

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES

5 février 2026

CPAM du Territoire de Belfort

17/02/2026

SOMMAIRE

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

04

POINTS DIVERS

VALIDATION DU COMPTE- RENDU DU 29 09 2025

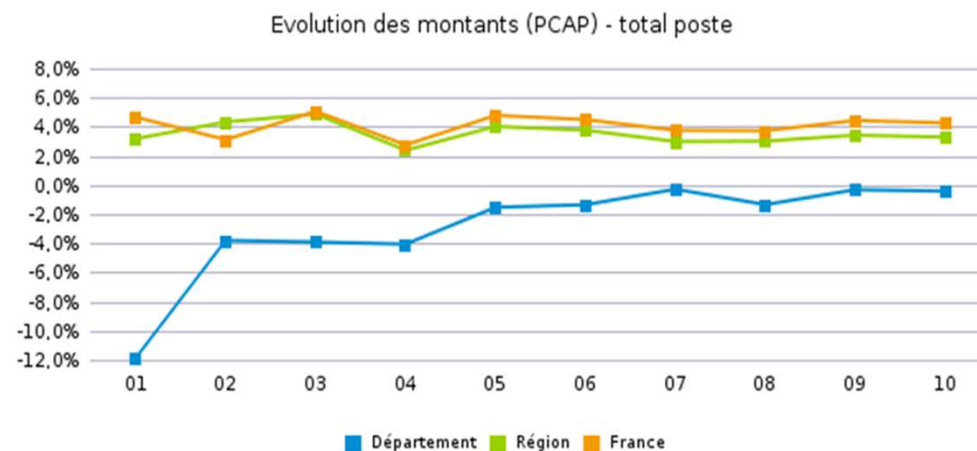
01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

STATISTIQUES DE DÉPENSES

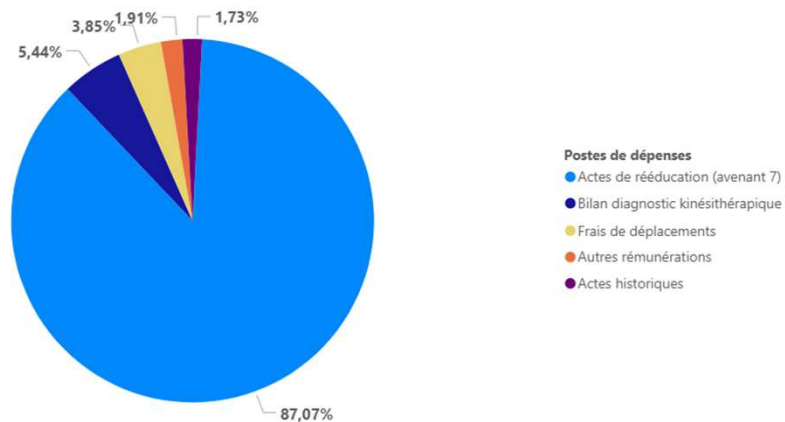
Postes de dépenses	Montants	Evolutions	Evolutions Région	Evolutions France
TOTAL	6 440 348 €	-0,4%	3,3%	4,3%
Actes de rééducation (avenant 7)	5 716 951 €	90,5%	86,4%	96,2%
Rééduc. abdominale et périnée-sphinctérienne	116 024 €	96,2%	76,8%	90,0%
Rééducation du rachis	943 073 €	81,5%	76,5%	87,4%
Rééduc. déambulation du sujet âgé	156 171 €	114,3%	78,7%	94,5%
Rééduc. des affections spécifiques	379 906 €	67,8%	81,5%	91,0%
Rééduc. des membres	1 759 843 €	77,8%	80,3%	86,1%
Rééduc. multi-territoriales	1 637 915 €	111,2%	104,0%	114,2%
Rééduc. neuromusculaire et rhumatismale	714 657 €	101,1%	85,6%	90,8%
Rééduc. soins palliatif	9 362 €	249,5%	100,4%	81,0%
Bilan diagnostic kinésithérapique	357 110 €	11,6%	9,2%	9,8%
BDK	357 110 €	11,6%	9,2%	9,8%
Frais de déplacements	126 458 €	0,1%	-3,6%	-3,2%
Frais de déplacements	126 458 €	0,1%	-3,6%	-3,2%
Autres rémunérations	125 285 €	-20,3%	28,8%	32,8%
Forfaits aide à l'informatisation	50 180 €	25,1%	27,9%	29,4%
Option démographique	75 105 €	-35,8%	29,2%	36,9%
Actes historiques	113 323 €	-96,0%	-96,1%	-95,5%
AMC		-100,0%	-98,5%	-98,1%
AMK	91 409 €	-85,9%	-87,4%	-87,3%
AMS	21 914 €	-99,0%	-99,4%	-98,6%
Forfaits spécifiques	1 220 €	19,6%	-20,0%	1,5%
FAD - Retour à domicile post chir. ortho.	820 €	-10,9%	-11,7%	-10,9%
FRD - Forfait prise en charge AVC	400 €	300,0%	-34,2%	22,9%

- Baisse des dépenses dans le Territoire de Belfort (-0,4%) alors que les tendances sont à la hausse en Bourgogne-Franche-Comté (+3,3%) et en France (+4,3%).
- Une dynamique de redressement progressive au niveau départemental, avec une tendance convergente vers les niveaux régionaux et nationaux à partir du mois mai.



STATISTIQUES DE DÉPENSES

Montants par Postes de dépenses



- Les actes de rééducation représentent la quasi-totalité des dépenses (87 %), les autres postes restant très minoritaires.
- tandis que les autres postes restent marginaux mais significatifs pour l'activité : le bilan diagnostic (5,4 %) et les frais de déplacement (3,9 %) constituent les principaux postes secondaires, complétés par les autres rémunérations (1,9 %) et les actes historiques (1,7 %).

