

ACTU'ALIZÉ

INFORMER + ANALYSER + PROPOSER + DÉFENDRE

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Comment éviter
les pièges ?

RESTEZ ZEN
avec nos applis
métier

1 KINÉ = 1 VOIX
Alizé casse
les codes !

CONSTRUIRE L'AVENIR

en repensant le modèle
conventionnel



ALIZÉ
LE SYNDICAT
MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES
LIBÉRAUX - SALARIÉS



VERS UN NOUVEAU MODÈLE CONVENTIONNEL

Entre lucidité, ambition et responsabilité...

La kinésithérapie libérale traverse une crise profonde. Depuis vingt ans, la rémunération des kinésithérapeutes a chuté de plus de 35 % en valeur réelle. Ce chiffre brut, s'il illustre une érosion continue du pouvoir d'achat, ne rend compte que partiellement du malaise. Derrière les chiffres, il y a des professionnels qui cumulent les journées à rallonge, des vocations qui s'éteignent, des cabinets qui ferment et des étudiants qui renoncent avant même de commencer. Il ne s'agit pas simplement de tarifs, il s'agit également de conserver un sens à notre exercice. Notre système de santé est à bout de souffle. Et avec lui, c'est la promesse d'un accès équitable et pertinent à des soins de qualité pour tous qui s'effrite.

Le modèle conventionnel, censé garantir cet équilibre entre régulation publique et exercice libéral, est devenu l'un des symboles de cette impasse. Pensé à une époque où les budgets étaient moins contraints, les pathologies moins chroniques et la démographie de notre société bien différente, il n'a pas su s'adapter. À force de rigidités, d'empilements techniques et de négociations hors sol, il produit aujourd'hui l'effet inverse de ce qu'il était censé construire : **il n'incite pas à la qualité, il freine l'innovation, il décourage l'engagement.**

Face à ce constat, nous ne pouvons plus nous contenter de rustines ou d'ajustements à la marge. Il est **aujourd'hui indispensable de refonder le système conventionnel**. C'est le sens du projet porté par le syndicat Alizé. Pour l'élaborer, nous avons mobilisé nos forces vives, interrogé nos partenaires, et cherché l'inspiration auprès de nos homologues à l'étranger. Cet article est un aperçu de ce travail : **une proposition structurée, réaliste, ambitieuse**, pour redonner un avenir à notre métier et une boussole à notre système de santé.

> S'INSPIRER DE L'EXPÉRIENCE INTERNATIONALE

Dès le départ, nous avons fait le choix de sortir du cadre de réflexion qui est le nôtre. Pour refonder un modèle, il faut oser regarder ailleurs. Sous la coordination de Caroline Vicaigne, vice-présidente du syndicat Alizé en charge de la vie conventionnelle, nous avons mené **une étude comparative pendant plus d'un an**. Cette étude s'est appuyée à la fois sur une revue de **littérature internationale, sur des données institutionnelles, et sur une série d'entretiens** menés avec des représentants des kinésithérapeutes de plusieurs pays : Belgique, Suisse, Canada, Australie, Danemark, Angleterre et États-Unis. Cette approche a permis de croiser les regards, d'identifier les points communs, mais surtout **d'analyser les solutions concrètes** mises en œuvre ailleurs pour répondre à des défis similaires.

Ce que nous avons observé est sans appel. **Dans la majorité de ces pays**, les kinésithérapeutes sont **mieux rémunérés**, mieux reconnus, mieux intégrés dans les politiques de santé publique. L'accès direct y est la norme. **La rémunération varie en fonction de la complexité des soins**. Les professionnels sont réellement associés aux décisions qui les concernent. Dans certains cas, comme en Australie ou au Canada, ils ont même la capacité de prescrire certains examens ou d'ajuster les parcours thérapeutiques. Ce sont des systèmes qui font confiance à leurs professionnels. Et cela change tout.

> LA BELGIQUE : UN EXEMPLE PRAGMATIQUE & TRANSPOSABLE

Parmi ces expériences, **le modèle belge** est sans doute le plus inspirant pour la France. Il ne s'agit pas d'un Eldorado, ni d'un système sans faille. Mais il présente un équilibre intéressant entre **régulation publique, liberté professionnelle et soutenabilité économique**. En Belgique, les kinésithérapeutes siègent au sein de l'INAMI, l'équivalent de notre Assurance maladie, et participent pleinement à la co-construction des politiques de santé et des grilles tarifaires.

