

PRÉAMBULE

Conformément à l'avenant du 10 avril 2003 de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie, le présent avenant détermine un nouveau système pertinent de suivi et de régulation médicalisée de l'activité individuelle des masseurs-kinésithérapeutes.

A partir des outils existants, est définie une méthodologie permettant, de façon anonyme, d'isoler les activités individuelles atypiques dont le profil paraît présenter des anomalies au regard des engagements prévus à l'article 9 et au titre III de la convention.

Le présent avenant a pour objet de définir les modalités du suivi de l'activité individuelle des masseurs-kinésithérapeutes et notamment la méthodologie à observer pour assurer ce suivi en tenant compte des conditions spécifiques d'exercice de la profession.

Le dispositif mis en place est fondé sur une analyse qualitative de l'activité individuelle (approche médico-administrative) pour les professionnels dont l'activité est préalablement isolée à partir de la réunion d'un certain nombre d'indicateurs.

ARTICLE 1^{er}

Le Titre III (article 11 à 14bis) de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes est supprimé et remplacé par le titre suivant.

TITRE III Du suivi et de la régulation médicalisée de l'activité individuelle

ARTICLE 1.1 : PRINCIPE DU SUIVI DE LA REGULATION MEDICALISEE DE L'ACTIVITE INDIVIDUELLE

Conformément à l'avenant du 10 avril 2003 de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie, les parties signataires conviennent de déterminer un nouveau système pertinent de suivi et de régulation médicalisée de l'activité individuelle des masseurs-kinésithérapeutes.

A partir des outils existants, est définie une méthodologie permettant, de façon anonyme, d'isoler les activités individuelles atypiques dont le profil paraît présenter des anomalies au regard des engagements prévus à l'article 9 et au titre III de la convention.

Les parties conviennent de définir les modalités du suivi de l'activité individuelle des masseurs-kinésithérapeutes et notamment la méthodologie à observer pour assurer ce suivi en tenant compte des conditions spécifiques d'exercice de la profession.

Le dispositif mis en place est fondé sur une analyse qualitative de l'activité individuelle (approche médico-administrative) pour les professionnels dont l'activité est préalablement isolée à partir de la réunion d'un certain nombre d'indicateurs.

ARTICLE 1.2 : LE SUIVI DE L'ACTIVITE INDIVIDUELLE

Les caisses sélectionnent les 5% de professionnels qui facturent le moins de bilans-diagnostic kinésithérapeutiques dans le département.

Pour ce faire et afin de garantir une approche inter-régime de ce suivi, un circuit de transmission des données est mis en place. Les CMSA et les CMR transmettent le nombre de bilans-diagnostic kinésithérapeutiques facturés par professionnel pour leurs assurés. Elles fournissent ces données aux services administratifs de la CPAM, au plus tard le 30 avril de l'année en cours. La CPAM réalise une compilation de ses données et de celles fournies par les CMSA et CMR et sélectionne les 5% de professionnels qui facturent le moins de bilans-diagnostic kinésithérapeutiques dans le département.

Si de nombreux masseurs-kinésithérapeutes facturent peu de bilans dans un même département, le précédent critère peut s'avérer insuffisant pour permettre la sélection d'un nombre adéquat de dossiers.

Dans cette hypothèse, les caisses affinent la sélection en utilisant d'autres données issues du système informationnel inter-régime afin de retenir 5% de la population de masseurs-kinésithérapeutes.

Ces données sont le nombre annuel d'actes AMK/AMC/AMS, le nombre moyen de séances par patient et la part de dépassements sur l'ensemble des honoraires du masseur-kinésithérapeute.

Ces indicateurs seront modifiés en fonction de l'évolution de la réglementation et en fonction de l'évaluation de l'utilisation de ce dispositif qui sera fait par les partenaires conventionnels, au bout de 2 ans.

