

**CONSEIL REGIONAL DE L'ORDRE DES KINESITHERAPEUTES
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
REGION DE BOURGOGNE – FRANCHE-COMTE**

Service du Contrôle Médical

de l'Assurance maladie près la caisse primaire d'assurance maladie du Jura

c/

M. X.

Masseur-kinésithérapeute
exerçant (...)

SÉANCE DU 4 avril 2019

LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

Composée de :

M. PUGLIERINI Fabien	premier conseiller au Tribunal administratif de Dijon, président
Mme CAPELLE DAUMAS Magali	membre du Conseil Régional des Masseurs-kinésithérapeutes de Bourgogne Franche-Comté, membre titulaire SAS
M. NARGAUD Francis	membre du Conseil Régional des Masseurs-kinésithérapeutes de Bourgogne Franche-Comté, membre titulaire SAS
Dr Dominique SEYER	Médecin-conseil chef DRSM région Nord-Est, membre titulaire SAS
Dr Jean-Louis ROYER	Médecin-conseil chef MSA Sud-Champagne, membre titulaire SAS

Vu la procédure suivante :

Par une plainte, enregistrée le 22 octobre 2018, M. le Dr Y., médecin conseil chef, responsable de service, échelon local du service du contrôle médical (SCM) de l'Assurance maladie près de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Jura, conclut à dire et juger :

- que les faits reprochés à M. X. sont établis et relèvent par leur nature de l'application de l'article L. 145-1 du code de la sécurité sociale,

En conséquence :

- de prononcer à son encontre l'une des sanctions prévues à l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale,

- de prononcer, en application de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale, une des actions proportionnées à la gravité des griefs relevés,

- d'ordonner le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé conformément à l'alinéa 4 de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale s'élevant, à la date de la saisine, à 3 580,24 euros à parfaire et

- d'ordonner la publication de la décision à venir.

Le service du contrôle médical (SCM) soutient que M. X. :

- a surcoté et facturé des actes non conformes à la NGAP,

- n'a pas respecté la durée des soins conformes à la réglementation et aux bonnes pratiques,

- n'a pas assuré la qualité des soins prévue par les référentiels réglementaires et scientifiques.

- ces faits sont d'autant plus alarmants que M. X. a déjà fait l'objet de plusieurs notifications d'indus avec lettre d'avertissement mise en garde, et dépôt de plainte et signalement au conseil de l'ordre de.

Par un mémoire en défense, enregistrés le 14 décembre 2018, le M. X., s'explique sur les griefs retenus par le SCM :

Il soutient que :

- sur le défaut de cotation, il reconnaît les erreurs de cotation ;

- sur le non-respect de la durée des soins, il a toujours voulu assurer la continuité des traitements et ne pense pas avoir négligé aucun patient ; il est conscient de la charge énorme de travail face à la pression des patients ne trouvant pas de confrère pour assurer leurs soins ou l'appel de médecins lui demandant de prendre en charge un patient ; beaucoup de ses confrères d'ailleurs refusent de faire des séances à domicile et lui adressent des patients ; il y avait et il y a toujours un manque d'offres de soins à Dôle ;

- sur le défaut de qualité des soins, il fait valoir des circonstances particulières, tous ces patients sont encore en soins à son cabinet et sont très contents de leur prise en charge ; il n'a jamais fait preuve de négligence envers eux encore moins d'imprudence bien au contraire ; toutes les séances se font sous son contrôle ; il ne comprend pas les griefs qui lui sont reprochés ;

Vu :

- l'ensemble des pièces du dossier ;

Vu :

- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;

- le code de sécurité sociale ;

- le code de santé publique ;

Après avoir entendu, à l'audience publique du 4 avril 2019 :

- Mme Magali Capelle Daumas, en son rapport ;

- M. le Dr Y. représentant le service du contrôle médical du Jura ;
- M. X. comparant, en ses observations et entendu en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE A CETTE MEME AUDIENCE,

Considérant ce qui suit :

1. Considérant qu'aux termes de l'article L. 145-1 du code de la sécurité sociale : « *Les fautes, abus et fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des chirurgiens-dentistes (...) 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 chirurgiens-dentistes (...) dite section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance (...)* » ; qu'aux termes de l'article L. 145-2 du même code : « *Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont : / 1°) l'avertissement ; / 2°) le blâme, avec ou sans publication ; / 3°) l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner 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 ci-dessus./ Les sanctions prévues aux 3° et 4° ci-dessus peuvent faire l'objet d'une publication. (...).* » ;

Sur la procédure :

