

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

Dossiers n° **005-2016 et 006-2016**

M. V. c. Echelon local du service médical de la Haute-Savoie

Séance du **29 septembre 2017**

Décision rendue publique par affichage le **15 novembre 2017**

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

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure

L'échelon local du service médical de la Haute-Savoie a porté plainte le 05 janvier 2015 contre M. V. devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région de Rhône-Alpes pour falsifications et surcharges d'ordonnances, actes facturés non effectués, non-respect des cotations inscrites à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), non-respect de la facturation du nombre de bilans diagnostics kinésithérapiques, non-respect des durées des séances, abus de soins en raison d'un non-respect des prescriptions, non-respect de la convention nationale de manière répétée concernant la pratique du dépassement d'honoraires pour exigence particulière du patient et information de celui-ci et non-respect des demandes d'accords préalables pour des séances dépassant le seuil des pathologies du chapitre V du titre XIV de la NGAP.

Par une décision n° 01-2015 du 22 juin 2016, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a infligé à ce professionnel la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois dont deux mois avec sursis avec publication de cette sanction, pendant son exécution effective, dans les locaux administratifs ouverts au public des caisses de sécurité sociale du département de Haute-Savoie.

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

I- Par requête enregistrée le 1^{er} juillet 2016 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, sous le n°005-2016, M. V., masseur-kinésithérapeute, exerçant (...) représenté par Me Philippe Choulet demande à la section :

1°) de réformer la décision du 22 juin 2016 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes ;

2°) statuant à nouveau, à titre principal de dire et juger que dans le cadre de la prise en charge de ses patients et dans son mode d'exercice le praticien n'a pas manqué intentionnellement à ses obligations professionnelles et déontologiques et déclarer l'irrecevabilité de la plainte ;

3°) à titre subsidiaire de réduire, à de plus justes proportions, la décision attaquée ;

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

II- Par requête enregistrée le 16 août 2016 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, sous le n°006-2016, le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de la Haute-Savoie, dont le siège est 2 rue Robert Schuman, Boîte postale 372, à Annecy (74012), demande à la section :

1°) de réformer la décision du 22 juin 2016 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes ;

2°) de prononcer à l'encontre de M. V. une sanction en proportion avec la gravité des faits qui lui sont reprochés ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu le code de justice administrative ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n°2013-547 du 26 juin 2013, relatif à l'organisation et au fonctionnement des juridictions du contentieux du contrôle technique des professions de santé ;

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 ;

Après avoir entendu en séance publique du 29 septembre 2017 :

- M. François Maignien, en la lecture de son rapport ;
- Me Perron, en ses observations pour M. V. et celui-ci en ses explications ;
- Le Dr Bernard Demorel, médecin-conseil, représentant le médecin-conseil chef de l'échelon local de la Haute-Savoie en ses observations ;

M. V. ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

1- Considérant qu'à la suite du contrôle de l'activité de M. V., masseur-kinésithérapeute, au cours de la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 octobre 2014, des plaintes ont été présentées par le service médical de Haute-Savoie à l'encontre de ce professionnel devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Rhône-Alpes ; que M. V. et le service médical interjettent appel de

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

la décision du 22 juin 2016 par laquelle cette juridiction a infligé à M. V. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pour une durée de six mois assortie d'un sursis de deux mois ;

Sur la jonction des requêtes :

2- Considérant que les appels formés par M. V. et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de Haute-Savoie sont dirigés contre la même décision en date du 22 juin 2016 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes ; qu'il y a lieu de les joindre pour y statuer par une même décision ;

Sur les griefs de la plainte

En ce qui concerne la falsification et la surcharge d'ordonnance :

3- Considérant que si le masseur-kinésithérapeute est tenu de respecter le nombre de séances prescrit par le médecin dans la mesure où celui-ci est indiqué dans l'ordonnance, il en va différemment dans le cas où cette mention n'y figure pas ; que dans cette hypothèse, le masseur-kinésithérapeute définit lui-même, en fonction du bilan diagnostic kinésithérapique, le nombre de séances qu'il estime devoir répondre à la pathologie du patient en cause ; que tel est le cas des dossiers n°2, 3, 4, 5 et 6 pour lesquels le nombre de séances ne figurait pas dans l'ordonnance ; que la circonstance que M. V. ait cru devoir, à tort, pallier l'absence de mention de ce nombre en surchargeant l'ordonnance ne saurait pour autant être qualifiée de falsification de l'ordonnance ; qu'il y a lieu en revanche, de tenir pour fautive la transformation des 20 séances en 30 à la seule initiative de M. V. dans le dossier n°1 ;

