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° **4616**
M. Patrick S
Masseur-kinésithérapeute
Séance du **18 février 2010**
Lecture du **17 mars 2010**

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

Vu, enregistrée au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins le 6 février 2009, la requête conjointe présentée par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hauts-de-Seine dont l'adresse postale est 113 rue des Trois Fontanot, Immeuble MB 15, 92026 NANTERRE CEDEX et par la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine dont le siège est 92026 NANTERRE CEDEX tendant à ce que la section statue, en application des dispositions de l'article R 145-23 du code de la sécurité sociale rendues applicables aux masseurs-kinésithérapeutes par l'article R 145-8 du même code sur la plainte conjointe dont ils ont saisi la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France le 23 juin 2006 à l'encontre de M. Patrick S, masseur-kinésithérapeute,

Vu la plainte enregistrée le 23 juin 2006 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France dont l'ont saisi conjointement la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hauts-de-Seine et tendant à ce que soit infligée une sanction à M. Patrick S,

par les motifs qu'à la suite d'un contrôle sur l'activité de M. S du 13 novembre 2003 au 11 juin 2004, les griefs suivants ont été retenus à son encontre : en premier lieu, des cotations abusives, soit en raison du cumul de cotations d'actes le même jour dans trois dossiers, ou de surcotations d'actes dans sept dossiers, en violation des règles contenues dans la nomenclature générale des actes professionnels, soit en raison d'abus de soins dans sept dossiers, soit en raison de double facturation d'actes dans trois dossiers ; en second lieu, l'établissement de bilans diagnostics kinésithérapiques non conformes aux dispositions du décret n°96-879 du 8 octobre 1996 et de la nomenclature générale des actes professionnels, en raison de surcotations des bilans dans seize dossiers, de la réalisation des bilans à un rythme anarchique ou ne correspondant pas au territoire prescrit, de la non communication au service médical des bilans dans six dossiers, et de la communication de bilans stéréotypés ou discordants dans sept dossiers ; en troisième lieu, la mauvaise qualité des soins dispensés par M. S révélée par une étude plus précise de son activité du 3 novembre 2003 au 31 mars 2004, laquelle démontre que, à partir de la reconstitution de son temps de travail journalier sur la base des 30 minutes par séance et par patient prévues par la nomenclature générale des actes professionnels, il aurait travaillé fréquemment 12 heures par jour et parfois jusqu'à 21 heures par jour, ce qui permet de constater que cette suractivité ne peut conduire qu'à une mauvaise qualité des soins dispensés par M. S, puisqu'il n'a pas pu, dans ces conditions, respecter la durée des séances prévue par la nomenclature générale des actes professionnels ; qu'il y a lieu de prononcer une sanction disciplinaire en application de l'article L 145-2 du code de la sécurité sociale et de condamner M. S au versement à la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine du trop remboursé s'élevant à une somme de 2 266,82 euros ;

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

Vu, enregistrée le 12 février 2009 au secrétariat du Conseil national de l'Ordre des médecins la correspondance par laquelle M. S fait connaître qu'il a cessé son activité le 30 mai 2007 et que 70% des dossiers retenus dans la plainte n'étaient pas suivis par lui et étaient pris en charge par ses assistants ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 30 juin 2009, le mémoire présenté pour M. S ; il tend à ce que la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins se déclare incompétente, en raison des dispositions prévoyant que seule la chambre disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a compétence désormais pour connaître de telles plaintes ; il conteste le bien fondé des griefs retenus dans la plainte, en faisant valoir que d'autres masseurs-kinésithérapeutes travaillaient au cabinet de M. S et utilisaient ses feuilles de soins, ce qui a pu générer des confusions, les patients mentionnés n'étant pas suivis par M. S ; qu'un délai lui était nécessaire pour préparer sa défense, en raison de sa cessation d'activité en 2007, ce qui devrait conduire à accorder un sursis à statuer ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 3 août 2009, le mémoire conjoint présenté par la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hauts-de-Seine ; il tend à ce que la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins rejette les conclusions de M. S contestant la compétence de cette juridiction pour examiner la plainte présentée contre lui ; il tend à ce que soit prononcée contre M. S une sanction en application des dispositions de l'article L 145-2 en raison des actes relevés contre lui dans la plainte initiale pendant la période du 3 novembre 2003 au 11 juin 2004, M. S ne pouvant les contester en invoquant, pour la première fois plus de cinq ans après les faits, que d'autres masseurs-kinésithérapeutes auraient travaillé avec lui et utilisé ses feuilles de soins ; qu'il y a lieu d'ordonner le remboursement d'une somme de 2 266,82 euros à la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 2 octobre 2009, le mémoire présenté pour M. S ; il tend au rejet des plaintes par les motifs qu'il résulte des dispositions de la loi du 9 août 2004 et de la loi du 21 décembre 2006 que la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins n'est pas compétente pour examiner les plaintes dirigées contre un masseur-kinésithérapeute ; que M. S conteste, au fond, le bien fondé de ces plaintes, car à la période retenue, soit entre le 3 novembre 2003 et le 11 juin 2004, d'autres masseurs-kinésithérapeutes qui travaillaient à son cabinet utilisaient ses feuilles de soins, ce qui a entraîné une confusion de la part de la caisse primaire d'assurance maladie dans l'analyse des soins en cause et des griefs qui en découlent ; qu'en effet les assistants ou remplaçants de M. S qui effectuaient des soins à son cabinet adressaient à la caisse primaire d'assurance maladie soit la feuille de soins de M. S, son nom étant barré et celui du remplaçant indiqué manuscritement, soit une transmission électronique via le code de la carte de M. S ; que la plupart des patients mentionnés dans les plaintes n'étaient pas suivis par M. S qui concentrait son activité sur des enfants ou des bébés ; qu'une partie des honoraires de M. S était rétrocédée ; qu'en ce qui concerne l'intitulé des actes, le système d'entente préalable donne à la caisse primaire d'assurance maladie la possibilité de notifier à M. S des refus de prise en charge, ce qu'elle n'a pas fait ; que ce dernier a toujours adressé à la caisse primaire d'assurance maladie la demande d'entente préalable et l'ordonnance correspondante ; que l'absence de réponse dans les délais vaut accord ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 10 décembre 2009, le mémoire présenté par la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine et le médecin-conseil

