

## Analyse juridique de l'avenant n°5

Chère Consœur, Cher Confrère,

La nouvelle proposition de l'UNCAM de projet d'avenant n° 5 a été communiquée début octobre 2017. Des modifications ont été apportées au projet arrêté en juin 2017 et ce uniquement à la suite de réunions bilatérales tenues entre l'UNCAM et chacun des syndicats représentatifs.

Dans l'ensemble, la nouvelle proposition conserve le même cadre que celui présenté en juin. Cependant, quelques modifications ont été apportées dont vous trouverez ci-dessous le détail accompagné de l'analyse que nous avons pu en faire dès lors qu'elle nous paraissait pertinente.

Au final, le nouvel accord présente un équilibre financier équivalent (225 M€ de nouveaux remboursements entre 2018 et 2021). L'anticipation d'un an et demi de la valorisation des BDK est compensée par le report de l'augmentation des lettres clefs AMK7 et AMK 8 de deux ans.

### **1. La question de la démographie**

Est introduite une volonté conventionnelle que la régulation démographique porte sur l'ensemble de l'offre de soins kinésithérapiques dont les SSR et offre hospitalière.

*Cet engagement constitue une intension sans contrainte et si l'on peut se satisfaire d'une telle déclaration, aucune conséquence n'est tirée quant à la mise en œuvre d'un dispositif conventionnel de régulation démographique.*

#### a) Le cas des zones sur-dotées

Les assistants libéraux sont désormais considérés au même titre que les collaborateurs libéraux ou les associés quant à l'évaluation du risque économique pouvant ouvrir droit à une dérogation. De même, le cabinet bénéficiant de cette dérogation pourra recourir à un assistant collaborateur non installé dans la zone concernée alors, qu'antérieurement, il ne pouvait faire appel qu'à un nouvel associé ou un collaborateur libéral.

*Il s'agit là d'une évolution favorable qui répond à une demande répétée par la FFMKR depuis le début des négociations conventionnelles.*

Les contrats d'exercice temporaire (CET) dans des zones sur-dotées à forte activité saisonnière, initialement prévus uniquement dans les départements de Gironde, Savoie et Var sont étendus au département de Haute-Savoie. Par ailleurs, est désormais fixé au 1<sup>er</sup> trimestre 2018 le début des travaux d'un groupe de travail préalable à la mise en œuvre de ces CET. Enfin, le non cumul de ces contrats est désormais précisé et concerne « la même période », sous-entendue « d'afflux de population ».

*Ces évolutions marginales laissent hypothétiques la pérennité de ce dispositif expérimental par l'absence des conditions d'évaluation.*

#### b) Les dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien

Le contrat d'aide à la création de cabinet (CACCMK) est désormais étendu aux professionnels ayant créé un cabinet dans l'année précédant la demande d'adhésion au CACCMK et non uniquement ceux

reprenant un cabinet. De même, le contrat d'aide à l'installation (CAIMK) est étendu aux professionnels installés depuis moins d'un an à la date d'adhésion, de telle sorte que le professionnel peut, durant un an suivant son installation, choisir de bénéficier d'un tel contrat.

Par ailleurs, les trois contrats d'incitation - les deux précédents et le contrat d'aide au maintien d'activité (CAMMK) - ne peuvent être cumulés avec aucun autre contrat incitatif, y compris les formes anciennes (CIMK). Enfin, la date de paiement de l'aide versée les années postérieures à la date d'adhésion de ces contrats est fixée au plus tard le 30 avril et non plus à date anniversaire de signature.

Enfin, si les contrats CIMK signés avant l'entrée en vigueur de l'avenant n° 5 continuent à perdurer jusqu'à leur terme après l'entrée en vigueur dudit avenant, la prise en charge des cotisations sociales (allocations familiales) est convertie en une attribution forfaitaire annuelle d'un montant de 2600 €. Il s'agit d'une simplification qui bénéficiera positivement à ceux des praticiens ayant une faible activité. A contrario, les praticiens ayant une forte activité verront leur aide diminuer.

## **2. La valorisation de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes**

### **a) Evolution de la NGAP**

Est introduite la notion de rencontres régulières entre les parties conventionnelles afin d'« 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 ».

Dans la perspective de refonte de la nomenclature en vue de la rendre plus descriptive, est introduite la notion de différenciation des parcours de soins et non plus uniquement des actes réalisés. De même, sont introduites au sein des variables descriptives, les notions tels que le champ d'intervention, le type de prise en charge ou encore le lieu d'intervention.

