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

Dossiers n° **002-2017 et 003-2017**
Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône et Echelon local du service médical du Rhône c. M. L.
Séance du **12 septembre 2018**
Décision rendue publique par affichage **le 31 octobre 2018**

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 17 août et 30 octobre 2015 contre M. L., 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 n° 04-2015 du 29 novembre 2016, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a infligé à ce professionnel la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de quatre mois, dont trois mois avec sursis et a condamné M. L. à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône une somme de 16 567,76 euros.

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

I- Par requête enregistrée le 23 janvier 2017, sous le n°002-2017, au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, la directrice générale 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 nationale de réformer cette décision en condamnant M. L. à une sanction plus importante que celle prononcée par les premiers juges ;

Vu la décision attaquée ;

II- Par requête enregistrée le 26 janvier 2017, sous le n° 003-2017, au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin-conseil chef du service de l'échelon local du service médical du Rhône, dont l'adresse postale est B.P. 21340, 69609 Villeurbanne cedex, demande à la section des assurances sociales nationale de réformer cette décision en condamnant M. L. à une sanction plus importante que celle prononcée par les premiers juges ;

Vu la décision attaquée ;

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 12 septembre 2018 :

- M. Nuno-Mickaël Pires, en la lecture de son rapport ;

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

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

- Me Grillat, en ses observations pour M. L. et celui-ci en ses explications ;

M. L. ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

1- Considérant que 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 en date du 29 novembre 2016 ; qu'il y a lieu de les joindre pour statuer par une seule décision ;

2- Considérant qu'à l'occasion d'un contrôle ayant porté sur l'activité de M. L., masseur-kinésithérapeute, au cours de la période du 1er octobre 2013 au 31 décembre 2013, des anomalies ont été relevées dans la réalisation et la facturation d'actes par ce professionnel sur 47 patients ;

<u>Sur le grief d'actes facturés et non réalisés :</u>

3- Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que M. L. a facturé des soins qu'il n'a pas réalisés ; qu'il en va ainsi tout d'abord des soins pratiqués sur des patients à des périodes où ceux-ci se trouvaient hospitalisés, ce qui exclut l'intervention d'un professionnel libéral ; qu'ainsi les cotations présentées pour les patients n° 22, 28, et 31 doivent à ce titre être réputées fictives,

le dossier du patient n° 35 examiné en cours de matinée et hospitalisé en soirée devant en revanche être écarté ; qu'il y a lieu aussi de retenir comme fautives les cotations présentées pour le patient n° 14 à raison de trois séances par semaine alors que la prescription mentionnait une fréquence de deux actes par semaine et que l'entourage familial confirme que M. L. ne venait que les mercredi et vendredi ; que le troisième acte a donc un caractère fictif ; que le professionnel ne saurait échapper à sa responsabilité en invoquant une série d'erreurs matérielles qui ne sont en tout état de cause établies par aucune pièce du dossier ;

Sur le grief de non-respect des prescriptions médicales :

4- Considérant, en premier lieu, qu'en facturant pour les patients n° 21, 22, 35, 43, 46 et 47 un ensemble d'actes et de déplacements en l'absence de toute prescription médicale, M. L. a méconnu l'article L. 4321-1 du code de la santé publique qui dispose que « *Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale* […] » ; que la circonstance invoquée par M. L. que les soins en cause étaient pratiqués sur des patients habituels dont l'ordonnance faisait habituellement l'objet d'un renouvellement en fin de soins est en tout état de cause sans incidence sur sa responsabilité, la prescription devant nécessairement être rédigée préalablement aux soins ; qu'il y a lieu en revanche d'écarter le grief pour le patient n° 30 en raison de l'existence d'une ordonnance rédigée pour la même période par le même médecin et prévoyant des soins à domicile ;

5- Considérant, en second lieu, que si le b. du 1 de la section 2 du Titre XIV de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) laisse au masseur-kinésithérapeute, en l'absence de prescription médicale précise, le soin d'apprécier le nombre et le rythme des séances à réaliser, il en va différemment lorsque la prescription les a précisément définis, les termes de la prescription s'imposant dans cette hypothèse strictement au masseur-kinésithérapeute ; qu'il est constant que dans le cas des dossiers n° 14, 26, 27, 30, 34 et 40, M. L. a effectué ses soins à une période excédant la limite temporelle fixée par les ordonnances ; qu'en l'absence de toutes circonstances particulières ou d'explications médicales apportées par le professionnel, il y a lieu de considérer ce comportement comme fautif ;