STATISTIQUES DE DÉPENSES

Comparatif régional :

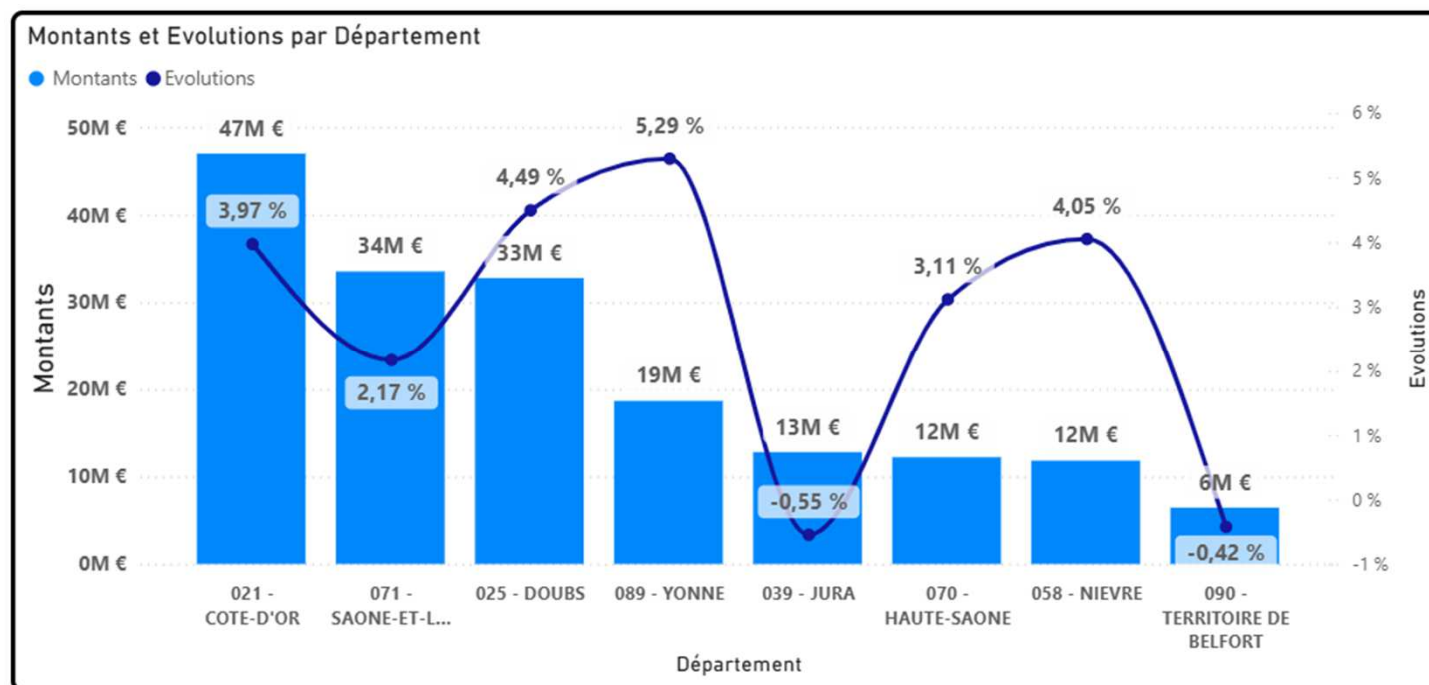
- Le Territoire de Belfort est le département avec la moins forte hausse des dépenses (-0,42%) suivi par Jura - 0,55 %.
- L'Yonne est en tête avec +5,29 %, suivi du Doubs (+4,49 %) et de la Nièvre (+4,05 %).
- La Côte-d'Or et la Haute-Saône affichent des hausses modérées (+3,97 % et +3,11 %).

Actes historiques :

