Document 1 de 1

Cour d'appel
Paris
Pôle 6, chambre 12

3 Juillet 2014

N° 11/05671

Monsieur B

CPAM 77 - SEINE ET MARNE représentée par Mme LANGLOIS, et par M. THEODEN, Monsieur le Ministre chargé de la sécurité sociale

Classement : Inédit

Contentieux Judiciaire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

COUR D'APPEL DE PARIS

Pôle 6 - Chambre 12

ARRÊT DU 03 Juillet 2014

(n°, 4 pages)

Numéro d'inscription au répertoire général : S 11/05671

Décision déférée à la Cour : jugement rendu le 11 Février 2011 par le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de MELUN RG n° 08-00569

APPELANT

Monsieur B

représenté par Me Domitille GERNIGON, avocat au barreau de MELUN substituée par Me Marie-Sophie BILIEN, avocat au barreau de MELUN

INTIMEE

CPAM 77 - SEINE ET MARNE

représentée par Mme LANGLOIS en vertu d'un pouvoir général, et par M. THEODEN (médecin conseil de ladite caisse) en vertu d'un pouvoir spécial

Monsieur le Ministre chargé de la sécurité sociale

avisé - non comparant

COMPOSITION DE LA COUR :

En application des dispositions de l'article 945-1 du code de procédure civile, l'affaire a été débattue le 28 mars 2014, en audience publique, les parties ne s'y étant pas opposées, devant Monsieur Luc LEBLANC, Conseiller, chargé du rapport.

Ce magistrat a rendu compte des plaidoiries dans le délibéré de la Cour, composée de :

Madame Bernadette VAN RUYMBEKE, Président

Monsieur Luc LEBLANC, Conseiller

Madame Marie-Ange SENTUCQ, Conseiller

qui en ont délibéré

Greffier : Mme Marion MELISSON, lors des débats

ARRÊT :

- contradictoire

- prononcé par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du Code de Procédure Civile.

- signé par Madame Bernadette VAN RUYMBEKE, Président et par Madame Corinne de SAINTE MARÉVILLE, Greffier, à laquelle la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

La Cour statue sur l'appel régulièrement interjeté par M. B d'un jugement rendu le 11 février 2011 par le tribunal des affaires de sécurité sociale de Melun dans un litige l'opposant à la caisse primaire d'assurance maladie de Seine et Marne ;

Les faits, la procédure, les prétentions des parties :

Les faits de la cause ont été exactement exposés dans la décision déférée à laquelle il est fait expressément référence à cet égard ;

Il suffit de rappeler que l'activité de M. B, qui exerce la profession de masseur-kinésithérapeute, a fait l'objet d'un contrôle de la part de la caisse primaire d'assurance maladie de Seine et Marne qui a relevé des irrégularités concernant la cotation de ses actes professionnels ; que la caisse primaire a notifié à M. B une réclamation d'indu pour un montant de 5 495, 75 euro ; que l'intéressé a contesté devoir cette somme et a saisi la commission de recours amiable, puis la juridiction des affaires de sécurité sociale.

Par jugement du 11 février 2011, le tribunal des affaires de sécurité sociale de Melun a débouté M. B de son recours, dit n'y avoir lieu à expertise et condamné l'intéressé à rembourser à la caisse primaire d'assurance maladie de Seine et Marne la somme de 5 669, 84 euro en deniers ou quittances.

M. B fait déposer et soutenir oralement par son conseil des conclusions tendant à infirmer le jugement, dire et juger qu'il n'y a pas lieu à répétition d'indu, débouter la caisse primaire de sa demande de condamnation au paiement de la somme de 5 154,40 euro assortie d'une majoration de 515,44 euro et condamner cet organisme à lui verser la somme de 3 000 euro en application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile.

Au soutien de son appel, il se prévaut d'abord de l'irrecevabilité de la demande de la caisse primaire dans la mesure où les actes contestés avaient fait l'objet d'une demande d'entente préalable et que le silence gardé par la caisse, passé le délai de 15 jours, valait approbation tacite de la cotation proposée par le praticien. Sur le fond, il estime que les 3 dossiers, pour lesquels la caisse lui reproche une cotation AMK 9 au lieu de AMK 6 ou 7, sont conformes à la fois aux prescriptions médicales et aux règles de la nomenclature. Il précise en effet que la cotation AMK 6 vise le soutien à la marche alors que la rééducation des deux membres inférieurs ou celle des quatre membres justifie la cotation AMK 9 et qu'en l'espèce, les prescriptions mentionnaient la rééducation des membres. Il conteste l'argument de la caisse selon lequel les patients étant dans l'incapacité de marcher, la cotation AMK 6 devait seule s'appliquer alors que la rééducation médicalement prescrite avait pour objet d'éviter une plus grande dégradation de l'état des personnes âgées concernées, compte tenu des affections multiples dont elles souffraient. Selon lui, il a procédé, pour chacun des cas restant en litige, à des massages des quatre membres et du rachis de façon à maintenir une bonne trophicité des tissus et à prévenir les esquarres. De même, il conteste l'absence de pathologie neurologique et souligne au contraire, que les ordonnances médicales font tous états de l'affection de longue durée dont les trois patients sont atteints. Enfin, il estime inutile d'organiser une mesure d'expertise, les différentes personnes concernées étant toutes décédées.

