DÉCRYPTAGE AVENANT 7
NOMENCLATURE #01

L'avenant 7 a été signé le 13 juillet par la FFMKR et Alizé. Les adhérents du SNMKR ont pris la décision de ne pas signer cet accord. Les raisons de ce choix sont nombreuses. Si ce texte apporte effectivement des revalorisations financières dont la profession avait besoin, il est important de rappeler les choix qui ont été faits, et les décisions prises par l'Assurance Maladie pour aboutir à ces revalorisations.

L'objectif de ces articles "Décryptage" est simple : *rappeler certains éléments de contexte, expliquer en quoi cette décision représente le respect des valeurs que porte le SNMKR depuis sa création, et proposer une analyse approfondie de certains sujets.*

NOMENCLATURE : était-ce nécessaire de créer 84 actes ?

S'il y a bien un sujet sur lequel tout le monde était d'accord à l'origine, c'était la nécessité de modifier la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Les kinésithérapeutes estimaient qu'elle ne correspondait pas à la réalité de l'exercice professionnel, l'Assurance Maladie ne comprenait pas concrètement ce que nous faisions au quotidien, et les syndicats avaient parfaitement compris, au fil des années, que sa rédaction entraînait de nombreuses situations d'indus évitables.

Voici, par excellence, un sujet sur lequel chacun trouvait son intérêt. Nous pouvions alors imaginer une solution efficace, pertinente et simple d'utilisation. Certains aiment à dire que cette réforme de la NGAP "c'est la faute de l'avenant 5". Bien qu'il serait facile d'estimer que ce texte signé il y a près de 6 ans, soit la cause de tous les maux de l'Univers, cette phrase est complètement fausse. Que disait l'avenant 5 ? Que les partenaires conventionnels convenaient que "la réécriture d'une nomenclature plus descriptive différenciant les actes effectués où les parcours de soins devraient permettre de mieux appréhender et valoriser l'activité de masso-kinésithérapie". Autrement dit, c'est exactement ce sur quoi nous étions tous d'accord. Le débat s'était arrêté là.

Les travaux lancés en 2018 ont été arrêtés, sans véritable raison par l'Assurance Maladie, alors que le SNMKR avait proposé une solution qui semblait faire l'unanimité, à savoir une nomenclature basée sur le parcours de soins. L'idée était (et reste) très simple , en quelques clics, le professionnel détaille le motif de consultation, le caractère opératoire ou non (en cochant oui/non), la partie du corps affectée (non pas traitée). Ces informations auraient permis de générer un code traceur, exploitable par l'Assurance Maladie, que le kinésithérapeute n'a pas besoin de remplir. Malheureusement, cette idée laissée aux oubliettes a donné place à la proposition signée récemment, avec entre autresle passage de l'article 1 (orthopédie et rhumatologie) de 6 à 51 actes. Pourquoi cette explosion du nombre d'actes ?

L'Assurance Maladie a souhaité isoler les affections par partie du corps. Ce qui sur le principe n'est pas un problème. Aujourd'hui un AMS 7,5 ne permet pas de savoir si nous rééduquons une entorse de cheville, une tendinopathie d'épaule ou bien une rééducation suite à une prothèse de hanche. Seulement il a été proposé de doubler les actes pour tenir compte du caractère opéré / non opéré. Nous nous retrouvons donc avec un acte de rééducation de l'entorse de cheville…opéré ! Pas sûr que cela fasse exploser les compteurs.

De plus, une enquête réalisée par la CNAM en février 2022 auprès de 3500 kinés avait permis de ressortir des informations très intéressantes. Les 4 rééducations post opératoires les plus pratiquées (LCA / PTG / PTH et suture de coiffe) représentent seulement 7 % des prises en charge. Est-il nécessaire de doubler le nombre d'actes pour cela ? De plus, l'Assurance Maladie a proposé de créer 1 acte par situation soumise à référentiel. Parmi ces 14 situations, les 10 les moins utilisées représentent à peine 10 % de nos actes, autrement dit pas grand chose.

Etait-il possible de faire autrement ? La réponse est OUI, en utilisant la description par parties du corps, sans isoler le caractère opéré / non opéré, ni les référentiels avec une description du type "Rééducation de l'épaule et du bras", "Rééducation du rachis lombaire", "Rééducation de la hanche et de la cuisse"… Cette proposition aurait permis de passer à 13 actes au lieu de 51, en répondant aux objectifs de chacun. Elle permet à l'Assurance Maladie de mieux cerner notre activité et ne remet pas en cause notre autonomie dans le choix de nos actes et techniques. Une solution simple et pragmatique.

Désormais, la pression est sur les éditeurs de logiciels qui se sont engagés à moderniser leurs logiciels pour que la réforme soit la moins visible pour les professionnels et supporter l'insuffisance des outils informatiques de la CNAM. **Nous y serons extrêmement vigilants.**