

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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

N°006-2022 M. X. c. CPAM des Bouches-du-Rhône

Décision rendue publique par affichage le 07 mars 2024

La section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes,

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure :

La caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône a porté plainte le 19 décembre 2019 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 contre M. X., masseur-kinésithérapeute.

Par une décision n°03-2019 du 2 août 2022, 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 a infligé à M. X. la peine de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de six mois assortie du sursis pour une durée de trois mois.

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

Par une requête enregistrée le 13 octobre 2022, sous le numéro 006-2022, au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, M. X. demande la réduction de la sanction, en retenant une sanction totalement couverte par le sursis, que soit déduit la moitié des indus des facturations du samedi qui servaient de compensation aux traitements d'ostéopathie ainsi que les indus correspondants aux dossiers n^{os} 3, 17 et 19.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- Le code de justice administrative ;
- Le code de la santé publique ;
- Le code de la sécurité sociale ;
- 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 ;
- 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.

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience.

Après avoir entendu au cours de l'audience publique du 5 mars 2024 :

- M. Roger-Philippe Gachet en son rapport ;
- M. X., dûment convoqué, n'étant ni présent ni représenté ;
- Les observations de Me Sophie Tassel pour la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône.

Après en avoir délibéré,

Considérant ce qui suit :

1. A la suite d'un contrôle de l'activité de M. X., masseur-kinésithérapeute portant sur les actes effectués par lui du 2 février 2017 au 20 mars 2019, une plainte a été déposée le 19 décembre 2019 par le directeur général de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse. M. X. fait appel de la décision du 2 août 2022, par laquelle les premiers juges lui ont infligé la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, dont trois mois assortis du sursis.

Sur les conclusions tendant à la réduction des montants des indus mis en recouvrement :

2. La procédure prévue par les dispositions précitées de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale est indépendante de toute autre procédure, et notamment du contentieux qui peut être engagé par le professionnel devant le juge judiciaire pour contester le montant des indus mis en recouvrement par la caisse en conséquence de griefs par ailleurs soumis à la juridiction du contentieux du contrôle technique. Par suite, ainsi que le soutient la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, les conclusions présentées par M. X. tendant à la discussion des indus mis en recouvrement le 10 septembre 2019 ne peuvent qu'être rejetées comme portées devant une juridiction incompétente pour en connaître.

Sur les faits reprochés à M. X. :

3. Aux termes de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale : « *Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes [...] à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des masseurs-kinésithérapeutes [...] dite[s] "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance" et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes [...] dite[s] "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes" [...]* ».

4. Selon l'article 5 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : « *Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession : (...) / c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence. Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet* ». Selon l'article 2 des dispositions générales de la nomenclature : « *Tout acte est désigné par une lettre clé et un coefficient. / 1. Lettre clé (...) / Selon le type de l'acte les lettres clés à utiliser sont les suivantes : (...) / AMK- Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé. / AMC - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre clé AMK.* ». Selon le titre XIV de la 2^{ème} partie de la nomenclature : « *(...) / Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute (...) pour les actes de l'article 8 du chapitre 11, pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manœuvres de massage, des actes de gymnastique médicale ou des techniques de physiothérapie. Sauf exceptions prévues dans le texte, ces cotations ne sont pas cumulables entre elles. / À chaque séance s'applique donc une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause (1). (1) Il découle de ces dispositions liminaires spécifiques que, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance.* »

5. Il ressort des pièces du dossier que la plainte formée à l'encontre de M. X. est consécutive à un contrôle de facturation ciblé par le service maîtrise médicalisée de la caisse qui a constaté des ajouts manuscrits sur les ordonnances et une facturation d'actes plus importante que le nombre d'actes prescrits. Il résulte des informations consignées sur le relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP) de ce professionnel que sur l'année 2016, le montant de remboursement de ses actes s'élève à 168 143 euros, ce montant étant 2,6 fois supérieur à la moyenne régionale de 64 095 euros. Il est constaté également que la facturation d'actes en AMS et en AMK, supérieure de près de 60% à la moyenne régionale en 2016, progresse en 2017 et 2018 pour atteindre un niveau de 80%. En se bornant à soutenir que le volume des actes est consécutif au départ en retraite de deux masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans le même bâtiment et à l'afflux d'une demande de soins considérable, M. X. ne conteste pas utilement la procédure de contrôle dont il a fait l'objet.

