

SAS n°002-2024

PRESENTATION

			Réformation de la décision
Instance	Section des assurances sociales du Conseil national	Dispositif	Interdiction permanente du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux + Versement à la CPAM de la somme de 46 692.85 euros
Date	28/11/2025		
Type de jugement	Décision		
Numéro de dossier	002-2024		

MOTS-CLES

- Abus d'honoraires
- Exercice illégal de la profession
- Qualité et sécurité des soins – Soins consciencieux
- Procédure préalable à l'introduction de l'instance
- Introduction de l'instance
- Délai de prescription des actes
- Désistement d'instance

ABSTRACT

Masseuse-kinésithérapeute mise en cause par la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône pour non-respect de la durée réglementaire des séances de rééducation, atteinte à la qualité des soins, exercice avec une collaboratrice en situation d'exercice illégal de la masso-kinésithérapie et abus d'honoraires. La section des assurances sociales de première instance lui avait infligé la sanction de l'interdiction permanente du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux et l'avait condamnée à reverser à la caisse la somme de 81 780,20 euros.

La professionnelle a fait appel de cette décision. Elle contestait notamment la recevabilité de la plainte, en soutenant que celle-ci avait été retirée par la caisse au cours de la procédure. La chambre relève toutefois qu'aucune décision juridictionnelle n'avait donné acte de ce désistement avant que la caisse ne revienne sur sa décision et confirme le maintien de sa plainte. Les faits poursuivis n'étaient par ailleurs pas prescrits, la saisine étant intervenue dans le délai de trois ans prévu par le code de la sécurité sociale.

La professionnelle contestait également la régularité du contrôle effectué par la caisse. La chambre rappelle que les agents chargés de certains contrôles doivent être agréés et assermentés lorsqu'ils exercent des prérogatives de puissance publique, notamment lorsqu'ils procèdent à des auditions. Elle constate que l'agent ayant participé au contrôle disposait bien des habilitations et avait prêté serment conformément aux règles applicables.

Sur le fond, le contrôle a fait apparaître une activité particulièrement importante. Les remboursements de soins atteignaient chaque année un montant plusieurs fois supérieur à la moyenne régionale. La reconstitution de l'activité a surtout révélé un nombre très élevé d'actes réalisés sur certaines journées : sur 404 journées facturées, 302 présentaient des anomalies, représentant plus de 8 300 actes. Certaines journées comportaient plus de 30 ou 40 actes, avec un maximum de 111 actes facturés.

La professionnelle contestait la méthode de calcul de la caisse et soutenait notamment qu'il fallait tenir compte d'une amplitude horaire importante ainsi que de l'activité d'une collaboratrice. La section des assurances sociales écarte ces arguments. Elle rappelle que, pour être pris en charge par l'Assurance maladie, les actes doivent être effectivement réalisés dans des conditions permettant au masseur-kinésithérapeute de se consacrer réellement à ses patients. La nomenclature prévoit notamment, sauf exceptions, des séances d'environ trente minutes et encadre strictement les possibilités de prise en charge simultanée de plusieurs patients.

La professionnelle ne pouvait davantage se prévaloir de l'activité de sa collaboratrice pour justifier les volumes constatés. Cette dernière n'était pas autorisée à exercer la masso-kinésithérapie en France et son diplôme étranger n'avait pas été reconnu par les autorités compétentes. Son intervention caractérisait ainsi un exercice illégal de la profession. La faible rémunération qui lui avait été reversée sur la période contrôlée ne permettait pas davantage d'expliquer les volumes d'activité retenus.

La juridiction nationale considère ainsi que le nombre d'actes facturés sur certaines journées était incompatible avec une prise en charge effective des patients dans les conditions exigées par la nomenclature. Ces actes, même lorsqu'ils avaient matériellement été réalisés, pouvaient donc être regardés comme ayant été accomplis dans des conditions équivalant à une absence de soins.

Au regard de la nature, de l'ampleur et de la répétition des faits, la section des assurances sociales du Conseil national confirme la sanction de l'interdiction permanente du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux. Elle retient que 4 704 actes avaient été réalisés dans des conditions telles qu'alors même qu'ils avaient été effectivement pratiqués, ils équivalaient à une absence de soins et avaient donné lieu à la facturation d'honoraires abusifs. Elle ramène à 46 692,85 euros la somme que la praticienne doit reverser à la caisse et ordonne la publication de la décision par affichage dans les locaux administratifs de celle-ci ouverts au public pendant une durée de deux mois.

Code de la sécurité sociale : Articles L. 114-10, L. 145-5-1, L. 145-5-2 et R. 145-22.

Nomenclature générale des actes professionnels : Dispositions générales, article 5 ; Titre XIV, dispositions préliminaires ; chapitre III, articles 1 et 2.

DECISION DE PREMIERE INSTANCE

Instance 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

Date 04/04/2024

Dispositif Interdiction permanente du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux + versement à la CPAM de la somme de 81 780,20 euros.

PARTIES A L'INSTANCE

EN PREMIERE INSTANCE

Qualité du/des plaignant(s) Caisse primaire centrale d'Assurance maladie des Bouches-du-Rhône

Qualité du/des défendeur(s) Masseuse-kinésithérapeute

EN APPEL

Qualité du/des requérant(s) Masseuse-kinésithérapeute

Qualité du/des défendeur(s) Caisse primaire centrale d'Assurance maladie des Bouches-du-Rhône