

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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

**Dossier n° 004-2021- M. X. c. Echelon local du service médical près la CPAM
des Côtes d'Armor**

Décision rendue publique par affichage le 11 janvier 2023

**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 (ELSM) des Côtes d'Armor a porté plainte le 30 janvier 2020 contre M. X., 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 de Bretagne.

Par une décision n°2020-01-SAS du 9 septembre 2021, cette section des assurances sociales a infligé à M. X. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de trois ans.

*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 23 novembre 2021, M. X., représenté par Me Stéphane Baron, demande à titre principal l'annulation de cette décision, à titre subsidiaire le prononcé d'une sanction lui permettant de continuer à exercer la profession de masseur-kinésithérapeute à titre salarié.

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 ;
- Me Stéphane Baron, en ses observations ;
- M. X., en ses explications ;
- Les docteurs Denis Nicolas et Nicole Ferrier en leurs explications pour l'Echelon Local du Service Médical des Côtes d'Armor ;

Me Baron ayant été invité à prendre la parole en dernier.

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1. M. X., masseur-kinésithérapeute, fait appel de la décision du 9 septembre 2021, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Bretagne lui a infligé la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois ans.

Sur la recevabilité de l'appel de M. X. :

2. Aux termes de l'article R.145-59 du code de la sécurité sociale : « *Le délai d'appel est de deux mois à compter de la notification de la décision. (...)* ». Il ressort des pièces du dossier que la décision de première instance a été notifiée à M. X. par lettre recommandée avec avis de réception, le 11 septembre 2021. Le 11 novembre étant férié, celui-ci avait donc jusqu'au 12 novembre inclus pour déposer sa requête d'appel.

3. Il résulte de l'instruction que l'avocat de M. X. a envoyé la requête d'appel le 8 novembre 2021, à la précédente adresse de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, rue Réaumur. Le 10 novembre, le pli a été renvoyé à l'expéditeur, avocat à (...), auquel il n'a été distribué que le 17 novembre. Ce même pli, renvoyé sans délai à la bonne adresse, a été enregistré au greffe de la section des assurances sociales le 23 novembre. Eu égard au caractère encore récent du changement d'adresse de la présente juridiction, quand bien-même la nouvelle adresse était indiquée dans la notification, et au fait qu'un délai normal de retour du courrier aurait permis à l'avocat de M. X. de déposer la requête dans les délais par télécopie, il y a lieu de considérer cette requête comme recevable.

Sur la prescription :

4. 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 médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, (...) sont saisies, dans les cas prévus aux articles L. 145-1, L. 145-5-1, R. 145-1 et R. 145-8, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au secrétariat de la section intéressée dans le délai de trois ans à compter de la date des faits.(...)* ». La plainte ayant été déposée auprès de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Bretagne le 30 janvier 2020, les actes facturés plus de trois ans avant cette date sont donc prescrits, ainsi que le relève l'Echelon local du service médical dans la plainte. Parmi les faits relevés par cette plainte, il n'y a donc lieu de prendre en compte que ceux ayant trait à des actes facturés à compter du 31 janvier 2017. Dès lors, il résulte de l'instruction que les actes facturés pour le patient n°23 faisant l'objet du grief d'absence de demande d'accord préalable, au demeurant non établie, sont prescrits et que les dossiers n° 3, 8, 17, 18, 19 et 25 sont entièrement prescrits. Les griefs retenus au titre des autres dossiers de patients ne le sont qu'à X. des actes facturés à compter du 31 janvier 2017.

Sur la régularité du contrôle d'activité :

5. Aux termes de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale : « *I. Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles./ II.- Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations. (...)*IV. *Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret. (...)* ». En vertu de l'article R315-1-1 du même code :

