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° **4289**
M. Bernard L
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 23 novembre et le 28 décembre 2006, la requête et le mémoire présentés pour M. Bernard L, masseur-kinésithérapeute, tendant à ce que la section réforme une décision, en date du 25 octobre 2006, par laquelle la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Provence-Côte-d'Azur-Corse, statuant sur les plaintes de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes, dont le siège est 48 avenue Roi-Robert-Comte-de-Provence, 06100 NICE, et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Nice, dont l'adresse postale est 48 avenue Roi Robert Comte de Provence, BP 2085, 06102 NICE CEDEX 2, a prononcé à l'encontre de M. L la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de quatre vingt dix jours, dont quarante-cinq jours avec le bénéfice du sursis, avec publication par affichage pendant deux mois, et par voie de presse, et le remboursement à la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes de la somme de 299,87 euros,

par les motifs que sur le grief de facturation d'actes non réalisés M. L a commis une erreur informatique mais n'a pas facturé d'actes fictifs, la patiente a d'ailleurs précisé que les actes avaient été réalisés ; que sur le grief de suractivité, M. L a eu une charge de travail supplémentaire en intégrant un foyer en 2002 et la période considérée ne reflète pas son activité globale ; que les prescriptions à l'époque des faits n'étaient pas nominatives et ne précisaient pas la durée de l'acte à accomplir ; qu'il était néanmoins conscient que conformément à la nomenclature générale des actes professionnels la durée des actes devait être de l'ordre de 30 minutes ; que pour la plupart des patients la séance ne pouvait être aussi longue et qu'il a du s'adapter ; qu'il s'est heurté dans ce foyer au système de gestion dans lequel il lui été imposé de procéder à 12 ou 14 séances par matinée, jusqu'à l'emploi de deux autres praticiens ; que pour le mois de novembre 2002 seules quelques journées sont particulièrement chargées mais ne reflètent pas son activité sur le mois ; qu'il a toujours réalisé consciencieusement les actes ; que les actes à domicile sont une infime partie de son activité ; qu'aucune réclamation n'a été faite par les patients ; que seuls quatre patients sur 24 ont indiqué que la séance durait moins d'une demie heure ; que sur le grief de non-respect de la cotation pour le dossier n° 19, il s'est conformé à la prescription en cotant 10 AMK9 + domicile et a établi la demande d'entente préalable ; que c'est par la suite qu'il a réalisé que la cotation n'était pas adaptée et a remboursé à la caisse en novembre 2005 le trop perçu ; que la juridiction de première instance n'a pas pris en compte ce remboursement ; que, pour le dossier n° 38, M L a omis de procéder au bilan détaillé mais a remboursé, comme pour le dossier précédent, le trop remboursé, ce dont la décision ne fait pas état ; qu'il n'a pas agi de façon frauduleuse ; qu'il procède désormais à des bilans kinésithérapiques plus complets, mais a sa propre technique de rédaction ; que l'insuffisance de bilans ne peut conduire à une sanction de suspension d'exercice ; que la sanction est inadaptée ;

Vu la décision attaquée ;

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

Vu, enregistré comme ci-dessus le 13 février 2007, le mémoire présenté par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Nice ; il tend au rejet de la requête ; il précise que la facturation en juillet 2003 des séances de soins réalisés en mai ne saurait être assimilée à une simple erreur de transcription ; que M. L n'a pas apporté d'élément nouveau quant à la facturation d'un nombre d'actes incompatibles avec la qualité des soins ; que la durée moyenne d'activité de M. L en novembre 2002 n'était pas de 11 h 50 mais dépasse les 14 heures et qu'il a facturé des journées de travail de 19 h 10 le 8 novembre, 16 h 50 le 15 novembre et 17 h 20 les 22 et 29 novembre 2002 ; que les cotations doivent correspondre à la rééducation mise en œuvre qui doit être adaptée à l'état pathologique du patient ; que le fait d'avoir remboursé n'exonère pas M. L de sa responsabilité ; que si M. L précise procéder désormais à des bilans de diagnostic kinésithérapiques, ceci démontre qu'il ne le faisait pas auparavant ;

Vu, enregistrées comme ci-dessus le 2 février 2009, les observations par lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes demande que soit précisée si la juridiction prononce une sanction que sa publication devra se faire dans le quotidien *« Nice Matin »* ;

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 ;

- M. VLEMINCKX' en la lecture de son rapport ;

- Me LAUZE, avocat, en ses observations pour M. Bernard L qui n'était pas présent ;

- M. le Dr KLACANSKY, médecin-conseil, en ses observations pour le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Alpes-Maritimes ;

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

Le défenseur de M. Bernard L ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

<u>Sur les griefs</u> :

