RELEVÉ DE DÉCISIONS DE LA COMMISSION SOCIOPROFESSIONNELLE DÉPARTEMENTALE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES DE PARIS

RÉUNION DU 14 MARS 2017

CPAM DE PARIS
Service Gestion Vie Conventionnelles
21 rue Georges Auric
75948 PARIS CEDEX 19
Tél : 01.53.38.70.94
01.53.38.71.93

PARTICIPANTS

Sont présents :

- Messieurs ABBEYS - CHERUBIN - COCHARD - CODET - DUMAS - SERRE

Pour la section professionnelle

- Mesdames DAUFFY - GREBUS SAADIA - MENIL
- Messieurs ALBERTINI - CAILLE
- Madame le Docteur BRUNEAUX

Pour la section sociale

- Mesdames BAUDOIN - HAZARD -

Conseiller technique

- Mesdames BÉAL - MAINE

Secrétariat de la commission

Sont excusés :

- Monsieur BOSS

Conseiller technique de la section professionnelle

- Madame GAUTIER
- Messieurs LECONTE - NASSER

Pour la section sociale

La présidence de la Commission revient à la section sociale depuis le 1er janvier 2017. **Monsieur CAILLÉ** préside donc la séance.

1. APPROBATION DU RELEVÉ DE DECISIONS DE LA RÉUNION DU 4 OCTOBRE 2016.

Il convient en page 2 de corriger l'acte BPC coté AMK 13,5 et non AMK 8. Sous réserve de cette modification, le relevé de décisions est approuvé.

2. PROJET DE RAPPORT D'ACTIVITÉ 2016

Le rapport d'activité est approuvé.

3. DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE A FIN NOVEMBRE 2016.

Madame DAUFFY relève que les dépenses des masseurs-kinésithérapeutes ont connu une augmentation de 4,1% tous régimes confondus à Paris. Au niveau régional, elles enregistrent une évolution de +3,5% et de +4% au niveau national.

L'analyse par prestations fait apparaître que les AMS, qui représentent 70% des montants remboursés, enregistrent une augmentation de 5,1% à Paris (4,3% au niveau régional et 5,2% au niveau national), les AMK une augmentation de 1,1% (1,2% au niveau régional et 1,9% sur le plan national)). Quant aux AMC, ils connaissent une évolution importante à Paris avec +20,5% (+7,7% en région et +6,3% en France entière), cependant les volumes concernés sont faibles.
Les frais de déplacement augmentent de 2,1% à Paris, tandis qu'ils diminuent au niveau régional (-0,2%) et au niveau national (-0,5%).

L'analyse par volumes d'actes corrobore ces données avec une augmentation de 4,2% à Paris, 3,6% en Ile-de-France et 4,3% en France entière.

Monsieur SERRE fait remarquer que certaines caisses ont demandé aux masseurs-kinésithérapeutes de privilégier les cotations AMC pour les actes réalisés en EHPAD, ce qui pourrait expliquer l'évolution sensible des dépenses sur ce poste. **Le Docteur BRUNEAUX** indique qu'une communication a été faite en ce sens dans certains départements, notamment dans l'Essonne, mais pas à Paris.

Monsieur DUMAS aimerait que les BDK apparaissent dans le tableau des dépenses. Il évoque le problème récurrent des patients qui n'honorent pas leurs dix séances après le BDK, ce qui génère des récupérations d'indus pour les praticiens.

Madame DAUFFY indique que cette problématique sera abordée dans les questions diverses et qu'une ligne comptable consacrée au BDK n'est pas prévue pour le moment.

Madame BAUDOIN ajoute que, s'agissant du RSI, le montant remboursé en BDK a connu une hausse de 16,6%, avec 8735 BDK remboursés.

4. POINT PRADO.

Le Docteur BRUNEAUX rappelle les objectifs globaux du programme PRADO :

- Permettre au patient de retourner à domicile dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire, ce qui correspond à une demande croissante des patients,
- Favoriser le développement des pratiques ambulatoires,
- Mettre en œuvre des circuits de prise en charge adaptés aux besoins du patient,
- Eviter les ré-hospitalisations

Le PRADO BPCO a démarré en juin 2016 à Paris dans 3 établissements : Saint-Joseph, Cochin et Tenon/Saint Antoine. En 2016, le dispositif a recueilli 46 adhésions et pour 2017, au 25 février, on comptait 17 adhésions.