2. M. X. a fait l'objet d'un contrôle dans le cadre du programme national de contrôle des masseurs-kinésithérapeutes libéraux méga-actifs et en conformité avec l'article L. 315.1-IV du code de la sécurité sociale. L'analyse d'activité de M. X. a été menée dans le respect des dispositions réglementaires et du principe du contradictoire. Une requête d'activité a été réalisée sur la période du 1^{er} octobre 2016 au 31 mars 2017 afin d'effectuer une analyse globale de l'activité du professionnel. Celle-ci, ainsi que la reconstitution de l'agenda de M. X., ont fait le constat d'une activité très importante, bien au-delà d'une pratique réaliste. Le 9 avril 2018, le Service médical a notifié à la caisse primaire d'assurance maladie les anomalies définitives retenues. Conformément à l'article D. 315-3 du code de la sécurité sociale, M. X. a été informé le 25 avril 2018 par la caisse primaire d'assurance maladie du Jura des suites contentieuses données à cette analyse d'activité. La présente saisine porte sur 337 anomalies retenues.

Sur les griefs :

En ce qui concerne la surcotation d'actes : 3 dossiers (n° 15-16-31) pour 74 anomalies

3. Aux termes de l'article R. 4321-77 du code de la santé publique : « *Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des actes effectués ou des honoraires perçus, ou les deux simultanément, sont interdits* ». Aux termes de l'article L. 162-12-8 du code de la sécurité sociale : « *Les masseurs-kinésithérapeutes sont tenus d'effectuer leurs actes dans le respect des dispositions du titre III du livre IV du code de la santé publique et de leurs mesures d'application en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions* ». La NGAP - DEUXIEME

PARTIE - Titre XIV - CHAPITRE II – TRAITEMENTS INDIVIDUELS DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES Article premier, Article 2 et Article 4.

4. Si le SCM soutient que dans ces 3 dossiers, M. X. a effectué des cotations AMS 9,5 en lieu et place de cotations AMS 7,5 ou AMK9, toutefois, en ce qui concerne le dossier n° 16, la cotation 9,5 peut être admise.

5. M. X., lors de l'entretien contradictoire du 9 mars 2018, a reconnu la non-conformité des cotations effectuées.

6. Il résulte de ce qui précède, que les manquements constatés par le SCM sont établis en ce que M. X. a surcoté des actes pour les dossiers n° 15 et 31 méconnaissant ainsi les dispositions indiquées au point 3.

En ce qui concerne le non-respect de la durée des soins : 90 dossiers (n° 4-6-9-11-12-15-19-21-22-24-25-26-27-28-29-32-33-34-35-36-37-38-40-42-43-44-47-48-50-53-54-55-56-57-59-60-61-65-66-68-70-71-72-73-75-76-78-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-96-97-98-99-101-102-103-104-105-107-108-109-110-111-112-113-115-116-118-119-120-121-122-123-125-126-127-128) pour 222 anomalies

7. Aux termes de la NGAP- DEUXIEME PARTIE- Titre XIV- introduction : « *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, ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II se consacre exclusivement à son patient* ». Aux termes de la NGAP- DEUXIEME PARTIE- Titre XIV- CHAPITRE III- Modalités particulières de conduite du traitement - Article premier -Traitements de groupe « *Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1^{er}, 2, 3 et 4 du chapitre II. 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. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II* ». Aux termes de l'article R. 4321-80 du code de la sante publique : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le masseur-kinésithérapeute s'engage personnellement à assurer des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science.* ».

8. Le SCM indique qu'il a étudié quatre journées à forte activité : les 22 novembre 2016, 29 novembre 2016, 6 décembre 2016 et 24 janvier 2017. Il soutient que pour ces quatre journées, les temps consacrés à chaque patient sont compris entre 9 et 10 minutes, ce qui ne saurait être accepté tant d'un point de vue réglementaire, que déontologique et médical. Par exemple, pour le dossier n° 12, la prescription médicale mentionne : « *séances de massage et rééducation des 2 membres inférieurs par MKDE* ». Pour les séances du 29 novembre, 6 décembre 2016 et 24 janvier 2017, la durée totale des séances déclarée par M. X. est de 40 à 45 minutes avec une présence indiquée de 5 à 10 minutes par le professionnel de santé auprès de son patient.

9. M. X., fait valoir que les soins ont été effectués il y a un plus de 2 ans et qu'il ne peut pas se rappeler exactement du temps passé avec chaque patient au moment du traitement. A cette période, il était seul à son cabinet à la suite du départ précipité de son associée, il effectuait des journées de travail « non-stop de 7 à 21 h environ soit 14 à 15 h de travail par jour, 6 jrs/sem ». Il indique qu'« un de mes défauts est sans doute de ne pas refuser de prendre en charge certain soins malgré l'insistance des patients ».

