir un impact sur les pratiques des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, dans leurs aspects médico-économiques, juridiques ou financiers.

Il sera notamment amené à travailler sur :

- la portée du dispositif conventionnel de régulation démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ;
- l'efficience de l'ensemble du dispositif de l'accord préalable médicalisé tel qu'il ressort de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et est inscrit au chapitre V du titre XIV de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) au regard de la pratique libérale et de la prise en charge des assurés sociaux ;
- l'impact des mesures de nomenclature sur les pratiques de rééducation entrant dans ce cadre, abordant pour chaque situation de rééducation notamment l'évolution du nombre moyen d'actes par série et les disparités régionales ou locales ;
- l'utilisation par les masseurs-kinésithérapeutes du bilan diagnostique kinésithérapique ;
- l'évolution des dépenses de soins pratiqués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ;
- un suivi de l'expérimentation des programmes de retour à domicile.

Les études médico-économiques nécessaires pour l'ensemble de ces travaux seront menées en fonction des données disponibles et des possibilités offertes par les systèmes d'information.

Dans le cadre des travaux menés par l'observatoire sur le suivi de l'application des référentiels visés à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, celui-ci pourra être amené à formuler des propositions de réexamen de ces référentiels, notamment si les résultats des études réalisées font apparaître que la part des patients traités pour lesquels un accord aura été donné dépasse 5 %.

*b) Composition de l'observatoire*

L'observatoire est une instance nationale, émanation de la CPN.

Il est composé pour moitié de représentants de l'UNCAM et de représentants des organisations syndicales représentatives signataires.

Chaque organisation syndicale signataire désigne deux représentants pour siéger à l'observatoire.

Un nombre identique de suppléants est désigné selon la même répartition que les membres titulaires.

La présidence de l'observatoire est tenue pour un an, à tour de rôle, par un représentant des syndicats signataires de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et par un représentant de l'UNCAM.

La vice-présidence est assurée par un représentant de l'autre section.

Membres consultatifs, uniquement dans le cadre des travaux portant sur le dispositif de régulation démographique :

- un représentant du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
- un représentant du ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale.

*c) Fonctionnement de l'observatoire*

Le programme de travail de l'observatoire est défini par la CPN des masseurs-kinésithérapeutes.

L'observatoire se réunit en tant que de besoin et au moins une fois par an.

Il peut entendre des experts désignés par le président ou le vice-président.

Les représentants des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes, membres de l'observatoire, ont droit à une indemnité forfaitaire, dans les conditions prévues par la convention nationale pour les représentants siégeant à la CPN.

Le secrétariat de l'observatoire est assuré par l'UNCAM, qui a la responsabilité de son fonctionnement administratif.

### 6.3.5. Dispositions communes aux instances

Les instances conventionnelles sont mises en place dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de la convention.

Pour ce qui concerne les CPD et CPR, lorsque la commission n'est pas constituée dans le délai de trois mois du fait d'un désaccord entre les syndicats sur leur représentation respective, la section professionnelle de la CPN dispose d'un délai d'un mois pour proposer une composition.

Si aucune proposition n'est faite dans ce délai, ou si les représentants au niveau local ne l'acceptent pas, la section sociale se substitue de plein droit dans les attributions de la commission le temps que celle-ci se mette en place.

Pour les instances locales (CPR et CPD), à la demande conjointe des représentants de la section professionnelle concernée, le nombre de membres siégeant dans cette section peut être réduit jusqu'à deux.

Dans cette situation, les voix de chaque syndicat doivent être reportées sur les membres présents afin de conserver la parité des voix entre les deux sections.

Chaque instance adopte un règlement intérieur, reprenant *a minima* le règlement type en annexe 11, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et les procédures de vote. Dans le cas où un règlement intérieur ne serait pas adopté par la commission, le règlement type annexé à la convention s'appliquera en l'état.

Chaque instance peut définir dans son règlement intérieur les modalités pratiques de tenue des commissions dématérialisées, dans la limite des conditions fixées par le règlement intérieur type reproduit à l'annexe 11 : en définissant des délais de réponse pour chacun des interlocuteurs ; un espace de discussion commun et sécurisé, etc. Les présidents de chacune des sections assurent, par alternance annuelle (année civile), la présidence et la vice-présidence de l'instance.

Les sections professionnelle et sociale s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement des commissions.

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, le DCGDR pour la CPR et la caisse locale d'assurance maladie pour la CPD. Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance et rédige chaque année un bilan d'activité.

Les membres de l'instance sont soumis au secret des délibérations.

Chaque instance met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaires.

Chaque instance, ainsi que chacune de ses sections, fait appel aux conseillers techniques dont elles jugent la présence nécessaire. Le nombre de conseillers est limité à un par syndicat.

Chaque instance, ainsi que chacune de ses sections, fait appel aux experts dont elle juge la présence nécessaire. Les experts n'interviennent que sur le point inscrit à l'ordre du jour pour lequel leur compétence est requise.

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation égale à 70 AMK par réunion et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues par le règlement intérieur de l'instance à laquelle ils appartiennent. Les mêmes dispositions s'appliquent aux masseurs-kinésithérapeutes qui participent aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles, ainsi qu'à la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations. Les masseurs-kinésithérapeutes perçoivent également l'indemnité de vacation en cas de réunion « dématérialisée ».

### 6.4. Procédures conventionnelles

#### 6.4.1. Non-respect des dispositions de la présente convention

Les parties signataires sont convenues de définir dans le présent paragraphe les situations pour lesquelles un professionnel qui, dans son exercice, ne respecte pas ses engagements conventionnels, est susceptible de faire l'objet d'un examen de sa situation par les instances paritaires et d'une éventuelle sanction.

Les partenaires conventionnels souhaitent néanmoins que les caisses, les CPD et les professionnels favorisent autant que possible le dialogue et la concertation avant d'entamer une procédure. Ils rappellent que les sanctions conventionnelles visent avant tout à atteindre un changement durable de comportement qui ne serait pas conforme à la convention.

*a) Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse*

En cas de constatation, par une caisse, du non-respect des dispositions de la présente convention par un masseur-kinésithérapeute libéral, notamment sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- la non utilisation ou la mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents ou de la procédure auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- la non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de l'article 4.2.4 de la présente convention ;
- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162.1.7 du code de la sécurité sociale (NGAP) ;
- le non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'Assurance maladie, prévue par l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations ;
- le non-respect des conditions d'exercice spécifique ayant permis le conventionnement à titre dérogatoire en zone non prioritaire ;
- 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 ;

La procédure décrite au *b* peut être mise en œuvre.

*b) Procédure*

**1.** La CPAM qui constate le non-respect par un masseur-kinésithérapeute des dispositions de la présente convention lui adresse un avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception. L'avertissement doit comporter l'ensemble des faits qui sont reprochés au professionnel.

Le masseur-kinésithérapeute dispose d'un délai d'un mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique. Dans le cas du non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, le masseur-kinésithérapeute dispose d'un délai de trois mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique :

- Si, à l'issue de ce délai, le masseur-kinésithérapeute n'a pas modifié la pratique reprochée, la CPAM, pour le compte de l'ensemble des caisses, communique le relevé des constatations au masseur-kinésithérapeute concerné par lettre recommandée avec avis de réception, avec copie aux membres titulaires des deux sections de la CPD.

- La CPAM procédera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si dans un délai d'un an suivant le courrier d'avertissement non suivi de sanction, le masseur-kinésithérapeute a renouvelé les mêmes faits reprochés.

