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

Dossiers n° **012-2017- M. M. c. Echelon local du service médical de l'Hérault et Caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault**

001-2018- Echelon local du service médical de l'Hérault et Caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault c. M. M.

Séance du **22 janvier 2020**
Décision rendue publique par affichage **le 28 juillet 2020**

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 des Alpes-Maritimes et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Hérault ont porté plainte contre M. M. devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du Languedoc-Roussillon de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Par une décision n° 3/2016 du 17 octobre 2017, la section des assurances sociales a infligé à M. M. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un mois dont quinze jours assortis d'un sursis avec publication de cette sanction dans les locaux administratifs ouverts au public de la caisse primaire pendant trois mois.

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

I- Sous le n° 012-2017, par une requête enregistrée le 22 décembre 2017 au greffe de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes, M. M., représenté par Me Jérémy Balzarini, demande à la section des assurances sociales :

1°) de déclarer irrecevable la plainte du médecin conseil et du directeur de la caisse primaire ;

2°) à titre subsidiaire, de rejeter les griefs de la plainte ;

3°) de mettre à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault et de l'échelon local du service médical de l'Hérault la somme de 2500 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

II- Sous le n° 001-2018, par une requête enregistrée le 4 janvier 2018, le médecin conseil chef de service du service médical de l'échelon local de l'Hérault et le directeur de la CPAM de l'Hérault demandent à la section des assurances sociales du Conseil national :

1°) de réformer la décision des premiers juges ;

2°) de faire droit à l'ensemble des griefs de leur plainte ;

3°) de prononcer une sanction en proportion des fautes reprochées.

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 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 22 janvier 2020 :

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

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

- Le Dr André Calas, médecin-conseil, représentant le médecin-conseil chef de l'échelon local de l'Hérault et le directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault, en ses observations ;

Me Balzarini ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1. A l'occasion du contrôle de l'activité de M. M., masseur-kinésithérapeute, des anomalies ont été relevées dans la réalisation et la facturation des actes de ce professionnel pour 9 patients qui ont fait l'objet d'une plainte commune du médecin-conseil chef de service de l'Echelon local du service médical de l'Hérault et du directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Hérault. Par une décision du 17 octobre 2017, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du Languedoc-Roussillon de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a prononcé à l'encontre de M. M. la sanction de l'interdiction temporaire du

droit de donner des soins aux assurés sociaux pour une durée d'un mois assortie d'un sursis de quinze jours. M. M. d'une part, le médecin-conseil et la CPAM d'autre part ont fait appel de cette décision. Ces requêtes étant dirigées contre la même décision, il y a lieu de les joindre et de statuer par la même décision.

Sur la régularité de la plainte :

En ce qui concerne l'habilitation du médecin-conseil chargé du contrôle d'activité de M. M. :

2. D'une part, aux termes de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction applicable au litige : « *Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire* (…) ».

3. D'autre part, le service du contrôle médical constitue, en vertu de l'article R. 315-2 du code de la sécurité sociale, un service national confié à des médecins-conseils, des chirurgiens-dentistes conseils et des pharmaciens-conseils. Il a notamment pour mission, aux termes du IV de l'article L. 315-1 du même code, de procéder « *à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie (…), notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie (…). La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret.* ». Le premier alinéa du III de l'article R. 315-1 du même code dispose que lorsque le service du contrôle médical constate le non-respect de règles de nature législative, réglementaire ou conventionnelle que les professionnels sont tenus d'appliquer, la procédure prévue aux articles L. 145-5-1 et suivants du même code peut notamment être mise en œuvre. Cette procédure permet de soumettre aux juridictions du contrôle technique les « *fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes (…) à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux* ». Aux termes du deuxième alinéa de ce même III de l'article R. 315-1 : *« Le service du contrôle médical exerce ses missions dans les conditions définies par le présent chapitre et par le chapitre 6 du titre VI du livre Ier* », soit les articles R. 166-1 à R. 166-8. L'article R. 315-1-1, en particulier, dispose que : « *Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du IV de l'article L. 315-1, il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité. / Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse. Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients. Il en informe au préalable le professionnel (…)* ».

