

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

Dossier n° **003-2014**

**Caisse primaire d'assurance maladie du  
Var et Service médical de Toulon /**

**M. B.**

Séance du **01 octobre 2014**

Lecture du **02 décembre 2014**

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

Vu, enregistrée au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins le 30 mars 2012, la requête présentée, conjointement, par la caisse primaire d'assurance maladie du Var et le service médical de Toulon tendant à ce qu'en application de l'article R. 145-23 du code de la sécurité sociale, alors en vigueur, la section statue sur la plainte dont ils ont saisi la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins de Provence-Alpes-Côte-d'Azur ;

Vu, enregistrée le 18 décembre 2009 au secrétariat de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins de Provence-Alpes-Côte-d'Azur, la plainte présentée par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Var de Toulon dont l'adresse postale est 42, rue Emile Ollivier, 83056 TOULON CEDEX, et par la caisse primaire d'assurance maladie du Var dont le siège est 42, rue Emile Ollivier, La Rode, 83082 TOULON CEDEX, à l'encontre de M. B., tendant à ce que lui soit infligée une sanction disciplinaire en application des articles L. 145-1 et L. 145-2 du code de la sécurité sociale par les motifs que ce professionnel a facturé des suppléments pour soins en piscine non pratiqués et des séances de rééducation non réalisées ; qu'il a utilisé des cotations non conformes à la NGAP ; qu'il a pour deux patients facturé deux fois les actes ; qu'il a pour treize patients méconnu le titre XIV de la NGAP en tarifant indûment en AMK 9,5 des actes relevant d'une cotation inférieure ; qu'il a pour vingt patients coté en AMK des actes de rééducation d'affections orthopédiques relevant de la cotation AMS ; que pour trois patients les cotations d'indemnité forfaitaire de déplacement ne correspondent pas à la convention nationale des kinésithérapeutes ; qu'il a dans vingt-neuf cas délivré des soins d'une qualité insuffisante, en ne consacrant qu'un temps insuffisant à ses patients, en les laissant sans surveillance lors du travail en piscine et en réalisant ces soins dans des piscines non individualisées ; qu'il n'a pas respecté dans deux cas les prescriptions de l'ordonnance médicale ; qu'il a pris en charge un nombre excessif de patients au cours d'une même séance ; que la plaque apposée sur le muret de clôture du centre médical ne respecte pas les articles R. 4321-123, R. 4321-124 et R. 4321-125 du code de la santé publique ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 31 mars 2010, le mémoire en défense présenté pour M. B. exerçant (...) ; M. B. conclut à ce que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins de Provence-Alpes-Côte-d'Azur se déclare incompétente au profit du tribunal administratif territorialement compétent ; qu'à titre principal elle déboute les requérantes de l'intégralité de leurs demandes et qu'à titre subsidiaire elle ordonne les expertises ; que soit mise à la charge des appelants la somme de 2500 euros au titre des frais exposés et non compris dans les dépens et de les condamner aux entiers dépens ; il soutient qu'il résulte de l'article L.145-5-1 du code de la sécurité sociale que les sections des assurances sociales de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sont seules compétentes pour connaître des plaintes intéressant ces

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

professionnels ; qu'à défaut de mise en place des juridictions correspondantes il appartient au tribunal administratif d'en connaître ; qu'en entendant sans témoin les témoignages des patients l'assurance maladie a méconnu le principe du contradictoire à l'occasion de la procédure administrative préalable ; que s'agissant des soins en piscine non réalisés s'il admet la réalité du grief pour les dossiers n° 2, 3, 4, 10, 13, 19 et 30, il en conteste la réalité pour les 15 autres dossiers qui font l'objet d'attestations des patients ; que l'ensemble des patients a attesté que les séances de rééducation ont été effectuées ; qu'il conteste la réalité d'une double facturation ; que si la cotation AMK 9,5 était erronée pour les patients n°1, 4, 5 et 19 elle correspondait à la réalité pour les autres dossiers ; que les pathologies présentées par les patients ont pu induire en erreur sur la lettre clef à utiliser ; que les indemnités spécifiques de déplacements se justifiaient ; que le grief de non-respect de la durée des soins n'est étayé que pour une seule journée ; que les déclarations des patients attestent que les durées de soins ont été respectées ; que les patients se déclarent satisfaits du déroulement des séances en piscine ; que le non-respect de l'ordonnance médicale est un acte isolé et accidentel ; que l'apposition d'un panneau publicitaire n'a pas créé une confusion pour les patients ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 20 mai 2010, le mémoire présenté conjointement par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Toulon et la caisse primaire d'assurance maladie du Var qui maintiennent les termes de leur plainte ; ils soutiennent que la section des assurances sociales de l'ordre des médecins est compétente pour connaître du litige en application de l'article R. 145-8 du code de la sécurité sociale ; que la procédure administrative préalable a respecté les garanties du contradictoire notamment en raison de l'entretien ; que les observations de M. B. ne sont pas de nature à remettre en cause la plainte ; qu'ils maintiennent que les soins en piscine facturés n'ont pas été réalisés dès lors que les journées portes ouvertes alléguées ne répondent pas à la définition de la NGAP sur la balnéothérapie et que les nouvelles attestations des patients ne suffisent pas à infirmer leurs propos initiaux ; que les attestations confirment que les séances de rééducation facturées n'ont pas été réalisées ; qu'aucun élément ne justifie les doubles facturations ; qu'ils maintiennent le grief de non-respect de la cotation des actes pour six dossiers ; que la cotation des indemnités spécifiques de déplacement reste erronée ; que la durée individuelle de prise en charge ne correspond pas à des soins de qualité ; qu'il résulte des pièces du dossier que la surveillance en piscine est restée insuffisante eu égard les pathologies présentées par les patients ; que l'apposition d'une plaque publicitaire méconnaît les règles applicables ; qu'il n'appartient pas à un masseur-kinésithérapeute d'apprécier la qualité d'un examen médical ;

