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

Dossiers n° **004-2017 et 005-2017**
Echelon local du service médical du Rhône et Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône et c. M. M.
Séance du **21 novembre 2018**
Décision rendue publique par affichage **le 1er mars 2019**

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 l'échelon local du service médical du Rhône et la directrice de la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône ont porté plainte respectivement les 15 décembre 2015 et 22 juillet 2016 contre M. M., masseur-kinésithérapeute, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes.

Par une décision SAS n° 05-2015 du 9 janvier 2017, cette section a condamné M. M. à verser la somme de 222,53 euros à la caisse de sécurité sociale du Rhône et rejeté le surplus des conclusions du service médical et de la caisse primaire d'assurance-maladie du Rhône.

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

I- Par une requête, enregistrée le 2 février 2017, sous le numéro 004-2017, au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin-conseil chef de l'échelon local du service médical du Rhône, dont l'adresse postale est BP 21340, 69609 Villeurbanne Cedex, demande à la section des assurances sociales de réformer cette décision en condamnant M. M. à une sanction plus importante que celle prononcée par les premiers juges.

II- Par une requête, enregistrée le 24 février 2017, sous le numéro 005-2017, au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, la directrice de la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône dont l'adresse postale est 69907 Lyon Cedex 20, demande à la section des assurances sociales :

- d'annuler cette décision ;
- statuant à nouveau sur les griefs, de condamner M. M. à une sanction d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux ;
- de condamner M. M. à rembourser à la caisse la somme de 655,75 euros, ainsi qu'à l'ensemble des frais de l'instance ;
- de décider que sa décision sera publiée dans les locaux de la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône.

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu le code de justice administrative ;

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

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

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 21 novembre 2018 :

- M. Roger-Philippe Gachet, en la lecture de son rapport ;

- Le Dr Gonnon, médecin-conseil, représentant le médecin-conseil chef de l'échelon local du Rhône, en ses observations ;

- M. Morin, représentant la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, en ses observations ;

- Me Grillat, en ses observations pour M. M. ;

Me Grillat ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1. A l'occasion d'un contrôle ayant porté sur l'activité de M. M., masseur-kinésithérapeute, au cours de la période du 1er janvier au 31 mars 2014, des anomalies ont été relevées dans la réalisation et la facturation d'actes par ce professionnel en ce qui concerne 66 patients sur 230. Des plaintes ont été en conséquence déposées contre M. M. devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes par le médecin-conseil chef de l'Echelon local du service médical du Rhône et par la directrice générale de la Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône. Ceux-ci font appel de la décision du 9 janvier 2017 par laquelle cette juridiction a condamné M. M. à verser la somme de 222,53 euros à la caisse de sécurité sociale du Rhône et rejeté le surplus de leurs conclusions.

Sur la jonction des requêtes :

2. Les requêtes de la caisse primaire d'assurance maladie et du médecin-conseil chef de l'échelon local du service médical du Rhône sont dirigées contre la même décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes. Il y a donc lieu de les joindre pour statuer par une seule décision.

Sur les griefs de la plainte :

Sur le grief d'actes facturés et non réalisés :

3. Il résulte de l'instruction qu'en ce qui concerne les dossiers n°1, 2 et 9, les patients attestent par écrit la réalité des séances. Le grief de non réalisation d'actes facturés doit donc être écarté pour ces dossiers. En ce qui concerne le dossier n°8, le fait que la séance du 8 avril 2014 a été facturée alors que la patiente, souffrante, ne s'y est pas rendue, n'est contredit par aucune pièce du dossier. En ce qui concerne le dossier n°54, compte tenu des déclarations de la patiente, il y a lieu de retenir que 13 séances ont été réalisées de janvier à mars 2014, alors que 20 ont été facturées.

Sur le grief de non respect de la prescription médicale :

4. Les dispositions liminaires du titre XIV de la NGAP prévoient que les actes mentionnés par ce titre sont remboursés lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant la raison médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute, et que le médecin peut préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute. Or, il ressort des pièces du dossier que M. M. a exécuté des actes de kinésithérapie à sec sur trois patients, alors que les prescriptions médicales prévoyaient de la balnéothérapie. S'il indique qu'il ne dispose pas d'équipements de balnéothérapie et que patients et médecins en étaient prévenus, il lui appartenait d'orienter ses patients vers un confrère disposant de tels équipements ou, si ceux-ci ne le souhaitaient pas, de leur demander de faire modifier leur ordonnance si le médecin prescripteur l'acceptait. Le service médical est dès lors fondé à soutenir que M. M. n'a pas respecté la prescription médicale en ce qui concerne les dossiers 5, 6 et 16.

5. En ce qui concerne le dossier 11, par contre, c'est à tort que le service médical critique l'utilisation du laser, alors qu'il était prescrit de la physiothérapie. En effet, en vertu de l'article R.4321-7 du code de la santé publique, l'électro-physiothérapie comprend notamment l'utilisation d'ondes électro-magnétiques ; or le laser est une source d'ondes électro-magnétiques.