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

6- Considérant que les dispositions liminaires du titre XIV de la NGAP prévoient que, sauf exception prévues par les textes, la durée des séances de masso-kinésithérapie est de l'ordre de 30 minutes ; que cette disposition a pour objet de favoriser la qualité des soins en instituant une durée minimale approximative pendant laquelle un professionnel doit se consacrer à son patient ; qu'il résulte de l'instruction que, dans un grand nombre de cas, M. L. n'a pas respecté cette durée de soins sans pouvoir justifier médicalement de sa pratique ;

7- Considérant qu'il en va ainsi, en premier lieu, pour les patients n° 1 à 9 domiciliés à l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Saint Priest ; qu'il résulte en effet de la comparaison du temps passé au sein de cet établissement et du nombre de patients examinés que M. L. n'a pu leur consacrer qu'un temps inférieur à 15 minutes, cette durée ne permettant pas la réalisation de soins de qualité en faveur de ces patients pour lesquels il utilise la cotation AMK 8 ;

8- Considérant, en second lieu, qu'il en va de même pour les patients n° 10, 11, 13, 15, 16 à 18, 22, 23, 29 à 31, 37 à 39, 41, 42 et 44 soignés à domicile dont les déclarations ou celles de leurs proches attestent que M. L. ne leur consacre qu'un temps limité, de l'ordre d'une vingtaine de minutes, inférieur à celui prévu par la NGAP ;

9- Considérant qu'il résulte de ce qui précède que le grief doit être réputé établi, à l'exception du patient n° 33 en raison de l'absence de toute mention de la durée des séances dans l'attestation produite par les plaignants ;

Sur le grief de non-respect des règles de cotations prévues par la NGAP :

En ce qui concerne l'anomalie de cotation des AMS ou AMK :

10- Considérant qu'il résulte de l'examen des pathologies présentées par les patients n° 2, 4, 5, 7, 8 et 11 telles que décrites par le service médical que les actes correspondant ont été réalisés dans le cadre du maintien de l'autonomie à la marche de la personne âgée ; que ces actes étaient cotables AMK 6 et non AMK 8 ou AMS 9,5 comme l'a fait M. L. ; que pour la patiente n° 16, la cotation à appliquer est AMS 7,5 en application de l'article 1, chapitre 2, titre XIV de la NGAP *« rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée »* et non AMS 9,5 utilisée par M. L. ; que ces cotations ont en conséquence un caractère indu ainsi que le soutiennent les plaignants ;

11- Considérant en revanche que les cotations proposées par M. L. doivent être considérées comme exactes et les griefs rejetés dans les conditions suivantes :

- les patients n° 1, 3, 6, 10, 13, 24, 25, 26, 36, 37 et 44 relevaient d'un traitement d'acquisition de leur mobilité au titre d'une rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé au titre de l'article 9 chapitre 2 du titre XIV de la NGAP et pouvaient à ce titre justifier des cotations AMK 8 appliquées par M. L. ;
- les patients n° 12 et 23 relevaient en vertu de l'article 1, chapitre 2, du titre XIV de la NGAP de la cotation AMS 9,5 utilisable pour la rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou de plusieurs membres, telle qu'elle a été appliquée par le masseur-kinésithérapeute et non respectivement des cotations AMK 6 et AMK 8 proposées par les plaignants ;
- pour le patient n°38, la cotation à appliquer étant AMS 9,5 en vertu de l'article 1 susvisé et non la cotation AMK 6 proposée par les plaignants, l'application par M. L. d'une cotation AMK 8 n'a pas généré de charge indue pour l'assurance maladie ;
- les patients n° 14 et 43 relevaient en vertu de l'article 4, chapitre 2, du titre XIV de la NGAP de la cotation AMK 9 utilisable pour *« la rééducation de l'hémiplégie » ;*
- le patient n° 39 relevait bien d'une cotation AMK 10 pour la *« rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie – localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face »* et non ainsi que le soutiennent les plaignants de la cotation AMK 6 appliquée dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée ;
- le patient n°35 traité pour rééducation de maladie respiratoire avec désencombrement urgent relevait bien de la cotation AMK 8 ;

En ce qui concerne la facturation abusive de majoration de déplacement :

12- Considérant, en premier lieu, que la cotation *« Indemnité forfaitaire neurologique »* est réservée aux actes de l'article 4 du titre XIV de la *NGAP « Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires »* cotés AMK 8 à 11, qu'il résulte du point 11 ci-dessus qu'une majoration spécifique de type neurologique pouvait être appliquée aux patients n°14, 39, 43 ; qu'en revanche, cette majoration ne pouvait être appliquée aux patients n°13 et 35 ; que ce grief ne peut être retenu que dans la mesure énoncée ci-dessus ;

