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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

Dossier n° 008-2019- M. A. c/ Direction régionale du Service médical de la Martinique

Décision rendue publique par affichage le 23 décembre 2021

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

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure

Le médecin conseil régional, directeur régional du service médical de la Martinique a porté plainte le 8 août 2018 contre M. A., masseur-kinésithérapeute, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional des Antilles-Guyane de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Par une décision n°03/SAS/MK du 1er août 2019, cette section des assurances sociales a infligé à M. A. la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de quatre mois, dont deux mois assortis du sursis et l'a condamné à rembourser à la caisse primaire d'assurance-maladie de la Martinique la somme de 79254 euros.

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

Par une requête enregistrée le 15 novembre 2019 au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, M. A. demande l'annulation de cette décision et le rejet de la plainte.

Vu les autres pièces du 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 ;

Vu l'ordonnance n°2020-1402 du 18 novembre 2020 portant adaptation des règles applicables aux juridictions de l'ordre administratif ;

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience,

Après avoir entendu en séance publique du 6 septembre 2021 :

- M. Roumier, en la lecture de son rapport ;

- Maître Clémence Cottrell en ses observations pour M. A. et celui-ci en ses explications, par visioconférence ;

- Monsieur le docteur Christophe Salomon-Riocreux, en ses explications pour la Direction Régionale du Service Médical de la Martinique, par visioconférence ;

M. A. et son conseil ayant été invités à prendre la parole en dernier.

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1. A la suite d'un contrôle de l'activité de M. A., masseur-kinésithérapeute, portant sur les actes effectués par lui du 1er août 2015 au 31 mars 2017, une plainte a été déposée le 8 août 2018 par le médecin conseil régional, directeur régional du service médical de la Martinique. M. A. fait appel de la décision du 1er août 2019, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Antilles-Guyane lui a infligé la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de quatre mois, dont deux mois assortis du sursis et l'a condamné à rembourser à la caisse primaire d'assurance-maladie de la Martinique la somme de 79 254 euros.

Sur les griefs

En ce qui concerne le grief de non -respect de la durée des séances

2. Aux termes du dernier alinéa de l'article 5 des « Dispositions générales » de la nomenclature générale des actes professionnels : « *Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet*. » En vertu des dispositions préliminaires du titre XIV de la même nomenclature : « *Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute (...) se consacre exclusivement à son patient*. » Aux termes du chapitre III « Modalités particulières de conduite du traitement » de ce titre : « *Article premier -Traitements de groupe/Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1er, 2, 3 et 4 du chapitre II. Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance. /Ces traitements de groupe doivent concerner des malades qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois. La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II. /Article 2 - Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients/ Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée. (...)* ».

3. Il résulte de l'instruction que M. A. travaillait de 6h à 20h chaque jour, soit quatorze heures, principalement à domicile, et qu'il effectuait des tournées, sans forcément revenir à son cabinet entre chaque patient, sur le territoires de communes dont les plus éloignées sont distantes de 36 km, ce qui représente, dans cette zone montagneuse, un temps de déplacement d'environ une heure, la distance effectivement parcourue par l'intéressé selon la reconstitution faite par la caisse générale de sécurité sociale étant de 60 km pour la journée la plus chargée et selon une tournée optimisée. Compte tenu du temps nécessaire pour d'éventuels aller-retours au cabinet, il y a lieu d'évaluer à au moins 2 h par jour le temps passé par M. A. sur la route hors de la présence de patients au cours de sa journée de travail. S'il y a lieu de prendre en compte le fait que la durée de la séance facturable n'est pas strictement de 30 mn, mais « de l'ordre » de 30 mn, compte tenu du fait que celui-ci pratiquait principalement des séances à domicile, qui ne permettent pas au patient de se préparer, comme en cabinet, pendant que le patient précédent termine sa séance, et eu égard aux délais nécessaires au passage à pied entre certains domiciles proches, il y a lieu de fixer à 24 le nombre de séances dont le dépassement révèle la facturation d'actes équivalant à une absence de soin. M. A., qui a effectué 12754 séances au cours des 448 jours travaillés pendant la période contrôlée, a donc, selon un calcul qui lui est favorable car supposant qu'il ait traité chaque jour le même nombre de patients, effectué 2002 séances de plus qu'il ne l'aurait dû s'il avait respecté ces dispositions. Dans cette mesure, il a méconnu les dispositions précitées.

