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° **4327**
M. Franck L,
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 19 mars 2007, la requête et le mémoire présentés par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hautes-Pyrénées, dont l'adresse postale est 27, rue du IV septembre, 65021 TARBES CEDEX, tendant à ce que la section réforme une décision, en date du 21 février 2007, par laquelle la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Midi-Pyrénées, statuant sur sa plainte et celle de la caisse primaire d'assurance maladie des Hautes-Pyrénées, 8, place au Bois, 65021 TARBES CEDEX, a prononcé à l'encontre de M. Franck L, masseur-kinésithérapeute, exerçant SCM R-L, la sanction du blâme avec publication,

par les motifs qu'il y a lieu d'aggraver la sanction prononcée par les premiers juges ; qu'en effet ceux-ci ont retenu quatre des griefs que comportait la plainte, à savoir, en premier lieu, celui tiré du non respect des prescriptions médicales en raison des rajouts et modifications apportés par M. L sur des prescriptions médicales de façon frauduleuse répétée, et de la réalisation de soins non conformes à la prescription du médecin de façon intentionnelle ; en second lieu, le grief tiré des conditions de réalisation de soins non urgents avant l'expiration du délai d'entente préalable prévu à l'article 7 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels, et ce pour neuf dossiers et non huit comme le mentionne la décision attaquée, qui ne souligne pas le caractère parfois ancien des ordonnances ; en troisième lieu, le grief relatif à la surcotation d'actes, ayant consisté en des facturations d'actes en AMK 8 au lieu d'AMK 6 pour deux patients et non un seul, et en des facturations le même jour d'actes effectués auprès de la même patiente par deux masseurs-kinésithérapeutes différents exerçant à la même adresse que M. L, alors que le masseur-kinésithérapeute doit effectuer la globalité de la rééducation ; en quatrième lieu, le grief relatif à l'établissement des bilans kinésithérapiques (BDK), aggravé du fait que l'absence de rédaction et de transmission des éléments indispensables aux prescriptions entraîne la reconduction des actes sans réel contrôle de la profession médicale ; que, d'autre part, c'est à tort que les premiers juges n'ont retenu que de façon limitée le grief de non-respect de la durée minimum des séances, alors que celui-ci est établi par les pièces du dossier et notamment les déclarations des assurés examinés ; que M. L a reconnu lui-même avoir facturé 258 AMK 8, 83 AMS 7 et 74 AMS 9 pour des durées de séances inférieures à celles exigées par la nomenclature générale des actes professionnels, et que seuls ont été retenus dans la plainte les non-respect de durées de séances plus flagrants ;

Vu la décision attaquée ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 6 septembre 2010, le mémoire présenté pour M. Franck L ; il tend au rejet de la requête, par les motifs que c'est à bon droit que les premiers juges ont écarté le grief d'actes fictifs, dès lors que dans les treize dossiers en cause, M. L a bien effectué les soins, même si, pour certains, les dates de facturation

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

correspondaient à des dates d'hospitalisation des patients, ce qu'il explique par le fait qu'il établissait la feuille de soins au moment du dernier soin, la réalité des soins étant d'ailleurs attestée par les signatures des patients sur les feuilles de soins sur lesquelles figure le nombre des séances réalisées ; que de même, c'est par erreur qu'il a adressé des feuilles de soins qu'il avait pré-remplies, qui portaient sur des séances effectuées postérieurement, les actes facturés ayant bien été réalisés ; qu'en ce qui concerne les griefs retenus par les premiers juges, il a lui-même reconnu avoir surchargé deux prescriptions médicales dans un souci d'efficacité ; qu'il a reconnu avoir facturé sans intention de fraude en AMK 8 un acte au lieu d'appliquer la cotation AMS 7, figurant dans l'entente préalable ; que s'il reconnaît avoir effectué des soins avant l'expiration du délai d'entente préalable dans neuf dossiers, il ne s'agit pas d'une fraude ni d'une fausse facturation ; qu'il a reconnu la facturation d'actes en AMK 8 au lieu d'AMK 6 dans deux dossiers ; que s'il lui est reproché, pour un dossier, d'avoir effectué le même jour que son associé une séance de soins sur un même patient, il y a lieu de relever que le médecin-prescripteur n'aurait pas dû rédiger deux ordonnances pour le même patient ; que son associé a établi une demande d'entente préalable de trop, et que les services de la caisse primaire d'assurance maladie auraient dû refuser une des deux ententes ; qu'il a reconnu ne pas avoir établi des bilans kinésithérapiques, par négligence, mais qu'il n'est pas démontré que leur absence ait pu causer un préjudice à la caisse primaire d'assurance maladie ; que le grief de non respect de la durée des séances est formulé à partir d'un calcul hypothétique de son activité journalière, alors que, si la clientèle en cabinet est vue au moins à raison de trente minutes par patient, elle bénéficie de soins au moyen d'appareillages qui préparent ou terminent la séance ; qu'il reconnaît avoir, de façon non délibérée, facturé abusivement certains déplacements en 2003 et 2004, ce qui s'explique par le fait qu'au moment de l'établissement des frais de déplacement, il reprend son agenda conçu à l'avance, alors que des modifications peuvent intervenir en raison du fait, par exemple, que le patient est absent de son foyer de résidence au jour dit et que M. L est obligé de revenir ; qu'il a, pour ces faits, été condamné pénalement et a remboursé le trop perçu pour 1099,04 euros ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 9 septembre 2010, la correspondance par laquelle la caisse primaire d'assurance maladie des Hautes-Pyrénées précise qu'elle n'a pas interjeté appel de la décision du 21 février 2007 attaquée en appel par M. L, et que, dans ces conditions, le mémoire en défense de celui-ci, qui lui a été communiqué, mentionne par erreur qu'elle a relevé appel ; que, si la caisse primaire d'assurance maladie était plaignante devant la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins, ainsi que le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hautes-Pyrénées, seul ce dernier est appelant ;

