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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

Dossier n° 003-2018-Echelon local du service médical de l'Hérault et Caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault c/ M. T.

Décision rendue publique par affichage le 25 juin 2021

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

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure :

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Hérault et le médecin-conseil, chef de service de l'Echelon local du service médical près cette caisse ont déposé le 10 novembre 2016 une plainte contre M. T., masseur-kinésithérapeute, exerçant (…), devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Occitanie.

Par une décision n° 5/2016 du 9 mars 2018, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Occitanie a infligé à M. T. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trente jours, assortie d'un sursis de quinze jours, sans publication.

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

Par une requête enregistrée le 11 mai 2018 au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin conseil, chef de service de l'échelon local du service médical et le directeur la Caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault demandent que cette décision soit réformée et qu'une sanction plus sévère soit prononcée.

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 ;

Après avoir entendu en séance publique du 14 octobre 2020 :

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

Le Dr David Mariel, médecin-conseil, représentant le médecin-conseil chef de l'échelon local de l'Hérault et la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault, en ses observations ;

Me Bruno Apollis et M. T., dûment convoqués, n'étant ni présents, ni représentés ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1. A la suite d'un contrôle de l'activité de monsieur T., masseur-kinésithérapeute portant sur les actes facturés du 1er mai 2013 au 1er mai 2015 pour les six patients auxquels il dispensait ses soins, une plainte a été déposée le 10 novembre 2016 par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Hérault et le médecin- conseil chef de service de l'échelon local du service médical près cette caisse. Ceux-ci font appel de la décision du 9 mars 2018, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Occitanie, après avoir déclaré la plainte irrecevable en tant qu'elle porte sur « les facturations et les éventuels fautes, abus, fraudes ou faits » antérieurs au 10 novembre 2013, a infligé à M. T. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trente jours dont quinze jours assortis du sursis.

<u>Sur la recevabilité</u>

2. Aux termes de l'article R. 145-22 du code de la sécurité sociale : « *Les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre (...) des infirmiers (...) sont saisies (...) dans le délai de trois ans à compter de la date des faits* ». La plainte de la caisse primaire d'assurance maladie ayant été enregistrée le 10 novembre 2016, elle est donc irrecevable qu'en tant qu'elle concerne des actes facturés par M. T. avant le 10 novembre 2013.

Sur les griefs

En ce qui concerne le grief tenant à la facturation de soins sans ordonnance valide :

3. 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 R.315-1-1 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* ».

4. S'il est fait grief à M. T. d'avoir, s'agissant des patients n°1 et n°3, facturé des soins en les rattachant à des ordonnances qui n'étaient plus valides, il ressort des pièces du dossier que les ordonnances en cause ont été renouvelées et que les ordonnances sur la base desquelles les soins auraient dû être facturés ont été communiquées à l'issue de l'entretien contradictoire de M. T. avec l'agent chargé du contrôle. Il ne peut donc être reproché à M. T. d'avoir facturé des soins non prescrits. En revanche, il a fait preuve d'une négligence fautive en joignant à de nombreuses reprises à sa facturation une ordonnance qui n'était pas celle prescrivant les soins pratiqués, quand bien même les patients concernés, atteints de mucoviscidose, voyaient leur ordonnance renouvelée sans grand changement tous les six mois.

5. Par ailleurs, 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.

6. Les plaignants reprochent à M. T. d'avoir, pour le patient n°2, commencé le 2 septembre 2013 des séances de rééducation du rachis lombaires et des membres inférieurs prescrits le 8 août pour une durée de trois mois, et pour les patients n°1 et 3 débuté les soins prescrits par certaines ordonnances à l'issue d'un délai de plusieurs mois. Ils soutiennent en effet que, du fait de ces délais, les ordonnances n'étaient plus valables. Toutefois, d'une part, le délai de trois semaines entre la prescription et le début des soins de la patiente n°2 n'est pas anormal compte tenu de la période de l'année et de la pathologie en cause, dont le début remonte à une dizaine d'années selon le médecin prescripteur, d'autre part, il résulte de l'instruction que les patients n°1 et 3 sont atteints de mucoviscidose, et ont en tout état de cause besoin du même type de soins de façon permanente. Dans les circonstances de l'espèce, le grief tenant à la méconnaissance des dispositions précitées de l'article L 4321-1 du code de la santé publique doit donc être écarté.

7. Enfin, il ne résulte pas de l'instruction que la mention « + 2/j » portée sur les ordonnances délivrées à la patiente n°3, parmi d'autres mentions manuscrites portées par le médecin hospitalier qui la suit sur une ordonnance préétablie, ait été ajoutée par M. T.. Le grief de surcharge des ordonnances de cette patiente doit donc être écarté.

En ce qui concerne le grief de facturation non autorisée d'indemnités de déplacement

8. Aux termes de l'article L.162-12-8 du code de la sécurité sociale « *Les masseurs-kinésithérapeutes sont tenus d'effectuer leurs actes dans le respect des dispositions du titre III du livre IV du code de la santé publique et de leurs mesures d'application en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions*. ». M. T. soutient que, bien que les patients n°1 et 3 partagent le même domicile, il devait passer matin et soir à des heures différentes leur dispenser ses soins, le patient n°1 étant très encombré en début de matinée et en milieu d'après-midi et la patiente n°3, insomniaque, étant encore endormie lorsqu'il passe s'occuper de son compagnon et qu'il respecte ainsi les dispositions de l'article R.4321-2 du code de la santé publique, aux termes duquel « *Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie*. ». Il ne résulte toutefois pas de l'instruction que l'impossibilité alléguée de prendre en charge successivement ces patients à l'occasion d'un même déplacement aurait une justification d'ordre médical et non de convenance personnelle. Dès lors, M. T., qui n'a pas effectué ses actes en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions, ne pouvait facturer plus de deux déplacements par jour.

