

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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

N°005-2023 Mme X. c. CPAM des Bouches-du-Rhône

Décision rendue publique par affichage le 21 juin 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 17 mars 2021 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 Mme X., masseur-kinésithérapeute.

Par une décision n°04-2021 du 9 mars 2023, 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 Mme 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 8 mai 2023, sous le numéro 005-2023, au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes Mme X., représentée par Mes Nicolas Choley et Thibaud Vidal, demande de :

- à titre principal,
 - rejeter la plainte formulée par la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ;
- à titre subsidiaire,
 - réformer ladite décision et ramener la sanction infligée en première instance à de plus justes proportions ;
- en tout état de cause,
 - mettre à la charge du conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse la somme de 5 000 euros au titre des dispositions de l'article L.761-1 du code de justice administrative.

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 30 avril 2024 :

- M. Roger-Philippe Gachet en son rapport ;
- Les observations de Me Joseph Méot, se substituant à Mes Nicolas Choley et Thibaud Vidal, pour Mme X. ;
- Les observations de Me Sophie Tassel pour la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône.

Me Méot ayant été invité à prendre la parole en dernier.

Après en avoir délibéré,

Considérant ce qui suit :

1. La caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône a porté plainte contre Mme X. 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. Par une décision du 9 mars 2023, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a infligé à Mme X. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée globale de six mois, dont trois mois avec sursis. Mme X. fait appel de cette décision devant la section des assurances sociales du Conseil national.

Sur la régularité de la décision attaquée :

2. L'article R. 145-41 du code de la sécurité sociale, dispose que « *la minute de la décision est signée par le président de la formation de jugement et le secrétaire de l'audience* ». Si la circonstance que l'ampliation de la décision qui a été notifiée à Mme X. ne comporte pas l'une de ces signatures est sans incidence sur la régularité de cette décision, en revanche il ressort des pièces du dossier que la minute de la décision attaquée a été signée par la présidente et la secrétaire de l'audience, conformément aux dispositions précitées. Par suite, le moyen tiré de l'irrégularité de cette décision à raison du défaut de signature ne peut qu'être écarté.

Sur l'irrégularité de la procédure de contrôle préalable :

3. Il ressort des pièces du dossier qu'à la suite de l'analyse des relevés individuels d'activité et de prescriptions afférents correspondant à l'activité de Mme X. au cours des années 2018 et 2019, qui ont mis en évidence des montants d'actes remboursés supérieurs à deux fois la moyenne régionale en 2018 et à deux fois et demi en 2019, la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône a procédé à une reconstitution de son agenda sur la période allant du 4 janvier 2019 au 26 juin 2020.

4. Aux termes de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable au litige : « *Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire* ». Selon le III de l'article R. 114-18 du code de la sécurité sociale : « *Lorsque les vérifications portent, en application de l'article L. 162-1-20, sur les médicaments, les dispositifs médicaux, les produits ou les prestations de service et d'adaptation associées inscrits sur les listes prévues aux articles L. 162-17 et L. 165-1, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie adresse à l'établissement de santé ou à la personne physique ou morale un avis qui mentionne la date et l'heure du contrôle, l'objet des vérifications ou de l'enquête ainsi que la possibilité pour l'établissement ou la personne physique ou morale de se faire assister du conseil de son choix pendant les vérifications ou l'enquête administrative. Cet avis transmis par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception doit parvenir au moins quinze jours avant la date de la première visite.* »

5. Si le respect des exigences procédurales par les services de l'assurance maladie pendant la phase de contrôle préalable à la saisine de la juridiction du contrôle technique ne constitue pas une condition de recevabilité de la plainte et si cette phase de contrôle préalable ne constitue pas un élément de la procédure suivie devant la juridiction, de sorte que l'éventuelle irrégularité de cette phase préalable ne saurait par elle-même entacher d'irrégularité la procédure juridictionnelle, le professionnel de santé poursuivi devant la juridiction du contrôle technique peut toujours se prévaloir de circonstances antérieures à l'engagement des poursuites disciplinaires de nature à affecter la régularité de la procédure juridictionnelle suivie ou le bien-fondé de la sanction susceptible d'être infligée. En particulier, il peut utilement faire valoir que, pendant la phase de contrôle préalable, il aurait été porté par avance une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle ou que des irrégularités ayant entaché cette phase de contrôle préalable affectent la valeur probante des éléments produits lors de l'instance juridictionnelle ou conduisent à remettre en cause l'existence matérielle ou la qualification des faits dénoncés dans la plainte.

