

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE
PREMIERE INSTANCE DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTE DE LA
REGION PAYS DE LA LOIRE**

9 rue du Parvis Saint Maurice-49100 ANGERS

Téléphone : 02-41-87-19-22

Mail : cromk.pl@orange.fr ou greffe.pl@ordremk.fr

*Greffe ouvert le lundi matin de 8h30 à 12h,
le mercredi après-midi de 14h à 18h30 et le vendredi de 9h à 15h*

Affaire n° 12.02.0340

**Service du contrôle médical
c/ M. L**

Rapporteur : M. Jean-Marie LOUCHET

Audience du 7 juillet 2014

Décision rendue publique le 25 août 2014

**LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIERE
INSTANCE DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTE DE LA REGION PAYS DE LA
LOIRE,**

Vu, enregistrée au greffe de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins le 9 août 2012 et transmise au greffe de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes le, la plainte présentée par le médecin-conseil chef de service du service du contrôle médical, tendant à ce que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Pays de la Loire inflige à M. L, masseur-kinésithérapeute, l'une des sanctions prévues à l'article L 145-5-2 du code de la sécurité sociale ;

Il soutient que M. L n'a pas respecté la durée des séances de rééducation, qui est, selon les prescriptions de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), de l'ordre de trente minutes et a reçu plus de trois patients en même temps, ne consacrant ainsi pas un temps suffisant à ses patients ; que M. L a facturé des actes non réalisés, notamment des bilans diagnostics kinésithérapiques et des séances de rééducation ; qu'il a facturé des actes non conformes à la NGAP ; qu'il a facturé indûment des indemnités de déplacement en établissement hébergeant des personnes âgées et des indemnités spécifiques de déplacement ; qu'il a poursuivi la rééducation chez un patient hospitalisé en service de rééducation, malgré la demande d'interruption émanant du médecin ; qu'il n'a pas accompli les formalités de demande d'accord préalable ;

Vu le mémoire en défense, enregistré le 25 septembre 2012, présenté pour Monsieur L, masseur-kinésithérapeute, par Me V, avocat au barreau de Nantes ; M. L conclut au rejet de la plainte ;

Il soutient que le médecin-conseil chef de service n'avait pas compétence pour signer la plainte, dans la mesure où il était en poste à Nantes depuis le 1^{er} janvier 2011 ; qu'ainsi la plainte est irrecevable ; qu'il n'a pas été informé préalablement de l'audition par le service du contrôle médical de certains de ses patients ; que la plainte repose sur des données collectées via le système d'information de l'assurance maladie (SIAM) alors qu'il n'est pas établi que la phase de concertation imposée par la CNIL ait eu lieu pour la CPAM; que la NGAP permet au praticien d'effectuer trois séances simultanément d'une durée respective de l'ordre de trente minutes ; que la plainte repose sur le seul témoignage de 6 patients sur 83 dossiers étudiés ; que son cabinet ne comporte que quatre pièces et ne peut accueillir cinq patients en même temps ; que le premier grief n'est pas fondé ; que le grief relatif à la non-réalisation de bilans a pour origine le défaut de production documentaire de bilans et le caractère incomplet de certains bilans transmis ; que la double facturation de séances de rééducation et de déplacements résulte d'une erreur d'usage du logiciel, qui n'est pas systématique ; que s'il a méconnu la cotation des bilans diagnostic au-delà de vingt séances, cela est dû au comportement de certains patients et ne peut fonder le grief de facturation d'actes non conformes à la NGAP ; que la requalification en actes cotés AMK ou AMC6 n'apparaît pas justifiée ; que s'agissant de la poursuite de la rééducation chez un patient hospitalisé, le patient était à son domicile et il n'a reçu aucune instruction de la part du médecin du centre hospitalier de Cholet ; que le défaut d'accomplissement de la formalité de l'accord préalable ne concerne que trois dossiers et relève d'un manque de rigueur administrative et non d'une fraude ;

