

**LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIERE INSTANCE DU CONSEIL
REGIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Audience publique du 8 février 2022

**REPUBLIQUE FRANÇAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS**

Décision rendue publique le 18 février 2022
Affaire SAS n° 2020-01

Vu la procédure suivante :

Par une plainte et un mémoire, enregistrés les 21 février et 17 août 2020, l'échelon local du service médical de la Loire, demande à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes :

1°) d'infliger à M. X., kinésithérapeute installé à (...), une ou plusieurs des sanctions prévues à l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, en vertu des dispositions de l'article L. 145-5-1 de ce même code,

2°) de fixer les modalités de la publication de la sanction, à titre de sanction complémentaire.

L'échelon local du service médical soutient que :

- après avoir constaté des anomalies de facturation dans 47 dossiers de patients pour des actes de masso-kinésithérapie réalisés sur l'année 2018 et notamment sur la journée du 20 décembre 2018, qui est représentative de l'activité de M. X., il a retenu à son encontre les griefs suivants :

- non-respect de la NGAP sur la durée des soins : 43 dossiers,
- non-respect de la NGAP sur le nombre de patients pris en charge simultanément : 18 dossiers,
- non-respect de la NGAP sur l'évaluation et la réévaluation dans le cadre du bilan diagnostique kinésithérapique effectué : 26 dossiers,
- non-respect de la prescription médicale quantitative : 5 dossiers,
- non-respect de la NGAP en matière de cotation des actes AMS et/ou AMK : 3 dossiers,
- non-respect de la NGAP sur la facturation du bilan diagnostic kinésithérapique : 1 dossier,
- non-respect de la NGAP en matière de rééducation soumise à référentiel : 1 dossier.

Par un mémoire, enregistré le 16 juillet 2020, la directrice générale de la CPAM de la Loire, s'est associée à cette plainte, dont elle reprend les conclusions et les moyens.

Par un mémoire en défense, enregistrés le 1^{er} juillet 2020, M. X., représenté par Me Poirieux, reconnaît l'ensemble des écarts constatés et sollicite l'indulgence de la section sous la forme d'un simple avertissement comme prévu au code de la sécurité sociale, sans publication à titre de sanction complémentaire.

Il soutient que :

- il a dû investir dans du matériel qui lui permet d'accomplir l'ensemble des actes qui lui sont reprochés ;
- il réalise les soins avec conscience, dans les temps impartis pour chaque technique ;
- des patients attestent de la qualité de ses soins,
- il n'est pas démontré que l'absence de BDK ait altéré la qualité des soins ;
- il n'a eu aucune volonté de frauder et a, depuis, ouvert son cabinet le samedi matin pour réduire son activité journalière.

Par ordonnance en date du 22 septembre 2021, la clôture de l'instruction a été fixée au 15 décembre 2021.

Vu les pièces produites et jointes au dossier.

Vu :

- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- la nomenclature générale des actes professionnels.

Les parties ont été régulièrement averties du jour de l'audience.

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

- le rapport de M. Gomichon,
- les observations de Mme le Docteur Y., représentant le médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical,
- les observations de Mme Z., pour la caisse primaire d'assurance maladie de la Loire,
- et les observations de Me Poirieux, pour M. X. et de M. X.

Après en avoir délibéré secrètement conformément à la loi.

Considérant ce qui suit :

1. Aux termes de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale : « *Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des (...) masseurs-kinésithérapeutes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance (...) des masseurs-kinésithérapeutes dite "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance" (...)* ». Aux termes des dispositions de l'article L. 145-5-2 dudit code : « *Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance (...) 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 (...)* ».

2. Le médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical a examiné l'activité de M. X., au cours des 212 journées pendant lesquelles il a travaillé en 2018. Il a relevé que 15 journées comportaient de 60 à 71 actes, 113 journées plus de 50 actes, 49 journées de

41 à 49 actes. Pendant les 113 journées à plus de 50 actes, 110 journées avaient donné lieu à facturation d'indemnités de déplacement à domicile, avec une moyenne de 4,5 déplacements à domicile par jour. Le contrôle médical a reconstitué le temps de travail de M. X. au cours de la semaine 51, soit du 17 au 21 décembre 2018. Il a relevé la facturation pour chacune de ces journées de respectivement 79 actes, pour 70 bénéficiaires, 75 actes pour 68 bénéficiaires, 78 actes pour 74 bénéficiaires, 70 actes pour 68 bénéficiaires et 54 actes pour 53 bénéficiaires.

