SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

Dossier n° **001-2016**
M. T. c. Caisse primaire d'Assurance maladie et Echelon local du service médical des Bouches-du-Rhône
Séance du **7 juin 2017**
Décision rendue publique par affichage le **15 septembre 2017**

LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES,

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure

Le service du contrôle médical de l'échelon local des Bouches-du-Rhône et la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ont porté plainte les 1er décembre 2014 et 5 mars 2015 contre M. T. devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse pour facturation d'actes dont la matérialité n'est pas établie, durée des actes non conforme à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et non compatible avec la qualité et la sécurité des soins et facturation multiples d'actes.

Par une décision n° 004-2014, 001-2015 du 8 décembre 2015, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance lui a infligé la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois, dont trois mois avec sursis, et l'a condamné à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie la somme de 109 834,42 euros.

Procédure devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes :

Par requête enregistrée le 5 février 2016 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, sous le n°001-2016, M. T., masseur-kinésithérapeute, domicilié (…), représenté par Me Roberto Do Nascimento demande à la section :

1°) d'annuler cette décision ;

2°) statuant au fond de rejeter les griefs de la plainte ou à titre subsidiaire d'ordonner des expertises médicales qui s'imposent au regard des affections et de la quantification de la durée des actes qui lui sont reprochés ;

3°) de mettre à la charge du service médical et de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) conjointement et solidairement la somme de 3000 euros sur le fondement de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Il soutient que :

- la procédure préalable au dépôt de la plainte a été irrégulière en raison de l'absence de communication des éléments qui lui étaient reprochés ;

- la plainte de la CPAM constituée d'une lettre type est irrégulière en l'absence d'exposé des faits et moyens ainsi que de conclusions ;

- les conditions d'une jonction des instances n'étaient pas établies en l'espèce ;

- les principes du contradictoire, de l'égalité des armes et de la loyauté dans le recueil des preuves n'ont pas été respectés ;

- s'agissant des actes fictifs la preuve de l'hospitalisation des patients ou de l'absence de réalisation des actes n'est pas rapportée ;

- la preuve de la suractivité ne repose que sur une reconstitution d'activité par extrapolation et interprétation mathématique ou par des attestations d'assurés dont les conditions de recueil ne sont pas précisées ;

- les facturations multiples d'actes ne sont pas établies ;

Vu la décision attaquée ;

Par mémoire enregistré le 7 mars 2016, le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Marseille, dont l'adresse postale est 56 chemin Joseph Aiguier 13009 Marseille, conclut au rejet de la requête.

Il fait valoir que :

- la facturation d'actes pendant des périodes d'hospitalisation des patients est étayée par les pièces du dossier ;

- la suractivité est établie par le fait que M. T. a facturé jusqu'à 149 actes par jour ;

- les télétransmissions établies à des dates différentes pour des actes effectués le même jour témoignent de facturations multiples ;

Par un mémoire enregistré le 16 mars 2016 le directeur général de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, dont l'adresse postale est CS 60007, 13364 Marseille Cedex 10, conclut au rejet de la requête.

Il fait valoir que :

- la plainte de la caisse primaire d'assurance maladie était motivée en fait et en droit et à ce titre recevable ;

- la jonction des requêtes était justifiée dès lors qu'elles portaient sur des faits identiques visant le même professionnel ;

- la facturation d'actes dont la matérialité n'est pas établie, d'actes non conformes à la NGAP et non compatibles avec la qualité et la sécurité des soins et la facturation multiples d'actes de soins justifiaient le remboursement des abus d'honoraires ;

- les principes du contradictoire ont été respectés tout au long de la procédure juridictionnelle ;

- la facturation d'actes, dont la matérialité n'est pas établie, est fondée sur les pièces du dossier ;

- la durée des actes n'est pas conforme à la nomenclature générale des actes professionnels et compatible avec la qualité et la sécurité des soins ;

- les facturations multiples d'actes ressortent des pièces du dossier ;

- il n'y a pas lieu à expertise ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu le code de justice administrative ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n°2013-547 du 26 juin 2013, relatif à l'organisation et au fonctionnement des juridictions du contentieux du contrôle technique des professions de santé ;

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 ;

Vu l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie ;

Après avoir entendu en séance publique du 7 juin 2017 :

- M. François Maignien, en la lecture de son rapport ;

- Me Cengher, substituant Me Do Nascimento à l'audience, en ses observations pour M. T. ;

- Me Delmas en ses observations pour la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ;

- Le Dr Michel Melis, médecin-conseil, représentant le médecin-conseil chef de l'échelon local des Bouches-du-Rhône, en ses observations ;