Le PRADO Chirurgie sur le volet orthopédie compte 15 établissements conventionnés à Paris : Hôpital Lariboisière, Hôpital Cochin, Hôpital Pitié Salpêtrière, Hôpital Saint-Antoine, HEGP, Clinique Maussins-Nollet, Clinique Arago, Centre Médico-Chirurgical Paris V, GHDCSS, Institut Mutualiste Montsouris, Saint-Joseph, Clinique Blomet, Clinique Geoffroy Saint-Hilaire, Hôpital privé des peupliers, Clinique Jouvenet. Le dispositif a recueilli 307 adhésions en 2016 et 195 en 2017 (au 25 février). L'âge moyen des adhérents est de 68 ans. Trois interventions représentent 57% des adhésions : la prothèse totale de hanche (23%), la prothèse totale du genou (31%) et la prothèse partielle du genou (3%). **Le Docteur BRUNEAUX** souligne que 100% des adhérents ont été mis en relation avec un masseur-kinésithérapeute et/ou un infirmier et que 99% des adhérents se déclarent satisfaits du dispositif PRADO.

Elle rappelle que le programme PRADO Chirurgie a été lancé en 2011 pour la chirurgie orthopédique pour 24 gestes et qu'il a été étendu en 2016 à tout acte de chirurgie (avec priorité à la chirurgie digestive).

Concernant le PRADO BPCO, **Monsieur SERRE** regrette que la facturation se fasse uniquement par feuille de soins papier avec des délais de paiement longs, alors que la prise en charge demande un investissement de temps important. Il estime que cela peut dissuader un certain nombre de masseurs-kinésithérapeutes.

Madame DAUFFY déplore également que la facturation se fasse par voie papier et espère que le circuit dématérialisé sera opérationnel dans le courant de l'année 2017.

Monsieur ABBEYS confirme que la rééducation BPCO est en effet délicate et chronophage et que la rémunération proposée aux masseurs-kinésithérapeutes est trop faible.

Malgré quelques écueils, **Monsieur CODET** se félicite de la mise en place des dispositifs PRADO qui permettent de mettre en relation l'hôpital ou les cliniques avec les praticiens de ville pour un meilleur suivi du patient.

Pour faire suite à une demande de la section professionnelle, **Madame DAUFFY** présente les dépenses liées aux Bilans Diagnostics Kinésithérapiques (BDK) aux 1ers semestres 2015 et 2016. Elle indique que les montants remboursés ont connu une évolution de +10,6% à Paris (+8% en région et +8,8% en France métropolitaine) et que le volume des

actes a enregistré une hausse de 11,6% à Paris (9% au niveau régional et 9,6% au niveau national).

Monsieur DUMAS pense qu'il serait pertinent d'indiquer combien de professionnels sont concernés par le BDK. **Madame DAUFFY** précise que 1 600 masseurs-kinésithérapeutes ont réalisé des BDK.

Monsieur SERRE s'interroge sur le tiers de professionnels qui ne font pas de BDK et sur la pertinence des actes réalisés.

5. POINT SUR LE TIERS PAYANT POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ :

Madame DAUFFY rappelle que la généralisation du tiers payant à l'ensemble des assurés comporte 3 grandes étapes :

- Au 1er Juillet 2015 : pratique du tiers payant intégral pour les bénéficiaires des contrats complémentaires ACS labellisés.

- Au 1er Juillet 2016 : possibilité de pratiquer le tiers payant sur la part obligatoire prise en charge par l'assurance maladie pour les bénéficiaires atteints d'une ALD exonérante, uniquement pour les soins en rapport avec l'ALD et les bénéficiaires prises en charge au titre de l'assurance maternité (du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour suivant l'accouchement, et des examens obligatoires liés à la grossesse et au suivi du nourrisson et de l'enfant de moins de 6 ans).

- Au 31 décembre 2016 **:** cette possibilité devient un droit pour le patient pris en charge à 100% au titre de son ALD exonérante ou de l'assurance maternité**.**

- Au 1er Janvier 2017 : possibilité de pratiquer le tiers payant sur la part obligatoire prise en charge par l'assurance maladie pour l'ensemble des bénéficiaires, avec l'annonce d'une date fixée à fin novembre 2017 pour le rendre obligatoire.

Madame DAUFFY précise que la CPAM de Paris suit depuis le 1er janvier 2016, l'évolution du taux de tiers payant pour les assurés parisiens du régime Général.

Depuis juillet 2016, des actions de sensibilisation sont menées en direction des professionnels de santé parisiens sur l'application du tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS. Dans un premier temps des courriers ont été adressés aux médecins parisiens, ce type d'action va être étendu à d'autres catégories de professionnels dont les masseurs-kinésithérapeutes.

