

SAS n°005-2023

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	21/06/2024	Durée	6 mois dont 3 mois avec sursis
Type de jugement	Décision		
Numéro de dossier	005-2023		

MOTS-CLES

Qualité et sécurité des soins – Soins consciencieux

Durée des séances

Suractivité

Honoraires - Double facturation

Honoraires-abusifs

Indemnités de déplacement

Procédure préalable à l'introduction de l'instance

Délai de prescription des actes

ABSTRACT

À la suite d'une analyse de l'activité d'une masseur-kinésithérapeute ayant fait apparaître un volume d'actes nettement supérieur aux moyennes régionales, une caisse primaire d'assurance maladie a saisi la juridiction disciplinaire compétente. En première instance, la professionnelle avait été sanctionnée d'une interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant six mois, dont trois mois avec sursis. Elle a fait appel de cette décision, en contestant notamment la régularité du contrôle, la prescription des faits et les griefs qui lui étaient reprochés.

La juridiction d'appel écarte d'abord les contestations relatives à la procédure de contrôle. Elle rappelle que les éventuelles irrégularités commises lors du contrôle préalable par l'Assurance Maladie ne rendent pas, à elles seules, la procédure disciplinaire irrégulière. Elles peuvent toutefois être prises en compte si elles ont porté atteinte aux droits de la défense ou si elles remettent en cause la valeur des éléments produits devant la juridiction. En l'espèce, la professionnelle avait été informée du contrôle, avait pu présenter ses observations sur les anomalies relevées et avait signé le procès-verbal. Elle avait également pu développer pleinement sa défense devant les premiers juges. Aucun manquement de nature à affecter la procédure n'étant établi, ce moyen est écarté. La juridiction considère également que les faits poursuivis, correspondant à des facturations réalisées entre janvier 2019 et juin 2020, n'étaient pas prescrits, la caisse ayant saisi la juridiction dans le délai de trois ans prévu par le code de la sécurité sociale.

Sur le fond, la juridiction relève tout d'abord une activité particulièrement importante. En 2018, la professionnelle avait facturé plus de 57 000 actes AMS, contre environ 24 000 en moyenne dans la région, et avait perçu plus de 140 000 euros de remboursements, soit près du double de la moyenne régionale. En 2019, elle avait facturé près de 88 000 actes AMS, contre environ 25 000 en moyenne, et près de 10 000 actes AMK, également au-dessus de la moyenne. Les remboursements avaient atteint plus de 209 000 euros. La reconstitution de son agenda, réalisée à partir de la durée habituelle des séances de kinésithérapie et de l'amplitude horaire qu'elle avait elle-même déclarée, a fait apparaître 4 594 actes présentant une anomalie sur 372 journées, soit près de la moitié des journées facturées. Quarante-huit journées comportaient plus de 50 actes, avec un maximum de 65 actes sur une même journée.

La professionnelle soutenait notamment que son temps de travail pouvait atteindre dix-huit heures par jour et que l'augmentation de son activité s'expliquait en partie par la fermeture du cabinet d'un confrère. Elle invoquait également des difficultés administratives pour expliquer certains retards de facturation. La juridiction estime toutefois que ces circonstances ne permettent pas de remettre en cause les résultats du contrôle. Elle considère que le volume de patients pris en charge ne permettait pas à la professionnelle de respecter les exigences de la nomenclature générale des actes professionnels, qui impose, sauf exceptions, qu'un masseur-kinésithérapeute consacre environ trente minutes à chaque patient. La suractivité ainsi constatée constitue donc un manquement aux règles applicables aux soins remboursés par l'Assurance Maladie.

La juridiction retient également treize doubles facturations d'un même acte, réalisées à partir d'une même prescription, faits que la professionnelle avait reconnus. Elle relève enfin cinquante facturations injustifiées d'indemnités de déplacement concernant deux patients appartenant au même foyer et soignés au même domicile. La professionnelle avait indiqué ignorer que ces frais ne pouvaient pas être facturés séparément dans ces conditions. Cette méconnaissance des règles de facturation ne fait toutefois pas disparaître le manquement.

Au regard de la nature et du nombre des griefs retenus, la section des assurances sociales du Conseil national juge que les premiers juges n'ont pas fait une inexacte appréciation de leur gravité. Elle rejette la requête de la praticienne et 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. Elle ordonne également la publication de la décision par affichage dans les locaux administratifs ouverts au public de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône pendant une durée de deux mois.

Code de la sécurité sociale : Articles L. 114-10, L. 145-5-1, L. 145-5-2 et R. 145-22.

Nomenclature générale des actes professionnels : Titre XIV, dispositions introductives ; chapitre III, articles 1 et 2 ; dispositions générales, article 13.

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 09/03/2023

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 centrale 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 centrale d'Assurance maladie des Bouches-du-Rhône