Leur système repose sur une tarification évolutive : les premières séances d'un traitement sont survalorisées, ce qui incite à une prise en charge initiale de qualité. Ensuite, le tarif diminue progressivement, évitant ainsi les prolongations inutiles. Cette logique encourage la pertinence sans pénaliser la complexité. **Le cadre conventionnel y est plus souple.** Chaque professionnel peut choisir d'être

conventionné ou non. Mais même hors convention, une part du soin reste remboursée par la sécurité sociale, dans une logique de solidarité maîtrisée. Ce n'est pas la porte ouverte à la médecine à deux vitesses. C'est un système intelligent, qui responsabilise à la fois le professionnel et le patient.

Enfin, la Belgique **indexe partiellement ses honoraires sur l'inflation** : une année, la rémunération est automatiquement ajustée en fonction de l'inflation en cours ; l'année suivante, des négociations conventionnelles sont organisées afin de faire évoluer le cadre d'exercice et d'entériner de nouvelles revalorisations répondant à des enjeux de santé publique.

Ce mécanisme **évite l'érosion progressive** que nous connaissons depuis vingt ans. Il ne garantit pas des hausses mécaniques déconnectées du contexte économique, mais il assure un minimum de stabilité.

Et cela change le rapport au temps, à l'investissement, à la projection professionnelle. Cela redonne également tout son sens au temps du dialogue conventionnel, en le délivrant de la pression financière permanente qui pèse aujourd'hui sur les discussions entre l'Assurance Maladie et les représentants des professionnels.

> MIEUX CONNAÎTRE LES BESOINS POUR MIEUX RÉPARTIR LES PROFESSIONNELS

Avant d'aborder les questions tarifaires ou organisationnelles, il est essentiel de déterminer quels sont les besoins. Et sur ce point, **la France est largement en retard**. Notre principal outil de planification, l'indicateur APL (Accessibilité Potentielle Localisée), ne repose sur aucune valeur cible. Il ne mesure ni la complexité des prises en charge, ni la charge réelle de travail, ni la disponibilité effective des professionnels. Il sert simplement à **répartir les tensions**, sans jamais se donner les moyens de les résoudre.

Il est temps d'en finir avec cette logique de gestion de la pénurie. Nous demandons à ce qu'une étude nationale rigoureuse soit menée pour identifier les besoins en kinésithérapie. Cette étude serait menée par des **experts indépendants** et croiserait les données épidémiologiques, territoriales, démographiques et socio-économiques. Elle permettra **d'objectiver les besoins réels en kinésithérapie** d'ajuster les aides à l'installation, de planifier la formation, et surtout de remettre de la cohérence dans les politiques de répartition territoriale des professionnels.



> UN NOUVEAU CADRE DE NÉGOCIATION : PLUS AGILE, PLUS TRANSPARENT, PLUS JUSTE

Une fois les besoins connus, il importe de refonder la façon dont les règles du jeu sont définies. **Le système conventionnel actuel est figé.** Il repose sur des cycles quinquennaux, sans clause de révision, sans évaluation des mesures prises précédemment, sans mécanisme d'adaptation. Les négociations se réduisent bien trop souvent à un bras de fer budgétaire, déconnecté des enjeux de santé publique.

Résultat : une défiance croissante des professionnels, une lenteur insupportable dans la mise en œuvre des réformes, et une **absence totale de vision** à moyen et long terme.

chiffres
CLES



5 ans

C'est la durée d'un cycle conventionnel

.....

6,5

Milliards

d'euros de dépenses par l'Assurance Maladie pour la Kinésithérapie

.....

34 actes

C'est la limite journalière d'actes facturables que nous proposons d'instaurer

Nous proposons de changer radicalement de paradigme. D'abord, en **instaurant une indexation partielle des honoraires sur l'inflation**, comme c'est le cas, par exemple en Belgique. Ensuite, en créant une **conférence annuelle** de suivi conventionnel, rassemblant Assurance maladie, syndicats représentatifs, patients et experts, **pour ajuster, avec un regard transversal**, les priorités en temps réel.

Enfin, en s'inspirant de la rythmicité de négociation belge, **une année indexation automatique, une année négociations conventionnelles.** Cela permettra d'ajuster les engagements en fonction de l'évolution des pratiques, des données de santé publique et du contexte économique.

