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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

Dossier n° 003-2019 Echelon local du service médical de l'Oise c. M. C.

Décision rendue publique par affichage le 14 juin 2022

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'Oise a porté plainte le 29 mars 2018 contre M. C., masseur-kinésithérapeute à (…), devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Hauts-de-France.

Par une décision n°2018-002 du 29 mars 2019, cette section des assurances sociales a infligé à M. C. la sanction du blâme, sans publication.

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

Par une requête enregistrée le 7 mai 2019 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 de l'Oise demande la réformation de cette décision et l'augmentation de la sanction infligée à M. C.

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 ;

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

Après avoir entendu en séance publique du 9 novembre 2021 :

- Mme Brigitte Vincent, en la lecture de son rapport ;

- Le Dr Christophe Apicella, médecin-conseil, représentant l'échelon local du service médical de l'Oise, en ses observations

- Me Margaux Guillin, se substituant à Me Jacques-Henri Auché, en ses observations, pour M. C. et celui-ci en ses explications ;

Me Guillin et M. C. 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. C., masseur-kinésithérapeute, portant sur les actes effectués du 1er janvier 2014 au 27 mai 2016, au sein de l'EHPAD dans lequel il intervenait au bénéfice de 13 patients, qui étaient en 2014 à l'origine de 32,7% des actes facturés par lui, une plainte a été déposée le 29 mars 2018 par le médecin-conseil chef de service, responsable de l'échelon local du service médical de l'Oise, portant sur les actes effectués entre le 1er avril 2015 et le 27 mai 2016 au bénéfice de 11 résidents de l'EHPAD. Ce médecin-conseil fait appel de la décision du 29 mars 2019, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Hauts-de-France a infligé à M. C. la sanction du blâme, qu'il estime insuffisante.

<u>Sur les griefs :</u>

En ce qui concerne l'absence de mention des séances dans le dossier médical des résidents tenu par l'EHPAD :

2. Aux termes de l'article R. 4321-91 du code de la santé publique : « *(…) Sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé, les dossiers de masso-kinésithérapie sont conservés sous la responsabilité du masseur-kinésithérapeute qui les a établis ou qui en a la charge. (…) Le masseur-kinésithérapeute transmet, avec le consentement du patient, aux autres masseurs-kinésithérapeutes et aux médecins qu'il entend*

consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. » Ainsi qu'il a été jugé en première instance, aucune disposition ne contraint le masseur-kinésithérapeute intervenant en EHPAD dans le cadre de son exercice libéral, à noter dans le dossier médical des patients tenu par l'établissement la date des actes de kinésithérapie pratiqués à leur bénéfice. M. C. n'a donc pas commis de faute en ne le faisant pas, même si cela aurait été opportun dans un souci de bonne coordination avec l'équipe soignante et de continuité des soins.

3. L'absence de mention de la date des séances de kinésithérapie dans les dossiers des patients ne suffit pas à établir que ces séances n'auraient pas eu lieu. En tout état de cause, la fréquence des interventions de M. C. auprès des résidents est établie par les attestations des membres du personnel qu'il produit, notamment celle du directeur de l'EHPAD relevant qu'il prend en charge les résidents concernés six jours par semaine, ainsi que les bons résultats de cette pratique.

En ce qui concerne la surcotation des séances :

4. En vertu de l'article 1er du chapitre II du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels, en vigueur à l'époque des faits, les actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques sont cotés AMS 7,5 pour la rééducation d'un membre et de sa racine et AMS 9,5 pour la rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres. Aux termes de son article 9, relatif à la rééducation de la déambulation du sujet âgé, lorsqu'ils sont « *réalisés en dehors des 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* » sont cotés AMK 8 ou AMC 8 et les actes de « *rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes)* » sont cotés AMK 6 ou AMC 6, ce second type de rééducation visant « *à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en œuvre de la rééducation précédente*. »

