

Dossier technique

Suspension des revalorisations des kinésithérapeutes

Le dernier avis du comité d'alerte sur l'Ondam **conduira automatiquement à la suspension des revalorisations conventionnelles, dix jours avant leur mise en application (I)**. La FFMKR dénonce avec force le déclenchement de ce mécanisme, qui aurait pu être évité par les pouvoirs publics (II).

Les kinésithérapeutes libéraux s'apprêtent à payer le prix des choix budgétaires hasardeux des derniers gouvernements en matière de dépenses sociales. La FFMKR demande l'ouverture immédiate de négociations conventionnelles afin de garantir l'entrée en vigueur des revalorisations au cours du mois de juillet 2025 (III).

La FFMKR est scandalisée que la parole donnée et les engagements conventionnels soient sacrifiés par un processus bureaucratique aveugle, qui se substitue à un véritable débat public sur les dépenses de santé.

I. La suspension automatique des revalorisations conventionnelles prévues pour l'année 2025

Le dernier avis du comité d'alerte de l'Ondam (A) conduit automatiquement à la suspension des revalorisations conventionnelles (B).

A. Le Comité d'alerte sur l'Ondam alerte sur un risque sérieux de dépassement de l'Ondam en cours d'année

Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie s'est réuni hier, le 18 juin 2025. Sa mission, prévue par le code de la sécurité sociale, est de rendre un avis sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours (2025), en analysant « *notamment l'impact des mesures conventionnelles* » (article L.114-4-1 CSS).

En cas de « **risque sérieux** que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'ONDAM avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret », le Comité d'alerte doit le notifier au Parlement, au Gouvernement et à la Cnam, laquelle doit proposer « *des mesures de redressement* ». Le seuil de dépassement fixé par décret est de 0,5% (article D.114-4-0-17 CSS), soit 1,3 Md€ pour 2025.

La LFSS pour 2025 avait fixé l'Ondam à 265,9 Md€ (+3,4% par rapport à 2024).

Dans son avis publié hier, le Comité d'alerte met en avant l'existence de ce **risque sérieux** pour l'année 2025, en mettant en avant les éléments suivants :

- En 2024, l'Ondam a dépassé de 1,5Md€ (+0,6%) l'objectif fixé par la LFSS pour 2024 ;
- L'Ondam 2025 adopté par le Parlement a été construit de façon « *fragile* », ce qui induit un risque accru de dépassement de celui-ci ;
- Le déficit croissant des hôpitaux publics (66% de ceux-ci sont en déficit), qui se renforcera encore en 2025.

En outre, selon le comité d'alerte :

- Les **dépenses de soins de ville apparaissent pour l'instant (fin avril) en adéquation avec les prévisions**, à l'exception des indemnités journalières (+6,7% d'augmentation entre janvier et avril 2025 par rapport à la même période en 2024, contre une prévision de 4% en LFSS) ;
- Les dépenses de médicament ne devraient pas être autant régulées que prévu : 2Md€ d'économies par rapport à l'évolution spontanée des dépenses étaient prévues par la LFSS, mais les mesures d'application permettant cet effort tardent à se concrétiser.

Le montant agrégé des dépassements concernant les IJ et les médicaments devrait atteindre, selon le Comité d'alerte, **1,3Md€ soit le montant du seuil d'alerte**.

Le Comité d'alerte précise que 1,1Md€ ont été mis en réserve au début de l'année afin de couvrir de potentiels dépassements, mais l'essentiel de ces mises en réserve (0,9Md€) est destiné à couvrir le dépassement du sous-Ondam « établissements ». En théorie, ces mises en réserve pourraient être utilisées afin de couvrir le dépassement du sous-Ondam « soins de ville » ; toutefois, les dépenses d'établissements de santé devraient connaître également d'importants dépassements, **rendant impossible l'utilisation des mises en réserve « établissements » pour les soins de ville**.

Le Comité d'alerte note également que les économies de 0,1Md€ permises par le report de certaines négociations conventionnelles ont une portée affaiblie par le fait qu'une nouvelle convention avec la **profession des taxis** est prévue cette année.

