

## **A V E N A N T**

### **À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES ET L'UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE**

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par M. Van Roekeghem,

Et :

La Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, représentée par M. Bergeau (Président) ;

L'Union Nationale des Syndicats de Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux, représenté par M. Couratier (Président) ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 161-34 et L. 162-12-9 ;

Vu l'article 3, paragraphe 2, de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes ;

Vu l'avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu le 5 août 1999 et approuvé par arrêté interministériel du 21 octobre 1999 (Journal officiel du 23 octobre 1999) ;

Vu l'avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu le 18 février 2000 (Journal officiel du 28 juin 2000) ;

Vu l'avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu le 26 septembre 2001 (Journal officiel du 16 décembre 2001) ;

Vu l'avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu le 8 novembre 2001 (Journal officiel du 13 janvier 2002) ;

Vu l'avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu le 3 juin 2002 (Journal officiel du 30 juillet 2002) ;

Vu l'avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu le 31 octobre 2002 (Journal officiel du 2 février 2003, rectificatif paru au Journal officiel du 8 février 2003) ;

Vu l'avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu le 10 avril 2003 (Journal officiel du 19 juin 2003) ;

Vu l'avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu le 11 décembre 2003 (Journal officiel du 20 février 2004) ;

Vu l'avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu le 12 décembre 2004 (Journal officiel du 12 mai 2005),

il a été convenu ce qui suit :

### **Article 1<sup>er</sup>** **Rationalisation des interventions à domicile**

Conformément à l'article 13 des dispositions générales de la NGAP, les frais de déplacement des masseurs-kinésithérapeutes pour la réalisation d'actes à domicile sont remboursés par des indemnités forfaitaires dont les montants et les conditions de cotation sont précisées à l'annexe 1 de la présente convention.

Les déplacements médicalement justifiés liés à la réalisation de certains actes du titre XIV de la NGAP, listés ci-dessous, permettent la cotation d'indemnités de déplacement spécifiques à compter du 31 mars 2006 :

- Indemnité Forfaitaire Orthopédique et rhumatologique (IFO) correspondant à un acte de l'article 1 (rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres cotée AMS 9);
- Indemnité Forfaitaire Rhumatismale (IFR) correspondant aux actes de l'article 2 (rééducations des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires cotées AMK 7 et 9);
- Indemnité Forfaitaire Neurologique (IFN) correspondant aux actes de l'article 4 (rééducations des conséquences d'affections neurologiques et musculaires cotées AMK 7 à 10);
- Indemnité Forfaitaire Pneumologique (IFP) correspondant à un acte de l'article 5 (rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) cotée AMK 8).

Les déplacements seront cotés Indemnité Forfaitaire de Sortie (IFS) pour les actes liés à la prise en charge des patients, après intervention orthopédique ou traumatologique, de la sortie d'hospitalisation à J35 ; ceci conformément aux recommandations de l'HAS à paraître, relatives à une meilleure adéquation de placement en établissement de Soins de Suite ou de Réadaptation (SSR).

Les différentes indemnités forfaitaires de déplacement ne peuvent se cumuler entre elles.

L'annexe 1 de la convention est complétée comme suit :

<b>Lettres Clés</b>	<b>Départements métropolitains, DOM et Mayotte</b>
<b>IFO</b>	<b>4 €</b>
<b>IFR</b>	<b>4 €</b>
<b>IFN</b>	<b>4 €</b>
<b>IFP</b>	<b>4 €</b>
<b>IFS</b>	<b>4 €</b>

## **Article 2**

### **Suppression des plafonds d'efficience et nouvelles mesures de suivi individuel**

Les parties conviennent de la suppression des plafonds d'efficience à compter de l'exercice 2005 et de la mise en œuvre d'un suivi individuel d'activité tel que défini dans l'article 3 du présent avenant.

## **Article 3**

### **Suivi de la régulation médicalisée de l'activité individuelle**

#### Article 3.1

Le Titre III (article 11 à 14bis) de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes est supprimé et remplacé par le titre suivant.

