SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS
Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

Dossier n° **4083**
M. Renaud T,
Masseur-kinésithérapeute
Séance du **8 février 2007**
Lecture du **13 mars 2007**

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, le 1er août 2005 et le 23 janvier 2006, la requête et le mémoire présentés par la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, tendant à ce que la section réforme une décision, en date du 6 juillet 2005, par laquelle la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Provence-Côte-d'Azur-Corse, statuant sur la plainte de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, dont le siège est situé 56, chemin Joseph Aiguier,13297 MARSEILLE CEDEX 9, et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Marseille, dont l'adresse postale est 56, chemin Joseph Aiguier, 13009 MARSEILLE, a prononcé à l'encontre de M. Renaud T, masseur-kinésithérapeute, la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de quatre mois, dont un mois avec le bénéfice du sursis, avec publication, et l'a condamné à reverser à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, la somme de 7552,70 euros,

par les motifs que la sanction prononcée ne correspond pas à la gravité des griefs retenus par les premiers juges, soit la facturation d'actes non effectués dans neuf dossiers, la facturation d'actes au moyen de prescriptions médicales falsifiées dans douze dossiers, la facturation d'actes au moyen de prescriptions médicales irrégulièrement établies dans trois dossiers, la facturation d'actes non médicalement prescrits dans trois dossiers, la facturation à tort d'indemnités forfaitaires de déplacement dans huit dossiers, la double facturation d'actes dans deux dossiers, le non respect de l'article 5 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels dans deux dossiers, le non respect de la durée des séances, des modalités de traitement en groupe ou en parallèle, et des règles de cotation ; qu'en ce qui concerne le reversement accordé, il convient d'en augmenter le montant, et de porter à une somme de 3675,09 euros la part correspondant à la facturation d'actes fictifs dans la mesure où la caisse estime justifié son calcul pour les dossiers n°s 8 et 24, et d'ajouter une somme de 356,64 euros au titre de facturations d'actes non effectués personnellement dans les dossiers n°s 23 et 26 ; qu'ainsi, il y a lieu de prononcer une interdiction effective du droit de donner des soins aux assurés sociaux de deux ans, assortie éventuellement d'un sursis d'un an, à l'encontre de M. T, et de le condamner à rembourser un total de 10.779,43 euros ;

Vu la décision attaquée ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 27 février 2006, le mémoire présenté pour M. T ; il tend au rejet de la requête, et à ce que lui soit accordé un sursis pour la sanction prononcée par la décision attaquée ; il soutient que le grief de facturation d'actes non effectués a été retenu dans cinq dossiers, ce qu'a reconnu M. T, qui considère, par ailleurs, que c'est à juste titre, que le dossier n° 24 a été écarté par les premiers juges ;

que, pour le grief de facturation d'actes au moyen de prescriptions falsifiées, s'il est établi, il convient de noter cependant que, dans les douze dossiers, les actes ont été réalisés conformément à la facturation intervenue ; que, pour le grief de facturation d'actes au moyen de prescriptions médicales irrégulièrement établies, il ne s'agissait pas de faux, mais les trois patientes en cause nécessitaient des soins continus ; que la facturation d'actes non médicalement prescrits correspond à des actes effectués ; que, pour le grief de non-respect des prescriptions médicales, il le reconnaît pour certains dossiers, en raison d'erreurs explicables ; que, pour le grief de non respect de la durée des séances de soins, les éléments qu'il donne permettent d'estimer entre dix à douze heures par jour la durée d'activité de M. T, ce qui est compatible avec la vie d'un professionnel libéral ; qu'il a reconnu le grief d'actes non effectués personnellement, dans deux dossiers, et celui d'absence des bilans diagnostic thérapeutique ; que s'il reconnaît le non-respect des modalités de traitement en groupe ou en parallèle, il existe pour chacun des six dossiers reprochés des éléments particuliers qui doivent être pris en considération ; que le non respect des règles de cotation provient d'erreurs d'application de la nomenclature générale des actes professionnels de sa part ; qu'il a reconnu la facturation indue d'indemnités de déplacement ; que, pour la double facturation d'actes qu'il reconnaît dans deux dossiers, il s'agit d'erreurs de sa part ; qu'enfin, s'il n'a pas communiqué à la caisse primaire d'assurance maladie le changement d'adresse de son cabinet, cela n'a pas été retenu comme une faute à son encontre par les premiers juges ; que, compte tenu de toute absence de volonté délibérée de fraude, la demande d'aggravation de la sanction formulée par la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône doit être rejetée ; qu'au contraire, il y a lieu d'assortir la sanction prononcée d'un sursis plus important ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 27 mars 2006, la correspondance par laquelle le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Marseille fait connaître qu'il n'a aucun commentaire à faire sur le mémoire présenté par M. T ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 26 janvier 2007, le mémoire présenté par la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ; il tend aux mêmes fins que la requête, par les mêmes moyens ; il répond en outre aux arguments de M. T : en premier lieu, sur la facturation d'actes non réalisés, il est constaté que M. T reconnaissant les faits reprochés, et vu les déclarations des patientes, il y a lieu de prendre en considération les demandes de reversement supplémentaires pour les dossiers n°s 8 et 24 ; qu'il résulte du dossier et des observations de M. T qu'il ne conteste pas l'existence des fautes retenues par les premiers juges ; qu'il y a lieu, pour les dossiers n°s 23 et 26, de retenir les actes réalisés par le remplaçant ou l'associé de M. T, mais facturés par ce dernier, et d'augmenter en conséquence la somme à rembourser de ce chef ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article R 4126-1 ;

