

**LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIERE INSTANCE DU CONSEIL
REGIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Audience publique du 11 décembre 2019

**REPUBLIQUE FRANÇAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS**

Décision rendue publique le 15 janvier 2020
Affaire SAS n° 2018-01

Vu la procédure suivante :

Par requête et mémoire enregistrés les 27 décembre 2018 et 5 juin 2019, le Dr Anne-Marie Mercier, Médecin Conseil Régional du Service Médical Rhône-Alpes a porté plainte contre M. X., masseur-kinésithérapeute, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes et demande :

- 1°) l'application d'une ou plusieurs des sanctions prévues à l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale ;
- 2°) de prononcer et fixer les modalités de la publication de la sanction, à titre de sanction complémentaire.

Elle soutient que :

M. X. a commis les manquements suivants au cours de la période du 1^{er} janvier 2016 au 29 mai 2017 :

- Non respect de la durée des soins : 25 dossiers ;
- Non respect de la réglementation : non respect des formalités de demande d'accord préalable et absence de fiches de synthèse des bilans diagnostics kinésithérapiques : 40 dossiers et 39 dossiers ;
- Facturation non conforme à la NGAP : 15 dossiers ;
- Abus d'actes : actes facturés non prescrits : 5 dossiers ;
- Actes fictifs : actes facturés non réalisés : 12 dossiers ;

Par mémoires enregistrés les 28 janvier et 19 juin 2019, la directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère demande à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes :

- 1°) l'application à M. X. d'une ou plusieurs des sanctions prévues à l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale ;
- 2°) de prononcer et fixer les modalités de la publication de la sanction, à titre de sanction complémentaire ;
- 3°) de le condamner à rembourser à la caisse primaire d'assurance maladie la somme de 25 880,38 euros sur le fondement de l'article L. 145-5-2 4° du code de la sécurité sociale.

Elle soutient que :

M. X. a commis des fautes, fraudes et abus au sens des articles L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale ;

- elle s'en rapporte aux faits et moyens soulevés dans la plainte du Médecin Conseil Régional du Service Médical Rhône-Alpes.

Par mémoire en défense, enregistré le 3 mai 2019, M. X., représenté par Me Auché, conclut au rejet de la requête.

Il soutient que :

- le caractère atypique de son activité résulte de ce qu'il travaille de manière acharnée et des moyens qu'il met en œuvre ;

- sa réputation a attiré de nombreux clients ;

- il n'avait pas été mis en garde à propos des DAP et BDK, mais uniquement à propos de sa suractivité ; il a diminué son activité de 27% entre 2016 et 2018 ; le montant total de ses honoraires est passé de 260 004 euros à 192 158 euros et il refuse dorénavant des patients ;

- il a fait appel momentanément à une remplaçante en 2016 qui a facturé sous son nom ;

- certains de ses patients se sont plaints des conditions dans lesquelles ils ont été interrogés par le contrôle médical ; les attestations ont été rédigées sous contrainte ;

- le grief relatif au non-respect de la durée des soins n'est pas établi, car il reste en moyenne une heure avec ses patients, et même lorsqu'il s'éloigne de ses patients, ceux-ci restent sous sa responsabilité ;

- il n'a sans doute pas été assez diligent sur le plan administratif, mais ses soins étaient conformes aux données actuelles de la science ;

- le grief relatif aux erreurs de cotation n'est pas justifié dans tous les dossiers ; il n'a pas commis d'abus de cotation ; la cotation 9,5 était correcte ;

- le grief relatif au dépassement de la prescription ne porte que sur quelques dossiers, qui ne sont pas révélateurs d'une intention frauduleuse ;

- le grief relatif à des actes fictifs n'est pas fondé ;

- les prétentions de la CPAM de l'Isère sont irrecevables ; le tableau joint ne lui permet pas de comprendre le détail des indus allégués dès lors que la date de prescription n'est pas mentionnée ; il présente des incohérences ;

- il n'a pas fait l'objet de sanction antérieure.

La clôture de l'instruction a été prononcée à la date du 30 août 2019 par ordonnance en date du 4 juin 2019.