« 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./ Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse. Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients. Il en informe au préalable le professionnel, sauf lorsque l'analyse a pour but de démontrer l'existence d'une fraude telle que définie à l'article R. 147-11, d'une fraude en bande organisée telle que définie à l'article R. 147-12 ou de faits relatifs à un trafic de médicaments. Un bilan annuel des cas où le professionnel n'a pas été informé préalablement, incluant les suites données pour chaque cas, est adressé aux conseils nationaux des ordres concernés par chaque caisse nationale. » Aux termes de l'article R. 315-1-2 du même code : « A l'issue de cette analyse, le service du contrôle médical informe le professionnel concerné de ses conclusions. Lorsque le service du contrôle médical constate le non-respect de règles législatives, réglementaires ou conventionnelles régissant la couverture des prestations à la charge des organismes de sécurité sociale, il en avise la caisse. La caisse notifie au professionnel les griefs retenus à son encontre, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Dans le délai d'un mois qui suit la notification des griefs, l'intéressé peut demander à être entendu par le service du contrôle médical. » En vertu de l'article D. 315-2 du même code : « Préalablement à l'entretien prévu à l'article R. 315-1-2, le service du contrôle médical communique au professionnel de santé contrôlé l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de cet entretien, comportant notamment la liste des faits reprochés au professionnel et l'identité des patients concernés./ Cet entretien fait l'objet d'un compte-rendu qui est adressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au professionnel de santé dans un délai de quinze jours. A compter de sa réception, le professionnel de santé dispose d'un délai de quinze jours pour renvoyer ce compte-rendu signé, accompagné d'éventuelles réserves. A défaut, il est réputé approuvé. » Si le respect de ces exigences procédurales par le service du contrôle médical pendant la phase d'analyse préalable à la saisine de la juridiction du contrôle technique ne constitue pas une condition de recevabilité de la plainte et si cette phase d'analyse préalable ne constitue pas un élément de la procédure suivie devant la juridiction, de sorte que l'éventuelle irrégularité de cette phase préalable ne saurait par elle-même entacher d'irrégularité la procédure juridictionnelle, le professionnel de santé poursuivi devant la juridiction du contrôle technique peut toujours se prévaloir de circonstances antérieures à l'engagement des poursuites disciplinaires de nature à affecter la régularité de la procédure juridictionnelle suivie ou le bien-fondé de la sanction susceptible d'être infligée. En particulier, il peut utilement faire valoir que, pendant la phase d'analyse préalable, il aurait été porté par avance une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle ou que des irrégularités ayant entaché cette phase d'analyse préalable affectent la valeur probante des éléments produits lors de l'instance juridictionnelle ou conduisent à remettre en cause l'existence matérielle ou la qualification des faits dénoncés dans la plainte.

6. M. X. soutient que le contrôle est irrégulier, d'une part car il n'a pas eu communication des procès-verbaux des auditions de patients ni de la liste des patients interrogés avant son entretien du 30 juin 2019 avec le médecin-conseil, d'autre part car les patients auditionnés n'ont pas été avertis que leur audition était libre. Il résulte toutefois de l'instruction que M. X. a reçu avant le rendez-vous contradictoire du 30 juillet 2019 la notification par le service médical, par lettre du 16 juin 2019, des griefs retenus par patient, comme prévu par les dispositions précitées de l'article D. 315-2. La circonstance qu'il n'a eu communication des procès-verbaux d'audition des patients qu'au moment de la plainte n'est pas de nature à avoir porté par avance une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle. Enfin, la mention dans la convocation des patients, des pénalités financières prévues en cas d'obstacle à contrôle, n'est pas de nature à priver de caractère probant les procès-verbaux relatant leurs déclarations. Le moyen tiré de l'irrégularité de la procédure d'analyse d'activité doit donc être écarté.

Sur les griefs :

7. Il y a lieu pour l'analyse des griefs, de regrouper ceux relevant d'un même comportement, bien qu'ils soient présentés séparément dans la plainte.

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

8. 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. (. . .) » Le seuil de durée moyenne de traitement en-dessous duquel on peut penser que certains soins ont été dispensés dans des conditions telles qu'ils équivalent à une absence de soin peut être fixé à 20 minutes*

pour les soins dont la nomenclature générale des actes professionnels prévoit qu'ils sont d'une durée de l'ordre de trente minutes. Eu égard au fait d'une part, que la nomenclature générale des actes professionnels fixe pour certains actes une durée inférieure à trente minutes, ou pas de durée minimale, d'autre part qu'environ 10% des assurés pris en charge par M. X. ne relevaient pas du régime général, enfin qu'il a déclaré lors de l'audience travailler au moins de 6 h 30 à 20h, il y a lieu de fixer le seuil journalier au-delà duquel les séances facturées pour des assurés du régime général doivent être regardées comme équivalant à une absence de soins à quarante séances par jour.

