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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

Dossier n° 004-2019- M. G. c/ Echelon local du service médical du Rhône

Décision rendue publique par affichage le 18 août 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 de la direction régionale du service de contrôle médical Rhône-Alpes a porté plainte le 26 juillet 2016 contre M. G., masseur-kinésithérapeute, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne–Rhône-Alpes.

Par une décision n°04-2016 du 16 mai 2019, cette section des assurances sociales a infligé à M. G. la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois, l'a condamné à rembourser à la caisse primaire d'assurance-maladie du Rhône la somme de 6 824,78 euros et a ordonné la publication de cette sanction dans les locaux de l'assurance maladie de l'Isère pour la durée d'exécution de la sanction.

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

Par une requête enregistrée le 18 juillet 2019 au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, M. G., représenté par Me Ludovic Sireau, demande la réformation de cette décision.

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 9 décembre 2020, tenue par visio-conférence :

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

-Me Ludovic Sireau en ses observations pour M. G., et celui-ci en ses explications ;

-Madame la docteure Claire Philippon, médecin-conseil, représentant le service médical du Rhône, en ses observations ;

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

Me Sireau 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 monsieur G., masseur-kinésithérapeute portant sur les actes facturés du 1er novembre 2013 au 31 janvier 2014, 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. Celui-ci fait appel de la décision du 16 mai 2019, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne–Rhône-Alpes a infligé à M. G. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois et l'a condamné à reverser à la caisse primaire d'assurance-maladie du Rhône la somme de 6 824,78 euros.

Sur les griefs

En ce qui concerne le grief de non-respect de la prescription médicale

2. 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*. » Il en résulte que la facturation d'actes non prescrits, le non-respect de la durée de la prescription, du nombre d'actes prescrits ou du libellé de la prescription est fautif. En revanche, si, en l'absence d'urgence ou de mentions particulières sur les ordonnances, 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, même antérieure à six mois. 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 toujours l'indication du traitement et de demander le cas échéant l'établissement d'une nouvelle prescription. Il en est de même en cas d'interruption importante en cours de traitement.

3. Il résulte de l'instruction que, pendant la période contrôlée, M. G. a effectué pour les patients n°25 et 37, en sus d'un autre traitement prescrit, sans les facturer, des actes de rééducation vestibulaire qui ne leur étaient pas prescrits. Pour le patient n°37, il a en outre facturé entre le 15 novembre 2013 et le 15 mars 2014, des actes de massage du rachis cervical sur la base d'une ordonnance du 12 octobre 2012 ayant donné lieu à la réalisation de 46 actes au total, le dernier bilan-diagnostic kinésithérapique datant du 12 décembre 2012. Pour la patiente n°23, il a facturé trois actes de rééducation vestibulaire sur la base d'une ordonnance pour une rééducation du coude. Pour la patiente n°27, il a facturé 3 actes de rééducation vestibulaire sur la base d'une prescription datant de juin 2012, sans nouveau bilan diagnostic kinésithérapique et au-delà du nombre de séances prescrit. Pour le patient n°53, il a facturé des actes au-delà de la période de six mois mentionnée dans la prescription. Il a ainsi méconnu les dispositions précitées au point 2. En revanche, la facturation d'actes en novembre et décembre 2013 pour le patient n°60, sur le fondement d'une ordonnance non quantitative du 30 novembre 2012, avec un bilan-diagnostic kinésithérapique réalisé le 4 février 2013 peut être acceptée. Les montants indûment pris en charge de ce fait sont de 542,88 euros.

4. Il résulte de l'instruction que, pour les patients n°4, 11, 17, 30 et 61, M. G. a facturé respectivement 20, 31, 42, 30, 23 et 24 séances, alors que n'étaient prescrites à chacun de ces patients, respectivement, que 10, 12, 30, 20, 6 et 15 séances. Si le requérant indique qu'il s'agit d'erreurs de son secrétariat, dont il assume la responsabilité, celles-ci n'en sont pas moins fautives. Les sommes indûment remboursées de ce fait atteignent 1068,55 euros.

5. Enfin, M. G. a réalisé pour le patient n°10 des soins de pressothérapie, alors qu'était prescrite une rééducation lombaire et pour le patient n°48, des soins de rééducation vestibulaire à la place de la prise en charge de séquelles de retard psychomoteur néonatal avec négligence de l'hémicorps. Il n'a ainsi pas respecté la prescription. En revanche, il ne peut lui être reproché de n'avoir réalisé pour la patiente n°51, bénéficiaire d'une prescription de massages du rachis cervical et lombaire, avec physiothérapie et balnéothérapie, ni balnéothérapie, ni massages. En effet, d'une part, le masseur-kinésithérapeute est libre de choisir ses techniques, d'autre part, la balnéothérapie n'a pas été facturée, enfin les massages ne sont pas recommandés par la Haute autorité de santé pour l'arthrose dont souffre la patiente.

En ce qui concerne le grief de méconnaissance de l'obligation de prise en charge individuelle des patients

6. 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. (…)* ».