*Ces travaux sont toujours prévus pour une échéance au 1<sup>er</sup> semestre 2018. Pour autant, il n'existe toujours pas de calendrier relatif à la mise en œuvre alors même que demeure l'expression d'une volonté d'aboutir à une nomenclature fortement descriptive, non sur l'indication thérapeutique mais sur les conditions de prise en charge.*

### **b) BDK**

Concernant la valorisation du BDK, est reportée à juillet 2018 la mise en œuvre de la faculté de le facturer dès la première séance, en précisant que l'application s'entend pour toutes rééducations prescrites, quel que soit le nombre de séances prescrites ou facturées.

L'augmentation de 10.1 à 10.8 des BDK en neurologie serait effective au 1<sup>er</sup> juillet 2018 et non plus au 1<sup>er</sup> octobre 2019, tout comme celle du BDK 8.1 qui passerait à 10.7.

*Cette anticipation de revalorisation ne peut qu'être favorable.*

### **c) Prise en charge des PRADO**

Est instauré au sein de l'avenant un forfait pour les PRADO orthopédie, en sus des actes, pour une prise en charge rapide, fixée à 48 heures après la sortie d'hospitalisation et initialement effectuée à domicile. Il nécessite une participation à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage et la coordination (médecin traitant et autres professionnels de santé intervenants) attestée par la transmission du BDK.

Ce forfait complémentaire aux actes de rééducation habituels, facturable une fois par patient et en tiers payant intégral, à l'aide d'un code prestation spécifique est valorisé à hauteur de 20 € au 1<sup>er</sup> juillet 2018.

*Les conditions d'attribution de ce forfait apparaissent trop contraignantes de telle sorte que nombre de prises en charge pourraient être exclues de son bénéfice faute d'un aléa de temps ou des possibilités du patient (capacité de se déplacer au cabinet).*

d) Valorisation de la prise en charge dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée

Prévoyant initialement la création d'une lettre clef spécifique de l'indemnité forfaitaire de déplacement pour maintien de l'autonomie de la personne âgée (AMK6) au 1<sup>er</sup> juillet 2018, la nouvelle version de l'avenant prévoit que ces déplacements seront valorisés au 1<sup>er</sup> décembre 2019.

*Outre que cette augmentation présente un impact limité (cette valorisation ne concerne pas les actes effectués en EHPAD sauf le premier de la ½ journée), le report d'un an et demi expose la mesure à l'incertitude née de la bonne tenue des comptes de l'Assurance maladie.*

e) Règles relatives à la facturation de deux séances le même jour

Est introduit dans l'accord le principe qu'il sera autorisé « à terme » la prise en charge de « deux séances correspondant chacune à un acte de rééducation associé à une cotation dans la nomenclature, réalisées le même jour pour un même patient s'il existe deux prescriptions distinctes pour deux affections en rapport avec des articles NGAP différents, portant sur deux régions anatomiques distinctes et réalisées lors de deux séances distinctes une fois achevé le travail descriptif de la nomenclature qui permettra d'identifier précisément les actes pratiqués ».

*S'il devait être accepté par la signature de l'avenant, ce principe viendrait rendre caduc les décisions favorables de la Cour de cassation qui ont constamment rappelé que pouvait faire l'objet de deux facturations le même jour la réalisation de deux actes de kinésithérapie portant sur deux affections différentes et bénéficiant de prescriptions distinctes. Il s'agirait donc d'une régression en vue d'une hypothétique réintroduction qui pourrait être limitée.*

f) Revalorisation des cotations de certains actes

Si les AMK7 et les AMK8 sont toujours revalorisés respectivement en AMK8 et AMK8.5, les dates d'application sont portées pour la première revalorisation du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 1<sup>er</sup> décembre 2019 (passage d'AMK7 à AMK7.6 et AMK8 à AMK 8.3), le passage en AMK8 et AMK8.5 demeurant fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2021.

*Cette mesure reporte 11,3 M€ d'augmentation initialement prévue en 2018 et 11,7 M€<sup>1</sup> en 2019 à une réalisation en 2020, ce qui augmente la précarité de l'accord.*

*La mise en œuvre de l'ensemble de ces mesures de revalorisation est conditionnée à la succession de publications préalables des modifications de la NGAP.*

### **3. Qualité des soins et efficience**

Est introduit le principe selon lequel « 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 ».

Par ailleurs, est introduite la volonté des parties « de réduire les écarts de consommation de soins et les disparités régionales de pratiques inexpliquées par l'état sanitaire des populations observées » en s'appuyant sur 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 des compétences d'évaluation de la HAS et les référentiels validés par la HAS concernant les actes en

---

<sup>1</sup> Montants remboursés par l'Assurance maladie

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.

Il est nouvellement rappelé que tant les PRADO que la mise sous accord préalable des SSR contribuent à la juste orientation des patients vers l'offre de soins libérale ou l'offre hospitalière.

