

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES**

Dossier n° **006-2014**

M. J. T. / CPAM et Service médical de l'Hérault

Séance du **09 décembre 2015**

Décision rendue publique par affichage le **18 février 2016**

LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES,

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure

Le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de l'Hérault et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault ont déposé, le 23 juillet 2013, une plainte contre M. J. T., masseur-kinésithérapeute, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes du Languedoc-Roussillon.

Par une décision n°1 du 9 juillet 2014 la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Languedoc-Roussillon a infligé à M. J. T. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois dont quatre mois assortis du bénéfice du sursis et a mis à sa charge le versement d'une somme de 35 euros au titre des dépens avec publication de cette décision pendant la période d'interdiction ferme ;

Procédure devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes

Par une requête enregistrée le 4 septembre 2014 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, sous le n° 006-2014, présentée par maître Jérémy Balzarini pour M. T., masseur-kinésithérapeute, exerçant (...) ; M T. demande à la section :

- 1°) de réformer la décision du 9 juillet 2014 ;
- 2°) de réduire à un avertissement la sanction d'interdiction prononcée en première instance ;
- 3°) de mettre à la charge des plaignants une somme au titre des frais non compris dans les dépens ;

Il soutient que :

- Les premiers juges ont insuffisamment motivé leurs décisions en se bornant à juger qu'il avait réalisé des séances nombreuses et répétées sur des patients détenteurs de prescriptions multiples et rapprochées sans indiquer sur quels dossiers précis ils se fondaient ;
- C'est à juste à titre qu'ils ont écarté le grief d'actes exécutés avant le renouvellement de la prescription ;
- C'est par erreur de droit qu'ils n'ont pas retenu la notion de libre appréciation du professionnel de santé s'agissant de la date à laquelle une prescription doit être effectuée ;
- Le grief d'exécution à des dates différentes de deux prescriptions délivrées par des professionnels différents à des dates très proches est insuffisamment motivé ;

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

- Le défaut de réalisation de bilan diagnostique kinésithérapique qu'il reconnaît est explicable par la spécificité de sa patientèle composée de gens du voyage ;
- Contrairement à ce qu'affirme la décision attaquée il tient des dossiers personnels pour ses patients ce qui lui a permis de renseigner les fiches de synthèse de l'assurance maladie ;
- Aucun texte n'impose une communication écrite entre le masseur-kinésithérapeute et le médecin prescripteur ainsi que l'ont reconnu les premiers juges ;
- L'existence de prescriptions multiples pour un même bénéficiaire ne saurait lui être reprochée ;
- Les discordances entre prescriptions et dossiers médicaux ne sont étayées sur aucun dossier en particulier ;
- La recommandation publiée en 2005 par la Haute Autorité de Santé sur le traitement des lombalgies s'adresse aux prescripteurs et non à l'auxiliaire médical qui se conforme à la prescription ;
- Les premiers juges ont insuffisamment motivé le grief de facturation de frais de déplacements insuffisamment justifiés ;
- Il apporte des explications sur les choix des cotations qui lui sont reprochées ;
- La cotation d'actes ou de frais de déplacement exécutés pour une autre personne que le bénéficiaire procède de confusion de personnes ayant le même patronyme ;
- Le grief de facturation de frais de déplacements non réalisés s'applique à des patientes vivant en caravanes distinctes stationnées sur un même terrain ;

Vu la décision attaquée ;

Par un mémoire en défense, enregistré le 29 octobre 2014, au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, présenté conjointement par le médecin conseil et la CPAM de l'Hérault qui concluent au rejet de la requête.

Ils font valoir que :

- Ils maintiennent les griefs de facturation d'actes non médicalement justifiés en se référant au mémoire de plainte ;
- Le grief de facturation de frais de déplacements non médicalement justifiés est étayé par les pièces du dossier ;
- Ils se réfèrent à la plainte s'agissant des cotations non conformes à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n°2013-547 du 26 juin 2013, relatif à l'organisation et au fonctionnement des juridictions du contentieux du contrôle technique des professions de santé ;

Vu la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux fixée par l'arrêté du 27 mars 1972 modifié ;

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

Vu l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie ;

Après avoir entendu en séance publique du 09 décembre 2015 :

- M. Jean-Jacques Magnies, en la lecture de son rapport ;
 - Me Balzarini, en ses observations pour M. T. et M. T. en ses explications ;
 - Le Dr Matillo, médecin-conseil, représentant la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault et le médecin conseil chef de l'échelon local de l'Hérault, en ses observations ;
- M. T. ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

1- Considérant que M. J. T., masseur-kinésithérapeute, a fait l'objet d'un contrôle de son activité portant sur la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 mai 2012 ; qu'à l'issue de ce contrôle, le médecin-conseil, chef de service de l'échelon local de l'Hérault et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault ont saisi la juridiction du contrôle technique de la sécurité sociale d'une plainte contre ce professionnel ; que M. T. fait appel de la décision du 9 juillet 2014 par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Languedoc-Roussillon lui a infligé la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois, dont quatre mois assortis du bénéfice du sursis et l'a condamné à rembourser la somme de 35 euros au médecin conseil, chef de service de l'échelon local du service médical de l'Hérault au titre des frais exposés et non compris dans les dépens avec publication de cette décision ;