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 la loi n° 2002-1062 du 6 août 2002 portant amnistie ;

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 ;

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS
Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

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 :

- Mme RUSTICONI, masseur-kinésithérapeute, en la lecture de son rapport ;

- M. EL MESSIRI, en ses observations pour la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ;

- Me MARTY, avocat, en ses observations pour M. T, masseur-kinésithérapeute, et M. Renaud T en ses explications orales ;

- Mme le Dr VERDIN, médecin-conseil, en ses observations pour le service médical de l'échelon local de Marseille ;

M. T ayant eu droit à la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur l'appel incident de M. T

Considérant que les conclusions de M. T, tendant à ce que la sanction d'interdiction qui lui a été infligée en première instance bénéficie du sursis pour toute sa durée, ont été produites postérieurement à l'expiration du délai d'appel ; que le recours incident n'était pas recevable devant les juridictions disciplinaires, les conclusions susmentionnées doivent être rejetées comme présentées tardivement ;

Sur l'appel de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône

Sur les actes fictifs :

Considérant que la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône conteste la décision attaquée, en ce qu'elle a retenu, à l'encontre de M. T, le grief d'actes fictifs dans le dossier n°8 , sans le condamner au remboursement de l'indu correspondant à ceux-ci, et ne l'a pas retenu dans le dossier n°24 ;

Considérant, d'une part, que s'il est établi, et non contesté par M. T, qu'il a facturé des soins cinq fois par semaine à la patiente correspondant au dossier n°8, alors que celle-ci déclare les avoir reçus à une fréquence inférieure, de l'ordre de trois ou quatre fois par semaine, la caisse primaire d'assurance maladie ne fournit pas un relevé précis des séances non réalisées ; que, dans ces conditions, il ne peut lui être accordé un remboursement correspondant à ses prétentions qui résultent d'une simple évaluation ;

Considérant, d'autre part, qu'il résulte des pièces du dossier que M. T a facturé des soins sur prescription d'un médecin qui n'était pas celui de la patiente correspondant au dossier n° 24 et ne l'avait pas vu e, en méconnaissance des dispositions de l'article 5 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels ; qu'ainsi, c'est à bon droit que la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône réclame à M. T le remboursement d'une somme de 2035 euros correspondant aux actes indûment facturés pour cette patiente ;

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS
Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

Sur les actes non effectués personnellement :

Considérant que la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône demande à M. T le remboursement des sommes correspondant aux actes qu'il n'a pas effectués personnellement, retenus par la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Provence-Côte-d'Azur-Corse dans les dossiers n°s 23 et 26 ; qu'il y a lieu de lui donner satisfaction au vu du décompte qu'elle produit et qui s'établit à une somme de 356,64 euros ;

Sur la sanction

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que, dans les circonstances de l'espèce, il y a lieu de porter à quatre mois l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux sans sursis, la sanction infligée à M. T, avec publication dans les journaux *« La Provence »* et *« La Marseillaise »*, et affichage dans les locaux de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, et d'ajouter à la somme de 7552,70 euros, fixée par la décision attaquée, celles de 2035 euros et 356,64 euros, soit un total de 9944,34 euros représentant le montant du remboursement dont M. T devra s'acquitter auprès de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ;

Sur les frais de l'instance

Considérant, que dans les circonstances de l'affaire, il y a lieu, en application des dispositions de l'article R 145-28 du code de la sécurité sociale, de mettre les frais de la présente instance à la charge de M. T ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : L'appel incident de M. T est rejeté.

Article 2 : Il est infligé à M. T la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant quatre mois.

Article 3 : L'exécution de la sanction, prononcée à l'encontre de M. T, prendra effet le 1er juin 2007 à 0h et cessera de porter effet le 30 septembre 2007 à minuit.

Article 4 : M. T devra reverser à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 9944,34 euros.

Article 5 : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, par voie d'affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant la période prévue à l'article 3, et fera l'objet d'une publication dans les journaux *« La Provence »* et *« La Marseillaise »,* par les soins et aux frais de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône.

Article 6 : La décision de la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins Provence-Côte-d'Azur-Corse, en date du 6 juillet 2005, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 7 : Le surplus des conclusions de la requête de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône est rejeté.

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS
Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

Article 8 : Les frais de la présente instance s'élevant à 180 euros seront supportés par M. Renaud T et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 9 : La présente décision sera notifiée à M. Renaud T, à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Marseille, à la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Provence-Côte-d'Azur-Corse, au directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Provence-Alpes-Côte d'Azur, au chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles de Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse, au ministre chargé de la santé et des solidarités, au ministre chargé de l'agriculture et de la pêche.

Délibéré à l'issue de l'audience du 8 février 2007, où siégeaient M. SAUZAY, Conseiller d'Etat honoraire, président ; Mme RUSTICONI, masseur-kinésithérapeute, membre suppléant, nommée par le ministre chargé de la sécurité sociale ; M. le Dr FANI, membre suppléant, nommé par le Conseil national de l'Ordre des médecins ; M. le Dr HECQUARD, membre titulaire, et Mme le Dr JOURDAN, membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 13 mars 2007.

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

P. SAUZAY

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

M-A. PEIFFER