

**CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIERE INSTANCE DE L'ORDRE DES MASSEURS-  
KINESITHEAPEUTES DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE**

**9 rue du Parvis Saint Maurice-49100 ANGERS**

**Téléphone : 02-41-87-19-22**

*Greffe ouvert les lundi matins de 9h à 12h30*

*Et les mercredi après-midi de 14h à 18h30*

---

**Affaire n° 05.10.2011**

---

**Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de la Sarthe  
c/ M. R**

---

**Rapporteur : Jacqueline JOUBERT**

---

**Audience du 9 mai 2012**

**Décision rendue publique par affichage le 8 juin 2012**

**LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIERE INSTANCE DE L'ORDRE DES MASSEURS-  
KINESITHEAPEUTE DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE,**

Vu, enregistré au greffe de la chambre disciplinaire le 12 octobre 2011, la plainte présentée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de la Sarthe, dont le siège est Résidence du Maine, 13 avenue du Général de Gaulle, Le Mans (72000), à l'encontre de Monsieur R, masseur-kinésithérapeute;

Il soutient que Monsieur R a pratiqué des cotations abusives d'actes ; qu'il a refusé d'appliquer le tiers-payant à une patiente ; qu'il a demandé le versement de provisions pour les soins ne correspondant à aucune facturation d'actes ; qu'il a abusivement utilisé du tiers-payant en encaissant des remboursements de soins alors que la patiente avait déjà réglé ces mêmes soins ; qu'il a donné des indications inexactes sur les honoraires perçus ; qu'il n'a pas informé la patiente des dépassements d'honoraires et a pratiqué une rétention d'honoraires ; qu'il a abusé de ses pouvoirs sur une personne fragile ; que ce comportement déloyal vis-à-vis de la patiente et des organismes sociaux caractérisent un manque de probité ; que Monsieur R a ainsi violé les obligations déontologiques énoncées aux articles R 4321-54, R 4321-77, R 4321-79, R 4321-95 et R 4321-98 du code de la santé publique ;

Vu le mémoire en défense, enregistré le 3 février 2012, présenté pour Monsieur R Jean-Noël, masseur-kinésithérapeute, par Me S avocat au barreau d'ANGERS ;

Il soutient que, s'agissant des cotations de soins donnés, il a procédé à une facturation des soins dispensés à Madame P, sa patiente, selon la cotation AMS 7,5 et non selon la cotation AMK 7 en principe applicable mais que cette cotation est justifiée par une ordonnance médicale produite aux débats ; que s'agissant du tiers payant, les paiements par chèque ont été effectués à l'initiative de Madame P laquelle régler directement les séances pour se faire

ensuite rembourser par la CPAM ; que cette patiente a ainsi émis 4 chèques d'un montant total de 863 €, que cette somme correspond à l'exécution de 40 séances cotées AMS 7,5 à domicile ce qui représente 612 € de soins et 251 € de frais de déplacements qui doivent rester à la charge de la patiente, qu'un versement de 612 € a été effectué par la CPAM à Monsieur R en remboursement des soins de Madame P ; qu'en mai 2011, il a effectué un premier remboursement de 443,70 € puis un second de 419,30 € en juin 2011 et que Madame P a été ainsi remboursée de l'intégralité ; que l'erreur de remboursement faite par la CPAM ne saurait être reprochée alors qu'il a procédé au remboursement des sommes litigieuses ; que ce délai de remboursement s'explique par le temps de recherche qui lui a été nécessaire ; que s'agissant des contacts avec sa patiente, il n'a pas exercé de pressions sur sa patiente ; qu'enfin il n'a pas souhaité porter atteinte à l'image de la profession ;

Vu le mémoire en réplique, enregistré le 2 mars 2012, présenté pour le Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de la Sarthe, qui conclut aux mêmes fins que sa plainte ;

il soutient, en outre, que Monsieur R avait parfaitement connaissance, dès décembre 2010, des erreurs concernant les règlements d'honoraires ; que ce n'est qu'en mai 2011 et à la suite de l'intervention conjointe du Conseil Général et de la CPAM qu'il a consenti à rembourser une partie de la somme due à sa patiente ; qu'il n'est pas sérieusement démontré que la patiente aurait refusé la dispense d'avance des frais ; qu'aucune erreur de remboursement ne peut être imputée à la CPAM qui n'a fait que rembourser à Monsieur R les sommes qu'il a lui-même facturé selon le protocole qu'il a défini ; qu'enfin l'encaissement du premier chèque a eu lieu le 8 septembre 2010 sans facturation officielle et que ce n'est qu'en mai 2011 que Monsieur R a remboursé sa patiente, dont les revenus sont modestes, en partie et le solde en juillet ;

Vu le mémoire en défense, enregistré le 30 mars 2012, présenté pour Monsieur R, par Me S avocat au barreau d'ANGERS ; M. R conclut aux mêmes fins que son précédent mémoire ; il soutient, en outre, que la première ordonnance transmise par la patiente prescrivait des soins à domicile de drainage lymphatique, soit une cotation AMS 7 mais que la patiente a demandé des soins supplémentaires pour son rachis cervical et son épaule douloureuse ; qu'il a sollicité l'avis du médecin prescripteur et obtenu une ordonnance rectificative, en cotation AMS 7,5 ; que s'agissant du tiers payant, Madame P refusait de lui communiquer sa carte vitale et insistait pour régler les séances par chèque ; que s'il a commis des erreurs en ce qui concerne la facturation des soins de sa patiente, il n'a pas pratiqué de dépassement d'honoraires, et a procédé au remboursement de la somme de 443,70 € dès que sa patiente l'a sollicité et qu'il s'est aperçu qu'il avait oublié de facturer les déplacements ; qu'il conteste l'ensemble des faits relatés dans l'attestation de Mme P, qui n'est ni écrite ni datée de la main de son auteur, qu'elle n'est pas accompagnée de la pièce d'identité de l'attestant, et a été établie par un membre du conseil de l'ordre ; qu'on ne peut remettre en cause sa probité ;

**Vu les autres pièces du dossier ;**

**Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.4321-17 et L 4321-19 ;**

**Vu le code de justice administrative ;**

**Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience ;**

**Après avoir entendu au cours de l'audience publique du 9 mai 2012 :**

- Le rapport de Mme Jacqueline JOUBERT,
- Les observations de Madame G, membre du CDO MK 72, pour le CDO 72, et celle-ci en ses explications ;
- Les observations de Me G, pour M. R, et celui-ci en ses explications ;
- Après en avoir délibéré :

Sur la plainte du conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la Sarthe :

Considérant qu'il résulte de l'instruction que Mme P, a reçu, sur ordonnance médicale, au cours du second semestre de l'année 2010, les soins de M. R, masseur-kinésithérapeute, exerçant à Changé ; que le conseil départemental de l'ordre des MK de la Sarthe porte plainte à l'encontre de M. R en raison des fautes commises, selon lui, par ce praticien à l'occasion des soins dispensés à Mme P ;

Considérant, d'une part, qu'aux termes de l'article R 4321-77 du code de la santé publique : Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des actes effectués ou des honoraires perçus, ou les deux simultanément, sont interdits » ; qu'aux termes de l'article R 4321-95 dudit code : « Le masseur-kinésithérapeute, sans céder à aucune demande abusive, facilite l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, avec le consentement du patient, à communiquer au praticien-conseil de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou relevant d'un organisme public ou privé décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements strictement indispensables.» ; qu'aux termes de l'article R 4321-98 du même code : « Les honoraires du masseur-kinésithérapeute sont déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. L'avis ou le conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne donnent lieu à aucun honoraire. Le masseur-kinésithérapeute répond à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues. Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux patients. Le forfait pour un traitement, sauf dispositions réglementaires particulières, et la demande d'une provision dans le cadre des soins thérapeutiques sont interdits en toute circonstance » ;

Considérant, d'autre part, qu'aux termes de l'article R 4321-79 du code de la santé publique : « Le masseur-kinésithérapeute s'abstient, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.» ; qu'aux termes de l'article R 4321-54 du code de la santé publique : « Le masseur-kinésithérapeute respecte, en toutes circonstances, les principes de moralité, de probité et de responsabilité indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie » ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que Mme P s'est vu prescrire par son médecin traitant, le 21 juillet 2010, des séances de drainage lymphatique du bras droit 4 à 6 fois par mois pendant six mois, par un masseur-kinésithérapeute ; que selon les dispositions de l'article XIV chapitre II, article 7 de la nomenclature générale des actes professionnels, rappelées par la CPAM à M. R, de tels actes sont cotés AMK7 ; que le conseil de l'ordre soutient que M. R a facturé ses soins selon la cotation AMS7,5 ; que, toutefois, M. R justifie cette cotation par la production d'une ordonnance, signée par un médecin du centre hospitalier du Mans, prescrivant des séances de drainage lymphatique du bras droit ainsi