9. Il résulte de l'instruction que, sans compter les actes mentionnés au point 13, mais en comprenant les actes mentionnés au point 16, M. X. a facturé plus de 40 actes par jour pendant 241 jours sur 281 travaillés en 2017, 217 jours sur 261 travaillés en 2018, et plus de 45 actes par jour pendant 112 jours sur 135 jours travaillés au 1^{er} semestre 2019. Les soins qu'il a dispensés personnellement à ses patients n'ont ainsi pu être, au moins pour une partie d'entre eux, que d'une durée substantiellement inférieure aux exigences de la nomenclature.

10. Ainsi qu'il ressort des procès-verbaux d'audition des patients, s'il n'est pas établi que M. X. prenait en charge en même temps plus de trois patients, puisque le plateau technique était partagé par son associé, la durée qu'il consacrait personnellement à une partie notable d'entre eux était très réduite. Il y a lieu de retenir ce grief pour les patients n° 1, 4, 7, 9 et 27, auprès desquels M. X. était très peu présent. En revanche, ce grief n'est pas établi en ce qui concerne les soins dispensés au patient n°11, dont le témoignage ne mentionne aucune durée de présence du kinésithérapeute, non plus que pour les patients n° 5, 6, 16 et 23, qui mentionnent des durées de soins individuels de l'ordre de 20 minutes, qui ne peuvent être regardées comme une absence de soin.

Sur le grief d'absence du kinésithérapeute pendant les soins :

11. Aux termes de l'article R. 4321-88 du code de la santé publique : « Le masseur-kinésithérapeute s'interdit, dans les actes qu'il pratique comme dans les dispositifs médicaux qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié. » Or, il résulte de l'instruction que, si M. X. consacrait très peu de temps individuellement à certains patients, ceux-ci n'en bénéficiaient pas moins de séances longues d'au moins une heure, pendant lesquelles ils utilisaient les différents appareils du plateau technique, ou la piscine de balnéothérapie, selon les exercices qu'il indiquait. Il résulte des déclarations d'une partie des patients auditionnés que M X. n'était pas présent dans la salle où ils se trouvaient pendant une partie de leur séance, parfois la plus grande partie de celle-ci. S'il ressort des dispositions citées au point 8 que, dans le cas où le masseur-kinésithérapeute conduit le traitement de plusieurs patients en parallèle, le temps consacré individuellement à chaque patient, peut être fractionné, et que le fait que le masseur-kinésithérapeute interrompe les soins ne peut donc lui être reproché, son absence pendant une grande partie de la séance est de nature à mettre en danger les patients, tout particulièrement dans le cadre de la balnéothérapie. Le grief doit donc être retenu.

Sur le grief d'absence de qualité des soins :

12. Aux termes de l'article R. 4321-80 du code de la santé publique : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le masseur-kinésithérapeute s'engage personnellement à assurer au patient des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science.* » Il ressort des points 9 à 11 que M. X. a dispensé, à une partie de ses patients, des soins dont la qualité ne correspondait pas à celle prévue par la nomenclature, en X. de la faible durée pendant laquelle il s'est consacré à eux. En outre, il ressort des auditions des patients n°1 et 4, résidant en EHPAD, outre la faible durée des soins, mentionnée plus haut, un manque d'attention accordée à la dégradation de leurs capacités. Les patients n°5 et 20 se plaignent également d'un manque de prise en compte de leurs besoins de rééducation ou de leurs douleurs. Le grief d'absence de qualité des soins doit être retenu dans cette mesure.

Sur le grief de facturation d'actes à caractère fictif :

13. Il résulte de l'instruction et, en dernier lieu, des déclarations de M. X. lors de l'audience, que celui-ci a facturé des actes comme réalisés le samedi, alors qu'il est établi qu'il ne travaillait pas ce jour-là, afin de minorer sa suractivité les autres jours de la semaine. S'il n'y a pas lieu en conséquence de retenir le caractère fictif de ces actes, ce choix de facturation est contraire au devoir de probité qui s'impose aux masseurs-kinésithérapeutes en vertu de l'article R. 4321-54 du code de la santé publique. Il y a lieu, en outre, de répartir forfaitairement ces actes facturés le samedi entre les cinq jours travaillés pour estimer la durée moyenne des actes pratiqués et le nombre d'actes équivalant à une absence de soin.