**2.** Le masseur-kinésithérapeute dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles et/ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. Le masseur-kinésithérapeute peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

La CPD, pour donner son avis, peut inviter le praticien à lui faire connaître ses observations écrites ou demander à l'entendre dans un délai qu'elle lui fixe. Dans le même temps, le masseur-kinésithérapeute peut être entendu à sa demande par la CPD, il peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

L'avis de la CPD est rendu dans les soixante jours à compter de sa saisine. A l'issue de ce délai, l'avis est réputé rendu.

A l'issue de ce délai, les caisses décident de l'éventuelle sanction.

Le directeur de la CPAM, pour le compte des autres régimes, notifie au professionnel la mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception. La caisse communique également la décision aux membres de la CPD en lui envoyant la copie de la lettre adressée au professionnel.

Cette notification précise la date d'effet de la décision et les voies de recours ; cette décision doit être motivée.

Lorsque le directeur de la CPAM prend à l'encontre d'un professionnel une mesure :
- de suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations sociales supérieure ou égale à six mois ;
- ou de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel supérieure ou égale à trois mois, et que cette mesure est supérieure à celle proposée par la CPD dans son avis, il en informe par courrier le secrétariat de la CPN qui inscrit ce point à l'ordre du jour de la réunion suivante. La CPN rend un avis simple dans un délai d'un mois suivant cette saisine.

*c) Sanctions encourues*

Lorsqu'un masseur-kinésithérapeute ne respecte pas les dispositions de la présente convention, il peut, après mise en œuvre de la procédure prévue au b ci-dessus, encourir une ou plusieurs des mesures suivantes :

- interdiction temporaire ou définitive de pratiquer le DE ;

- suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations sociales du professionnel. Cette suspension est de un, trois, six, neuf ou douze mois ;

- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire (une semaine, un, trois, six, neuf ou douze mois) ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), selon l'importance des griefs. La mise hors champ de la convention de trois mois ou plus entraîne la suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

  En cas de sursis, la sanction de mise hors convention peut être rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre du masseur-kinésithérapeute par la CPD.

  Elle peut, dans ce cadre et le cas échéant, se cumuler, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

  Un sursis n'est applicable qu'en cas de sanction de mise hors convention

- dans le cas du non-respect des conditions d'exercice spécifiques ayant permis le conventionnement à titre dérogatoire en zone non prioritaire, suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel dans cette zone ;

- suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation fixée par l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, conformément au dernier alinéa du a/ de l'article 6.4.1 de la convention nationale. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, ait déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois de suspension de la participation de l'Assurance maladie aux avantages sociaux.

Lorsqu'un masseur-kinésithérapeute est sanctionné par une mesure de mise hors convention, il ne peut se faire remplacer pendant toute la durée de la sanction. Il ne peut pas non plus exercer en tant que remplaçant d'un masseur-kinésithérapeute exerçant à titre libéral et régi par la présente convention.

#### 6.4.2. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire

Lorsque les chambres disciplinaires de première instance ou nationale d'appel des conseils régionaux de l'ordre et du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou une autre juridiction ont prononcé, à l'égard d'un masseur-kinésithérapeute, une sanction devenue définitive :

- d'interdiction temporaire ou définitive de donner des soins ;
- d'interdiction temporaire ou définitive d'exercer ;

le professionnel se trouve placé de fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire, et pour la même durée.

Lorsqu'une juridiction a prononcé à l'égard d'un masseur-kinésithérapeute une peine effective d'emprisonnement, le professionnel se trouve placé de fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction judiciaire et pour la même durée.

Le directeur de la CPAM informe le professionnel de sa situation par rapport à la convention. Une copie de cette lettre est adressée aux membres de la CPD.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent, en outre, une infraction au regard des règles et/ou des pratiques conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du professionnel concerné l'une des mesures prévues au *c* du point 6.4.1, en application de la procédure décrite au *b* du même article.

6.4.4. Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur du présent texte

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'entrée en vigueur du présent texte sont examinées au regard des dispositions dudit texte.

Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur du présent texte s'appliquent jusqu'à leur terme.

## Annexe 1 : Tarifs des honoraires et frais accessoires

| Tarifs | Départements métropolitains | Départements d'outre-mer (dont Mayotte) |
|---|---|---|
| **AMK** | 2,21 € | 2,43 € |
| **AMC** | 2,21 € | 2,43 € |
| **AMS** | 2,21 € | 2,43 € |
| **Télésoin (TMK)** | 2,15 € | 2,36 € |
| **Acte de téléexpertise (RQD)*** | 10,00 € | 11,00 € |
| **Indemnité forfaitaire de déplacement IFD** | 2,50 € | 2,50 € |
| **Indemnité forfaitaire de déplacement orthopédique et rhumatologique IFO **** L'indemnité forfaitaire de déplacement IFO s'applique uniquement à un acte de l'article 1 du titre XIV de la NGAP : rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres. | 4,00 € | 4,00 € |
| **Indemnité forfaitaire de déplacement rhumatismale IFR **** L'indemnité forfaitaire de déplacement IFR s'applique uniquement aux actes de l'article 2 du titre XIV de la NGAP : rééducations des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires. | 4,00 € | 4,00 € |
| **Indemnité forfaitaire de déplacement neurologique IFN**** L'indemnité forfaitaire de déplacement IFN s'applique uniquement aux actes de l'article 4 du titre XIV de la NGAP : rééducations des conséquences d'affections neurologiques et musculaires. | 4,00 € | 4,00 € |
| **Indemnité forfaitaire de déplacement pneumologique IFP **** L'indemnité forfaitaire de déplacement IFP s'applique uniquement à un 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). L'indemnité forfaitaire de déplacement IFP est applicable aux actes de rééducation de la mucoviscidose. | 4,00 € | 4,00 € |
| **Indemnité forfaitaire de déplacement de sortie d'hospitalisation IFS **** L'indemnité forfaitaire de déplacement IFS s'applique aux actes liés à la prise en charge des patients après une intervention | 4,00 € | 4,00 € |

| | | |
|---|---|---|
| orthopédique ou traumatologique, pendant une période allant de la date de sortie d'hospitalisation au 35e jour après cette date. Cette limitation temporelle ne s'applique pas aux déplacements liés aux actes réalisés dans le cadre des programmes d'accompagnement du retour à domicile mis en œuvre par les régimes d'assurance maladie | | |
| **Indemnité forfaitaire autonomie de la personne âgée*** L'indemnité forfaitaire autonomie de la personne âgée s'applique aux actes de déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée de l'article 9 du chapitre 2 du titre XIV de la NGAP. | 4,00 € | 4,00 € |
| **Majoration de nuit** | 9,15 € | 9,15 € |
| **Majoration de dimanche**<br>**La majoration du dimanche s'applique à compter du samedi 12h pour les appels d'urgence.** | 7,62 € | 7,62 € |
| **Indemnité kilométrique IK :**<br>**- plaine**<br>**- montagne**<br>**- à pied ou à ski** | <br>0,38 €<br>0,61 €<br>3,35 € | <br>0,43 €<br>0,66 €<br>3,35 € |
| **Forfait AVC** | 100 € | 100 € |
| **Forfait accompagnement du retour à domicile post chirurgie orthopédique dans le cadre des programmes mis en œuvre par les régimes d'assurance maladie** | 20 € | 20 € |

Les indemnités forfaitaires de déplacement IFO, IFR, IFN, IFP, IFS et l'indemnité forfaitaire autonomie de la personne âgée ne sont pas cumulables entre elles, ni avec l'IFD.