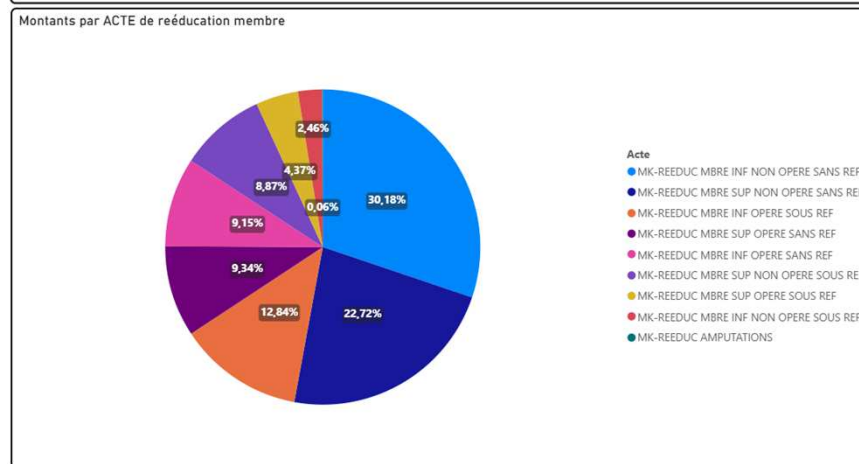
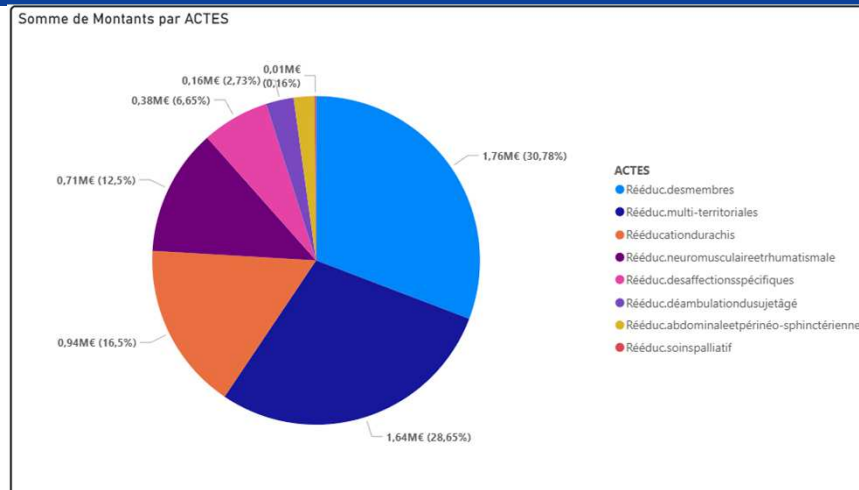
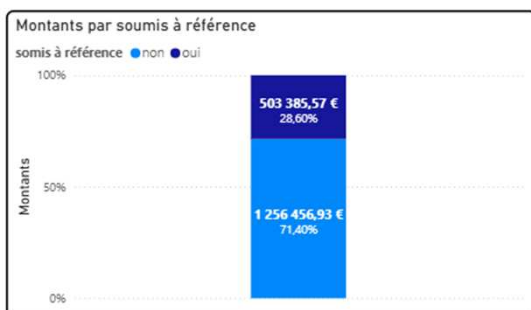
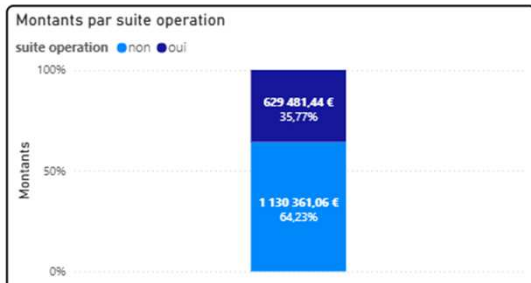
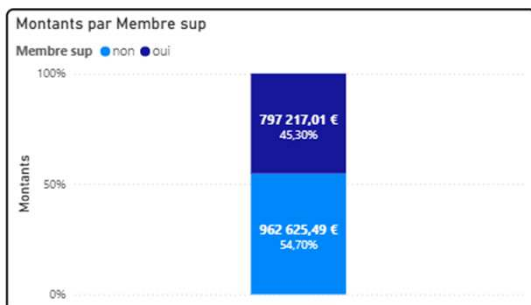
A l'instar de l'année dernière, une forte baisse des actes AMC, AMS et AMK est constatée.

Les anciennes cotations ne doivent plus être utilisées. La facturation de ces codes actes est encore réalisée même si elle diminue au fil des mois.

ACTES	Montants	Evolutions
AMC		-100,00 %
AMK	91 409,05 €	-85,85 %
AMS	21 914,10 €	-98,99 %



STATISTIQUES DE DÉPENSES: ACTES RÉÉDUCATION



STATISTIQUES DE DÉPENSES: ASSURÉS

Légère hausse du nombre d'assurés (+2,8 %) entre 2024 et 2025, accompagnée d'une baisse du montant moyen remboursé (-2,6 %), traduisant une dynamique d'élargissement du périmètre avec un niveau de remboursement moyen en repli.

2024

Nombre_assurés

12 319

Moyen_Montant remboursé

299,96 €

2025

Nombre_assurés

12 669

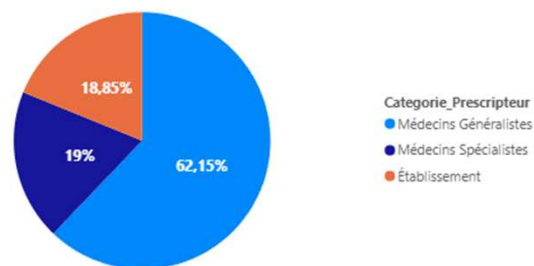
Moyen_Montant remboursé

292,27 €

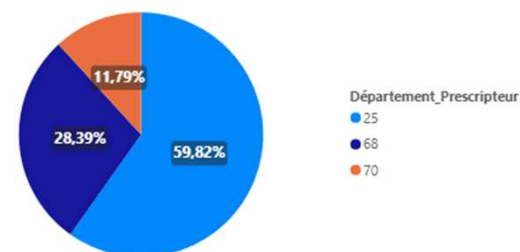
STATISTIQUES DE DÉPENSES: LES PRESCRIPTEURS

- Stabilité des typologies de prescripteurs : les médecins généralistes restent largement majoritaires en 2024 comme en 2025 (≈62 %), devant les spécialistes (≈19 %) et les établissements (≈18 %).
- Évolution territoriale contrastée : le département 25 renforce sa part dans les montants prescrits (de 56,5 % à 59,8 %), tandis que le 70 recule (de 14,6 % à 11,8 %). Le 68 reste stable autour de 28,4 %.

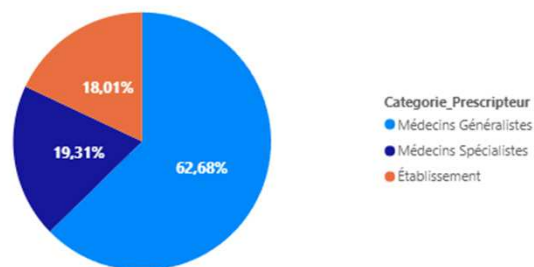
Total_Remboursement par Categorie_Prescripteur 2025



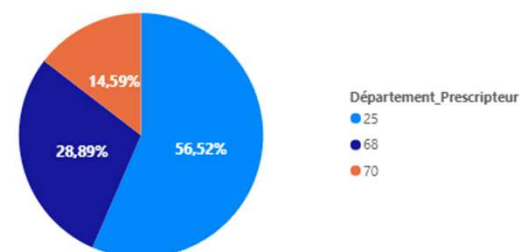
Répartition des limitrophes par le montant prescrit 2025



Total_Remboursement par Categorie_Prescripteur 2024



Répartition des limitrophes par le montant prescrit 2024



02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

AVENANT 8

L'avenant 8 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux a été signé le 28 novembre 2025 par le Directeur Général de l'UNCAM, les présidents des trois organisations syndicales représentatives de la profession (FFMKR, SNMKR et Alizé) ainsi que l'UNOCAM.