Enfin, le Comité d'alerte insiste sur le caractère « *très incertain et circulaire* » de l'estimation des montants d'économies de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, étant donné le fort dépassement du sous-Ondam « soins de ville » en 2024, malgré des estimations d'économies de maîtrise médicalisée qui étaient identiques à celles prévues en 2025. Le Comité enfonce le clou en soulignant le fait que « *année après année, la réalisation des économies prévues au titre de la maîtrise médicalisée des dépenses n'est que partiellement documentée. Leur réalité n'est ainsi que partiellement avérée. A ce stade de l'année, il n'y a pas de raison qu'il en aille différemment en 2025* ».

B. Cette alerte conduit automatiquement à la suspension des revalorisations conventionnelles

L'Assurance maladie est dans l'obligation légale de proposer des mesures de redressement.

Outre ces propositions de mesures de redressement, l'action de l'Assurance maladie en cas de risque sérieux de dépassement de l'évolution des dépenses est prévue par l'article L.162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale, qui dispose que :

« II. — Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un **risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie** au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° de l'article LO 111-3-5 comprenant les dépenses de soins de ville, **l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires**, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou

accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 **est suspendue**, après consultation des parties signataires à la convention nationale concernée. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante. »

En tout état de cause :

- Les revalorisations prévues le 1^{er} juillet pour les kinésithérapeutes sont suspendues ;
- Un avenant conventionnel peut fixer une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations, compatible avec les mesures de redressement proposées par la Cnam ;
- En l'absence d'avenant, les revalorisations entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Les revalorisations prévues au 1^{er} juillet étaient les suivantes :

- +1,33€ sur les actes de kinésithérapie les plus courants (soit une augmentation de 8% des actes concernés) ;
- +2,87€ des actes de balnéothérapie ;
- +5,26€ sur l'acte de rééducation de la déambulation des personnes âgées ;
- Extension des indemnités de déplacement (4€) aux actes de rééducation de la déambulation des personnes âgées.

Ces revalorisations représentaient 80M€ de dépenses pour l'Assurance maladie en 2025.

II. Une injustice inacceptable pour les kinésithérapeutes libéraux

Cette suspension est inacceptable : elle s'impose à une profession qui a consenti de nombreuses contreparties à ces revalorisations âprement négociées (A). Elle est d'autant plus injuste qu'elle est due à une sous-évaluation de l'Ondam 2025 (B), ce qui fait porter aux kinésithérapeutes le poids du déficit hospitalier (C) et de l'absence de pilotage des dépenses d'indemnités journalières (D).

A. Les kinés ont déjà subi les contreparties de ces revalorisations

L'annonce du gel des revalorisations des actes de kinésithérapie, à 10 jours des revalorisations prévues le 1^{er} juillet 2025, est un véritable coup de poignard dans le dos de la profession.

Le **pouvoir d'achat des kinésithérapeutes s'effondre depuis une dizaine d'années**. Selon les données de l'Assurance maladie, le montant d'honoraires moyen par kinésithérapeutes était de 80.700€ en 2014 ; il était de 80.800 en 2022¹.

Les kinésithérapeutes sont pris dans un effet ciseau entre la stagnation de leurs revenus et l'augmentation du coût de la vie mais aussi de leurs charges de cabinet. En janvier 2024, l'indice des prix à la consommation de l'INSEE était de 118.2, contre 99.2 en janvier 2014² : **les kinésithérapeutes ont perdu 19% de pouvoir d'achat en dix ans**.

¹ Données accessibles sur la plateforme Data-ameli.fr. Ces montants ne représentent pas les revenus effectivement perçus par les kinésithérapeutes une fois les charges déduites ; le BNC moyen d'un kinésithérapeute est de 45k€ par an.

² Chiffres INSEE

Le 22 janvier 2024, une première revalorisation consécutive à la signature de l'avenant 7 (en 2023) avait permis l'augmentation de la lettre-clé à hauteur de 2,8% ; cela était cependant largement insuffisant, et n'a pas permis de compenser les effets de l'inflation des dernières années.

