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° **4215**
Mme Cathy K
Masseur-kinésithérapeute
Séance du **17 février 2009**
Lecture du **24 mars 2009**

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 2 juin 2006 et le 7 août 2006, la requête et le mémoire présentés pour Mme Cathy K, masseur-kinésithérapeute, tendant à ce que la section réforme une décision, en date du 3 mai 2006, par laquelle la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Rhône-Alpes, statuant sur les plaintes de la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon, dont le siège est 102, rue Masséna, 69471 LYON CEDEX 06, et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Lyon, dont l'adresse postale est B.P. 6156, 69469 LYON CEDEX 06, a prononcé à l'encontre de Mme K, la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de un mois dont quinze jours avec le bénéfice du sursis, et l'a condamnée à payer à la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon la somme de 2 311,13 €,

par les motifs que c'est en raison d'erreurs matérielles que Mme K a établi des doubles facturations ; qu'elle reconnaît ne pas vérifier systématiquement la concordance entre les dates mentionnées sur le carnet de soins et celles apparaissant informatiquement ; qu'elle n'a jamais facturé un acte non réalisé ; qu'elle justifie les facturations reprochées pour les treize dossiers ; qu'elle explique les facturations multiples d'un acte réalisé le même jour pour un même patient à partir de deux prescriptions successives en reconnaissant son erreur pour les dossiers n°s 11 et 14, la facturation d'un acte pour le dossier n° 17 et déta ille les soins réalisés ; qu'elle reconnaît avoir facturé des séances dans trois dossiers avec prise en charge à 100% des actes pour lesquels la prescription médicale ne figurait pas sur l'ordonnancier prévu à cette fin ; qu'elle accepte le grief pour huit dossiers de non-respect de la cotation globale prévue par la nomenclature avec facturation de deux séances dans la même journée mais précise que les patients sont atteints de pathologies lourdes ; qu'elle indique avoir effectué dans les dossiers n°s 14 et 24 les séances de balnéothérapie facturées, et avoir fixé des rendez-vous non facturés pour les séances incomplètes ; que sur le non-respect de la qualité des soins Mme K explique que le matériel performant et la piscine de son cabinet lui permettent de combiner plusieurs soins entre eux ; qu'elle a dû augmenter son temps de travail et a été conduite certains jours à réaliser plus de trente séances ; que six des huit patients entendus par la caisse ont reconnu le bienfait des soins ; que si elle n'a pas respecté de façon formelle les critères de qualité il devra être tenu compte de ses compétences professionnelles ; que la sanction est disproportionnée ;

Vu la décision attaquée ;

Vu enregistré comme ci-dessus le 19 septembre 2006, le mémoire présenté par la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Lyon, tendant à la confirmation de la décision de section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Rhône-Alpes sus analysée, par les motifs que sur les doubles facturations les justifications de Mme K doivent être écartées ; que pour la facturation multiple d'un acte réalisé le même jour pour un même patient à partir d'une même prescription, les explications qu'elle apporte ne peuvent être retenues ; qu'en ce qui concerne la facturation multiple d'un acte réalisé le

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

même jour au même patient à partir de deux prescriptions successives Mme K reconnaît la majorité des faits ; qu'elle reconnaît les griefs de facturations d'actes avec prise en charge à 100% non prescrits et non justifiés et le non-respect de la cotation globale prévue à la nomenclature générale des actes professionnels avec facturation de deux séances dans la même journée ; qu'elle n'a présenté de moyens que pour deux dossiers concernant la cotation d'un supplément alors que le grief concernait six dossiers ; que l'argumentation apportée sur la qualité des soins ne saurait modifier les griefs, d'autant qu'elle a reconnu ne pouvoir se consacrer exclusivement pendant 30 minutes à chacun des patients ; que Mme K avait été alertée par la commission conventionnelle sur son niveau d'activité évaluée entre 19h 30 et 30 heures pour 14% des journées de travail ;

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° 20 07-434 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 TISSERAND, avocat, en ses observations pour Mme Cathy K, masseur-kinésithérapeute, qui n'était pas présente ;

- M. MORIN, représentant la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon, en ses observations ;

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

Le défenseur de Mme K ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant qu'à la suite d'un contrôle portant sur l'activité de Mme K et relatif à la facturation de ses actes entre le 1er septembre 2003 et le 1er juin 2004, la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Lyon ont relevé des anomalies objet de leur plainte ;

Considérant, en premier lieu, qu'il ressort des pièces du dossier que Mme K a, s'agissant de 20 dossiers correspondant à 18 patients différents, demandé le remboursement de plusieurs actes ne correspondant en réalité qu'à une seule séance effectuée le même jour par cette auxiliaire médicale ; que cette facturation multiple d'un même acte ressort des pièces du dossier dans les dossiers n° 1 pour 7 séances, n° 2 pour 2 séances, n° 3 pour 2 séances, n° 4 pour 11 f actures, n° 5 pour 2 factures, n° 6