13- Considérant, en deuxième lieu, qu'il résulte de l'article 5, du chapitre 2 du titre XIV de la NGAP que la facturation en AMK 8 de séances de rééducation en urgence pour une bronchiolite

chez les enfants pour les patients n° 19, 20 et 21 ne permettait pas de coter des indemnités spécifiques de déplacement IFP ; que la cotation acceptée en AMK 8 pour kinésithérapie respiratoire ne permet pas de coter des indemnités spécifiques de déplacement de type neurologique *« IFN »* mais des *« IFA »* ;

14- Considérant, en troisième lieu, que la résidence commune à la même adresse des patients n° 11 et 13 ne permettait pas de cumuler les indemnités de déplacement ; que la circonstance invoquée qu'il s'agirait de visites distinctes effectuées le même jour n'est pas établie par les pièces du dossier ; qu'une telle organisation ne se justifie en outre par aucune raison médicale ;

15- Considérant qu'il résulte de ce qui précède que dans ces dossiers M. L. a appliqué les majorations les plus élevées pour des indemnités de déplacement de façon indue au regard des dispositions conventionnelles qui en fixent les tarifs ;

En ce qui concerne l'absence de réalisation des bilans diagnostics kinésithérapiques :

16- Considérant que, en méconnaissance des obligations s'imposant au masseur-kinésithérapeute en vertu de l'article R. 4321-2 du code de la santé publique relativement à l'établissement du bilan diagnostic kinésithérapique qu'il doit effectuer pour chaque patient, et envoyer au médecin prescripteur, comme prévu à la section 2 du chapitre I du titre XIV de la 2ème partie de la NGAP, M. L. n'a réalisé aucun bilan pour les patients n° 2, 5, 7, 15, 16, 29 et 32 ; que dans le cas du patient n° 3 il a transmis un bilan déjà réalisé par un autre praticien ; que le bilan transmis pour le patient n° 4 n'était pas daté ; qu'il a transmis un bilan tardivement pour les patients n° 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 22 à 28, 30, 31 et 33 à 47 ; qu'ainsi le grief portant sur la facturation de bilans diagnostics kinésithérapiques non réalisés doit être considéré comme établi dans sa totalité ;

En ce qui concerne l'utilisation du tiers payant :

17- Considérant qu'à 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, des patientes relevant de l'assurance maternité ou des personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'Etat ; qu'en facturant en tiers payant la quasi-totalité de ses actes M. L. a fait une utilisation abusive de cette procédure ;

Sur la sanction :

18- Considérant que les faits retenus ci-dessus à l'encontre de M. L. méconnaissent les exigences déontologiques qui s'imposent aux professionnels, notamment l'obligation de limiter leurs actes en observant la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, rappelée par les articles R. 4321-59 du code de la santé publique et L. 162-12-8 du code de la sécurité sociale ; que ce comportement fautif justifie que lui soit infligée une sanction en application des dispositions des articles L. 145-5-1 et L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale ; qu'il sera fait une juste appréciation de la gravité de ces fautes en prononçant à son encontre la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de quatre mois dont deux mois assortis du bénéfice du sursis ;

Sur le remboursement :

19- Considérant qu'aux termes de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale, les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sont appelées à connaître des *« 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» ; qu'aux termes de l'article L. 145-2 du même code *: « 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 (…) »* ; que constituent des honoraires abusifs au sens de ces dispositions 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 ;

20- Considérant que les griefs retenus aux points 3 à 10 et 12 à 17 de la présente décision constituent des abus d'honoraires ; que les tableaux produits par la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône conduisent à fixer à 9 523,44 la somme due par M. L. au titre de leur remboursement ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E

Article 1er : Il est infligé à M. L. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de quatre mois. Il sera sursis pour une durée de deux mois 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 cette sanction pour la partie non assortie du sursis, prononcée à l'encontre de M. L., prendra effet le 1er mars 2019 à 0 h et cessera de porter effet le 30 avril 2019 à minuit.

Article 3 : M. L. devra reverser à la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône la somme de 9 523,44 euros.

Article 4 : 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 durée de l'interdiction non assortie du sursis.

Article 5 : La décision n° 04-2015 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes du 29 novembre 2016, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 6 : La présente décision sera notifiée à M. L., à la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical 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 Auvergne–Rhône-Alpes, au directeur général 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.

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

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 12 septembre 2018, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. GACHET et M. PIRES, membres titulaires, 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

MAGALI GUILLEMOT

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.