A la suite de la décision du comité d'alerte ONDAM du 18 juin 2025, les mesures de revalorisation prévues au 1er juillet 2025 dans l'avenant 7 à la convention nationale ont été décalées au 1er janvier 2026.

Dans ce contexte, cet avenant 8 prévoit d'avancer l'entrée en vigueur de certaines mesures de revalorisation prévues dans l'avenant 7 afin de maintenir le dialogue et nos engagements conventionnels et diminuer légèrement l'impact du décalage 2025. Il est également de nature à sécuriser les revalorisations notamment en cas de déclenchement du comité d'alerte de l'ONDAM

Enfin cet avenant est entré en vigueur le 20 décembre 2025.

« ANNEXE 2

MODIFICATION DES COTATIONS DES ACTES AU 28 MAI 2026

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 coefficients des actes concernés sont modifiés comme suit :

CHAPITRE II. – TRAITEMENTS INDIVIDUELS DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES	Lettre clé	Nouveau coefficient au 28 mai 2026
Article 1. – Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques Les cotations afférentes aux actes de cet article comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures.		
D. – Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres		
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins 2 territoires lésés (hors 2 territoires ou plus du même membre ou 2 territoires ou plus du rachis)		
– sans chirurgie	TER	9,79
– avec chirurgie sur au moins un territoire	TER	9,81
F. – Rééducation et réadaptation après amputation de tout ou partie des membres, y compris l'adaptation à l'appareillage		
Rééducation après amputation d'au moins 2 membres	APM	9,80

Ainsi, la revalorisation de 0,3 point de coefficient des actes côtés TER 9,49, TER 9,51 et APM 9,50 initialement prévue le 1er juillet 2026 est avancée au 28 mai 2026.

Prochaines étapes:

- une commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP) électronique qui permettra de faire apparaître la décision UNCAM au JO avant le 28/05/2026
- Communication via mailing prévue en mai 2026 et publication de la convention consolidée sur ameli.fr

AVENANT 8

Autres adaptations des dispositions conventionnelles:

Dans le tableau, la ligne « Indemnité forfaitaire de déplacement spécifique IFS » est remplacée par les dispositions suivantes :

«

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer (dont Mayotte)
Indemnité forfaitaire de déplacement spécifique IFS (*) (Article 13 E de la NGAP)	4,00 €	4,00 €

(*) 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 sociales, l'IFS s'applique également aux actes de l'article 1 des paragraphes A, B, C, E, F après intervention pour motif orthopédique ou traumatologique, de la sortie d'hospitalisation au 35^e jour après cette sortie afin de permettre une meilleure adéquation de placement en établissement soins médicaux et de réadaptation (SMR). Pour ces actes, la limitation temporelle au 35^e jour ne s'applique pas aux déplacements liés aux actes réalisés dans le cadre des programmes d'accompagnement du retour à domicile. » ;

MODALITÉS D'INSTALLATION DES NOUVEAUX DIPLÔMÉS FORMÉS À L'ÉTRANGER- AVENANT 7

Mise en œuvre des conditions d'installation de l'avenant 7 **dès 2026** pour les étudiants ayant débuté leur formation à partir de 2023 dans un pays où la durée de formation est de trois ans

L'avenant 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes a modifié les conditions relatives à l'installation en libéral sous convention.

Ainsi, pour s'installer en libéral sous convention en France, le masseur-kinésithérapeute doit désormais remplir au moins l'une des deux conditions suivantes :

- justifier de deux années d'exercice en établissement sanitaire ou médico-social en France,
- s'engager à exercer au moins les deux premières années de son conventionnement en zone « très sous dotée » ou « sous dotée ».

Comme le prévoient les dispositions conventionnelles, cette condition d'expérience professionnelle préalable en établissement ou d'exercice en zone sous-dotée ou très sous-dotée s'applique aux masseurs-kinésithérapeutes ayant démarré leur formation conduisant au diplôme de masseur-kinésithérapeute à compter de l'année 2023.

Dès lors, pour les masseurs-kinésithérapeutes se formant à l'étranger dans des pays où la durée de formation est plus courte qu'en France, s'ils souhaitent s'installer en libéral en France, cette même disposition s'applique. Elle doit donc être mise en œuvre dès 2026 pour les étudiants ayant débuté leur formation en 2023 dans un pays où la durée de formation est de trois ans (comme c'est par exemple le cas en Allemagne).

Pour les étudiants ayant suivi leur formation en France, nous vous confirmerons ultérieurement la date d'application de cette disposition.