Vu, enregistré le 26 avril 2012, au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, le mémoire présenté pour M. B. qui conclut au rejet de la plainte ; il soutient en outre que la saisine par les requérants de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins est nulle à défaut d'une véritable plainte ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 04 juin 2012, le mémoire présenté conjointement par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Toulon et la caisse primaire d'assurance maladie du Var qui maintiennent la totalité de leurs griefs ; ils soutiennent en outre que la saisine de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins est régulière en application des articles R.145-23 et R.145-8 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu, enregistrée le 17 septembre 2014 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le mémoire par lequel M. B. communique à la juridiction le jugement du 27 mars 2014 rendu en matière correctionnelle, par lequel le tribunal de grande instance de Draguignan a relaxé M. B. d'accusations en matière d'actes fictifs ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 29 septembre 2014, le mémoire présenté conjointement par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Toulon et la caisse primaire d'assurance maladie du Var ; ils estiment que le jugement du tribunal correctionnel dont se prévaut le professionnel poursuivi n'est pas de nature à remettre en cause leur plainte ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

Vu l'article 75-1 de la loi n°91-647 du 10 juillet 1991 ;

Vu le code de la santé publique notamment ses articles R.4321-1 à R. 4321-13 et R. 4321-123 à R. 4321-125 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.145-5-1 et L.145-5-2 ;

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 1<sup>er</sup> octobre 2014:

- M. MAIGNIEN, en la lecture de son rapport ;
- Le Dr FRANCES, médecin-conseil, en ses observations pour le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Toulon ;
- Me TASSEL, avocat, en ses observations pour la caisse primaire d'assurance maladie du Var ;
- Me CENGHER, avocat, en ses observations pour M. B. et M. B. en ses explications orales ;

M. B. ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

### Sur la compétence de la section des assurances sociales :

1- Considérant qu'aux termes de l'article R. 145-23 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable à la date du dépôt de la plainte rendu applicable aux auxiliaires médicaux en vertu de l'article R. 145-8 du même code : « *Si la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional de l'ordre des médecins (...) ne s'est pas prononcée dans un délai d'un an à compter de la réception de la plainte, la section des assurances sociales du conseil national compétent peut, à l'expiration de ce délai, être saisie par les requérants. La juridiction de première instance est alors dessaisie à la date d'enregistrement de la requête au conseil national* » ; que la procédure ainsi organisée dans le but de garantir aux intéressés que leur cause sera entendue dans un délai raisonnable, leur permet d'exposer leurs moyens devant la section des assurances sociales du Conseil national appelée à statuer en droit et en fait, et dont la décision est soumise au contrôle du juge de cassation ; que cette procédure ne méconnaît pas les stipulations de l'article 6-1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales lesquelles n'imposent pas l'existence d'un double degré de juridiction ; qu'il suit de là que M. B. n'est pas fondé à soutenir que la saisine de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes serait intervenue dans des conditions irrégulières ;

### Sur la procédure préalable au dépôt de la plainte :

2- Considérant que les conditions dans lesquelles s'est effectué le contrôle de l'activité de M. B., notamment en ce qui concerne l'audition de ses patients hors de sa présence et la mauvaise information alléguée sur les fautes reprochées à ce professionnel, sont sans influence sur la régularité de la saisine de la section des assurances sociales ; qu'il appartient à la juridiction ordinaire d'apprécier la valeur probante et la portée des éléments qui lui sont soumis dans le cadre de la procédure contradictoire qui se déroule devant elle ;