que de rééducation du bras droit, justifiant la cotation utilisée ; qu'ainsi il ne résulte pas de l'instruction que M. R aurait méconnu l'article R 4321-77 du code de la santé publique ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que Mme P a réglé à M. R une somme totale de 863 euros, en quatre chèques de 166 euros, 205 euros, 410 euros et 82 euros, débités entre le 8 septembre et le 15 novembre 2010, pour des actes effectués entre juillet et octobre 2010 ; que les pièces produites par le conseil de l'ordre ne permettent pas d'établir que M. R aurait obtenu le versement de provisions pour ses soins, alors que les actes ont été effectués entre juillet et octobre 2010 et que Mme P a réglé M. R par des chèques débités entre le 8 septembre et le 15 novembre 2010 ; qu'il est établi en revanche que M. R a demandé à sa patiente de le régler directement alors qu'il n'est pas contesté qu'elle pouvait prétendre à bénéficier du tiers payant ; qu'il n'est nullement établi que cette patiente aurait demandé à régler directement les soins, alors qu'elle était traitée pour une affection de longue durée et avait des difficultés à écrire ; que M. R a affirmé à sa patiente que celle-ci n'avait aucun droit à remboursement de ses frais de déplacement, alors que l'ordonnance du 21 juillet 2010 précitée fait état de soins dispensés à domicile ; qu'il est, en outre, avéré que M. R a indûment encaissé le remboursement des soins par la CPAM de la Sarthe, alors que la patiente avait déjà réglé ces soins, comme le montre le relevé de prestations de la CPAM faisant apparaître le versement au profit de M. R des sommes de 168,30 et de 443,70 euros ; que ce n'est qu'en mai 2011, après intervention de l'assistante sociale du conseil général et de la CPAM, que M. R a remboursé à la patiente une somme de 443,70 euros, avant de régler le solde, soit 419,30 euros ; que si M. R invoque une erreur de sa part lors de la facturation, par oubli de comptabilisation des frais de déplacement, il reste que M. R a bien encaissé entre le 8 septembre et le 15 novembre 2010 une somme totale de 863 euros de sa patiente et que ce n'est qu'en mai et en juin 2011 qu'il lui a reversé le remboursement qu'il avait encaissé de la CPAM dès octobre 2010 ; que ce comportement constitue une méconnaissance, au moins par négligence, des dispositions des articles R 4321-95 et R 4321-98 du code de la santé publique ainsi qu'un manquement au devoir de probité énoncé à l'article R 4321-54 du code de la santé publique ;

Considérant, enfin, qu'en commettant les actes ci-dessus relatés et en tentant en outre, sans succès, d'obtenir de la patiente, âgée et souffrant d'une maladie de longue durée, une « reconnaissance de malentendu », M. R a adopté un comportement contraire à la probité et de nature à déconsidérer la profession de masseur-kinésithérapeute ;

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, compte tenu de ces faits et des manquements antérieurs à la discipline de M. R, qui a déjà été sanctionné par décision du 14 février 2011 de la chambre disciplinaire, d'infliger à M. R la sanction d'interdiction temporaire d'exercer d'une durée d'un mois, cette sanction prenant effet du 15 septembre au 14 octobre 2012 inclus ;

#### Sur les dépens :

Considérant qu'aux termes de l'article L 4126-3 du code de la santé publique : « Les dépens sont mis à la charge de toute partie perdante sauf si les circonstances de l'affaire justifient qu'ils soient partagés entre les parties. » ; que, dans les circonstances de l'espèce, il y a lieu de mettre les dépens à la charge de M. R ;

#### **Décide :**

Art 1<sup>er</sup> : La sanction de l'interdiction temporaire d'exercer, d'une durée d'un mois, est prononcée à l'encontre de M. R. Cette sanction prend effet du 15 septembre au 14 octobre 2012 inclus.

Art 2 : Les dépens de la présente instance, d'un montant de 70,72 € sont mis à la charge de M. R.

Art 3 : la présente décision sera notifiée :

- A M. R et à conseil Maître S;
- au Conseil départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de la Sarthe ;
- à la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire (ARS);
- au Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance du MANS ;
- au Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes ;
- au Ministre chargé de la Santé.

Délibéré en présence de Mme Véronique Gohier, Greffière, après l'audience du 9 mai 2012 à laquelle siégeaient :

- Mr Sébastien DEGOMMIER, Premier Conseiller à la Cour administrative d'appel de NANTES, Président ;
- Mme Michelle GOISNEAU, membre titulaire ;
- Mr Marc LEVEQUE, membre titulaire;
- Mme Jacqueline JOUBERT, membre titulaire, rapporteur ;
- Mme Isabelle GICQUEL, membre suppléant;
- Mr Laurent DELVIGNE, membre suppléant ;
- Dr Brigitte SIMON, Médecin Inspecteur de Santé Publique, membre avec voie consultative.

Le président,

Sébastien DEGOMMIER

La greffière,

Véronique GOHIER