REVALORISATIONS TARIFAIRES AU 01/01/2026

Mailing national adressé à la profession le 16/12/2025 visant à l'informer des mesures de la nomenclature entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2026 (prévues initialement au 1^{er} juillet 2025):

- Revalorisation des coefficients de certains actes et suppléments (AMS 7,5; supplément de kiné- balnéothérapie « en bassin » et « en piscine »)
- Extension de la cotation des indemnités forfaitaires de déplacement spécifique (hors IFD)
- Suppression de l'acte RPE 6 « rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée »

L'Assurance Maladie vous informe

Le message ne s'affiche pas correctement ? [Cliquez ici](#)

 L'Assurance
Maladie

 amelipro

Madame, Monsieur,

A compter du 1^{er} janvier 2026, les mesures prévues dans l'[avenant n°7](#) à la Convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes s'appliquent :

1/ Revalorisation de coefficients de certains actes et suppléments

- + 0,6 point de coefficient pour les actes anciennement facturés AMS 7,5 de l'article 1: « Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques ».
Les coefficients des actes décrits avec les nouvelles lettres-clés introduites en 2024 évoluent de 8,07 à 8,13.

- +1,3 point de coefficient pour les suppléments de kiné-balnéothérapie « en bassin (dimensions minimales : 2 m × 1,80 m × 0,60 m) » et « en piscine (dimensions minimales : 2 m × 3 m × 1,10 m) ». Leurs cotations deviennent respectivement AMK 2,5 et AMK 3,5.

2/ Extension de la cotation des indemnités forfaitaires de déplacement spécifique (hors IFD)

- La cotation des indemnités forfaitaires spécifiques IFS sera désormais facturable pour les actes de rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé (RPE 8,5).

3/ Suppression de l'acte RPE 6 « Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée ».

A noter : Dans le cadre de la possibilité de renouveler les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, le masseur-kinésithérapeute s'engage à tracer ses renouvellements de prescription via la solution proposée sur son logiciel de facturation.
Contactez-votre éditeur pour en savoir plus.

Le saviez-vous ?
Vous avez désormais la possibilité de visualiser l'Affection de longue durée (ALD) de votre patient sur amelipro (une fois son autorisation recueillie).

Agir ensemble, protéger chacun

FAUTEUILS ROULANTS: PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DEPUIS LE 1^{ER} DÉCEMBRE

À partir du 1^{er} décembre 2025, les fauteuils roulants - aussi appelés véhicules pour les personnes en situation de handicap (VPH) - inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP) sont pris en charge intégralement.

Cette prise en charge s'applique aux fauteuils roulants manuels, électriques ou sportifs, aux poussettes, aux cycles modulaires à roues multiples et aux scooters modulaires.

Afin de simplifier et d'améliorer la prise en charge des fauteuils roulants, l'assurance maladie obligatoire devient le financeur et guichet unique, garantissant une prise en charge intégrale des fauteuils roulants. L'assurance maladie obligatoire centralise également les demandes d'accord préalable (DAP) pour de nombreuses catégories de VPH et pour les pièces nécessaires à la prise en charge

FAUTEUILS ROULANTS: PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DEPUIS LE 1^{ER} DÉCEMBRE

Règles de prescription

La durée du besoin doit guider le type de prescription :

- la location courte durée pour les besoins de courte durée (< 6 mois) ;
- l'achat pour les besoins de longue durée (> 6 mois) ;
- la location de longue durée pour les besoins de long terme et évolutifs (> 6 mois).

Le parcours de prise en charge des assurés et les règles de prescription diffèrent selon le type de VPH.

Prescription et facturation

Les modèles de documents (fiche évaluation des besoins, fiche de préconisation, certificat d'aptitude à la conduite) nécessaires à la prise en charge des VPH sont disponibles sur le site du ministère chargé des personnes handicapées

Un tableau précisant les règles de cumul prévues par la nomenclature est disponible sur le site du ministère en charge des personnes handicapées

Période transitoire pour les achats de fauteuils roulants

Afin de prendre en compte le délai de mise en conformité avec le nouveau cadre de prise en charge, un cadre dérogatoire est prévu pour l'achat :

- entre le 1^{er} décembre 2025 et le 30 novembre 2026, la prise en charge peut se faire soit selon l'ancienne nomenclature, soit selon la nouvelle nomenclature en vigueur à condition que la prescription, le devis et la facture soient conformes au même cadre de prise en charge. L'objectif est de permettre de régler au mieux les dossiers déjà en cours ;
- à partir du 1^{er} décembre 2026, seul le nouveau cadre de prise en charge sera applicable.

À noter : pour les prescriptions réalisées avant le 1^{er} décembre 2025 et conformes aux nouvelles règles, l'usager peut solliciter l'application des nouvelles conditions de prise en charge.

Outils:

- Site du Ministère: <https://handicap.gouv.fr/les-politiques-publiques/reforme-des-fauteuils-roulants>
- Ameli.fr: <https://www.ameli.fr/territoire-de-belfort/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/prescription-prise-charge/prise-en-charge-des-fauteuils-roulants-ou-vehicules-pour-personnes-en-situation-de-handicap-vph>

FORFAIT D'AIDE À LA MODERNISATION ET À L'INFORMATISATION DU CABINET (FAMI) 2025

La déclaration de vos indicateurs pour le FAMI 2025 doit être réalisée du 12 janvier au 2 mars 2026.

Une campagne de mailing a été adressée à la profession en date du 12/01/2026 avec une relance planifiée au 16/02/2026.

Champs	Indicateurs	Equivalent en €	Type d'indicateur	Justificatif
Indicateurs obligatoires (prérequis)	Indicateur 1 : Disposer d'un logiciel métier compatible DMP	490	Déclaratif avec pré-alimentation	Facture/ attestation éditeur
	Indicateur 2 : Disposer 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		Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 3 : Utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées		Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 4 : Atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70%		Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 5 : Disposer d'une messagerie sécurisée de santé		Déclaratif avec pré-alimentation	Pré-alimentation avec annuaire MSS ou attestation
Indicateur complémentaire (si atteinte des pré-requis)	Implication dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients	100	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
Indicateurs optionnels Télésanté	Equipement en appareils médicaux connectés ¹	175	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Equipement en vidéotransmission	350	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
TOTAL au maximum		1115		

A noter :

FAMI 2025 (indicateur 2) : suppression des anciens avenants qui sont inclus par défaut dans la version de cahier des charges SESAM-Vitale Addendum 8 (exigence déjà requise dans le FAMI 2024).