6. Il résulte des énonciations de la décision attaquée que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse a, s'agissant de l'analyse d'activité conduite sur la période allant du 2 février 2017 au 20 mars 2019, retenu des irrégularités découlant de la facturation d'actes non réalisés dans 21 dossiers pour des actes facturés lors des jours de fermeture du cabinet, lors de l'absence des patients ou de leur hospitalisation ou pour des actes facturés en double, des irrégularités découlant de la facturation d'actes non remboursables dans 2 dossiers s'agissant d'actes d'ostéopathie, des irrégularités découlant de la falsification de prescriptions médicales dans 7 dossiers par ajout manuscrit afin d'augmenter la cotation de l'acte, des irrégularités découlant de la surcotation d'actes dans 6 dossiers, des irrégularités découlant de la facturation de frais de déplacement non justifiés dans 2 dossiers pour des patients pris en charge au même domicile et enfin des irrégularités découlant du non-respect du nombre de séances prescrit dans 5 dossiers.

7. Il résulte, en premier lieu, des énonciations de la décision attaquée que M. X. a reconnu avoir réalisé des soins d'ostéopathie, non remboursables par l'assurance maladie, et les avoir facturés à la caisse primaire centrale d'assurance maladie en tant que soins de kinésithérapie. En se bornant à soutenir que sa pratique de l'ostéopathie est liée au profil particulier de la population de l'arrondissement de la ville de (...) où il exerce, dans la mesure où cette population de condition modeste étant en demande de soins d'ostéopathie, il a été conduit à facturer des séances de kinésithérapie le samedi pour ne pas les en priver, M. X. ne conteste pas utilement l'appréciation portée par les premiers juges sur ce grief.

8. Il résulte, en deuxième lieu, des énonciations de la décision contestée que les premiers juges ont retenu le grief tiré du non-respect du nombre de séances prescrites pour les dossiers n^{os} 1 à 4 et 21 précisant que M. X. avait reconnu avoir commis ces irrégularités. Pour contester le bien-fondé de cette appréciation en ce qui concerne le dossier n^o 21, M. X. invoque les dispositions de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique selon lesquelles un masseur-kinésithérapeute peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an. Cette argumentation est en tout état de cause, inopérante dès lors qu'il admet être dans l'impossibilité de produire l'ordonnance permettant d'accréditer ses dires. Le grief doit donc être maintenu.

9. Il résulte, en troisième lieu, que s'agissant de la facturation d'actes non réalisés dans le dossier n^o 19, M. X. se borne à soutenir que s'agissant d'une patiente de 93 ans, atteinte de troubles cognitifs, les éléments rapportés par l'inspectrice ne sauraient constituer une preuve irréfragable. Néanmoins, il ne résulte pas de l'instruction que l'assurée qui a été auditionnée, en présence de proches, dans l'EHPAD où elle avait été transférée, souffrait d'une pathologie ayant entravé ses facultés mentales lors de son audition ainsi qu'en attestent les déclarations de son médecin traitant dont le témoignage a été recueilli lors du contrôle. Le grief doit donc être maintenu.

