

SAS n°006-2022

PRESENTATION

			Rejet de la requête
Instance	Section des assurances sociales du Conseil national	Dispositif	Interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux
Date	07/03/2024	Durée	6 mois dont 3 mois avec sursis
Type de jugement	Décision		
Numéro de dossier	006-2022		

MOTS-CLES

Actes non réalisés	Actes non remboursables
Ostéopathie	Abus d'actes
Prescription médicale - Falsification	Cotations des actes
Honoraires – abusifs	

ABSTRACT

Masseur-kinésithérapeute mis en cause par la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône pour des irrégularités découlant de la facturation d'actes non réalisés, de la facturation d'actes non remboursables, de la falsification de prescriptions médicales, de la surcotation d'actes, de la facturation de frais de déplacement non justifiés et du non-respect du nombre de séances prescrit. La section des assurances sociales de première instance lui avait infligé la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois dont trois mois assortis du sursis.

Saisie de l'appel du praticien, la section des assurances sociales du Conseil national juge tout d'abord que la procédure du contrôle technique est indépendante du contentieux engagé devant le juge judiciaire pour contester le montant des indus mis en recouvrement par la caisse et rejette comme portées devant une juridiction incompétente pour en connaître les conclusions tendant à la réduction des indus.

Sur le fond, le contrôle avait révélé plusieurs catégories d'irrégularités : facturation d'actes non réalisés ou facturés plusieurs fois, facturation d'actes non remboursables, notamment des actes d'ostéopathie présentés comme des soins de kinésithérapie, modifications manuscrites de prescriptions médicales ayant pour effet d'augmenter la cotation des actes, surcotations, facturation injustifiée de frais de déplacement et dépassement du nombre de séances prescrites.

Le professionnel contestait notamment le caractère anormalement élevé de son activité, en l'expliquant par le départ de confrères et par une forte demande de soins. La chambre relève toutefois que ces explications ne permettent pas de remettre en cause les anomalies précisément constatées lors du contrôle.

Plusieurs manquements sont ensuite confirmés. Le professionnel avait reconnu avoir réalisé des actes d'ostéopathie, qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie, mais les avoir facturés comme des actes de masso-kinésithérapie. La juridiction retient également le dépassement du nombre de séances prescrites dans plusieurs dossiers. L'argument selon lequel le professionnel aurait pu adapter certaines prescriptions ne peut être retenu dès lors qu'il n'était pas en mesure de produire les documents permettant de justifier cette adaptation.

La facturation d'actes qui n'avaient pas été réalisés est également retenue dans un dossier. Le professionnel contestait la fiabilité des déclarations d'une patiente âgée présentant des troubles cognitifs. La juridiction relève cependant que cette patiente avait été entendue dans des conditions permettant de recueillir son témoignage et que son médecin traitant avait confirmé qu'elle disposait de ses facultés lors de l'audition.

S'agissant de la surcotation de certains actes, la juridiction relève que la cotation utilisée supposait le respect de conditions précises, notamment une durée minimale de soins et, pour certaines cotations, une pathologie déterminée. Or, les pièces du dossier ne permettaient pas de démontrer que ces conditions étaient réunies. Le simple fait que le professionnel ait ignoré les conditions de la nouvelle cotation ne suffit pas à écarter le manquement.

Enfin, la juridiction nationale confirme les irrégularités liées aux modifications manuscrites de prescriptions médicales. Le professionnel soutenait que ces modifications avaient pu être effectuées par les médecins eux-mêmes. Cette explication est écartée dès lors que les médecins concernés, interrogés lors du contrôle, ont indiqué ne pas être à l'origine de ces ajouts. Le faible montant financier correspondant à ces actes ne remet pas davantage en cause la réalité du manquement.

La juridiction nationale confirme la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois dont trois mois assortis du sursis et ordonne la publication de la décision par affichage dans les locaux administratifs ouverts au public de la caisse pendant une période de deux mois

Code de la santé publique : Article L. 4321-1.

Code de la sécurité sociale : Articles L. 145-5-1 et L. 145-5-2.

Nomenclature générale des actes professionnels : Articles 2 et 5 des dispositions générales ; titre XIV, dispositions liminaires.

DECISION DE PREMIERE INSTANCE

Instance Section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse

Date 02/08/2022

Dispositif Interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux

Durée 6 mois dont 3 mois avec sursis

PARTIES A L'INSTANCE

EN PREMIERE INSTANCE

Qualité du/des plaignant(s) Caisse primaire d'Assurance maladie des Bouches-du-Rhône

Qualité du/des défendeur(s) Masseur-kinésithérapeute

EN APPEL

Qualité du/des requérant(s) Masseur-kinésithérapeute

Qualité du/des défendeur(s) Caisse primaire d'Assurance maladie des Bouches-du-Rhône