Perspectives FAMI 2026 (indicateur 2) : intégration de l'avenant Maintenance Addendum 8 2024 sera requise en sus des prérequis de 2025.

Liste d'équipements pris en compte pour bénéficier de l'aide à l'équipement en appareils médicaux connectés de 175 € :

- Spiromètre connecté
- Impedancemètre connecté
- Podomètre connecté
- Dynamomètre connecté
- Plateforme stabilométrie connectée
- Oxymètre connecté
- Stéthoscope connecté
- Dermatoscope connecté
- Mesure pression artérielle connectée

Outils à votre disposition:

- Lien "Déclarer mes indicateurs sur amelipro" : <https://espacepro.ameli.fr/>
- Lien "guide méthodologique FAMI" : <https://www.ameli.fr/content/guide-methodologique-du-forfait-d-aide-la-modernisation-et-informatisation-du-cabinet-professionnel-2025-masseur-kinesitherapeute>
- Lien "guide d'aide à la saisie des indicateurs du FAMI" : <https://www.ameli.fr/content/comment-declarer-vos-indicateurs-2025-forfait-d-aide-la-modernisation-et-informatisation-du-cabinet-professionnel>
- Lien "formulaire FAMI" : <https://www.ameli.fr/content/formulaire-fami-masseur-kinesitherapeute-indicateurs-declaratifs-2025>

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

ÉVOLUTION DU DISPOSITIF PRADO : ÉTAT D'AVANCEMENT

Lors de la dernière commission, nous vous avons informés de l'évolution du dispositif PRADO avec une reprise à terme par les acteurs locaux de ville.

Pour rappel:

- L'offre Prado doit s'adresser, en priorité aux patients atteints de pathologies relevant du champ des maladies cardiovasculaires et associées (insuffisance cardiaque, AVC, BPCO) avec la mise en place d'un renforcement de l'orientation à destination des personnes les plus « fragiles »
- Délégation de cette activité envisagée d'ici la fin 2026

Etat d'avancement

- Présentation du circuit actuel mis en place à l'une des 2 CPTS – présentation pour la seconde à venir
- Prise de contact avec le GRADeS pour déployer le volet PRADO au sien de l'HNFC
- À suivre: présentation terrain aux CPTS et mise en place d'un COPIL pour travailler sur l'organisation.



MEMO PRADO

NOUVELLES ORIENTATIONS PRADO

Avec l'émergence des nouveaux acteurs territoriaux amenés à structurer les relations ville/hôpital, le dispositif Prado évolue.

L'offre Prado s'adresse, en priorité :

- Aux patients atteints de pathologies relevant du champ des maladies cardiovasculaires et associées (insuffisance cardiaque, broncho-pneumopathie chronique obstructive, accident vasculaire cérébral).
- Aux personnes « fragiles » qui requièrent une aide spécifique à cause d'une autonomie réduite, de difficultés d'organisation, d'isolement, d'un logement inadapté, d'une faible couverture sociale ou de ressources limitées.

Cette évolution formalisée par des critères indicatifs de "fragilité potentielle" vise à renforcer l'orientation déjà engagée par les équipes de soins des établissements dont la mission est l'organisation de la sortie de l'hôpital et qui sont les seules décisionnaires de l'orientation vers le service Prado.

① Les grilles d'éligibilité (critères médicaux, critères d'autonomie et critères de contexte social) existants actuellement dans Prado (quel que soit le volet) ne changent pas.

② Les critères de priorisation comprennent :

- Les maladies cardiovasculaires et associées
- Les situations de « fragilité potentielle » :
 - L'absence de médecin traitant
 - Situations de vie : personne vivant seule, ou avec un aidant en difficultés ; logement nécessitant des adaptations, besoin d'aide significatif pour la planification des soins et d'organisation de la sortie.
 - les critères de prise en charge administrative : absence d'assurance complémentaire, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), personnes sous tutelle, en invalidité, avec ASI

PENDANT L'HOSPITALISATION

Adhésion au service Prado :
Lorsque le patient est éligible, les professionnels de santé de l'établissement transmettent une demande Prado avec l'outil Viatrajectoire. L'adhésion au dispositif peut alors être initiée par un conseiller de l'Assurance Maladie, lors d'un échange avec le patient, en chambre ou par téléphone.



PROTOCOLE LOCAL DÉROGATION À LA RÈGLE DU PS LE PLUS PROCHE

Suite à 2 sollicitations en fin d'année 2025, la question de la mise en place du protocole ou tout du moins les dérogations se pose de nouveau.

Il s'agit à travers ce protocole de définir les situations permettant de déroger à la règle du PS le plus proche afin de permettre la facturation d'indemnité kilométrique à la CPAM.

Conformément à l'article 2.2.2 de la convention des MK: « 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. »

L'application de la règle du PS le plus proche ne s'applique pas à la prise en charge des patients inclus dans le dispositif PRADO.

ÉTUDE LOCALE SOINS DE KINÉ AVEC TRANSPORT

Pour rappel:

La prise en charge de mes frais de transport

Les conditions de prise en charge de mes frais de transport

Mon médecin a rédigé une prescription médicale précisant :

- le lieu de soins (établissement ou cabinet) le plus proche et adapté à mon état de santé,
- le mode de transport le mieux adapté à mon état de santé et le moins coûteux.

