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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

Dossier n° 002-2019 Echelon local du service médical de l'Oise c. M. G.

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. G., 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°2018-001 du 29 mars 2019, cette section des assurances sociales a infligé à M. G. la sanction de l'avertissement, 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. G.

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 :

- M. Roger-Philippe Gachet, 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. G. et celui-ci en ses explications ;

Me Guillin et M. G. 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. G., masseur-kinésithérapeute, portant sur les actes effectués du 1er janvier 2014 au 24 mai 2016, au sein de l'EHPAD dans lequel il intervenait au bénéfice de 16 patients, qui étaient en 2014 à l'origine de 57% 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 24 mai 2016, au bénéfice de 13 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. G. la sanction de l'avertissement, 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. G. 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. G. auprès des résidents est établie par les attestations 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 facturation d'actes en méconnaissance de la nomenclature générale des actes professionnels :

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*. » Par ailleurs, aux termes des dispositions liminaires du Titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels : *« (…) 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 exceptions prévues dans le texte, ces cotations ne sont pas cumulables entre elles. / À chaque séance s'applique donc une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause. Il découle de ces dispositions liminaires spécifiques que, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance* ».

5. Il résulte de l'instruction que la Caisse primaire d'assurance-maladie de l'Oise a ramené à AMK 6 la cotation de AMK 9,5 pratiquée par M. G. pour les patients G2, G3, G6 à G9, G11 et G13 et la cotation AMK 8 pratiquée pour les patients G4 et G5, pour une partie des soins des patients G6 et G7, et pour les patients G12 et G16, eu égard notamment à leur âge, au nombre de patients pris en charge et à la fréquence des séances. Si la cotation AMS 9,5 n'est pas justifiée, les pathologies des patients n'étant mentionnées ni dans l'ordonnance, ni dans les bilans diagnostics kinésithérapiques, 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. Le grief de surcotation d'actes

ne doit donc être retenu, dans cette mesure, qu'en ce qui concerne les patients G2, G3, G6 à G9, G11 et G13.

6. Il résulte de l'instruction que, pour le patient G1, M. G. a facturé le même jour à 59 reprises AMS 9,5 et AMS 7,5, sur la base de deux prescriptions différentes, pour des soins de massage-rééducation des membres inférieurs et travail de l'équilibre et de la marche, d'une part, de rééducation fonctionnelle de l'épaule droite pour luxation gléno-humérale avec arrachement osseux de la glène, d'autre part. Si M. G. soutient que ces soins ont fait l'objet de deux séances distinctes, cette affirmation, qui suppose qu'il faisait travailler l'intéressé à deux reprises pendant une durée de l'ordre de 30 mn, est très peu vraisemblable compte tenu du fait qu'il passait entre deux et trois heures chaque jour à l'EHPAD et y traitait au moins 11 patients. La rééducation prescrite ne se limitant pas aux membres inférieurs, elle justifiait la cotation de AMS 9,5 par jour de traitement. En facturant en plus AMS 7,5 à 59 reprises, M. G. a méconnu les dispositions précitées de la nomenclature.

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

7. 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* ».

8. Il résulte de l'instruction que M. G. n'a pas respecté la durée d'exécution prévue pour 24 prescriptions concernant 12 patients, en continuant de facturer des actes de kinésithérapie pendant un ou plusieurs mois après l'expiration de la durée prescrite. S'agissant de la prescription du 12 octobre 2015 au bénéfice du patient G11, il a en outre facturé six séances par semaine, alors que seulement trois 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 les anomalies dans l'exécution des prescriptions :

9. Il résulte de l'instruction que, pour le patient G2, 96 actes ont été facturés du 1er juillet 2015 au 31 octobre 2015, sur la base d'une ordonnance du 3 octobre 2014, et 126 actes du 2 novembre 2015 au 31 mars 2016 sur la base d'une ordonnance du 29 janvier 2015, des bilans-diagnostics kinésithérapiques ayant été effectués les 15 janvier 2015 et 20 avril 2016 ; pour le patient G8, M. G. a facturé 40 actes entre le 1er avril et le 30 mai 2015, sur la base d'une ordonnance datée du 15 décembre 2014, et 117 actes entre le 1er juin et le 31 octobre 2015 sur la base d'une ordonnance identique non signée du 22 décembre 2014, mentionnant : *« début de prescription le 15 décembre 2014. Dernière modification le 22 décembre 2014 »* ; pour le patient G11, 126 actes ont été facturés du 1er avril 2015 au 31 octobre 2015 sur la base d'une ordonnance du 10 octobre 2014, aucun bilan-diagnostic kinésithérapique n'ayant été produit.

