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

Dossier n° **007-2016**
Caisse primaire d'Assurance maladie et Echelon local du service médical de l'Hérault c. M. D.
Séance du **09 juin 2017**
Décision rendue publique par affichage **le 15 septembre 2017**

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

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure

Le service du contrôle médical de l'échelon local de l'Hérault et la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault ont porté plainte le 23 décembre 2015 contre M. D., masseur-kinésithérapeute, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Languedoc-Roussillon pour non-respect de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), actes non médicalement justifiés et non-respect du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes.

Par une décision n° 4/2015 du 15 juillet 2016, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance lui a infligé la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois, sanction assortie d'un sursis intégral avec publication de cette sanction par la caisse primaire d'assurance maladie, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant une période de trois mois.

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

Par requête enregistrée le 16 août 2016 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, sous le n°007-2016, le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Hérault, dont l'adresse postale est 29, cours Gambetta, CS 59048, 34967 Montpellier Cedex, et la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault dont le siège est 29, cours Gambetta, 34934 Montpellier cedex 9, demandent à la section ;

1°) de réformer cette décision ;

2°) de prononcer à l'encontre de M. D. une sanction en proportion avec la gravité des faits qui lui sont reprochés ;

Ils soutiennent que :

- le grief relatif au non-respect de la NGAP doit être confirmé, le professionnel ne pouvant excuser son non-respect des prescriptions médicales par le fait que le nombre de séances prévu était insuffisant et la prolongation omise, ni les cotations erronées des bilans par le recours partiel à l'ostéopathie, ni enfin l'utilisation non conforme de la cotation 9,5 par les particularités des pathologies présentées par les patients ; que ces arguments méconnaissent les textes et les données médicales figurant aux dossiers ;

- les demandes d'ententes préalables ne sont pas de nature à justifier la réalisation d'un nombre de séances de rééducation non conforme aux référentiels ou aux prescriptions médicales ;

- les atteintes aux règles de déontologie sont établies ;

Vu la décision attaquée ;

Par mémoire enregistré le 21 octobre 2016 M. D., masseur-kinésithérapeute, exerçant (…), représenté par Me Sylvie Carabasse conclut au rejet de la requête ;

Il fait valoir que :

- la requête ne comporte pas de moyens dirigés contre la décision attaquée mais se borne à demander l'aggravation de la sanction ;

- le nombre élevé d'actes réalisés par M. D. s'explique par son lieu d'exercice dont la population est vieillissante et par sa spécialisation en rhumatologie et traumatologie ;

- s'il n'a pu fournir les prescriptions médicales c'est qu'elles ont été envoyées en même temps que la prise en charge, le double n'ayant pas été conservé et le médecin n'ayant pu établir de duplicata ;

- le nombre de séance supérieur à la prescription initiale s'explique par un accord verbal avec le médecin et ne concerne que quelques dossiers ;

- le cumul d'actes sans autorisation s'explique dans les dossiers 67 et 73 par les pathologies des patients ;

- les cotations 9,5 qui lui sont reprochées ne correspondent pas à des lombalgies ou cervicalgies communes mais à des actes sur des personnes présentant un déficit moteur des membres supérieurs ou inférieurs et nécessitant une rééducation spécifique ainsi qu'en témoigne l'examen de chaque cas auquel procède le mémoire ;

-la cotation retenue pour le dossier n° 73 correspond à un patient asthmatique en déconditionnement musculaire généralisé nécessitant une rééducation respiratoire en période infectieuse en plus du renforcement des 4 membres ;

- les patients n° 101,113 et 135 présentaient des pathologies distinctes justifiant la cotation de deux actes différents ;

- il reconnaît une erreur de cotation pour les dossiers n° 50 et 51 ;

- les bilans correspondant à des prescriptions de 10 séances ou plus ont été réalisés ;

- le nombre des séances a été noté sur la demande d'accord préalable (DAP) et non sur le bilan ;

- il a cessé d'envoyer les bilans aux médecins sur leur demande expresse ;

- s'agissant des tractions vertébrales douces, il ignorait l'exigence de notation prévue à l'article R 4321-7 du code de la santé publique et les exigences des articles R. 4321-8 et R.4321-88 du code de la santé publique ;

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

Par mémoire enregistré le 25 janvier 2017 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin-chef du service du contrôle médical de l'échelon local de l'Hérault et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault reprennent les mêmes conclusions et les mêmes moyens que leur requête.