Mes frais de transport sont pris en charge dans les cas suivants :

- Dans le cadre d'une hospitalisation complète, partielle ou ambulatoire.
- Si je dois recevoir des soins liés à mon ALD et que je suis dans l'incapacité de me déplacer seul(e).
- Quand je réponds à une convocation de contrôle du service médical de l'Assurance Maladie ou d'un médecin expert.
- Si mon état de santé nécessite obligatoirement un transport en ambulance.

Selon les cas, un accord préalable est nécessaire. Voir encadré au verso.

Ce que l'Assurance Maladie prend en charge

Je prends	Je suis remboursé(e)
 Une voiture particulière	100 %* du tarif des indemnités kilométriques en vigueur (0,30€/km). Lorsque je me rends à une consultation en cabinet médical pour mon ALD, je dois être accompagné(e) pour être remboursé(e).
 Les transports en commun	100 %* sur la base des dépenses engagées pour un transport en autocar, autobus, métro, tramway, d'un billet de 2 ^e classe pour un transport en train, pour moi et la personne accompagnante. Lorsque je me rends à une consultation en cabinet médical pour mon ALD, je dois être accompagné(e) pour être remboursé(e).
Un taxi conventionné, un véhicule sanitaire léger ou une ambulance 	100 %* sur la base du tarif de la Sécurité Sociale. Mon transporteur doit être conventionné. Mon taxi doit avoir ce logo bleu collé sur la vitre arrière droite du véhicule. 

* Sur la base du tarif de la Sécurité Sociale

Indicateurs clés

Nb patients transport + kiné

477

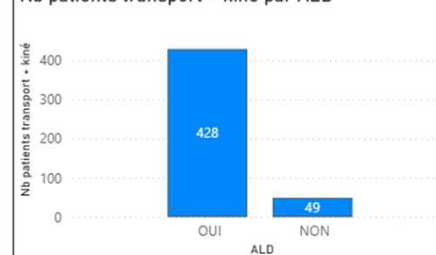
Nb patients ALD

428

Part patients ALD (%)

89,73 %

Nb patients transport + kiné par ALD

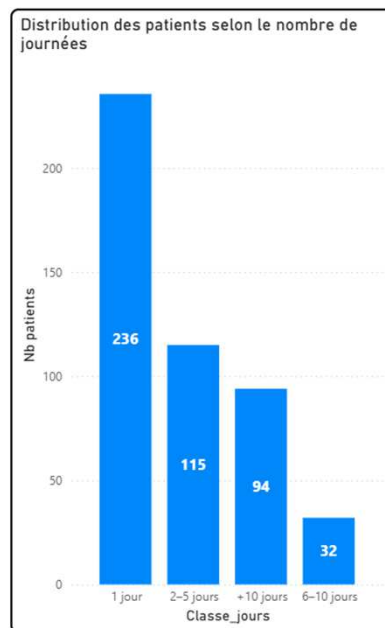
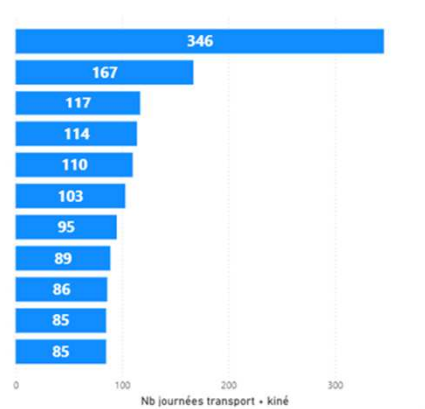


ÉTUDE LOCALE SOINS DE KINÉ AVEC TRANSPORT

477 patients ayant eu à la fois des transports et des soins de kinésithérapie sur la période. Parmi eux, 428 sont en ALD, soit près de 90 % de la population.

La population analysée est majoritairement composée de patients en ALD, traduisant un recours combiné transport–kinésithérapie principalement lié à des pathologies

Prescripteur anonymisé	NbJours	Nb patients transport + kiné	Nb patients ALD	Part patients ALD (%)
Prescripteur 1	346	121	112	92,56 %
Prescripteur 2	167	12	12	100,00 %
Prescripteur 3	117	5	5	100,00 %
Prescripteur 4	114	7	7	100,00 %
Prescripteur 5	110	2	2	100,00 %
Prescripteur 6	103	6	4	66,67 %
Prescripteur 7	95	5	5	100,00 %
Prescripteur 8	89	3	3	100,00 %
Prescripteur 9	86	3	3	100,00 %
Prescripteur 10	85	13	13	100,00 %
Total		477	428	89,73 %

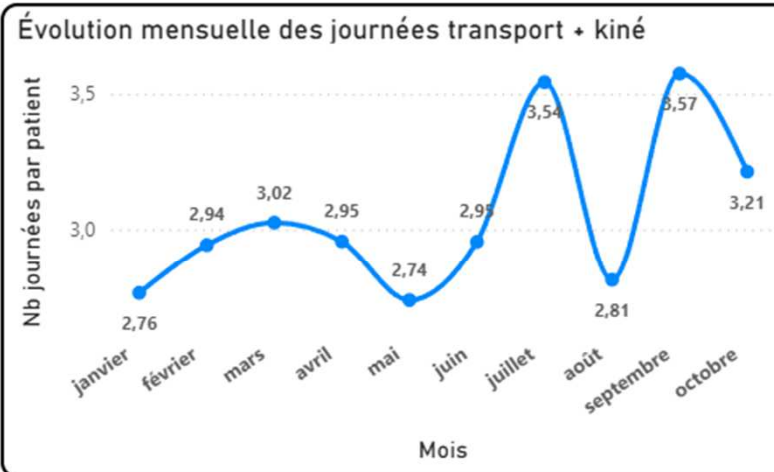


ÉTUDE LOCALE SOINS DE KINÉ AVEC TRANSPORT

Indicateurs clés

Nb prescripteurs transport

150



PLAN D' ACTIONS RÉGIONAL AUXILIAIRES MÉDICAUX– NOUVELLE ACTION

Bilan de l'action de l'envoi d'un courrier aux médecins prescripteurs ayant occasionné un indu à un IDEL/MK du fait de prescriptions non adaptées: au niveau régional, 44 courriers ont été adressés par les 8 CPAM en rappelant le montant des indus générés du fait de la mauvaise qualité de la prescription.