Sur le grief de surfacturation

4. En vertu de l'article 1er du chapitre II du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels, relatif à la rééducation des conséquences des affections orthopédiques ou rhumatologiques, sont cotés AMS 7,5 les actes de « *rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée* », ainsi que ceux de rééducation et réadaptation après amputation de tout ou partie d'un membre, et AMS 9,5 les actes de « *rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres dans le cadre d'actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle* ». Selon l'article 9 du même chapitre II, relatif à la « *rééducation de la déambulation du sujet âgé* », sont cotés AMK ou AMC 8, sauf dans les cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique, les actes de « *rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé* ».

5. Il résulte de l'instruction que, pour la patiente n°5, à laquelle ont été prescrites des séances de rééducation des membres inférieurs suite à la fracture d'une jambe, et le patient n°16, auquel ont été prescrits, suite à l'amputation d'un membre, des massages ou un renforcement musculaire des quatre membres et une réadaptation à la marche, M. A. a coté respectivement AMS 9,5 et AMK 10, au lieu de AMS 7,5 qui était justifié. Il a ainsi méconnu les dispositions précitées de la nomenclature. En revanche, pour le patient n° 1, auquel était prescrit le massage des quatre membres, le patient n°3, auquel était prescrite, en plus d'une aide à la marche, une kinésithérapie des deux épaules, les patients n°9, 10, 11, 13, 14 et 20, auxquels étaient prescrits des soins de rééducation et massage du rachis en plus de ceux des membres inférieurs et, le cas échéant, supérieurs, la cotation AMS 9,5 était fondée, de même que celle de AMK 9 pour le patient n°21 pour des séances de rééducation de séquelles d'AVC. Si la Caisse générale de sécurité sociale estime plus adaptée une cotation AMK 8 compte tenu de l'âge et des besoins de ces patients, cette seule affirmation non étayée par des éléments précis conduisant à remettre en cause la pertinence du respect des prescriptions médicales par le kinésithérapeute, ne suffit pas à l'établir.

Sur le grief de non- respect des prescriptions médicales

6. 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* (…) ». En vertu de l'article 5 des « Dispositions générales » de la nomenclature générale des actes professionnels : « *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 et disciplinaires concernant l'exercice de leur 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 du premier alinéa du titre XIV de la même nomenclature : « *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.* »

7. Il résulte de l'instruction que la Caisse générale de sécurité sociale de la Martinique a remarqué que les soins donnés à trois patients n'étaient pas conformes à ceux qui leur étaient prescrits. Si M. A. pouvait, pour le patient n°10, auquel étaient prescrits 30 séances de rééducation du rachis entier, membres supérieurs, stimulation à la marche et renforcement du potentiel musculaire, juger que la rééducation du rachis ne lui était pas nécessaire, il aurait dû demander au médecin des patients n°6, auquel était prescrites des séances de massage des membres inférieurs et de rééducation à la marche et 19, auquel étaient prescrites des séances de drainage lymphatique, de refaire leurs ordonnances pour tenir compte de l'évolution de l'état des patients, avant de pratiquer pour le premier des massages et mobilisation du bras gauche et, pour le second, des massages des jambes et du dos. Ce grief doit donc être retenu dans cette mesure.

Sur le grief de défaut d'opportunité des séances

8. La Caisse générale de sécurité sociale conteste l'opportunité de poursuivre des soins de kinésithérapie pour la patiente n°5 deux ans après une fracture, d'effectuer cinq séances hebdomadaires pour la patiente n°16 et de poursuivre des séances de drainage lymphatique pour la patiente n°19. M. A. soutient que, même si la consolidation de l'état du patient n°5 avait été constatée le 28 janvier 2016, le médecin lui a prescrit de nouvelles séances par une ordonnance du 13 juillet 2016, qui ne pouvait être ignorée ; par ailleurs, pour les patients n°16 et 19, le nombre de séances a été adapté. M. A. reconnaît ainsi en partie le grief.