Le seul fait pour un masseur-kinésithérapeute d'être retenu dans cette sélection ne peut lui être préjudiciable et ne préjuge pas de l'analyse qui sera faite sur le plan qualité de son activité.

ARTICLE 1.3 : L'ANALYSE QUALITATIVE DES DOSSIERS RETENUS

Une analyse qualitative des dossiers retenus est effectuée par les services médicaux et administratifs de la Caisse.

Ces critères concourent particulièrement à la bonne distribution de soins de qualité en masso-kinésithérapie et à l'amélioration de la pratique de la masso-kinésithérapie.

Les indicateurs de qualité retenus sont les suivants :

1. Le bilan-diagnostic kinésithérapeutique

L'établissement d'un bilan-diagnostic kinésithérapeutique est obligatoire depuis 2000. Il est aujourd'hui encore sous utilisé par la profession. Ce nouveau dispositif de suivi et de régulation médicalisée a notamment pour objectif de dynamiser la montée en charge du bilan et d'amener la profession tout entière à pratiquer plus de 50% de bilans dans les 2 ans. Cet indicateur centré sur le bilan permet d'encourager son utilisation.

Le nombre de bilans-diagnostic kinésithérapeutiques facturés par le masseur-kinésithérapeute est comparé à la moyenne du département.

Pour permettre une analyse plus précise de l'activité du masseur-kinésithérapeute, est également examiné le pourcentage de bilans établis par le professionnel pour les patients qui ont plus de 10 séances, nombre de séances à partir duquel le bilan est facturé.

En fonction du taux de réalisation et de facturation du bilan par le professionnel, la caisse lui demande dans un premier temps d'augmenter son taux de bilans facturés et son dossier est de nouveau étudié dans les 6 mois qui suivent.

Lors de la première analyse, si le pourcentage de bilans facturés est inférieur à 10%, le masseur-kinésithérapeute devra atteindre un taux de 20% dans les 6 mois.

Si le pourcentage se situe entre 10 et 20%, le pourcentage de 30% devra être atteint dans les 6 mois.

Si le pourcentage se situe entre 20 et 30%, le pourcentage de 40% devra être atteint dans les 6 mois.

Si le pourcentage se situe entre 30 et 40%, le pourcentage de 50% devra être atteint dans les 6 mois.

Si le pourcentage se situe entre 40 et 50%, un pourcentage de plus de 50% devra être atteint dans les 6 mois.

Une étude qualitative des bilans facturés par le masseur-kinésithérapeute est réalisée par le service médical des caisses, sur la base des fiches synthétiques, tenues à la disposition du service médical à sa demande. Cette analyse sera faite en référence à la grille d'analyse qualitative de la fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapique conçue dans le cadre de l'Acabus conclu dans l'avenant du 10 avril 2003.

2. Exercice du professionnel dans le respect de la nomenclature.

Les partenaires conventionnels retiennent des thèmes sur lesquels l'activité du professionnel est notamment examinée.

Ces thèmes sont notamment :

- Le nombre d'actes à double cotation non conformes à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.
- Le respect de la rééducation individuelle (hors modalités particulières de traitement).
- Le profil d'activité du professionnel selon la cotation, comparée à celle du département. S'il apparaît, au vu de cette seule comparaison, un écart notable, des éléments explicatifs, liés à la patientèle prise en charge par le professionnel, doivent être recherchés.
- L'étude de la variation du nombre d'actes par patient au regard des nouvelles revalorisations de coefficients de certains actes de kinésithérapie, en donnant la priorité à la rééducation respiratoire.

3. Le respect de références en masso-kinésithérapie

Les recommandations et les références professionnelles élaborées par l'Anaes en matière de masso-kinésithérapie sont mises en œuvre par les partenaires.