** La mise en œuvre de ces mesures est conditionnée par 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.*

*** **A compter du 1 er juillet 2025** et 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 modifications sont les suivantes* :

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)** |
|---|---|---|
| **Indemnité forfaitaire de déplacement spécifique IFS**<br>L'indemnité forfaitaire de déplacement spécifique s'applique uniquement :<br>- à l'acte suivant de l'article 1er du chapitre II du titre | 4,00 € | 4,00 € |

| | | |
|---|---|---|
| XIV de la NGAP : rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres ;<br>- aux actes de l'article 2 du titre XIV de la NGAP : rééducations des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires ;<br>- aux actes de l'article 4 du titre XIV de la NGAP : rééducations des conséquences d'affections neurologiques et musculaires ;<br>- 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) ;<br>- 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 âgée ;<br>- aux actes de rééducation de la mucoviscidose. | | |

## Annexe 2 : Calendrier de modification des cotations des actes revalorisés

Sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

| Titre XIV de la NGAP Chapitre 1 Section 2 | LIBELLE | cotation à partir du 1er juillet 2018 |
|---|---|---|
| Bilan-diagnostique kinésithérapique (BDK) | Bilan-diagnostique kinésithérapique pour traitement de rééducation et réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II et III | AMS, AMK ou AMC 10,7 |
| | Bilan-diagnostique kinésithérapique pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires. | AMK ou AMC 10,8 |

| ARTICLE du Titre XIV de la NGAP | LIBELLE | cotation à partir du 1er juillet 2019 | cotation à partir du 1er juillet 2021 |
|---|---|---|---|
| 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 7,6 ou AMC 7,6 | AMK 8 ou AMC 8 |
| Article 3 - Rééducation de la paroi abdominale | Rééducation abdominale du post-partum | AMK 7,6 ou AMC 7,6 | AMK 8 ou AMC 8 |
| | Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire | AMK 7,6 ou AMC 7,6 | AMK 8 ou AMC 8 |
| Article 6 - Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques: | Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre | AMK 7,6 ou AMC 7,6 | AMK 8 ou AMC 8 |
| | Rééducation des troubles de la déglutition isolés | AMK 7,6 ou AMC 7,6 | AMK 8 ou AMC 8 |
| | Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale | AMK 7,6 ou AMC 7,6 | AMK 8 ou AMC 8 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Article 7 - Rééducation des conséquences des affections vasculaires | Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques) | AMK 7,6 ou AMC 7,6 | AMK 8 ou AMC 8 |
| | Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques | AMK 7,6 ou AMC 7,6 | AMK 8 ou AMC 8 |
| | Rééducation pour lymphœdèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphœdèmes congénitaux) par drainage manuel pour un membre ou pour le cou et la face | AMK 7,6 ou AMC 7,6 | AMK 8 ou AMC 8 |
| Article 10 - Rééducation des patients atteints de brûlures | Rééducation d'un patient atteint de brûlures localisées à un membre ou à un segment de membre | AMK 7,6 ou AMC 7,6 | AMK 8 ou AMC 8 |
| 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 8,3 ou AMC 8,3 | AMK 8,5 ou AMC 8,5 |
| | 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 8,3 ou AMC 8,3 | AMK 8,5 ou AMC 8,5 |
| 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). | AMK 8,3 ou AMC 8,3 | AMK 8,5 ou AMC 8,5 |
| | Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) | AMK 8,3 ou AMC 8,3 | AMK 8,5 ou AMC 8,5 |
| | Rééducation respiratoire pré-opératoire ou post-opératoire | AMK 8,3 ou AMC 8,3 | AMK 8,5 ou AMC 8,5 |
| Article 8 - Rééducation des conséquences des affections périnéosphinctériennes | Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback | AMK 8,3 ou AMC 8,3 | AMK 8,5 ou AMC 8,5 |
| Article 9 - Rééducation de la déambulation du sujet âgé : | 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 8,3 ou AMC 8,3 | AMK 8,5 ou AMC 8,5 |
| Section 1. - ACTES ISOLÉS | Bilan ostéoarticulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non | AMK 8,3 ou AMC 8,3 | AMK 8,5 ou AMC 8,5 |

## Annexe 3 : Méthodologie de classification des zones relatives aux masseurs-kinésithérapeutes 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 : http://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 Equivalent Temps Plein

Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en Equivalent 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 9ème 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 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).

## Annexe 4 : CONTRAT TYPE D'EXERCICE TEMPORAIRE DANS LES ZONES NON PRIORITAIRES CARACTERISEES PAR UNE FORTE ACTIVITE SAISONNIERE

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

- Vu l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes et reconduite le 10 mai 2017 ;

- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes ;

- Vu l'article 1.2.4 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes définissant les conditions de l'expérimentation du contrat d'exercice temporaire dans les zones « non prioritaires » caractérisées par une forte activité saisonnière.

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie de :

Département : [Pyrénées Orientales /Var/Savoie/Haute-Savoie]

Adresse :

Représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le masseur-kinésithérapeute :

Nom, Prénom

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'exercice temporaire dans les zones non prioritaires caractérisées par une forte activité saisonnière (CET).

### Article 1. Champ du contrat d'exercice temporaire

#### Article 1.1. Objet du contrat d'exercice temporaire

Ce contrat a pour objet de permettre à un masseur-kinésithérapeute, n'exerçant pas dans une zone à forte activité saisonnière, d'exercer une activité temporaire dans une « zone non prioritaire » du département [Pyrénées Orientales/Var/Savoie/Haute-Savoie] à forte activité saisonnière, pendant la période d'afflux de population, afin de répondre à l'augmentation de la demande de soins.

**Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'exercice temporaire**

Le présent contrat est proposé au masseur-kinésithérapeute ne se trouvant pas sous le coup d'une sanction de déconventionnement ou de suspension du conventionnement. Afin de garantir la permanence des soins, sa zone d'origine ne doit pas être une zone « sous-dotée » ou une zone « très sous-dotée ».

Le masseur-kinésithérapeute, pour être éligible au contrat, doit :
- avoir conclu un contrat d'assistant libéral à durée déterminée avec un autre masseur-kinésithérapeute conventionné dans [la « zone non prioritaire » à forte activité saisonnière objet du contrat];
- avoir adressé son contrat au conseil départemental de l'ordre de la [la « zone non prioritaire » à forte activité saisonnière objet du contrat] ;

La possibilité de conclure un tel contrat est ouverte également aux masseurs-kinésithérapeutes qui ne disposent pas d'un lieu habituel d'exercice.

**Article 1.3. Durée du contrat d'exercice temporaire**

Le présent contrat est conclu, conformément à l'article 1.2.4 de la convention nationale pour la période courant du JJ MM AAAA au JJ MM AAAA, sans possibilité de renouvellement.

**Article 1.4. Zone du contrat d'exercice temporaire**

Le présent contrat est conclu, conformément à l'article 1.2.4 de la convention nationale pour permettre au masseur-kinésithérapeute signataire d'exercer dans la zone suivante [Zone non prioritaire à forte activité saisonnière objet du contrat].

**Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'exercice temporaire**

**Article 2.1. Engagements de l'assurance maladie**

La CPAM du [Var/Savoie/Pyrénées Orientales/Haute-Savoie] s'engage à délivrer au masseur-kinésithérapeute signataire un numéro de facturation temporaire permettant au professionnel de facturer les actes qu'il réalise dans la zone et pendant la période définie aux articles 1.3 et 1.4 du présent contrat.

**Article 2.2. Engagements du masseur-kinésithérapeute**

Le masseur-kinésithérapeute s'engage, pendant toute la période définie à l'article 1.3 du présent contrat, à facturer les actes réalisés dans la « zone non prioritaire » à forte activité saisonnière définie à l'article 1.4 du présent contrat, uniquement avec le numéro délivré par la caisse primaire d'assurance maladie dans le cadre de ce contrat.

Si le masseur-kinésithérapeute facture des actes au moyen du numéro de facturation délivré par la CPAM dans le cadre du CET en dehors de la période ou de la zone précisée dans le contrat, la CPAM récupère les sommes indûment perçues par le masseur-kinésithérapeute.