5. Il résulte de l'instruction que la Caisse primaire d'assurance-maladie de l'Oise a ramené à AMK 6 la cotation AMK 8 pratiquée pour les patients C1 à C11, eu égard notamment à leur âge, au nombre de patients pris en charge, à la fréquence des séances, et à l'insuffisance des bilans, lesquels ne mentionnent notamment pas les pathologies des patients. Toutefois, les actes réalisés pour l'ensemble de ces patients relèvent d'une cotation AMK 8, compte tenu de la rédaction des ordonnances, sans qu'y fasse obstacle le caractère stéréotypé de cette rédaction. En revanche, le grief doit être retenu s'agissant du patient C6, pour lequel M. C. a facturé à tort 275 actes côtés AMK 10 entre le 1er avril 2015 et le 5 mars 2016, alors que seule une première ordonnance établie en 2014 mentionnait un syndrome parkinsonien. Ce syndrome parkinsonien étant iatrogène et le médicament qui en était à l'origine ayant été rapidement arrêté, les ordonnances suivantes n'en faisaient plus état, non plus que le bilan-diagnostic kinésithérapique établi par M. C.. C'est donc à tort que celui-ci a facturé ses actes AMK 10 et non AMK 8, au-delà des trois mois de validité de la première ordonnance.

En ce qui concerne le non-respect des prescriptions médicales :

6. Aux termes des dispositions liminaires du Titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels : « *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 M. C. n'a pas respecté la durée d'exécution prévue pour toutes les prescriptions dont l'exécution s'effectue en totalité pendant la période objet du contrôle, soit 32 prescriptions sur 33, en facturant des actes de kinésithérapie 5 ou 6 jours par semaine pendant plus de quatre mois, alors que les ordonnances prescrivaient des soins pour trois mois. En moyenne, 31% des actes facturés le sont à des dates situées au-delà de la durée prescrite. S'agissant de la prescription du 19 septembre 2014 au bénéfice du patient C1, et celle du 23 septembre 2014 au bénéfice du patient C6, il a en outre facturé six séances par semaine, alors que seulement deux étaient prescrites. Il a ainsi méconnu les dispositions précitées, ce qui ne peut être justifié par le fait qu'il souhaitait éviter aux patients les effets négatifs d'un renouvellement irrégulier de leurs prescriptions.

En ce qui concerne le non-respect de la qualité des soins

8. Aux termes de l'article R. 4321-59 du code de la santé publique : « *Dans les limites fixées par la loi, le masseur-kinésithérapeute est libre de ses actes qui sont ceux qu'il estime les plus appropriés en la circonstance. Sans négliger son devoir d'accompagnement moral, il limite ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il agit de même pour ses prescriptions, conformément à l'article L. 4321-1. Il prend en compte les avantages, les inconvénients et les conséquences des différents choix possibles*. » En vertu 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. (…)* ».

9. Le service médical soutient que, pendant la période contrôlée, M. C. n'assurait pas une bonne qualité des soins, certains bilans-diagnostic kinésithérapiques comportant des erreurs, et les séances étant trop brèves et leur fréquence trop grande pour être compatible avec l'état de santé précaire des patients.

10. En ce qui concerne la fréquence des séances, il résulte de l'instruction que M. C. dispensait des soins à ses patients de l'EHPAD cinq à six fois par semaine, ce que le service médical estime excessif eu égard à l'âge et à l'état de santé de ces patients. Toutefois, M. C. soutient que ses patients de l'EHPAD ne peuvent supporter des séances longues, mais doivent être mobilisés très fréquemment, ce qui évite les hospitalisations. Il produit notamment une attestation du directeur de l'EHPAD, soulignant ses bons résultats et le fait que cette prise en charge permet aux résidents hospitalisés de rentrer directement, sans passer par un service de soins de suite. Il souligne qu'il se borne à faire application de l'article R.4321-59 du code de la santé publique, qui laisse le masseur-kinésithérapeute libre de ses actes, qui sont ceux qu'il estime les plus appropriés en la circonstance. En l'absence d'éléments démontrant l'effet défavorable de ces modalités de prise en charge, il n'y a pas lieu de considérer que la fréquence des séances dont les patients de M. C. à l'EHPAD ont bénéficié, serait un facteur de mauvaise qualité des soins.