Par mémoire enregistré le 31 mai 2017 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, M. D. reprend les mêmes conclusions et les mêmes moyens que son précédent mémoire ;

Par mémoire enregistré le 08 juin 2017 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin-chef du service du contrôle médical de l'échelon local de l'Hérault et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault reprennent les mêmes conclusions et les mêmes moyens que leur requête.

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu le code de justice administrative ;

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 ;

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 juin 2017 :

- M. François Maignien, en la lecture de son rapport ;

- M. le Dr Jean-Marie Faure-Brac, 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. D., en ses explications ;

M. D. ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

1- Considérant qu'à l'occasion du contrôle de l'activité de M. D., masseur-kinésithérapeute, au cours de la période du 1er janvier 2013 au 29 janvier 2015 des anomalies ont été relevées dans la réalisation et la facturation de ses actes et portées devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Languedoc-Roussillon ; que le médecin-conseil chef de l'échelon local du service médical de l'Hérault et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault, auteurs des plaintes, font appel de la décision n°4/2015 du 15 juillet 2016 par laquelle cette juridiction a infligé à M. D. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant trois mois intégralement assortis du sursis ;

Sur les griefs relatifs au non-respect de la nomenclature générale des actes professionnels :

En ce qui concerne l'absence de prescriptions médicale :

2- Considérant qu'il est reproché à M. D. d'avoir, d'une part, pour huit patients (n°12,51,65,72,76,116,126 et 137) facturé des traitements de rééducation qui n'avaient pas été médicalement prescrits ou lorsque l'ordonnance transmise au contrôle médical par celui-ci avait été rédigée par un médecin différent du prescripteur mentionné sur la requête de l'assurance maladie, et, d'autre part, pour neuf patients (n° 1,5,12,24,29,51,81,89 et 95) d'avoir réalisé un nombre d'actes supérieur au nombre de séances indiqué sur l'ordonnance en méconnaissance des dispositions combinées des articles R. 4321-5 et R. 4321-7 du code de la santé publique qui n'habilitent le masseur-kinésithérapeute à pratiquer de tels actes que sur prescription médicale et de l'article 5 des dispositions générales de la (NGAP) qui subordonnent le remboursement à l'existence d'une prescription écrite du médecin spécifiant le nombre de séances ;

3- Considérant, en premier lieu, que si M. D. soutient n'avoir jamais pratiqué d'acte sans prescription médicale il lui appartenait d'apporter la preuve de leur existence ; qu'en l'espèce la communication même en cours d'instance des prescriptions ou de duplicatas relatifs aux patients n° 12,51,65 et 76 doit être réputée satisfaire à cette obligation de preuve ; qu'en revanche le grief doit être retenu pour les dossiers n° 72, 126 et 137, M. D. ne pouvant s'exonérer de sa faute par la seule circonstance que l'assurance maladie disposerait des documents en cause qui lui ont été adressés en original ; que le grief peut être écarté au bénéfice du doute s'agissant du dossier n° 116 pour lequel le professionnel poursuivi invoque une erreur de saisie ;

4- Considérant, en second lieu, qu'eu égard à l'obligation qui s'impose au masseur-kinésithérapeute, lorsqu'il exerce dans un but thérapeutique, de pratiquer les actes de rééducation sur prescription médicale, M. D. ne saurait justifier des prolongations de soins dès lors que la prescription médical est quantifiée, par la seule référence à des discussions avec le médecin au demeurant non établies ou par des demandes de prolongations adressées à l'assurance maladie ; que dans ces conditions le grief de réalisation d'actes sans prescription doit être réputé établi pour les dossiers n° 12,29,81,89 et 95 pour lesquels M. D. n'invoque que l'existence d'accord oral du médecin ou l'information de la caisse d'assurance maladie laquelle ne saurait valoir accord tacite de dépassement de séance ;