Sur le grief de cotation non conforme à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) :

6. Il résulte de l'instruction que, dans le dossier n°1, M. M. a facturé six actes liés à une pathologie du rachis et des ceintures AMS 9,5 au lieu de AMS 7,5, en méconnaissance de l'article 1er du chapitre II du titre XIV de la NGAP ; qu'en ce qui concerne le dossier 39, il a facturé à tort 18 séances sur les deux genoux en les cotant AMS 9,5 au lieu de AMK 9 en application de l'article 2, chapitre 2 du titre XIV de la NGAP. En outre, dans le dossier n° 36, comme le soutiennent les requérants, M. M. a commis une erreur à son préjudice en facturant à tort 21 séances AMS 7,5 au lieu de AMK 9 pour de la rééducation de l'hémiplégie (article 4, chapitre II, titre XIV de la NGAP). Par contre, le grief relatif au dossier n°4 doit être écarté, les cotations étant conformes aux prescriptions successives.

Sur le grief de non présence pendant la séance :

7. Les dispositions liminaires du titre XIV de la NGAP prévoient que, *« hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute (…) se consacre exclusivement à son patient. »*. Or, les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III comprennent notamment le traitement en parallèle de deux ou trois patients. Aucun élément du dossier ne permettant de penser que M. M. a traité simultanément un plus grand nombre de patients, ce grief ne peut être retenu.

Sur le grief de non-respect de la durée des séances :

8. Les dispositions liminaires du titre XIV de la NGAP prévoient que, sauf exception prévue par les textes, la durée des séances de masso-kinésithérapie est de l'ordre de 30 minutes et qu'en cas de traitement en parallèle de deux ou trois patients, le temps consacré individuellement à chaque patient par le kinésithérapeute doit être du même ordre, même s'il est fractionné. Ces dispositions ont pour objet de favoriser la qualité des soins en instituant une durée minimale approximative pendant laquelle un professionnel doit se consacrer à son patient. Or, il résulte de l'instruction, compte tenu d'une part des comptes rendus d'entretien du service médical avec les patients de M. M., rectifiés par les témoignages des patients n°7, 33 et 35, que, pour vingt-huit d'entre eux, la durée pendant laquelle M. M. s'occupait personnellement d'eux, était nettement inférieure à trente minutes, sans que celui-ci puisse justifier médicalement cette pratique. Si M. M. conteste les comptes rendus d'entretien, en soutenant qu'il passait environ vingt-cinq minutes avec chaque patient individuellement, la reconstitution de son activité au cours des trois mois correspondant à la période de contrôle (du 1er octobre 2013 au 31 décembre 2013) fait apparaître que, compte tenu du nombre d'actes facturés dont il a attesté l'exécution, il aurait, en tenant compte d'une durée de trente minutes par acte, accompli onze journées de travail d'une durée de 20 à 28 heures, dont six d'au moins vingt-quatre heures, ainsi que 16 journées de travail d'une durée comprise entre 16h et 20h00, cette estimation étant sous-évaluée car ne prenant en compte que les actes facturés au seul régime général. Dès lors la durée des soins dispensés personnellement par M. M. n'a pu être, au moins au cours de ces journées, que substantiellement inférieure à celle figurant à la nomenclature. Ainsi il est établi qu'en consacrant à certains patients un temps insuffisant, le professionnel poursuivi ne leur a pas dispensé des soins dans des conditions permettant d'en assurer la qualité.

Sur le grief de facturation d'actes non inscrits à la NGAP et cumul de cotations pendant la même séance :

9. M. M. indique que, pour les quatre dossiers concernés par le grief rappelé ci-dessus (n°11, 27, 35 et 42), des cotations erronées ont été faites par référence, selon ses dires, à *« l'ancienne nomenclature »* et qu'il accepte la cotation retenue par le service médical.

Sur le grief de facturation abusive en lien avec l'affection exonérante **:**

10. Il résulte de l'instruction que, pour trois patients (n°3, 16 et 47), M. M. a établi une facturation en rapport avec un accident du travail ou une affection de longue durée, alors que la prescription médicale était réalisée sur ordonnance simple, sans précision particulière. Ce grief doit être retenu, même si M. M. soutient que deux des patients étaient bien en accident du travail, mais que leur situation a été revue par la caisse ultérieurement, et que l'autre était bien en affection de longue durée, mais qu'une feuille d'ordonnance simple a été utilisée par erreur.

Sur les demandes abusives d'accord préalable :

11. Il résulte de l'instruction que M. M. fait de manière systématique des demandes d'entente préalable quel que soit le diagnostic médical, sans tenir compte des référentiels qui ne prévoient une telle demande que pour les situations médicales visées au chapitre V du titre XIV de la NGAP. Si M. M., qui ne conteste pas les faits, fait valoir que cette pratique n'a eu aucune conséquence financière pour la caisse primaire d'assurance-maladie, le recours systématique à cette procédure démontre qu'il ne tient pas compte des référentiels.

