

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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

Dossier n° 004-2023 M. X. c. CPCAM des Bouches-du-Rhône

Décision rendue publique par affichage le 5 juillet 2024

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

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure

Le directeur général de la caisse primaire centrale d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône a porté plainte le 2 avril 2021 contre M. X., masseur-kinésithérapeute à (...) 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 n°07-2021 du 9 mars 2023, cette section des assurances sociales a infligé à M. X. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de six mois.

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

Par une requête enregistrée le 1^{er} juin 2023 au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, M. X., représenté par Me Alain Deguitre, conclut à l'annulation de cette décision et, à titre principal, au rejet de la plainte formée par la caisse primaire centrale d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône, à titre subsidiaire à ce que la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux soit fixée en proportionnalité de ses fautes et assortie intégralement du sursis et la demande de remboursement d'un trop-perçu rejetée, enfin, à ce que soit mise à la charge de cette caisse une somme de 5000 euros à lui verser au titre 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 29 mai 2024 :

- M. Roger-Philippe Gachet en son rapport ;
- Les observations de Me Alain Deguitre pour M. X. ;
- Les observations de Me Sophie Tassel pour la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône.

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

Après en avoir délibéré,

Considérant ce qui suit :

1. M. X., masseur-kinésithérapeute à (...) fait appel de la décision du 9 mars 2023, rectifiée par une ordonnance du 3 avril 2023, par laquelle 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 lui a infligé la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de six mois, complétée de l'obligation de reverser à la Caisse primaire centrale d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône une somme de 94 404,78 euros, constitutive d'abus d'honoraires.

Sur la régularité de la décision contestée :

2. Comme toutes les juridictions, les sections des assurances sociales doivent observer les règles générales de procédure qui n'ont pas été écartées par une disposition expresse et qui ne sont pas incompatibles avec leur organisation, au nombre desquelles figure la règle suivant laquelle les décisions juridictionnelles doivent être motivées. Ainsi que le relève M. X., la décision contestée se borne à indiquer que le grand nombre de patients pris en charge ne permettait pas à celui-ci d'assurer le niveau de qualité des soins exigé par la nomenclature générale des actes professionnels, sans mentionner de quelles constatations de fait découle cette conclusion, et en se référant seulement aux statistiques faisant apparaître l'importance de son activité par rapport à la moyenne régionale et aux sanctions dont celui-ci a fait antérieurement l'objet, éléments qui ne peuvent à eux seuls servir de base à une sanction disciplinaire. En outre, elle ne donne aucune indication sur les modalités de calcul des abus d'honoraires dont il est ordonné le remboursement. Dès lors, M. X. est fondé à soutenir que cette décision est insuffisamment motivée. Par suite, elle doit être annulée.

3. Il y a lieu d'évoquer et de statuer immédiatement sur la plainte susvisée 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 de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

Sur les griefs :

4. Aux termes du dernier alinéa de l'article 5 des « Dispositions générales » de la nomenclature générale des actes professionnels : *« 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. »* En vertu des dispositions préliminaires du titre XIV de la même nomenclature : *« 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 (...) se consacre exclusivement à son patient. »* Aux termes du chapitre III « Modalités particulières de conduite du traitement » de ce titre : *« Article premier -Traitements de groupe/Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1er, 2, 3 et 4 du chapitre II. Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance. /Ces 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 de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II. /Article 2 - Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients/ 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 ces dispositions que, quelles que soient leurs modalités, y compris lorsque plusieurs patients sont traités en même temps, les soins de masso-kinésithérapie pouvant être remboursés en application de la nomenclature générale des actes professionnels impliquent, sauf exceptions, que le praticien se consacre personnellement à chaque patient pendant une durée de l'ordre de 30 minutes, éventuellement fractionnée, ou pour les traitements de groupe, que la durée de chaque séance en présence du praticien soit de 30 minutes multipliées par le nombre de patients concernés, qui est au maximum de trois. Aucune exception n'est prévue, quel que soit le niveau d'équipement du cabinet.

5. Il résulte de l'instruction, notamment de la répartition des soins facturés par M. X. au cours de la période contrôlée, en fonction de la journée pendant laquelle celui-ci les a dispensés, que celui-ci a effectué journalièrement entre 57 et 66 actes prévus pour une durée de l'ordre de 30 minutes, au cours de 305 journées de la période contrôlée, allant du 1er janvier 2019 au 4 juin 2020. La durée maximale de la journée de travail de l'intéressé était alors de 14 heures par jour, avec une pause méridienne d'environ 20 minutes et le nombre de soins facturés comme réalisés à domicile étant de 12 à 18 par jour. Celui-ci a en outre reconnu recevoir en même temps jusqu'à quatre patients, en méconnaissance des dispositions précitées.