4. Il résulte de la combinaison des dispositions législatives et réglementaires citées au point 3 et de celles de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale que l'exigence d'agrément et d'assermentation prévue par cet article ne s'applique pas aux médecins-conseils pour l'exercice, sur le fondement du IV de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, de leur mission d'analyse de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie. Dès lors, contrairement à ce que soutient M. M., le Dr Faure-Brac, médecin-conseil ayant diligenté le contrôle de son activité n'avait à justifier d'aucun agrément ou d'aucune habilitation autre que celle résultant de sa qualité de médecin-conseil.

En ce qui concerne le non-respect des règles visant à la protection des données à caractère personnel :

5. Il résulte de l'instruction que la plainte se fonde sur une analyse d'activité effectuée au moyen d'un système d'analyse des fichiers dénommé « système informationnel de l'assurance-maladie (SIAM)», autorisé par la délibération de la CNIL n°88-31 du 22 mars 1988 sur le fondement de l'article 25 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, permettant la mise en œuvre de traitements automatisés de données issues des bases de données de l'assurance-maladie, dans le cadre du thème de recherche n°27 (activité d'un praticien ou auxiliaire médical). M. M. soutient que la procédure suivie est irrégulière faute qu'il soit justifié du respect de cette autorisation et des règles encadrant le traitement automatisé de données à caractère personnel et les échanges d'informations prévues par décret n°2015-389 du 3 avril 2015 autorisant les traitements mis en œuvre par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions en matière de lutte contre les fautes, abus et fraudes. Plus précisément, selon M. M., le refus de produire l'habilitation du Dr Faure-Brac à avoir accès à ces données devrait entraîner la nullité de cette procédure. En outre, il ne serait pas justifié que l'obligation d'information prévue à l'article 5 du décret du 3 avril 2015 a été délivrée, ni que les mesures prévues par les articles 6 et 7 du même décret et l'article 9 de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives, auquel renvoient ces articles, ont été prises.

6. Aux termes de l'article L. 161-19 du code de la sécurité sociale : « *Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit (…). Pour assurer l'exécution de leur mission, les caisses nationales mettent en œuvre un traitement automatisé des données mentionnées à l'alinéa précédent* ». L' article 3 du décret 2015-389 du 3 avril 2015 qui fixe la liste des personnes ayant directement accès aux données des traitements ou pouvant en être destinataires pour l'exercice de leurs missions, prévoit notamment que : *« Ont accès aux données des traitements mentionnés à l'article 1er pour leur enregistrement et leur gestion et à raison de leurs attributions respectives et dans la limite du besoin d'en connaître, les agents intervenant dans la prise en charge des assurés, individuellement habilités par le directeur de l'organisme d'assurance maladie auquel ils appartiennent* », les agents chargés de contrôles n'ayant pas d'accès direct aux données enregistrées dans le traitement, mais pouvant en demander une extraction en application des II et III du même article et de l'article R. 315-1-1 précité du code de la sécurité sociale pour les besoins de leur mission, sans avoir besoin d'une habilitation spéciale. Le V de son article 4 indique que : « *Les informations relatives à l'identification des agents ayant accédé aux données enregistrées dans les traitements (….) ou les ayant modifiées ainsi que les dates, heures et types de ces accès ou modifications sont conservées durant l'année civile au cours de laquelle l'accès ou la modification a eu lieu et les quatre années civiles suivantes* », ceci en cohérence avec la délibération n°88-31 relative au SIAM, qui prévoit que « *toutes garanties doivent être prises pour réserver l'accès sélectif au système à un nombre limité d'agents nommément désignés et habilités* ».

7. En l'espèce, le Dr Faure-Brac tenait de sa qualité de médecin-conseil au service du contrôle médical le droit d'obtenir communication des données enregistrées dans le système d'information de l'assurance maladie qui lui étaient nécessaires pour la réalisation du contrôle. A supposer même que l'agent ayant effectué l'extraction des données à sa demande, n'aurait pas disposé de l'habilitation exigée par les dispositions précitées afin d'assurer la confidentialité des données personnelles enregistrées dans cette base de données, cette circonstance serait, en

tout état de cause, sans incidence sur la régularité de la saisine de la section des assurances sociales à laquelle il appartient d'apprécier la valeur probante et la portée des éléments qui lui sont soumis dans le cadre de la procédure juridictionnelle.

