

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Dossier n° **4571**

M. Alain G

Masseur-kinésithérapeute

Séance du **10 mars 2011**

Lecture du **14 avril 2011**

LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS,

Vu, enregistrés au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins les 1^{er} octobre et 3 novembre 2008 et le 31 mars 2009, la requête et les mémoires présentés par et pour M. Alain G, masseur-kinésithérapeute, tendant à ce que la section annule une décision, en date du 28 août 2008, par laquelle la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France, statuant sur plaintes du médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Val d'Oise, dont l'adresse postale est Immeuble "Soge 2000", 95012 CERGY PONTOISE CEDEX, et de la caisse primaire d'assurance maladie du Val d'Oise dont le siège est Immeuble "les Marjoberts", 2 rue des Chauffours, 95017 CERGY PONTOISE CEDEX, a prononcé à l'encontre de M. G la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, avec publication pendant six mois et avec remboursement de la somme de 7341,89 euros à la caisse primaire d'assurance maladie du Val d'Oise,

par les motifs que le contradictoire n'a pas été respecté ; que sa demande de renvoi était justifiée ; que la décision n'est pas motivée ; qu'il n'a pas eu le dossier et communication des griefs ; qu'il conteste les faits ; qu'il demande la non révocation de son précédent sursis ; que le fondement juridique des poursuites basé sur les dispositions de l'article L145-1 du code de la sécurité sociale est inapplicable s'agissant d'un masseur-kinésithérapeute ; que le sursis infligé par une décision précédente du 27 mai 2003 ne pouvait être révoqué ; que des pièces de la plainte n'ont pas été communiquées ; que le nom des patientes n'a pas été produit dans les débats ne permettant pas de se reporter à l'agenda de M G ; que ce dernier reconnaît avoir commis certaines fautes professionnelles comme avoir facturé à d'autres dates que celles de la réalisation des actes pour compenser financièrement certaines périodes d'inactivité, avoir dispensé quelques soins sans ordonnance en antidatant les actes, avoir facturé à plusieurs reprises deux fois les mêmes actes par erreur de manipulation de télétransmission, avoir pris quelques initiatives en se référant à l'ancienne nomenclature et en dispensant des soins plus importants que ceux prescrits par le médecin ; qu'il rencontre une situation financière difficile ;

Vu la décision attaquée ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 27 janvier 2009, les mémoires présentés conjointement par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Val-d'Oise et la caisse primaire d'assurance maladie du Val-d'Oise et le mémoire présenté par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Val-d'Oise ; ils tendent au rejet de la requête par les moyens que le secrétariat de la juridiction de première instance a transmis à M G à deux reprises par lettre recommandée avec accusé réception, copie de la plainte et que les envois sont revenus avec la mention « non réclamé-retour à l'envoyeur » et qu'un nouvel envoi effectué en lettre simple a été réalisé ; que l'ensemble des griefs est repris ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 16 juin 2009, le mémoire en réplique présenté conjointement par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Val-d'Oise et la caisse primaire d'assurance maladie du Val-d'Oise qui tend au rejet de l'appel et expose que la plainte est fondée sur les articles L145-1 et R 145-8 du code de la sécurité sociale ; que les faits dénoncés dans la plainte ont été commis entre avril 2004 et

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 2 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

avril 2005 soit dans le délai de cinq ans visé à l'article L 145-2 qui permet la révocation du sursis ; qu'un tableau récapitulatif et une table de concordance avec les noms des patients ont été produits dans la plainte ; que M G ne rapporte pas la preuve qu'il aurait dispensé à d'autres dates les actes facturés en fin de semaine ou pendant ses congés ; qu'il ne peut invoquer une erreur de télétransmission pour la double facturation d'actes car ils sont télétransmis par lots ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L 145-1 à L 145-9 et R 145-4 à R 145-29 ;

Vu le décret n° 48-1671 du 26 octobre 1948 modifié, relatif au fonctionnement des conseils de l'Ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et de la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins maintenu en vigueur par les dispositions de l'article 9 du décret n° 2007-434 du 25 mars 2007 ;

Vu la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux fixée par l'arrêté du 27 mars 1972 modifié ;

Après avoir entendu en séance publique :

- M. VLEMINCKX', masseur-kinésithérapeute, en la lecture de son rapport ;

