

**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 22 janvier 2019

**REPUBLIQUE FRANÇAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS**

Décision rendue publique le 15 février 2019
Affaire SAS n° 02-2016

Vu la procédure suivante :

Par mémoires enregistrés les 26 mai et 11 octobre 2016 et 19 juillet et 29 novembre 2017, le médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical 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 à l'encontre de M. X. ;

2°) de prononcer et fixer les modalités de la publication de la sanction, à titre de sanction complémentaire.

Le service du contrôle médical soutient que :

- l'analyse de l'activité de M. X. a permis de constater une progression des montants payés de 7% entre 2012 (130 525 euros) et 2013 (139 576 euros) alors que le montant moyen régional était respectivement de 48 267 euros et 49 749 euros. Le nombre d'actes remboursés en volume est de 14 683 pour 3 691 en moyenne régionale. Le nombre d'actes remboursés par patient est de 23,10 pour M. X. et de 17,99 en moyenne régionale.

- les griefs portant sur une période de 90 jours du 1^{er} janvier au 31 mars 2014 sont les suivants :

- facturation d'actes non réalisés : 2 dossiers
- facturation d'actes non prescrits : 2 dossiers
- non-respect de la durée des soins prévus à la NGAP titre 14 : 20 dossiers
- non-respect de la cotation des AMS ou AMK prévues à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), titre 14, chapitre 2 : 3 dossiers
- non-respect des dispositions prévues par la NGAP, titre 14, dans la prise en charge individuelle du patient et la présence du masseur-kinésithérapeute pendant la séance : 35 dossiers
- non-respect des dispositions prévues par la NGAP, titre 14, chapitre 1, section 2, concernant le contenu du bilan diagnostic kinésithérapique et des règles de facturation des bilans : 35 dossiers et 6 dossiers pour la facturation.
- non-respect des dispositions prévues par la NGAP, titre 14, chapitre 5 en matière de rééducations soumises à un référentiel : 8 dossiers
- utilisation abusive du tiers payant : 33 dossiers.

Par des mémoires enregistrés les 14 avril 2017 et 4 mai 2018, la directrice générale de la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône s'est associée à la plainte du contrôle médical et demande, en

outre, de condamner M. X. à rembourser à la caisse primaire d'assurance maladie la somme de 765 euros sur le fondement de l'article L. 145-5-2 4° du code de la sécurité sociale et à ce que la décision soit publiée.

Elle soutient que :

- elle entend se joindre à la plainte du service médical et en reprend les griefs en s'en rapportant aux pièces versées par ledit service ;
- ces pratiques et abus constituent des fautes, fraudes et abus au sens de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale.

Par des mémoires enregistrés les 9 septembre 2016, 9 juin, 4 juillet, 20 et 25 septembre 2017 et 6 juillet 2018, M. X., représenté par Me Alvinerie, conclut au rejet des plaintes.

Il soutient que :

- les griefs du contrôle médical et de la caisse primaire d'assurance maladie ne tiennent pas compte de l'investissement qu'il a fait et des conditions particulières dans lesquelles il exerce son activité, qui sont comparables à celle d'un hôpital de jour, associant des chirurgiens, des radiologues, des médecins du sport, des rééducateurs et des masseurs-kinésithérapeutes. Depuis le 15 novembre 2014 date où l'établissement est devenu le « (...) », 12 kinésithérapeutes sont associés au projet, outre des podologues, ostéopathes, nutritionnistes, psychologues, sophrologues ;
- les déclarations orales sont fragiles et ne peuvent tenir lieu de preuve ;
- la facturation d'actes non réalisés, dans deux dossiers, et d'actes non prescrits, dans deux dossiers sont des erreurs isolées et pas des fraudes ou abus ; elle ne peut fonder une sanction disciplinaire ;
- en ce qui concerne sa non-présence pendant toute la séance, ce grief ne tient pas compte des conditions particulières de son activité ; les séances durent d'une à deux heures ; les patients ne sont pas laissés à eux-mêmes mais sont pris en charge par l'équipe du centre ; lui-même surveillait les exercices des patients ; la prise en charge reste individualisée ;
- en ce qui concerne la durée de la séance, le grief ne tient pas compte des modalités de la prise en charge ; les patients effectuent parfois 3 à 4 ateliers ; les séances sont d'une durée de deux heures ;
- en ce qui concerne le respect du contenu du bilan, tous les patients sont reçus individuellement pendant une demi-heure avant mise en place du traitement pour un bilan reporté sur un carnet ; des bilans sont réalisés toutes les 5 ou 10 séances sans être facturés ; le cabinet est un centre de formation pour l'école de kinésithérapie de (...) ; les stagiaires bénéficient de 2 à 3 bilans par jour avec correction ; lui-même connaît parfaitement tous ses patients et leur bilan de façon individualisée ; tout au plus les bilans ne respectent pas en la forme les préconisations de la NGAP ;
- en ce qui concerne l'utilisation abusive du tiers-payant, celui-ci a bénéficié aux patients pris en charge au titre de la couverture maladie universelle, de la législation sur les accidents du travail, ou de l'exonération du ticket modérateur. Le tiers payant n'est pas un avantage pour le masseur-kinésithérapeute qui attend plusieurs jours le règlement de sa facture. En tout état de cause, cette pratique a cessé, sauf dans les cas d'exonération ; il n'y avait aucune intention frauduleuse ;
- il a une très bonne réputation ;
- si une sanction lui est infligée, elle doit être la plus faible dans l'échelle des sanctions ;
- les conclusions de la caisse primaire d'assurance maladie, introduites postérieurement au délai prévu par l'article R. 145-22 du code de la sécurité sociale, sont tardives et, par suite, irrecevables. L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale limite à trois ans le délai pour recouvrer des prestations indues.