Sur la régularité de la décision attaquée :

2- Considérant qu'il résulte des termes mêmes de la décision attaquée que celle-ci a suffisamment précisé par référence à la plainte les faits retenus à l'encontre de M. T. ainsi que les circonstances fondant son appréciation selon laquelle les dits faits étaient constitutifs d'une faute de nature à justifier une sanction disciplinaire ; que M. T. n'est ainsi pas fondé à soutenir que les premiers juges auraient insuffisamment motivé leur décision ;

Sur la plainte :

En ce qui concerne le grief de facturation d'actes non médicalement justifiés :

3- Considérant, en premier lieu, qu'il est reproché à M. T. d'avoir procédé à des actes non médicalement justifiés et non remboursables ; que tel est le cas de la facturation de prolongations pendant 10 mois de séances de rééducation à domicile prescrits pour six mois (patiente n°21) ou de la cotation de ces prolongations sans attendre le renouvellement des prescriptions, il est vrai parfois

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

établies par la suite à titre de régularisation (patients n°2,27,29,33,34 et 44) ; qu'il y a lieu en revanche d'écarter le grief d'actes exécutés avec un délai excessif par rapport à la prescription énoncé pour les patients n° 44,8,1,2,9,10,11,14,17,19,26,27,29,33,34 et 36), aucun texte ne prévoyant de délai pour la réalisation des actes en cause et les causes de ce retard n'étant pas nécessairement imputables au professionnel de santé ;

4- Considérant, en deuxième lieu, qu'aux termes de l'article R. 4321-2 du code de la santé publique : « *Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur. Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix. Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsque apparaît une complication pendant le déroulement du traitement.* » ; que la réalisation de tels bilans constitue une obligation pour le professionnel de santé qui ne saurait s'en exonérer en raison de l'âge des patients ou de la décote appliquée par l'assurance maladie à de précédents bilans ; que M. T. soutient qu'il a cessé à la période de la plainte de réaliser des bilans kinésithérapiques, dès lors que les patients âgés étaient régulièrement suivis par leur médecin traitant et que la plupart des bilans qu'il avait précédemment adressés à la caisse avaient été décotés ; que cette abstention est fautive, les circonstances invoquées en outre par M. T. selon lesquelles il n'aurait eu que des relations épisodiques avec les patients en cause pour la plupart des gens du voyage, ne peuvent qu'être écartées ;

5- Considérant, en troisième lieu, qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier et des explications données en séance par le professionnel que le grand nombre d'actes réalisés par M. T. au bénéfice de la patiente n° 21, âgée de 77 ans et quasi grabataire, peut se justifier ;

6- Considérant, en quatrième lieu, que l'article R. 4321-59 du code de la santé publique dispose : « *Dans les limites fixées par la loi, le masseur-kinésithérapeute est libre de ses actes qui sont ceux qu'il estime les plus appropriés en la circonstance. Sans négliger son devoir d'accompagnement moral, il limite ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité des soins (...)* » ; qu'aux termes de l'article R. 4321-80 du code de la santé publique : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le masseur-kinésithérapeute s'engage personnellement à assurer au patient des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science* » ; qu'alors que les référentiels de la Haute Autorité de Santé relatifs à la prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune publié en mai 2005 et l'utilisation de la masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée à domicile publiée en avril 2005 recommandent de ne pas dépasser un seuil annuel de 30 séances, il résulte de l'examen des pièces du dossier que M. T. a réalisé en une année 147 séances de rééducation à domicile pour la patiente n° 44 âgée de 18 ans et 119 séances chez une patiente de 57 ans sans apporter de justification médicale à un tel dépassement

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

réalisé sans accord préalable de l'assurance maladie ; qu'il a ce faisant méconnu les dispositions précitées des articles R. 4321-59 et R. 4321-80 du code de la santé publique ;

En ce qui concerne la facturation de frais de déplacements non justifiés :

7- Considérant, en premier lieu, que des indemnités de déplacements spécifiques lors d'interventions au domicile d'un patient ne peuvent être facturées que si les déplacements sont prescrits ou médicalement justifiés ; qu'il ne résulte pas de l'examen des pièces du dossier que les visites à domicile effectuées pour les patients n°8, 17, 21, 24, 29 (pour une des prescriptions), 32, 33 (pour une des prescriptions), 37 (pour une des prescriptions), 38, 39 (pour deux des prescriptions) auraient été prescrits ou seraient justifiés par l'état pathologique des patients en cause ; qu'ainsi le grief doit être réputé établi pour ces patients ; qu'il a lieu en revanche de l'écarter pour les patients n°1,2,6,7,9,10,11,16,18,19,20,26,27,28,35,36,42,43,44 qui ont fait l'objet d'une prescription mentionnée au dossier ;