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

pour 2 factures, n° 7 pour 2 factures, n° 8 pour 2 factures, n° 9 pour 1 facture, n° 10 pour 5 factures, n° 11 pour 10 factures, n° 12 pour 1 fa cture et n° 13 pour 1 facture ; que si Mme K soutient que cette pratique ne correspondrait pas à une volonté de double facturation du même acte mais à une régularisation a posteriori, liée à un mauvais usage de l'outil informatique, elle n'apporte pas de preuves suffisantes à l'appui de cette allégation, les photocopies de son agenda professionnel ne suffisant pas à établir la réalité des actes présentés irrégulièrement au remboursement ; qu'il ressort d'ailleurs des pièces du dossier qu'un dossier (n°1) a été présent é au remboursement à la fois sous la forme électronique et sous la forme papier ; que dans ces conditions le grief de double facturation ne peut qu'être retenu ;

Considérant, en deuxième lieu, que les soins prodigués à des patients reconnus atteints d'affections de longue durée ne peuvent être pris en charge à 100% que s'ils sont en rapport avec la pathologie ; qu'il ressort des pièces du dossier que dans les cas des patients n°s 19, 22 et 23 les soins ont été présentés à l'assurance maladie comme correspondant à un remboursement à 100 % alors qu'ils n'étaient pas établis sur un ordonnancier bizone et n'étaient pas liés à l'affection de longue durée ;

Considérant, en troisième lieu, que selon les termes du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels "Sauf exception prévue par les textes les cotations ne sont pas cumulables entre elles" ; qu'il en résulte qu'à chaque séance doit correspondre un seul acte alors même qu'auraient été prises en charge plusieurs affections, même correspondant à des prescriptions différentes ; qu'il est fait grief à Mme K d'avoir méconnu cette règle de cotation forfaitaire pour les dossiers n°s 12, 13, 19, 20, 21 et 22 ; que le grief peut être retenu pour l'ensemble de ces dossiers ;

Considérant, en quatrième lieu, que si aux termes du chapitre II du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels les soins en piscine donnent lieu à un supplément de 2,2 ces actes doivent être effectués par l'auxiliaire médical qui doit se consacrer exclusivement à son patient ou comprendre au cas de traitement de groupe une durée égale au produit du nombre de patients par la durée d'une séance ; qu'il ressort des attestations des patients n°s 14 et 24 que ces règles n'ont pas été respectées ;

Considérant, en cinquième lieu, qu'alors que le chapitre III, du titre IV de la 2ème partie de la nomenclature générale des actes professionnels prévoit que, lorsque les traitements sont effectués par groupe de malades, le nombre de ceux-ci ne peut excéder trois, et que le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée, Mme K a, selon les attestations des patients en cause, réalisé des séances de rééducation à des groupes composés de plus de trois patients (dossiers 14 et 29), et leur a consacré un temps de soins exclusif inférieur à trente minutes (dossiers 14, 29 et 30) (nonobstant la circonstance que ces séances auraient duré globalement plus de trente) ; qu'ainsi elle n'a pu dispenser à ces patients des soins de qualité ;

Considérant, en sixième lieu, que selon les dispositions liminaires du titre XIV de la NGAP : « …à chaque séance s'applique …une seule cotation correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause » ; qu'il résulte de ces dispositions qu'il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance ; qu'il est cependant établi , par les pièces du dossier et non contesté par le praticien, que Mme K a dans le dossier n°s 31 facturé des cotations AMK9 pour des séances de drainage lymphatique et des massages à la place de AMK7 et dans le dossier n° 32 des actes de rééducation de la ceinture abdom inale et des séances de rééducation de la colonne cervicale pour des rééducations effectuées au cours d'une même séance ;

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

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les faits ci-dessus retenus à l'encontre de Mme K sont des fautes susceptibles de lui valoir l'une des sanctions prévues à l'article L 145-2 du code de la sécurité sociale ; que, dans les circonstances de l'espèce, il y a lieu de confirmer la sanction prononcée à son encontre par les premiers juges de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un mois dont quinze jours avec le bénéfice du sursis, et du remboursement à la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon la somme de 2 311,13 € correspond aux abus d'honoraires pour des actes facturés indûment à l'assurance maladie ;

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 Mme K ;

PAR CES MOTIFS,

Article 1er : La requête de Mme K est rejetée.

Article 2 : La fraction non assortie du sursis de la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant un mois, dont quinze jours avec sursis, qui a été infligée à Mme K par la décision de la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Rhône-Alpes, en date du 3 mai 2006, sera exécutée pendant la période du 1er juin 2009 au 15 juin 2009 inclus.

Article 3 : Mme K remboursera à la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon la somme de 2 311,13 €.

Article 4 : Les frais de la présente instance s'élevant à 217 euros seront supportés par Mme K 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 Mme K, à la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Lyon, à la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Rhône-Alpes, au directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes, au chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles de Rhône-Alpes, au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'agriculture.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 17 février 2009, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat, président ; M. VLEMINCKX', membre titulaire, nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale et M. le Dr AHR, membre titulaire, nommé par le Conseil national de l'Ordre des médecins ; Mme le Dr GUERY et M. le Dr DELIGNE, membres suppléants, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 24 mars 2009.

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

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

G. BARDOU

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

M-A. PEIFFER