En ce qui concerne les cumuls d'actes

5- Considérant qu'il résulte des dispositions liminaires du titre XIV de la 2ème partie de la nomenclature générale des actes professionnels qu'à chaque séance effectuée par un masseur-kinésithérapeute ne peut s'appliquer qu'une seule cotation correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause, une seconde cotation n'étant applicable que dans les cas d'exceptions prévues à cette nomenclature ; que cependant, pour le patient n°73, M. D. a facturé une deuxième cotation pour une même séance sans qu'il s'agisse de soins correspondant aux exceptions limitativement mentionnées dans la nomenclature générale des actes professionnels ; qu'ainsi le grief doit être retenu ; qu'en revanche, ce grief doit être écarté pour le dossier n°67 pour lequel la seconde cotation est admise eu égard à la pathologie (maladie respiratoire avec désencombrement urgent) ;

En ce qui concerne les cotations appliquées

6- Considérant que M. D. a appliqué indûment la cotation AMS 9,5 correspondant, selon l'article 1er du chapitre II du Titre XIV de la 2ème partie de la nomenclature générale des actes professionnels, à la rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc, et d'un ou plusieurs membres, pour des soins prodigués à des patients auxquels avaient été prescrits des actes n'entrant pas dans la définition ci-dessus rappelée ; qu'ainsi les patients n° 5, 7, 9, 10, 11, 13, 15 à 19, 23 à 27, 29, 33, 38, 41, 42, 46, 49, 57, 68, 71, 72, 74, 76, 78, 79, 81, 82, 84, 86, 88, 89, 91 à 95, 99, 105, 112, 116, 117, 126, 132, 134, 136, 139 et 146 relevaient de la cotation AMS 7,5 (pour 3853 actes) s'agissant de la rééducation d'un membre et de sa racine, le patient n° 73 de la cotation AMK 8 (pour 30 actes) s'agissant de la rééducation de maladie respiratoire avec désencombrement urgent, les patients n° 101,113 et 135 de la cotation AMK 7 (pour 94 actes) s'agissant d'une rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale, les patients n° 75,90,95 et 137 de la cotation AMK 7 (pour 476 actes) s'agissant de la rééducation d'une insuffisance veineuse des membres inférieurs ; que la circonstance invoquée par M. D. que les prescriptions médicales auraient un caractère imprécis ne saurait justifier du nombre et du caractère systématique des erreurs commises ; qu'il y a lieu de retenir le grief dans son ensemble ;

Sur les actes médicalement non justifiés

7- Considérant, en premier lieu, que la NGAP (chapitre 5 titre XIV) définit à partir des recommandations publiées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et la Haute autorité de santé (HAS) le nombre de séances correspondant à la prise en charge thérapeutique recommandée pour certaines affections telles que les cervicalgies non spécifiques sans atteinte neurologique (ANAES, 2005), les tendinopathies de la coiffe des rotateurs non opérée (…) ou les lombalgies communes (HAS 2005) ; qu'il est constant que le nombre de séances pratiquées par M. D., soit 51 séances pour le patient n° 103 atteint de cervicalgie, 51 et 50 séances pour les patients n° 14 et 91 atteints de tendinopathies (25 séances maximum) excède largement le nombre de séances recommandées pour ces affections (respectivement 15 et 25) ; qu'il en va de même pour les patients n° 16 (53 séances), 27 (267 séances), 38 (47 séances), 59 (160 séances), 93 (155 séances), 96 (89 séances), 132 (40 séances), 134 (98 séances) et 139 (157 séances) atteints de lombalgies communes pour

lesquels le nombre de séances est limité à 15 ou 30 ; qu'un tel nombre de séances non justifié par une demande d'accord préalable (DAP) et un bilan diagnostic kinésithérapeute (BDK) traduit soit un abus d'actes soit une mauvaise prise en charge des patients ;