#### **TITRE III Du suivi et de la régulation médicalisée de l'activité individuelle**

##### *Article 11 Principe du suivi et de la régulation médicalisée de l'activité individuelle*

Les parties conviennent de définir les modalités du suivi de l'activité individuelle des masseurs-kinésithérapeutes et notamment la méthodologie à observer pour assurer ce suivi en tenant compte des conditions spécifiques d'exercice de la profession.

Le dispositif mis en place est fondé sur une analyse qualitative de l'activité individuelle (approche médico-administrative) pour les professionnels dont l'activité est préalablement isolée à partir de la réunion d'un certain nombre d'indicateurs.

#### *Article 12 Le suivi de l'activité individuelle*

Les caisses sélectionnent anonymement les 5% de professionnels qui facturent le moins de bilans-diagnostic kinésithérapeutiques dans le département.

Pour ce faire et afin de garantir une approche inter-régime de ce suivi, un circuit de transmission des données est mis en place. Les CMSA et les CMR transmettent le nombre de bilans-diagnostic kinésithérapeutiques facturés par professionnel pour leurs assurés. Elles fournissent ces données aux services administratifs de la CPAM, au plus tard le 30 avril de l'année en cours. La CPAM réalise une compilation de ses données et de celles fournies par les CMSA et CMR et sélectionne anonymement les 5% de professionnels qui facturent le moins de bilans-diagnostic kinésithérapeutiques dans le département.

Toutefois, si dans un département, 2/3 des masseurs-kinésithérapeutes facturent moins de 10 bilans par an, les caisses affinent la sélection à partir du tri croisé sélectif d'un certain nombre d'indicateurs issus du système informationnel inter-régime.

Dans l'attente de la mise en place de l'outil SNIIR-AM qui intégrera un applicatif relatif à un retour d'information aux professionnels de santé, les Relevés Individuels d'Activité (RIA) fournissent une série d'indicateurs statistiques permettant d'analyser la structure d'une activité professionnelle.

Ces indicateurs sont le nombre moyen de séances par patient, le nombre annuel d'actes AMK/AMC/AMS et la part de dépassements sur l'ensemble des honoraires du masseur-kinésithérapeute.

Critère 1 : les 5 % de masseurs-kinésithérapeutes pour lesquels le nombre d'actes par patient est le plus élevé ;

Critère 2 : les 5 % de masseurs-kinésithérapeutes dont l'activité en terme de nombre d'actes AMC, AMK et AMS est la plus élevée ;

Critère 3 : les 5 % de masseurs-kinésithérapeutes dont la part de dépassements sur l'ensemble des honoraires est la plus élevée.

Ces indicateurs seront modifiés en fonction de l'évolution de la réglementation et en fonction de l'évaluation de l'utilisation de ce dispositif qui sera fait par les partenaires conventionnels, au bout de 2 ans.

Le seul fait pour un masseur-kinésithérapeute d'être retenu dans cette sélection ne peut lui être préjudiciable et ne préjuge pas de l'analyse qui sera faite sur le plan qualité de son activité.

#### *Article 13 L'analyse qualitative des dossiers retenus*

Une analyse qualitative des dossiers retenus est effectuée par les services médicaux et administratifs de la Caisse.

Ces critères concourent particulièrement à la bonne distribution de soins de qualité en masso-kinésithérapie et à l'amélioration de la pratique de la masso-kinésithérapie.

Les indicateurs de qualité retenus sont notamment les suivants :

### 1. Le bilan-diagnostic kinésithérapique

L'établissement d'un bilan-diagnostic kinésithérapique est obligatoire depuis 2000. Il est aujourd'hui encore sous utilisé par la profession. Ce nouveau dispositif de suivi et de régulation médicalisée a notamment pour objectif de dynamiser la montée en charge du bilan et d'amener la profession tout entière à pratiquer plus de 50% de bilans pour les patients concernés, dans les 2 ans. Cet indicateur centré sur le bilan permet d'encourager son utilisation.