6. M. X. critique le nombre d'actes résultant du tableau de préjudice produit par la caisse primaire d'assurance-maladie, dont il soutient qu'il est surévalué, comme le démontrent selon lui les bordereaux de télétransmission qu'il produit, lesquels établiraient qu'il réalisait une quarantaine d'actes par jour, dont 8 ou 9 à domicile. Toutefois, la circonstance que ces relevés font apparaître des chiffres inférieurs à ceux du tableau récapitulatif de la Caisse primaire d'assurance maladie ne permet pas de contredire efficacement ces chiffres, ces relevés, qui retracent les facturations effectuées, ne permettant pas de connaître de façon exhaustive le nombre d'actes réalisés au cours de chaque journée, lesquels peuvent être facturés de façon différée. Par ailleurs, si M. X. soutient que le plateau technique dont il dispose lui permettait de traiter simultanément deux à quatre patients, qui bénéficiaient chacun d'une séance de 45 minutes, dont 20 minutes sur les machines du plateau technique et 25 minutes de prise en charge personnelle dans un box, ce dernier chiffre n'est pas compatible avec le nombre d'actes facturés quotidiennement par ce professionnel, le temps nécessaire pour assurer à 57 patients une prise en charge personnelle de 25 minutes, étant de près de 24 heures, sans prendre en compte le temps nécessaire aux déplacements à domicile.

7. Compte tenu du temps nécessaire aux déplacements à domicile, aux soins dispensés à des patients ne relevant pas du régime général, aux soins non soumis à l'exigence d'une durée de 30 minutes, marginaux selon l'intéressé, et à la pause méridienne de celui-ci, il y a lieu de considérer que 11 heures au maximum pouvaient être consacrées à des soins effectués au bénéfice d'assurés du régime général et pour lesquels la nomenclature générale des actes professionnels prévoit que le temps pendant lequel le masseur-kinésithérapeute se consacre exclusivement à son patient est de l'ordre de 30 minutes. Dès lors, la caisse primaire d'assurance-maladie est fondée à soutenir que M. X. a méconnu les dispositions précitées au point 4, la durée effective des soins qu'il a dispensés personnellement à chaque patient ne pouvant être que substantiellement inférieure à 30mn, et qu'il a ainsi dispensé des soins dont la qualité ne correspondait pas à celle exigée pour les soins de masso-kinésithérapie remboursés par l'Assurance-maladie.

Sur la sanction :

8. Aux termes de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale : « Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et du conseil national de l'ordre des infirmiers 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, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues aux 1° à 3°./La section des assurances sociales peut assortir les sanctions prévues au présent article de leur publication selon les modalités qu'elle fixe./Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction./ Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec celles mentionnées à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, seule la sanction la plus lourde est mise à exécution. / Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les organismes de sécurité sociale. ».

9. Les faits mentionnés au point 7 constituent des fautes et abus qu'il y a lieu de sanctionner. Il sera fait une juste appréciation de la responsabilité de M. X. en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois.

10. Constituent des honoraires abusifs au sens du 4° de l'article L. 145-5-2 précité du code de la sécurité sociale 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.

11. Pour déterminer si les chiffres globaux relatifs à l'activité de M. X. révèlent l'existence d'actes réalisés dans des conditions telles qu'alors même qu'ils ont été effectivement pratiqués, ils équivalent à une absence de soins, et non pas seulement à des soins ne présentant pas le niveau de qualité prévu par la nomenclature, il convient de déterminer la durée moyenne des soins pratiqués, compte tenu du temps qui a pu leur être consacré quotidiennement par ce professionnel, lequel peut être estimé à 11 heures ainsi qu'exposé au point 7.

12. Il résulte de l'instruction que le nombre de tels soins facturés par M. X. au titre de 305 journées de la période contrôlée excède trente-trois, la durée moyenne de ces soins ou du temps consacré exclusivement par le professionnel à chaque patient étant donc inférieure à vingt minutes, ce qui révèle l'existence au cours de ces journées, d'actes non réalisés ou réalisés dans des conditions telles qu'ils équivalent à une absence de soins. Pour calculer le montant à rembourser au titre des abus d'honoraires, et en l'absence d'indications sur la durée réelle des séances, il y a lieu de considérer que les actes au-delà du trente-troisième ont été réalisés dans des conditions telles qu'elles équivalent à une absence de soin. En suivant la méthode de calcul de la Caisse primaire centrale d'assurance-maladie, le montant des abus d'honoraires à rembourser par M. X. à ce titre s'établit ainsi à 88 942 euros (soit 8096 actes en anomalie, pour un montant moyen de 18,31 euros, remboursés à 60%).

Sur les frais exposés par M. X. et non compris dans les dépens :

13. Il n'y a pas lieu, dans les circonstances de l'espèce, de faire droit à la demande présentée par M. X. au titre de l'article L.761-1 du code de justice administrative.

DECIDE :

Article 1^{er} : La décision contestée de 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, est annulée.

Article 2 : Il est infligé à M. X. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de six mois. L'exécution de cette sanction prendra effet le 1^{er} octobre 2024 à 0h et cessera de porter effet le 31 mars 2025 à minuit.

Article 3 : M. X. versera à la Caisse primaire centrale d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 88 942 euros au titre des abus d'honoraires.

Article 4 : 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 durée de deux mois à compter de la date d'effet de la sanction mentionnée à l'article 2.

Article 5 : Le surplus des conclusions de M. X. est rejeté.

Article 6 : 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 Deguitre et à Me Tassel.

Ainsi fait et délibéré par Mme GUILHEMSANS, Conseillère d'Etat, Présidente, M. GACHET et M. ROUMIER, membres titulaires, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le Dr SEYER et M. le Dr HUE, membres suppléants, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

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

MARIE-FRANCOISE GUILHEMSANS

LE SECRETARIAT DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

CINDY SOLBIAC

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.