### Sur les actes fictifs :

3- Considérant qu'il est reproché à M. B. d'avoir au cours de la période du contrôle présenté au remboursement de l'assurance maladie la facturation de 532 suppléments pour kiné balnéothérapie en piscine cotés AMK ou AMS 2,2 concernant 22 patients ainsi que 290 séances de rééducation concernant 19 patients alors que les pièces du dossier, en particulier les attestations des patients, n'établissent pas que ces soins aient été effectivement dispensés ;

4- Considérant toutefois, qu'il résulte de l'instruction que le tribunal de grande instance de Draguignan a, par jugement du 27 mars 2014 rendu en matière correctionnelle et devenu définitif, relaxé M. B. des chefs de fraude ou de fausse déclaration pour l'obtention de prestations ou d'allocations indues de la part d'un organisme de protection sociale pour les actes accomplis entre le 1er janvier et le 31 décembre 2008 ; que cette juridiction a ainsi écarté la réalisation de tout acte fictif au cours de cette période ; que l'autorité de la chose jugée au pénal s'impose aux juridictions des ordres professionnels en ce qui concerne les constatations matérielles des faits que le juge pénal a retenus et qui sont le support nécessaire de sa décision ; qu'il est constant que les actes contestés devant la présente juridiction étaient au nombre de ceux soumis au juge pénal ; qu'il résulte ainsi des énonciations du jugement que ceux-ci n'ont pas de caractère fictif ; qu'il suit de là que le grief doit être écarté dans son ensemble ;

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

### Sur les anomalies de cotation :

5- Considérant, en premier lieu, qu'il est constant et d'ailleurs non contesté par M. B., qui se borne à invoquer une erreur informatique accidentelle, que celui-ci a pour les patients n° 4 et 33 facturé à onze reprises deux séances le même jour entraînant ainsi une charge indue pour l'assurance maladie ;

6- Considérant, en deuxième lieu, que l'article 1er du chapitre II du titre XIV de la NGAP réserve la cotation AMK 9,5 à la « *rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques, intéressant tout ou partie de plusieurs membres ou le tronc et un ou plusieurs membres* » ; qu'il résulte de l'examen des patients en cause qu'eu égard aux pathologies qu'ils présentaient les 12 des 13 patients visés par le présent grief ne relevaient pas d'une telle cotation ; que les patients n°1, 4, 5, 19 et 33 souffraient d'hémiplégie, de sclérose en plaque ou d'atteintes nerveuses radiculaires ou tronculaires intéressant un ou plusieurs membres ; que le patient n° 28 nécessitait une rééducation des conséquences d'une affection rhumatismale inflammatoire ; que les patients n°8, 12, 20 et 27 ne souffraient que de lombalgies ; que le patient n° 26 ne relevait que d'une « *rééducation de la déambulation du sujet âgé* » ; que le patient n° 36 s'était vu prescrire des séances de « *massage rééducation des ceintures en étirement et en piscine* » ; que le choix d'une cotation supérieure à celle dont relevait normalement l'acte en cause a un caractère fautif ; qu'il y a lieu en revanche d'écarter le grief pour le dossier n°29 qui constitue en réalité une sous-cotation de l'acte ;

7- Considérant, en troisième lieu, que selon l'article 2 des dispositions générales du titre XIV de la NGAP, la cotation AMS désigne des « *actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par un masseur-kinésithérapeute* » et se distingue ainsi de la cotation en AMK qui concerne la cotation de l'ensemble des autres actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle du titre XIV de la NGAP ; que le non-respect de ce codage constaté dans de nombreux dossiers s'il n'a pas de conséquence financière empêche en pratique de procéder à l'évaluation collective et personnelle de ce type de rééducation et traduit de ce fait une négligence du professionnel ;

8- Considérant, en quatrième lieu, qu'il résulte de l'annexe 1 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes approuvée par arrêté du 10 mai 2007 du ministre de la Santé et des Solidarités que l'indemnité forfaitaire de déplacement dite « *IFO* » s'applique à la « *rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres* », cotée AMS 9,5 et que l'indemnité forfaitaire de déplacement dite « *IFR* » s'applique uniquement aux actes de l'article 2 du titre XIV de la NGAP à savoir la « *rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires* » cotées AMK 7 et 9 ; que les dossiers n° 6 et 25 cotés AMS 7,5 (rééducation du rachis ou d'un membre) et n° 26 coté AMK 8 (rééducation à la marche) ne pouvaient bénéficier de cette indemnité spécifique ;