4- Considérant que le titre XIV de la 2^{ème} partie de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), pris en son chapeau : « *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.* » ; qu'il résulte de cette disposition qu'à partir du bilan diagnostic kinésithérapique, le praticien est libre de choisir les techniques les plus appropriées ; que parmi ces techniques figure l'utilisation de la balnéothérapie ; que la circonstance que M. V. ait cru devoir, à tort pallier l'absence de mention de ce nombre en surchargeant l'ordonnance ne saurait pour autant être qualifiée de falsification de l'ordonnance, dans la mesure où cette surcharge ne présentait pas d'intérêt particulier pour ce professionnel ;

En ce qui concerne les actes facturés non effectués concernant spécialement des suppléments de balnéothérapie non prescrits et rajoutés sur la prescription :

5- Considérant qu'il résulte des attestations des patients n°3, 4, 5, 6, 8, 9, 10,11,12 et 14 ont formellement indiqué que les séances cotées par M. V. n'ont pas été réalisées, ce que M. V. ne conteste pas sérieusement ; qu'au surplus, la cotation de 4 séances d'ondes de choc pour le patient n°15 ne correspond pas à des actes remboursables par l'Assurance Maladie ; qu'il y a lieu de retenir le grief ;

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

En ce qui concerne le non-respect des cotations inscrites à la NGAP en particulier des actes de rééducation du rachis côtés AMS 9.5 :

6- Considérant, qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier que, dans un grand nombre de cas, M. V. n'a pas respecté les règles fixées par la nomenclature générale des actes professionnels pour la cotation applicable à certains de ses actes ; que l'application des règles posées à l'article 1, chapitre II, titre XIV de la NGAP conduisait à coter 10 AMS 7,5 et non 10 AMS 9,5 les actes pratiqués dans le dossier n°3 ; que ce même article conduisait à coter pour les 35 séances AMS 7,5 dans le dossier n°4 et que le supplément de balnéothérapie non prescrit est indu ; que ce même article conduisait à coter AMS 7,5 au lieu de 9,5 dans les dossier n°10 et 12 ; que l'application de la NGAP devait conduire à coter AMK 9 et non pas AMK 11 dans le dossier n°16 ; que l'article 1 du chapitre II du titre XIV de la NGAP aurait conduit à coter AMS 7,5 ou 8,1 et non pas AMS 9,5 dans les dossiers n°17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 ; qu'il y a dès lors lieu d'accueillir ces griefs ;

En ce qui concerne le non-respect de la facturation du nombre de bilans diagnostics kinésithérapiques :

7- Considérant qu'aux termes de l'article L.4321-2 du code de la santé publique, le masseur-kinésithérapeute est tenu d'élaborer « un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui apparaissent les plus appropriées » que les modalités de rédaction des bilans sont définies par la section 2 du chapitre 14 de la NGAP ; qu'en ce qui concerne les affections ostéo-articulaires, le bilan diagnostic de kinésithérapie est facturé pour un nombre de séances prescrites compris entre 10 et 20 ; qu'une nouvelle facturation peut être établie pour un nouveau bilan, établi pour les actes réalisés au-delà de la 20^e séance ; qu'il résulte de l'instruction que M. V. a méconnu ces règles en facturant pour les patients n°2,4,6,7,8,9,12,13,19,25,39,40,41,42,43 et 44 un second bilan en-deçà du 20^e acte ; qu'il convient en revanche d'écarter le grief dans les cas des patients 5 et 18 où au moins 10 séances avaient été prescrites, mais un nombre inférieur de séances avaient été effectivement réalisées, la facturation n'étant pas conditionnée par le nombre de séances réalisées mais par le nombre de séances prescrites ; qu'ainsi le grief doit être retenu dans cette mesure ;

En ce qui concerne le non-respect de la durée des séances :

8- Considérant que, s'il résulte du préambule du Titre XIV de la NGAP applicable aux actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle que « *sauf exceptions prévues par le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes* », certains actes de rééducation peuvent être conduits sous forme de traitements de groupe à la condition expresse que le nombre de patients par groupe n'excède pas trois et que le temps consacré individuellement à chaque patient soit de l'ordre de trente minutes par période continue ou fractionnée ; que le service médical fait valoir en produisant un ensemble d'attestations émanant de 5 patients pour les dossiers 3, 8, 11, 13 et 15, que M. V. ne respectait pas la durée minimale de l'ordre de 30 minutes ; que les attestations ne sont pas suffisamment précises pour établir qu'il y aurait eu durablement plus de 5 personnes en piscine ou que la durée des soins aurait été notablement inférieure aux 30 minutes prescrites par les textes ; qu'en revanche, il ressort du dossier et n'est pas sérieusement contesté par M. V. que la surveillance des patients 8 et 13 n'avait pas été personnellement assumée par ce professionnel ou par un membre de son cabinet ; qu'il y a lieu de retenir le grief dans la mesure indiquée ci-dessus ;

En ce qui concerne le non-respect des prescriptions constitutif d'un abus de soins :