> MODES DE RÉMUNÉRATION : TROUVER LE BON ÉQUILIBRE

Le débat sur les modes de rémunération est souvent caricatural. D'un côté, les partisans du paiement à l'acte défendent une rémunération proportionnelle au volume de travail, ce qui peut s'entendre. De l'autre, les promoteurs du forfait prônent la lisibilité, la prévisibilité, et la maîtrise des coûts. Mais la vérité, c'est que ni l'un ni l'autre ne peut répondre seul aux enjeux d'un système aussi complexe que le nôtre.

Il faut assumer un panachage raisonné de modes de rémunération, ce que la littérature sur le sujet tend à confirmer. Le paiement à l'acte reste indispensable dans de nombreux cas : soins à domicile, actes techniques, etc... Le forfait, lui, peut être utile pour les parcours chroniques ou les programmes structurés. Quant à la ROSP, Rémunération sur Objectifs de Santé Publique, elle pourrait être transposée à notre métier, pour valoriser réellement les pratiques vertueuses comme la transmission des bilans, la prévention ou encore la pertinence des soins.

Ce qui compte, ce n'est pas tant le mode de rémunération en lui-même. **C'est sa cohérence avec la pratique. C'est sa capacité à valoriser l'expertise et la responsabilité du professionnel en prévenant les comportements de facturation peu scrupuleux d'une minorité.**



> QUALITÉ ET PERTINENCE : DONNER DU SENS À L'ACTE DE SOIN

Le paiement à la qualité est sur toutes les lèvres dans les ministères ainsi que dans les couloirs de la CNAM. Ce qui est moins commun c'est de rencontrer des interlocuteurs qui l'évoquent d'un point de vue pratique. Dans les faits, ce concept reste largement théorique. Pire, il est parfois instrumentalisé pour justifier des logiques de rationnement. Pourtant, la qualité ne se décrète pas. Elle se construit. Elle se mesure. Elle se valorise.

Le système belge, encore une fois, nous offre une piste intéressante. En **survalorisant les premières séances** (hors prise en charge chronique), il incite les professionnels à s'investir pleinement dans le diagnostic, le projet thérapeutique, et l'engagement du patient. Ensuite, **une dégressivité** permet de limiter les dérives, sans empêcher les soins longs lorsqu'ils sont justifiés. Le professionnel qui aura des prises en charge plus courtes, parce qu'il a su autonomiser ses patients, bénéficiera plus souvent du tarif le plus élevé.

Ce dispositif permet d'une façon simple (ce qui est tellement rare dans l'administration française) d'inciter les kinésithérapeutes à avoir des pratiques vertueuses et qualitatives.

> VALORISER LES PRATIQUES SPÉCIFIQUES SANS RENONCER AU CARACTÈRE GÉNÉRALISTE

L'un des défis majeurs de la kinésithérapie contemporaine réside dans la valorisation des pratiques spécifiques sans mettre en péril le caractère généraliste de notre profession. **Le champ d'intervention du kinésithérapeute est large** : neurologie, pelvi-périnéologie, rééducation respiratoire, pédiatrie, oncologie, gériatrie... Ces domaines requièrent **des compétences spécifiques** de plus en plus poussées, des formations continues approfondies, du matériel spécialisé, et une approche thérapeutique adaptée.

Pourtant, **aujourd'hui, le système conventionnel ne valorise pas les professionnels** qui font le choix d'élever leur niveau d'expertise dans ces domaines. Ce non-sens affaiblit l'attractivité des pratiques spécifiques et fragilise l'offre de soins dans des domaines pourtant stratégiques.

Nous proposons d'**instaurer une reconnaissance pour ces pratiques spécifiques**, tant du point de vue économique que du point de vue des prérogatives accordées aux professionnels qui remplissent les conditions pour se revendiquer de ces pratiques. Du point de vue tarifaire nous proposons d'ajouter une marche supplémentaire aux tarifs dégressifs évoqués ci-dessus, ce tarif pourrait s'appliquer pour un nombre réduit de séances (3 à 5) avant que l'on retrouve la grille de tarifs décroissants habituels.