11. En revanche, il résulte de l'instruction que M. C. a identifié le prescripteur de façon erronée dans trois bilans-diagnostic kinésithérapiques établis pour le patient C9, lesquels sont en outre rédigés de façon similaire, a mentionné une date de prescription erronée sur un bilan du patient C3 et a réalisé deux bilans à deux jours d'intervalle pour le patient C10. Ces erreurs amoindrissent la qualité du bilan-diagnostic kinésithérapique, dans le cadre duquel le kinésithérapeute établit son propre diagnostic et choisit les actes de kinésithérapie à effectuer, ainsi que la bonne communication avec le médecin prescripteur, lesquelles sont une condition de la qualité des soins.

12. En outre, il résulte de l'instruction que, pendant la période contrôlée, M. C. a facturé pour ses patients assurés de l'Oise, qui représentent environ les deux tiers de sa patientèle, une moyenne de 40 actes par jour du lundi au vendredi sur la période étudiée, donc que son activité globale quotidienne atteignait au moins 50 actes, pour une journée de 14 heures de travail. Compte tenu de son temps de déplacement à l'EHPAD, au sein duquel il soignait 16 à 17 patients de l'Oise dans la demi-journée, il est possible d'en conclure que la durée moyenne pendant laquelle il se consacrait à chaque patient était de l'ordre de 15 minutes, et donc que la séance ou, dans le cadre de traitements en parallèle, la durée consacrée individuellement à chaque patient était extrêmement brève pour tout ou partie des patients. Même s'il était légitime que M. C. adapte la durée de ses séances aux besoins des patients, les patients très âgés ne pouvant supporter une séance d'une durée de 30 mn, le nombre de patients traités au sein de l'EHPAD, comme globalement, dans la journée, était trop importante pour permettre d'assurer la bonne qualité des soins.

<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 5, 7, 11 et 12 constituent des fautes et abus qu'il y a lieu de sanctionner. Il sera fait une juste appréciation de la responsabilité de M. C., eu égard aux circonstances de l'espèce rappelées ci-dessus, et au fait que celui-ci a été sanctionné en 2013 par la commission des pénalités et a dû en 2014, rembourser des indus, en raison de cotations non conformes à la nomenclature générale des actes professionnels, en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six semaines, dont quatre assorties du sursis. En outre, 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'Oise, pendant une durée d'un mois.

DECIDE :

Article 1er : Il est infligé à M. C., masseur-kinésithérapeute, la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six semaines, dont quatre assorties du sursis.

Article 2 : L'exécution de cette sanction, pour la partie non assortie du sursis, prendra effet le 1er octobre 2022 à 0h et cessera de porter effet le 14 octobre 2022 à minuit.

Article 3 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Oise par affichage dans les locaux administratifs ouverts au public, pendant une durée d'un mois à compter du 1er octobre 2022.

Article 4 : Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

Article 5 : La décision attaquée de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Hauts-de-France est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 6 : La présente décision sera notifiée à M. C., au service médical de l'assurance-maladie de l'Oise, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de l'Oise, 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 des Hauts-de-France, au directeur de l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France, 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 Auché et à la Caisse primaire d'assurance-maladie de l'Oise.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 9 novembre 2021, où siégeaient Mme GUILHEMSANS, Conseillère d'Etat, présidente ; M. GACHET, membre titulaire et Mme VINCENT, membre suppléant, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; M. le Dr HOUSSINOT, membre titulaire et Mme le Dr GODINO, membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale

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

MARIE-FRANCOISE GUILHEMSANS

LE SECRETAIRE DE LA

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

AURELIE VIEIRA

La République mande et ordonne au ministre chargé de la santé en ce qui le concerne, ou à tous huissiers de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.