La caisse primaire d'assurance maladie de Seine et Marne fait déposer et soutenir oralement par sa représentante des conclusions de confirmation du jugement entrepris ayant condamné M. B au paiement de la somme de 5154,40 euro assortie d'une majoration de 515,44 euro, en application de l'article R 133-9-1 du code de la sécurité sociale. Elle considère en effet que les cotations faites par l'intéressé ne respectent pas les règles édictées par la Nomenclature générale des actes professionnels au regard du contenu des prescriptions médicales. Sur la formalité de l'entente préalable, elle estime que l'acceptation implicite du traitement ne la prive pas de la possibilité d'en contester la cotation lorsque celle-ci s'avère supérieure à celle prévu par la Nomenclature et fait observer qu'aucune demande d'entente préalable n'a concerné les actes de "kinésithérapie respiratoire" pratiqués dans deux dossiers. Sur le fond, elle estime que, pour les dossiers R et C, il n'y avait pas de pathologie neurologique et la cotation AMK 6 devait seule s'appliquer en vertu du titre XIV chapitre II article 9 visant la rééducation de la déambulation de la personne âgée dès lors que la situation clinique des patients s'était améliorée, que la rééducation se limitait à l'entretien de la marche et que l'altération des facultés des personnes concernées empêchait toute rééducation pour une pathologie spécifique des membres inférieurs cotée AMK9. Pour le troisième dossier concernant une patiente amputée d'une jambe, elle considère que la cotation de l'acte était AMK 7 et non AMK9 compte tenu de l'état de la patiente, grabataire en fin de vie, relevant en réalité de soins infirmiers. Enfin, elle reproche à M. B d'avoir effectué une cotation AMK 8 en sus de celle AMK 9 alors que la nomenclature ne permet pas le cumul d'actes de kinésithérapies, hors acte de rééducation respiratoire pour épisode aigu, ce qui n'est pas le cas ici. En tout état de cause, elle rappelle à la Cour la possibilité d'ordonner une expertise sur le fondement de l'article L 141-2-1 du code de la sécurité sociale, en faisant observer que cette expertise est effectuée sur pièces.

Il est fait référence aux écritures ainsi déposées de part et d'autre pour un plus ample exposé des moyens proposés par les parties au soutien de leurs prétentions ;

Motifs :

Considérant qu'aux termes de l'article R 162-52 I° du code de la sécurité sociale, lorsqu'un accord est exigé préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme de sécurité sociale sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation;

Considérant que l'acceptation tacite d'actes soumis à la formalité d'entente préalable vaut également approbation de la cotation figurant sur la demande de prise en charge et empêche l'organisme de sécurité sociale d'invoquer ultérieurement la non-conformité de cette cotation pour recouvrer auprès du praticien les prestations versées sur le fondement de l'article L 133-4 du code de la sécurité sociale ;

Considérant qu'en l'espèce, les actes de rééducation ont fait l'objet de demandes d'ententes préalables et la caisse primaire d'assurance maladie de Seine et Marne n'y a pas répondu dans le délai de quinze jours précité ; que les demandes concernant M. R et Mme C mentionnent expressément la cotation AMK 9 pour les différents actes de rééducation qui ont été prescrits à ces patients ;

Considérant que, faute de s'être opposée en temps utile à la cotation proposée par le praticien, la caisse primaire ne pouvait donc pas recouvrer ultérieurement auprès de M. B les prestations remboursées sur la base d'une cotation tacitement approuvée au motif que cette cotation ne serait pas conforme à la nomenclature ;

Que c'est donc à tort que les premiers juges ont condamné M. B à rembourser à la caisse primaire d'assurance maladie de Seine et Marne les prestations versées à M. R et Mme C sur la base de la cotation AMK 9 au lieu de AMK 6 ;

Considérant qu'en revanche, il n'est justifié d'aucune demande d'entente préalable visant les actes de rééducation respiratoire pratiqués pour Mmes C et L et la caisse primaire fait observer à juste titre que le cumul de deux actes de rééducation n'est pas possible sauf en cas d'épisode aigu non prouvé en l'espèce ; que la coexistence de deux interventions successives dans la même journée n'est pas établie ;

Considérant que M. B devra donc rembourser les actes AMK 8 indûment facturés pour chacune de ces patientes soit la somme de 49, 25 euro pour Mme C sans qu'il soit nécessaire de recourir à une mesure d'expertise ;

Considérant que de même, la facturation AMK 9 des actes de rééducation dont a bénéficié Mme L ne correspond pas à ce qui figurait sur la demande d'entente préalable qui se référait à AMK 7 ; que la prescription médicale ne fait pas état de soins palliatifs pouvant justifier une cotation supérieure à celle initialement envisagée ayant seule recueillie l'accord tacite de la caisse ;

Considérant que c'est donc à juste titre que M. B a été condamné à rembourser à la caisse primaire d'assurance maladie la somme de 926, 04 euro au titre des soins prodigués à Mme L ;

Considérant qu'ainsi, la caisse est fondée à recouvrer contre l'intéressé la somme de 975,29euro majorée de 10% soit 1072, 81 euro ;

Considérant qu'au regard de la situation respective des parties, il n'y a pas lieu de faire application en l'espèce des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile ;

Par ces motifs :

Déclare M. B recevable et partiellement fondé en son appel ;

Confirme le jugement en ce qu'il condamne M. B à rembourser à la caisse primaire les prestations versées en faveur de Mme L et celles versées pour Mme C en AMK 8 soit la somme totale de 1072, 81 euro majorations incluses;

Infirme le jugement en ce qu'il le condamne à rembourser à la caisse les prestations versées sur la base de cotation ayant fait l'objet d'une acceptation tacite de la part de l'organisme de sécurité sociale ;

Statuant à nouveau sur ce chef ;

Déclare irrecevable la demande de la caisse primaire concernant les prestations fournies à M. R et Mme C dont la cotation a été tacitement approuvée sur la base de AMK 9 ;

Dit n'y avoir lieu à application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile.

Le Greffier, Le Président,

Décision Antérieure

.. Tribunal des affaires de sécurité sociale Melun du 11 février 2011 n° 08-00569

© LexisNexis SA