M. Cengher ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

1- Considérant qu'à la suite du contrôle de l'activité de M. T., masseur-kinésithérapeute, au cours de la période du 1er janvier 2012 au 31 juillet 2013 des plaintes ont été présentées par le service médical et la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône à l'encontre de ce professionnel devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse ; que M. T. interjette appel de la décision du 8 décembre 2015 par laquelle cette juridiction lui a infligé la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pour une durée de six mois assortie d'un sursis de trois mois et l'a condamné à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie la somme de 109 834,42 euros ;

Sur la régularité de la décision attaquée :

2- Considérant que la jonction de deux requêtes pendantes devant la même juridiction, qui ne peut avoir d'influence sur le sens des décisions à prendre sur chacune d'entre elles, est sans incidence sur la régularité de la décision attaquée ;

Sur les plaintes

En ce qui concerne la régularité de la procédure préalable au dépôt de la plainte :

3- Considérant qu'aux termes du premier alinéa du IV de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, issu de la loi du 13 août 2004 et relatif à l'analyse de l'activité des professionnels de santé : « *(…) La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret* » ; que ces disposition n'ont pas pour effet de faire du respect des droits de la défense lors de la procédure de contrôle médical, telle que définie notamment à l'article R. 315-1-1 et R. 315-1-2 du code de la sécurité sociale, une condition de recevabilité de la plainte devant les juridictions chargées du contentieux du contrôle technique, dès lors que le respect de ces droits est, alors, assuré par l'application des règles de procédure juridictionnelle ; que, par suite, le moyen soulevé par M. T. selon lequel la procédure préalable au dépôt de la plainte aurait été irrégulière en raison de l'absence de communication des éléments qui lui étaient reprochés est sans influence sur la recevabilité de la plainte ;

En ce qui concerne la recevabilité des plaintes du service médical et de la caisse primaire d'assurance maladie :

4- Considérant que M. T. soutient qu'en l'absence de précisions suffisantes les plaintes manqueraient de fondement ; qu'il résulte toutefois de l'instruction qu'elles sont assorties tant dans leur énoncé que dans leurs annexes de l'ensemble des éléments permettant à la juridiction de former son appréciation ; que par suite, et en tout état de cause, le requérant n'est pas fondé à soutenir que les poursuites n'ont pas été régulièrement engagées à son égard ;

En ce qui concerne les griefs énoncés à l'encontre de M. T.*:*

Quant aux griefs de facturation d'actes dont la matérialité n'est pas établie :

5- Considérant, en premier lieu, qu'il résulte de l'instruction que pour décider que les actes, suppléments et indemnités de déplacements facturés par M. T. pour 21 patients (n° 34,117,124,129,131,141,149,161,167,176,185,276,279,287,291,293,296,310,315,322 et 323) ne pouvaient avoir été réellement effectués par ce professionnel dès lors que ces patients étaient hospitalisés aux dates correspondantes, les premiers juges se sont fondés sur des documents émanant des établissements eux-mêmes ; qu'ils ont écarté le grief s'agissant du dossier n° 130 au motif que la preuve n'était pas rapportée par une simple conversation téléphonique avec la famille du patient ; qu'ainsi le moyen tiré de ce que la plainte ne serait pas étayée ne peut qu'être écarté ; qu'il y a lieu de retenir le grief par adoption des motifs des premiers juges ;

6- Considérant, en deuxième lieu, qu'il y a lieu de donner acte à M. T. de ce que la cotation de trois séances de balnéothérapie (AMS 2,2) au titre du patient n° 236 visité à domicile résulte d'une confusion avec le supplément domicile d'un montant voisin, cette erreur ayant d'ailleurs été admise par l'assurance maladie ;

7- Considérant, en troisième lieu, que le témoignage de la patiente n°255 exclut toute réalisation d'actes de la part de M. T. et, en raison de sa précision, doit être considéré comme attestant du caractère fictif des 125 séances ; que toutefois il y a lieu par adoption des motifs des premiers juges d'écarter le même grief de cotation d'actes fictifs s'agissant de la patiente n° 257, fille de la précédente, qui, majeure et capable, ne pouvait être engagée par le témoignage de sa

mère, cette patiente ayant au surplus produit en appel une attestation selon laquelle elle aurait bénéficié des soins ;

Quant aux griefs de durée d'actes non conforme à la NGAP et non compatible avec la qualité et la sécurité des soins :