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

chef de service de l'échelon local des Hauts-de-Seine ; ils maintiennent les demandes exposées dans leurs plaintes, avec les mêmes arguments ; ils considèrent que les sections des assurances sociales des conseils régionaux et du Conseil national de l'Ordre des médecins restent compétentes, tant que les chambres disciplinaires propres à l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas constituées, pour l'examen des plaintes formées contre ces auxiliaires médicaux ; ils notent que sur le fond, M. S a invoqué pour la première fois le 30 juin 2009 l'argument selon lequel les actes qui lui sont reprochés auraient été effectués par d'autres que lui, assistants ou remplaçants dans son cabinet ; que le seul contrat d'assistant collaborateur qu'il produit concerne une période bien antérieure à celle des soins visés par la saisine ; que quant aux sommes déclarées comme ayant été rétrocédées, elles ne permettent d'établir ni les périodes exactes de remplacement, ni les actes dispensés par les remplaçants ; qu'il apparaît que l'essentiel de l'activité incombait à M. S et qu'il a dispensé les actes en cause ; qu'en ce qui concerne les demandes d'entente préalable, le silence des caisses primaires ne vaut pas l'approbation de la cotation proposée ;

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 ;

- M. LETOURNEUR, représentant la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, en ses observations ;

- Mme le Dr DODIN, médecin-conseil, en ses observations pour le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hauts-de-Seine ;

- Me RICHARD, avocat, en ses observations pour M. S et M. Patrick S en ses explications orales ;

M. S ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

<u>Sur la compétence des sections des assurances sociales de l'Ordre des médecins</u> :

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

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 ;

Considérant qu'à l'occasion d'un contrôle de l'activité de M. Patrick S, masseur-kinésithérapeute, des anomalies ont été constatées pour des soins dispensés entre le 3 novembre 2003 et le 11 juin 2004 à vingt deux assurés sociaux, qui ont motivé la plainte conjointe de la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hauts-de-Seine ;

Sur les griefs :

Considérant, en premier lieu, qu'il est reproché à M. S des cotations abusives d'actes ; qu'il ressort des pièces du dossier que pour trois patients (dossiers n°s 1, 3 et 17) M. S a appliqué des cumuls de cotations d'actes le même jour, alors qu'il ne s'agissait pas de cas prévus au titre XIV de la II ^{ème} partie de la nomenclature générale des actes professionnels pour lesquels un tel cumul est exceptionnellement possible ; qu'il a coté AMS 9 pour quatre patients (dossiers n°s 2, à 20 reprises ; dossier n°6 à 46 reprises ; dossier n°8 à 7 reprises et dossier n°12 à 35 repri ses) des actes dont la cotation était AMS 7 et coté AMS 9 pour trois patients (dossier n°3 à onze reprises ; dossier n°15 à 60 reprises et dossier n° 21 à 59 reprises) des actes dont la cotation était AMS 6 ; que si, pour ces actes, il fait valoir qu'il avait adressé des demandes d'entente préalable à la caisse primaire d'assurance maladie, il ne peut soutenir que le silence de la caisse valait approbation de la cotation proposée, l'accord tacite ne pouvant en tout état de cause valoir pour des surcotations irrégulières ; que M. S a dispensé des soins à une fréquence excessive ou de façon inutile, au regard de l'état du patient, un tel abus apparaissant pour sept patients (dossiers n°s 4, 5, 9, 11, 15, 18 et 21) ; que sont relevées des doubles facturations d'actes pour trois patients (dossiers n°s 6 et 13 deux actes cotés AMS 9 le même jour ; dossier n°7, deux actes cotés AMS 9 à douze reprises aux mêmes dates dans une période de trois semaines environ) ; qu'ainsi doit être considéré comme établi le grief de cotation abusive d'actes ;

