

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

Dossier n° **005-2014**  
**Service médical du Doubs /**  
**M. F.**  
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 9 août 2011, la requête présentée par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Doubs tendant à ce qu'en application de l'article R. 145-23 alors en vigueur du code de la sécurité sociale la section statue sur la plainte dont il a saisi la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des médecins de Franche comté ;

Vu enregistrée le 14 juin 2010 au secrétariat de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de l'ordre des médecins de Franche Comté, la plainte présentée par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service du contrôle médical du Doubs dont l'adresse postale est 2, rue Denis Papin à BESANCON (25010) à l'encontre de M. F. exerçant (...), tendant à ce que lui soit infligée une sanction en application de l'article L. 145-1 du code de la sécurité sociale ; il lui est reproché d'avoir coté et facturé à l'assurance maladie des actes de balnéothérapie, de kinésithérapie et des frais de déplacements qu'il n'a pas réalisés ; d'avoir méconnu les dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) en surcotant certains de ses actes ; que l'étude de son activité met en évidence un nombre d'actes rendant impossible le respect des dispositions de la NGAP relatives à la durée minimale des actes accomplis par un masseur-kinésithérapeute ;

Vu enregistré comme ci-dessus le 15 octobre 2010 le mémoire présenté par M. F. qui conclut au rejet de la plainte ; il soutient qu'il n'a pu bénéficier de l'aide d'un avocat ; que si des soins ont été facturés à tort en ALD c'est sur l'insistance des bénéficiaires ; qu'il a bien réalisé les bilans facturés sans que les patients en soient conscients ; que c'est par erreur que certains bilans ont été datés du jour de la prescription ; qu'il a réalisé des soins de qualité conformes aux données actuelles de la science dans le respect des conditions de durée des actes ; que ses patients étaient satisfaits ; que les erreurs de cotation correspondent à des problèmes informatiques ; que si des mentions ont été ajoutées aux prescriptions à sa demande par les médecins, il ne s'agit pas de faux ; que la facturation de frais de déplacement pour des soins réalisés en cabinet correspond à des erreurs informatiques ; que les erreurs de cotation générant une surfacturation sont imputables à son handicap visuel ; que son cabinet a fait l'objet d'une liquidation judiciaire ; qu'il a déjà payé ses erreurs du fait des différentes procédures engagées contre lui ; qu'il n'y a pas d'enrichissement personnel ; qu'il demande la bienveillante clémence de la juridiction ;

Vu enregistré comme ci-dessus, le 25 octobre 2010, le mémoire présenté par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Doubs qui conclut au maintien de sa plainte ;

Vu enregistré comme ci-dessus le 10 septembre 2014 le mémoire présenté par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Doubs qui, en réponse à la demande présentée par le secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des

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

masseurs-kinésithérapeutes confirme que le dossier n° 55 a bien été retiré de la liste des griefs à la suite de la procédure administrative contradictoire ;

Vu enregistré le 26 septembre 2014 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le mémoire présenté par M. F. qui conclut au rejet de la plainte ; il soutient que les griefs reprochés sont imputables à une collaboratrice secrétaire comptable malveillante ; qu'il reconnaît des erreurs administratives commises sans intention de frauder ; qu'il s'engage à ne plus exercer en libéral, étant actuellement salarié ; qu'il demande la clémence de la sanction ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

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

- Le Dr GUERY, en la lecture de son rapport ;
- Le Dr Sophie MENESTRIER, médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Doubs et le Dr Fabienne COUDURIER, médecin-conseil ;
- M. F., dument convoqué, n'était ni présent ni représenté ;

Le Dr Sophie MENESTRIER ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

1- Considérant que le contrôle de l'activité de M. F., masseur-kinésithérapeute, portant sur les actes réalisés au cours de la période du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2008 a fait apparaître des anomalies dans les facturations présentées à l'assurance maladie concernant 82 patients ; que ces faits font l'objet de la présente plainte ;

### Sur les griefs relatifs à la facturation d'actes non réalisés :

2- Considérant, en premier lieu, qu'il résulte des attestations des patients n° 2, 8, 9, 32, 38, 50, 56, 59, 60, 71, 72, 73, 74, 75, 83, 86, 93, 99 et 103 que les séances de balnéothérapie que M. F. a cotées et présentées au remboursement n'ont pas été effectuées, alors même que, comme c'est le cas pour les patients n° 2, 9, 38, 50, 74 et 93 ces soins figuraient sur l'ordonnance du médecin prescripteur ; que la circonstance d'ailleurs non établie que ces

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

facturations résulteraient d'une erreur informatique n'est en tout état de cause pas de nature à exonérer le professionnel de sa responsabilité ;

3- Considérant, en deuxième lieu, que pour les patients n° 25 et 100 M. F. a, à deux reprises s'agissant du premier et à huit reprises s'agissant du second, facturé deux séances le même jour alors que ces patients ont déclaré n'avoir jamais bénéficié de plusieurs séances le même jour ; que M. F. n'apporte pas la preuve que la seconde séance facturée aurait été effectuée à une autre date mais imputée par erreur le même jour qu'une autre séance ;

4- Considérant, en troisième lieu, que le patient n° 56 a attesté avoir reçu des soins exclusivement en cabinet alors que M. F. a coté et facturé à ce titre à trente reprises des déplacements à domicile ; que le professionnel à qui il incombe de vérifier l'état des logiciels qu'il utilise ne saurait en tout état de cause justifier cette surfacturation par une erreur informatique ;