8- Considérant que, s'il résulte du préambule du Titre XIV de la NGAP applicable aux actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle que *« sauf exceptions prévues par le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes »,* certains actes de rééducation peuvent être conduits sous forme de traitements de groupe à la condition expresse que le nombre de patients par groupe n'excède pas trois et que le temps consacré individuellement à chaque patient soit de l'ordre de trente minutes par période continue ou fractionnée ; que les plaignants font valoir en produisant un ensemble d'attestations émanant de 38 patients, et non de 90 dès lors que certains dossiers sont cités au titre de plusieurs griefs, que M. T. ne respectait pas les modalités de conduite du traitement de groupe, ni celles relatives au traitement en parallèle, qu'il ne respectait pas la durée minimale de l'ordre de 30 minutes et qu'il assimilait à des séances de rééducation des catégories de soins qui auraient dû faire l'objet d'une prise en charge individuelle ; que pour retenir que seuls les griefs concernant 28 patients traités en séances de groupe laissaient apparaître un manquement aux modalités prescrites par la NGAP et rejeter le grief s'agissant de 10 autres dossiers, les premiers juges se sont fondés sur le caractère probant des témoignages produits par les plaignants ; que les circonstances invoquées par M. T. que les conditions dans lesquelles les patients ont été interrogés par les agents enquêteurs auraient pu être orientées et que les patients confondraient durée de séance et durée des soins ne conduisent pas à écarter les témoignages en cause ; qu'il y a lieu sur ce point d'adopter les motifs des premiers juges ;

Quant au grief de facturation multiple d'actes

9- Considérant qu'au terme du préambule du titre XIV de la NGAP, *« à chaque séance s'applique (…) une seule cotation correspondant au traitement de la pathologie ou du traitement anatomique en cause »* ; que ces dispositions excluent, sauf exception, l'application d'une seconde cotation au cours de la même séance ; qu'ainsi les cumuls de cotation appliqués pour les dossiers 17,45,82,141,225 et 236, qui n'entrent pas dans le cadre des exceptions prévues par les textes, ont un caractère fautif ; qu'en revanche s'il y a lieu de tenir compte des explications apportées par le professionnel pour le dossier n° 35 (facturation reprise par ses soins après observations de la CPAM), les autres dossiers de la plainte doivent être retenus à l'exception du dossier n° 130 exclu par les premiers juges ; que l'argumentation présentée pour le dossier n° 45 que la double facturation correspondrait à des actes différents effectués au cours de la même séance ne peut qu'être écartée ;

10- Considérant que les faits retenus ci-dessus à l'encontre de M. T. constituent des fautes, abus et fraudes, susceptibles de lui valoir le prononcé d'une sanction en application des dispositions des articles L. 145-5-1 et L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale ; que les premiers juges ont fait une exacte appréciation de la gravité de son comportement fautif en lui infligeant une interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, dont trois mois assortis du sursis ; qu'il y a lieu, en conséquence de confirmer sur ce point la décision attaquée et de rejeter la requête de M. T. ;

Sur la demande de remboursement présentée par la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône :

11- Considérant qu'aux termes de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale, les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sont appelées à connaître des *« fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant*

l'exercice de la profession » ; qu'aux termes de l'article L. 145-5-2 du même code : «*Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (…) sont : (…) 4°) Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé (…) »* ; que constituent des honoraires abusifs au sens de ces dispositions ceux qui sont réclamés pour un acte facturé sans avoir jamais été réalisé, pour un acte surcoté, pour un acte réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement pratiqué, il équivaut à une absence de soins, ou encore ceux dont le montant est établi sans tact ni mesure ;

12- Considérant qu'il y a lieu dans la présente espèce de retenir comme abus d'honoraires les actes reconnus comme fautifs aux points n°5 et 7 (actes fictifs), au point n°8 (actes réalisés dans des conditions telles qu'ils équivalent à une absence de soin) et au point n°9 (surcotation) ; que le montant des sommes en cause s'élève à la somme de 105 640,12 euros ;

Sur les conclusions tendant à l'application de l'article L 761-1 du code de justice administrative :

13- Considérant qu'il n'y a pas lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge du service du contrôle médical de l'échelon local des Bouches-du-Rhône et de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme que M. T. demande au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E

Article 1er : La requête de M. T. est rejetée.

Article 2 : La sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois dont trois mois avec sursis, infligée à M. T. par la décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, en date du 8 décembre 2015, prendra effet le 1er janvier 2018 à 0h et cessera de porter effet le 31 mars 2018 à minuit.

Article 3 : M. T. reversera à la caisse primaire centrale des Bouches-du-Rhône la somme de 105 640,12 euros.

Article 4 : La décision n° 004-2014, 001-2015 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte-D'azur, en date du 8 décembre 2015, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à M. T., au médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical des Bouches-du-Rhône, à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Bouches-du-Rhône, au conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, au directeur de l'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'agriculture.

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

Copie pour information en sera délivrée à Me Do Nascimento.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 07 juin 2017, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. MAIGNIEN, membre titulaire et M. JOURDON, membre suppléant, désignés par le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le Dr GUERY et M. le Dr MICHEL, membres titulaires, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

LE CONSEILLER D'ETAT HONORAIRE
PRESIDENT DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

GILLES BARDOU

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

AURELIE VIEIRA

La République mande et ordonne au ministre chargé de la santé en ce qui le concerne, ou à tous huissiers de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision