

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

Dossier n°004-2014
**Service médical de Mâcon /
M. M.**
Séance du 1^{er} 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 16 novembre 2011 la requête présentée par le Service médical de Mâcon 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 il a saisi la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de Bourgogne ;

Vu, enregistrée le 24 septembre 2010, au secrétariat de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de Bourgogne, la plainte présentée par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de Mâcon dont l'adresse postale est 87, rue de Paris, 71022 MACON CEDEX 9, à l'encontre de M. M. tendant à ce que lui soit infligée une sanction disciplinaire en application des dispositions des articles L.145-1 et L.145-2 du code de la sécurité sociale ; il soutient que le professionnel a facturé des déplacements à domicile non effectués ; qu'il a facturé à l'assurance maladie des actes et des suppléments pour déplacements non prescrits ; qu'il a méconnu le C) de l'article 13 de la NGAP en cotant des indemnités kilométriques alors qu'un autre professionnel se trouvait plus proche de la résidence du malade ; qu'en raison du nombre d'actes facturés lors de la période du contrôle les soins prodigués ne pouvaient être ni consciencieux ni conformes aux données acquises de la science conformément aux dispositions préliminaires du titre XIV de la NGAP ; qu'il n'a pas respecté les règles de cotation des actes de rééducation ; qu'il a coté des actes non prévus à la NGAP ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 29 novembre 2010, le mémoire présenté par M. M., exerçant (...); il tend au rejet de la plainte ; il soutient que c'est par erreur qu'il a facturé un déplacement pour un conjoint ; que le préjudice est minime eu égard au montant de 2 euros facturé ; que s'agissant du grief de réalisation d'actes non prescrits il le conteste pour le dossier n° 10 ; que pour le dossier n° 49 il a voulu apporter un soulagement immédiat à la patiente ; que s'agissant de la cotation de déplacements non prescrits il l'explique par l'état des patients (n°26 et 65) ou par des circonstances sociales (n°69 et 70) ; que l'article 13 de la NGAP interdisant la facturation de frais de déplacement lorsque le domicile professionnel d'un confrère est plus proche, il relève que ce confrère ne se déplaçait pas à domicile ; que la suractivité qui lui est reprochée s'explique par la demande de soins, par les formations spécifiques qu'il a suivies et par les conditions de son exercice ; que la cotation des actes de rééducation s'explique par les pathologies présentées par les patients ; que la cotation du dossier n° 59 s'explique là encore par la pathologie du patient ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 27 janvier 2011, le mémoire présenté par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Mâcon qui maintient les termes de sa plainte ;

Vu, enregistré le 16 décembre 2011, au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, le mémoire présenté par M. M. qui conclut au rejet de la plainte en reprenant l'ensemble des moyens précédemment développés ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 03 janvier 2012, le mémoire présenté par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Mâcon qui maintient les termes de sa plainte

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

Vu, enregistré comme ci-dessus le 8 septembre 2014, le mémoire présenté par M. M. ; il tend à titre principal à ce que la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes se déclare incompétente ; qu'il résulte en effet de l'article 7 du décret du 26 juin 2013 qu'est seule compétente pour le présent litige la section régionale de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Bourgogne ; qu'à défaut il serait privé du bénéfice du double degré de juridiction ; que, subsidiairement, il y aura lieu de constater que les poursuites qui remontent à six ans sont prescrites ; que très subsidiairement il demande à ce que la plainte soit rejetée ; que les déplacements à domicile ont bien été réalisés même si la cotation d'un déplacement pour le conjoint est erronée ; que le grief d'actes non prescrits doit être écarté les ordonnances ayant été produites pour l'un des patients et la réalisation des actes s'explique pour l'autre patient par le fait que l'ordonnance était incomplète ; que les déplacements à domicile se justifiaient par les pathologies des patients ; que la facturation d'indemnités kilométriques alors que le domicile professionnel d'un autre masseur-kinésithérapeute était plus proche s'explique par le fait que la consœur en cause ne faisait pas de soin à domicile et par ses liens avec la patiente ; que les témoignages des patients joints au dossier témoignent de la qualité des soins ; que les écarts de cotation des actes de rééducation concernent un faible montant et un petit nombre d'actes ; que le règlement des indus ne saurait constituer une reconnaissance de ses torts ;

Vu, enregistré comme ci-dessus, le 29 septembre 2014, le mémoire présenté par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Mâcon qui maintient les termes de sa plainte ; qu'en outre, il souligne que les dispositions de l'article R.145-19 du code de la sécurité sociale prévoient bien le dessaisissement de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance au profit de la section des assurances sociales du conseil national dès lors qu'elle ne s'est pas prononcée dans un délai d'un an ; que le délai de prescription est interrompu dès lors que la juridiction est saisie ;

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

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 :

- M. Lionel JOURDON, en la lecture de son rapport ;
- Le Dr Guy DELORME, médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Mâcon en ses observations ainsi que les observations du Dr Thomas CORREZE, médecin-conseil ;

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

- M. M. en ses explications ainsi que M. F., masseur-kinésithérapeute, assistant M. M., en ses explications ;

M. M. ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur les conditions de la saisine de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes :

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 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. M. 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 les griefs

2- Considérant qu'à l'occasion de l'analyse de l'activité de M. M., masseur-kinésithérapeute, des anomalies ont été relevées dans les cotations des actes présentés au remboursement sur la période du 1er mars au 18 août 2008 concernant 14 patients ; qu'en égard à la date d'enregistrement de la plainte devant la juridiction du contentieux du contrôle technique aucun de ces actes n'est prescrit ;

