

**ECHELON LOCAL DU SERVICE MEDICAL DES COTES D'ARMOR
C. M. X.**

Audience du 18 décembre 2018

Affichage le 15 janvier 2019

**La section des assurances sociales
de la chambre disciplinaire de première instance**

**du Conseil régional de l'Ordre
des masseurs-kinésithérapeutes de Bretagne**

Vu la procédure suivante :

Par une saisine enregistrée le 14 mars 2018, le médecin conseil, chef de service de l'échelon local du service médical des Côtes d'Armor, demande que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Bretagne de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes inflige à M. X. l'une des sanctions prévues par l'article L.145-5-2 du code de la sécurité sociale, déclare les agissements du professionnel contraires à l'honneur et à la probité, et assortisse la sanction infligée de sa publication.

Il soutient que :

- l'intéressé a facturé à la sécurité sociale des actes d'ostéopathie non remboursables
- l'intéressé a facturé à la sécurité sociale des actes de kinésithérapie non réalisés ;
- l'intéressé s'est rendu complice de l'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute par son épouse ;
- l'intéressé n'a pas respecté le tarif conventionnel des actes qu'il a effectués ; il a pratiqué une cotation de ceux-ci en ne se conformant pas aux prescriptions de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- l'intéressé n'a pas demandé l'accord préalable de la caisse pour la réalisation d'actes référencés « HAS » ;
- l'intéressé a effectué de fausses déclarations à la sécurité sociale dans le but de se procurer un avantage indu, ainsi qu'à ses patients ;
 - il a été relevé par ailleurs un nombre excessif de cotations journalières, révélant un abus d'honoraires de la part du professionnel ;
 - l'intéressé reconnaît l'intégralité des faits qui lui sont reprochés, suite à l'enquête du service du contrôle médical réalisée pour la période du 1er novembre 2013 au 22 juin 2016 ;
- le préjudice total de la caisse est chiffré à 184 471 euros (actes indument présentés au remboursement, participation de la caisse à la prise en charge des cotisations sociales de l'intéressé) pour la période du 1er janvier 2013 au 30 juin 2016 ; elle a fait le choix d'en demander réparation auprès de la juridiction pénale, qui a été saisie d'une plainte le 31 mars 2017, laquelle est en cours d'instruction ;
- il a été déposé une plainte pénale à l'encontre du professionnel, laquelle est en cours d'instruction.

Par un mémoire en défense, enregistré le 6 juin 2018, M. X., représenté par Me Stichelbaut, doit être regardé comme concluant au rejet de la plainte.

Il soutient que :

- tout en reconnaissant les faits qui lui sont reprochés et en ne contestant pas les griefs formés à son encontre, il demande qu'il soit tenu compte d'un certain nombre de circonstances atténuantes pouvant justifier les erreurs commises ;
- il reconnaît avoir exercé son activité professionnelle parfois en contradiction avec les prescriptions déontologiques, mais en toute bonne foi ;
- il est profondément marqué par les procédures qui le visent, qu'elles soient professionnelles ou pénales, comme en attestent les certificats médicaux joints, tout en continuant à exercer ;
- il n'était pas informé qu'il devait, pour certains actes, effectuer une demande préalable auprès de la caisse ;
- pour ce qui est des cotations non conformes à la NGAP (près d'un tiers), c'est sans doute par erreur qui a pu les commettre ;
- s'agissant de la facturation d'actes non réalisés : il passait nettement plus d'une demi-heure par patient ; en pratiquant une facturation en « doublon », il n'avait pas le sentiment de « surfacturer », dès lors qu'il passait un temps important auprès de ses patients ; les factures du samedi ont sensiblement diminuées à partir de mars-avril 2015, au début de l'enquête menée par les services de la caisse, pour disparaître en mai 2015;
- pour ce qui est de la complicité d'exercice illégal d'une profession réglementée, et de la facturation d'actes (9 patients) qu'il n'a pas personnellement réalisés, ces derniers ont été effectivement effectués par son épouse, naturopathe, qui pouvait réaliser des drainages lymphatiques mécanisés ; cette prise en charge était accomplie sous sa supervision ; il est conscient de cette procédure anormale : son épouse a désormais cessé cette activité ;
- il a été « dépassé » par une clientèle abondante ; les patients lui étaient adressés pour ostéopathie, ce qui est reconnu; ces patients étaient satisfaits de ses soins; il demandait deux chèques distincts au patient par séance ; il pratiquait des actes d'ostéopathie complémentaires à ceux de kinésithérapie, et inversement; les témoignages recueillis lors de l'enquête sont très anciens; les conditions dans lesquelles les intéressés ont été interrogés ne sont pas contradictoires ; il est permis de s'interroger sur la façon dont les questions ont alors été posées.

Par décision du 5 avril 2018, la présidente de la section des assurance sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Bretagne a désigné M. Nicolas TREHIN comme rapporteur.

Les parties ont été informées que le jugement était susceptible d'être fondé sur un moyen relevé d'office, tiré de ce que la section des assurances sociales, conformément aux dispositions de l'article R.145-22 du code de la sécurité sociale, devait être saisie dans le délai de trois ans à compter des faits retenus.

Par mémoire enregistré le 27 novembre 2018, le médecin conseil, chef de service de l'échelon local du service médical, en réponse au moyen relevé d'office, indique maintenir la plainte concernant les dossiers n°s 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 17, 20, 31, 32, 33, 39, 47, 49, 51 et 54, 22 autres dossiers avec une réduction des actes à retenir, et 8 autres dossiers ayant fait l'objet d'une mise à jour; la juridiction reste ainsi saisie de 48 dossiers non prescrits, dès lors qu'il ne maintient pas les dossiers n°s 1, 11, 12, 15, 25, 26, 29, 36, 48, 53 et 55; toutefois ces derniers illustrent bien le caractère répétitif et intentionnel des manquements reprochés au professionnel.

M. X. a été auditionné le 27 juin 2018 par le rapporteur.

M. X. a été informé par courrier recommandé avec AR en date du 03 octobre 2018, de la tenue de l'audience du 18 décembre 2018 à laquelle il a été invité à se présenter, accompagné du conseil de son choix, ou se faire représenter.

Lors de l'audience Mme A. médecin conseil près de l'Echelon local du Service Médical des Côtes d'Armor, et Mme B. conseiller juridique près de la Direction Régionale du Service Médical de Bretagne, ont été entendues ;

M. X. n'était ni présent ni représenté ;

Vu:

- les autres pièces du dossier.

Vu :

- le code de la sécurité sociale ;
- le code de la santé publique ;
- l'arrêté du 27 mars 1972 modifié fixant la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;
- l'arrêté du 10 mai 2007 approuvant la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, et l'avis relatif à l'avenant n°5 de cette même convention ;
- le code de justice administrative.

Sur la faute :

1. Aux termes de l'article L 145-5-1 du code de la sécurité sociale : *<< Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des masseurs-kinésithérapeutes ou à une section de la chambre disciplinaire de première instance des infirmiers dites "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de Première instance (...) >>. Selon l'article R.145-22 du même code : « Les sections des Assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes (...) sont saisies par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au secrétariat de la section intéressée dans le délai de trois ans à compter de la date des faits (...) ».*

En ce qui concerne la période à prendre en cause :

2. Si la plainte du médecin conseil, chef de service de l'échelon local du service médical des Côtes d'Armor, porte sur des faits commis par le professionnel entre le 1er novembre 2013 et le 22 juin 2016, toutefois, par application des dispositions précitées de l'article R.145-22 du code de la sécurité sociale, seuls doivent être pris en compte au titre de la plainte les faits retenus à compter du 14 mars 2015.

En ce qui concerne la réalisation d'actes sans demande d'accord préalable obligatoire :

3. Il ressort des pièces du dossier, comme des informations délivrées à la barre par les représentantes de l'échelon local du service médical des Côtes d'Armor, s'agissant d'actes de rééducation soumis à référentiel, pour des situations nécessitant à titre exceptionnel la prolongation de la durée des soins, que sur 66 dossiers de patients examinés, pour 20 aucune demande d'accord préalable n'a été entreprise par le professionnel. Compte tenu de ce qui est indiqué au point 2, ce sont 17 cas de patients qui sont à retenir.

M. X., qui exerce au moins depuis 1993, ne pouvait ignorer l'obligation qui s'imposait à lui résultant du titre XIV chapitre V de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

En ce qui concerne la cotation d'actes non conforme aux prescriptions de la NGAP :

4. Il ressort des pièces du dossier, que pour la période en cause à retenir, sur les 23 cas initialement retenus par l'échelon local comme ne respectant pas les prescriptions de la NGAP, 18 ne sont pas prescrits. Il est alors constant que M. X. a coté en AMS 9,5 des actes qui devaient l'être en AMS 7,5. Le service de contrôle a d'ailleurs noté que, dans l'évolution de la répartition de la cotation pratiquée par le professionnel, sur 2015 les AMS 9,5 progressent sensiblement par rapport aux AMS 7,5, et ce sans raison claire, et que, sur 2016, ce mouvement s'accroît de façon atypique par rapport aux chiffres régionaux. Comme le soutient le plaignant, cette pratique doit être regardée comme méconnaissant en outre les dispositions de l'article R.4321-77 du code de la santé publique qui interdisent toute fraude et abus de cotation.

En ce qui concerne la méconnaissance du tarif conventionnel :

5. M. X. est kinésithérapeute conventionné. Si effectivement il pouvait alors dépasser les tarifs prévus les dispositions de la convention nationale susvisée, c'est à titre exceptionnel, et avec tact et mesure, pour ce qui est des actes répertoriés dans la nomenclature. Pour ce qui est des actes « hors nomenclature », au nombre desquels figurent ceux d'ostéopathie, si effectivement l'intéressé pouvait les facturer 45 euros, comme affiché dans son cabinet, cette somme ne pouvait cependant en tout ou partie être prise en charge par la sécurité sociale, comme cependant la pratique de l'intéressé y contribuait.

En ce qui concerne la facturation à l'assurance maladie d'actes non réalisés :

6. Il est constant que pour la période à prendre en compte, compte tenu de ce qui est indiqué au point 2, ce sont encore 24 cas de patients pour lesquels le professionnel a facturé deux fois les mêmes actes. Il ressort par ailleurs des pièces du dossier que, dès que le service de l'échelon local du service médical des Côtes d'Armor a commencé son enquête sur son activité, courant 2015, M. X., là aussi, a modifié sa pratique, avec alors une baisse sensible des actes indiqués comme réalisés notamment le samedi.

En ce qui concerne la complicité dans l'exercice illégal d'une profession réglementée :

7. Il a été constaté, lors de l'enquête menée par l'échelon local, que des actes, non réalisés par M. X., mais par son épouse, naturopathe, concernant des drainages lymphatiques, étaient facturés à l'assurance maladie. Il en allait ainsi initialement pour 9 assurés. Si ce nombre de patients concernés, compte tenu là aussi de la période en litige à retenir, doit être ramené à 3, la pratique de M. X. ne se conforme toutefois pas aux obligations déontologiques qui lui incombent, résultant notamment des articles R.4321-70 et R.4321-71 du code de la santé publique, de l'article Sc des dispositions générales de la NGAP ou qui résultent de celles de l'article 3.3.6 de la convention nationale susvisée, et ce même si le professionnel a pu indiquer qu'il avait depuis cessé de pratiquer le drainage lymphatique, et que son épouse exerçait désormais son activité en tant qu'auto-entrepreneur.