Du côté des prérogatives supplémentaires, nous proposons : un accès direct renforcé, une capacité à prescrire certains examens ou arrêts de travail de courte durée (3 à 5 jours). **L'enjeu n'est pas de diviser la profession, mais de reconnaître cet engagement, sans dévaloriser l'exercice généraliste. Il s'agit de construire des parcours d'évolution professionnelle qui permettent de répondre aux besoins spécifiques de la population.**

> SIMPLIFICATION TARIFAIRE : RESTAURER LA LISIBILITÉ ET LA CONFIANCE

Le vrai problème n'est pas l'existence du DE ou du HC. Aujourd'hui, la nomenclature est illisible. Les professionnels eux-mêmes s'y perdent. Chaque acte correspond à une lettre-clé, chaque combinaison entraîne une tarification différente. Ce millefeuille, censé garantir la traçabilité, a surtout généré de **la confusion, de l'insécurité**

juridique, et une défiance grandissante entre l'**Assurance Maladie** et les kinésithérapeutes. Pour autant nous comprenons la volonté de la CNAM d'obtenir des données sur la façon dont sont dépensés les **6,5 milliards d'euros** de dépenses d'Assurance Maladie liées à la kinésithérapie.

Nous proposons de **simplifier et de sécuriser le système en faisant converger nos tarifs vers quatre tarifs**. Un tarif pour les prises en charge simples, un tarif pour les prises en charge complexes (neurologie, grands brûlés, polytraumatismes), un tarif pour les soins en groupe (école du dos, éducation thérapeutique...), et un tarif pour les soins nécessitant un temps de séance plus long (BPCO).

La traçabilité s'appuiera sur une codification propre, rendue aisée grâce à des outils numériques d'aide à la codification, mais la tarification doit redevenir simple, lisible, prévisible et sécurisé.



**Fabriquant depuis plus de
40 ans de sondes de rééducation.**
Prises en charge par
les caisses d'Assurance Maladie.

**DISPONIBLES
CHEZ VOTRE
DISTRIBUTEUR
HABITUEL**



E.M.C EVOLUTION

Tél. 04 73 80 14 94 - contact@emc-evolution.com

Toute notre gamme sur : www.emc-evolution.com



> RÉHABILITER LES SOINS À DOMICILE : UN IMPÉRATIF DE SANTÉ PUBLIQUE

La prise en charge à domicile est en déshérence. De moins en moins de kinésithérapeutes s'y consacrent. Les trajets sont longs, les rémunérations faibles, les contraintes logistiques lourdes. Dans le même temps, la population vieillit, la dépendance progresse, et les hôpitaux débordent.

Il est absurde, économiquement et humainement, de voir des patients hospitalisés faute de n'avoir pas pu être pris en charge à domicile. Il est tout autant absurde de devoir recourir à **un transport en ambulance, qui coûte beaucoup plus cher à la collectivité**, alors qu'il suffit d'indemniser correctement l'acte à domicile pour que le soin puisse se dérouler au domicile du patient.

Pour améliorer l'attractivité de ce mode de prise en charge, nous proposons plusieurs leviers :

- Revalorisation de l'indemnité de déplacement à 6 euros ou création d'une grille tarifaire spécifique au domicile survalorisée par rapport aux soins de cabinet ;
- Reconnaissance de l'exercice exclusif à domicile comme pratique spécifique, pouvant donner droit à un conventionnement dérogatoire ;
- Généralisation de la gratuité du stationnement pour les professionnels intervenant à domicile.

Il en va de la dignité des patients. Mais aussi de la rationalité du système de soins.

> ESPACE DE LIBERTÉ TARIFAIRE : UNE RESPIRATION MAÎTRISÉE

Le système conventionnel français repose sur le principe de tarifs opposables. En théorie, il garantit l'égalité. En pratique, il asphyxie les professionnels. Car face à l'absence de revalorisation suffisante, les professionnels n'ont aujourd'hui que deux options : **augmenter le volume de leur activité** (au risque du burn-out), ou bricoler avec les possibilités restreintes de **dépassement** qu'offre la convention. Ce système pousse à la fuite, à la fraude, ou au renoncement.

Nous proposons de créer un espace de liberté tarifaire encadré, inspiré du modèle belge. Chaque kinésithérapeute pourrait pratiquer jusqu'à 30% de dépassements (part à évaluer) sans condition d'exigence du patient, dans un cadre fixé par la convention, avec information préalable du patient et transparence tarifaire. La part remboursée par l'Assurance maladie serait maintenue, tout comme la prise en charge d'une part de nos cotisations par l'Assurance Maladie. Les dépassements seraient encadrés par des plafonds pour éviter les dérives.

Ce système permettrait de restaurer une marge de manœuvre aujourd'hui devenue indispensable, sans sacrifier l'accessibilité aux soins puisque les organismes complémentaires **pourraient prendre en charge ces dépassements**. Il ne revient pas à instaurer une médecine à deux vitesses, mais à reconnaître que face à l'incapacité des pouvoirs publics de faire évoluer de façon juste notre rémunération, il est nécessaire d'envisager d'une façon plus large la prise en charge des soins de nos concitoyens.