6. Il résulte de l'instruction que le contrôle de l'activité de Mme X. a été conduit sur le fondement de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale précité. Si Mme X. se prévaut de la procédure prévue par les dispositions de l'article R. 114-18 précitées et de la charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie, l'absence de respect des exigences prévues par ces textes ne saurait par elle-même entacher d'irrégularité, la procédure juridictionnelle suivie. En tout état de cause, la caisse ne s'est pas prévalu lors du contrôle de Mme X. des dispositions de la charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie, tandis que les dispositions de l'article R. 114-18 ne sont pas applicables à sa situation dès lors que les vérifications opérées par la caisse n'ont pas porté sur les médicaments, les dispositifs médicaux, les produits ou les prestations de service et d'adaptation associées inscrits sur les listes prévues aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Les moyens ainsi soulevés sont donc inopérants. Par ailleurs, il résulte de l'instruction que Mme X. a été avertie de la date du contrôle du 4 septembre 2020 par un courrier du 12 août 2020, n'a pas été empêchée de faire valoir ses observations sur les anomalies qui lui ont été signalées lors de l'audition et a signé le procès-verbal. Dans ces conditions, il ne résulte pas de l'instruction qu'il aurait été porté par avance, durant cette phase préalable, une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle, ni que des irrégularités ayant entaché cette phase auraient affecté la valeur probante des éléments produits lors de l'instance juridictionnelle ou conduiraient à remettre en cause l'existence matérielle ou la qualification des faits dénoncés dans la plainte. Au demeurant, Mme X. a pu, lors de la procédure conduite par les premiers juges, apporter tous moyens et éléments de nature à assurer sa défense. Par suite, l'exception d'irrégularité de la procédure soulevée par Mme X. doit être écartée.

Sur la prescription :

7. Aux termes de l'article R. 145-22 du code de la sécurité sociale : « *Les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre (...) des masseurs-kinésithérapeutes (...) sont saisies, dans les cas prévus aux articles L. 145-1, L. 145-5-1, R. 145-1 et R. 145-8, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au secrétariat de la section intéressée dans le délai de trois ans à compter de la date des faits. (...)* »

8. La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ayant été saisie le 17 mars 2021, la plainte de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône n'est recevable, en application de ces dispositions, qu'en tant qu'elle concerne des actes pour lesquels Mme X. a émis une facture après le 17 mars 2018. Il est constant que la caisse primaire centrale a saisi la section des assurances sociales pour des actes facturés par Mme X. du 2 janvier 2019 au 25 juin 2020. Dans ces conditions, contrairement à ce que soutient Mme X., les éventuelles fautes, abus ou fraudes commis à l'occasion de ces facturations n'étaient pas atteints par la forclusion prévue par l'article R. 145-22 du code de la sécurité sociale.

Sur les faits reprochés à Mme X. :

En ce qui concerne le grief de suractivité :

9. Selon les dispositions introductives du titre XIV de la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) « *Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute, ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, se consacre exclusivement à son patient.* » En vertu de l'article 1er du chapitre III du titre XIV de la nomenclature, pour les traitements de groupe, « (...) *Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois. La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure* ». L'article 2 du même chapitre prévoit que si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients, le temps consacré individuellement à chaque patient doit être « *de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée* ». Ces dispositions ont pour objet de favoriser la qualité des soins en instituant une durée minimale approximative pendant laquelle un professionnel doit se consacrer à son patient.

10. Il résulte des pièces du dossier que l'analyse de l'activité de Mme X. a fait apparaître que pour l'année 2018, sa facturation s'est opérée en majorité en AMS pour un volume de 57303 actes alors que la moyenne régionale est de 24310 actes, soit un dépassement de 136% à cette moyenne, que sa facturation en AMK comportait un volume de 8062 actes alors que la moyenne régionale s'établit à 7452 actes soit un dépassement de 8%, et que le montant des soins qui lui a été remboursé s'est élevé à 140 570 euros, soit un montant deux fois supérieur à la moyenne régionale de 78 887 euros. En ce qui concerne l'année 2019, sa facturation s'est opérée en majorité en AMS pour un volume de 87722 actes alors que la moyenne régionale est fixée à 24673 actes soit un dépassement de 256% à cette moyenne, que sa facturation en AMK comportait un volume de 9881 actes soit un dépassement de 31% au regard de la moyenne régionale qui s'établit à 7537 actes, et que le montant des soins qui lui a été remboursé s'est élevé à 209 330 euros, soit un montant deux fois et demi supérieur à la moyenne régionale de 78 920 euros. Il a également constaté que Mme X. facture de façon importante en mode dégradé sans la carte Vitale des patients avec un délai de facturation moyen de 540 jours.

11. La reconstitution de l'agenda de Mme X., en tenant compte d'une part, de l'amplitude horaire de travail de douze heures trente déclarée lors de l'audition pour une activité au cabinet et à domicile suivant une répartition aléatoire selon les périodes et d'autre part, des seuls actes de rééducation liés à une durée de séance de l'ordre de trente minutes, a fait ressortir 372 journées correspondant à 4594 actes en anomalie sur la période de soins contrôlée, soit près de 49 % des 764 journées qu'elle a facturées, dont 48 journées comportent une facturation de plus de 50 actes et une journée jusqu'à 65 actes.

12. Si Mme X. conteste les modalités de calcul retenues par la caisse pour établir la durée moyenne des séances et l'existence du grief, en faisant valoir le temps de travail de douze heures trente par jour ne peut être retenu comme temps de référence dès lors qu'elle a donné cette réponse dans le cadre de l'audition sans avoir son agenda sous les yeux et sans pouvoir vérifier les horaires effectués sur la période faisant l'objet du contrôle, elle ne justifie en aucune façon la durée de dix-huit heures qu'elle invoque comme pouvant se substituer à celle déclarée qui n'apparaît pas plausible. Si elle soutient que l'accroissement de son activité est dû en partie à la fermeture du cabinet d'un confrère situé dans la même zone, cet argument n'est pas de nature à l'exonérer de sa responsabilité. De même les circonstances que le cabinet aurait été désorganisé par un virus informatique et le remplacement de la secrétaire qu'elle invoque pour expliquer le retard de facturation en reconnaissant d'ailleurs manquer de discipline administrative, sont sans incidence sur la réalité du grief. Dans ces conditions, la reconstitution d'activité à laquelle la caisse a procédé n'apparaît pas erronée et démontre que

le grand nombre de patients pris en charge sur la période en cause, ne lui permettait pas d'assurer le niveau de qualité de soins exigé par les dispositions précitées de la nomenclature générale des actes professionnels pour les soins remboursés par l'assurance-maladie.

En ce qui concerne le grief de double facturation :

13. Selon le titre XIV de la 2^{ème} partie de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : « (...) Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute, ou la sage-femme pour les actes de l'article B du chapitre II, 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. A chaque séance s'applique donc une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause (I). (I) 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. »

14. Il résulte de l'instruction que, pour les dossiers n° 360 et n° 497, Mme X. a, à treize reprises, facturé deux fois le même acte, à deux dates différentes, à partir d'une même prescription. Mme X. reconnaissant cette double facturation, la matérialité du grief est établie.

En ce qui concerne le grief de la facturation d'indemnités de déplacement non justifiées :

15. Selon l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : « Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé. »

16. Il résulte de l'instruction que, pour les dossiers n°1 et n°2, Mme X. a facturé à cinquante reprises des frais de déplacement pour les deux membres d'un couple vivant au même domicile. Il résulte de l'instruction que Mme X. a reconnu ignorer cette règle. La matérialité du grief est ainsi établie.

Sur la sanction :

17. Les griefs retenus aux points 10, 11, 12, 14, et 16 ont le caractère de fautes et abus susceptibles de valoir à Mme X. 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. Au regard de leur nature et de leur nombre, les premiers juges n'ont pas fait une inexacte appréciation de leur gravité en prononçant à l'encontre de Mme X. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de six mois dont trois mois avec sursis.

Sur les conclusions présentées au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

18. Les dispositions de cet article font obstacle à ce qu'une somme soit mise à la charge de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, qui n'est pas la partie perdante dans la présente instance, au titre des frais exposés et non compris dans les dépens.

DECIDE :

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

Article 2 : L'exécution de la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois dont trois mois avec sursis prononcée par la décision du 9 mars 2023 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse sera exécutée, pour sa partie non assortie du sursis, du 1^{er} octobre 2024 à 0h et cessera de porter effet le 31 décembre 2024 à minuit.

Article 4 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire centrale 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 5 : La présente décision sera notifiée à Mme 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 Mes Choley et Vidal et 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 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.