- Me ROUSSEL, avocat, en ses observations pour M. Alain G, masseur-kinésithérapeute, qui n'était pas présent ;

- Mme BREAU représentant la caisse primaire d'assurance maladie du Val d'Oise, en ses observations ;

- Mme Le Dr GUINAUDEAU, médecin-conseil, en ses observations pour le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Val d'Oise ;

Le défenseur de M. G ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur la compétence des sections des assurances sociales de l'Ordre des médecins :

Considérant que l'article 109 1° de la loi n° 2004- 806 du 9 août 2004 a modifié l'article L 145-5-1 du code de la sécurité sociale, et a créé les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance et de la chambre nationale de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; que toutefois ces instances ne pourront être mises en place qu'après l'intervention des dispositions réglementaires prévues à l'article L 4321-20 du code de la santé publique, issu du III de l'article 108 de la loi du 9 août 2004, qui permettront la constitution des instances de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; que tant que les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de cet ordre ne sont pas constituées, les sections des assurances sociales des conseils régionaux et du Conseil national de l'Ordre des médecins restent compétentes, conformément à l'article R 145-8 du code de la sécurité sociale, pour se prononcer sur les fautes, abus et fraudes relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes ;

Sur la régularité de la décision de première instance :

Considérant qu'en se bornant à relever qu'il résulte de l'instruction que les faits reprochés à M. G sont établis sans se référer expressément à aucun des griefs énoncés ou à des cas précis soumis à son examen, la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France n'a pas suffisamment motivé

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 3 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

sa décision ; que par suite, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de la requête, le M. G est fondé à en demander l'annulation ;

Considérant que l'affaire est en l'état ; qu'il y a lieu d'évoquer et d'examiner le bien fondé des plaintes formées à l'encontre de M. G ;

Considérant qu'à la suite du contrôle de l'activité de M. Alain G, masseur-kinésithérapeute, effectué par les services de la caisse primaire d'assurances maladie du Val-d'Oise et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Val-d'Oise ont été relevées des anomalies de cotations portant sur les actes soumis à remboursement entre 2004 et 2005 ;

Sur le respect de la procédure devant les premiers juges :

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que les plaintes du médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Val-d'Oise et de la caisse primaire d'assurance maladie du Val-d'Oise enregistrées le 16 décembre 2005 ont été adressées en lettre recommandée avec avis de réception à M. G ; que cet envoi a été retourné avec la mention «non réclamé » à la juridiction de première instance ; qu'un nouvel envoi de l'ensemble des pièces a été réalisé le 13 janvier 2006, sous pli recommandé, et a été retourné avec la mention « non réclamé » à la juridiction de première instance ; que, d'ailleurs, M. G a par courrier du 24 mai 2008 précisé que le dossier envoyé postérieurement par la juridiction en lettre simple avait été perdu ; qu'il lui appartenait dans ces conditions, comme le précisait la convocation à l'audience de venir consulter le dossier au secrétariat de la juridiction ; que, dans ces conditions, M. G ne saurait soutenir que le contradictoire n'aurait pas été respecté et qu'il n'aurait pas été en mesure de prendre connaissance des éléments de la plainte ;

Sur les griefs

En ce qui concerne les actes facturés pendant la période d'avril 2004 à janvier 2005 :

Considérant en premier lieu que, M. G a, pour neuf assurés (dossiers n^{os} 1 à 9), facturé des séances qui n'ont pas été effectuées les samedis, dimanches ou jours fériés, ou pendant une période d'hospitalisation du patient (dossier n^o 6) ainsi qu'il ressort des déclarations recueillies auprès des patients par un agent assermenté de la caisse primaire contre lesquelles il n'est apporté de preuves contraires ; qu'ainsi le grief de facturation d'actes fictifs ayant entraîné une facturation abusive de 3 606,9 euros peut être retenu sans que M. G puisse utilement justifier une telle pratique par le fait qu'il aurait facturé des actes à d'autres dates que celles de la réalisation des actes pour compenser financièrement certaines périodes d'inactivité ;

Considérant en deuxième lieu que pour sept dossiers (n^{os} 1 à 3, 5 à 8) M. G a facturé à deux reprises des actes cotés AMK12 + des IFA pour un montant de 1 275,68 euros ; que si M. G soutient que cette pratique ne correspondrait pas à une volonté de double facturation du même acte mais à un mauvais usage de la télétransmission, il n'apporte pas de preuves suffisantes à l'appui de cette allégation ;

Considérant en troisième lieu que pour deux dossiers (n^{os} 1 et 5) M. G a surchargé trois prescriptions médicales, en augmentant le nombre de séances prescrites ce qui lui a permis de procéder à la facturation d'actes qu'il n'a pas réalisés ; que pour le patient n^o 6 il a facturé, les 12 et 13 août 2004, des actes n'ayant pas fait l'objet de prescriptions médicales et des indemnités de déplacement pour des séances en réalité réalisées au cabinet du 14 au 18 juin 2004 ; que M. G a ainsi méconnu les dispositions des articles 5 et 13 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels selon lesquelles seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, les actes effectués par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et que

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 4 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

les frais de déplacement du praticien sont remboursés lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature doit être effectué au domicile du malade, ;

En ce qui concerne les actes facturés pendant la période de janvier 2005 à mars 2005 :

Considérant que selon l'article 11 du chapitre II du titre XIV de la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels, est appliquée pour une « *prise en charge, dans le cadre de soins palliatifs, comportant les soins nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique...)* » la cotation AMK 12 « *journalière forfaitaire quel que soit le nombre d'interventions* » ; qu'il résulte de ces dispositions que les soins palliatifs s'effectuent soit en institution soit dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire ; que tel n'est pas le cas pour les treize patients (n^{os} 1 à 13) objet de la plainte ; qu'au surplus les pathologies présentées par 12 patients (n^{os} 5 à 16) qui ont été examinés par le médecin-conseil ne justifiaient en tout état de cause pas une telle tarification ; qu'enfin M. G a continué à facturer, après la notification du refus de la cotation en AMK12 pour les dossiers n^{os} 5, 7, 8, 9 ; qu'il a pour les dossiers n^{os} 5, 8 procédé à des doubles facturations ; qu'il ainsi méconnu les dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels et facturé abusivement à la charge de l'assurance maladie la somme de 2223,95 euros ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les faits ci-dessus retenus à l'encontre de M. G sont des fautes, fraudes et abus susceptibles de lui valoir l'une des sanctions prévues à l'article L 145-2 du code de la sécurité sociale ; qu'il sera fait une juste appréciation en prononçant la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant quatre mois ;

Considérant que, par une décision en date du 27 mai 2003, devenue définitive, la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins rejetant le recours de M. G a confirmé la sanction d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant deux mois, assortie du bénéfice du sursis ; que les fautes nouvelles sanctionnées par la présente décision ont été commises entre avril 2004 et mars 2005, soit dans un délai de cinq ans à compter de la notification de la décision ; qu'ainsi les conditions fixées par l'article L 145-2 précité du code de la sécurité sociale se trouvant remplies, le juge peut décider que la sanction prononcée le 27 mai 2003, devient exécutoire, sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction, fixée comme il est dit ci-dessus à quatre mois d'interdiction ;

Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède qu'il y a lieu de prononcer à l'encontre de M. G une peine totale de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois et le remboursement à la caisse primaire d'assurance maladie du Val d'Oise de la somme de 7341,89 € correspondant aux abus d'honoraires pour des actes facturés indûment à l'assurance maladie ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1^{er} : La décision en date du 28 août 2008, de la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France est annulée.

Article 2 : Il est infligé à M. Alain G la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois.

Article 3 : L'exécution de cette sanction pour la partie non assortie du sursis prendra effet le 1^{er} août 2011 à 0 h et cessera de porter effet le 31 janvier 2012 à minuit.

Article 4 : M. G remboursera à la caisse primaire d'assurance maladie du Val-d'Oise la somme de 7341,89 €.

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 5 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Article 5 : La présente décision sera notifiée à M. G, à la caisse primaire d'assurance maladie du Val-d'Oise, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Val-d'Oise, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France, au directeur régional des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France, au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'agriculture.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 10 mars 2011, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat, président ; M. VLEMINCKX', masseur-kinésithérapeute, membre titulaire, nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale, et M. le Dr COLSON, membre titulaire, nommé par le Conseil national de l'Ordre des médecins ; M le Dr WEILL, membre titulaire et M. le Dr LEROY, membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 14 avril 2011.

LE CONSEILLER D'ETAT
PRESIDENT DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

G. BARDOU

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

M-A. PEIFFER