

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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

Dossier n° 003-2021- M. Y. c. Caisse primaire d'assurance-maladie et Echelon local du service médical de Tarn-et-Garonne

Décision rendue publique par affichage le 02 juin 2023

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 de Tarn-et-Garonne et la médecin-conseil, chef de service de l'échelon local du service médical (ELSM) près cette caisse ont porté plainte le 11 octobre 2018 contre M. Y., 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 d'Occitanie.

Par une décision n°2018-04 du 29 mars 2021, cette section des assurances sociales a infligé à M. Y. la sanction de l'interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de trois mois, assortie du sursis, ainsi que de l'obligation de reverser à la caisse primaire d'assurance-maladie le trop remboursé, à hauteur de 87 977,92 euros.

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

Par une requête enregistrée au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes le 28 mai 2021, M. Y., représenté par Me Jacques-Henri Auché demande l'annulation de cette décision, le rejet de la plainte et qu'il soit mis à la charge des plaignants la somme de 5000 euros au titre des frais exposés par lui et non compris dans les dépens.

Vu les autres pièces du dossier,

Vu :

- le code de la sécurité sociale,
- le code de justice administrative,
- la nomenclature générale des actes professionnels,

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

Après avoir entendu en séance publique le 25 novembre 2022 :

- M. Roger-Philippe Gachet, en la lecture de son rapport ;
- Les observations de Me Jacques-Henri Auché, pour M. Y., et celui-ci en ses explications ;
- L'Echelon local du service médical et la Caisse primaire d'assurance maladie de Tarn-et-Garonne, dûment avertis, n'étant ni présents ni représentés,

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1. M. Y., masseur-kinésithérapeute, fait appel de la décision du 29 mars 2021, 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 lui a infligé la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois, assortie du sursis et l'a condamné au reversement à la caisse primaire d'assurance-maladie de Tarn-et-Garonne de 87977,92 euros d'abus d'honoraires .

Sur les griefs :

Sur les griefs de non-respect des règles relatives à la durée des soins et à la prise en charge des patients :

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 11. 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. (. . .)* » Il en résulte que, sauf dispositions expresses de la nomenclature, pour que les soins qu'il dispense présentent le niveau de qualité attendu des soins de masso-kinésithérapie remboursés par l'assurance-maladie, le masseur-kinésithérapeute doit se consacrer exclusivement à son patient pendant une durée de l'ordre de 30 minutes, par période continue ou fractionnée, y compris en cas de traitement de groupe ou de traitement de plusieurs patients en parallèle. Au regard de cette durée de l'ordre de trente minutes prévue pour la plupart des soins de masso-kinésithérapie, la durée en-dessous de laquelle le soin, bien que réalisé, peut être regardé comme équivalant à une absence de soin, peut être fixé à 20 minutes.

3. Il résulte de l'instruction que M. Y. recevait habituellement en même temps un nombre de patients supérieur à trois, ce qu'il reconnaît. Ainsi, la patiente A 7 indique que M. Y. s'occupait avec elle de trois ou quatre autres personnes, sans compter celles dans les cinq boxes, le patient A8 mentionne la présence de deux à sept patients dans la piscine et quatre à neuf patients dans la salle des machines, les patients A9, A10, A11 et A14 mentionnent quatre à cinq patients avec eux, la patiente A12 estime qu'il pouvait y avoir jusqu'à une vingtaine de patients présents au moment de sa venue à 7 heures du matin, le patient A17 mentionne un total de cinq personnes pendant les séances, les patients A2, A13, A18 et A21 indiquent qu'au moment de leurs séances, M. Y. s'occupait d'au moins 5 autres personnes, les patients A15 et A 16, mentionnent deux à cinq patients supplémentaires, le patient A19 mentionne la présence dans la piscine, tantôt de 2 ou 3 patients, tantôt de sept ou huit, le patient A 24 indique qu'il y avait trois à quatre autres patients avec lui, et le patient A 29 mentionne au moins dix patients en même temps. M. Y. a ainsi méconnu à de nombreuses reprises les dispositions précitées du chapitre III du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels. En revanche, et dans la mesure où le nombre de personnes traitées en même temps par le masseur-kinésithérapeute ne permet pas de connaître la durée des soins dispensés personnellement au patient, ce constat ne suffit pas pour conclure

que tous les soins dispensés aux patients précités équivalaient à une absence de soins.