En ce qui concerne le grief de méconnaissance de l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature

9. Aux termes de l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels, dans sa rédaction en vigueur au cours de la période contrôlée : *« Lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé.*
A) Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)/Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel (...) de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération, ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire.(...)C) Indemnité horokilométrique (IK) /Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération, et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique (...)L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte ; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en (...) AMS, AMK, (...) l'indemnité horokilométrique se cumule avec les indemnités forfaitaires prévues aux paragraphes A et D./L'indemnité horokilométrique est calculée et remboursée dans les conditions ci-après: /1° L'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne dont les zones sont définies par la Loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne. (...) /3° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par

rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade. »

10.Il ressort des dispositions qui précèdent que l'indemnité horokilométrique est calculée, non pas en fonction de la distance effectivement parcourue par le professionnel de santé en fonction de l'organisation de sa tournée, et du temps qu'il a réellement consacré à celle-ci, mais d'une approximation indépendante de l'organisation qu'il choisit, laquelle est susceptible de varier. Ainsi, chaque visite est assortie d'une indemnité horokilométrique calculée en tenant compte de la distance entre le patient visité et le domicile professionnel, déduction faite de 2 km en plaine et 1km en zone de montagne. Il en résulte que le grief tenant à ce que M. A. a facturé les déplacements qu'il effectuait en prenant en compte la distance entre son cabinet professionnel et le domicile des patients et non les conditions dans lesquelles sa tournée était organisée, ne peut être retenu.

Sur la sanction

11. 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 et du conseil national de l'ordre des infirmiers sont :/1° L'avertissement ;/2° Le blâme, avec ou sans publication ;/3° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux ;/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, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues aux 1° à 3°./La section des assurances sociales peut assortir les sanctions prévues au présent article de leur publication selon les modalités qu'elle fixe./Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction. (...) Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les organismes de sécurité sociale. ».*

12. Les faits mentionnés aux points 3, 5, 6 et 7 constituent des fautes, abus ou fraudes qu'il y a lieu de sanctionner. Il sera fait une juste appréciation de la responsabilité de M. A. en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois, dont deux mois assortis du sursis.

13. Constituent des honoraires abusifs au sens du 4° de l'article L.145-5-2 précité 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. Ainsi que le relève la Caisse primaire d'assurance-maladie, les griefs mentionnés aux points 3 et 5 constituent des abus d'honoraires. En conséquence, il y a lieu de mettre à la charge de M. A., au titre du grief de suractivité, pour 2002 séances et un montant moyen facturé par séance de 20,90 euros, auquel s'ajoutent par séance une indemnité forfaitaire de déplacement d'un montant de 2,5 euros et une moyenne de 7,97 indemnités

kilométriques d'un montant de 0,66 euros facturées par séance, le remboursement de la somme de 57805 euros. Il n'y a pas lieu d'ajouter à cette somme, et au titre du grief de surcotation, les sommes de 736,32 euros au titre du patient n°5 et 1192,98 euros au titre du patient n°16, correspondant respectivement à 156 et 159 séances, qui peuvent être regardées comme incluses dans les 2002 séances excédentaires.

14. Il y a lieu également de prévoir la publication de la présente décision par affichage dans la partie ouverte au public des locaux de la caisse primaire d'assurance-maladie de la Martinique pendant la durée de l'exécution de la sanction pour la partie non assortie du sursis.

DECIDE :

Article 1er : Il est infligé à M. A. la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois, dont deux mois assortis du sursis.

Article 2 : L'exécution de cette sanction prendra effet le 1er mai 2022 à 0h00 et cessera de porter effet le 31 mai 2022 à minuit.

Article 3 : M. A. reversera à la caisse primaire d'assurance-maladie de la Martinique la somme de 57805 euros.

Article 4 : La publication de la présente décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance-maladie de la Martinique dans ses locaux ouverts au public pendant la période mentionnée à l'article 2.

Article 5 : Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

Article 6 : La décision n°03/SAS/MK de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Antilles-Guyane, en date du 1er août 2019, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 7 : La présente décision sera notifiée à M. A., au médecin conseil, chef de service de l'échelon local du service médical près la caisse primaire centrale d'assurance maladie de la Martinique, au directeur de l'agence régionale de santé de la Martinique, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Antilles-Guyane, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la Martinique, au ministre des solidarités et de la santé et au ministre de l'agriculture et de l'alimentation.

Copie pour information en sera délivrée à Me Cottrell.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 06 septembre 2021, où siégeaient Mme Marie-Françoise GUILHEMSANS, Conseillère d'Etat, Présidente ; MM. GACHET et ROUMIER, membres titulaires désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le docteur GODINO, membre titulaire et Mme le docteur QUILLON-CORCELLA, membres suppléantes, nommées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

La conseillère d'Etat,

Présidente de la Section des assurances sociales

Marie-Françoise GUILHEMSANS

Le secrétaire

de la Section des assurances sociales

Anthony PEYROTTES

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.