10. Il résulte, en quatrième lieu, des énonciations de la décision contestée que s'agissant de la surcotation d'acte afférente au dossier n° 1, les premiers juges ont relevé que si en vertu de l'avenant n°5 de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'union nationale des caisses d'assurance maladie signé le 8 février 2018, les actes d'une durée d'une heure trente réalisés sur des patients atteints d'une insuffisance respiratoire chronique ont été revalorisés avec une cotation AMK 28, il résulte de l'instruction que les soins prodigués par M. X. n'ont pas atteint cette durée. En se bornant à soutenir que d'une part, l'âge du patient n'autorisait pas des soins d'une heure trente et d'autre part, qu'il était dans l'ignorance de la condition de durée définie à l'avenant n°5 de la convention, M. X. ne conteste pas utilement l'appréciation portée par les premiers juges sur l'inadéquation de la cotation au regard du temps d'intervention. Par ailleurs, il ressort de l'examen des pièces du dossier que la prescription en date du 14 juin 2018 dont bénéficiait le patient avait pour objet trente séances de massage et rééducation respiratoire, des membres inférieurs et des pieds, ce qui ne saurait s'assimiler aux actes de réhabilitation respiratoire pour des patients en ALD atteints d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) relevant de la cotation AMK 28 introduite par l'avenant n° 5 précité et applicable à compter du 1^{er} juillet 2018. Si la première séance de soins réalisée sur le fondement de cette prescription le 16 juin 2018 a été cotée en AMS 4.75, AMK 8 et IFR 1, les séances réalisées ultérieurement ont été cotées à compter de la séance du 21 juillet 2018 en AMK 28. Il en est de même de la prescription en date du 4 septembre 2018 relative à trente séances de rééducation respiratoire et renforcement de la sangle abdominale, massage des membres inférieurs et des pieds, l'ensemble des séances ayant été cotées AMK 28. Le grief doit donc être maintenu.

11. Il résulte, en cinquième lieu, que s'agissant du grief tiré des modifications de prescription, l'argument invoqué par M. X. selon lequel les médecins modifieraient eux-mêmes la prescription en fin de consultation, paraît difficilement plausible pour expliquer que cette situation ait pu se reproduire systématiquement dans les sept dossiers où le grief a été retenu alors qu'il ressort des pièces du dossier que les médecins intéressés qui ont été interrogés sur ce point, ont formellement indiqué ne pas avoir réalisé ces ajouts. Par ailleurs, la circonstance à la supposer établie que les ordonnances incriminées ne représentent qu'un montant de 408,74 euros soit 0,25% du total des soins, est inopérante sur l'appréciation de la matérialité du grief.

12. Il résulte de tout ce qui précède que M. X. n'est pas fondé à se plaindre de que 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 aurait fait une inexacte appréciation de sa responsabilité. Dans les circonstances de l'espèce, alors que la juridiction n'est saisie que de l'appel de M. X., eu égard à la règle selon laquelle une sanction infligée en première instance par une juridiction du contentieux du contrôle technique ne peut être aggravée par le juge d'appel saisi du seul recours de la personne frappée par la sanction, la sanction de six mois d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux assortie du sursis sur une période de trois mois ne peut qu'être confirmée.

DECIDE :

Article 1^{er} : La requête de M. X. est rejetée.

Article 2 : La sanction rappelée au point 12 de la présente décision sera exécutée, pour sa partie non assortie du sursis, du 1^{er} mai 2024 à 0h et cessera de porter effet le 31 juillet 2024 à minuit.

Article 3 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant une période de deux mois à compter de la date d'effet de la sanction mentionnée à l'article 2.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à M. X., au directeur de la caisse primaire centrale d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône, au directeur de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, à 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, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Bouches-du-Rhône, à la ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités et au ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire.

Copie pour information en sera délivrée à Me Tassel.

Ainsi fait et délibéré par Mme MONCHAMBERT, Conseillère d'Etat honoraire, Présidente suppléante, M. GACHET et M. ROUMIER, membres titulaires, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; M. le Dr LAGARRIGUE, membre titulaire et Mme le Dr DANCOISNE, membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

LA CONSEILLERE D'ETAT HONORAIRE
PRESIDENTE SUPPLEANTE DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE
DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

SABINE MONCHAMBERT

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.