Le masseur-kinésithérapeute s'engage dans l'exercice de ce contrat à respecter les règles déontologiques notamment celles de la continuité des soins, de l'interdiction d'exercer la profession comme un commerce et de l'interdiction de mettre en gérance son cabinet (fixées respectivement aux articles R. 4321-92, R. 4321-67 et R. 4321-132 du code de la santé publique).

**Article 3. Résiliation du contrat d'exercice temporaire**

Le CET prend fin, de droit à la fin de la période saisonnière définie par l'article 1.3 du présent contrat.

**Article 3.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du masseur-kinésithérapeute**

Le masseur-kinésithérapeute peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie signataire du présent contrat, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie signataire procède au retrait du numéro de facturation temporaire du masseur-kinésithérapeute.

**Article 3.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

Dans le cas où le masseur-kinésithérapeute ne respecte pas ses engagements contractuels, la caisse signataire l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le masseur-kinésithérapeute dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse, dans les conditions définies par l'article 1.2.4 de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au masseur-kinésithérapeute la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le masseur-kinésithérapeute

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

**Annexe 5 : CONTRAT NATIONAL TYPE D'AIDE A LA CREATION DE CABINET DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES DANS LES ZONES « TRES SOUS DOTEES »**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

- Vu l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes et reconduite le 10 mai 2017 ;

- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant 7à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes ;

- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional d'aide à la création de cabinet des masseurs-kinésithérapeutes en zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 1.3.1 et à l'Annexe 5 de la convention nationale modifiée par l'avenant 7 approuvé par arrêté du JJ MM AAAA.

- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique

- Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le masseur-kinésithérapeute :

Nom, Prénom

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide à la création de cabinet des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins de kinésithérapie.

**Article 1. Champ du contrat d'aide à la création de cabinet**

**Article 1.1. Objet du contrat d'aide à la création de cabinet**

Ce contrat vise à favoriser la création et la reprise de cabinet de masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés *dans les zones « très sous dotées »*, par le versement d'une aide financière permettant de gérer l'investissement lié à la création d'un cabinet de kinésithérapie.

**Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à la création de cabinet**

Le présent contrat est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés qui créent ou reprennent un cabinet dans une zone très sous dotée prévue 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 définie comme étant « très sous dotées ».

Le masseur-kinésithérapeute ayant exercé auparavant dans le cadre d'un contrat d'aide à l'installation (CAIMK) ou d'aide au maintien (CAMMK), peut adhérer à ce contrat dès lors qu'il crée un cabinet libéral de kinésithérapie.

Si le masseur-kinésithérapeute a adhéré au contrat d'aide à l'installation (CAIMK) et bénéficié des aides forfaitaires, les sommes correspondantes seront déduites du montant de l'aide versée au titre du contrat d'aide à la création de cabinet.

Le masseur-kinésithérapeute qui crée ou reprend un cabinet dans une zone très sous dotée, dans l'année précédant la demande d'adhésion au contrat, peut adhérer à cette option conventionnelle.

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.

Si plusieurs masseurs-kinésithérapeutes créent une activité de groupe, dans l'année précédant la demande d'adhésion au présent contrat, le CACCMK peut être conclu par chacun d'entre eux. Dans ce cas, les obligations du contrat demeurent individuelles et le non-respect de celles-ci par l'un des

membres du groupe n'affectent pas ses autres membres. Les aides sont elles aussi versées à titre individuel.

Ces bénéficiaires peuvent exercer dans le cadre suivant :

- l'exercice individuel d'un masseur-kinésithérapeute libéral conventionné, recourant à un masseur-kinésithérapeute remplaçant afin d'assurer la continuité des soins ;
- l'exercice en groupe, qui s'entend comme le regroupement d'au moins deux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous dotée » et liés entre eux par :
  - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
  - par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
- l'exercice pluri-professionnel :
  - cabinet pluri-professionnel ;
  - maison de santé pluri-professionnelle ;
  - ou toute autre forme d'exercice pluri-professionnel reconnue réglementairement dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

Un masseur-kinésithérapeute, déjà installé dans la zone dans les trois ans précédant sa demande d'adhésion, ne peut souscrire au contrat d'aide à la création de cabinet, à l'exception des collaborateurs et assistants libéraux.

Le masseur-kinésithérapeute ne peut bénéficier qu'une seule fois de ce contrat, celui-ci étant conclu intuitu personae. Ce contrat n'est pas cumulable avec les contrats d'aide à l'installation (CAIMK), de maintien de l'activité (CAMMK) ou le contrat incitatif masseur-kinésithérapeute (CIMK).

Il peut néanmoins être signataire et bénéficier, à l'expiration du présent contrat (CACCMK), du contrat d'aide au maintien de l'activité (CAMMK) en zone très sous dotée.

**Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide à la création de cabinet**

**Article 2.1. Engagements du masseur-kinésithérapeute**

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à :

- créer ou reprendre un cabinet et exercer une activité libérale conventionnée dans les zones « très sous dotées » pour toute la durée du contrat, soit 5 ans ;
- réaliser un minimum de 2 000 actes la première année et 3 000 actes les années suivantes, dont 50% de son activité libérale conventionnée dans la zone « très sous dotée ».
- remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévues à l'article 4.9 de la convention nationale.

A titre optionnel, le masseur-kinésithérapeute peut également s'engager à exercer les fonctions de maître de stage prévues à l'article L.4381-1 du code de la santé publique à accueillir en stage des étudiants en kinésithérapie.

**Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

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 1ère 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 1ère 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 règlementaires, pendant la durée de son stage de 4ème et 5ème année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

***Modulation régionale par l'Agence Régionale de Santé du montant de l'aide à la création de cabinet dans certaines zones identifiées comme particulièrement fragiles.***

L'Agence Régionale de Santé peut décider d'adapter l'aide à la création de cabinet pour les masseurs-kinésithérapeutes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en masseurs-kinésithérapeutes parmi les zones très sous dotées.

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant des aides forfaitaires prévues au présent article. L'Agence Régionale de Santé peut moduler la majoration en fonction de la zone d'installation du masseur-kinésithérapeute.

Cette modulation peut être accordée au maximum dans 20% des zones « très sous dotées ».

**Article 3. Durée du contrat d'aide à la création de cabinet**

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

**Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation**

**Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du masseur-kinésithérapeute**

Le masseur-kinésithérapeute peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le masseur-kinésithérapeute. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat

**Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

*a) Ouverture de la procédure de résiliation l'option conventionnelle*

En cas de non-respect par le masseur-kinésithérapeute de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle. La caisse d'assurance maladie informera de manière concomitante l'agence régionale de santé et les membres de la CPD de cette décision.

Le masseur-kinésithérapeute dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations.

En l'absence d'observations du masseur-kinésithérapeute dans le délai imparti, la caisse notifie au masseur-kinésithérapeute sa décision de résilier le contrat et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

*b) Avis de la commission paritaire départementale*
Si le masseur-kinésithérapeute présente ses observations à la caisse, le directeur de la CPAM saisit la CPD pour avis et informe le masseur-kinésithérapeute de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de la procédure.

La CPD rend alors un avis dans un délai de 30 jours. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le masseur-kinésithérapeute. Le masseur-kinésithérapeute peut également être entendu à sa demande ou à celle de la CPD.

A défaut d'avis rendu dans ce délai, celui-ci est réputé rendu.