En contrepartie de ces revalorisations, qui doivent s'échelonner jusqu'en 2027, l'Assurance maladie a négocié de nombreuses mesures avec la FFMKR, parmi lesquelles :

- Le passage de près de 50% de la profession en zone non prioritaire, soumise à régulation de l'installation géographique ;
- L'obligation pour les nouveaux diplômés d'exercer en établissement ou en zone sous-dotée pendant deux ans avant de pouvoir être conventionnés.

Ces mesures, elles, ne seront pas décalées dans le temps à la suite de l'avis du Comité d'alerte sur l'Ondam.

Négociées de façon responsable par la FFMKR, les revalorisations contenues dans l'avenant n°7 ont été sacrifiées par la fixation de l'Ondam à un niveau plus bas que de raison, conduisant au déclenchement automatique de leur suspension.

B. L'Ondam 2025 a été largement sous-évalué

Depuis 2022, le sous-objectif « soins de ville » de l'Ondam augmente de plus de 4% par an, en dépenses constatées, et hors dépenses liées à la crise Covid³.

Ainsi, hors crise, l'Ondam « soins de ville » a augmenté en 2022 de 4,7% par rapport à 2021 ; en 2023, de 4,10% par rapport à 2022 ; en 2024, de 4,3% par rapport à 2023.

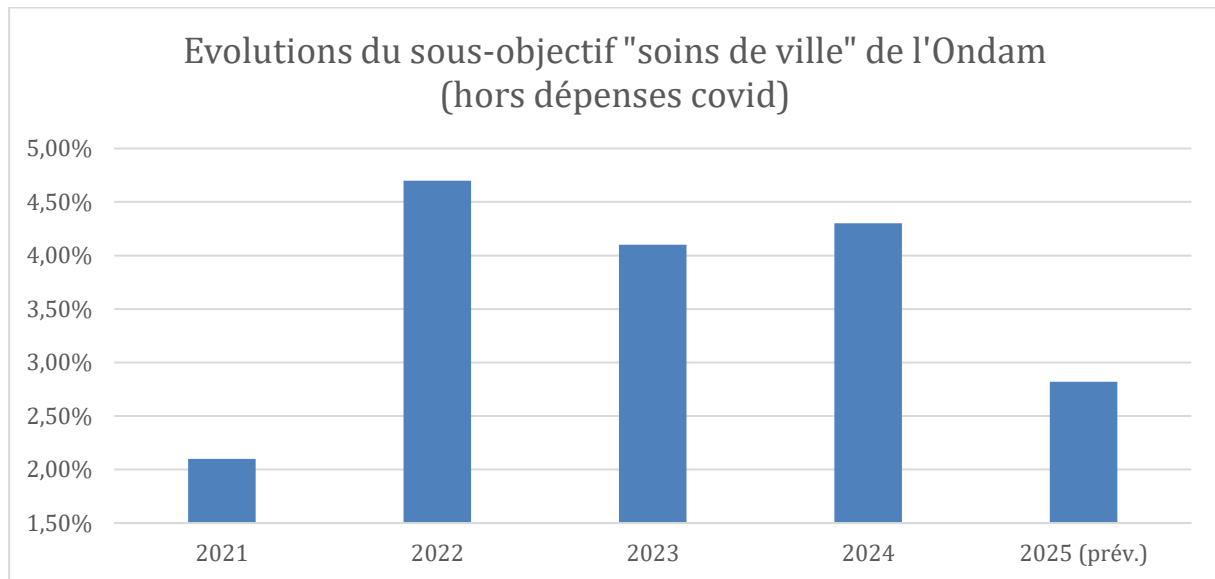
Initialement prévu à hauteur de 111,6 Md€ dans le PLFSS déposé en octobre 2024 par le gouvernement Barnier, le sous-objectif « soins de ville » devait représenter une augmentation de 2% par rapport à 2024. Revu à la hausse au cours de l'examen parlementaire, le sous-objectif a été finalement fixé à :

- 113,2 Md€ pour l'année 2025 ;
- 110,1Md€ pour l'année 2024.