En ce qui concerne l'utilisation du tiers payant :

12. A la date des soins ayant fait l'objet du contrôle, antérieure au 1er janvier 2017, le tiers payant ne pouvait être proposé qu'à des patients victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, des patientes relevant de l'assurance maternité ou des personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'Etat. En facturant en tiers payant des actes pour 32 patients ne répondant pas à ces conditions, M. M. a donc fait une utilisation abusive de cette procédure.

Sur la sanction :

13. Les faits ci-dessus retenus à l'encontre de M. M. ont le caractère de 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. Il sera fait une juste appréciation de la gravité de son comportement fautif en lui infligeant la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois, dont deux mois et trois semaines avec sursis, avec publication, par affichage, dans les locaux de la caisse primaire d'assurance-maladie du Rhône pendant la durée de l'interdiction non assortie du sursis.

Sur les conclusions tendant au remboursement des abus d'honoraires :

14. Aux termes de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale : *« Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (…) sont : (…) 4°) Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé (…) ».* Constituent à ce titre des honoraires abusifs au sens de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale ceux qui sont réclamés pour un acte facturé sans avoir jamais été réalisé, pour un acte surcoté, pour un acte réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement pratiqué, il équivaut à une absence de soins, ou encore ceux dont le montant est établi sans tact ni mesure.

15. Les griefs retenus aux points 3, 6, 9 et 10 de la présente décision constituent des abus d'honoraires. Le remboursement des abus d'honoraires mis à la charge de M. M. s'établit ainsi à 110,76 euros conformément au tableau joint à la présente décision.

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E

Article 1er : Il est infligé à M. M. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois. Il sera sursis pour une durée de deux mois et trois semaines à l'exécution de cette sanction dans les conditions fixées à l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

Article 2 : L'exécution de la sanction d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux prévue à l'article 1er, pour la partie non assortie du sursis, prendra effet le 22 juin 2019 à 0 h et cessera de porter effet le 1er juillet 2019 à 0 heure.

Article 3 : M. M. versera à la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône une somme de 110,76 euros au titre des abus d'honoraires.

Article 4 : Le surplus des conclusions des requêtes est rejeté.

Article 5 : La décision SAS n°05-2015 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes en date du 9 janvier 2017 est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 6 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, par affichage dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant la période prévue à l'article 2.

Article 7 : La présente décision sera notifiée à M. M., au médecin-conseil chef du Service médical près la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, à la directrice de la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Rhône, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Auvergne-Rhône-Alpes, au directeur de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'agriculture.

Copie pour information en sera délivrée à Me Grillat et au directeur général de la MSA de Rhône-Alpes.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 21 novembre 2018, où siégeaient Mme GUILHEMSANS, Conseillère d'Etat, présidente ; M. GACHET, membre titulaire et Mme BOURGEOIS-DEVAUD, membre suppléant, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le Dr DE HAUT DE SIGY et M. le Dr HOUSSINOT, membres suppléants, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

LA CONSEILLERE D'ETAT
PRESIDENTE DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

MARIE-FRANCOISE GUILHEMSANS

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

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.

N° de Dossier	Date de l'acte	Cotation Indue	Nbe actes indus	Montant Indu	Total des Indus	RETENU - SAS
1 - Actes facturés non réalisés						
1	12/02/2014	AMS 9,5	1	20,43 €	20,43 €	0.00 €
2	06/01/2014	AMS 9,5	1	20,43 €	20,43 €	0.00 €
8	08/04/2014	AMS 9,5	1	20,43 €	20,43 €	20,43 €
9	04/03/2014	AMS 9,5	1	20,43 €		
	06/03/2014	AMS 9,5	1	20,43 €		
	07/03/2014	AMS 9,5	1	20,43 €	61,28 €	0.00 €
54	13/01/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	16/01/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	20/01/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	23/01/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	27/01/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	30/01/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	03/02/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	06/02/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	10/02/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	13/02/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	17/02/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	20/02/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	24/02/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	27/02/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	06/03/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	11/03/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	20/03/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	25/03/2014	AMS 7,5	1	16,13 €		
	28/03/2014	AMS 7,5	1	16,13 €	306,38 €	Uniquement 7 séances = 112,91 €
		TOTAL 1		**428,93 €**		133,34 €
2 - Non respect de la NGAP - Cotations non conformes						
1	du 09/01/14 au 19/02/14	AMS 2,5	6	32,25 €		AMS 2 — 25,80 €
4	du 20/02/14 au 24/02/14	AMS 2,5	2	10,75 €		AMS 9.5 / AMS 7.5 — 0.00 €
39	du 06/01/14 au 31/03/14	AMS 6,5	18	251,55 €		AMS 0.5 — 19,35 €
36	du 06/01/14 au 27/03/14	AMS 1,5	21	67,73 €	SOUS FACTURATION	AMS 1,5 — - 67,73 €
		TOTAL 2		**226,83 €**		- 22,58 €
TOTAL 1 + 2 **655,75 €**						110,76 €