Vu le mémoire en réplique, enregistré le 29 novembre 2012, présenté par le médecin-conseil chef de service du service du contrôle médical, qui conclut aux mêmes fins que la plainte, par les mêmes moyens ; il soutient en outre que M. L a été informé, par lettre du 16 mars 2011, de la mise en œuvre d'une analyse de son activité professionnelle, et en particulier de la possibilité pour le service du contrôle d'entendre et d'examiner certains de ses patients ; que le docteur C, signataire de la plainte, est chef de service à l'échelon local du contrôle médical depuis le 1^{er} juillet 2011 et n'a jamais été nommé à Nantes ; que la CNIL a donné son autorisation à l'utilisation par le contrôle médical des données issues du système d'information de l'assurance maladie ;

Vu le nouveau mémoire en défense, enregistré le 19 février 2013, présenté pour Monsieur L, par Me V ; M. L conclut aux mêmes fins que son précédent mémoire, par les mêmes moyens ; il soutient en outre que le docteur C lui a adressé le 16 août 2011 la liste des griefs reprochés avant d'être inscrite au tableau de l'ordre des médecins; qu'il exerce son activité dans un secteur sous-doté, ce qui explique qu'il a dû faire face à un afflux de patients, qu'il a soigné avec diligence compte tenu du contexte ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L 145-5-1 à L 145-5-5, R 145-1 et suivants ;

Vu la nomenclature générale des actes professionnels, dans sa version d'octobre 2009 ;

Vu la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes conclue le 3 avril 2007, approuvée par arrêté du 10 mai 2007 ;

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 7 juillet 2014 :

- Le rapport de M. Louchet,
- Les observations de Mme S pour le Service du contrôle médical,
- Les observations de Me V pour M. L,
- Après en avoir délibéré :

Sur la recevabilité de la plainte :

Considérant qu'aux termes de l'article R 145-15 du code de la sécurité sociale : « Les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance des ordres intéressés (...) peuvent être saisies soit par les organismes d'assurance maladie, les caisses de mutualité sociale agricole ou les autres organismes assureurs (...). Ces sections peuvent (...) être également saisies : 1° En ce qui concerne le régime général, par le médecin-conseil national, les médecins-conseils régionaux et les médecins-conseils chefs des services du contrôle médical » ; que la présente plainte a été présentée par madame le docteur C, médecin-conseil chef de service du service du contrôle médical, qui avait en cette qualité compétence pour saisir la section des assurances sociales ; qu'il résulte de l'instruction que Mme le docteur C exerce les fonctions de médecin-conseil chef de service de l'échelon local du contrôle médical depuis le 1^{er} juillet 2011, en vertu d'une décision n° 11-081 du médecin-conseil régional figurant au dossier ; qu'ainsi M. L ne peut valablement soutenir que la plainte a été présentée par une autorité incompétente ;

Sur la régularité de la procédure suivie par le service du contrôle médical de Maine-et-Loire :

Considérant, d'une part, que M. L a été informé par le service du contrôle médical, par lettre du 16 mars 2011, de l'intention dudit service de procéder à une analyse de son activité professionnelle sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010 ; que cette lettre lui indiquait notamment : « nous pourrions entendre et examiner certains de vos patients et consulter leurs dossiers médicaux » ; qu'ainsi, M. L, contrairement à ce qu'il soutient, a été informé préalablement, et avec un degré suffisant de précision, de l'audition par le service du contrôle médical de certains de ses patients ;

Considérant, d'autre part, qu'aux termes de l'article R 315-1-1 du code de la sécurité sociale : « Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé (...), il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité » ; qu'il n'est pas sérieusement contesté que le service du contrôle médical est habilité à utiliser les données issues du système d'information de l'assurance maladie ; qu'ainsi M. L ne peut utilement invoquer l'absence, au demeurant non établie, de la phase de concertation préalable à la mise en place du « système d'information de l'assurance maladie » ;

Considérant, enfin, qu'il résulte de ce qui a été dit à propos de la recevabilité de la plainte que Mme le docteur C était compétente pour signer le courrier du 16 août 2011 notifiant à M. L la liste des griefs reprochés ;

Sur le bien-fondé de la plainte :