Le Gouvernement tablait donc sur une évolution du sous-objectif « soins de ville » de 2,82% en 2025, par rapport à 2024.

Ce taux d'évolution est impossible à respecter. Le sous-Ondam « soins de ville » a été **fixé à un niveau trop bas pour permettre d'éviter un déclenchement de la procédure de « risque sérieux »** par le Comité d'alerte de l'Ondam.

³ Les dépenses constatées sont présentées dans les annexes n°3 des projets de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (PLACSS) et dans les annexes n°5 des projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).



Sources : projets de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (PLACSS) 2022, 2023 et 2024.

Cette sous-évaluation est d'autant plus incompréhensible que l'Ondam avaient déjà fait l'objet, en 2024, d'un dépassement de 1,5Md€ par rapport aux prévisions initiales, dépassement presque entièrement imputable au sous-Ondam « *soins de ville* ». Toutefois, les professions libérales conventionnées ne sont que partiellement responsables de ce dépassement de 2024, lequel est selon la Cour des comptes **dû aux « deux tiers » à un rendement plus faible qu'attendu des recettes atténuatives sur les produits de santé**, notamment les remises conventionnelles et la clause de sauvegarde, c'est-à-dire la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques dont les produits sont remboursés. Les autorités ne pouvaient ignorer qu'un risque de dépassement était, à nouveau, élevé pour l'exercice 2025.

Une évolution de l'Ondam « soins de ville » similaire à celle constatée les années passées (hors dépenses Covid), c'est-à-dire de 4,2%, **aurait conduit à la fixation du sous-objectif à environ 115,6Md€**. Le seuil du comité d'alerte n'aurait, ainsi, pas été déclenché.

C. Les kinésithérapeutes libéraux paient pour le déficit hospitalier

A la différence des établissements de santé et des soignants qui y travaillent, les kinésithérapeutes libéraux ne peuvent compter que sur les revalorisations conventionnelles pour compenser leur perte de pouvoir d'achat en cas d'inflation, et pour améliorer l'attractivité des métiers – d'autant que les dépassements d'honoraires sont, pour les kinésithérapeutes, interdits.

Si la FFMKR soutient les fédérations hospitalières et les syndicats de professionnels de santé salariés et fonctionnaires dans leurs revendications, elle condamne l'absence de perspectives similaires offertes à des professionnels libéraux qui, eux aussi, sont mobilisés au quotidien pour la santé des Français. Surtout, elle condamne le fait que les professionnels libéraux paient le prix de ces choix budgétaires, avant même qu'ils aient pu bénéficier de leurs propres revalorisations, et après qu'ils ont payé les contreparties.

A compter de 2021, les revalorisations du personnel soignant et médico-social travaillant en établissement ont représenté des dépenses supplémentaires sur le champ de l'Ondam de

7,9Md€ (en 2021), 10,3Md€ (en 2022) et 10,9Md€ (en 2023), dans le cadre des mesures issues du Ségur de la santé.

Depuis 2022, une série de mesures supplémentaires ont cherché, dans un contexte d'inflation, à améliorer la rémunération des professionnels de santé exerçant en établissements :

- En 2022, la hausse du point d'indice des fonctionnaires hospitaliers a représenté une dépense de 1,5Md€ sur le champ de l'Ondam ;
- En 2023, une nouvelle hausse du point d'indice a représenté 1,6Md€ de dépenses supplémentaires sur le champ de l'Ondam ;
- En 2023, une enveloppe de soutien aux établissements de santé pour le règlement de leurs charges de personnel ainsi qu'une aide exceptionnelle complémentaire ont représenté 1,3Md€ de dépenses supplémentaires sur le champ de l'Ondam⁴.