3- Considérant, en premier lieu qu'il résulte de l'article 13-1 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) qu'il ne peut être compté qu'un seul supplément pour frais de déplacement pour des personnes ayant été soignées le même jour sur un même site ; qu'il est constant et d'ailleurs non contesté qu'à l'occasion de soins effectués au domicile d'un même couple (patients n° 65 et 67) M. M. a facturé à chacun d'eux des frais de déplacements en méconnaissance de la règle précitée ;

4- Considérant, en deuxième lieu, que selon l'article 5 de la NGAP : « *seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie (...) c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite (...)* » ; qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier que M. M. a facturé à plusieurs reprises des soins qui n'avaient pas été prescrits ; qu'il a ainsi dans le dossier n° 49 facturé pour ce patient quatre séances de rééducation à la marche par semaine alors que la prescription n'en mentionnait que trois, portant ainsi à 60 le nombre de séances effectuées alors que la prescription n'en permettait que 36 ; que l'intéressé a également facturé des frais de déplacements pour les patients n°65, 69 et 70 alors que les ordonnances correspondantes ne comportaient pas la mention « *à domicile* » ; que s'agissant du dossier 69 si une ordonnance a

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

été produite en cours d'instance celle-ci ne concernait pas les mêmes soins ; que le grief doit en revanche être écarté s'agissant du patient n°10 pour lequel le professionnel a produit les ordonnances en cours d'instance ; et, eu égard aux circonstances de l'espèce pour le dossier n°26, en l'absence de toute précision dans l'ordonnance médicale et compte tenu des explications fournies par le praticien sur l'état pathologique du patient ;

5- Considérant, en troisième lieu, qu'aux termes de l'article 13 des dispositions générales de la NGAP : « *Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un praticien ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au praticien de la même discipline se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade* » ; qu'il résulte de cette disposition qu'un professionnel ne peut coter et facturer des indemnités kilométriques supérieures à celles qui seraient facturées par un praticien conventionné de la même discipline dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade ; qu'il est constant que M. M. dont le cabinet se trouve au (...) ne pouvait facturer de frais de déplacements pour les patients n°26, 52, 60 et 63 domiciliés dans les communes de (...) et de (...) dès lors que l'une de ses collègues est installée sur la commune de (...) ; qu'il résulte toutefois des pièces du dossier et des explications données en séance par M. M. que cette dernière n'effectue pas de soins à domicile ; qu'il y a lieu dans ces circonstances de l'espèce d'écarter le grief ;

6- Considérant, en quatrième lieu, que selon les dispositions préliminaires du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels la durée des séances de rééducation et de réadaptation fonctionnelle est de l'ordre de trente minutes ; que l'analyse d'activité de M. M. au cours de la période du contrôle fait apparaître que compte tenu du nombre d'actes dont il a attesté l'exécution il aurait entre le 1er mars et le 21 août 2008 effectué 3622 séances de masso-kinésithérapie en facturant entre 30 et 49 séances par jour de travail soit en moyenne un temps de travail de plus de 20 heures par jour, que ce chiffre s'établit à 49 actes de rééducation facturés le 7 mai 2008 soit un temps de travail journalier théorique de 24h30 ; à 48 actes facturés le 18 mars et 14 avril 2008 pour un temps de travail journalier théorique de 24h ; que dès lors la durée des soins dispensés par M. M. n'a pu être, au cours de ces trois journées, que substantiellement inférieure à celle qui figure à la nomenclature ; qu'ainsi il est établi qu'en consacrant à ses patients un temps insuffisant, M. M. n'a pas dispensé ses soins dans des conditions permettant d'en assurer la qualité ; qu'en revanche si à l'appui de son grief de suractivité, l'Assurance maladie invoque la plainte de la famille du patient n°87 ; qu'il n'y a pas lieu de retenir le grief dès lors que le professionnel a fait valoir que la brève durée de la séance était liée à l'état de santé de cette patiente en phase terminale et décédée depuis lors ;

7- Considérant, en cinquième lieu, qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier que M. M. a pour le patient n° 10, pour des séances de « *rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée* » facturé des AMK 7 au lieu d'AMK 6, pour le patient n°59, dans le cadre des séances de « *drainage lymphatique des deux membres et du petit bassin* » facturé des AMK 7 + AMK 3 au lieu d'AMK 9, et pour le patient n° 73 facturé des AMK 7 au lieu d'AMK 6 ; que les séances d'ultrasons prescrites pour le patient n°45 auraient dû être cotées en AMS 3 au lieu de AMK 7 ; que la cotation utilisée pour le patient n° 59 n'existe pas ; que la prescription médicale produite pour le patient n°60 ne permet pas d'établir la cotation qui aurait dû être retenue ; qu'il y a lieu d'écarter le grief au bénéfice du doute ;

8- Considérant que les faits ci-dessus retenus à l'encontre de M. M. 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 d'un mois dont quinze

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

jours assortis du bénéfice du sursis avec publication de la décision dans les locaux de la CPAM pendant un mois ;

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

Article 1er : Il est infligé à M.M. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un mois. Il sera sursis pour une durée de quinze jours 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. M. prendra effet le 2 mars 2015 à 0h et cessera de porter effet le 16 mars 2015 à minuit.

Article 3 : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie de Mâcon, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant une période d'un mois à compter de la date d'effet de la sanction mentionnée à l'article 2.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Mâcon, à M. M., au conseil départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Saône-et-Loire, au conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au directeur de l'Agence régionale de santé de Bourgogne, 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.

Lu en séance publique le 2 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