14. Il résulte également de l'instruction que M. X. a facturé des actes pour la patiente n°16 à une date à laquelle elle était hospitalisée ; s'il soutient qu'il y a eu une confusion, l'hospitalisation concernant non la patiente, mais son fils, il ne l'établit pas. Il a également facturé des soins pour le patient n°14 à des dates auxquelles il n'était pas en métropole.

15. Enfin, les déclarations des patients 1, 2, 9, 13, 15, 16, 24, 27 et 28 mentionnent un nombre de séances par semaine différent de celui qui a été facturé certaines semaines. Si M. X. indique pour les patients n°2, 15 et 24, que ceux-ci ont bénéficié de plusieurs actes au cours de la même journée, à savoir rééducation et massage par hydrojets, il ressort des termes mêmes des dispositions préliminaires du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels, qu'à chaque séance s'applique une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause et que, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance. S'agissant de la patiente n°1, qui a indiqué avoir une seule séance par semaine, ce que M. X. conteste formellement, indiquant qu'elle en avait trois, et plus en cas d'encombrement bronchique, la facturation de ses séances est en tout état de cause contestable pour le motif mentionné au point 10. Pour les patients n° 13 et 16, il reconnaît une erreur. Pour les patients n° 27 et 28, le grief doit être écarté, car il résulte de l'instruction que M. X. n'a pas facturé un nombre d'actes par semaine supérieur à celui déclaré par ces assurés.

16. Le grief de facturation d'actes non réalisés doit donc être retenu, dans les limites mentionnées ci-dessus et les actes considérés comme non réalisés doivent être déduits du nombre d'actes journaliers pris en compte pour le calcul du nombre d'actes excédant 40 par jour, équivalant à une absence de soin.

Sur les griefs de facturation sans prescription, de falsification de prescriptions et de non-respect de prescriptions :

17. 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.

18. Il résulte de l'instruction que M. X. a facturé des actes pour le patient n°13, sur la base d'une ordonnance du 26 août 2017, non produite. Si M. X. déclare qu'il s'agit d'une erreur de frappe, l'ordonnance en question étant du 26 juillet 2017, il ne produit pas plus cette ordonnance. Le grief de méconnaissance des dispositions précitées doit donc être retenu.

19. Il résulte également de l'instruction que M. X. a effectué, sur la base d'ordonnances fixant un nombre limité de séances, s'agissant des actes non prescrits, trois séances supplémentaires à la prescription du 16 août 2016 pour le patient n°2, dix-neuf pour le patient n°4, et trente pour le patient n°10. Il a ainsi méconnu les dispositions précitées. Les actes supplémentaires réalisés sans ordonnance pour le patient n°9 étaient prescrits à la date de dépôt de la plainte, de même que ceux réalisés pour le patient n°24, pour lequel il ne peut en tout état de cause être reproché à M. X. d'avoir effectué deux séances par semaine, en X. de ses autres pathologies, alors que l'ordonnance en mentionnait trois, le masseur-kinésithérapeute pouvant adapter la fréquence des soins, compte tenu du bilan-diagnostic kinésithérapique effectué.

20. Il résulte enfin des pièces du dossier que M. X. a, à plusieurs reprises, apposé des mentions manuscrites sur des ordonnances, ce qui relève d'une mauvaise pratique, quoique sans autant de conséquences financières que le soutient l'Echelon local du service médical. Ainsi, aucune disposition de la nomenclature générale des actes professionnels ne subordonne les soins à domicile à une mention expresse sur l'ordonnance, dès lors que ce mode d'intervention est justifié par l'état du patient concerné. L'ajout de la mention « à domicile » sur la prescription médicale du 1^{er} mars 2017 pour la patiente n°1, résidente en EHPAD, au demeurant confirmée par le médecin prescripteur, n'a donc pas eu d'incidence financière pour la caisse primaire d'assurance-maladie. Par ailleurs, s'agissant de la mention « balnéothérapie », M. X. justifie son apposition en produisant, pour le patient n°9, des ordonnances rectifiées, et pour les patients n°17 et 24, une attestation par le médecin de son accord à l'apposition de cette mention. Seule la mention « Balnéothérapie » sur deux prescriptions médicales en faveur du patient n°16, non validées par le médecin prescripteur, et la mention « rachis cervical » sur une prescription pour le patient n°23 ont causé à la Caisse primaire d'assurance-maladie un préjudice égal à la part remboursée de 60 suppléments de balnéothérapie et 40 fois AMS2, respectivement. S'il ne résulte pas de l'instruction que cette pratique, dont l'impact financier est faible, ait relevé d'une volonté de fraude, elle dénote un manque de rigueur fautif de M. X., qui aurait dû demander aux prescripteurs de reformuler les ordonnances sur lesquelles il constatait un oubli, avant de commencer les soins.