Un Acabus sur la rééducation dans le cadre du post-partum est en cours de négociation avec la profession et un Acabus sur la lombalgie donnera lieu à des travaux. Dès lors que ces Acabus seront applicables, les recommandations de l'Anaes relatives à leur thème pourront faire partie de l'analyse qualitative réalisée par les échelons locaux du service médical. Les parties définiront alors les indicateurs sur lesquels le respect des engagements au titre l'Acabus pourra être évalué dans le cadre de la procédure de suivi individuel.

4. La participation aux actions de formation continue, dès lors que celle-ci sera rendue obligatoire pour les para-médicaux.

Dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique, un nouvel article L.4382-1 dans le Code de la Santé Publique, concernant la formation pour les auxiliaires médicaux serait introduit.

Il indique que la formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. La formation continue est obligatoire pour toutes les personnes mentionnées au livre troisième relatif aux auxiliaires médicaux. L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles. Les conditions de mise en œuvre de la formation continue des professions de santé visées par le nouvel article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les partenaires s'accordent pour que la participation du masseur-kinésithérapeute à des actions de formation continue, telle qu'elle aura été définie réglementairement, soit un élément de l'analyse qualitative du système de suivi et de régulation médicalisée de l'activité individuelle. Les modalités d'intégration de ce critère seront alors définies par les parties.

Dans l'attente des décrets d'application, les parties s'entendent pour que, pour les deux prochaines années, dans le cadre de ce suivi, le critère soit centré sur la participation du masseur-kinésithérapeute à des actions de formation continue conventionnelle, à des actions de formation financées par le Fonds Interprofessionnel de Formation des Professions Libérales et à des diplômes universitaires.

5. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'évaluation de la compétence participe directement au développement d'une politique ambitieuse d'amélioration de la qualité des soins. Le développement de l'EPP ainsi que la mise en place d'instances professionnelles sont des préalables à la mise en place de l'évaluation des compétences. En effet, la compétence d'un professionnel peut être validée par l'obtention du diplôme initial, la mise en œuvre d'une formation continue, une activité professionnelle effective et un mécanisme de mise en œuvre d'évaluation par les pairs régulier (EPP).

Les partenaires souhaitent à terme s'entendre sur l'introduction de cette évaluation dans le dispositif de suivi et de régulation médicalisée de l'activité individuelle.

Le décret du 28 décembre 1999 a défini l'évaluation des pratiques professionnelles pour les médecins libéraux. La loi du 4 mars 2002 a étendu ce dispositif aux auxiliaires médicaux. L'EPP est une mission de l'Anaes et depuis la loi du 4 mars 2002, les conseils professionnels sont compétents dans le domaine de l'EPP.

L'EPP est accompagnée d'une évaluation des suites qui lui sont données et de son impact sur les pratiques professionnelles. Elle est un moyen par lequel les masseurs-kinésithérapeutes peuvent s'approprier les références kinésithérapiques de l'Anaes, dans une logique d'échanges entre pairs.

Les partenaires s'engagent, dès lors que le dispositif sera généralisé pour la profession sur le territoire, à intégrer la participation du masseur-kinésithérapeute à une action d'évaluation des pratiques professionnelles. Les modalités de ce critère intégré dans le système de suivi et de régulation médicalisée de l'activité individuelle seront alors définies paritairement.

Pour la première année de mise en œuvre, le suivi de l'activité du masseur-kinésithérapeute ne porte pas sur ce thème.

A l'issue du suivi médico-administratif, les caisses retiennent les dossiers qui présentent des anomalies au regard des dispositions de la NGAP présentées au 2. du présent article et des engagements en terme de qualité des soins et de la pratique définis ci-dessus. La CPAM, pour le compte des autres caisses, transmet les dossiers, de façon anonyme, pour étude et avis, à la Commission Socio-Professionnelle Départementale.

Les caisses doivent effectuer ces investigations au plus tard avant le 30 juin de l'année qui suit l'exercice pour lequel l'activité du professionnel est examinée, pour une présentation ultérieure en Commission.