10. Il résulte de l'instruction et notamment des tableaux d'activité pour les quatre journées analysées, que la durée de présence de M. X. auprès de ses patients est majoritairement de 5 à 15 minutes, et le plus souvent se limite à 5 ou 10 minutes. Dès lors, les manquements constatés par le SCM doivent être tenus pour établis en ce que M. X. n'a pas respecté les durées nécessaires à l'accomplissement de justes soins auprès de ces patients méconnaissant ainsi les dispositions indiquées au point 7.

En ce qui concerne le défaut majeur de qualité des soins : 14 dossiers (n° 17-31-39-45-49-62-63-67-69-77-95-106-117-124) pour 41 anomalies

11. Aux termes de l'article R. 4321-80 du code de la sante 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 actuelles de la science* ».

12. Le SCM soutient que pour ces 14 dossiers, et selon les informations à sa connaissance, le grief se rapporte à des pathologies « lourdes », qui nécessitent, par suite, une présence continue du praticien auprès du patient. Les ALD sont des affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (article L. 324-1 du code de la sécurité sociale). La sévérité des pathologies dont 14 patients étaient porteurs, les critères de bonnes pratiques opposables établies par la Haute Autorité de Santé ou d'autres sociétés savantes sont à rapprocher de la légèreté de la prise en charge de M. X. pour ces cas particuliers nécessitant, plus que d'autres encore, toute son attention. Au-delà du bon sens médical qui relie nécessairement la qualité des soins prestés avec leur durée, il sera noté que c'est à la juridiction « de déterminer si cette activité anormalement excessive du masseur-kinésithérapeute révélait la cotation d'actes fictifs ou d'actes effectués dans des conditions telles qu'ils équivalaient à une absence des soins constitutifs par suite d'un abus d'honoraires pouvant donner lieu à reversement de sa part aux organismes de sécurité sociale ». En tout état de cause, le SCM constate que l'hyperactivité de M. X. l'a conduit à réaliser des actes dans des conditions équivalentes à une absence de soins.

13. Par exemple, pour le dossier n° 67, assuré de 56 ans, bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur pour tétraplégie, la prescription médicale du 23 mai 2016 indique « 50 séances de rééducation massage pour séquelles tétraplégique ». Les séances retenues sont 22, 29 novembre, 6 décembre 2016 et 24 janvier 2017, les durées effectives calculées des séances sur ces journées sont de 10 minutes pour les quatre journées. La durée totale des séances déclarée par M. X. est de 60 minutes avec une présence indiquée par le professionnel de santé de 10 minutes auprès de son patient. Au final, le patient se rééduque seul pendant les 50 minutes restantes.

14. Le SCM indique, pour ce type de patient, que la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré et publié en juin 2012 une recommandation de bonne pratique sur les méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte destinée à l'ensemble des professionnels de santé concernés par la prise en charge des personnes qui ont fait un accident vasculaire cérébral (AVC).

Cette recommandation s'inscrit dans le cadre du Plan National « Accidents Vasculaires Cérébraux 2010-2014 » élaboré par le ministère de la santé et des sports. Selon la HAS, la rééducation de la fonction motrice requiert intensité et continuité, car la personne victime d'AVC présente un contexte pathologique complexe qui influe sur la progression de la rééducation et que la rééducation ne peut négliger. C'est donc dans un cadre spécifique à chaque patient, objectif par des critères multifactoriels, que le rééducateur doit s'adapter.

15. M. X. fait valoir que le dossier n° 17 était suivi par son associée, que pour le dossier n° 31 c'est à la demande du patient que les séances sont écourtées, que le patient du dossier n° 39 est très satisfait de sa rééducation, que pour le dossier n° 45 le patient lui a été adressé pour soulager des douleurs vertébrales sans lien avec son ALD, que pour le dossier n° 49 c'est le patient qui préfère des séances de groupe, que pour le dossier n° 62 le patient lui a été adressé pour des cervicalgies sans lien avec son ALD, que pour le dossier n° 63 la patiente ne travaille jamais seule, la mobilisation étant douloureuse, il faut effectuer des pauses, qu'il suit le patient du dossier n° 67 depuis plus de 15 ans, que le patient du dossier n° 69 ne peut pas supporter des séances de plus de 15-20 minutes, que le patient du dossier n° 77 est très perturbé psychologiquement et ne peut avoir des séances de plus de 30 minutes, que le patient du dossier n° 95 lui a été adressé pour des lombalgies chroniques sans rapport avec son ALD, que le patient du dossier n° 106 lui a été adressé pour une fracture de la tête humérale sans lien avec son ALD, que la patiente du dossier n° 117 préfère les séances de groupe et que la patiente du dossier n° 124 fait cette même demande.