Sur le grief de fraude et abus de cotation :

21. Il résulte de l'instruction que, pour la patiente n° 1 des actes dispensés en exécution des ordonnances du 17 mai 2016 et du 1^{er} mars 2017, ceux liés à l'ordonnance du 23 novembre 2015 étant prescrits, justifiant une cotation AMK 9, au titre des suites d'AVC, et non AMK6 ou AMK8 comme le considère la caisse primaire d'assurance-maladie, ont été facturés à tort AMS 9,5 ou AMK10. Pour le patient n°23, la cotation AMS 9,5 a été appliquée à tort eu égard aux termes de l'ordonnance initiale, qui justifiaient une cotation AMS 7,5, comme mentionné au point 20. En revanche, pour le patient n°9 l'ordonnance du 23 novembre 2016 mentionnant : « *Séances de balnéothérapie : rachis, bassin, membres inférieurs, pour prise en charge d'un syndrome pelvien complexe* », l'ordonnance du 2 janvier 2017 mentionnant : « *Faire pratiquer par MK : massages avec rééducation du rachis dorsal, exercices posturaux puis gymnastique en extension du rachis, avec balnéothérapie* » et l'ordonnance du 8 septembre 2017 mentionnant : « *séances de balnéothérapie Rééducation du rachis et des membres inférieurs et supérieurs* » justifiaient, comme d'ailleurs les ordonnances des 27 février 2015, 30 juin 2015 et 15 décembre 2015 atteintes par la prescription, la facturation de supplément balnéothérapie pratiquée par M. X.. Il en est de même pour le patient n°15, pour lequel l'ordonnance du 1^{er} avril 2017 mentionnait « *Kiné du rachis et des épaules avec massages, balnéothérapie* », comme d'ailleurs les ordonnances des 26 janvier et 12 octobre 2015, atteintes par la prescription, ce qui justifiait la cotation pratiquée par M. X. de 9,5. L'ordonnance du 15 septembre 2017 prévoyant pour le patient n°16 : « *kinésithérapie rachis cervico lombaire. Massages et rééducation fonctionnelle du rachis pour rachialgies étagées et contracture para vertébrale balnéothérapie* », justifiait la cotation de 7,5 pratiquée, la question des conditions dans lesquelles les soins ont été réalisés relevant d'un autre grief. Le grief ne doit donc être retenu qu'en ce qui concerne les patients n°1 et 23, pour les actes non prescrits, étant précisé qu'aucune pièce du dossier ne permet de

penser qu'il s'agirait d'une fraude, et non d'une simple erreur de cotation, néanmoins fautive.

Sur le grief de non-respect du contenu du bilan diagnostic kinésithérapique et de falsification de la fiche de synthèse :

22. Aux termes de la section 2, intitulée « Bilan diagnostic kinésithérapique effectué par le masseur-kinésithérapeute » du chapitre Ier du Titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels : « Les modalités décrites ci-dessous s'appliquent aux actes des chapitres II et III. /1. Contenu du bilan diagnostic kinésithérapique. Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur. /Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :/- l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...);/- l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...) / Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés.

b. Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par :

- la description du protocole thérapeutique mis en œuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et/ou en groupe) ;/ - la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement ;/ - les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial ;/ - les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient ;/ - les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...).

2. Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial : évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances, est adressée dès le début du traitement au médecin prescripteur.

