

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

Dossier n° **011-2016 et 012-2016**

**Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône et  
Echelon local du service médical du Rhône c. M. A.**

Séance du **12 septembre 2018**

Décision rendue publique par affichage le **24 octobre 2018**

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 du Rhône et la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône ont porté plainte respectivement les 17 septembre 2015 et 12 mai 2016 contre M. A., masseur-kinésithérapeute, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

Par une décision n° 002-2015, 001-2016 du 4 novembre 2016, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a infligé à ce professionnel la sanction de l'interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de quatre mois, dont deux mois avec sursis et a condamné M. A. à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône une somme de 18 085,23 euros.

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

I- Par requête enregistrée le 15 décembre 2016, sous le n° 011-2016, au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, la directrice générale de la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône dont l'adresse est 69907 Lyon Cedex 20, demande à la section des assurances sociales du Conseil national :

1°) de réformer cette décision en condamnant M. A. à une sanction plus importante que celle prononcée par les premiers juges ;

2°) de porter à la somme de 27 443,12 euros le montant fixé pour le remboursement à la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

II- Par requête enregistrée le 26 décembre 2016, sous le n° 012-2016, au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical du Rhône, dont l'adresse postale est B.P. 21340, 69609 Villeurbanne cedex, demande à la section des assurances sociales du Conseil national ;

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

1°) de réformer cette décision ;

2°) de condamner M. A. à une sanction plus importante que celle prononcée en première instance.

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 12 septembre 2018 :

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

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

- Le Dr Pasquinelli, médecin-conseil, représentant le médecin-conseil chef de l'échelon local du Rhône, en ses observations ;

- Me Petetin, en ses observations pour M. A. et celui-ci en ses explications ;

M. A. ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

1- Considérant que la requête de la caisse primaire d'assurance maladie et du médecin-conseil chef du service médical du Rhône sont dirigées contre la même décision n°002-2015, 001-2016 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, en date du 4 novembre 2016 ; qu'il y a lieu de les joindre pour statuer par une seule décision ;

**Sur la régularité de la décision attaquée :**

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

2- Considérant que si la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône soutient à l'appui de son appel contre la décision attaquée, ayant joint sa plainte à l'encontre de M. A. avec celle présentée précédemment par le service médical du Rhône et concernant le même professionnel, qu'elle n'a pas eu communication du mémoire en défense figurant dans ce dernier dossier, ce moyen tiré de ce que le caractère contradictoire de la procédure n'aurait pas été respecté doit être écarté, dès lors qu'il ressort de l'examen de la décision que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ne s'est pas fondée, pour prendre sa décision, sur des éléments dont la caisse primaire n'aurait pas eu connaissance ;

### **Sur les griefs de la plainte :**

3- Considérant qu'à l'occasion d'un contrôle ayant porté sur l'activité de M. A., masseur-kinésithérapeute, au cours de la période du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2013, des anomalies ont été relevées dans la réalisation et la facturation d'actes effectués par ce professionnel sur 36 patients ; que la caisse primaire d'assurance maladie et le service médical du Rhône font appel de la décision n°002-2015, 001-2016 du 4 novembre 2016 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse en tant que celle-ci a écarté certains des griefs présentés dans leurs plaintes ;

### **En ce qui concerne le grief de non respect de la durée de validité de la prescription médicale :**

4- Considérant qu'aux termes de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique « *Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale (...)* » ; qu'en l'absence d'urgence ou de mentions particulières sur les ordonnances, s'il importe que les prescriptions soient exécutées dans un délai raisonnable, aucun texte n'a fixé de délai au-delà duquel le professionnel ne pourrait donner des soins sur la base d'une ordonnance même antérieure à six mois ; que le grief de non respect de la durée de validité des prescriptions médicales est invoqué en appel pour les dossiers n° 1, 17 et 31 ;

5- Considérant qu'en application de la règle énoncée ci-dessus le grief doit être réputé établi s'agissant du patient n° 1 pour lequel les soins se sont prolongés pendant deux mois au-delà des six mois de délais de soins explicitement prévus par la prescription médicale ; que la prescription de régularisation établie a posteriori par un autre médecin n'est pas, de ce fait, de nature à régulariser la situation ; qu'en ce qui concerne le patient n° 31, les plaignants n'apportent aucune preuve de facturation d'un prolongement de la prescription au-delà des 6 mois prévus par la prescription initiale établie le 10 juillet 2013 ; qu'enfin les arguments avancés à l'égard du patient n° 17 sont inopérants, le grief ayant déjà été retenu en première instance ;