Le nombre de bilans-diagnostic kinésithérapiques facturés par le masseur-kinésithérapeute est comparé à la moyenne du département.

Pour permettre une analyse plus précise de l'activité du masseur-kinésithérapeute, est également examiné le pourcentage de bilans établis par le professionnel pour les patients qui ont plus de 10 séances, nombre de séances à partir duquel le bilan est facturé.

En fonction du taux de réalisation et de facturation du bilan par le professionnel, la caisse lui demande dans un premier temps d'augmenter son taux de bilans facturés et son dossier est de nouveau étudié dans les 6 mois qui suivent.

Lors de la première analyse, si le pourcentage de bilans facturés est inférieur à 10%, le masseur-kinésithérapeute devra atteindre un taux de 20% dans les 6 mois.

Si le pourcentage se situe entre 10 et 20%, le pourcentage de 30% devra être atteint dans les 6 mois.

Si le pourcentage se situe entre 20 et 30%, le pourcentage de 40% devra être atteint dans les 6 mois.

Si le pourcentage se situe entre 30 et 40%, le pourcentage de 50% devra être atteint dans les 6 mois.

Si le pourcentage se situe entre 40 et 50%, un pourcentage de plus de 50% devra être atteint dans les 6 mois.

Les bilans facturés par le masseur-kinésithérapeute font l'objet d'une étude qualitative par le service médical des caisses. L'analyse est faite sur la base des fiches synthétiques anonymisées, tenues à la disposition du service médical à sa demande, en référence à la grille d'analyse qualitative de la fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapique conçue dans le cadre de l'Acbus conclu par l'avenant à la convention nationale du 10 avril 2003. Le service médical utilise le cas échéant les résultats de l'analyse réalisée à l'occasion du suivi du contrat de pratique professionnelle.

### 2. Exercice du professionnel dans le respect de la nomenclature.

Les partenaires conventionnels retiennent des thèmes sur lesquels l'activité du professionnel est notamment examinée.

Ces thèmes sont notamment :

- Le nombre d'actes à double cotation non conformes à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (article 11 B de la nomenclature).
- Le respect du caractère individuel du traitement de la rééducation (hors modalités particulières de traitement).
- Le profil d'activité du professionnel selon la cotation, comparée à celle du département. S'il apparaît, au vu de cette seule comparaison, un écart notable, des éléments explicatifs, liés à la patientèle prise en charge par le professionnel, doivent être recherchés.
- L'étude de la variation du nombre d'actes par patient au regard des nouvelles revalorisations de coefficients de certains actes de kinésithérapie, en donnant la priorité à la rééducation respiratoire.

### 3. Le respect de références en masso-kinésithérapie.

Les recommandations et les références professionnelles élaborées par la Haute Autorité de Santé en matière de masso-kinésithérapie sont mises en œuvre par les partenaires.

Dès lors que des travaux sur la lombalgie seront menés, les recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives à son thème pourront faire partie de l'analyse qualitative réalisée par les échelons locaux du service médical. Les parties définiront alors les indicateurs sur lesquels le respect des engagements au titre de ces travaux pourront être évalués dans le cadre de la procédure de suivi individuel.

### 4. La participation aux actions de formation continue.

Le nouvel article L.4382-1 dans le Code de la Santé Publique étend l'obligation de formation continue aux auxiliaires médicaux.

Il indique que la formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. La formation continue est obligatoire pour toutes les personnes mentionnées au livre troisième relatif aux auxiliaires médicaux. L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles. Les conditions de mise en œuvre de la formation continue des professions de santé visées par le nouvel article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les partenaires s'accordent pour que la participation du masseur-kinésithérapeute à des actions de formation continue, telle qu'elle aura été définie réglementairement, soit un élément de l'analyse qualitative du système de suivi et de régulation médicalisée de l'activité individuelle. Les modalités d'intégration de critère seront alors définies par les parties.