16. Il résulte de ce qui précède, que les manquements constatés par le SCM sont établis, à l'exclusion du dossier n° 69 au motif que pour celui-ci la pathologie et l'âge de la patiente peut motiver une prise en charge de 20 minutes, comme le prévoit l'article 5 du chapitre II du titre XIII de la NGAP, « ...la durée est adaptée en fonction de la situation clinique. ». Hormis ce dossier, M. X. a fait volontairement preuve de négligence pour des patients tous atteints des pathologies lourdes et nécessitant une prise en charge complète avec surveillance continue du professionnel de santé durant les séances, notamment de balnéothérapie. En effet, les temps de prises en charge effectifs et présents sont notoirement insuffisants eu égard aux affections constatées et aux résultats escomptés par des soins consciencieux et attentifs. Il est donc établi que M. X. a méconnu les dispositions indiquées au point 11.

Sur la sanction :

17. La grande majorité des griefs soulevés à l'encontre de M. X. sont établis et au nombre de ceux mentionnés à l'article L. 145-1 du code de la sécurité sociale. Les griefs discutés ci-avant révèlent de la part de M. X. d'agissements devant être qualifiés de fautes, fraudes et abus de cotation. M. X. a mis en place une organisation de son activité avec notamment des durées non-conformes et non-adaptées chez des patients souvent fragilisés et avec de multiples pathologies. M. X. tente de s'exonérer de ses manquements en faisant valoir un manque de l'offre de soins en kinésithérapie sur le secteur de Dôle, le départ d'un associé, la très forte demande des patients envers son cabinet et de ne pas « savoir dire non » audites demandes. Toutefois, ces circonstances ne sauraient légitimer ses pratiques, telles que le 22 novembre 2016 où il a reçu 77 assurés sociaux. Au surplus, M. X. nous a indiqué à l'audience ne pas connaître la NGAP ainsi que la réglementation et les guides de bonnes pratiques associés. En tout état de cause, il a été rappelé à l'intéressé, que le masseur-kinésithérapeute agit sur prescription médicale et doit se conformer à la réglementation nonobstant la demande plus ou moins importante de la patientèle de son secteur géographique. Dans ces circonstances, où M. X. a quelques difficultés à se remettre en cause, argumentant régulièrement sur la satisfaction des patients qu'il reçoit, il sera fait une juste appréciation des faits de l'espèce en prononçant à son encontre la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de deux mois, assortie d'un sursis total. Le présent jugement fera l'objet

d'une publication, à la diligence de la caisse primaire d'assurance maladie du Jura dans ses locaux ouverts au public, pendant deux mois, à compter du jour où le présent jugement sera devenu définitif ;

Sur le trop remboursé :

18. Il résulte de ce qui précède, qu'il y a lieu, par application du 4° de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale de condamner M. X. à rembourser à la caisse primaire d'assurance maladie du Jura la somme de 3 498,84 euros.

D E C I D E

Article 1^{er} : Il est prononcé à l'encontre de M. X., la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant deux mois, avec publication. Il sera sursis pour une durée de deux mois à l'exécution de cette sanction dans les conditions fixées à l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale.

Article 2 : M. X. remboursera à la caisse primaire d'assurance maladie du Jura la somme de 3 498,84 euros sur le fondement du 4° de l'article L. 145-2 du code de sécurité sociale. La présente décision constitue le titre exécutoire pour son recouvrement.

Article 3 : Le délai pour faire appel de la présente décision est de deux mois à compter de sa notification.

Article 4 : La présente décision sera notifiée en recommandé avec accusé de réception :

- au service du contrôle médical Bourgogne – Franche-Comté,
- à M. X.,
- à M. le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie du Jura,
- à M. le directeur de la caisse de Mutualité Sociale Agricole de Franche-Comté,
- à M. le directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne – Franche-Comté,
- à Mme le ministre chargé de la santé,
- à M. le président du conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes,
- à M. le président du conseil régional de Bourgogne – Franche-Comté de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Décision rendue publique par affichage à Dijon le 16 avril 2019,

Pour expédition conforme à la délibération

La secrétaire de la Section des Assurances
Sociales

Pascale MONTAGNON

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.