### **En ce qui concerne le grief de non respect du libellé de la prescription médicale :**

6- Considérant, en premier lieu, que la prescription établie le 17 mai 2013 pour la patiente n° 19 ne comportait ni le nombre de séances à pratiquer ni de limite temporelle ; qu'elle a donc un caractère imprécis ainsi que l'ont estimé les premiers juges ; qu'ainsi le grief tenant à l'exécution d'un nombre d'actes supérieur à celui prévu par la prescription doit être écarté ; que, par ailleurs, il n'est pas établi que la mise en œuvre avec retard de la prescription établie le 10 septembre 2013 soit de la responsabilité du professionnel ; qu'il y a donc lieu d'écarter dans leur ensemble les griefs présentés pour la patiente n° 19 ;

7- Considérant, en second lieu, que s'agissant de la patiente n° 26, la prescription de séances de massage établie le 2 mai 2013 ne pouvait s'interpréter que comme se substituant à une précédente prescription de drainage et non pas, comme l'a estimé le professionnel, comme une succession de prescriptions ; que de ce point de vue le grief doit être retenu ;

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

### En ce qui concerne le grief de double facturation :

8- Considérant que pour rejeter le grief de double facturation, les juges de première instance ont estimé que la preuve des actes fictifs reprochés à M. A. n'était pas étayée par la production des feuilles de soins papier par le service médical ; que, toutefois, eu égard à leur valeur probante, les « *images décomptées* » des actes remboursés versées au dossier, qu'aucune production du professionnel mis en cause n'est venue contredire, suffisaient à établir l'existence des actes en cause ; que dès lors, le grief de double facturation pour les dossiers n° 10, 17 et 21 doit être retenu ;

### En ce qui concerne le grief de non respect des règles fixées par la NGAP relatives à la cotation des actes :

9- Considérant, en premier lieu, que les plaignants font grief au praticien d'avoir appliqué la cotation AMS 9,5 prévue à l'article 1<sup>er</sup> du chapitre 2 du titre XIV de la NGAP pour la « *rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres* » à des patients n'en relevant pas ; qu'il résulte en réalité de l'instruction que les soins donnés au patient n° 17 ne relèvent pas de la cotation AMS 9,5 au titre des dispositions précitées de l'article 1<sup>er</sup> de la NGAP mais d'une cotation AMK 8 au titre de l'article 9, chapitre 2 du titre XIV de la NGAP relatif à « *la rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé* » et non de la cotation AMK 6 comme proposée par les plaignants ; que s'agissant des deux prescriptions contestées pour le patient n°18, la cotation à retenir est AMK 9 et non AMS 9,5 pour la première prescription et AMK 9 et non AMK 10 pour la deuxième prescription et non AMK 6 comme proposée par les plaignants en application des dispositions de l'article 4 du même texte portant sur la « *rééducation de l'hémiplégie* » ; que s'il est contesté la cotation AMS 9,5 + AMK 4 pour le patient n°5 (kinésithérapie respiratoire et drainage bronchique, massages et mobilisation des membres supérieurs et inférieurs d'un patient en phase terminale d'un cancer), il résulte des pièces médicales du dossier que l'état de santé de ce patient et la nature des soins prescrits justifiaient de recourir à la cotation AMK 12 correspondant à des soins palliatifs visés à l'article 11, et non à AMK 8 + AMK 6/2 comme indiqué par les plaignants ; qu'en cotant AMS 9,5 + AMK 4, M. A. a cependant mis une dépense indue à la charge de la caisse ; que les soins donnés au patient n°14 relèvent de « *la rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé* » visée à l'article 9, chapitre 2 du titre XIV de la NGAP et sont cotables AMK 8 et non AMK 10 ;

10- Considérant, en second lieu, qu'eu égard aux descriptions présentées, l'acte réalisé sur la patiente n° 11 ne constitue pas une rééducation de plusieurs membres susceptible d'être cotée AMS 9,5 mais est cotable en AMS 7,5 en tant qu'atteinte du rachis cervical et des ceintures ;

### En ce qui concerne la facturation des bilans de diagnostics kinésithérapiques :

11- Considérant que si la facturation d'un bilan diagnostic avant l'hospitalisation du patient n°20 pour intervention de prothèse hanche ne se justifiait pas, M. A. soutient, sans être sérieusement contredit, qu'il n'avait pas été informé par son patient de l'imminence de l'intervention ; qu'ainsi les premiers juges ont pu estimer sans erreur d'appréciation que ledit bilan était justifié dans les circonstances de l'espèce ;