Dans l'attente des décrets d'application, les parties s'entendent pour que, pour les deux prochaines années, dans le cadre de ce suivi, le critère soit centré sur la participation du masseur-kinésithérapeute à des actions de formation continue conventionnelle, à des actions de formation financées par le Fonds Interprofessionnel de Formation des Professions Libérales et à des diplômes universitaires. Les services des caisses qui disposent de l'information relative à la participation à une action de FCC porteront celle-ci dans les éléments du dossier fourni à la commission paritaire départementale. Les éléments relatifs aux actions financées par le FIF-PL ou les diplômes universitaires ne sont connus des caisses, la question sera posée par les membres de la commission au professionnel dont le dossier aura été retenu et pour lequel un contact aura été pris avec le professionnel, dans le cadre de la procédure décrite à l'article 14 ci-après.

## 5. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'évaluation de la compétence participe directement au développement d'une politique ambitieuse d'amélioration de la qualité des soins. Le développement de l'EPP ainsi que la mise en place d'instances professionnelles sont des préalables à la mise en place de l'évaluation des compétences. En effet, la compétence d'un professionnel peut être validée par l'obtention du diplôme initial, la mise en œuvre d'une formation continue, une activité professionnelle effective et un mécanisme de mise en œuvre d'évaluation par les pairs régulier (EPP).

Les partenaires souhaitent à terme s'entendre sur l'introduction de cette évaluation dans le dispositif de suivi et de régulation médicalisée de l'activité individuelle.

Le décret du 28 décembre 1999 a défini l'évaluation des pratiques professionnelles pour les médecins libéraux. La loi du 4 mars 2002 a étendu ce dispositif aux auxiliaires médicaux. L'EPP est une mission de la Haute Autorité de Santé et depuis la loi du 4 mars 2002, les conseils professionnels sont compétents dans le domaine de l'EPP.

L'EPP est accompagnée d'une évaluation des suites qui lui sont données et de son impact sur les pratiques professionnelles. Elle est un moyen par lequel les masseurs-kinésithérapeutes peuvent s'approprier les références kinésithérapiques de la Haute Autorité de Santé, dans une logique d'échanges entre pairs.

Les partenaires s'engagent, dès lors que le dispositif sera généralisé pour la profession sur le territoire, à intégrer la participation du masseur-kinésithérapeute à une action d'évaluation des pratiques professionnelles. Les modalités de ce critère intégré dans le système de suivi et de régulation médicalisée de l'activité individuelle seront alors définies paritairement.

Pour la première année de mise en œuvre, le suivi de l'activité du masseur-kinésithérapeute ne porte pas sur ce thème.

A l'issue du suivi médico-administratif, les caisses retiennent les dossiers qui présentent des anomalies au regard des dispositions de la NGAP présentées au 2. du présent article et des engagements en terme de qualité des soins et de la pratique définis ci-dessus. La CPAM, pour le compte des autres caisses, transmet les dossiers, de façon anonyme à la Commission Socio-Professionnelle Départementale et fournit, à titre indicatif, les données démographiques du département ainsi que l'offre structurelle en soins de ville (pourcentage de personnes en ALD...) ainsi que des éléments relatifs à la répartition de cette offre de soins dans le département (CRF...). La CSPD examine les dossiers et rend un avis.

Les caisses doivent effectuer ces investigations au plus tard avant le 30 juin de l'année qui suit l'exercice pour lequel l'activité du professionnel est examinée, pour une présentation ultérieure en Commission.

### *Article 14 La procédure de régulation médicalisée pour les dossiers présentant des anomalies*

Dès réception des dossiers présélectionnés par la CPAM, la Commission Socio-Professionnelle Départementale dispose d'un délai d'un mois maximum pour se prononcer sur les dossiers des professionnels qui lui sont soumis.

Elle examine l'ensemble des éléments du dossier, constitué suite au suivi médico-administratif.

La Commission lève l'anonymat pour les dossiers dont l'activité paraît incompatible avec le respect de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou avec la distribution de soins de qualité. Elle rend alors un premier avis qu'elle transmet à la CPAM.