9- Considérant que le professionnel a pu régulièrement compte tenu de l'âge de la patiente et des circonstances de l'espèce, s'agissant de la patiente n°17, âgée de 92 ans, poursuivre les

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

soins sur la base de prescriptions antérieures dans une circonstance exceptionnelle où cette patiente avait omis de faire renouveler son traitement ; que cependant, la fréquence de réalisation de ces actes, à raison de 4 fois par semaine alors que la prescription se limitait à 2 est constitutive d'un abus de soins ; qu'au surplus, ces actes auraient dû être cotés AMS 7,5 et non pas AMS 9,5 ;

En ce qui concerne le non-respect de la convention nationale concernant la pratique du dépassement pour circonstances exceptionnelles ou exigence particulière :

10- Considérant que si la convention nationale conclue le 3 avril 2007, telle qu'approuvée par l'arrêté du 10 mai 2007, prévoit la possibilité pour un masseur-kinésithérapeute d'appliquer un dépassement d'honoraires en raison de « circonstances exceptionnelles de temps et de lieu dues à une exigence particulière du malade », il ne saurait en être ainsi dès lors que les demandes du patient s'inscrivent dans l'horaire normal d'activité de ce professionnel ; qu'ainsi M. V. ne pouvait appliquer de tels dépassements pour les dossiers n°2,4,5,8,10,11,12,14,15,18,19 et 41 pour lesquels il se borne à invoquer la difficulté de trouver des créneaux horaires de rendez-vous en raison des contraintes d'activité ou familiales de ces patients ; que de tels dépassements ne sauraient non plus comme dans le cas du dossier n°9 être appliqués pour compenser le coût d'une séance à laquelle le patient ne s'est pas présenté ; que la circonstance que les patients en cause ne se seraient pas plaints des dépassements d'honoraires reprochés n'est en tout état de cause pas de nature à exonérer le professionnel de sa responsabilité ; que le grief sera retenu ;

En ce qui concerne le non-respect de la procédure de demande d'accord préalable pour les séances dépassant le seuil des pathologies du chapitre V du titre XIV de la nomenclature :

11- Considérant, que la NGAP (chapitre 5, titre XIV) définit à partir des recommandations publiées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et la Haute autorité de santé (HAS) le nombre de séance correspondant à la prise en charge thérapeutique recommandée pour certaines affections telles que les massages rééducation du membre inférieur, les lombalgies chroniques ou aiguës ou les problèmes lombaires ; que le dépassement du seuil de 15 séances impliquait s'agissant des patients n° 2,25,26 et 39 la présentation à l'assurance maladie d'une demande d'accord préalable (DAP) non effectuée s'agissant des patients en cause ; que dans ces conditions et en l'absence de cette formalité la poursuite des soins avait un caractère fautif ;

Sur la sanction

12 - Considérant que les faits ci-dessus retenus à l'encontre de M. V. ont le caractère de fautes et abus susceptibles de lui valoir le prononcé d'une sanction en application des dispositions des articles L 145-5-1 et L 145-5-2 du code de la sécurité sociale ; qu'il sera fait une juste appréciation de la gravité de son comportement fautif en lui infligeant la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un an dont deux mois assortis du bénéfice du sursis avec publicité de cette décision, par affichage, dans les locaux de la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie pendant la durée de l'interdiction non assortie du sursis ;

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

PAR CES MOTIFS

DECIDE

Article 1 :

La requête de M. V. est rejetée.

Article 2 :

L'exécution de la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pour la partie non assortie du sursis, prononcée à l'encontre de M. V., prendra effet le 1^{er} février 2018 à 0h et cessera de porter effet le 30 novembre 2018 à minuit.

Article 3 :

La décision n° 01-2015 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Rhône-Alpes, en date du 22 juin 2016, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 4 :

Le surplus des conclusions de la requête du médecin-conseil chef du service de de l'échelon local du service médical de Haute-Savoie est rejeté.

Article 5 :

La publicité de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant la durée de l'interdiction non assortie du sursis.

Article 6 :

La présente décision sera notifiée à M. V., au médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de Haute-Savoie, à la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne – Rhône-Alpes, à la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé d'Auvergne - Rhône-Alpes, au Ministre chargé de la sécurité sociale, au Ministre chargé de la santé, au Ministre chargé de l'agriculture, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au Conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Haute-Savoie.

Copie pour information en sera adressée à Me Choulet.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 29 septembre 2017, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. MAIGNIEN, membre titulaire et M. JOURDON, membre suppléant, désignés par le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le Dr GUERY, membre titulaire, et Mme le Dr LUTON DE HAUT DE SIGY, membre suppléant, nommées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

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

LE CONSEILLER D'ETAT HONORAIRE
PRESIDENT DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS –
KINESITHERAPEUTES

GILLES BARDOU

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

STEPHANE PAPAGEORGIU

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.