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

### En ce qui concerne la facturation de frais de déplacements non médicalement justifiés :

12- Considérant qu'il résulte des pièces du dossier que les prescriptions pour les patients n°15 et 16 mentionnaient « *à domicile si nécessaire* », qu'une telle mention laissait place à une interprétation possible de la part du masseur-kinésithérapeute, qu'en l'absence d'éléments permettant de vérifier la qualité des soins, ce grief ne saurait être retenu à l'encontre du professionnel ; qu'il en va différemment pour le patient n°3 pour lequel des déplacements ont été facturés systématiquement par M. A. alors que la prescription ne le prévoyait pas, la seule mention en ce sens ayant été rajouté de manière manuscrite par le professionnel ; que la régularisation a posteriori par la communication de nouvelles prescriptions médicales portant mention « *soin à domicile* » ne peut être retenue ;

### En ce qui concerne la facturation de soins sans rapport avec l'exonération du ticket modérateur :

13- Considérant qu'il est constant que les soins de masso-kinésithérapie prescrits pour les patients n° 8, 19, 23, 29 et 30 ne figurent pas sur un ordonnancier bizona permettant de mettre ces soins en rapport avec une affection de longue durée (ALD) présentée par ces patients ; qu'il n'appartient pas à un professionnel de modifier de sa propre initiative les prescriptions ainsi établies, l'hypothèse d'une omission ou d'une erreur de la part du médecin prescripteur nécessitant l'établissement d'une nouvelle ordonnance ; qu'en procédant lui-même à de telles rectifications, M. A. a méconnu l'article R. 4321-72 du code de la santé publique selon lequel « *Sont interdits au masseur kinésithérapeute : / 1° Tout acte de nature à procurer au patient un avantage injustifié (...)* » ;

### En ce qui concerne l'utilisation du tiers payant :

14- Considérant qu'à la date des soins ayant fait l'objet du contrôle, antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2017, le tiers payant ne pouvait être proposé qu'à des patients victimes d'un accident du travail, des patientes relevant de l'assurance maternité ou des personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'Etat ; qu'en facturant en tiers payant la quasi-totalité de ses actes, M. A. a fait une utilisation abusive de cette procédure ;

### **Sur la sanction :**

15- Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les faits retenus aux points 5, 7 à 10 et 12 à 14 constituent des fautes au sens de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale de nature à lui valoir l'une des sanctions prévues à l'article L. 145-5-2 du même code ; que ces faits s'ajoutent à ceux précédemment retenus par les premiers juges non dévolus devant la juridiction d'appel ; qu'il sera fait une juste appréciation de la gravité de cet ensemble de fautes en maintenant à l'encontre de M. A. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de quatre mois dont deux mois assortis du bénéfice du sursis déjà prononcés par les premiers juges et en portant à 25 459,44 euros le montant du reversement à l'assurance maladie compte tenu des nouveaux griefs retenus par la présente décision ; qu'il y a lieu de prévoir la publication de cette sanction pendant la période où l'interdiction prononcée sera effective ;

### **Sur les conclusions reconventionnelles de M. A. :**

16- Considérant que l'appel incident étant irrecevable en matière disciplinaire, les conclusions reconventionnelles présentées pour M. A. au soutien de sa défense et tendant à la réformation de la sanction prononcée par la décision attaquée en l'assortissant du sursis total, sont irrecevables.

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

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

17. Considérant que ces dispositions font obstacle à ce qu'une somme soit mise à ce titre à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie et du service médical du Rhône qui ne sont pas, dans la présente instance, les parties perdantes ;

PAR CES MOTIFS,

DECIDE

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est infligé à M. A. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de quatre mois dont deux mois avec sursis.

**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. A., prendra effet le 1<sup>er</sup> mars 2019 à 0 h et cessera de porter effet le 30 avril 2019 à minuit.

**Article 3** : M. A. reversera à la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône la somme de 25 459,44 euros.

**Article 4** : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant la durée de l'interdiction non assortie du sursis.

**Article 5** : La décision n°002-2015, 001-2016 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, en date du 4 novembre 2016, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

**Article 6** : Les conclusions reconventionnelles présentées par M. A. et celles tendant à l'application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

**Article 7** : La présente décision sera notifiée à M. A., à la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical du Rhône, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Bouches-du-Rhône, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, au directeur de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'agriculture.

Copie pour information en sera délivrée à Me Petetin.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 12 septembre 2018, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. GACHET et M. PIREs, membres titulaires, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le Dr RIO, membre titulaire et M. le Dr HOUSSINOT, membre suppléant, nommés 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

AURELIE VIEIRA

La République mande et ordonne au ministre chargé de la santé en ce qui le concerne, ou à tous huissiers de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision