

SAS n°009-2023

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 + versement à la CPAM de la somme de 19 137,56 euros
Date	03/06/2025	Durée	1 an dont 3 mois avec sursis
Type de jugement	Décision		
Numéro de dossier	009-2023		

MOTS-CLES

Absence de prescription médicale	Actes non réalisés	Abus de cotation
Défaut de transmission des feuilles de soins	Falsification d'ordonnance	
Facturation non conforme à la prescription	Non-respect de la prescription médicale	
Défaut de qualité des soins	Obtention d'avantages indus à l'assuré social	
Double facturation	Abus d'honoraires	

ABSTRACT

Masseur-kinésithérapeute mis en cause par l'échelon local du service médical des Côtes-d'Armor et la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Côtes-d'Armor pour absence de prescription médicale, facturation d'actes non réellement effectués, abus de cotation, défaut de transmission des feuilles de soins dans les délais prescrits, falsification d'ordonnance, facturation non conforme à la prescription, non-respect de la prescription médicale, défaut de qualité des soins, obtention d'avantages indus à l'assuré social, double facturation et abus d'honoraires. 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 d'un an dont trois mois assortis du sursis et l'avait condamné à reverser à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Côtes-d'Armor la somme de 19 137,56 euros.

Saisie de l'appel du praticien, la section des assurances sociales du Conseil national par une décision avant dire droit du 14 novembre 2024, annulé la décision de première instance et ordonné un supplément d'instruction afin que la caisse produise les pièces permettant d'établir la date des facturations et d'identifier précisément les actes litigieux.

Statuant à nouveau, elle relève que la plainte n'était recevable qu'en tant qu'elle concernait des actes facturés après le 14 mars 2019, date de la plainte de l'ELSM et de la CPAM, et écarte comme prescrites les facturations relatives à plusieurs dossiers. Elle retient ensuite l'absence de prescription médicale pour neuf dossiers. Elle écarte en revanche le grief tiré de l'absence de demande d'accord préalable. Elle relève également que le praticien a facturé des actes alors qu'il était absent de son cabinet, alors que son cabinet était fermé pour cause de confinement ou encore alors que des assurés sociaux résidents d'EHPAD étaient hospitalisés ou absents de l'établissement, et retient ainsi le grief de facturation d'actes non réellement effectués, à l'exception d'un dossier. Elle retient également des abus de cotation pour plusieurs dossiers, écarte ce grief pour certains patients bénéficiant d'une rééducation à la marche et pour un dossier relatif à une rééducation du rachis, puis relève que le praticien a débuté des soins très à distance de la prescription médicale, transmis des prescriptions anciennes alors qu'il disposait de prescriptions plus récentes ou utilisé différentes prescriptions en alternance, se soustrayant ainsi aux contrôles du service du contrôle médical.

Elle retient également des falsifications d'ordonnances, plusieurs dates de prescription ayant été modifiées ou surchargées, ainsi que des modifications de pathologies ou du nombre de séances prescrites. Elle relève que le praticien n'a pas respecté les règles relatives à l'ordonnancier bizone en facturant à 100 % des soins de kinésithérapie pour des affections ne relevant pas de l'affection de longue durée présentée par plusieurs patients, leur procurant ainsi un avantage injustifié. Elle retient en outre le non-respect des prescriptions médicales s'agissant du nombre de séances prescrites, de la durée de validité des prescriptions et de la facturation de majorations les dimanches et jours fériés, tout en écartant le grief tenant à la facturation de soins à domicile sans mention expresse sur l'ordonnance. Elle constate également la facturation de bilans-diagnostic kinésithérapiques identiques entre eux, révélant une absence d'évaluation sérieuse au fil du temps de l'état de santé des patients, ainsi que le non-respect du temps minimal de trente minutes par patient prévu par la nomenclature. Elle retient enfin l'obtention d'avantages indus à l'assuré social pour deux patients et une double facturation de frais de déplacement pour des soins dispensés à domicile à un couple, tout en écartant ce grief pour deux autres dossiers. La section des assurances sociales du Conseil national juge que ces faits constituent des fautes, abus ou fraudes.

Compte tenu notamment de la gravité des faits de facturation d'actes non effectués, de falsification d'ordonnance et de défaut de qualité des soins, et alors que le praticien, en sa qualité de membre de la commission paritaire départementale des masseurs-kinésithérapeutes et de la commission des pénalités, ne pouvait ignorer les obligations déontologiques qui lui étaient applicables, elle lui inflige la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un an dont trois mois assortis du sursis. Elle met également à sa charge le remboursement de la somme de 19 137,56 euros au titre des honoraires abusifs et ordonne la publication de la décision par affichage dans les locaux administratifs de la caisse primaire d'assurance maladie des Côtes-d'Armor pendant la période d'exécution de la sanction.

Code de la santé publique : Articles L. 4321-1, R. 4321-72, R. 4321-77, R. 4321-80 et R. 4321-98.

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

Nomenclature générale des actes professionnels : Article 5 des dispositions générales ; titre XIV, dispositions liminaires ; section 2 du chapitre I ; chapitre III, article 2.

DECISION DE PREMIERE INSTANCE

Instance Section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Pays de la Loire

Date 19/06/2023

Dispositif Interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux + versement à la CPAM de la somme de 19 137,56 euros

Durée 1 an dont 3 mois avec sursis

PARTIES A L'INSTANCE

EN PREMIERE INSTANCE

Qualité du/des plaignant(s) Echelon local du service médical des Côtes d'Armor
Caisse primaire d'Assurance maladie des Côtes d'Armor

Qualité du/des défendeur(s) Masseur-kinésithérapeute

EN APPEL

Qualité du/des requérant(s) Masseur-kinésithérapeute

Qualité du/des défendeur(s) Echelon local du service médical des Côtes d'Armor
Caisse primaire d'Assurance maladie des Côtes d'Armor