Au regard de cet avis, le directeur de la CPAM notifie au masseur-kinésithérapeute concerné sa décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 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 la CPAM sur le dossier.

c) Procédure en cas de contradiction entre l'avis de la CPD et du Directeur de la CPAM
Quand le projet de décision du directeur de la CPAM est différent de l'avis rendu par la CPD, la CPN est saisie de ce projet sous 15 jours par la CPAM. Le masseur-kinésithérapeute et la CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de 30 jours pour rendre un avis, par un vote aux deux tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la CPAM est réputé rendu.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN sollicite pour avis dans les 15 jours le directeur général de l'UNCAM. Le directeur général de l'UNCAM dispose alors de 30 jours pour rendre un avis. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les 15 jours suivant cet avis, au directeur de la CPAM l'avis de la CPN et du directeur général de l'UNCAM.

Le directeur de la CPAM notifie alors au masseur-kinésithérapeute, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

En cas de résiliation de l'option conventionnelle, la caisse récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

**Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins**

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entrainant la sortie du lieu d'exercice du masseur-kinésithérapeute adhérantd'une zone «  très sous dotée », le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le masseur-kinésithérapeute ou la caisse d'assurance maladie.

Le masseur-kinésithérapeute

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

## Annexe 6 : CONTRAT TYPE D'AIDE A L'INSTALLATION DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES DANS LES ZONES « TRES SOUS DOTEES »

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

- Vu l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes et reconduite le 10 mai 2017 ;

- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes ;

- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes en zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 1.3.2 et à l'Annexe 6 de la convention nationale modifiée par l'avenant 7 approuvé par arrêté du JJ MM AAAA.

- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

- Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le masseur-kinésithérapeute :

Nom, Prénom

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins de kinésithérapie.

**Article 1. Champ du contrat d'aide à l'installation**

**Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation**

Le contrat d'aide à l'installation vise à accompagner et à faciliter l'installation des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, dans un cabinet existant dans la zone très sous dotée, par le versement d'une aide financière permettant de gérer cette période d'investissement générée par le début d'activité en exercice libéral.

**Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation**

Le présent contrat est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés qui s'installent ou sont installées depuis moins d'un an à la date d'adhésion et exercent en libéral dans une zone prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins comme étant « très sous dotées ».

Ces bénéficiaires peuvent exercer dans le cadre suivant :

- L'exercice en groupe, qui s'entend comme le regroupement d'au moins deux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous dotée » et liés entre eux par :
    - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
    - un contrat de collaborateur libéral ;
    - un contrat d'assistant libéral ;
    - par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
- l'exercice pluri-professionnel :
    - cabinet pluri-professionnel ;
    - maison de santé pluri-professionnelle ;

- ou toute autre forme d'exercice pluri-professionnel reconnue réglementairement dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

Le masseur-kinésithérapeute ne peut bénéficier qu'une seule fois de ce contrat, celui-ci étant conclu intuitu personae. Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat de maintien de l'activité (CAMMK), avec le contrat d'aide à la création de cabinet (CACCMK), ni avec le contrat incitatif masseur-kinésithérapeute (CIMK).

Le masseur-kinésithérapeute peut néanmoins être signataire et bénéficier, à l'expiration du présent contrat (CAIMK), du contrat de maintien de l'activité (CAMMK) en zone déficitaire.

**Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation**

**Article 2.1. Engagements du masseur-kinésithérapeute**

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à :

- venir exercer son 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, soit en zone « très sous dotée », pour toute la durée du contrat, soit 5 ans ;
- réaliser un minimum de 2 000 actes la première année et de 3 000 actes les années suivantes, dont 50% de son activité libérale conventionnée dans la zone « très sous dotée ».
- remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévues à l'article 4.9 de la convention nationale.

A titre optionnel, le masseur-kinésithérapeute peut également s'engager à exercer les fonctions de maître de stage prévues à l'article L.4381-1 du code de la santé publique à accueillir en stage des étudiants en kinésithérapie.

**Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

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 1ère 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 1ère 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 règlementaires, pendant la durée de son stage de 4ème et 5ème année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

***Modulation régionale par l'Agence Régionale de Santé du montant de l'aide à l'installation dans certaines zones identifiées comme particulièrement fragiles.***

L'Agence Régionale de Santé peut décider d'adapter l'aide à l'installation pour les masseurs-kinésithérapeutes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en masseurs-kinésithérapeutes parmi les zones très sous dotées.

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant des aides forfaitaires prévues au présent article. L'Agence Régionale de Santé peut moduler la majoration en fonction de la zone d'installation du masseur-kinésithérapeute.

Cette modulation peut être accordée au maximum dans 20% des zones « très sous dotées ».

**Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation**

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

**Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation**

**Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du masseur-kinésithérapeute**

Le masseur-kinésithérapeute peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le masseur-kinésithérapeute. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

**Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

*a) Ouverture de la procédure de résiliation l'option conventionnelle*

En cas de non-respect par le masseur-kinésithérapeute de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de

résilier l'option conventionnelle. La caisse d'assurance maladie informera de manière concomitante l'agence régionale de santé et les membres de la CPD de cette décision.

Le masseur-kinésithérapeute dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations.

En l'absence d'observations du masseur-kinésithérapeute dans le délai imparti, la caisse notifie au masseur-kinésithérapeute sa décision de résilier le contrat et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

*b) Avis de la commission paritaire départementale*

Si le masseur-kinésithérapeute présente ses observations à la caisse, le directeur de la CPAM saisit la CPD pour avis et informe le masseur-kinésithérapeute de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de la procédure.

La CPD rend alors un avis dans un délai de 30 jours. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le masseur-kinésithérapeute. Le masseur-kinésithérapeute peut également être entendu à sa demande ou à celle de la CPD.

A défaut d'avis rendu dans ce délai, celui-ci est réputé rendu.

Au regard de cet avis, le directeur de la CPAM notifie au masseur-kinésithérapeute concerné sa décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 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 la CPAM sur le dossier.

*c) Procédure en cas de contradiction entre l'avis de la CPD et du Directeur de la CPAM*

Quand le projet de décision du directeur de la CPAM est différent de l'avis rendu par la CPD, la CPN est saisie de ce projet sous 15 jours par la CPAM. Le masseur-kinésithérapeute et la CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de 30 jours pour rendre un avis, par un vote aux deux tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la CPAM est réputé rendu.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN sollicite pour avis dans les 15 jours le directeur général de l'UNCAM. Le directeur général de l'UNCAM dispose alors de 30 jours pour rendre un avis. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les 15 jours suivant cet avis, au directeur de la CPAM l'avis de la CPN et du directeur général de l'UNCAM.

Le directeur de la CPAM notifie alors au masseur-kinésithérapeute, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un

délai de 15 jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

En cas de résiliation de l'option conventionnelle, la caisse récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

**Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins**

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entrainant la sortie du lieu d'exercice du masseur-kinésithérapeute adhérantd'une zone « très sous dotée », le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le masseur-kinésithérapeute ou la caisse d'assurance maladie.

Le masseur-kinésithérapeute

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

**Annexe 7 : CONTRAT NATIONAL TYPE D'AIDE AU MAINTIEN D'ACTIVITE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES DANS LES ZONES « TRES SOUS DOTEES »**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes et reconduite le 10 mai 2017 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes en zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 1.3.3 et à l'Annexe 7 de la convention nationale modifiée par l'avenant 7 approuvé par arrêté du JJ MM AAAA.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le masseur-kinésithérapeute :

Nom, Prénom

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins de kinésithérapie.

**Article 1. Champ du contrat d'aide au maintien d'activité**

**Article 1.1. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité**

Ce contrat vise à favoriser le maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés 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 comme étant « très sous dotées », par le versement annuel d'une aide financière permettant de réaliser des investissements, de se former et contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins de kinésithérapie.

**Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité**

Le présent contrat est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés qui maintiennent un exercice libéral dans une zone prévue 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 définies comme étant « très sous dotées ».