Les données issues du Système Informationnel de l'Assurance Maladie (SIAM) concernant la profession font apparaître que le taux moyen de tiers payant intégral des masseurs-kinésithérapeutes pour les bénéficiaires de l'ACS se situe à 85% à fin août 2016. Au cours du 1er semestre 2016, 112 masseurs-kinésithérapeutes parisiens ont réalisé des soins à au moins un bénéficiaire de l'ACS. Parmi eux, 226 n'ont jamais facturé les soins de ces patients en tiers payant intégral. Un courrier de rappel va être adressé à ces professionnels, indique **Madame DAUFFY**.

Monsieur SERRE fait remarquer la complexité du dispositif, notamment pour faire la distinction entre les contrats ACS labellisés ou non.

Monsieur ABBEYS attire l'attention sur le fait qu'une certaine proportion de patients bénéficiaires de l'ACS n'honorent pas leur rendez-vous. Cela peut engendrer des difficultés financières pour les professionnels et les inciter à facturer ces séances non réalisées.

Madame DAUFFY indique qu'un rappel sur cette question a été faite aux assurés.

Monsieur ALBERTINI comprend le désagrément que peut susciter cet absentéisme mais il rappelle, qu'en aucun cas, cela ne peut justifier la facturation d'actes fictifs.

6. ATTRIBUTION A TITRE DÉROGATOIRE DE L'AIDE SESAM-VITALE

Madame BEAL précise que la demande d'attribution à titre dérogatoire de l'aide Sesam-Vitale concerne l'exercice 2015.

Elle indique que 2 175 kinésithérapeutes ont perçu l'aide pérenne au titre de l'année 2015, soit 86,93% des professionnels en Sesam-Vitale, pour un montant de 652 500 euros.

Conformément à ce que prévoit la convention, une professionnelle demande à pouvoir bénéficier de l'aide pérenne d'un montant de 300 euros à titre dérogatoire. Avec un taux de télétransmission de 68,16%, elle est proche de l'objectif. Elle indique avoir dû faire de nombreux flux dégradés en l'absence de carte vitale des patients.

La commission accorde à l'unanimité l'aide dérogatoire demandée.

7. ACTUALITÉ SCOR

Madame HAZARD rappelle que l'article R161 - 47 (modifié par décret n°2007-199 du 14 février 2007 - art 5 JO du 15 février 2007) du code de la Sécurité Sociale expose les conditions de transmission des feuilles de soins aux organismes servant les prestations de base de l'Assurance Maladie.

SCOR est généralisé à l'ensemble de la profession depuis le 7 avril 2014.

Le taux de télétransmission de la profession progresse depuis 2014 (+ 4,18 points de 2014 à 2015 et + 1,62 points de 2015 à 2016) et dépasse désormais la moyenne toutes catégories de professionnels de santé, atteignant un taux de télétransmission global de 91%. Néanmoins, le taux de flux sécurisés diminue (75,70 % en 2016 contre 76,30 % en 2015), ce qui s'explique sans doute par l'absence de carte vitale du patient au moment de la facturation.

Madame HAZARD indique qu'au 1er janvier 2017, sur 2963 professionnels actifs en facturation, 432 n'avaient pas engagé la facturation en mode SESAM Vitale.
333 contacts, dont 88% auprès de masseurs kinésithérapeutes installés sur le territoire parisien avant 2015, seront effectués en 2017 pour accompagner le démarrage en SESAM Vitale.

S'agissant de SCOR, au 28 février 2017, 2415 masseurs kinésithérapeutes utilisent ce dispositif contre 2624 au 31 décembre 2016, soit un écart de 209 utilisateurs (dont 147 utilisateurs qui ont cessé leur activité).

42 professionnels de santé télétransmetteurs restent à contacter dans le cadre de la promotion SCOR, 30 autres dans le cadre d'une relation personnalisée (engagements 2016 non concrétisés à ce jour) précise **Madame HAZARD**. Ainsi, fin 2017, l'intégralité de la profession aura été contactée et accompagnée dans le cadre de la promotion des dispositifs SESAM - Vitale et SCOR.

8. INFORMATION SUR LES PRATIQUES TARIFAIRES DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES PARISIENS

Monsieur ALBERTINI indique en préambule que la situation parisienne est préoccupante, les chiffres issus des bases de données de l'Assurance Maladie faisant apparaître une évolution significative des dépassements d'honoraires chez les masseurs-kinésithérapeutes.

La Caisse a réalisé une étude sur ce sujet. Le taux moyen de dépassement est de 33,6% pour les AMS, il a augmenté de manière sensible depuis 2014 (+5,1 points). S'agissant des AMK, le taux moyen de dépassement est de 25,6% (+3,3 points sur la même période). Au global, le taux de dépassement moyen est de 31%, soit une évolution de 4,5 points entre les deux périodes.