Ces mesures hospitalières représentent, selon la Cour des comptes, **plus de la moitié du cumul des dépassements de l'Ondam de 2021 à 2024, soit 9,3Md€**. Toujours selon la rue Cambon, **ces revalorisations décidées en cours d'année sont, pour 5,2Md€, non compensées dans le budget de l'Assurance maladie**⁵.

Par ailleurs, la Cour des comptes a souligné que la mise en œuvre de certaines mesures aurait dû être ajournée ou subordonnée à des économies, notamment certaines mesures d'attractivité des personnels des établissements de santé et médico-sociaux, à hauteur de 0,5Md€⁶.

Enfin, les mesures bénéficiant aux hôpitaux n'ont pas seulement consisté en des augmentations de dépenses, mais aussi en des pertes de recettes pour l'Assurance maladie. Ainsi, en 2024, la baisse des cotisations maladies dues par les établissements publics de santé, censée compenser la hausse des cotisations vieillesse des personnes hospitaliers rattachés à la CNRACL, a représenté 0,25Md€ de manque à gagner pour la branche maladie⁷ - perte de recettes n'étant bien sûr pas comptabilisée dans le champ de l'Ondam, qui ne comptabilise que les dépenses.

Malgré ces mesures, le Comité d'alerte de l'Ondam reste particulièrement inquiet du déficit des établissements publics de santé. Celui-ci croît de façon rapide ; désormais, 66% des hôpitaux publics sont déficitaires⁸. En 2024, selon la Cour des comptes, les montants cumulés de ces déficits représentaient l'équivalent de 2% de l'Ondam – lequel ne permet donc pas aux établissements d'équilibrer leurs recettes et dépenses, malgré le fait qu'il ait été largement supérieur ces dernières années pour les établissements de santé que pour les libéraux, hors dépenses Covid.

Selon le Comité, la mise à disposition des fonds mis en réserve au bénéfice des établissements ne pourrait ainsi être utilisé pour compenser le dépassement des soins de ville, étant donné cette

⁴ Chiffres présentés dans l'annexe 5 du PLFSS pour 2025, p.19.

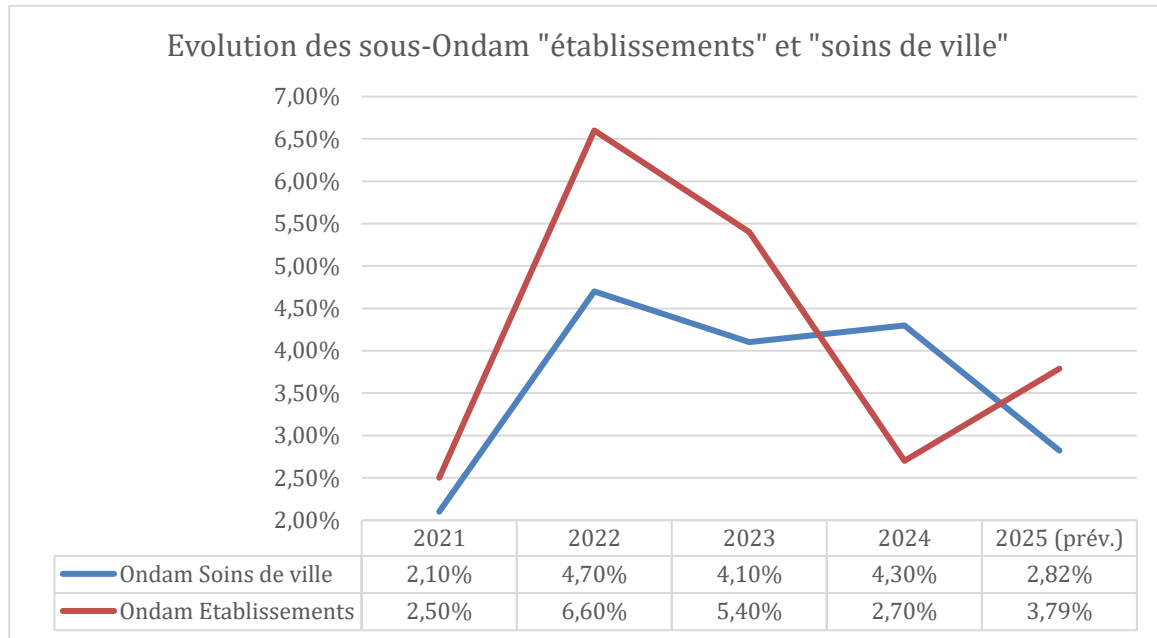
⁵ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025, mai 2025, p.100.