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. Gomichon,
- les observations de M. le Docteur Y., représentant le médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical,
- les observations de Mme Z., pour la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône,
- et les observations de Me Alvinerie 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'écartait des moyennes régionales, a procédé à une analyse détaillée des actes facturés sur une période de quatre-vingt-dix jours du 1^{er} janvier au 31 mars 2014. Au terme de la procédure contradictoire menée avec M. X., il a conclu que quarante-sept 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 du Rhône qui s'est associée à la plainte demande que M. X. soit condamné à lui rembourser une somme de 765 euros.

3. En premier lieu, il résulte de l'instruction que M. X. a, pour deux patients (n°s 17 et 28), facturé un total de 56 séances de balnéothérapie, cotées 2,2 qui n'étaient pas prescrites par un médecin. Toutefois, sauf le cas où le médecin précise sa prescription, le kinésithérapeute a le choix de la technique qui lui apparaît la plus appropriée au cas du patient. Le recours à la balnéothérapie et sa facturation ne constituent, donc, pas un manquement.

4. En deuxième lieu, M. X. ne conteste pas avoir facturé, pour deux patients (n°s 29 et 44) des bilans, cotés 8,1, qu'il n'avait pas réalisés, ne pas avoir respecté, pour trois patients (n°s 7, 10 et 16), la cotation des AMK ou AMS, prévue à la NGAP titre XIV, chapitre 2 et avoir ainsi facturé indument 59 fois des AMS 9,5 au lieu de AM S 7,5, outre une balnéothérapie non réalisée, enfin avoir facturé à l'assurance maladie, pour six patients (2, 5, 10, 26, 37 et 40) un bilan coté 8,1, en méconnaissance de la NGAP.

5. Les actes reprochés à M. X., énoncés au point 4 du présent jugement, même si M. X. fait valoir qu'ils résultent d'erreurs, constituent des abus d'honoraires au sens des dispositions précitées de l'article L.145-5-2 du code de la sécurité sociale. Le montant des honoraires abusivement facturés s'élève à la somme de 397,75 euros, et non celle de 765 euros réclamés par la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône.

6. En troisième lieu, il est également fait grief à M. X., pour huit patients (n°s 2, 6, 9, 15, 21, 36, 41 et 42) de ne pas avoir, en méconnaissance des dispositions de la NGAP, titre XIV, chapitre V : « rééducation soumise à référentiel », adressé au médecin conseil une demande d'accord préalable accompagnée d'un argumentaire médical, alors que la prise en charge du patient nécessitait un nombre de séances supérieur au référentiel. M. X. fait valoir que la pathologie de deux des patients concernés ne nécessitait pas cette demande d'accord préalable accompagnée d'un argumentaire médical. Toutefois, il résulte de l'instruction que ces deux cas, pour l'un, une tendinopathie non opérée de la coiffe des rotateurs et, pour l'autre, une atteinte de la coiffe des rotateurs, exigeaient cet accord préalable.

