



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

conventions avec les praticiens

Question écrite n° 74348

Texte de la question

M. Christophe Sirugue attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur l'accord préalable à un acte de kinésithérapie par le service du contrôle médical. La loi de finances de la sécurité sociale 2009, loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008, établissait, dans son article 42, une liste de référentiels concernant les actes en série de masso-kinésithérapie. Les pathologies référencées sur cette liste sont soumises à un plafond d'actes de masso-kinésithérapie au-delà duquel une demande d'accord préalable auprès du contrôle médical est nécessaire pour permettre à titre exceptionnel la poursuite de la rééducation. Il semble que l'ensemble de la profession ait déjà regretté, à la publication de la circulaire de la CNAM datée du 17 novembre 2009, que ces référentiels proposés par l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) et validés par la HAS (Haute autorité de santé) soient fixés sur des considérations comptables et non scientifiques. Par ailleurs, l'autorisation faite aux mutuelles d'augmenter leurs tarifs au 1er janvier 2010 fait peser la maîtrise de la dépense sur les patients les plus défavorisés. Enfin, un avis de l'UNOCAM (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire) daté du 3 février 2010, relatif à l'inscription de référentiels de masso-kinésithérapie au titre XIV de la nomenclature générale des actes et prestations, « suggère à l'UNCAM de lancer des travaux similaires sur d'autres pathologies, telles que les rachialgies (traitement des lombalgies et des cervicalgies) et les pathologies fréquentes liées au vieillissement ». Cette demande d'extension à d'autres pathologies du plafonnement des actes au-delà duquel une demande d'accord préalable auprès du contrôle médical est nécessaire place une fois encore la maîtrise des dépenses avant le maintien et l'amélioration de la qualité des soins. L'UNOCAM ajoute à cette réclamation une requête particulièrement difficile à accepter par la profession : intégrer l'âge du patient aux critères actuels autorisant de dépasser le plafonnement des actes en série. Peut-on accepter que l'UNOCAM qui regroupe des mutuelles et des organismes d'assurance à but lucratif tente de circonscrire la qualité des soins accordés aux patients en fonction de leur âge ? Aussi lui demande-t-il ce qu'elle entend faire pour empêcher, d'une part, l'extension de ce principe de plafonnement à d'autres pathologies et, d'autre part, l'ajout de critères d'exclusion supplémentaires.

Texte de la réponse

Pour répondre à ces préoccupations, il apparaît nécessaire de rappeler l'objectif de la mesure qui a conduit à la mise en place de référentiels issus de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 en précisant le rôle d'organismes tels que la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). L'objectif est de garantir au patient une prise en charge conforme aux meilleures pratiques médicales. Afin d'obtenir une meilleure adéquation entre les pathologies dont souffrent les patients et les soins qui leur sont nécessaires, la mesure soutenue par le Gouvernement et adoptée à l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 met à la disposition des professionnels de santé des référentiels validés par la Haute Autorité de santé (HAS). Ainsi, pour des opérations très courantes comme celles du canal carpien, de la prothèse de hanche ou des ligaments du genou, le nombre de séances de rééducation varie considérablement, sans que ces écarts soient justifiés d'un point de vue médical. Des études récentes s'appuyant sur des populations de malades homogènes et excluant les patients les plus lourds

indiquent par exemple que, pour la rééducation de la hanche après la pose d'une prothèse, 10 % des patients font plus de 40 séances et 50 % des patients plus de 22, ce qui constitue précisément la moyenne. Ainsi, cet article, en modifiant l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, permet, pour les prescriptions d'actes réalisés en série, d'introduire un seuil au-delà duquel la poursuite de la prise en charge du traitement par l'assurance maladie est soumise à un accord préalable du service du contrôle médical fondé sur un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS) ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Il convient d'insister sur le fait qu'une telle décision requiert obligatoirement la validation de la HAS dont l'avis est avant tout médical. Dans le cadre de ses missions, elle émet des recommandations et des avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription et de prise en charge les plus efficaces. En outre, elle peut procéder à tout moment à l'évaluation du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent d'un point de vue médical. Elle peut être également consultée, notamment par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou catégorie de produits ou prestations et, le cas échéant, des protocoles de soins les associant. L'assurance maladie a, par décision du 16 mars 2010 publiée le 29 mai 2010, élaboré six référentiels de masso-kinésithérapie qui proposent des seuils au-delà desquels un accord préalable du service médical sera nécessaire pour la poursuite de la prise en charge, pour des situations de rééducation précises. Il s'agit des situations suivantes : rééducation de l'entorse externe récente de cheville, rééducation de la main après chirurgie pour syndrome du canal carpien, rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou. Ces référentiels sont applicables depuis le 30 mai 2010. S'agissant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), elle a pour but de permettre la participation des assurances complémentaires à la gestion du risque grâce à un dialogue régulier avec l'UNCAM. Elle émet des avis sur les propositions de décisions de l'UNCAM. L'objectif est de permettre une meilleure coordination entre les remboursements de l'assurance maladie obligatoire primaire et les remboursements de l'assurance maladie complémentaire ainsi que de favoriser le développement des bonnes pratiques. Par ailleurs, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a instauré un dispositif d'association des organismes complémentaires à la gestion du risque maladie afin de mieux coordonner l'action des régimes obligatoires et complémentaires. Ce dispositif intervient en particulier dans les domaines peu financés par l'assurance maladie obligatoire. De plus, pour les professions pour lesquelles la part des organismes complémentaires dans la prise en charge est significative, la convention ou son avenant ne sera valable que s'il est signé par l'UNOCAM. Il apparaît essentiel de mettre en oeuvre ces référentiels afin de permettre une prise en charge plus cohérente de la kinésithérapie sur l'ensemble du territoire. À terme, l'ensemble des situations, pour lesquelles la masso-kinésithérapie est médicalement justifiée, devront être concernées par des référentiels.

Données clés

Auteur : [M. Christophe Sirugue](#)

Circonscription : Saône-et-Loire (5^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 74348

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Travail, emploi et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 23 mars 2010, page 3260

Réponse publiée le : 21 décembre 2010, page 13826