⁶ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025, mai 2025, p.98.

⁷ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025, mai 2025, p.93.

⁸ Avis du Comité d'alerte n°2025-2 sur le respect de l'Ondam, 18 juin 2025, p.2.

situation. Or, **les soins de ville ne font l'objet d'aucun mécanisme similaire de mise en réserve**, alors même qu'il serait particulièrement utile pour permettre le respect des engagements conventionnels en cas de dérapage budgétaire sur d'autres postes de dépenses.



D. Les libéraux paient pour une absence de maîtrise des indemnités journalières

Comme l'a relevé le Comité d'alerte, les dépenses d'indemnités journalières sont particulièrement dynamiques en ce début d'année 2025 : entre janvier et avril 2025, les dépenses d'IJ augmentent de 6,7% par rapport à la même période en 2024⁹.

Selon la Cour des comptes, cette forte croissance (6,5% par an en moyenne de 2019 à 2023) est due à la hausse de la sinistralité (taux de recours), mais plus encore au vieillissement de la population et à l'augmentation des salaires¹⁰. **Autant de paramètres qui auraient dû être anticipés à l'avance.**

Les IJ étant comptabilisées dans le sous-Ondam soins de ville, les kinésithérapeutes paient de leurs mesures conventionnelles l'explosion des dépenses d'indemnités journalières. La hausse des dépenses d'IJ doit être prise en main par de véritables mesures de prévention en entreprise ; elle ne doit en aucun cas servir de justification pour geler les rémunérations des kinésithérapeutes.

⁹ Avis du Comité d'alerte n°2025-2 sur le respect de l'Ondam, 18 juin 2025, p.2.

¹⁰ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025, mai 2025, p.104.

III. Les kinésithérapeutes libéraux ne laisseront pas passer cette mesure : la FFMKR exige l'application des revalorisations prévues dès le 14 juillet

En cas de suspension des revalorisations, l'entrée en vigueur de celles-ci est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante, sauf si un avenant fixe une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement proposées par la Cnam à la suite de l'avis du Comité d'alerte.

Les kinésithérapeutes n'attendent pas jusqu'au 1^{er} janvier 2026.

L'intersyndicale FFMKR – SNMKR - Alizé exige que soient ouvertes immédiatement des négociations en vue de conclure un avenant n°8.

Le I.- de l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit un mécanisme de stabilisateur économique : les revalorisations prévues par voie conventionnelle ne peuvent entrer en vigueur avant un délai de six mois suivant l'approbation de la convention ou de l'avenant. Un tel délai ne saurait bien sûr pas s'appliquer à un avenant spécial visant à fixer une date d'entrée en vigueur des revalorisations ultérieure à celle initialement prévue – ce serait une contradiction flagrante avec le II.- du même article.

Dès lors, aucun blocage juridique n'empêche l'Assurance maladie d'ouvrir dès à présent des négociations conventionnelles avec les syndicats de kinésithérapeutes.

Ne pas choisir cette voie représenterait une décision politique forte d'irrespect des engagements conventionnels.

L'intersyndicale revendique en outre :

- La création d'un **espace de liberté tarifaire** encadré, afin de compenser la perte de pouvoir d'achat de ces dernières années (19% en 10 ans).
- La mise en œuvre de **l'accès direct** aux kinésithérapeutes sur l'ensemble du territoire, afin d'améliorer l'efficacité et la soutenabilité budgétaire de notre système de santé.

L'intersyndicale FFMKR - SNMKR - Alizé appelle à une **mobilisation nationale le 1er juillet à Paris**, date à laquelle les revalorisations devaient entrer en vigueur.