Toutefois, lorsque le nombre de séances préconisé par le masseur-kinésithérapeute est inférieur à 10, l'information du médecin prescripteur peut se limiter à une copie de la demande d'accord préalable. / Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances. Le cas échéant, cette fiche comporte les motifs et les modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. Une nouvelle demande d'accord 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. / La fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande. »

23. Il résulte des termes mêmes des dispositions précitées de la nomenclature générale des actes professionnels que le bilan diagnostic kinésithérapique regroupe l'ensemble des éléments du dossier du patient relatif aux examens cliniques réalisés par le masseur-kinésithérapeute, la seule formalisation qui en est exigée étant la fiche synthétique qui reprend le contenu du bilan et doit être adressée au médecin prescripteur et tenue à la disposition du patient et du service médical. M. X. a indiqué lors de l'audience qu'il les établissait sur la base des notes prises dans son carnet sur chaque patient. Les fiches synthétiques figurant au dossier comprennent les éléments composant le bilan diagnostic kinésithérapique aux termes des dispositions précitées de la NGAP, sont cohérentes et non stéréotypées, même si elles se terminent toutes par la même formule recommandant la poursuite du traitement, ce qui n'est toutefois pas anormal s'agissant pour l'essentiel de patients atteints d'affections chroniques. Il ne ressort pas des termes de ces fiches synthétiques qu'elles auraient été établies pour les besoins du contrôle, sans que le bilan diagnostic kinésithérapique dont elles reprennent les conclusions, ait été fait. La circonstance que la date imprimée par le logiciel de M. X. ait été remplacée par une date manuscrite correspondant semble-t-il à la date de réalisation initiale du bilan et de cette fiche, n'est pas de nature à l'établir. En revanche, il résulte de l'instruction que M. X. ne transmettait pas aux médecins prescripteurs les fiches synthétiques reprenant les éléments des bilans diagnostics kinésithérapiques, au détriment de la qualité de soins des patients. Il a ainsi méconnu les dispositions précitées de la nomenclature, sans toutefois que cela puisse justifier une absence de facturation des bilans. Le grief ne doit donc être retenu que dans cette mesure.

Sur les griefs d'obstacle à contrôle et de tentative d'influence :

24. Ces griefs ne peuvent être retenus, pour les mêmes motifs que ceux figurant au point 12 de la décision attaquée.

En ce qui concerne la sanction :

25. 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. ».*

26. Les faits mentionnés aux points 9 à 23 constituent des fautes qu'il y a lieu de sanctionner. Si une partie d'entre elles sont liées à un manque de rigueur de M. X., d'autres sont de nature à avoir eu une incidence sur la qualité des soins, voire sur la sécurité des patients, la mise à disposition d'un plateau technique, pour complet soit-il, ne pouvant pas se substituer aux soins individuels dont ceux-ci auraient dû bénéficier. M. X. souligne toutefois qu'il n'était pas motivé par l'argent, ainsi que le démontre le fait qu'il a fermé son cabinet pour travailler à l'hôpital depuis mars 2021, mais par le souci de ne pas refuser de soins à des patients juste opérés qui ne trouvaient pas de place chez des confrères, et qu'il veillait à assurer la qualité des soins, en soignant individuellement les nouveaux patients, estimant que les plus anciens pouvaient être plus autonomes et utiliser le plateau technique conformément au programme d'exercices qu'il leur indiquait. Dans la mesure où celui-ci n'a pas fait l'objet auparavant d'une sanction disciplinaire, il y a lieu de ramener la sanction de trois ans d'interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux qui lui a été infligée en première instance à une sanction de dix-huit mois d'interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux, dont douze mois assortis du sursis. Il y a lieu d'ordonner la publication de cette décision par affichage dans les locaux de la caisse primaire d'assurance maladie des Côtes d'Armor ouverts au public pendant la durée de l'exécution de la partie de la sanction non assortie du sursis.

DECIDE :

Article 1^{er} : Il est infligé à M. X., masseur-kinésithérapeute, la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de dix-huit mois, dont douze mois assortis du sursis.

Article 2 : La sanction prévue à l'article précédent sera exécutée pour sa partie non assortie du sursis, du 1^{er} juin 2023 à 0h au 30 novembre 2023 à minuit.

Article 3 : La présente décision sera affichée dans les locaux de la Caisse primaire d'assurance-maladie ouverts au public pendant la période mentionnée à l'article 2.

Article 4 : La décision n°2020-01-SAS du 9 septembre 2021 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Bretagne est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à M. X., à l'Echelon Local du Service Médical des Côtes d'Armor, au conseil départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Côtes d'Armor, 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 de Bretagne, au directeur de l'Agence régionale de santé de Bretagne, au ministre chargé de la santé et de la prévention, au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'agriculture et de l'alimentation.

Copie pour information en sera délivrée à Me Stéphane Baron.

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.