> ACCÈS DIRECT : DE L'EXPÉRIMENTATION À LA GÉNÉRALISATION

L'accès direct est une évidence dans plus de 50 pays. Il permet un repérage précoce, une prise en charge rapide, une désaturation des cabinets médicaux ainsi qu'une meilleure efficacité des soins.

Mais aujourd'hui, alors que le comité d'alerte des dépenses d'Assurance Maladie vient de prononcer un avis ayant conduit à un report des revalorisations prévues pour plusieurs professions, le Gouvernement hésite à généraliser cette mesure qui est restreinte à certains cadres d'exercice coordonné. Cela crée des inégalités d'accès en fonction des territoires, de compréhension (aussi bien auprès des patients que de certains kinésithérapeutes) et de mise en œuvre.

Nous demandons la **généralisation immédiate** de l'accès direct à tous les kinésithérapeutes, sur la base de leur formation, de leur responsabilité, et d'un encadrement clair. En contrepartie nous proposons de **systématiser la transmission des bilans au médecin traitant**, de garantir la traçabilité, et d'intégrer ce dispositif dans une logique de parcours.

Ce n'est pas une revendication catégorielle. C'est une mesure d'intérêt général, cohérente avec le virage ambulatoire, la fluidité des soins, et la recherche d'efficacité économique.

> RESPONSABILISER LA PROFESSION, POUR GAGNER EN LÉGITIMITÉ

Nous le disons sans détour : la profession doit aussi oser regarder ses propres pratiques et les faire évoluer. De trop nombreux bilans ne sont toujours pas transmis au médecin du patient. Certains confrères accumulent un nombre déraisonnable de prises en charge. **Ces dérives individuelles entachent l'image collective.**

Nous proposons deux mesures claires : rendre réellement **obligatoire la transmission des bilans** (avec des outils numériques simplifiés et une rémunération adaptée), et **fixer un plafond de 34 actes facturables par jour**. Ce seuil est cohérent avec la jurisprudence, respectueux des réalités de terrain, et aurait l'avantage de neutraliser les comportements extrêmes.

Responsabiliser la profession, ce n'est pas la pointer du doigt. C'est lui donner les moyens de se structurer, d'améliorer son image et de montrer sa capacité à faire évoluer ses pratiques.

> CONSTRUIRE UNE RELATION CONVENTIONNELLE BASÉE SUR LA CONFIANCE

Ce que nous proposons ici, ce n'est pas une simple série de mesures. C'est une architecture complète, cohérente

et équilibrée. Un projet de société, qui reconnaît **la place centrale des kinésithérapeutes dans la santé publique**, et qui leur donne les moyens d'exercer leurs missions dans la dignité.

Ce modèle s'inspire des pratiques internationales, mais il a été pensé pour correspondre aux particularités française. Il respecte la solidarité, il garantit l'accessibilité et valorise la qualité. Il assume que l'on ne peut pas faire toujours plus avec toujours moins. Et surtout, il repose sur un principe : **la confiance**. Confiance envers les professionnels. Confiance envers les patients. Confiance envers les institutions, à condition que celles-ci jouent enfin leur rôle de partenaires et respectent leurs engagements.

Nous n'avons plus le temps d'attendre. Si nous voulons sauver la kinésithérapie libérale, et au-delà, le système de santé libéral, c'est maintenant qu'il faut agir. Pour cela, **il faut du courage**. Du courage politique. Du courage professionnel. Et une volonté collective de construire, ensemble, un système de santé libéral plus pertinent et plus humain. ■

Retrouvez
l'article complet sur
notre site en scannant
ce QRcode





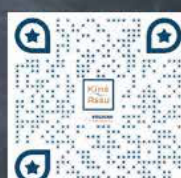
Votre sécurité est notre priorité !

Bénéficiez des conditions
exclusives en adhérant à
notre contrat groupe RCP
Kinésithérapeutes.

Offre réservée aux adhérents du syndicat Alizé

80€





Je souscris ma RCP Kiné
Membre Alizé à 80€/an
(120€ avec pratique ostéopathie)

Pelican Assurances – 279 boulevard Voltaire – 75011 Paris
Tél. : 01 43 73 66 00 – mail : contact@pelican-assurances.fr
SARL au capital de 350 000 € – RCS de Paris n° 799 035 605
Orias n°14002474 – www.orias.fr

**PELICAN**
ASSURANCES