Considérant qu'à la suite d'un contrôle portant sur l'activité de M. L relatif à la facturation de ses actes entre les mois de novembre 2002 et novembre 2003, le médecin-conseil de l'échelon local de Nice et la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes ont relevé des anomalies objet de leurs plaintes ;

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

Considérant, en premier lieu, que s'il est fait grief à M. L d'avoir présenté au remboursement des actes facturés à la patiente n° 1 à des dates correspondant à une période au cours de laquelle celle-ci avait cessé de recourir à ses services, il ressort des déclarations de cette patiente que les soins en cause avaient effectivement été pratiqués mais au cours d'une période antérieure ; que dés lors, quelque regrettable que soit la pratique consistant à ne pas facturer les soins au fur et à mesure de leur réalisation, il n'y a pas lieu dans les circonstances de l'espèce et au bénéfice du doute de retenir comme suffisamment établi le grief de facturation d'actes non réalisés ;

Considérant, en deuxième lieu, que selon les dispositions liminaires du titre XIV 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 M. L, à laquelle il a été procédé pour le mois de novembre 2002 a permis de mettre en évidence huit journées durant lesquelles plus de trente actes ont été facturés (journées des 6, 13, 15, 18, 22, 25, 27 et 29 novembre 2002), ce qui aurait représenté une durée d'activité de plus de quinze heures ; que pour la seule journée du 8 novembre 2002, il a réalisé 39 actes correspondant à une durée du travail de 19 heures et 10 minutes, temps de déplacement non compris ; que, par suite, même si la durée de trente minutes n'est qu'un ordre de grandeur, la durée réelle des soins dispensés par M. L qu'il a cotés AMK 7, AMK 8 ou AMK 9 n'a pu être que substantiellement inférieure à celle qui figure à la nomenclature ; que la circonstance que la plus grande partie de ces actes aient été réalisée au sein d'une institution privée ne saurait en tout état de cause justifier cette pratique, l'auxiliaire médical étant responsable de sa pratique ; qu'ainsi, il doit être considéré comme établi qu'en ne consacrant à ses patients qu'un temps insuffisant M. L n'a pas dispensé ses soins dans des conditions lui permettant d'en assurer la qualité ;

Considérant, en troisième lieu, que dans le dossier n°19, M. L a appliqué à tort la cotation AMK 9 justifiée en cas d'actes de rééducation, alors qu'il a pratiqué sur le patient en cause que des actes de rééducation respiratoire, auxquels devaient s'appliquer la cotation AMK 7 ; qu'il a facturé au patient n° 3 8 la cotation AMK 9 alors que le bilan de kinésithérapie ne fait apparaître qu'une rééducation du rachis cotable AMK 7 ; que la circonstance que l'intéressé ait remboursé les sommes correspondantes à la caisse primaire ne saurait l'exonérer de sa responsabilité au regard du respect de la réglementation ;

Considérant, en quatrième lieu, qu'il ressort des pièces du dossier et qu'il n'est d'ailleurs pas contesté par M. L que celui-ci a établi des bilans diagnostics kinésithérapeutes insuffisamment précis et détaillés pour renseigner de façon satisfaisante sur l'état des patients et les résultats obtenus ainsi que l'exige l'article 2 du décret du 8 octobre 1996 modifié relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute applicable au moment des faits ; que ces insuffisances sont établies pour les dossiers n°s 8, 9, 16, 17, 18, 19, 20, 21 et 22 ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les faits ci-dessus retenus à l'encontre de M. L 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 d'atténuer la sanction prononcée à son encontre par les premiers juges et de prononcer une interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant quinze jours, avec remboursement à la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes de la somme de 59,91 euros correspondant aux abus d'honoraires pour des actes facturés indûment à l'assurance maladie et publication de la sanction pendant quinze jours ;

Sur les frais de l'instance :

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, 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. L ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : Il est infligé à M. Bernard L la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant quinze jours.

Article 2 : L'exécution de la sanction prononcée à l'encontre de M. L prendra effet le 1er juin 2009 à 0 h et cessera de porter effet le 15 juin 2009 à minuit.

Article 3 : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant la période prévue à l'article 2.

Article 4 : M. L remboursera à la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes la somme de 59,91 euros, s'il ne l'a déjà fait.

Article 5 : La décision de la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Provence-Côte-d'Azur-Corse, en date du 25 octobre 2006, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 6 : Les frais de la présente instance s'élevant à 171 euros seront supportés par M. L et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 7 : La présente décision sera notifiée à M. Bernard L, masseur-kinésithérapeute, à la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Nice, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire 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 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', masseur-kinésithérapeute, membre titulaire, nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale ; M. le Dr LEON, membre suppléant, 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

G. BARDOU

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

M-A. PEIFFER