8. Il en est de même de la méconnaissance supposée de l'article 5 du même décret n°2015-389, aux termes duquel : « *Les personnes auxquelles se rapportent les données des traitements mentionnés à l'article 1er sont informées de l'existence et de la mise en œuvre d'un traitement les concernant autorisé en application du présent décret, de ses finalités, de l'identité du responsable du traitement, des destinataires des données et des modalités d'exercice des droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée par la diffusion d'une information sur les sites internet respectifs des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie* », de son article 6 aux termes duquel « *Les responsables des traitements prennent les mesures nécessaires pour préserver la sécurité des données tant à l'occasion de leur recueil que de leur consultation, de leur communication ou de leur conservation ainsi que des informations mentionnées au V de l'article 4./Les traitements mis en œuvre dans le cadre du présent décret respectent, lorsqu'ils y sont soumis, le référentiel général de sécurité mentionné à l'article 9 de l'ordonnance du 8 décembre 2005 susvisée*. » et de l'article de l'ordonnance du 8 décembre 2005 auquel il renvoie, ainsi que de l'article 7 du même décret aux termes duquel : «(….) *le responsable de chacun des traitements de données autorisés sur le fondement du présent décret adresse à la Commission nationale de l'informatique et des libertés, préalablement à sa mise en œuvre, un engagement de conformité aux dispositions du présent décret* (…) ». Au demeurant, les mentions légales relatives aux responsables des traitements figurent bien sur le site de l'Assurance maladie, et le requérant ne produit aucun élément de nature à laisser penser que ces dispositions auraient été méconnues.

Sur les griefs relatifs au respect des prescriptions médicales :

En ce qui concerne la réalisation de soins en l'absence de prescription médicale :

9. Aux termes de l'article L 4321-1 du code de la santé publique dans sa version en vigueur à la date de réalisation des actes critiqués : « *Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale* ». Aux termes de l'article R315-1-1 du code de la sécurité sociale : « *Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du IV de l'article L. 315-1, il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité* ».

10. S'il est fait grief à M. M. de n'avoir pas été en mesure de produire l'ensemble des prescriptions médicales correspondant à certains soins prodigués aux patients n° 1,3, 6 et 8, il résulte des pièces du dossier que l'ensemble de ces documents a été communiqué par le professionnel dans le cadre de l'instruction. Quelque regrettable que soit le retard ainsi apporté par M. M. à son obligation de mettre en mesure l'autorité de contrôle de vérifier la régularité de son activité le grief tiré de la méconnaissance de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique doit être écarté.

En ce qui concerne la durée de validité des prescriptions médicales :

11. Les plaignants reprochent à M. M. d'avoir pour les patients n°4 et n°9 engagé la réalisation des soins kinésithérapiques à une date trop éloignée de celle de leur prescription médicale initiale. En l'absence d'urgence ou de mentions particulières sur les ordonnances nécessaires à la pratique thérapeutique de la masso-kinésithérapie en application de l'article L. 4321-1, précité, du code de la santé publique, s'il importe que les prescriptions soient exécutées

dans un délai raisonnable, aucun texte n'a fixé de délai au-delà duquel le professionnel ne pourrait donner des soins sur la base d'une ordonnance. Il appartient toutefois au professionnel sollicité dans un délai exceptionnellement tardif par un patient ou qui n'aurait pas été en mesure de répondre à une demande de soins dans un délai raisonnable, de vérifier, notamment dans le cadre de l'établissement du bilan diagnostic kinésithérapique, qu'à cette date l'état de santé du patient justifie l'indication du traitement et de demander le cas échéant l'établissement d'une nouvelle prescription.