3. Lors de l'entretien contradictoire entre le médecin conseil et M. X., celui-ci a déclaré travailler environ 15 heures par jour et avoir investi dans du matériel si bien que le temps passé personnellement et individuellement auprès du patient représente une part limitée de la durée de la séance.

4. Dans son mémoire en défense devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire. M. X. fait valoir que la semaine 51 de l'année 2018 serait atypique et que son activité quotidienne ne dépasse pas 50 actes pour la moitié des journées de l'année 2018. Ces considérations ne sont pas de nature à remettre en cause les éléments chiffrés relevés par le contrôle médical, témoignant d'une suractivité.

5. En premier lieu, aux termes de l'introduction du Titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : *« Sauf exception prévues dans les textes, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute se consacre exclusivement à son patient... »*. Aux termes de l'article 1^{er} du chapitre 3 de ladite nomenclature *« - traitement de groupe - : Les 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 des séances est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure... »*. Aux termes de l'article 2 : *« -Traitements conduits en parallèle - : 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. »*

6. Le médecin conseil a examiné les dossiers des patients, dont il a rencontré certains. Pour 43 dossiers, il a retenu le grief d'une insuffisante durée des soins, celle-ci étant d'une moyenne de 13 minutes (dossiers 1 à 4, 6 à 14, 16 à 45). M. X. objecte, s'agissant des dossiers 16, 19, 21, 23, 31, 37, 38, 40, 41, 44 et 45, que les patients n'ont pas été entendus. Toutefois, il résulte de l'examen de la plainte et de ses annexes, que pour certains de ces patients (21, 23, 37 et 44), M. X. a lui-même indiqué au médecin conseil une durée de séance significativement inférieure à 30 minutes. Pour d'autres, M. X. a éludé la question, mais a indiqué une modalité de prise en charge dont le médecin conseil a inféré un temps passé auprès du patient significativement inférieur à 30 minutes. En tout état de cause, d'une part, les faits sont établis pour 36 dossiers, d'autre part, M. X. admet de manière générale ne pas consacrer une durée de l'ordre de 30 minutes à chacun de ses patients, en se prévalant de la qualité de l'appareillage mis à leur disposition, et, enfin le nombre d'actes, auquel il faut ajouter les déplacements, réalisés par M. X. au cours de 113 des 218 journées où il a eu une activité professionnelle en 2018, est incompatible avec une prise en charge de ses patients conforme aux exigences de la NGAP, quand bien même certains patients seraient très âgés, ou au contraire, de très jeunes enfants.

7. Parmi les patients entendus par le médecin conseil, 18 d'entre eux ont témoigné que plus de 3 personnes étaient prises en charge en même temps (dossiers 4, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 20, 25, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 39, 42, 46). M. X. fait valoir que le dépassement résulterait par le décalage des horaires de début des soins, alors que son cabinet fait une large part aux appareils de rééducation

dans lesquels il a investi. Il allègue, sans toutefois, l'expliquer la présence occasionnelle, dans sa salle de soins, de patients des infirmières exerçant dans le même immeuble. Le grief doit être regardé comme établi.

8. Le chapitre I section II de la NGAP prévoit l'établissement de bilans diagnostiques kinésithérapiques (BDK) qui permettent d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur. Ce bilan, enrichi au cours du traitement, est le reflet des examens cliniques successifs réalisés et du protocole mis en œuvre par le professionnel de santé. Il doit être communiqué au médecin-traitant qui peut demander une modification du protocole ou interrompre le traitement. Il est une garantie de la qualité des soins.

9. Il résulte de l'instruction et n'est pas contesté, que dans 6 dossiers (18, 22, 35, 36, 41 et 43), M. X. n'a pas réévalué la prise en charge du patient, pourtant suivi pendant une longue période, parfois, l'année entière. Dans 20 dossiers (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 17, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 31, 42, 47), aucun BDK n'a été réalisé au cours de l'année 2018, bien que les patients aient été suivis sur une longue période, voire toute l'année. M. X. ne conteste pas l'absence de BDK.

10. En deuxième lieu, aux termes de l'article 5 des dispositions générales de la NGAP : *« 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 ou disciplinaires concernant l'exercice de la 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 des dispositions liminaires du titre XIV de la même nomenclature relatif aux actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles : *« 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 résulte de ces dispositions que, par dérogation à la règle générale applicable aux actes des auxiliaires médicaux, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent pratiquer leur art sur ordonnance purement qualitative, leur laissant ainsi le soin d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et techniques les plus appropriés dans le cadre du bilan prévu à l'article R. 4321-2 du code de la santé publique tel que précisé à la section II du chapitre 1 du titre XIV de la nomenclature. Toutefois dès lors que le médecin a précisé sa prescription en définissant en particulier un nombre d'actes à effectuer ou une durée des soins, ces modalités s'imposent aux masseurs-kinésithérapeutes. Il leur appartient dès lors de s'en tenir strictement aux termes de la prescription.