Considérant en premier lieu, que selon des dispositions liminaires du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels, la durée des séances de rééducation et de rééducation fonctionnelle est de « l'ordre de trente minutes », le masseur-kinésithérapeute devant se consacrer exclusivement à son patient ; que l'analyse de l'activité de M. L, effectuée notamment à partir de ses agendas, fait ressortir que, sur 319 jours travaillés dans l'année 2010, les journées de travail de M. L ont atteint, durant 199 jours, une durée supérieure ou égale à 15 heures (62% des jours travaillés), et ont même atteint une durée supérieure ou égale à 20 heures durant 72 jours (22% des jours travaillés), d'où une suractivité ne permettant pas à M. L de donner constamment des soins consciencieux à ses patients ; qu'en outre le service du contrôle médical a produit le témoignage de cinq patients (dossiers n° 11, 19, 25, 41 et 67), dont il ressort que la durée des séances de rééducation était très inférieure à trente minutes et ne permettait pas d'assurer le respect du protocole thérapeutique mentionné dans le bilan diagnostic kinésithérapique, lorsque celui-ci a été établi ; que M. L ne conteste pas sérieusement les constats relevés dans les cinq dossiers précités et n'a pas manifesté d'opposition sur ceux-ci lors de la procédure de contrôle ; que, dès lors, même si la durée prévue de trente minutes n'est qu'un ordre de grandeur, la durée réelle des soins dispensés à ces patients par M. L s'est révélée substantiellement inférieure à celle figurant à la nomenclature ; qu'ainsi, il est établi par les faits précités qu'en ne consacrant à un nombre significatif de patients qu'un temps insuffisant, M. L n'a pas dispensé des soins dans les conditions permettant d'en assurer la qualité ;

Considérant, en deuxième lieu, qu'il est établi que, pour les dossiers n° 14, 57, 72, M. L n'a pas produit la fiche du bilan diagnostic kinésithérapique qu'il a pourtant facturé et que, pour les dossiers n° 13, 24 et 26, les bilans facturés ne contiennent que des renseignements administratifs et ne comportent aucune information sur les déficiences, le diagnostic et le protocole thérapeutique ; qu'ainsi le contrôle médical est fondé à considérer que M. L a facturé des actes non réalisés ; que, par ailleurs, s'agissant des dossiers n° 1, 4, 28, 45, 66, 70 et 71, M. L a facturé deux séances de rééducation, et, pour certains d'entre eux, deux déplacements, alors qu'une seule séance a été réalisée ; que M. L admet la réalité de ce grief qu'il impute à une erreur d'usage du logiciel ; qu'ainsi la réalité du grief est établie ;

Considérant en troisième lieu, que le paragraphe 3 du chapitre I section 2 de la NGAP décrit précisément les modalités de rémunération du bilan diagnostic kinésithérapique, disposant que la cotation ne peut être appliquée que pour un nombre de séances égal ou supérieur à dix, cette cotation variant selon le nombre de séances ; qu'il résulte de l'instruction, que dans les dossiers n° 6, 15, 18, 22, 23, 28, 36, 39, 40, 41, 43, 45, 50, 51, 52, 54, 55, 63, 66, 73 et 74, des bilans diagnostic ont été réalisés et facturés indûment, souvent par tranches de dix séances, dans des conditions non conformes à la NGAP ; que M. L a reconnu ce grief tant lors des opérations de contrôle que dans son mémoire en défense ; qu'en outre l'examen des dossiers n° 35, 44, 75, 76, 77, 79, 80, 81 et 83 a mis en évidence une cotation erronée des actes de rééducation effectués ; que si M. L conteste la requalification des cotations en cause, alors qu'il l'avait admise lors des opérations de contrôle, il n'assortit pas son moyen de précisions suffisantes ; qu'en outre il ne conteste pas la requalification de la cotation opérée dans les dossiers n° 10, 29, 61, 62, 78, et 82 ; qu'ainsi le grief tenant à la facturation d'actes non conformes à la NGAP doit être regardé comme établi ;

Considérant, en quatrième lieu, qu'il résulte de l'instruction que M. L a facturé à tort des déplacements à des patients hébergés dans des EHPAD alors qu'il intervenait le même jour pour plusieurs d'entre eux ; que ce grief est établi par les constats effectués par le service du contrôle médical dans les dossiers n° 2, 26, 34 37, 9, 30, 32, 33, 42 et 47 ; que si M. L invoque l'absence d'intention de fraude, cette circonstance ne remet pas en cause la réalité de ce grief, qui constitue un abus ; que M. L a, en outre, admis en défense le bien-fondé du grief relatif au non-respect des règles de facturation des indemnités spécifiques de déplacement ;

Considérant, en cinquième lieu, que dans le dossier n° 7, M. L a effectué des séances de rééducation sur un patient qui était, pendant la période du 17 novembre au 17 décembre 2010, pris en charge en hôpital de jour, alors que le médecin chef de service avait demandé l'interruption de la rééducation à domicile, ainsi que cela résulte d'un courrier du centre hospitalier du 16 mai 2011 ; qu'il en résulte que quatorze séances de rééducation et quatorze déplacements ont été facturés à tort ; que si M. L remet en cause, en défense, ce grief, son moyen est dépourvu des précisions suffisantes, alors qu' il avait reconnu le bien-fondé du grief lors des opérations de contrôle ;

Considérant, enfin, que dans les dossiers n° 12, 46 et 68, M. L a effectué des séances de rééducation sans accomplir la formalité de demande d'accord préalable ; que M. L admet la réalité de ce grief qui relève toutefois davantage d'une omission que d'un manquement délibéré ;

Considérant que les faits commis par M. L, bien que leur caractère frauduleux ne soit pas établi, n'en constituent pas moins des fautes, au sens de l'article L 145-5-1 du code de la sécurité sociale, susceptibles d'entraîner l'application de l'une des sanctions disciplinaires mentionnées à l'article L 145-5-2 du même code, compte tenu de leur nature et de leur caractère répétitif, s'agissant en particulier de la facturation d'actes non conformes à la NGAP et des frais de déplacement ;

Considérant qu'il sera fait une juste appréciation de la gravité des faits reprochés à M. L en lui infligeant la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant un mois dont quinze jours avec sursis ;

Sur les dépens :

Considérant qu'aux termes de l'article R 145-53 du code de la sécurité sociale : « 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. L ;

Décide :

Article 1^{er} : Il est infligé à M. L la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant un mois. Il sera sursis pour une durée de quinze jours à l'exécution de cette sanction dans les conditions fixées à l'article L 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

Article 2 : L'exécution de la sanction prononcée à l'encontre de M. L, pour la partie non assortie du sursis, prendra effet le 1^{er} octobre 2014 à 0 h et cessera de porter effet le 15 octobre 2014 à minuit.

Article 3 : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant la période prévue à l'article 2.

Article 4 : Les dépens de la présente instance, d'un montant de 35,47 € sont mis à la charge de M. L.

Article 5 : la présente décision sera notifiée :

- au service du contrôle médical,
- à M. L et à son conseil ;
- au Conseil départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes;
- à la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire (ARS) ;
- au Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes ;
- au Ministre chargé de la Santé ;
- au Ministre chargé de la Sécurité Sociale ;
- au Ministre chargé de l'Agriculture.

Délibéré en présence de Mme Véronique Gohier, greffière, après l'audience du 7 juillet 2014 à laquelle siégeaient :

- Mr Sébastien DEGOMMIER, Premier Conseiller à la Cour administrative d'appel de NANTES, Président ;
- Mr LOUCHET Jean-Marie, membre titulaire, CRO, rapporteur ;
- Mr PAVILLON Thierry, membre titulaire, CRO ;
- Docteur BATTINI Jean, membre titulaire, Médecin-Conseil Régional RSI BRETAGNE ;
- Mr DEMONDION Bertrand, membre titulaire, Régime Général de Sécurité Sociale.

Le président,

Sébastien DEGOMMIER

La greffière,

Véronique GOHIER