12. Dans les circonstances de l'espèce, le délai de six mois écoulé s'agissant du patient n°9 permettait à M. M. de débuter le 11 janvier 2015 une série de séances de kinésithérapie à domicile prescrites le 1er août 2014 à raison de deux séances par jour. Il y a lieu aussi de rejeter le grief s'agissant du patient n° 4 pour lequel les soins de rééducation respiratoire et de la marche prescrits le 19 mars 2013 ont été engagés moins de deux mois plus tard et comportaient en tout état de cause eu égard à l'âge du patient le caractère d'un traitement permanent.

En ce qui concerne le respect de la durée des traitements prescrits :

13. Aux termes de l'article 5 des dispositions générales de la NGAP : « *Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis à vis des dispositions législatives, réglementaires ou disciplinaires concernant l'exercice de la profession : (….) c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence* ». Aux termes des dispositions liminaires du titre XIV de la même nomenclature relatif aux actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles : « *Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, les actes du titre XIV peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute ; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur kinésithérapeute* ». Il résulte de ces dispositions que, par dérogation à la règle générale applicable aux actes des auxiliaires médicaux, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent pratiquer leur art sur ordonnance purement qualitative, leur laissant ainsi le soin d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et techniques les plus appropriés dans le cadre du bilan prévu à l'article R. 4321-2 du code de la santé publique tel que précisé à la section II du chapitre 1 du titre XIV de la nomenclature. Toutefois dès lors que le médecin a précisé sa prescription en définissant en particulier un nombre d'actes à effectuer ou une durée des soins, ces modalités s'imposent aux masseurs-kinésithérapeutes. Il leur appartient dès lors de s'en tenir strictement aux termes de la prescription.

14. Il ressort des pièces du dossier que M. M. ne s'est pas conformé à cette règle en réalisant des actes au-delà de la durée prévue par les prescriptions médicales pour les patients n° 4 et 9. C'est ainsi que dans le cas du patient n°4 il a facturé des soins jusqu'au 4 novembre 2013 sur le fondement d'une prescription du 19 mars 2013 limitée à trois mois (donc valable jusqu'au 19 juin 2013) et jusqu'au 13 novembre 2013 sur la base d'une prescription du 13 mai 2013 limitée à trois mois (donc valable jusqu'au 13 août 2013). Ces dépassements respectifs de 5 et 3 mois ont, même en tenant compte d'un délai raisonnable entre la date de prescription et celle de début des soins, un caractère fautif. Cet allongement de la durée des soins, outre qu'il se traduit par une augmentation du nombre d'actes réalisés sur la base d'une même prescription, a pour effet de différer le moment auquel le prescripteur est à même de constater l'évolution de l'état du patient.

15. Il en va de même s'agissant du patient n° 9 qui a bénéficié le 1er août 2014 de la prescription de séances de kinésithérapie à domicile pour rééducation neurologique à raison de deux fois par jour pour six mois. M. M. a facturé des soins jusqu'au 30 avril 2015 soit au-delà de la limite de durée fixée au 1er février 2015. Ce dépassement de trois mois de la durée des soins emporte les mêmes conséquences que celles énoncées au point 14. Le grief doit ainsi être retenu pour sa totalité.

Sur les griefs relatifs au non-respect de la NGAP en matière de cotations :

En ce qui concerne le non-respect des règles de cumul des cotations d'actes de rééducation respiratoires avec d'autres actes de rééducation :

16. Aux termes des dispositions liminaires du Titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) relatif aux « Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle » : « *(…) Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute (…), pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manœuvres de massage, des actes de gymnastique médicale ou des techniques de physiothérapie. Sauf exception prévues dans le texte, ces cotations ne sont pas cumulables entre elles. A chaque séance s'applique donc une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause* ». Il résulte toutefois de l'article 5 du chapitre II de ce même titre de la NGAP qu'en matière de de rééducation des conséquences des affections respiratoires avec désencombrement urgent : « *Par dérogation aux dispositions liminaires du titre IX, dans les cas où l'état du patient nécessite la conjonction d'un acte de rééducation respiratoire (pour un épisode aigu) et d'un acte de rééducation d'une autre nature, les dispositions de l'article 11 B des Dispositions générales sont applicables à ces deux actes* ». Selon l'article 11 B des dispositions générales réglementant la cotation des actes multiples réalisés au cours d'une même séance dans les cas où une telle cotation est possible : « *Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte au coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre. Le deuxième acte est ensuite noté à 50% de son coefficient* ». Il résulte de ces dispositions que ne peuvent être cotés selon les règles de l'article 11 B précité que les patients bénéficiant d'un traitement de rééducation respiratoire au titre d'un épisode aigu.