Vu les pièces produites et jointes au dossier.

Vu :

- le code de la santé publique ;

- le code de la sécurité sociale ;

- la nomenclature générale des actes professionnels.

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

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

- le rapport de M. le Docteur Savarit,
- les observations de Mme le Docteur Y., représentant le médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical,
- les observations de M. Z., pour la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère,
- et les observations de Me Guillin, substituant Me Auché, pour M. X. et de M. X.

Après en avoir délibéré secrètement conformément à la loi.

Considérant ce qui suit :

1. 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 "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance" (...)* ». Aux termes des dispositions de l'article L. 145-5-2 dudit code : « *Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance (...) sont : 1° L'avertissement ; 2° Le blâme, avec ou sans publication ; 3° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux ; 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 (...)* ». 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.

2. Le médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical ayant relevé que l'activité de M. X., au cours des années 2012 et 2013, s'écarterait des moyennes régionales, a procédé à une analyse détaillée des actes facturés au cours de la période du 1^{er} janvier 2016 au 29 mai 2017. Au terme de la procédure contradictoire menée avec M. X., il a conclu que quarante-cinq dossiers facturés au cours de cette période présentaient une ou plusieurs anomalies et en a saisi la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes. La caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère qui s'est associée à la plainte demande que M. X. soit condamné à lui rembourser une somme de 25 880,38 euros.

3. En premier lieu, l'assurance maladie a produit à l'appui de sa demande de remboursement le dossier de chaque malade anonymisé, et numéroté, et un tableau des indus indiquant pour chaque dossier, la date de l'acte, le référentiel méconnu et le montant de l'indu. L'ensemble de ces éléments permettait tant à la chambre disciplinaire, qu'à M. X. de vérifier le motif d'indu qui est invoqué et de présenter sa défense. Par suite, contrairement à ce que soutient M. X. les conclusions de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère tendant au remboursement des sommes indues ne sont, en tout état de cause, pas irrecevables.

4. En deuxième lieu, aux termes de l'introduction du Titre XIV de la nomenclature

générale des actes professionnels (NGAP) : « *Sauf exception prévues dans les textes, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute se consacre exclusivement à son patient...* ». Aux termes de l'article 1^{er} du chapitre 3 de ladite nomenclature « - *traitement de groupe* - : *Les traitements de groupe doivent concerner des malades qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois. La durée totale des séances est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure...* ». Aux termes de l'article 2: « - *Traitements conduits en parallèle* - : *Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée.* » Il résulte de l'instruction, d'abord, que du 1^{er} janvier 2016 au 29 mai 2017, soit 340 jours travaillés, M. X. a pris en charge en moyenne plus de 35 patients par jour et effectué plus de 50 actes par jour, alors que la moyenne régionale était de 19 actes/patients/jour. Pour 190 jours travaillés, le nombre de patients a été de 34 et plus. Pour 113 jours travaillés, le nombre de patients a été au moins égal à 48. M. X. a eu jusqu'à 86 patients dans une seule journée. Si ces actes avaient eu la durée de trente minutes prévue par la nomenclature, l'amplitude horaire de travail de M. X. aurait été de 17 à 43 heures. Le nombre d'actes remboursés en 2016 au titre de l'activité de M. X. est cinq fois supérieur à la moyenne régionale. La somme des coefficients AMS-AMK-AMC résultant de l'activité de M. X. est supérieure à deux fois le seuil régional.

5. Le médecin conseil régional a recueilli le témoignage de vingt-cinq patients de M. X., (dossiers n°6, 11, 13, 14, 16, 21, 22, 25, 28, 29, 30, 33, 36, 43, 48, 52, 64, 69, 70, 78, 83, 85, 86, 87, 88), lesquels ont, dans le respect formel des conditions de présentation d'un témoignage en justice, attesté des modalités de leur prise en charge par ce professionnel de santé. Le service médical n'a retenu, parmi ces témoignages, que ceux de patients qui attestaient n'avoir pas bénéficié d'une prise en charge exclusive d'au moins 20 minutes. Il ressort également de ces témoignages que M. X. n'avait pas été présent pendant la totalité de la séance, voire se bornait à passer à une ou plusieurs reprises pour vérifier comment ses patients, qui étaient ensemble dans la piscine, ou dans la salle où était installé le matériel de rééducation, exécutaient les exercices et gestes qu'il avait expliqués.

6. Si dans son mémoire en défense, M. X. cite des nouveaux témoignages de certains de ces mêmes patients, leurs déclarations ne remettent pas en cause celles qu'ils ont signées lors de l'entretien avec le médecin-conseil, dès lors qu'à ce dernier ils ont précisé la durée de la prise en charge exclusive par M. X., alors que pour la défense de M. X., ils indiquent la durée de la séance au cabinet. En outre, M. X. n'apporte pas d'élément de nature à établir que les patients ayant répondu aux questions du médecin-conseil présentaient un état de faiblesse fragilisant leurs réponses.

7. M. X., ayant fait le choix d'exercer en qualité de professionnel de santé conventionné, ne peut remettre en cause l'opposabilité des conditions d'exercice prévues par les référentiels de l'assurance maladie. Il ne peut davantage utilement en critiquer la pertinence. S'il soutient que la durée de 30 minutes inclut les temps d'habillage et de déshabillage et de bilan, cet argument n'est pas de nature à remettre en cause les réponses de ses patients au médecin-conseil dans la mesure où les témoignages retenus sont ceux de patients ayant déclaré une prise en charge exclusive de moins de 20 minutes.

8. Enfin, si M. X. fait valoir, de manière générale, qu'il existe des dérogations à la durée de prise en charge exclusive, tenant à certaines pathologies, à l'âge et l'état de santé du patient ou au matériel de rééducation employé, il ne démontre pas que tout ou partie des 25 patients ayant laissé leur témoignage au médecin-conseil ne pouvaient supporter une séance de rééducation telle qu'elle

est prévue à l'article 1^{er} du chapitre 3 de la nomenclature générale des actes professionnels.

9. Dans ces conditions les faits invoqués par l'assurance maladie doivent être regardés comme établis. Une pratique, telle celle de M. X., nécessairement délibérée, ne permet pas des soins de qualité et les actes facturés pour ces 25 patients ont été effectués dans des conditions telles, que même si les patients utilisaient le matériel de rééducation, les actes ne pouvaient recevoir la qualification de soins. Les circonstances que postérieurement à un premier entretien d'alerte, datant de 2014, M. X. avait déjà réduit son activité, d'une part, et qu'il lui était difficile de refuser les patients attirés par sa réputation, d'autre part, sont sans incidence sur la réalité des faits à l'origine des griefs de l'assurance maladie et leur qualification. La facturation de ces actes était constitutive d'abus d'honoraires, dont le montant global doit être arrêté à 22 835,04 euros, selon le tableau figurant après le point 15. du jugement.

10. En troisième lieu, le titre XIV de la NGAP prévoit que *« Pour chacune des rééducations correspondant à des situations médicales précisées dans les tableaux du Chapitre V du présent Titre, la Haute Autorité de Santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'assurance maladie »*. Son l'alinéa b) qui suit : un argumentaire doit être joint à la demande d'accord préalable qui *« apporte des précisions sur la non atteinte des objectifs de la rééducation, et sur la nécessité de poursuivre le traitement... »*. M. X. ne conteste pas s'être abstenu pour 7 dossiers qui relevaient de cette procédure (n°14, 18, 34, 42, 58, 57 et 88) de demander cet accord préalable. Toutefois, la décision de l'UNCAM en date du 31 mai 2013, publiée au Journal Officiel du 3 août 2013 exige pour les cervicalgies non spécifiques sans atteinte neurologique que la demande d'entente préalable soit présentée à partir de la 16^{ème} séance et non de la 11^{ème} séance, comme l'assurance maladie l'a retenu dans le dossier n°14. Dans ces conditions, eu égard, en outre, aux éléments qu'elle communique pour chacun des patients, l'assurance maladie est fondée à soutenir que les soins pratiqués n'étaient pas pertinents et à réclamer le remboursement pas M. X. des 206 et non 2012 actes indument facturés sur le fondement de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, selon le détail du tableau figurant après le point 15 du jugement.

11. En quatrième lieu, le chapitre I section II de la NGAP prévoit l'établissement de bilans diagnostiques kinésithérapiques (BDK) qui permettent d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur. Ce bilan, enrichi au cours du traitement, est le reflet des examens cliniques successifs réalisés et du protocole mis en œuvre par le professionnel de santé. Il doit être communiqué au médecin-traitant qui peut demander une modification du protocole ou interrompre le traitement. Il est constant que M. X. ne réalisait pas ces bilans, faisant ainsi obstacle à l'évaluation de l'efficacité et de la pertinence des soins qu'il dispensait. Ce comportement, qui a concerné 39 dossiers (n°6, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 28, 29, 30, 34, 36, 37, 40, 42, 43, 48, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 69, 70, 76, 78, 81, 82, 83, 84, 86 et 88), sans induire d'indu, est constitutif d'une faute au sens de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale qui justifie une sanction.

12. En cinquième lieu, l'assurance maladie fait grief à M. X. d'avoir pour 14 dossiers (n° 14, 16, 17, 18, 25, 31, 37, 43, 52, 53, 64, 69, 70 et 81), facturé des actes en recourant à un coefficient majoré, ne correspondant ni à la prescription médicale, ni aux actes effectués. Il résulte néanmoins de l'instruction que la prescription médicale, établie le 17 août 2016, pour le patient du dossier n° 37 justifiait une cotation AMS 9,5 et il n'est pas établi que M. X. n'aurait pas assuré les soins correspondant à cette cotation. Par contre pour aucun des autres patients dont le dossier est

en cause, le médecin n'avait prescrit la rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres, qui seule pouvait justifier une cotation AMS 9,5. En outre, dans le dossier n°84, M. X. a, pour un patient résidant dans la commune où son cabinet est installé, facturé cinquante indemnités de déplacement qui n'ont pas été justifiées. Ces facturations constituent des abus d'honoraires au sens de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, dont l'assurance maladie est fondée à demander le remboursement, selon le détail du tableau figurant après le point 15. du jugement.

13. En sixième lieu, il résulte de l'instruction que M. X. a poursuivi et facturé des séances de masso-kinésithérapie au-delà de la prescription médicale (nombre de séances ou durée de la rééducation) dans cinq dossiers (n°19, 22, 37, 48 et 54). Aucune de ces séances n'a fait l'objet d'une justification convaincante, en l'absence de surcroît de BDK. L'assurance maladie est fondée à soutenir que ces facturations correspondent à un abus d'acte au sens de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, dont le remboursement doit être ordonné, selon le détail du tableau figurant après le point 15 du jugement.

14. En septième lieu, l'assurance maladie fait grief à M. X. d'avoir facturé des actes non réalisés pour 12 dossiers (n° 6, 17, 19, 22, 29, 37, 48, 62, 76, 83, 85 et 86). M. X. soutient que pour les dossiers n° 17, 19, 22, 37, 62 et 76, il s'agit d'erreurs informatiques, que pour les dossiers n° 85 et 86, les patients ont, sans le prévenir, manqué globalement 5 séances déjà enregistrées dans le système informatique. Enfin, il conteste le nombre de séances de balnéothérapies dont le remboursement est demandé pour les patients correspondant aux dossiers n° 6, 22, 29, 48 et 43, car selon lui ils auraient été pris en charge en balnéothérapie plus qu'une fois sur deux. Mais, en tout état de cause, d'une part, M. X. ne conteste pas avoir facturé pour ces patients plus de séances de balnéothérapie qu'il n'en a réalisées et, d'autre part, les indus correspondant à ces séances, déjà inclus dans le premier grief, relatif à la durée de prise en charge exclusive, ne le sont pas une seconde fois dans le présent grief. L'assurance maladie est, donc en tout état de cause, fondée à soutenir que ces facturations d'actes non réalisés correspondent à un abus d'acte au sens de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, dont le remboursement doit être ordonné, selon le détail retenu au tableau figurant après le point 15 du jugement.

15. Dans les circonstances de l'espèce il y a lieu de prononcer une sanction d'interdiction de délivrer des soins aux assurés sociaux de trois mois dont deux mois avec sursis à l'encontre de M. X., d'assortir cette sanction de sa publication et de condamner M. X. à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère la somme de 25 262,70 euros, dont le détail est repris dans le tableau ci-dessous.

Grief 1		Grief 2-1			Grief 3		Grief 4			Grief 5		
dossier	indu	dossier	indu		dossier	indu	dossier	indu		dossier	indu	
6	1 254,80 €	14	322,60 €	grief 1	14	- €	19	196,76 €	grief 1	17	9,68 €	grief 1 grief 1 grief 1 grief 1 grief 1 grief 1 grief 1 grief 1 grief 1 grief 1
11	547,33 €	18	567,20 €		16	- €	22	- €		62	9,68 €	
13	406,46 €	34	48,40 €		17	10,32 €	37	48,39 €	grief 1	76	16,13 €	
14	569,03 €	42	525,84 €		18	38,70 €	48	- €				
16	1 865,35 €	58	137,72 €		25	- €	54	96,80 €		6	- €	
21	713,64 €	87	- €		31	51,60 €	TOTAL	341,95 €		22	- €	
22	1 151,84 €	88	- €		37	- €				29	- €	
25	2 107,62 €	TOTAL	1 601,76 €		43	43,86 €				48	- €	
28	847,92 €				52	- €				83	- €	
29	335,83 €				53	77,40 €						
30	1 529,05 €				54	28,38 €				85	- €	grief 1 grief 1
33	1 181,88 €				69	- €				86	- €	
36	989,34 €				70	- €						
43	164,56 €				81	103,20 €						
48	1 799,98 €				84	95,00 €						
52	906,00 €											
64	503,36 €				TOTAL	448,46 €				TOTAL	35,49 €	
69	1 057,00 €											
70	554,96 €											
78	767,96 €											
83	217,73 €											
85	663,94 €											
86	659,14 €											
87	1 376,76 €											
88	663,56 €											
TOTAL	22 835,04 €									Total indu		25 262,70 €

DECIDE :

Article 1^{er} : Il est prononcé à l'encontre de M. X. une interdiction de délivrer des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois assortie de deux mois avec sursis. La sanction d'interdiction de délivrer des soins aux assurés sociaux prendra effet à l'expiration du délai d'appel de deux mois. Elle sera publiée pendant son exécution effective, dans les locaux administratifs ouverts au public des caisses de sécurité sociale du département de l'Isère.

Article 2 : M. X. est condamné à reverser la somme de 25 262,70 euros (vingt-cinq-mille-trois-cent-quarante-trois euros et trente-cinq centimes) à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère au titre du trop-remboursé.

Article 3 : La présente décision sera notifiée, conformément aux dispositions de l'article R. 145-45 du code de la sécurité sociale :

- à M. X.,
- au Service du contrôle médical,
- au Directeur général de la CPAM de l'Isère,
- au Conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de l'Isère,
- au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes,
- au Directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes,
- au Ministre chargé de la sécurité sociale,
- à la Ministre chargée de la santé,
- au Ministre chargé de l'agriculture.

Article 4 : Une copie de la présente décision sera notifiée au directeur général de la Mutualité sociale agricole de l'Isère.

Article 5 : Le délai pour faire appel de la présente décision est de deux mois à compter de la notification aux intéressés.

Ainsi fait et délibéré par Mme Wolf, présidente honoraire du corps des tribunaux administratifs et cours administratives d'appel, présidente de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes, Mme le Docteur Véronique Blanc, M. le Docteur Jean Michel Savarit, M. Denis Gomichon et M. Thierry Delapierre, assesseurs de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes.

La présidente de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance
du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Annick Wolf

Le secrétaire de la section des assurances sociales

Yoan Saunier

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.