10. 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 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.

11. En ce qui concerne le patient G2, atteint de la maladie de Parkinson, justifiant des soins sur le long terme, la facturation de soins sur la base d'une ordonnance ancienne, sans bilan-diagnostic kinésithérapique récent, celui-ci étant réalisé une fois par an, peut être admise. En ce qui concerne le patient G8, pour lequel deux bilans-diagnostic kinésithérapiques ont été réalisés entre le 15 décembre 2014 et le 30 mars 2015, les prescriptions des 15 et 22 décembre 2014 doivent être regardées comme une seule et même ordonnance. Si dans ces conditions, les derniers soins réalisés ne peuvent être regardés comme trop tardifs au regard de la date de cette ordonnance, celle-ci ne peut justifier la facturation de plus de trois mois de soins. En ce qui concerne le patient G11, pour lequel aucun bilan-diagnostic kinésithérapique, ni aucune explication sur les raisons du report du début des soins ne sont produits, en revanche, la réalisation de six séances par semaine sur le fondement d'une ordonnance datant de plus de six mois n'est pas justifiée. Le grief ne doit être retenu que dans cette mesure.

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

12. Il résulte de l'instruction que M. G. a facturé du 1er avril 2015 au 24 mai 2016, entre 33 et 406 actes pour chacun de ses 13 patients de l'EHPAD ressortissants de la Caisse primaire d'assurance-maladie de l'Oise, qu'aucun bilan-diagnostic kinésithérapique n'a été fait pour deux patients et que ceux facturés pour les autres sont insuffisants, d'une part en raison d'erreurs ou de manques dans les renseignements administratifs, comme l'identité du prescripteur ou les dates du bilan ou de la prescription, d'autre part en raison de l'insuffisance de renseignements médicaux, la rédaction du bilan étant brève et vague et les troubles neurologiques de six patients n'étant pas mentionnés dans leurs bilans. Par ailleurs, il pratiquait pour ces patients, six séances par semaine, considérant que seul ce rythme permet de prévenir efficacement la grabatisation, mais des séances de courte durée, à savoir au moins 11 actes par jour pour deux à trois heures de présence pour les seuls patients de la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Oise, qui ne représentent que les deux tiers de sa patientèle. Le service médical en conclut qu'il n'assurait pas une bonne qualité des soins, les séances étant trop brèves et leur fréquence trop grande pour être compatible avec l'état de santé précaire des patients. Toutefois, M. G. soutient que s'il a fait preuve de négligence dans la rédaction des bilans, celle-ci n'a pas eu d'incidence sur la qualité des soins aux patients, qui 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.

13. 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.

14. Il ressort de ce qui précède que la réalisation d'un bilan-diagnostic kinésithérapique permet au masseur kinésithérapeute d'établir son propre diagnostic, de choisir les actes de kinésithérapie à effectuer et de communiquer avec le médecin prescripteur. En son absence, ou si le bilan est, comme en l'espèce, insuffisamment étayé et personnalisé, la bonne qualité des soins ne peut pas être assurée. En outre, s'il est légitime que le masseur-kinésithérapeute adapte la durée des séances aux besoins des patients, en l'espèce, le nombre de patients traités par M. G. lors de ses passages dans l'EHPAD était trop importante pour lui permettre d'assurer une bonne qualité des soins. Dès lors, ce grief doit être retenu.

Sur la sanction :

15. 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*. ».

16. Les faits mentionnés aux points 5, 6, 8, 11 et 14 constituent des fautes et abus qu'il y a lieu de sanctionner. Il sera fait une juste appréciation de la responsabilité de M. G., eu égard aux circonstances de l'espèce, en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un mois, entièrement assortie 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. G., masseur-kinésithérapeute, la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un mois, entièrement assortie du sursis.

Article 2 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Oise par affichage dans ses locaux administratifs ouverts au public, pendant une durée d'un mois à compter du 1er octobre 2022.

Article 3 : Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

Article 4 : 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 5 : La présente décision sera notifiée à M. G., 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.