17. Il ressort cependant des pièces du dossier et notamment des bilans kinésithérapiques établis par le professionnel que le patient n° 4 bénéficiait d'un traitement au long cours de désencombrement et d'entretien de la fonction cardio-respiratoire en dehors de toute mention d'épisode aigu, cette qualification excluant toute possibilité de cumul. Il en va de même s'agissant de la patiente n° 9 certes atteinte d'une affection neurologique mais qui ne présente aucun épisode aigu aux dates de réalisation des soins. Dans ces conditions M. M. ne pouvait appliquer qu'une seule cotation, en l'espèce ainsi que le proposent les plaignants, la cotation AMK 10 relative aux soins neurologiques. Ainsi le grief de la cotation irrégulière doit-il être retenu à ce titre.

En ce qui concerne le non-respect des règles de cotations relatives à la rééducation des personnes âgées :

18. Il résulte des dispositions de la NGAP que les actes de masso-kinésithérapie relatifs au maintien de l'indépendance fonctionnelle de la personne âgée maintenue à domicile sont susceptibles de plusieurs cotations en fonction de la situation médicale du patient et de l'objectif des soins prescrits. La cotation AMK 6 est applicable pour une « Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée » lorsque l'objectif est essentiellement un entretien. La cotation AMK 8 « Rééducation analytique et globale musculo-

articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination » prévue à l'article 9 du chapitre II du titre XIV est applicable si le patient âgé est polypathologique ou porteur d'une décompensation fonctionnelle ne rentrant pas dans le cadre d'un processus lésionnel précis. Enfin, la cotation se fait en fonction des différents articles de la nomenclature si le patient âgé est porteur d'une pathologie spécifique. Il est fait grief à M. M. d'avoir pour les patients n° 1, 4 et 7 appliqué des cotations prévues aux articles 1er (affections orthopédiques et rhumatologiques) et 4 (affections neurologiques et musculaires) alors que ces patients ne présentaient pas les pathologies spécifiques correspondantes.

19. En premier lieu, il résulte de l'instruction que le patient n°1 pris en charge selon le bilan diagnostic kinésithérapique pour « trouble de l'équilibre postural statique et dynamique avec faiblesse des membres inférieurs » ne présentait pas de pathologie neurologique, la leucopathie vasculo-dégénérative invoquée par M. M. n'étant pas affirmée par le radiologue ni reprise dans les conclusions du scanner. Il ne relevait donc pas de la cotation AMK 10. En deuxième lieu, la patiente n° 7 ne présente aucune pathologie neurologique objectivée de nature à justifier d'une cotation de l'article 4. Enfin le patient n° 4 qui, ainsi qu'il a été dit au point 17 de la présente décision ne présentait aucune pathologie respiratoire objectivée, ne pouvait se voir ajouter une cotation AMK 9,5.

En ce qui concerne le non-respect des cotations pour rééducation lymphatique :

20. Aux termes de l'article 7 du chapitre II du titre XIV de la NGAP la rééducation pour lymphoedèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphoedèmes congénitaux) par drainage manuel relève de la cotation AMK 7 pour un membre ou pour le cou et la face et AMK 9 pour deux membres. Cette dernière cotation ne pouvait être appliquée à la patiente n° 6 souffrant d'insuffisance rénale chronique qui s'est vu prescrire un drainage lymphatique manuel non pris en charge par la NGAP. Le grief doit ainsi être retenu.