7. Il résulte de l'instruction que vingt-sept patients de M. G. interrogés par l'agent chargé du contrôle, témoignent de soins consistant en une succession de passages sur divers matériels de physiothérapie ou de rééducation vestibulaire, le cas échéant avec des temps d'attente entre chaque atelier et de courtes interventions du kinésithérapeute. Selon les patients, les séances pouvaient durer de vingt minutes à deux heures, un minimum de trois patients et, selon certains témoignages, parfois jusqu'à dix à quinze patients étant présents. Ces témoignages sont corroborés par le fait que, pendant vingt jours sur la période contrôlée, l'intéressé a reçu entre trente-neuf et cinquante-huit patients par jour, et n'a donc pas pu assurer à chacun la prise en charge individuelle de l'ordre de trente minutes requise aux termes des dispositions précitées de la nomenclature. Si M. G. soutient qu'il faisait le nécessaire pour chaque patient, que l'utilisation par ceux-ci d'un plateau technique de rééducation vestibulaire performant et onéreux n'exigeait pas de lui une présence permanente, que les patients et médecins sont satisfaits, que l'autre kinésithérapeute de son secteur spécialisé en rééducation vestibulaire a cessé son activité sans être remplacé, et que les dispositions précitées de la nomenclature devraient être revues pour prendre en compte les spécificités de cette rééducation, ces arguments ne sont pas de nature à l'exonérer de sa responsabilité. En effet, outre le fait que, parmi les vingt-sept patients concernés, seuls dix-sept bénéficiaient d'une rééducation vestibulaire, il résulte de ce qui précède qu'il a facturé des soins qui ne satisfaisaient pas aux critères de qualité fixés par la nomenclature. Les montants indûment pris en charge par l'assurance-maladie à ce titre sont de 2157,53 euros en ce qui concerne les assurés n°9, 14, 18, 22, 25, 36, 39, 47, 51 et 54 ne bénéficiant pas d'une rééducation vestibulaire et de 2287,60 euros pour les autres (n°2, 5, 15, 16, 19, 29, 34, 41, 42, 45, 48, 55 et 58), les sommes remboursées indûment pour la patiente n°23 ayant été prises en compte au point 3.

En ce qui concerne les doubles facturations

8. Il résulte de l'instruction que certains soins prodigués à dix-huit patients (1, 5, 9, 10, 11, 12, 18, 24, 26, 30, 33, 37, 38, 40, 43, 48, 60, 61) ont été facturés deux fois, entraînant le versement indu de 572,11 euros, après déduction des montants déjà pris en compte au titre d'autres griefs pour les patients n°9, 18 et 37. Selon la plainte, ce serait également le cas pour le patient n°27, mais ce grief n'est corroboré par aucune pièce du dossier en ce qui le concerne. Le fait qu'il s'agirait d'erreurs de secrétariat n'est pas de nature à priver cette double facturation de son caractère fautif, la secrétaire travaillant sous la responsabilité du requérant.

En ce qui concerne le grief de non- respect des règles de cotation

9. Aux termes de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique : « *La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :/1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;/2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles. (...)* ». Aux termes de l'article R.4321-1 du même code : « *La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. (...)* » ; il ressort par ailleurs de l'article R. 4321-7 du même code que le masseur-kinésithérapeute utilise notamment des techniques de

physiothérapie. Enfin, les dispositions préliminaires du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels disposent que « *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* ». Pour les patients n°6 et 21, les auteurs de la plainte reprochent à M. G. d'avoir facturé les soins AMS 7,5 au lieu de AMK 5, cotation prévue pour les soins d'électrothérapie aux termes de l'article 2 du chapitre XV de la nomenclature. Il résulte toutefois de l'instruction qu'a été prescrite au patient n°6 une « physiothérapie par laser des deux épaules », et au patient n°21 des « séances d'ondes courtes de l'épicondyle gauche » qui sont des actes de masso-kinésithérapie facturables en application du titre XIV de la nomenclature, le fait que les prescriptions ne comportent pas le mot « rééducation » n'étant pas de nature à établir que les soins n'auraient pas eu cet objectif. Il en résulte que ce grief doit être écarté.

En ce qui concerne le grief de non-respect des règles de facturation des bilans-diagnostics kinésithérapiques

10. Il résulte des dispositions du chapitre Ier du Titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels, dans sa rédaction applicable à la période contrôlée, qu'un bilan-diagnostic kinésithérapique pouvait être facturé pour un nombre de séances compris entre dix et vingt, et ensuite toutes les vingt séances, pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. Ces dispositions n'exigeaient pas que le premier bilan soit fait à l'issue des dix premières séances, mais seulement que dix séances au moins aient été prescrites ou, en cas de prescription non quantitative, envisagées. Il en résulte que c'est à tort que M. G. a facturé un tel bilan pour le patient n°8, auquel avait été prescrit un nombre de séances inférieur à dix. Pour le patient n°19, qui bénéficiait d'une prescription non quantitative, un bilan pouvait être facturé, quand bien même il n'a finalement bénéficié que de six séances, dès lors que dix étaient envisagées. Pour le patient n°28, auquel 20 séances avaient été prescrites par deux ordonnances, M. G. pouvait facturer deux bilans-diagnostics kinésithérapiques à un mois d'intervalle ainsi qu'il l'a fait, quand bien même il n'y a eu que six séances entre le premier et le second bilan. Le grief doit donc être écarté en ce qui concerne les patients n°19 et 28.