8- Considérant, en second lieu, que s'agissant d'autres pathologies communes le nombre de séances facturées est hors de proportion avec la prise en charge habituelle des affections invoquées par les patients n° 5 (102 séances), 10 (183 séances), 74 (132 séances), 95 (237 séances),102 (68 séances), 146 (155 séances) atteints de cervicalgies hors cervicalgies non spécifiques , par le patient n° 140 (362 séances) atteint de syndrome fémoro-patellaire bilatéral, pour les patients n° 10 (183 séances), 72 (187 séances), 86 (160 séances),92 (90 séances), 94 (390 séances) atteints de lombalgies hors lombalgies communes, pour les patients n° 19 (67 séances), 94 (390 séances) atteints de périarthrite scapulohumérale, pour les patients n° 2 (363 séances), 75 (285 séances), 90 (41 séances) bénéficiaires de drainages lymphatiques, pour le patient n° 6 (146 séances) traité pour rééducation des deux chevilles, pour le patient n° 24 (207 séances) traité pour rééducation à l'effort et rachis, pour le patient n° 108 (189 séances) traité pour tendinopathie du coude, pour les patients n° 26 (173 séances),28 (51 séances), 112 (147 séances) traité pour rééducation d'une scoliose, pour le patient n° 42 (351 séances) traité pour rééducation du genoux, pour le patient n° 69 (155 séances) atteint d'une arthrose déformante des mains ; que M. D. ne peut valablement soutenir que ce nombre de séance serait justifié du fait qu'il aurait pour les séances en cause adressé une demande d'accord préalable aux services de l'assurance maladie et qu'en l'absence de réponse, il pouvait considérer que le nombre de séance proposé avait été acceptée, l'accord ainsi allégué ne pouvant être réputé donné dès lors que les indications fournies par lui étaient erronées ou incomplètes ;

<u>Sur les griefs relatifs au non-respect du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes</u>

9- Considérant, en premier lieu, que l'article R. 4321-2 du code de la santé publique définit les termes de la communication avec le médecin prescripteur ; il prévoit en particulier l'établissement par le masseur-kinésithérapeute d'une fiche de synthèse 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 ; que ce document doit être envoyé au médecin prescripteur, comme prévu à la section 2 du chapitre I du titre XIV de la 2ème partie de la nomenclature générale des actes professionnels ; qu'il n'appartenait pas à M. D. de se soustraire à cette obligation de transmission qui participe de la bonne qualité des soins quand bien même il aurait agi à la demande des médecins prescripteurs ; qu'ainsi le grief invoqué doit être retenu ;

10- Considérant, en deuxième lieu, qu'aux termes de l'article R. 4321-8 du code de la santé publique : « *Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité : / 1° A pratiquer des élongations vertébrales par tractions mécaniques, par mise en œuvre manuelle ou électrique (…) ;* qu'il est constant que des tractions vertébrales ont été pratiquées sur les patients n° 2,5,8,39,40,48,52,57,62,66 et 84 en l'absence de toute prescription médicale ; qu'ainsi le grief doit être retenu comme fondé en tant qu'il méconnait l'obligation énoncée à l'article R. 4321-8 précité du même code de ne participer aux traitements de rééducation que sur prescription médicale ; que le surplus du grief

doit en revanche être écarté, les actes incriminés ayant été effectués dans le cadre d'un cabinet médical comportant deux médecins susceptibles d'intervenir à tout moment ;

11- Considérant que les faits retenus ci-dessus à l'encontre de M. D. constituent des fautes et abus, susceptibles de lui valoir le prononcé d'une sanction en application des dispositions des articles L. 145-5-1 et L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale ; que les premiers juges ont fait une exacte appréciation de la gravité du comportement fautif de ce professionnel en lui infligeant une interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois, sanction entièrement assortie du sursis, et en prévoyant la publication de cette sanction pendant trois mois dans les locaux de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault ; qu'il y a lieu, en conséquence de confirmer la décision attaquée et de rejeter la requête du service médical et de la caisse primaire d'assurance maladie ;

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

Article 1er:
La requête présentée conjointement par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault et l'échelon local du service médical de l'Hérault est rejetée.

Article 2 :
La décision n° 4/2015 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Languedoc-Roussillon, en date du 15 juillet 2016, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 3 :
La présente décision sera notifiée à M. D., 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 Occitanie, au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre de l'agriculture et de l'alimentation et au ministre des solidarités et de la santé.

Copie pour information en sera adressée à Me Carabasse.

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

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 09 juin 2017, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. MAIGNIEN, membre titulaire et M. JOURDON, membre suppléant, désignés par le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le Dr GUERY, membre titulaire, et Mme le Dr LUTON DE HAUT DE SIGY, membre suppléant, nommées 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

La République mande et ordonne au ministre chargé de la santé en ce qui le concerne, ou à tous huissiers de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.