Considérant, en second lieu, que M. S n'a pas respecté les règles fixées à la section 2 du chapitre II du titre XIV de II ^{ème} partie de la nomenclature générale des actes professionnels pour des bilans diagnostics kinésithérapiques applicables à l'époque des faits ; qu'alors que celles-ci prévoient que la cotation est de AMK 10,1 pour le bilan diagnostic kinésithérapique initial pour un nombre de séances compris entre 10 et 50, puis toutes les cinquante séances pour le traitement de rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires, et que, dans tous les autres cas, la cotation est de AMK 8,1 pour le bilan initial entre 10 et 20 séances, puis toutes les 20 séances, il ressort de l'instruction que M. S n'a pas respecté ces dispositions ; qu'il a ainsi facturé des bilans AMK 8,1 + AMK 10,1 au lieu de deux AMK 8,1 dans six dossiers (n°s 2, 3, 5, 13, 16 et 22), AMK 8,1 + AMK 10,1 au lieu de trois AMK 8,1 dans un dossier (n°9), un

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

AMK 9,1 au lieu de un AMK 8,1 + un AMK 10,1 au lieu d'un AMK 8,1 dans un dossier (n°6), deux AMK 10,1 au lieu de deux AMK 8,1 dans deux dossiers (n°s 7 et 21), un AMK 8,1 + trois AMK 10,1 au lieu de trois AMK 8,1 dans un dossier (n°10), un AMK 8,1 + deux AMK 10,1 au lieu de trois AMK 8,1 dans un dossier (n°12), un AMK 9,1 + trois AMK 10,1 au lieu de deux AMK 8,1 dans un dossier (n°15), trois AMK 10,1 au lieu de deux AMK 8,1 dans un dossier (n°18), AMK 10,1 au lieu d'AMK 8,1 dans un dossier (n°19) et quatre AMK 8,1 + un AMK 10,1 au lieu de deux AMK 8,1 dans un dossier (n°20) ; qu'en outre il a établi de façon trop rapprochée des bilans pour neuf patients (dossiers n°s 4, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18 et 20) ; qu'il n'a pas transmis des bilans au service médical (dossiers n°s 1, 5, 6, 7, 8 et 9) et qu'il a rédigé des bilans stéréotypés et discordants (dossiers n°s 2, 4, 5, 11, 16 et 18) ; qu'ainsi doit être considéré comme établi le grief de bilans diagnostics kinésithérapiques non conformes aux règles qu'imposent des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels ci-dessus mentionnées ;

Considérant enfin que, selon les dispositions liminaires du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels, la durée de la séance de rééducation et de réadaptation fonctionnelle est " de l'ordre de trente minutes " ; que l'analyse de l'activité de M. S au cours de la période du 3 novembre 2003 au 31 mars 2004 fait ressortir que, compte tenu du nombre d'actes dont le praticien a attesté l'exécution, il aurait eu, pour les seuls assurés du régime général et sans tenir compte du temps nécessaire aux déplacements, une activité quotidienne d'une durée moyenne au moins égale à seize heures au mois de novembre 2003 ; au moins égale à douze heures, pour quinze jours du mois de décembre 2003 et pour treize jours du mois de janvier 2004 avec pour certaines journées une durée de 15 h à 17 h 30, pour neuf jours au mois de février 2004 avec pour certaines journées une durée de 16 h 30 à 18 h 30, et pour onze jours, au mois de mars 2004 avec pour certaines journées une durée de 19 h à 21 heures ; que dès lors la durée réelle des soins dispensés par M. S n'a pu être que substantiellement inférieure à celle qui figure à la nomenclature ; qu'ainsi, il est établi qu'en consacrant à ses patients un temps insuffisant, M. S n'a pas dispensé ses soins dans des conditions permettant d'en assurer la qualité ;

Considérant que les faits ci-dessus retenus à l'encontre de M. S constituent des fautes susceptibles de lui valoir le prononcé de l'une des sanctions prévues à l'article L 145-2 du code de la sécurité sociale ; qu'il sera fait une juste appréciation de leur gravité en infligeant à M. S une interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de deux mois ;

Sur les frais de l'instance

Considérant, que dans les circonstances de l'affaire, il y a lieu, en application de l'article R 145-28 du code de la sécurité sociale, de mettre les frais de l'instance à la charge de M. S ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : Il est infligé à M. S la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant deux mois.

Article 2: L'exécution de cette sanction prononcée à l'encontre de M. S prendra effet le 1er juillet 2010 à 0 h et cessera de porter effet le 31 août 2010 à minuit.

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

Article 3 : Le surplus des conclusions de la requête de la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hauts-de-Seine est rejeté.

Article 4 : Les frais de la présente instance s'élevant à 53 euros seront supportés par M. S et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à M. Patrick S, à la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Hauts-de-Seine, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France, au directeur régional des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France, au chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles 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 18 février 2010, où siégeaient M. SAUZAY, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. VLEMINCKX', masseur-kinésithérapeute, membre titulaire nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale et M. le Dr LEON, membre suppléant, nommé par le Conseil national de l'Ordre des médecins ; M. le Dr HECQUARD et M. le Dr WEILL, membres titulaires, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 17 mars 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