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 ;

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. le Dr CONTIE, médecin-conseil, en ses observations pour le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hautes-Pyrénées ;

- M. Franck L en ses explications orales ;

La caisse primaire d'assurance maladie des Hautes-Pyrénées, dûment convoquée, ne s'étant pas faite représenter ;

M. Franck L ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant qu'à l'occasion d'un contrôle de l'activité de M. Franck L, masseur-kinésithérapeute, pendant la période du 1er juillet au 21 novembre 2004, des anomalies ont été relevées dans 25 dossiers et ont fait l'objet de plaintes du médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hautes-Pyrénées et de la caisse primaire d'assurance maladie des Hautes-Pyrénées ; que la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Midi-Pyrénées a infligé à M. L une sanction par une décision, en date du 21 février 2007, contre laquelle seul le médecin-conseil s'est pourvu en appel devant la présente juridiction ;

<u>Sur les griefs</u> :

Considérant que, à l'appui de son recours, le médecin-conseil appelant soutient que la sanction est insuffisante, en raison du fait que les premiers juges n'auraient pas convenablement apprécié la gravité des griefs qu'ils ont retenus, et n'auraient que partiellement retenu d'autres griefs ;

Considérant, en premier lieu, qu'aux termes de l'article 13-1 de la première partie des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels *« Lorsqu'au cours d'un même déplacement, ……..l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés… qu'une seule fois »* ; que cependant, en méconnaissance de ces dispositions pour des soins donnés à dix patients le même jour dans la même maison de retraite, M. L a facturé indûment à 655 reprises, pendant la période de contrôle de son activité, des frais de déplacement ; que pour ce comportement fautif, il a d'ailleurs fait l'objet d'une condamnation pénale le 26 février 2009 et a remboursé à la caisse primaire d'assurance maladie des Hautes-Pyrénées une somme de 1099,04 euros au titre de l'indu ;

Considérant, en second lieu, que les premiers juges ont retenu que M. L n'a pas respecté les prescriptions médicales qu'il a modifiées dans huit dossiers ; que ce grief, qui n'est pas sérieusement contesté par M. L, est établi, sans qu'il soit besoin de rechercher si les actes permis par ces modifications auraient ou non été réalisés ;

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

Considérant, en troisième lieu, qu'en application des dispositions de l'article 7 de la première partie des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels, le professionnel ne peut, dans le cas ou les actes sont soumis à une entente préalable, les commencer, sauf urgence, avant l'expiration d'un délai de quinze jours à partir de l'envoi de la demande d'entente préalable ; que si les premiers juges ont constaté que, dans huit dossiers (n°s 1, 8, 9, 14, 16, 20, 23 et 24), M. L s'était affranchi de cette obligation en commençant les soins avant l'expiration du délai règlementaire, ils ont omis de retenir le dossier n° 17 dont le médecin-conseil demande à bon droit qu'il soit ajouté à ceux cités dans la décision contestée ;

Considérant enfin qu'il y a lieu également de faire droit à la demande du médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hautes-Pyrénées en relevant que M. L a surcoté des actes, facturés AMK 8 au lieu d'AMK 6, non seulement dans le dossier n° 3, mentionné par les premiers juges, mais aussi dans le dossier n° 6 ;

Considérant qu'aux fautes déjà relevées en première instance à l'encontre de M. L, consistant en la facturation de soins fictifs, la réalisation de soins non conformes à la prescription médicale, l'insuffisance de la durée de séances de soins au regard de celle prévue par la nomenclature générale des actes professionnels et l'absence d'établissement de bilans diagnostiques kinésithérapiques, s'ajoutent les faits retenus par la présente décision qui ont le caractère de 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 ; qu'il sera fait une plus juste appréciation de la gravité du comportement fautif de M. L en portant la sanction qui lui est infligée à un mois d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux, assortie du bénéfice du sursis ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : Il est infligé à M. Franck L, masseur-kinésithérapeute, la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant un mois, avec le bénéfice du sursis.

Article 2 : La décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de Midi-Pyrénées, en date du 21 février 2007, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 3 : La présente décision sera notifiée à M. Franck L, à la caisse primaire d'assurance maladie des Hautes-Pyrénées, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hautes-Pyrénées, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins de Midi-Pyrénées, au directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées, 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 ; 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.

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

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