Ces bénéficiaires peuvent exercer dans le cadre suivant :

- L'exercice individuel d'un masseur-kinésithérapeute libéral conventionné, recourant à un masseur-kinésithérapeute remplaçant afin d'assurer la continuité des soins ;
- L'exercice en groupe, qui s'entend comme le regroupement d'au moins deux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous dotée » et liés entre eux par :
  - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
  - un contrat de collaborateur libéral ;
  - un contrat d'assistant libéral ;
  - par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
- l'exercice pluri-professionnel :
  - cabinet pluri-professionnel ;
  - maison de santé pluri-professionnelle ;
  - ou toute autre forme d'exercice pluri-professionnel reconnue réglementairement dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAIMK), avec le contrat d'aide à la création de cabinet (CACCMK) ou un contrat incitatif masseur-kinésithérapeute (CIMK).

**Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité**

**Article 2.1. Engagements du masseur-kinésithérapeute**

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à :

- maintenir son activité libérale conventionnée dans les zones « très sous dotées » pour toute la durée du contrat, soit 3 ans ;
- réaliser 50% de son activité libérale conventionnée dans la zone « très sous dotée »
- remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides forfaitaires à la modernisation du cabinet professionnel, prévue à l'article 4.9 de la convention nationale.

A titre optionnel, le masseur-kinésithérapeute peut également s'engager à exercer les fonctions de maître de stage prévues à l'article L.4381-1 du code de la santé publique à accueillir en stage des étudiants en kinésithérapie.

**Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

En contrepartie des engagements du masseur-kinésithérapeute définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au masseur-kinésithérapeute chaque année du contrat une aide au maintien d'activité d'un montant de 4 000 euros.

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 règlementaires, pendant la durée de son stage de 4ème et 5ème année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire. Le montant dû au masseur-kinésithérapeute est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du masseur-kinésithérapeute au contrat. Les versements suivants ont lieu au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

***Modulation régionale par l'Agence Régionale de Santé du montant de l'aide au maintien d'activité dans certaines zones identifiées comme particulièrement fragiles.***

L'Agence Régionale de Santé peut décider d'adapter l'aide au maintien en activité pour les masseurs-kinésithérapeutes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en masseurs-kinésithérapeutes parmi les zones très sous dotées. Cette modulation peut être accordée au maximum dans 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant des aides forfaitaires prévues au présent article. L'Agence Régionale de Santé peut moduler la majoration en fonction de la zone d'installation du masseur-kinésithérapeute.

**Article 3. Durée du contrat d'aide au maintien d'activité**

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, renouvelable tacitement.

**Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité**

**Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du masseur-kinésithérapeute**

Le masseur-kinésithérapeute peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède au versement partiel de l'aide dont le montant est calculé au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

.

**Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

*a) Ouverture de la procédure de résiliation l'option conventionnelle*

En cas de non-respect par le masseur-kinésithérapeute de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle. La caisse d'assurance maladie informera de manière concomitante l'agence régionale de santé et les membres de la CPD de cette décision.

Le masseur-kinésithérapeute dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations.

En l'absence d'observations du masseur-kinésithérapeute dans le délai imparti, la caisse notifie au masseur-kinésithérapeute sa décision de résilier le contrat et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

*b) Avis de la commission paritaire départementale*

Si le masseur-kinésithérapeute présente ses observations à la caisse, le directeur de la CPAM saisit la CPD pour avis et informe le masseur-kinésithérapeute de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de la procédure.

La CPD rend alors un avis dans un délai de 30 jours. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le masseur-kinésithérapeute. Le masseur-kinésithérapeute peut également être entendu à sa demande ou à celle de la CPD.

A défaut d'avis rendu dans ce délai, celui-ci est réputé rendu.

Au regard de cet avis, le directeur de la CPAM notifie au masseur-kinésithérapeute concerné sa décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 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 la CPAM sur le dossier.

*c) Procédure en cas de contradiction entre l'avis de la CPD et du Directeur de la CPAM*

Quand le projet de décision du directeur de la CPAM est différent de l'avis rendu par la CPD, la CPN est saisie de ce projet sous 15 jours par la CPAM. Le masseur-kinésithérapeute et la CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de 30 jours pour rendre un avis, par un vote aux deux tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la CPAM est réputé rendu.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN sollicite pour avis dans les 15 jours le directeur général de l'UNCAM. Le directeur général de l'UNCAM dispose alors de 30 jours pour rendre un avis. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les 15 jours suivant cet avis, au directeur de la CPAM l'avis de la CPN et du directeur général de l'UNCAM.

Le directeur de la CPAM notifie alors au masseur-kinésithérapeute, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

**Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins**

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entrainant la sortie du lieu d'exercice du masseur-kinésithérapeute adhérant d'une zone « très sous dotée », le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le masseur-kinésithérapeute ou la caisse d'assurance maladie.

Le masseur-kinésithérapeute

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

## Annexe 8 - Tri et transmission des pièces justificatives en cas de transmission papier

En cas d'absence de télétransmission des ordonnances numérisées, en raison du non équipement du professionnel ou de dysfonctionnement rencontré dans la transmission de l'ordonnance numérisée, la transmission des ordonnances est réalisée sur support papier.

En cas de transmission d'ordonnance sur support papier, le masseur-kinésithérapeute procède au tri des ordonnances comme décrit ci-dessous.

Dans tous les cas, la transmission de la copie de l'ordonnance, conforme aux dispositions réglementaires et déontologiques, est nécessaire pour la prise en charge des soins.

Les ordonnances sous forme papier sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif des FSE, conforme au cahier des charges SESAM-Vitale.

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à transmettre mensuellement au centre de paiement d'Assurance maladie du régime général au point d'accueil relevant de la caisse la plus proche de son cabinet professionnel, les ordonnances papier afférentes aux assurés relevant du régime général, des sections locales mutualistes, de la caisse d'Assurance maladie des industries électrique et gazière (CAMIEG), du régime agricole (MSA) et de la sécurité sociale pour les indépendants (SSI).

Pour les ordonnances afférentes à des assurés relevant des autres régimes d'Assurance maladie obligatoire, le masseur-kinésithérapeute les adresse directement à la caisse d'affiliation des assurés.

Ces ordonnances papier accompagnées de leur bordereau doivent être classées en trois catégories matérialisées par des enveloppes distinctes.

- Catégorie 1 : Régime 01, toutes les CPAM, la CAMIEG, et les sections locales mutualistes : tous les bordereaux récapitulatifs des FSE doivent figurer dans la même enveloppe (un bordereau par CPAM ou par section locale mutualiste), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau,

- Catégorie 2 : Régime 02, MSA, et GAMEX : tous les bordereaux doivent figurer dans la même enveloppe (un bordereau par caisse), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau,

- Catégorie 3 : SSI (03 et suivants) : tous les bordereaux doivent figurer dans la même enveloppe en distinguant les assurés de chaque organisme conventionné, les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau.

A l'extérieur de chaque enveloppe, le masseur-kinésithérapeute inscrit les informations suivantes : le numéro des lots, le nombre d'ordonnances par lot, le numéro de la semaine (1 à 52) et l'identification du masseur-kinésithérapeute.

En cas de dispense d'avance des frais et sauf disposition particulière énoncée à l'alinéa suivant, le masseur-kinésithérapeute s'engage à transmettre simultanément les ordonnances papier à l'organisme d'Assurance maladie de la circonscription d'exercice du professionnel de santé dans les

mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques.

Si l'ordonnance est déjà transmise à la caisse de l'assuré avec une demande d'accord préalable ou si l'ordonnance a déjà été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'est exigée par les caisses, sauf en cas d'ordonnance numérisée.

En cas de facturation sous format papier, postérieur à l'envoi au service médical d'une demande d'accord préalable et de l'ordonnance, le masseur-kinésithérapeute mentionne sur la feuille de soins « DAP effectuée ».

