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° **4305**
Mme Michèle D
Masseur-kinésithérapeute
Séance du **16 septembre 2010**
Lecture du **14 octobre 2010**

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 27 décembre 2006 et le 12 février 2007, la requête et le mémoire présentés par Mme Michèle D, masseur-kinésithérapeute, tendant à ce que la section réforme une décision, en date du 24 novembre 2006, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins du Nord-Pas-de-Calais, statuant sur la plainte conjointe de la caisse primaire d'assurance maladie de Lens, dont le siège est 61, rue François Gauthier, 62039 LENS CEDEX, et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Lens, dont l'adresse postale est rue Louis Delluc, 62307 LENS CEDEX, a prononcé à l'encontre de Mme D, la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois dont trois avec le bénéfice du sursis, et l'a condamnée à verser à la caisse primaire d'assurance maladie de Lens la somme de 9178,99 euros,

par les motifs que, si le temps fixé pour une séance est de l'ordre de trente minutes par patient, cette durée peut être fractionnée en cas de patients multiples ; que la durée d'une heure est répartie par Mme D en temps de massage, infrarouge, électrothérapie, échauffement musculaire ou articulaire, un deuxième temps étant consacré à un travail spécifique en rapport avec la pathologie, et un troisième à la prévention des gestes ; que si, selon les attestations des patients, ceux-ci ont l'impression d'un temps de présence de dix minutes, ce temps est en réalité d'une heure environ au cabinet du masseur-kinésithérapeute ; qu'il n'est donc pas déraisonnable, avec du matériel permettant des interventions individualisées, de donner des soins à 30 ou 35 patients par jour en onze ou douze heures de présence au cabinet ; que pendant la période du contrôle de l'activité de Mme D, un changement de matériel informatique a provoqué des erreurs et des disfonctionnements dans la facturation des actes ; que Mme D a bien effectué toutes les séances prescrites ; qu'elle a en effet eu à réaliser deux séances consécutives pour un même patient, mais avec des prescriptions établies pour des localisations d'actes différentes ; qu'elle ne peut être responsable des facturations des soins au titre des accidents du travail ou de la maladie professionnelle, alors qu'ils n'en auraient pas relevé ; qu'elle reconnaît commettre des erreurs dues aux modifications de la nomenclature générale des actes professionnels qu'il n'est pas toujours aisé de comprendre quant aux bilans et à la facturation des déplacements ; qu'elle conserve toute la confiance de ses patients ; que son activité est en accord avec le cadre conventionnel et ses multiples avenants ;

Vu la décision attaquée ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 27 avril 2007, le mémoire présenté conjointement par la caisse primaire d'assurance maladie de Lens et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Lens ; il tend au rejet de la requête, par les motifs que les griefs ont à juste titre été retenus par les premiers juges ; qu'il en est ainsi pour la facturation d'actes fictifs, reprochée à Mme D au nombre de 354 sur 13 mois d'analyse, sans que celle-ci puisse invoquer des difficultés informatiques, ou le témoignage de deux patientes correspondant à 16 actes en tout, ni soutenir qu'elle a effectué tous les actes prescrits mais à des dates différentes ; qu'il en va de même pour le grief de temps de présence insuffisant auprès des patients pour huit dossiers, les attestations qu'elle fournit émanant de patients non concernés par cette anomalie ; que, de même, elle a cumulé,

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

pour deux patients, des cotations pour une même séance, bien qu'elle soutienne qu'il s'agissait de deux séances consécutives pour deux affections différentes ; que, de même, elle n'a pas réalisé de bilans, pourtant obligatoires, et, pour six patients n'a pas respecté les cotations prévues par la nomenclature générale des actes professionnels ; qu'il convient de mentionner en outre le grief de supplément de domicile facturé à tort pour des soins réalisés en cabinet, celui de facturation au titre de l'accident du travail de la maladie professionnelle de soins n'en relevant pas, et celui du non respect des règles conventionnelles de remplissage des feuilles de soins ; que le montant d'abus d'honoraires pour les anomalies répertoriées s'élève à 9178,99 euros ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 18 juin 2007, le mémoire présenté par Mme D ; il tend aux mêmes fins que la requête avec les mêmes moyens ; Mme D affirme qu'elle n'a pas eu la volonté d'effectuer des faux ; que tous les actes qu'elle a facturés ont été exécutés par elle ; que la nomenclature générale des actes professionnels et ses nombreux avenants s'appliquent alors qu'aucune formation n'est donnée aux praticiens en la matière ; que le traitement en groupe est possible et prévu ; qu'une même séance implique une même pathologie, une même localisation, mais qu'il ne peut y avoir que deux séances consécutives en cas de prescriptions différentes, pour des localisations et des pathologies différentes ; que, pour la facturation, les demandes d'entente préalable comportent l'indication "à domicile", et qu'il peut y avoir une erreur consistant en un oubli d'annuler cette mention ; qu'il n'est pas du ressort de l'auxiliaire médical d'indiquer si le patient est en accident du travail ou maladie professionnelle, cette indication figurant sur la prescription médicale et sur la demande d'entente préalable, réputée accordée en cas de silence de la caisse ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 3 août 2007, la correspondance par laquelle la caisse primaire d'assurance maladie de Lens et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Lens font connaître qu'ils n'ont pas d'observation à présenter ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 5 octobre 2007, la correspondance par laquelle Mme D transmet une pièce supplémentaire ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 22 octobre 2007, la correspondance par laquelle la caisse primaire d'assurance maladie de Lens et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Lens confirment qu'ils n'ont aucune nouvelle observation à formuler ;