11. Pour 5 dossiers (4, 12, 17, 30, 37, le médecin conseil a relevé que M. X. n'a pas respecté le nombre d'actes, voire la nature des actes prescrits par le médecin. M. X. ne conteste pas ce grief.

12. Le médecin conseil a estimé et M. X. a admis lors de l'entretien contradictoire, que sa facturation n'était pas conforme aux dispositions du Titre XIV, chapitre II de la NGAP, facturant 15 AMS 9,5 au lieu de AMS 7,5 (dossier 15), 18 AMS 9 + IFA, 30 AMK 9 + IFA, 5 AMK 9 + IFA et 30 AMS 9,5 + IFO, au lieu d'AMK 6 (dossier 24) et 10 AMK 10 + IFN, 20 AMS 9,5 + IFN, 8 AMK 10 + IFN au lieu d'AMK 6 (dossier 28).

13. Pour le patient n° 39, qui devait bénéficier d'une rééducation de la cheville droite, avec physiothérapie et ultrasons dans le cadre d'une tendinopathie des fibulaires et du tibia postérieur, M. X. a facturé un premier BDK (AMK 10,7) dès la 8^{ème} séance puis un second à la 14^{ème} séance,

alors que le patient a bénéficié de 21 séances, en méconnaissance de la NGAP, qui prévoit un BDK pour un nombre de séances compris entre 1 et 10 puis à la 30^{ème} séance.

14. Enfin, à partir des recommandations publiées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et la Haute autorité de santé (HAS), la NGAP (chapitre 5 titre XIV) fixe à 15 le nombre de séances correspondant à la prise en charge thérapeutique des cervicalgies non spécifiques sans atteinte neurologique. Le référentiel prévoit que dans le cas où la prescription initiale comporterait un nombre de séances supérieur au seuil qu'il a prévu, une demande d'accord préalable doit être présentée. Le médecin prescripteur dans le dossier 42 avait prescrit « 30 séances de kinésithérapie colonne cervico-dorsale + massages ». M. X. n'a pas présenté de demande d'accord préalable.

15. Il résulte de tout ce qui précède que, même en regardant comme des erreurs la méconnaissance de la NGAP visée aux points 13 et 14 plutôt qu'un manquement dans la prise en charge de ses patients, la pratique professionnelle de M. X., qui est nécessairement délibérée, dès lors qu'il la justifie lui-même par l'utilisation de matériels le dispensant d'être aux côtés de ses patients, même si ceux-ci s'en déclarent satisfaits, ne peut, pour une part très significative, recevoir la qualification de soins.

16. Cette pratique professionnelle constitue les fautes, abus et fraudes visés à L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale.

17. Dans les circonstances de l'espèce il y a lieu de prononcer une sanction d'interdiction de délivrer des soins aux assurés sociaux de six mois dont quatre mois avec sursis à l'encontre de M. X. et d'assortir cette sanction de sa publication.

DECIDE :

Article 1^{er} : Il est prononcé à l'encontre de M. X. une interdiction de délivrer des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, assortie de quatre mois avec sursis. La sanction d'interdiction de délivrer des soins aux assurés sociaux prendra effet à l'expiration du délai d'appel de deux mois. Elle sera publiée pendant son exécution effective, dans les locaux administratifs ouverts au public des caisses de sécurité sociale du département de la Loire.

Article 2 : La présente décision sera notifiée, conformément aux dispositions de l'article R. 145-45 du code de la sécurité sociale :

- à M. X.,
- au Service du contrôle médical,
- à la directrice de la CPAM de la Loire,
- au Conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la Loire,
- au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes,
- au Directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes,
- au Ministre chargé de la sécurité sociale,
- à la Ministre chargée de la santé,
- au Ministre chargé de l'agriculture.

Article 3 : Une copie de la présente décision sera notifiée au directeur général de la Mutualité sociale agricole de la Loire.

Article 4 : Le délai pour faire appel de la présente décision est de deux mois à compter de la notification aux intéressés.

Ainsi fait et délibéré par Mme Wolf, présidente honoraire du corps des tribunaux administratifs et cours administratives d'appel, présidente de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes, Mme le Docteur Véronique Blanc, M. le Docteur Jean Michel Savarit, M. Denis Gomichon et M. Thierry Delapierre, assesseurs de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes.

La présidente de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance
du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Annick Wolf

Le secrétaire de la section des assurances sociales

Yoan Saunier

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.