En ce qui concerne le grief de non -respect de la nomenclature générale des actes professionnels

9. Il ressort des dispositions liminaires du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels , combinées avec celles de l'article 5 du chapitre II du même titre, qu' à chaque séance correspond une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie en cause et que le cumul, lors d'une même séance, de la cotation de la rééducation d'une maladie respiratoire et d'un acte de rééducation d'une autre nature, n'est possible que pour la rééducation avec désencombrement urgent en cas de poussée aigue dans le cadre d'une pathologie respiratoire chronique. M. T. ne pouvait donc, pour le patient n° 1, facturer séparément les soins de kinésithérapie pour drainage bronchique et ceux de réharmonisation structurelle des dorsaux lombaires et de massage décontractant de la ceinture scapulaire qui lui étaient prescrits à long terme en raison de sa mucoviscidose.

10. En ce qui concerne les patients 2, 4, 5 et 6, la prescription par le médecin d' une rééducation du rachis et des membres inférieurs justifie, même s'ils sont âgés, la cotation de AMK 9 ou AMS 9,5 pratiquée par M. T. au titre de la rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques, plutôt que celle de 6 ou 8 AMK prévue pour les actes de rééducation de la déambulation du sujet âgé mentionnée à l'article 9 du chapitre II du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels.

Sur le grief tiré de l'absence de bilan-diagnostic kinésithérapique

11.Aux termes de l'article R.4321-2 du code de la santé publique : « *Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution./ Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés./Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur. / Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix. / Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsqu'apparaît une complication pendant le déroulement du traitement.* ». Il est précisé à la section 2 du chapitre 1 du titre XIV de la Nomenclature générale des actes professionnels que le bilan, reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin-prescripteur, qu'il est enrichi au fil du traitement et qu'une fiche synthétique de ce bilan est adressée au médecin prescripteur en début et en fin de traitement, dès lors que ce traitement est supérieur ou égal à dix séances.

12. Il résulte de l'instruction que M. T. n'a établi ou actualisé de bilan-diagnostic kinésithérapique pour aucun de ses six patients au cours de la période contrôlée, bien qu'ils aient bénéficié de traitements comportant une série de soins en nombre supérieur à dix. Contrairement à ce que soutient M. T., l'obligation d'établir un tel bilan n'est pas limitée aux cas où le médecin ne fixe pas le nombre des séances et conserve son intérêt même dans le cas de pathologies chroniques. Dans ce cas, en effet, l'établissement du bilan-diagnostic kinésithérapique et son actualisation tous les six mois permet au kinésithérapeute de suivre l'évolution de l'état de son patient, d'estimer l'efficacité des soins dispensés et d'en informer le médecin, afin de permettre à celui-ci d'évaluer s'il y a lieu d'adapter sa prescription. M. T. a ainsi méconnu les dispositions précitées du code de la santé publique et de la nomenclature.

<u>Sur la sanction</u>

13. 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. »

14. Les faits mentionnés aux points 4,8,9 et 11 constituent des fautes qu'il y a lieu de sanctionner. Il sera fait une juste appréciation de la responsabilité de M. T. en maintenant la sanction décidée en première instance d'un mois d'interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux, dont quinze jours assortis du sursis. M. T. ayant déjà exécuté la partie de cette sanction non assortie du sursis, faute d'avoir été informé à temps de l'appel, il n'y a pas lieu de fixer le moment de cette exécution. En revanche, conformément aux dispositions précitées, il y a lieu 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 l'Hérault, pendant une durée d'un mois.

Sur l'application de l'article L.761-1 du code de justice administrative

15. Il n'y a pas lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge de la caisse primaire d'assurance-maladie et de l'échelon local du service médical de l'Hérault la somme demandée par M. T. au titre des frais exposés par lui et non compris dans les dépens.

DECIDE :

Article 1er : La sanction d'un mois d'interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux, dont quinze jours assortis du sursis, infligée à M. T. par la décision attaquée, est confirmée.

Article 2 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Hérault par affichage dans les locaux administratifs ouverts au public, pendant une durée d'un mois.

Article 3 : La décision n° 5/2016 du 9 mars 2018, de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Occitanie est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 4 : Le surplus des conclusions de la requête et les conclusions de M. T. tendant à l'application des dispositions de l'article L.761-1 du code de justice administrative, sont rejetés.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à M. T., au directeur de la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Hérault, au médecin conseil, chef de service de l'échelon local du service médical près la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault, au directeur de l'agence régionale de santé d'Occitanie, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Occitanie, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Occitanie, 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 Bruno Apollis.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 14 octobre 2020, 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 docteur Béatrice RIO, membre titulaire et Mme le docteur QUILLON-CORCELLA, membre suppléant, nommées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

La conseillère d'Etat,

Présidente de la Section des assurances sociales

Marie-Françoise GUILHEMSANS

La secrétaire
de la Section des assurances sociales

Soumaya Majeri

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.