En ce qui concerne le grief tiré du non-respect des bonnes pratiques en matière de rééducation vestibulaire

11. Aux termes du 2 de la section II du chapitre I du titre XIV de la nomenclature : « *(...) Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à dix séances. Le cas échéant, cette fiche comporte les motifs et modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. Une nouvelle demande d'entente préalable est adressée au service médical, accompagnée d'une nouvelle prescription et d'une copie de la fiche. À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement. (...)* » . Par ailleurs, l'Académie nationale de médecine a adopté le 7 novembre 2006 un rapport sur la rééducation vestibulaire,

qui conclut notamment que : « *L'envoi au médecin prescripteur du bilan diagnostic kinésithérapique initial et final est indispensable dans le souci d'une plus étroite collaboration avec le médecin prescripteur. (...) Il est très improbable qu'une RV poursuivie au-delà de quatre mois soit utile (11-30). Un consensus semble exister dans la littérature sur un nombre de séances n'excédant pas la vingtaine. Les études récentes suggèrent que des pratiques alternatives sont efficaces et peuvent relayer à domicile la RV.* »

12. Il résulte de l'instruction que M. G., pour dix-neuf patients, n'a pas établi de fiche de synthèse finale du bilan-diagnostic kinésithérapique, en méconnaissance des dispositions précitées de la nomenclature. En outre, si les bonnes pratiques préconisées par le rapport précité de l'Académie nationale de médecine n'ont pas de portée normative, et ne permettent donc pas de considérer par principe que M. G. aurait commis une faute en facturant trente-sept séances de rééducation vestibulaire pour le patient n°5, cinquante pour le patient n°33, quarante-neuf pour le patient n°58 et trente-cinq pour le patient n°60, non plus qu'en réalisant les soins du patient n°29 sur une période de huit mois et ceux du patient n°41 sur une période de six mois, il est regrettable qu'il n'ait pas procédé pour ces patients à une réévaluation intermédiaire du bien-fondé de son intervention, aucun bilan-diagnostic kinésithérapique n'ayant été fait à l'issue de leurs vingt premières séances.

Sur la sanction

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 3, 4, 5, 7, 8, 10 et 12 constituent des fautes qu'il y a lieu de sanctionner. Il résulte de l'instruction que l'attention de M. G. avait déjà été appelée sur certains manquements antérieurement à la période contrôlée. Ainsi, le fait d'accepter un trop grand nombre de patients lui a été reproché par le service médical dans une lettre du 23 juin 2008 et le 29 août 2013, il lui a été notifié une pénalité de 300 euros à la suite de la constatation de cent-quatorze facturations multiples. Le réexamen de l'affaire dans le cadre de l'appel ne fait pas apparaître que les premiers juges auraient fait une inexacte appréciation du comportement de M. G. en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois. Cette sanction fera l'objet d'un

affichage dans les locaux ouverts au public de la caisse primaire d'assurance-maladie du Rhône pendant la durée de son exécution. En revanche, compte tenu de ce qui est jugé aux points 3, 5, 9 et 10, il y a lieu de ramener à 6 646,09 euros la somme à reverser par celui-ci à la caisse primaire d'assurance-maladie du Rhône.

DECIDE :

Article 1er : La sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois, infligée à M. G. par la décision attaquée, est confirmée.

Article 2 : L'exécution de cette sanction prendra effet le 1er décembre 2021 à 0h00 et cessera de porter effet le 28 février 2022 à minuit.

Article 3 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance-maladie du Rhône pendant la durée de l'interdiction.

Article 4 : M. G. reversera à la caisse primaire d'assurance-maladie du Rhône la somme de 6 646,09 euros.

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

Article 6 : La décision SAS n°04-2016 du 16 mai 2019 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne–Rhône-Alpes est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 7 : La présente décision sera notifiée à M. G., au directeur de la caisse primaire d'assurance-maladie du Rhône, au médecin conseil, chef de service de l'échelon local du service médical près la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, au directeur de l'agence régionale de santé d'Auvergne–Rhône-Alpes, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne–Rhône-Alpes, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Rhône, 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 Ludovic Sireau.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 9 décembre 2020, où siégeaient Mme GUILHEMSANS, Conseillère d'Etat, Présidente ; M. GACHET, membre titulaire, et Mme POLLET, membre titulaire, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le docteur GODINO, membre suppléant, et M. le docteur HOUSSINOT, membre titulaire, 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

Pauline Dehail

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.