4. Il résulte également de l'instruction que, corrélativement, M. Y. ne pouvait consacrer à certains de ses patients qu'un temps de soins personnels nettement inférieur à la durée de l'ordre de trente minutes. Ainsi, il ressort des procès-verbaux d'audition, suffisamment circonstanciés que M. Y. restait avec le patient A1 de 5 à 10 minutes, avec les patients A2 et A3, environ 10 minutes, avec le patient A4 environ 15 minutes ; le patient A8 indique qu'au début, M. Y. s'occupait de lui personnellement pendant 15 à 30 minutes, ce qui n'est plus le cas désormais, car il fait ses exercices de façon autonome ; la patiente A13 mentionne une durée de 15 à 20 mn avec le kinésithérapeute quand elle a une séance d'une heure, moins quand elle a une séance d'une demi-heure ; les patients A14, A17 et A21 mentionnent une durée de soins personnels de 15 minutes, parfois plus si besoin pour la patiente A14 ; le patient A 24 vingt minutes, le patient A 29, dix minutes. En outre, M. Y. n'était parfois pas présent auprès des patients, ainsi le patient A5 pour une partie de ses séances et la patiente A6 décrivent des séances de 25 minutes sur un matelas à hydrojets suivies d'exercices dans la piscine au cours desquels M. Y. les surveillait depuis la salle de sport à travers la baie vitrée, la patiente n°12 relève que M. Y. ne s'occupait pas vraiment des patients, mais qu'il a beaucoup de matériel, et la patiente A18 indique qu'après les exercices qu'elle pratique seule à la piscine, elle bénéficie d'un massage, le plus souvent sur un matelas hydrojet, quelquefois par M. Y.. M. Y. a ainsi méconnu les dispositions précitées de la nomenclature relatives à la durée des soins de masso-kinésithérapie. En outre, eu égard à la durée des soins dispensés personnellement par celui-ci aux patients A1, A2, A3, A4, A6, A12, A17, A 21, A29 et, pour une partie des séances, aux patients A5, A8, A13, A14 et A18, ces soins, bien que réalisés, équivalent à une absence de soins.

5. Plus généralement, il résulte de l'instruction que, pendant la période du contrôle, M. Y., dont les journées de travail allaient de 5h ou 5h30 à 20h, a facturé à la Caisse primaire d'assurance-maladie plus de 45 actes pour lesquels la NGAP prévoit une durée de l'ordre de trente minutes, par jour pendant 505 jours. Le lundi 22 mai 2017, le nombre de ses rendez-vous a même atteint 133 et 96 le lendemain. Les soins dispensés personnellement par M. Y. n'ont donc pu être, pour la plupart de ses patients, que d'une durée substantiellement inférieure aux exigences de la nomenclature. Il y a lieu de considérer que les soins au-delà du nombre de 45 par jour équivalent à une absence de soins.

6. M. Y. soutient qu'il était conscient de sa suractivité, mais ne pouvait y mettre un terme eu égard aux besoins de ses patients dans un secteur très mal doté en masseurs-kinésithérapeutes. Il a d'ailleurs alerté la caisse primaire d'assurance-maladie à ce sujet. Ne souhaitant pas refuser des patients en suites d'opérations, il s'organisait pour les soigner au mieux. Si l'afflux de patients ne lui permettait pas de rester en permanence auprès d'eux, ceux-ci, qui bénéficiaient de séances d'au moins une demi-heure, et le plus souvent d'une à deux heures restaient sous sa surveillance constante. Il souligne que l'équipement de son cabinet permet à chaque patient de bénéficier de la durée et du type de soins qui lui sont nécessaires et relève les avis très positifs des patients à ce sujet.

