

SASCNOMK N°007-2016

PRESENTATION

Instance	Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes	Dispositif	Rejet de la requête
Type de jugement	Décision		
Date	15/09/2017		
Numéro de dossier	007-2016		

MOTS-CLES

**Prescription médicale - Existence
Cotations - Erreur de cotations**

**Honoraires - Double facturation - Cumul d'actes
Abus d'actes - Actes médicalement non justifiés**

ABSTRACT

Masseur-kinésithérapeute sanctionné en première instance à une interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de 3 mois avec sursis.

Saisie en appel par le médecin-conseil chef de l'échelon local du service médical et la CPAM, la SASCNOMK retient que le grief de réalisation d'actes sans prescription est établi à l'égard des patients, sauf un pour lequel le mis en cause invoque une erreur de saisie. Le masseur-kinésithérapeute ne saurait justifier des prolongations de soins dès lors que la prescription médicale est quantifiée, par la seule référence à des discussions avec le médecin, au demeurant, non établies, ou par des demandes de prolongations adressées à l'assurance maladie.

Sur les cumuls d'actes, la SASCNOMK rappelle que la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) prévoit qu'à chaque séance effectuée par un masseur-kinésithérapeute ne peut s'appliquer qu'une seule cotation ; une seconde cotation n'étant applicable que dans les cas d'exceptions prévues à la NGAP. En l'espèce, le mis en cause a facturé une 2^{ème} cotation pour une même séance qui ne correspond pas aux exceptions prévues. Le grief est, toutefois, écarté pour un autre dossier pour lequel la 2^{nde} cotation est admise eu égard à la pathologie concernée.

Quant aux cotations appliquées, la SASCNOMK relève plusieurs erreurs sans que la circonstance alléguée par le mis en cause du caractère imprécis des prescriptions médicales ne puisse justifier leur nombre ainsi que leur caractère systématique. Le grief est constitué.

Sur les actes médicalement non justifiés, la SASCNOMK relève que le mis en cause a pratiqué un nombre de séances largement supérieur à ce qui est recommandé selon les différentes affectations. Un tel nombre de séances non justifiés par une demande d'accord préalable (DAP) et un bilan diagnostic kinésithérapeute (BDK) traduit soit un abus d'actes soit une mauvaise prise en charge des patients. En outre, s'agissant d'autres pathologies communes, le nombre de séances facturées est hors de proportion avec la prise en charge habituelle des affections invoquées par

les patients. Le mis en cause ne peut valablement soutenir que ce nombre de séances serait justifié du fait qu'il aurait, pour les séances en cause, adressé une DAP aux services de l'assurance maladie et qu'en l'absence de réponse, il pouvait considérer que le nombre de séance proposé avait été accepté, l'accord ainsi allégué ne pouvant être réputé donné dès lors que les indications fournies par lui étaient erronées ou incomplètes.

Quant aux griefs du non-respect du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, la SASCNOMK rappelle que le masseur-kinésithérapeute a une obligation d'effectuer une fiche de synthèse à communiquer au médecin prescripteur, obligation à laquelle le mis en cause ne pouvait se soustraire, dès lors qu'elle participe de la bonne qualité des soins, et quand bien même il aurait agi à la demande des médecins prescripteurs. Le grief doit donc être retenu. De plus, le mis en cause a effectué des actes en l'absence de prescription médicale, ce qui constitue une faute, sauf pour le cas où les actes incriminés ont été effectués dans un cabinet médical comportant 2 médecins susceptibles d'intervenir à tout moment.

Les premiers juges ayant fait une exacte appréciation de la gravité du comportement fautif du masseur-kinésithérapeute, la requête est rejetée.

Code de la santé publique : Articles R. 4321-5, R. 4321-7, R. 4321-2 et R. 4321-8.

DECISION ANTERIEURE

Instance Section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Languedoc-Roussillon

Date 15/06/2016

Dispositif Interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux

Durée 3 mois avec sursis

PARTIES A L'INSTANCE

EN PREMIERE INSTANCE

Qualité du/des plaignant(s) Médecin-conseil chef de l'échelon local de l'Hérault + CPAM Hérault

EN APPEL

Qualité du/des requérant(s)

Médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Hérault + CPAM Hérault

**Qualité du/des
défendeur(s)**

Masseur-kinésithérapeute

**Qualité du/des
défendeur(s)**

Masseur-
kinésithérapeute