La distribution par déciles fait apparaître que plus la valeur du décile augmente et plus l'évolution du taux de dépassement est importante. Ainsi, au 6eme décile, le taux de dépassement est de 31,6%, au 7eme décile, il est 46,4%, au 8eme décile de 63,7% pour atteindre 95% au 9eme décile.

Le deuxième volet de l'étude, à savoir la fréquence de dépassement, montre que près de la moitié des actes sont effectués avec dépassement (46,1%), cette tendance étant particulièrement marquée avec les AMS (51,6%, soit une augmentation de 3,4 points).

La tendance s'accentue ajoute **Monsieur ALBERTINI** et il souhaite réfléchir avec la section professionnelle aux actions à mener, notamment auprès des 10% ou 20% des masseurs-kinésithérapeutes qui pratiquent des tarifs au double des tarifs conventionnels, voire au triple pour 8% d'entre eux.

Monsieur CODET estime que ces résultats ne sont pas si alarmants et considère que le taux de dépassement reste relativement contenu eu égard à l'augmentation des frais généraux, des charges importantes dans la capitale alors que les honoraires sont bloqués depuis plusieurs années. Monsieur **DUMAS** partage cette opinion et tient à nuancer le constat, rappelant que 54% des actes sont effectués sans dépassement à Paris.

Monsieur ALBERTINI rappelle que l'activité des praticiens est placée sous l'égide de la Convention et que la Caisse de Paris ne peut rester sans agir face à une évolution significative du taux et de la fréquence des dépassements.

Monsieur COCHARD demande quelles mesures envisage la Caisse.

Monsieur ALBERTINI souhaite que des pistes de réflexion soient envisagées en partenariat avec la section professionnelle.

Monsieur ABBEYS stipule que les D.E (dépassement pour exigence) sont conventionnels. **Monsieur ALBERTINI** rappelle que les D.E sont des dépassements

pour exigence particulière du patient, non liés à un motif médical et obéissent à une définition très précise.

Monsieur ALBERTINI conclut, qu'en tout état de cause, la Caisse de Paris, en tant que garante de la bonne application de la Convention, ne peut se résoudre à laisser la pratique tarifaire de la profession évoluer dans ce sens, notamment dans le cadre de la politique d'accès aux soins.

Les membres de la commission conviennent d'organiser des groupes de travail sur cette thématique.

9. QUESTIONS DIVERSES

- Dispositif PAERPA

Mme DAUFFY indique qu'à fin décembre 2016, 244 PPS (Plan Personnalisé de Soins) avaient été versés pour un montant total de 13 674 euros. Ces données concernent les assurés parisiens du régime général.

Un masseur kinésithérapeute est associé dans 18 PPS établis soit 8,6%.

A fin décembre 2016, 10 masseurs-kinésithérapeutes parisiens ont été rémunérés pour la réalisation d'un PPS.

De plus, 23 masseurs-kinésithérapeutes ont adressés un PPS à la Maison des Aînés et des Aidants (M2A) qui est la structure de coordination du dispositif PAERPA. Ces PPS n'ont soit pas fait l'objet d'une facturation, soit l'assuré relève d'une autre CPAM ou d'un autre régime.

Aussi, 33 masseurs kinésithérapeutes sont impliqués dans la réalisation d'au moins 1 PPS.

Monsieur DUMAS regrette qu'il n'y ait pas plus d'information à destination des masseurs-kinésithérapeutes concernant ce dispositif.

- Frais de déplacement

Madame DAUFFY indique que, de janvier à novembre 2016, les frais de déplacement ont représenté un montant de 5 213 597 euros.

Monsieur COCHARD aimerait que la prochaine présentation prenne en compte le taux d'évolution des frais de déplacement.

Madame DAUFFY confirme que ce sera dorénavant le cas.

- Campagne DAM

Madame GREBUS SAADIA informe les membres de la commission du lancement d'une campagne des délégués de l'Assurance Maladie auprès de la profession à partir du mois de mai 2017 concernant différentes thématiques dont la facturation, PRADO et PAERPA.

- Demandes d'indus concernant les BDK

Ce point a été inscrit à la demande de la section professionnelle.

Monsieur DUMAS indique que des professionnels l'ont informé de notification d'indus pour les BDK dans les cas où les dix séances suivant le bilan n'ont pas été effectuées.

Madame DAUFFY répond qu'il s'agit d'une phase amiable et que les praticiens concernés peuvent tout à fait faire entendre leurs arguments.

10. FIXATION DE LA DATE DE LA PROCHAINE RÉUNION

La date de la prochaine réunion est fixée au :

- **Mardi 10 octobre 2017 à 9 heures 30**

dans les locaux de la CPAM de Paris.

LE PRÉSIDENT — LE VICE-PRÉSIDENT

Anthony CAILLE — Philippe COCHARD