De même, les parties reconnaissent l'intérêt des programmes de préhabilitation (préparation avant chirurgie) et s'engagent à étudier les évaluations de ces pratiques en lien avec la prise en charge des masseurs-kinésithérapeutes en ville.

Concernant la prévention, l'Assurance maladie s'engage, en plus du domaine de la lombalgie, à associer la profession aux travaux visant à définir et mettre en œuvre des actions de communication et de prévention dans le domaine des troubles de la croissance et de la posture chez l'enfant et des TMS chez l'adulte au travail.

Par ailleurs, l'avenant prévoit la mise en place d'expérimentations. Sous trois mois après signature, un groupe de travail sera instauré dans les conditions fixées en CPN pour développer à partir de 2019 :

- Une rémunération forfaitaire pour une évaluation de l'environnement et de la stratégie de prise en charge du patient en situation de handicap sévère réalisée à domicile par le masseur-kinésithérapeute. Cette expérimentation pourrait être généralisée notamment si son évaluation permet d'identifier une amélioration substantielle de la prise en charge et un équilibre financier.
- La mise en place de journées d'information (risques liés à la sédentarité, promotion de l'activité physique, conseil d'hygiène alimentaire...) et de dépistage en milieu scolaire pour une tranche d'âge (pré – adolescence) à définir.

*L'accord conventionnel prévoit qu'une intention sans cadre formel de telle sorte que rien ne garantit que la CPN trouve un accord en vue de réaliser ces expérimentations ni les conditions de leur évaluation en vue d'une généralisation.*

L'avenant pose désormais le principe de développer le recours aux outils de coordination que sont le DMP et la messagerie sécurisée.

Enfin dans un objectif « de promotion de la qualité de la pratique et de l'efficacité des soins », les partenaires conventionnels conviennent de lancer à compter de janvier 2019 des travaux dans le cadre de la CPN visant à la définition d'indicateurs permettant une rémunération sur objectifs de santé publique. Cette rémunération aurait pour finalité de valoriser l'intervention des praticiens 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. L'objectif de conclusion des travaux est fixé à mi 2020 en vue d'une mise en œuvre à compter de l'année 2021.

Porté par la FFMKR, le projet de ROSP proposé par l'UNCAM ne constitue qu'une éventualité dont rien ne justifie d'attendre 2019 pour initier des travaux de mise en œuvre ni de reporter à 2021 une hypothétique mise en œuvre.

#### **4. Modalités d'exercice conventionnel**

Concernant la mise en œuvre de la norme NOEMIE 580, le nouveau projet d'avenant supprime l'engagement de l'Assurance maladie d'ouvrir le service avant fin 2017, sans fixer de nouveaux délais. Est précisé le délai de versement du forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel, devant intervenir à la fin du premier semestre de l'année suivant celle au titre de laquelle

l'aide est versée. Par ailleurs, est supprimée l'obligation de recourir à un logiciel compatible aux téléservices tels que l'ADRI.

## 5. Vie conventionnelle

Est introduite l'incapacité de siéger au sein de la CPN pour les praticiens ayant fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention.

Il serait désormais confié à l'observatoire conventionnel un travail sur « 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 ».

### **Eléments à retenir :**

Vous constatez que les mesures qui portent revalorisation potentielle sont toutes assorties d'un effet levier induit par d'autres mesures à négocier a posteriori comme la refonte de la nomenclature.

Seule la revalorisation du BDK est à effet immédiat en 2018 avec une montée en charge prévue totalement irréaliste.

L'ensemble de l'enveloppe est construite de telle façon qu'elle sera loin d'impacter la majorité des confrères.

Les aides incitatives à l'installation en zones sous-dotées sont offertes dans un cadre très contraint et ouvrant potentiellement des difficultés de respect pour les MK bénéficiaires amenant, comme actuellement, à un risque de récupérations d'indus sur les aides versées. A noter que la considération des MK assistants collaborateurs est prise en compte au même niveau que les MK titulaires et associés dans les zones sur-dotées éloignant ainsi le risque de difficulté économique pour les cabinets concernés.

Les revalorisations prévues sont reportées d'un an et demi et trois ans selon le coefficient (achèvement en 2021) avec la contrainte les liant à l'aboutissement de la nomenclature revue en 2018, dont on ne maîtrise pas les axes directeurs.

Le fléchage d'aides est établi vers un type d'exercice qui privilégie la pratique en structure au détriment de la majorité des MK (maintien du forfait structure à 100 € au détriment d'une revalorisation de l'aide à la télétransmission qui reste à 490 €).

La proposition d'une ROSP est repoussée à 2021 pour une mise en œuvre sine die, renvoyant le rôle des MK dans les actions de santé publique à un rôle mineur.