7. En quatrième lieu, il est, en outre fait grief à M. X., dans trente-cinq dossiers (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 19, 30, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 45, et 47), pour lesquels ce bilan a été facturé, de ne pas avoir transmis au médecin prescripteur le bilan-diagnostic kinésithérapique dans la forme prévue par la NGAP, titre XIV, chapitre I, section 2, notamment en ce qui concerne la description du protocole thérapeutique mis en œuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement individuel et/ou en groupe). M. X. soutient que tous ses patients font l'objet de plusieurs bilans toutes les cinq ou dix séances, qui ne sont pas facturés à l'assurance maladie, que le centre dans lequel il travaille accueille les stagiaires de l'école de kinésithérapie de (...), ce qui témoigne de la qualité de son travail, et qu'il ne peut être sanctionné pour le seul motif que les bilans transmis n'étaient pas conformes aux exigences de la nomenclature. Toutefois, et quand bien même le suivi de ses patients par M. X. ne serait pas en cause, ce dernier, qui ne peut utilement invoquer des documents et faits postérieurs à la période contrôlée, n'est pas fondé à soutenir qu'aucun grief ne peut lui être adressé, alors que les exigences formelles de la nomenclature répondent à la nécessité d'informer le médecin prescripteur afin que ce dernier puisse établir son diagnostic médical ou adapter le traitement.

8. En cinquième lieu, aux termes de l'introduction du Titre XIV de la 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...* ». Il résulte de l'instruction, notamment des témoignages des patients, qu'il n'y a pas lieu d'écarter, que dans le cas de trente-cinq d'entre eux (dossiers n°1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 39, 42, 44, 45 et 46) M. X. n'a pas assuré une prise en charge exclusive de son patient et/ou n'a pas été présent pendant la totalité de la séance, voire se bornait à passer à une ou plusieurs reprises pour vérifier comment son ou ses patients, qui étaient ensemble dans la piscine, exécutaient les exercices et gestes qu'il avait expliqués. Il résulte également de l'instruction que le temps de travail journalier de M. X., qui avait déclaré être présent de 7 heures à 19 heures au centre (...), était

égal et même très supérieur à 16 heures pour 21 journées travaillées. Si M. X. explique que les séances durent une à deux heures et que la prise en charge reste individualisée pour des soins de grande qualité, une telle pratique, contrairement aux affirmations de M. X. ne permet pas des soins de qualité et contrevient aux dispositions précitées.

9. En dernier lieu, à la date des soins ayant fait l'objet du contrôle, antérieure au 1^{er} janvier 2017, le tiers payant ne pouvait être proposé qu'à des patients victimes d'accident du travail, des patientes relevant de l'assurance maternité, ou des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'Etat. En facturant en tiers payant la quasi-totalité de ses actes, M. X. a fait une utilisation abusive de cette procédure.

10. Dans les circonstances de l'espèce il y a lieu de prononcer une sanction d'interdiction d'exercice de trois mois dont deux mois avec sursis à l'encontre de M. X., qui ne peut utilement se prévaloir des investissements financiers effectués par lui-même et ses associés.

11. La prescription instituée par l'article R. 145-22 du code de la sécurité sociale s'applique aux faits commis au cours de la période de trois ans précédant la date de saisine de la section des assurances sociales. La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes a été saisie le 26 mai 2016, pour des actes commis entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2014, soit dans un délai inférieur à trois ans à compter de ces actes. La circonstance que le premier mémoire par lequel la caisse primaire d'assurance maladie a présenté des conclusions tendant à ce que M. X. soit condamné à lui rembourser les actes indument facturés a été enregistré seulement le 14 avril 2017, soit postérieurement au délai de trois ans, n'est pas de nature à faire obstacle à la condamnation de M. X. à rembourser les actes indument facturés, dès lors que la prescription a été interrompue par la plainte du médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical. M. X. ne peut utilement se prévaloir des dispositions de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, lesquelles relèvent du chapitre 3 du titre III du livre I du code de la sécurité sociale, relatif au recouvrement des cotisations et versement des prestations, alors que les litiges soumis à la section des assurances sociales relèvent du chapitre 5 du titre IV du livre I du même code, consacré au contentieux du contrôle technique.

12. Il résulte de ce qui précède qu'il y a lieu d'écarter la fin de non recevoir soulevée par M. X. et de condamner ce dernier à rembourser à l'assurance maladie la somme de 397,75 euros.

DECIDE :

Article 1^{er} : Il est prononcé à l'encontre de M. X. une interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois assortie de deux mois avec sursis. La sanction d'interdiction de servir des prestations 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 du Rhône.

Article 2 : M. X. est condamné à reverser la somme de 397,75 euros (trois-cent-quatre-vingt-dix-sept euros et soixante-quinze centimes) à la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône 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 du Rhône ;
- au Conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Rhône ;
- 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 ;
- au 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 MSA de Rhône-Alpes.

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, Docteur Véronique Blanc, Docteur Jean Michel Savarit, M. Thierry Delapierre, M. Denis Gomichon, 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.