Dès l'avis rendu par la Commission, la CPAM, pour le compte des autres caisses, informe les masseurs-kinésithérapeutes concernés de l'examen de son dossier par la Commission et leur transmet ses constatations ainsi que les pièces afférentes à son dossier par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle en informe simultanément la Commission.

Dans les 45 jours suivant la transmission de son dossier par la caisse, le professionnel peut fournir ses observations et peut également demander à être entendu par la Commission Socio-Professionnelle Départementale en étant, le cas échéant, accompagné d'un masseur-kinésithérapeute de son choix.

La Commission dispose d'un délai de 2 mois à compter de la transmission du dossier au professionnel concerné pour examiner le dossier, procéder le cas échéant à l'audition du professionnel et rendre un avis.

S'il apparaît que le professionnel n'a pas respecté les engagements conventionnels prévus, la Commission peut, le cas échéant, proposer aux caisses d'appliquer au professionnel une mesure conventionnelle suivante selon l'importance des griefs :

- La suspension de tout ou partie des caisses au financement des cotisations sociales du professionnel. La suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations est de 3, 6 ou 12 mois.
- La suspension du conventionnement avec sursis et la suspension du conventionnement sans sursis en cas de récidive. Les suspensions de conventionnement sont de 2, 3, 6 ou 12 mois. Toute suspension du conventionnement égale ou supérieure à 3 mois entraîne la suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales du masseur-kinésithérapeute pour une durée égale à celle de la mise hors convention.
- La décision de déconventionnement pour la durée de la convention.

Après avis de la Commission Socio-Professionnelle Départementale, 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 sa décision aux membres de la CSPD par la copie de la lettre envoyée au professionnel.

Si la CPAM ne suit pas l'avis de la Commission, elle informe les deux sections de la Commission ainsi que le secrétariat de la Commission Socio-Professionnelle Nationale de sa décision de manière motivée.

La carence de la Commission Socio-Professionnelle Départementale concernant l'examen des dossiers ou l'absence de décision relative au non-respect des dispositions conventionnelles n'empêche pas les caisses de poursuivre leurs actions.

## Article 3.2

- Les articles 15, 16 et 17 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes composent le nouveau titre III bis intitulé "De la valeur des lettres clés, de la fixation et de l'application des honoraires".
- A l'article 17, les mots : "le suivi des plafonds d'effcience" sont remplacés par "le suivi de l'activité individuelle" et dans le paragraphe 2 "la hauteur des plafonds d'effcience" et "le plafond d'effcience" sont supprimés.
- A l'article 18 para.2, les mots "ainsi que le plafond d'effcience pour l'année suivante" sont supprimés et il est ajouté "suit l'application du dispositif de suivi et de régulation médicalisée de l'activité individuelle"
- A l'article 19 para.2, les mots "l'application et le respect par le professionnel des plafonds d'effcience" sont supprimés et remplacés par "l'activité du professionnel au regard du dispositif de suivi et de régulation médicalisée" et les mots "du respect par les professionnels du plafond d'effcience" par "de l'application du dispositif de suivi et de régulation médicalisée de l'activité individuelle du professionnel".
- A l'article 21, le 2<sup>ème</sup> point "dans le cadre du suivi...présente convention" est supprimé.

**Article 4**  
**La détermination des règles de hiérarchisation**  
**des actes de masso-kinésithérapie**

L'article L 162-14-1 du CSS prévoit notamment la mise en place d'une commission de hiérarchisation des actes et des prestations pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention.

Article 4.1  
 Installation de la commission

- 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.

- 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 leurs travaux.

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 :

- un représentant de l'Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation (ATIH) ou de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS),
- un représentant de la Haute Autorité de Santé (HAS),

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

- 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.

#### Article 4.2 Premiers travaux engagés

L'installation de cette commission et sa saisine interviendront dans les meilleurs délais suivants la publication du présent avenant au J.O., afin de favoriser le démarrage rapide de ses travaux.