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 :

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

- Mme CODRON, représentant la caisse primaire d'assurance maladie de Lens, en ses observations ;

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

- Mme le Dr SOLIBIEDA, médecin-conseil, en ses observations pour le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Lens ;

Mme Michèle D, masseur-kinésithérapeute, dûment convoquée, ne s'étant ni présentée, ni fait représenter ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant qu'au cours de la période du 1er septembre 2003 au 28 septembre 2004, un contrôle effectué sur l'activité de Mme D a révélé plusieurs anomalies qui ont fait l'objet d'une plainte conjointe de la caisse primaire d'assurance maladie de Lens et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Lens ; que Mme D conteste la sanction qui lui a été infligée par les premiers juges compte tenu des griefs retenus dans leur décision ;

Considérant, en premier lieu, que, selon les dispositions liminaires du titre XIV de la 2ème partie de la nomenclature générale des actes professionnels, la durée des séances de rééducation et de réadaptation fonctionnelle est "de l'ordre de trente minutes" ; que l'analyse de l'activité de Mme D au cours de la période du 1er septembre 2003 au 28 septembre 2004 fait ressortir que, compte tenu du nombre d'actes dont elle a attesté l'exécution, elle aurait eu une activité quotidienne d'une durée moyenne de l'ordre de 16 heures à 21 heures 30 ; que, dès lors, la durée réelle des soins dispensés par Mme D n'a pu être que substantiellement inférieure à celle qui figure à la nomenclature, comme le confirment des attestations de patients produites au dossier ; qu'ainsi il est établi qu'en consacrant à ses patients un temps insuffisant, elle n'a pas dispensé ses soins dans des conditions permettant d'en assurer la qualité ;

Considérant, en second lieu, que le 2 de la section 2 du chapitre I du titre XIV de la 2ème partie de la nomenclature générale des actes professionnels prévoit qu'"*une fiche synthétique du bilan diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à la séance*" ; que, pour les vingt six dossiers retenus dans la plainte (A à Z), Mme D ne s'est pas conformée à cette obligation sans qu'elle puisse invoquer son manque d'information sur ce point ; qu'ainsi elle n'a pas permis d'assurer la liaison prévue avec le médecin prescripteur, dans le but notamment de se rendre compte des résultats obtenus par le traitement et d'apprécier la nécessité de le poursuivre ;

Considérant, en troisième lieu, qu'il ressort des pièces du dossier, que pour deux patients (F et K), Mme D a cumulé deux cotations pour des actes qu'elle avait effectués dans une même séance, en méconnaissance de la règle fixée à l'annexe II-1 (titre XIV) de la nomenclature générale des actes professionnels selon laquelle "*sauf exception prévue dans le texte, ces cotations ne sont pas cumulables entre elles. A chaque séance s'applique donc une seule cotation…*" ;

Considérant enfin, qu'il ressort de l'instruction que Mme D a facturé, dans cinq dossiers (A, B, D, E et F), des actes qu'elle n'a pas réalisés ; que c'est à bon droit que les premiers juges ont retenu le grief d'actes fictifs pour 354 d'entre eux ; que Mme D ne peut le contester utilement en exposant que son système informatique aurait mal fonctionné à cette période ;

Considérant que les faits ci-dessus relevés à l'encontre de Mme D constituent des fautes susceptibles de lui valoir le prononcé d'une sanction en application des dispositions des articles L 145-1 et L 145-2 du code de la sécurité sociale ; que les premiers juges ont fait une juste appréciation de la gravité de son comportement fautif en lui infligeant la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de six mois, dont trois mois avec le bénéfice du sursis, et en la condamnant à rembourser la somme de 9178,99 euros à la caisse primaire d'assurance

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

maladie de Lens ; qu'il y a lieu, en conséquence, de confirmer cette sanction et de rejeter la requête de Mme D ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : La requête de Mme Michèle D, masseur-kinésithérapeute, est rejetée.

Article 2 : La sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois dont trois mois avec sursis, prononcée à l'encontre de Mme D par la décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins du Nord-Pas-de-Calais, en date du 24 novembre 2006, prendra effet pour la partie non assortie du sursis le 1er février 2011 à 0 h et cessera de porter effet le 30 avril 2011 à minuit.

Article 3 : Mme D devra reverser à la caisse primaire d'assurance maladie de Lens la somme de 9178,99 euros.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à Mme Michèle D, masseur-kinésithérapeute, à la caisse primaire d'assurance maladie de Lens, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Lens, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins du Nord-Pas-de-Calais, au directeur régional des affaires sanitaires et sociales du Nord-Pas-de-Calais, au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'agriculture.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 16 septembre 2010, où siégeaient M. SAUZAY, Conseiller d'Etat honoraire, président ; Mme RUSTICONI, masseur-kinésithérapeute, membre suppléant, nommée 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 GASTAUD et M. le Dr LABATUT, membres suppléants, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 14 octobre 2010.

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