7. Toutefois, si toute activité physique est d'une manière générale, favorable à la santé, les séances ainsi pratiquées en groupe de plus de trois personnes, avec une simple surveillance de M. Y., même si celui-ci choisit et explique les exercices, et pratique quelques soins individuels de brève durée, ne correspondent pas aux exigences de qualité prévues par la nomenclature générale des actes professionnels pour les actes de kinésithérapie pouvant faire l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. Il en résulte que M. Y. a méconnu les dispositions précitées de la nomenclature générale des actes professionnels.

Sur les autres griefs :

8. Les griefs de facturation de majorations de nuit en méconnaissance de la nomenclature et de facturation d'actes non réalisés doivent être retenus dans la mesure et pour les motifs énoncés aux points 18, 19, 21 et 22 de la décision attaquée.

9. En revanche, et pour les motifs exposés aux points 20 et 23 de la même décision, les griefs de falsification d'ordonnances et de facturation d'actes au titre de jours de fermeture du cabinet doivent être écartés.

Sur la sanction :

10. 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. ».*

11. Les faits mentionnés aux points 3 à 8 constituent des fautes et abus qui doivent être sanctionnés. Il n'y a pas lieu de remettre en cause l'appréciation que la section des assurances sociales de première instance a fait de la responsabilité de M. Y. en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de trois mois entièrement assortie du sursis, laquelle tient compte des circonstances particulières de son exercice, et en ordonnant le reversement des honoraires abusifs ainsi que la publication de ces sanctions pendant une durée de deux mois dans les locaux ouverts au public de la caisse primaire d'assurance-maladie du Tarn-et-Garonne.

12. 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. La caisse primaire d'assurance-maladie, qui a par ailleurs engagé une procédure de recouvrement des indus sur le fondement de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, demande que les honoraires versés au titre des soins des patients mentionnés aux points 3 et 4 et, déduction faite de ceux-ci, aux soins dispensés aux patients au-delà du quarante-cinquième dans la même journée, soient déclarés abusifs et M. Y. condamné à les rembourser.

13. En l'espèce, doivent être regardés comme abusifs les honoraires versés pour des soins équivalant à une absence de soins, c'est-à-dire ceux dispensés aux patients A1, A2, A3, A4, A6, A12, A17, A 21 et A29 et ceux dispensés aux patients au-delà du quarante-cinquième dans la même journée, soit 69 028,14 euros, auxquels doivent s'ajouter les sommes déduites pour le calcul de ce montant par la caisse primaire d'assurance-maladie car prises en compte par elle au titre des griefs mentionnés aux points 3 et 4 et correspondant à des soins non retenus par la présente décision comme équivalant à une absence de soin. Les sommes correspondantes excédant en tout état de cause le montant de 87 977,92 euros décidé en première instance, il y a lieu de maintenir cette sanction, dont l'exécution est subordonnée à la condition que les mêmes sommes n'aient pas été recouvrées par d'autres moyens.

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

14. Les dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce qu'une somme soit mise à la charge de la caisse primaire d'assurance-maladie de Tarn-et-Garonne et de l'échelon local du service médical près cette caisse, qui ne sont pas, dans la présente instance, la partie perdante, au titre des frais exposés par M. Y. et non compris dans les dépens.

15. Il résulte de tout ce qui précède que la requête susvisée doit être rejetée.

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

Article 1^{er} : La requête de M. Y. est rejetée.

Article 2 : La publication de la présente décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance-maladie de Tarn-et-Garonne par affichage dans ses locaux

administratifs ouverts au public pendant une durée de deux mois à compter du 1^{er} septembre 2023.

Article 3 : La décision n°2018-04 du 29 mars 2021 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Occitanie est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à M. Y., à la caisse primaire d'assurance maladie de Tarn-et-Garonne et au médecin conseil, chef de service de l'échelon local du service médical près la caisse primaire d'assurance-maladie de Tarn-et-Garonne, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Tarn-et-Garonne, au directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie, à la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Occitanie et au conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Copie en sera délivrée à Me Jacques-Henri Auché.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 25 novembre 2022, 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 ; 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

ANTHONY PEYROTTE

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.