21. Il y a lieu pour les irrégularités relevées aux points 17,19 et 20 ci-dessus de retenir le caractère fautif des cotations en cause. Si M. M. soutient que l'ensemble de ces actes aurait fait l'objet d'une entente préalable tacite de la part de la CPAM plaignante, un tel accord ne saurait être de nature à priver de son caractère fautif le comportement du professionnel dès lors qu'il ne pouvait ignorer que l'acte ou la cotation qu'il a soumis à accord préalable n'était pas susceptible de répondre aux conditions de sa prise en charge dans le cadre des prescriptions de la nomenclature générale des actes professionnels ou lorsqu'il n'a pas exécuté l'acte dans les conditions ayant fait l'objet de cet accord. Ainsi cette circonstance ne saurait exonérer M. M. de sa responsabilité en matière de cotations irrégulières.

Sur le grief d'abus de soins :

22. Les plaignants font grief à M. M. de n'avoir pas tenu compte pour dispenser des soins à ses patients n° 3, 5 et 8, des données acquises de la science, telles qu'elles résultent des « recommandations de bonne pratique » mises en ligne le 1er avril 2005 par la Haute autorité de santé (HAS) en pratiquant sur les patients en cause un nombre d'actes supérieur à celui justifié par les pathologies présentées. Il résulte cependant de l'examen des « Recommandations pour la pratique clinique - Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile » que cette publication qui relate les différents modes d'évaluation de la diminution de mobilité et formule des recommandations sur la nature des traitements masso-kinésithérapiques conseillés en vue de préserver les capacités des patients, ne comporte aucune indication relative au nombre d'actes à réaliser. Si la partie « Argumentaire » publiée en même temps que les recommandations fait état de plusieurs études

cliniques qui retracent un nombre d'actes inférieur à celui pratiqué par M. M. cette seule circonstance ne saurait fonder l'existence de l'abus de soins allégué.

23. Il appartient toutefois à la juridiction du contentieux du contrôle technique d'apprécier si, même en l'absence de recommandation médicale applicable, le nombre des séances pratiquées ne revêtiraient pas un caractère manifestement excessif eu égard aux pathologies présentées par les patients. En l'espèce s'agissant de sujets âgés ne présentant pas de pathologies particulières la réalisation de trois et quatre séances par semaine respectivement pour les patients n° 1 et 4 et le patient n° 5 ne revêt pas un caractère manifestement excessif. Il en va différemment de la réalisation de cinq à six séances par semaine pour les patients n° 3 et 8. Enfin il n'y a pas lieu de statuer sur le nombre de séances effectuées en faveur du patient n° 7 lequel découle explicitement de la prescription médicale.

Sur la sanction :

24. Les faits ainsi relevés à l'encontre de M. M. ont le caractère d'abus et de fautes, et sont susceptibles de lui valoir le prononcé d'une sanction, en application des articles L 145-5-1 et L 145-5-2 du code de la sécurité sociale. Eu égard aux faits ci-dessus relevés, les premiers juges n'ont pas fait une inexacte appréciation de la gravité du comportement fautif de M. M. en lui infligeant la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un mois dont quinze jours assortis d'un sursis avec publication dans les locaux administratifs ouverts au public de la caisse primaire d'assurance maladie pendant trois mois. Il suit de là que la requête de M. M. ainsi que celle du médecin-conseil et du directeur de la CPAM de l'Hérault doivent être rejetées.

25. Les dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce qu'une somme soit mise à ce titre à la charge de la Caisse primaire d'assurance maladie qui n'a pas la qualité de partie perdante dans la présente instance.

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E

Article 1er : Les requêtes d'une part de M. M., d'autre part du médecin-conseil et du directeur de la CPAM de l'Hérault sont rejetées.

Article 2 : La sanction d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux infligée à M. M. par les premiers juges prendra effet pour la partie non assortie du sursis le 1er novembre 2020 à 0 heure et se terminera le 15 novembre 2020 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 trois mois.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à M. M., au médecin-conseil chef du Service médical près la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault, à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de l'Hérault, 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 Occitanie, au directeur de l'Agence régionale de

santé d'Occitanie, 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 Balzarini.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 22 janvier 2020, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. GACHET, membre titulaire, et Mme JOUSSE, membre suppléant, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le Dr RIO, membre titulaire, et M. le Dr HOUSSINOT, membre suppléant, 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 MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

GILLES BARDOU

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

MANON VOULAND

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.