### Sur les griefs relatifs au non-respect des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) :

5- Considérant, en premier lieu, qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier que M. F. a présenté des demandes d'ententes préalables correspondant à des « *rééducations de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres* » cotables AMS 9,5 alors que les prescriptions se limitaient à des « *rééducations du rachis et/ou des ceintures* quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée » cotables AMS 7,5 selon la NGAP ; qu'en présentant une demande de remboursement sur la base de la demande d'entente préalable et non de la prescription, ce professionnel met à la charge de l'assurance maladie une charge indue ; qu'il y a lieu de retenir ce grief pour les dossiers n° 1, 3, 11, 13, 17, 19, 22, 23, 24, 29, 34, 41, 58, 68, 75, 78, 79, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 91, 93, 94, 96, 97 et 105 ; que, de même, en qualifiant de « *rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires - plusieurs membres* » dans sa demande d'entente préalable pour le patient n° 52 une prescription de rééducation de la colonne vertébrale, M. F. a permis de coter AMK 10 un acte relevant normalement de la cotation AMS 7,5 ; que le grief doit donc être retenu pour les dossiers en cause ; qu'en revanche eu égard au contenu des prescriptions il doit être écarté pour les dossiers n° 5, 26, 54, 77, 101 et 106 ;

6- Considérant, en deuxième lieu, qu'il résulte de l'article 1er du chapitre II du titre XIV de la NGAP que la cotation AMS 9,5 correspond à la rééducation de plusieurs membres ; qu'en facturant à ce niveau des actes effectués sur la base de prescriptions médicales limitées à un seul membre, et cotables AMS 7,5, M. F. a pour les dossiers 21, 25, 27, 30, 49 et 73 imposé à l'assurance maladie une charge indue ; qu'il y a lieu en revanche d'écarter ce grief pour les dossiers n° 63, 92 et 47 pour lesquels la cotation AMS 9,5 correspondait à l'acte réalisé ;

7- Considérant, en troisième lieu, que selon l'article 7 chapitre II du titre XIV de la NGAP les rééducations par drainages lymphatiques correspondent à la cotation AMK 7 pour un seul membre et AMK 9 pour deux membres ; qu'il est constant que cette cotation n'a pas été respectée pour les dossiers n° 28, 33, 37, et 57 pour lesquels la fiche synthétique de l'acte mentionne le traitement d'un seul membre ; qu'il y a lieu en revanche d'écarter du grief le dossier n° 9 pour lequel la nature de l'acte n'est pas établie ;

8- Considérant, en quatrième lieu, qu'il est reproché à M. F. d'avoir établi des demandes d'ententes préalables concernant des soins de rééducation sur les deux membres alors que

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

les prescriptions ne concernaient qu'un seul membre ; que ce grief doit être retenu pour les dossiers n° 7 et 12 et écarté eu égard à la prescription pour le dossier n° 80 ;

9- Considérant, en cinquième lieu, qu'il résulte des règles de construction de la tarification des actes prévues par le titre XIV de la NGAP qu'à chaque séance s'applique normalement une seule cotation correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause ; qu'il en découle que sauf exception prévue par la nomenclature il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance ; qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier que M. F. a pour les patients n° 10 et 46 coté séparément et cumulé différents soins de rééducation ;

10- Considérant, en sixième lieu, qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier que la prescription initiale pour le patient n°62 mentionnait des séances de rééducation pour hémiplégié cotables AMK 9 ; que M. F. a présenté des demandes d'entente préalable et des facturations correspondant à des séances de « *rééducation des affections neurologiques en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie* » localisée à plusieurs membres, cotables AMK 10 ; que le même grief de cotation erronée doit être écarté pour le patient n°61, faute d'élément précis sur les pathologies qu'il présentait ;

11- Considérant, en septième lieu, que la demande d'entente préalable et la facturation ultérieure pour le patient n° 56 amputé de la jambe gauche ont porté sur des « *soins de rééducation d'affections neurologiques stables ou évolutives avec déficiences de deux membres ou plus ou du tronc et de la face* » cotés AMK 10 alors que la prescription médicale correspond à la « *rééducation et réadaptation, après amputation y compris l'adaptation à l'appareillage* » pour un membre cotables AMS 7,5 ;

### Sur les griefs tirés de la qualité des soins :

12- Considérant que selon les dispositions liminaires 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. F. 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 1<sup>er</sup> mars et le 30 juin 2008 effectué en moyenne 38 actes pour 34 patients par jour soit un temps de travail minimum de 16 heures 30 par jour, non compris les déplacements au domicile des patients ; que ce chiffre s'établit à 73 actes de rééducation pour 66 patients le 7 avril 2008, à 74 actes pour 66 patients le 9 avril 2008 et à 71 actes pour 65 patients le 14 avril 2008 ; que dès lors la durée des soins dispensés par M. F. au cours de ces trois jours n'a pu être 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. F. n'a pas dispensé ses soins dans des conditions permettant d'en assurer la qualité ;

13- Considérant que les faits ci-dessus retenus à l'encontre de M. F. 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 deux mois dont un mois assorti du bénéfice du sursis avec publication de la décision dans les locaux de la caisse primaire d'assurance maladie pendant un mois ;

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

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

**Article 1er :** Il est infligé à M. F. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pour une durée de deux mois. Il sera sursis pour une durée d'un 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. F. prendra effet le 1<sup>er</sup> mars 2015 à 0h et cessera de porter effet le 31 mars 2015 à minuit.

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

**Article 4 :** La présente décision sera notifiée au médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Doubs, à M. F., 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 et de la santé.

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 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