En ce qui concerne la facturation à l'assurance maladie d'actes de soins non remboursables (Actes d'ostéopathie) :

8. Il est constant que M. X., sur la période concernée, pratiquait essentiellement et presque uniquement des actes de soins d'ostéopathie, alors que ce type de soins n'est pas remboursable par la sécurité sociale. Ce qu'il continue de pratiquer. Si l'intéressé a écrit, lors de l'enquête précitée, qu'il réalisait, par patient, une séance pour son problème conventionnel suivie d'une autre facturée séparément en ostéopathie, c'est en fait une séance d'ostéopathie de plus d'une demi-heure, de l'ordre de 45 minutes qu'il facturait séparément, d'une part, à l'assurance maladie, d'autre part, aux différentes mutuelles des patients. Dans ces conditions, M. X. doit être regardé comme ayant usé de sa qualité de masseur-kinésithérapeute pour demander le remboursement d'actes d'ostéopathie, théoriquement non pris en charge par l'assurance maladie, et pour procurer un avantage matériel injustifié aux patients concernés, en méconnaissance de l'article R.4321-72 du code de la santé publique, comme le relève d'ailleurs le plaignant.

9. Il résulte de ce qui précède que M. X. a commis des fautes et abus au sens des dispositions précitées de l'article L.145-5-1 du code de la sécurité sociale.

Sur la sanction :

10. Aux termes de l'article L.145-5-2 du code de la sécurité sociale: << Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (...) sont: 1° L'avertissement: 2° Le blâme, avec ou sans publication: 3° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux : 4° Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues aux 1° à 3°./La section des assurances sociales peut assortir les sanctions prévues au présent article de leur publication selon les modalités qu'elle fixe (...)/ Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les organismes de sécurité sociale ».

11. Alors même que les fautes et abus commis par le professionnel, tels que relevés plus haut, à prendre en considération, doivent être limités à ceux postérieurs au 14 mars 2015, le comportement dans son ensemble de l'intéressé révèle cependant un manquement très grave de sa part tant à ses obligations déontologiques qu'à celles résultant du code de la sécurité sociale, sans qu'il puisse utilement invoquer sa bonne foi pour justifier sa pratique. Dès lors, il sera fait une juste appréciation des circonstances très particulières de l'espèce, en lui infligeant une interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de trois ans. La publication du présent jugement sera assurée par voie d'affichage dans les locaux de la caisse primaire d'assurance maladie des Côtes d'Armor ainsi que dans deux quotidiens régionaux à compter de sa notification, et ce aux soins de cet organisme.

DÉCIDE :

Article 1 : Il est infligé la sanction d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de trois ans à M. X.

Article 2 : Le présent jugement sera publié selon les modalités prévues au point 11 du présent jugement.

Article 3 : Le présent jugement sera notifié à l'Echelon Local du Service Médical des Côtes d'Armor, à M. X., au Conseil départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Côtes d'Armor, au Conseil régional de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Bretagne, au directeur général de l'agence régionale de santé de Bretagne, au Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au ministre des solidarités et de la santé et au ministre de l'agriculture et de l'alimentation.

Une copie de la présente décision sera adressée à Me STICHELBAUT.

Article 4 : Appel de ce jugement peut être formé devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 120-122 rue de Réaumur, 75002 PARIS, dans le délai **de deux mois** à compter de la notification de la présente décision.

Délibéré après la séance publique du 18 décembre 2018, à laquelle siégeaient :

- ▶ M. Alain SUDRON, vice-président au tribunal administratif de Rennes, président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du Conseil régional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de Bretagne,
- ▶ M. TREHIN, rapporteur,
- ▶ M. TESSIER, assesseur à la Section des assurances sociales de la CDPI Bretagne du Conseil régional de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes,
- ▶ Mme SARRAF et M. FUZEAU assesseurs représentant les organismes d'assurance maladie.

Décision rendue publique par affichage le 15 janvier 2019

Le Vice-Président
au Tribunal administratif de Rennes
Président de la section des assurances sociales
de la chambre disciplinaire de première instance
du Conseil régional de l'Ordre
des masseurs-kinésithérapeutes de Bretagne

La secrétaire de la section des assurances sociales de la
chambre disciplinaire de première instance
du Conseil régional de l'Ordre
des masseurs-kinésithérapeutes de Bretagne

A. SUDRON

R. GERARD