### Sur la qualité des soins :

9- Considérant, qu'aux termes du titre XIV de la 2ème partie de la nomenclature générale des actes professionnels : « *sauf exceptions prévues (...), la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement (...), le masseur-kinésithérapeute se consacre exclusivement à son patient* » ; que cependant selon le témoignage de 13 patients (n° 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 18, 19, 23, 30) la prise en charge individuelle reste limitée eu égard notamment aux affections présentées par les patients ;

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

10- Considérant, en premier lieu, qu'il est reproché à M. B. une prise en charge insuffisante des patients en piscine, 16 assurés sur les 19 interrogés ayant bénéficié de tels soins ont attesté d'une présence inconstante en piscine (n° 4, 5, 8, 13, 15, 16, 18, 20 à 24, 27 à 29 et 34) voire même d'une absence totale de M. B. lors de certaines séances (n°8, 13, 27, 28) ; qu'il résulte de l'instruction et des explications données en séance par le professionnel qu'une large place était faite à un programme par vidéo cassette et à la surveillance par caméra de contrôle ; que l'absence de surveillance de la part du praticien qui découle de ce mode de prise en charge des patients leur fait courir un risque non négligeable ; que ces pratiques ne correspondent pas en tout état de cause à la définition de la balnéothérapie ;

11- Considérant, en deuxième lieu, qu'il résulte des déclarations mêmes du professionnel que celui-ci n'a pas respecté pour le patient n° 36 la prescription médicale ;

12- Considérant, en troisième lieu, que selon l'article 2 du Chapitre III du titre XIV de la NGAP si le professionnel choisit d'accueillir concomitamment plusieurs patients, le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut dépasser trois ; que les patients n° 15, 24, 31 et 33 ont fait état de la présence simultanée de 4 ou 5 patients en méconnaissance de la règle précitée ;

### Sur l'opposition d'une signalisation non réglementaire :

13- Considérant que si le service médical soutient que l'existence d'un panneau publicitaire aurait créé une confusion pour les patients sur le type d'activité exercé dans le cabinet ; il n'apporte à l'appui de l'énoncé de ce grief aucune précision sur l'existence d'une faute, abus, fraude ou tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux ;

14- Considérant que les faits ci-dessus retenus à l'encontre de M. B. 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 de donner des soins aux assurés sociaux pour une durée de quatre mois dont deux mois assortis du bénéfice du sursis avec publication dans les locaux de la caisse primaire d'assurance maladie du Var pendant la durée de la suspension ferme ;

### Sur les frais exposés et non compris dans les dépens :

15- Considérant qu'aux termes de l'article 75-1 de la loi n°91-647 du 10 juillet 1991, applicables en l'espèce faute, pour les dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative d'avoir été étendues aux juridictions du contentieux du contrôle technique de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : « *Dans toutes les instances, le juge condamne la partie tenue aux dépens ou, à défaut, la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine, au titre des frais exposés et non compris dans les dépens. Le juge tient compte de l'équité ou de la situation économique de la partie condamnée. Il peut, même d'office, pour des raisons tirées des mêmes considérations, dire qu'il n'y a pas lieu à cette condamnation (...)* » ;

16- Considérant que ces dispositions font obstacle à ce qu'une somme soit mise à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie du Var et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Toulon, qui ne sont pas dans la présente instance, les parties perdantes ;

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

Sur l'application des dispositions de l'article R. 761-1 du code de justice administrative :

17- Considérant que, dans les circonstances de l'espèce, il n'y a pas lieu de mettre à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie du Var et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Toulon la somme que demande M. B. au titre des dépens ;

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

**Article 1er :** Il est infligé à M. B. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pour une durée de quatre mois. Il sera sursis pour une durée de deux mois à l'exécution de cette sanction dans les conditions fixées à l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

**Article 2 :** L'exécution de cette sanction pour la partie non assortie du sursis, prononcée à l'encontre de M. B. prendra effet le 1<sup>er</sup> mars 2015 à 0h et cessera de porter effet le 30 avril 2015 à minuit.

**Article 3 :** La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie du Var, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant la période prévue à l'article 2.

**Article 4 :** Les conclusions de M. B. tendant à l'application de l'article 75-1 de la loi n°91-647 du 10 juillet 1991 et de l'article R. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées ;

**Article 5 :** La présente décision sera notifiée à la caisse primaire d'assurance maladie du Var, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Toulon, à M. B., au conseil départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Var, au conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au directeur de l'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, au ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt et au ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 01 octobre 2014, 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 M. le Dr LABATUT, membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

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

Lu en séance publique le 02 décembre 2014.

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