Nouvelle action régionale auprès des MK réalisant de la kiné vestibulaire (code ARL8)

A la suite d'un signalement d'un patient, une action dédiée va être mise en place au niveau régional. Pour coter l'acte ARL 8, le MK doit avoir suivi une formation spécifique (suite à recommandations HAS) notamment pour réaliser la manipulation. Les MK ne sont pas autorisés à facturer des dépassements d'honoraire excepté pour exigence du patient donc DE.

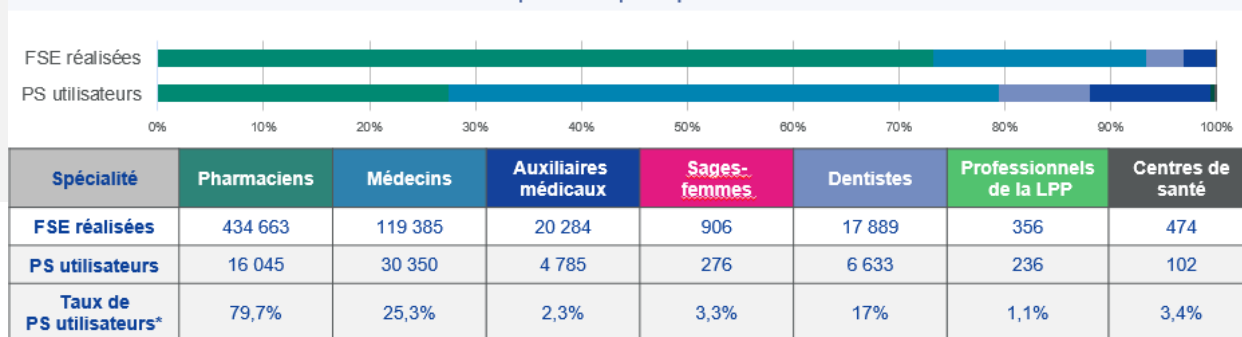
- ⇒ Il s'agit de vérifier l'existence d'une attestation de formation auprès des MK / procédure de notification d'anomalie dans une seconde étape
- ⇒ action qui sera lancée après information des représentants des 8 instances locales + CPR
- ⇒ Information de l'action à venir auprès du Conseil de l'Ordre régional des MK par l'échelon régional (DCGDR) postérieurement à la CPR du 31/03/2026
- ⇒ Puis contacts locaux auprès des différents Ordres puis en l'absence de réponse auprès des MK de chaque département.

Plan d'actions régional auxiliaires médicaux 2026: avez-vous des pistes de réflexions sur les actions qui pourraient être portées concernant votre profession (accompagnement pratique professionnelle, action de contrôle

NUMÉRIQUE EN SANTÉ

- ✓ Taux de télétransmission au 31 décembre 2025: 99,93% (98,41% à fin août)
Soit 78,02% (74,59%) de FSE et 21,91% (23,82%) de B2 dégradé
- ✓ SCOR: 100 % des kinés sont équipés et 98,95% utilisent SCOR
- ✓ ADRI : 98,95% des kinés équipés et 89,47% (86,67%) d'utilisateurs
- ✓ MSSANTE: 94,80% sont équipés soit 5 MK sans MSsanté
- ✓ DMP: 4,21% utilisateur (6%)
- ✓ ApCV: 5,3% d'utilisateur (5 MK) - information sur les activation: 4 636 assurés ont activé leur e-carte vitale à fin décembre
- ✓ Ordonnance numérique: pas d'utilisation

Répartition par spécialité



*Parmis les PS de cette spécialité facturant en SV, au cumul

Qualité facturation (septembre à décembre 2025):



Taux de rejet moyen **1%**
(variable entre 0,94% et 1,07%)
Sur un total de
22 322 factures
Top 5 des anomalies

Modération du ticket modérateur non trouvée en base – 43 factures soit 0,19% (143 factures soit 0,38%)
Les factures sont recyclées avec règlement du régime local pour les factures sécurisées sans indicateur de forçage

Facturation tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat - 27 factures soit 0,12% (61 factures soit 0,16%)
Les factures sont recyclées avec paiement de la part complémentaire dans le cas de factures sécurisées sans indicateur de forçage. **28% des rejets sur un PS (16 rejets)**

Le prescripteur est inconnu au fichier national des professionnels de santé – 22 factures soit 0,12% (57 factures soit 0,15%)
Il s'agit d'erreur de saisie des prescripteurs, en cas de présence de la prescription médicale via SCOR au moment du traitement des factures. Ces dernières sont recyclées (si factures sécurisées) et une information sur le numéro de prescripteur à utiliser est envoyée via le courrier COMPAGNON

Incompatibilité nature assurance/ régime : 39 factures soit 0,09%
Ce rejet est généré notamment pour des soins télétransmis au titre d'un accident du travail pour des assurés qui ne sont pas assurés pour ce risque au niveau de la CPAM

04

POINTS DIVERS

LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA *LE 24 SEPTEMBRE 2026*

**À 9H POUR LA SECTION SOCIALE ET 9H30 POUR LA SECTION
PROFESSIONNELLE**