Dans le cadre de la poursuite de la réforme de la nomenclature engagée depuis 2000, les partenaires conventionnels proposent que les premiers travaux de la commission de hiérarchisation des actes et des prestations portent, en effet, sur la revalorisation des actes de rééducation neurologique et périnéo-sphinctérienne. L'UNCAM s'engage, sous réserve de l'avis de la commission de hiérarchisation des actes et prestations, à revaloriser d'un point la cotation actuelle de chacun des actes précités. Cette mesure prendra effet dès l'entrée en vigueur de la décision de l'UNCAM inscrivant ces mesures à la liste prévue à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

#### **Article 5 Conditions et montant de l'aide pérenne à la télétransmission**

L'article 10 de l'avenant à la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs conclu le 18 février 2000 (JO du 28 juin 2000) définit l'aide pérenne à la télétransmission.

Pour l'année 2005, les masseurs-kinésithérapeutes qui ont réalisé un taux de télétransmission de 70% bénéficient d'une aide pérenne à la télétransmission de 300 €. Concernant les masseurs kinésithérapeutes dont le taux de télétransmission se situe entre 65% et 70%, la commission paritaire départementale examinera les situations individuelles et, en fonction des motifs de non atteinte du taux de 70%, pourra décider à titre dérogatoire du versement de l'aide pérenne.

Cette aide est octroyée pour les feuilles de soins électroniques élaborées, émises par le masseur kinésithérapeute et reçues par la caisse conformément aux spécifications SESAM Vitale.

La télétransmission d'une feuille de soins non sécurisée ne peut pas faire l'objet de l'aide à la télétransmission.

Le taux de télétransmission est égal au ratio entre le nombre d'actes télétransmis et le nombre d'actes total établi selon les données issues du système national informationnel de l'assurance maladie. Le calcul s'effectue sur la période du 1er janvier au 31 décembre de l'année considérée ou lorsque le professionnel a démarré la télétransmission au cours de l'année, à compter du premier jour du mois qui suit la date de première feuille de soins sécurisée.

## **Article 6**

### **Les lettres-clé dans les DOM**

La valeur des lettres-clé AMK, AMC et AMS dans les DOM et à Mayotte est établie à 2,24 Euros à compter de l'entrée en vigueur du présent avenant.

## **Article 7**

### **Avantages sociaux**

En application du 5° de l'article L 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les parties à la convention conviennent que les caisses d'assurance maladie participeront au financement des cotisations sociales dues par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés selon les modalités suivantes.

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.

La participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires. Cette participation correspond, pour 2005, à 9,7 % de ce montant.

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse prévu à l'article L.645-2 du code de la sécurité sociale, la participation des caisses à la cotisation due par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés est fixée au double de la cotisation des masseurs-kinésithérapeutes bénéficiaires. Le montant de cette dernière est fixé, pour 2005, à 40 fois la valeur de l'index AMV.

Pour les exercices suivants, ces dispositions seront revues ultérieurement par les partenaires dans le cadre de la convention, ou, éventuellement, dans le cadre d'un accord commun interprofessionnel.

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

- la CPAM du lieu d'installation du masseur-kinésithérapeute pour la cotisation due au titre du régime d'assurance maladie, maternité et décès ;
- chacun des organismes participant au financement pour la cotisation due au titre du régime des avantages complémentaires vieillesse.

Le montant annuel de la participation des caisses aux cotisations sociales des masseurs-kinésithérapeutes est réparti entre les régimes d'assurances maladie selon les clefs fixés par arrêté interministériel pour les répartitions de la contribution prévue à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale et des remises prévues à l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le

Le Directeur général  
de l'Union nationale des caisses  
d'assurance maladie,

Le Président  
de l'Union Nationale des Syndicats de  
Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux,

**M. Van Roekeghem**

**M. Couratier**

Le Président  
de la Fédération française  
des masseurs-kinésithérapeutes  
rééducateurs,

**M. Bergeau**