8- Considérant, en deuxième lieu, qu'il est constant que les frais de déplacements facturés au titre du patient n° 5 bénéficiaient en réalité à un tiers ; que M. T. reconnaît que le déplacement facturé au profit du patient n° 34 n'a pas été réalisé ;

En ce qui concerne les griefs tirés du non respect de la NGAP et des dispositions conventionnelles :

9- Considérant, en premier lieu, qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier que, dans un grand nombre de cas, M.T. n'a pas respecté les règles fixées par la nomenclature générale des actes professionnels pour la cotation applicable à certains de ses actes ; qu'ainsi, alors que la rééducation d'une hémiplégié correspond à une cotation AMK 9, il a appliqué, pour 68 actes la cotation AMS 9,5 réservée à la rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres ; que la cotation à retenir pour des séances de rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé est AMK 8 et non AMS 9,5 comme il l'a fait par erreur dans 21 cas ; que la cotation à retenir pour la rééducation d'une insuffisance veineuse des membres inférieurs est AMK 7 et non AMS 9,5 comme il l'a fait par erreur dans 44 cas ; que si les griefs énoncés par la plainte doivent ainsi être retenus pour les patients en cause, il y a lieu en revanche, de les écarter s'agissant de la cotation de 192 séances en AMK 10 la prescription médicale produite étant compatible avec la réalisation de rééducation d'affections neurologiques stables ou évolutives ; qu'il y a lieu, de même de retenir comme conforme à la prescription et à l'état de la patiente, anorexique de 26 ans, la cotation AMS 9,5 utilisée à 445 reprises ;

10- Considérant, en second lieu, qu'il est reproché à M.T. d'avoir appliqué des majorations de déplacement spécifiques réservées à la cotation de séances concernant certains actes de rééducation spécifiques à des séances ne le justifiant pas ; qu'ainsi la cotation IFN, indemnité forfaitaire neurologique étant applicable, selon l'article 4 du titre XIV de la NGAP et les annexes correspondantes, dans le cas des rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires cotées AMK 8 à 11, elle ne pouvait être utilisée pour des affections qui ne sont ni neurologiques ni musculaires comme l'a fait ce professionnel dans 244 cas ; que la cotation IFO, indemnité forfaitaire orthopédique et rhumatologique, étant applicable selon l'article 1^{er} du titre XIV de la NGAP et les annexes

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

correspondantes dans le cas de rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres cotée AMS 9.5, elle ne pouvait être utilisée pour des affections qui ne sont ni orthopédiques ni rhumatologiques comme l'a fait ce professionnel dans 484 cas ; que la cotation IFO, indemnité forfaitaire orthopédique et rhumatologique, étant applicable selon l'article 1^{er} du titre XIV de la NGAP et les annexes correspondantes dans le cas de rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc ou plusieurs membres cotée AMS 9,5, elle ne pouvait être utilisée pour des actes de rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires comme l'a fait ce professionnel dans 68 cas ; que la cotation IFR, indemnité forfaitaire rhumatismale étant réservée par l'article 2 du Titre XIV de la NGAP et les annexes correspondantes à la rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires cotée AMK 7 et 9 ; elle ne pouvait être utilisée pour des affections qui ne sont pas rhumatismales inflammatoire comme l'a fait ce professionnel dans 776 cas ; que dans chacun de ces cas la cotation des frais de déplacement relevait de la cotation IFD, indemnité forfaitaire de déplacement ;

Sur la sanction

11- Considérant qu'eu égard au nombre d'actes fautifs les premiers juges n'ont pas fait une appréciation inexacte des faits qui leur étaient soumis en infligeant à l'intéressé la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, dont quatre mois avec sursis ; que la circonstance que sa patientèle soit majoritairement composée de gens du voyage ne saurait justifier le non-respect des règles déontologiques qui s'imposent à tout professionnel de santé ; qu'il y a lieu en conséquence de rejeter les conclusions de la requête de M. T. tendant à l'annulation de la sanction qui lui a été infligée par les premiers juges ;

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

Article 1^{er}: La requête de M. T. est rejetée.

Article 2: L'exécution de la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois dont quatre mois assortis du bénéfice du sursis, prendra effet, pour la partie non assortie du sursis, le 1^{er} juin 2016 à 0 h et cessera de porter effet le 31 juillet 2016 à minuit.

Article 3 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant la durée de l'interdiction non assortie du sursis.

Article 4 : La décision n°1 du 9 juillet 2014 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Languedoc-Roussillon est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES**

Article 5: La présente décision sera notifiée à M. T., à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Hérault, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Languedoc-Roussillon, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de l'Hérault, au directeur général de l'Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées, au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt et au ministre des affaires sociales et de la santé.

Copie pour information en sera adressée à Me Balzarini.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 09 décembre 2015, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. MAIGNIEN et M. MAGNIES, membres titulaires désignés par le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; M. le Dr LAFON et M. le Dr LEROY, membres suppléants, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

LE CONSEILLER D'ETAT HONORAIRE
PRESIDENT DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

G. BARDOU

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

AURELIE VIEIRA