## Annexe 9 – Dispositif SCOR - Numérisation et télétransmission des pièces justificatives

### 1. Principe de numérisation et de télétransmission des pièces justificatives

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives de la facturation et notamment des ordonnances, de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse et par voie de conséquence de parvenir à leur numérisation et à la dématérialisation de leur transfert, dans l'attente de la prescription électronique.

A cette fin, les parties signataires conviennent d'organiser un dispositif comprenant la numérisation des pièces justificatives de la facturation, quel que soit le destinataire du règlement, notamment des ordonnances originales exécutées, et leur transfert vers les organismes d'Assurance maladie.

Les parties signataires conviennent que la transmission des pièces justificatives numérisées s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié dans le respect des dispositions de la présente annexe et du cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission des pièces justificatives numérisées, le masseur-kinésithérapeute s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le CNDA lorsque ceux-ci seront disponibles. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le serveur dédié, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de la pièce justificative numérisée ou d'absence d'équipement adapté, la transmission des pièces justificatives de la facturation par le masseur kinésithérapeute et ce quel que soit le destinataire de règlement se fait sur support papier.

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à transmettre la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission, hormis les cas de dysfonctionnement de la numérisation. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

### 2. De la pièce numérique

La pièce justificative correspondant au duplicata ou à la copie de l'ordonnance originale sur support papier et portant les mentions obligatoires fixées réglementairement et par la dernière version du cahier des charges Sesam Vitale est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale.

L'ordonnance ainsi numérisée et transmise à l'organisme d'Assurance maladie est désignée ci-après « la pièce numérique ».

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur.

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé selon les principes définis à l'article 1 de la présente annexe, le masseur-kinésithérapeute se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

Le masseur-kinésithérapeute est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier.

La modification du mode de transmission de la pièce justificative est sans effet sur les responsabilités respectives du masseur-kinésithérapeute et de l'Assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à transmettre une pièce justificative conforme, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 99 %. La liste des anomalies rendant inexploitables les pièces numériques est fixée à l'article 6.3 de la présente annexe.

La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être a minima de 200 DPI pour assurer une qualité d'image suffisante.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type pdf doit être a minima A5 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800X600 ou une résolution supérieure après accord des parties.

**3. De la numérisation des pièces justificatives**

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la pièce justificative sur support papier et ce, dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la pièce justificative lors de la prise de contact avec son patient pour une transmission de ces pièces tant lors de la transmission d'une éventuelle demande d'accord préalable que lors de la facturation (par le biais d'une feuille de soins électronique).

Dans les situations où la pièce justificative aurait déjà été transmise lors d'une précédente facturation par voie électronique pour la même série d'acte, le masseur-kinésithérapeute transmet alors les informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative, l'ordonnance initiale en l'espèce, selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Dans le cadre d'une demande d'accord préalable antérieure, dans une première phase, le masseur-kinésithérapeute transmet une nouvelle fois l'ordonnance numérisée. Dans une seconde phase dont le calendrier sera précisé entre les parties, il ne transmettra que les informations nécessaires à l'identification de l'ordonnance initiale.

**4. Du délai de transmission des pièces justificatives**

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à procéder à la télétransmission des pièces justificatives numérisées dès réception de l'accusé réception logique (ARL) positif faisant suite à la transmission du lot de FSE. Cette opération est effectuée automatiquement par son logiciel.

**5. De la facturation des actes en série ou réalisés dans un cabinet de groupe**

Les parties signataires conviennent qu'en cas de transmission d'une feuille de soins électronique correspondant à la facturation d'un acte en série ou d'un acte réalisé dans un cabinet de groupe, la transmission de la pièce justificative numérisée, soit l'ordonnance, ou des informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative initiale, soit l'ordonnance initiale, est requise selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

**6. Des cas d'échec de la transmission des pièces justificatives numérisées**

**6.1 Des cas de dysfonctionnement**

En cas d'impossibilité technique de numériser la pièce justificative de facturation, ou d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé réception, lié à un échec de la télétransmission de la pièce justificative, le masseur-kinésithérapeute met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de 5 jours à compter de la première tentative de numérisation. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, le masseur-kinésithérapeute transmet la pièce justificative sous format papier (duplicata ou copie papier), selon les modalités décrites à l'annexe 13 de la présente convention.

**6.2 De la non réception des pièces numérisées**

A défaut de réception des pièces numérisées, l'organisme de prise en charge prend contact avec le masseur-kinésithérapeute par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception.
Le masseur-kinésithérapeute transmet à nouveau les pièces numériques qu'il a conservées, dans les conditions définies à l'article 6.1 de la présente annexe.

**6.3 De la vérification des pièces numérisées**

La liste des anomalies rendant inexploitables les images numérisées est la suivante :
- Image numérisée trop blanche ;
- Image numérisée trop noire ;
- Problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- Ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ; décalage à la numérisation droite / gauche, bas / haut.

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent inexistantes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :
- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- falsification par le prescripteur ou l'assuré ;
- prescription médicale imprécise ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type pré-signée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absent ;
- prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de 90 jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signalera au masseur-kinésithérapeute les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de 90 jours. Dans, ce cadre, il en avise le masseur-kinésithérapeute dans un délai minimum de 7 jours avant la mise en place du contrôle.

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

**7. De la valeur probante des pièces justificatives numérisées**

Les parties signataires conviennent que la pièce numérique transmise par le masseur-kinésithérapeute dans les conditions mentionnées par la présente annexe, a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par le masseur-kinésithérapeute, de son identifiant, sur l'ordonnance vaut signature au sens de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

**8. De la conservation des preuves et de la protection des données**

Le masseur-kinésithérapeute conserve les pièces numériques sur le support de son choix et dans les conditions permettant de les copier et les imprimer si nécessaire, et ce pendant quatre-vingt dix (90) jours à compter du jour de la télétransmission.

En outre, durant les périodes de vérifications des pièces numérisées prévues à l'article 6.3 de la présente annexe, le masseur-kinésithérapeute conserve également, sous forme papier, les copies d'ordonnances.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et le masseur-kinésithérapeute s'assurent respectivement que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur le masseur-kinésithérapeute ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

Le masseur-kinésithérapeute et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

## Annexe 10 : Modalités de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales dues au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

La participation des caisses mentionnée au titre V de la présente convention est calculée de la manière suivante :

1) Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés

Un taux d'honoraires est calculé pour chaque professionnel en rapportant le montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée déduction faite des dépassements d'honoraires, au montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

Le montant de la participation de l'assurance maladie sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires correspond au montant total des revenus tirés de l'activité conventionnée, multiplié par le taux d'honoraires sans dépassements et par le taux de prise en charge.

2) Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des masseurs-kinésithérapeutes

Le montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des masseurs-kinésithérapeutes correspond à l'ensemble de ces revenus, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables, multiplié par le taux de prise en charge.

3) Calcul du montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès

Le montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés correspond à la somme des deux montants calculés précédemment.

## Annexe 11 : Règlements intérieurs types des instances conventionnelles (CPN, CPR, CPD)

Les instances sont mises en place dans les trois mois suivant la date d'entrée en vigueur de la convention.

Réunions et tenue du secrétariat :

La commission se réunit en tant que de besoin et au moins deux fois par an en ce qui concerne la CPN et les CPD et une fois par an pour les CPR.

La réunion est de droit lorsqu'elle est demandée par le président ou par le vice-président.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission, quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour, établi par le secrétariat en accord avec le président et le vice-président et, le cas échéant, de la documentation nécessaire.