ARTICLE 1.4 : LA PROCEDURE DE REGULATION MEDICALISEE POUR LES DOSSIERS PRESENTANT DES ANOMALIES

Dès réception des dossiers présélectionnés par la CPAM, la Commission Socio-Professionnelle Départementale dispose d'un délai d'un mois maximum pour se prononcer sur les dossiers des professionnels qui lui sont soumis.

Elle examine l'ensemble des éléments du dossier constitué suite au suivi médico-administratif.

La Commission lève l'anonymat pour les dossiers dont l'activité paraît incompatible avec le respect de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou avec la distribution de soins de qualité. Elle rend alors un premier avis qu'elle transmet à la CPAM.

Dès l'avis rendu par la Commission, la CPAM, pour le compte des autres caisses, informe les masseurs-kinésithérapeutes concernés de l'examen de son dossier par la Commission et leur transmet ses constatations ainsi que les pièces afférentes à son dossier par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle en informe simultanément la Commission.

Dans les 45 jours suivant la transmission de son dossier par la caisse, le professionnel peut fournir ses observations et peut également demander à être entendu par la Commission Socio-Professionnelle Départementale en étant, le cas échéant, accompagné d'un masseur-kinésithérapeute de son choix.

La Commission dispose d'un délai de 2 mois à compter de la transmission du dossier au professionnel concerné pour examiner le dossier, procéder le cas échéant à l'audition du professionnel et rendre un avis.

S'il apparaît que le professionnel n'a pas respecté les engagements conventionnels prévus, la Commission peut, le cas échéant, proposer aux caisses d'appliquer au professionnel une mesure conventionnelle suivante selon l'importance des griefs :

- La suspension de tout ou partie des caisses au financement des cotisations sociales du professionnel. La suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations est de 3, 6 ou 12 mois.
- La suspension du conventionnement avec sursis et la suspension du conventionnement sans sursis en cas de récidive. Les suspensions de conventionnement sont de 2, 3, 6 ou 12 mois. Toute suspension du conventionnement égale ou supérieure à 3 mois entraîne la suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales du masseur-kinésithérapeute pour une durée égale à celle de la mise hors convention.
- La décision de déconventionnement pour la durée de la convention.

Après avis de la Commission Socio-Professionnelle Départementale, la CPAM, au nom des trois caisses signataires, notifie au professionnel la mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception.

La caisse communique également sa décision aux membres de la CSPD par la copie de la lettre envoyée au professionnel.

Si la CPAM ne suit pas l'avis de la Commission, elle informe les deux sections de la Commission de sa décision de manière motivée.

La carence de la Commission Socio-Professionnelle Départementale concernant l'examen des dossiers ou l'absence de décision relative au non-respect des dispositions conventionnelles n'empêche pas les caisses de poursuivre leurs actions.

ARTICLE II

- Les articles 15, 16 et 17 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes composent le nouveau titre III bis intitulé "De la valeur des lettres clés, de la fixation et de l'application des honoraires".
- A l'article 17, les mots : "le suivi des plafonds d'efficience" sont remplacés par "le suivi de l'activité individuelle" et dans le paragraphe 2 "la hauteur des plafonds d'efficience" et "le plafond d'efficience" sont supprimés.
- A l'article 18 para.2, les mots "ainsi que le plafond d'efficience pour l'année suivante" sont supprimés et il est ajouté "suivi l'application du dispositif de suivi et de régulation médicalisée de l'activité individuelle".
- A l'article 19 para.2, les mots "l'application et le respect par le professionnel des plafonds d'efficience" sont supprimés et remplacés par "l'activité du professionnel au regard du dispositif de suivi et de régulation médicalisée" et les mots "du respect par les professionnels du plafond d'efficience" par "de l'application du dispositif de suivi et de régulation médicalisée de l'activité individuelle du professionnel".
- A l'article 21, le 2^{ème} point "dans le cadre du suivi....présente convention" est supprimé.