Les moyens nécessaires à la tenue du secrétariat et au fonctionnement de l'instance sont mis en place par les caisses locales, pour ce qui concerne les instances départementales, par le DCGDR pour ce qui concerne les instances régionales et par l'UNCAM en ce qui concerne les instances nationales. Le secrétariat assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

Composition des sections :

La section professionnelle est composée de 6 représentants titulaires des organisations syndicales représentatives des masseurs-kinésithérapeutes libéraux signataires de la convention.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives de masseurs-kinésithérapeutes signataires de la présente convention.

En l'absence d'accord, les sièges sont répartis selon la méthode définie par la convention nationale pour l'instance concernée.

La section sociale comprend 6 sièges répartis comme suit :
– 5 représentants pour le régime général : 3 administratifs, 1 conseiller, 1 praticien-conseil ;
– 1 représentant pour le régime agricole ;

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Délibérations :

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, un constat de carence est établi pour prendre acte de l'absence de quorum et une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

Conditions de vote :

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés, sauf dans les cas prévus par la convention nationale où les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls.

En cas de partage égal des voix et s'il n'est pas présenté de proposition transactionnelle, la délibération sur le point litigieux est reportée à une réunion ultérieure de l'instance intervenant au plus tard dans le mois qui suit.

Il est alors procédé à un second vote. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées. En cas de maintien du partage égal des voix lors de cette deuxième réunion, la voix du président est prépondérante.

Les instances départementales et régionales adressent, après approbation et signature, leurs relevés de décisions à l'UNCAM.

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décisions signé par le président et par le vice-président. Ce document, conservé par le secrétariat, est adressé à chaque membre, titulaire ou suppléant, de la commission, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante.

Commissions électroniques :

La Commission peut se réunir et délibérer par voie électronique, avec l'accord de son Président et de son Vice-Président, sous réserve de la conservation des échanges et des décisions prises.

Il est également possible de valider, par voie électronique, le compte-rendu des réunions et d'arrêter par ce biais l'ordre du jour des réunions d'instances paritaires conventionnelles, sous réserve de la conservation des échanges.

Le secrétariat de l'instance conventionnelle envoie un message pour indiquer la tenue de cette délibération par voie électronique, de la date et de l'heure de son début ainsi que de la date et de l'heure à laquelle interviendra au plus tôt sa clôture.

La commission est ouverte par un message du secrétariat de l'instance à l'ensemble des membres, qui rappelle la date et l'heure limite pour la présentation des contributions et prend fin par un message de ce même secrétariat.

La commission électronique et les décisions prises dans ce cadre sont valides à la condition que l'ensemble des participants disposent des moyens techniques permettant leur participation effective pendant la durée de la délibération.

La constitution de groupes de travail :

Chaque instance conventionnelle met en place les groupes de travail qu'elle juge nécessaire.

Indemnité de vacation :

Les représentants des organisations syndicales signataires des masseurs-kinésithérapeutes, membres de la commission, ont droit à une indemnité de vacation pour leur participation aux réunions de la commission, y compris en cas de commission électronique, égale à 70 AMK et à une indemnité de déplacement le cas échéant.

Carence :

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut d'installation dans le délai imparti : dans ce cas, la section valablement constituée constate la carence et adresse, le cas échéant, ce constat à la CPN, qui assure alors ses missions ;
- dysfonctionnement : non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (deux fois consécutives) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section ;
- absence répétée de quorum (deux fois consécutives) à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections ;
- refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans tous les cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation dans les meilleurs délais. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

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 1er juillet 2025 | au 1er juillet 2026 | au 1er septembre 2026 | au 1er 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 1er juillet 2025 | au 1er juillet 2026 | au 1er septembre 2026 | au 1er 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 opéré (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 |

| | 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 1er juillet 2025 | au 1er juillet 2026 | au 1er septembre 2026 | au 1er juillet 2027 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| 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 | | |

| | 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 1er juillet 2025 | au 1er juillet 2026 | au 1er septembre 2026 | au 1er juillet 2027 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| 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** | | | | | | | | |

| | 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 1er juillet 2025 | au 1er juillet 2026 | au 1er septembre 2026 | au 1er juillet 2027 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |
| 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). | AMK ou AMC 8,5 | ARL | 8,49 | | | | | |

| | 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 1er juillet 2025 | au 1er juillet 2026 | au 1er septembre 2026 | au 1er juillet 2027 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | | | |
| 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.<br>Comprenant :<br>- la kinésithérapie respiratoire de ventilation et de désencombrement,<br>- la réadaptation à l'effort,<br>- 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 | | | | | |
| Lorsque 2 séances non consécutives sont réalisées dans la même journée, chaque séance est cotée AMK 10. | | | | | | | | |
| Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique et prise en charge individuelle<br>Comprenant :<br>- kinésithérapie respiratoire ;<br>- réentrainement à l'exercice sur machine ;<br>- renforcement musculaire ; | AMK ou AMC 28 | ARL | 28,00 | | | | | |

| | 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 1er juillet 2025 | au 1er juillet 2026 | au 1er septembre 2026 | au 1er juillet 2027 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| - éducation à la santé.<br>Conditions d'exécution et contre-indications conformes aux avis de la Haute Autorité de santé en vigueur.<br>Conditions de facturation :<br>Prise en charge par l'Assurance maladie pour Affection de Longue Durée « ALD » pour broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO ». Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. | | | | | | | | |
| Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique en prise en charge de groupe de 2 à 4 personnes avec rééducation respiratoire en individuel<br>Comprenant :<br>- kinésithérapie respiratoire en prise en charge individuelle ;<br>- réentrainement à l'exercice sur machine ;<br>- renforcement musculaire ;<br>- éducation à la santé.<br>Conditions d'exécution et contre-indications conformes aux avis de la Haute Autorité de santé en vigueur.<br>Conditions de facturation :<br>Prise en charge par l'assurance maladie pour Affection de Longue Durée « ALD » pour broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO ». Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. | AMK ou AMC 20 | ARL | 20,00 | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **Article 6 : Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques** | | | | | | | | |
| Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale | AMK ou AMC 8 | ARL | 7,99 | | | | | |
| Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre | AMK ou AMC 8 | ARL | 8,00 | | | | | |

| | 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 1er juillet 2025 | au 1er juillet 2026 | au 1er septembre 2026 | au 1er juillet 2027 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rééducation des troubles de la déglutition isolés | AMK ou AMC 8 | ARL | 8,01 | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **Article 7 : Rééducation des conséquences des affections vasculaires** | | | | | | | | |
| Rééducation pour artériopathie 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 lymphœdèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphœdèmes congénitaux) par drainage manuel: | | | | | | | | |
| - pour un membre ou pour le cou et la face | AMK ou AMC 8 | RAV | 8,00 | | | | | |
| - pour deux membres | AMK ou AMC 9 | RAV | 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<br>INDICATIONS :<br>phase intensive du traitement du lymphoedème sous réserve de l'existence des critères suivants :<br>- différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre contro latéral,<br>- asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein,<br>- compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages),<br>- répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphoedème et à la raideur de l'épaule<br>NON-INDICATIONS<br>La phase d'entretien du traitement et les soins palliatifs<br>CONTRE-INDICATIONS :<br>- les pathologies aigues loco-régionales du membre supérieur | 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 1er juillet 2025 | au 1er juillet 2026 | au 1er septembre 2026 | au 1er juillet 2027 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| concerné non diagnostiquées ou traitées<br>- l'insuffisance cardiaque décompensée<br>- les tumeurs malignes non traitées<br>- l'hyperalgie de l'épaule<br>- la présence d'une chambre implantable du coté opéré en sous claviculaire<br>- la présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter<br>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<br>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 périnéosphinctériennes** | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | |

| | 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 1er juillet 2025 | au 1er juillet 2026 | au 1er septembre 2026 | au 1er juillet 2027 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | |