

**Section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du
conseil régional de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes des Hauts-de-France**

N° 2019 - 002

Caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois
c /
M. X.

Audience du 24 juin 2022
Décision rendue le 11 juillet 2022

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

Vu la procédure suivante :

Le secrétariat de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes des Hauts-de-France a enregistré le 5 septembre 2019, sous le n° 2019-002, une plainte déposée par la directrice générale de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois contre M. X., masseur kinésithérapeute à (...).

La caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois demande à la section de prononcer à l'encontre de M. X. l'une des sanctions prévues par l'article L. 145-5-2 du code de sécurité sociale.

La caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois fait valoir que :

- l'activité de M. X. a été contrôlée en raison d'indicateurs d'activité atypiques pour l'année 2017 et le début de l'année 2018 ;

- l'étude a porté sur les actes facturés par M. X. sur la période du 1^{er} janvier 2017 au 24 avril 2018 et sur des assurés sociaux dont les montants remboursés en soins de kinésithérapie étaient supérieurs à 500 euros, soit 47 assurés ;

- ont été relevés le non-respect de la durée de séance prévue par la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (NGAP) concernant 6 assurés et pour un montant de 14 513,36 euros, la facturation d'actes et déplacements non réalisés concernant 7 assurés et pour un montant de 7 595,27 euros, l'utilisation de prescriptions au-delà de leur durée de validité en méconnaissance de l'article 5 de la NGAP concernant 6 assurés et pour un montant de 3 946,85 euros, la facturation de cotations erronées d'actes concernant 5 assurés et pour un montant de 3 141,25 euros, la facturation de déplacements non prescrits concernant 10 assurés pour un montant de 1 847,50 euros et des doubles facturations concernant 3 assurés et pour un montant de 176 euros ;

- sur la période contrôlée, le montant des anomalies est évalué à 31 220,73 euros ;

- aucun reversement n'est sollicité dès lors qu'un indu d'un montant identique a été notifié à l'intéressé sur le fondement de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

Par un mémoire en défense, enregistrés le 2 décembre 2019, M. X., représenté par Me Brunet, conclut au rejet de la plainte.

Il soutient que :

- l'ensemble des indus sont injustifiés ;
- la caisse fait à tort courir la durée de validité des prescriptions à compter de leur date, et non de la première séance ;
- les termes de prolongation ou prolongement dans une prescription médicale s'apparentent au terme de renouvellement pour l'ALD ;
- la circonstance que lors d'une nouvelle prescription concernant le même patient et pour les mêmes soins, le médecin ne fasse pas figurer la mention au domicile ne signifie pas que le patient peut se déplacer et qu'ainsi, le déplacement ne puisse être facturé ;
- sur la durée comme la fréquence des séances, la preuve contraire est apportée par des attestations conformes aux dispositions de l'article 202 du code de procédure civile ;
- les procès-verbaux d'audition sur lesquels la caisse se fonde sont au demeurant dépourvus de la valeur probante car bâclés ;
- il n'y a pas eu de doubles facturations mais des soins ou déplacements pour plusieurs patients appartenant au même foyer.

Par un mémoire en réplique, enregistré le 28 janvier 2020, la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois maintient ses conclusions.

Elle soutient en outre qu'il reviendra à la section d'apprécier la valeur probante des nouvelles contre-attestations, répondant cette fois aux exigences de l'article 202 du code de procédure civile, produites en opportunité par M. X. au regard de celle de procès-verbaux dressés par des agents assermentés qui font foi jusqu'à preuve contraire en vertu de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- le code de justice administrative.

Vu :

- la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (NGAP) 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.

Vu l'arrêté du 9 avril 2021 par lequel le vice-président du Conseil d'Etat a désigné M. Antoine Jarrige, premier vice-président du tribunal administratif de Lille, en qualité de président titulaire de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes du Nord-Pas-de-Calais.

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

Après avoir entendu à l'audience publique :

- le rapport de M. Audemer,
- les observations de M. A., représentant la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois,
- les observations de Me Brunet, représentant M. X., et de M. X.

1. La caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois ayant constaté que le relevé individuel d'activité de M. X. faisait apparaître, pour l'année 2017 et le début de l'année 2018, des indicateurs d'activité atypiques, elle a procédé à un contrôle de son activité sur la période du 1^{er} janvier 2017 au 24 avril 2018 et sur des assurés sociaux dont les montants remboursés en soins de kinésithérapie étaient supérieurs à 500 euros, soit 47 assurés. A l'issue de ce contrôle, elle a retenu des manquements consistant en le non-respect de la durée de séance prévue par la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sage-femmes et des auxiliaires médicaux (NGAP) concernant 6 assurés et pour un montant de 14 513,36 euros, la facturation d'actes et déplacements non réalisés concernant 7 assurés et pour un montant de 7 595,27 euros, l'utilisation de prescriptions au-delà de leur durée de validité en méconnaissance de l'article 5 de la NGAP concernant 6 assurés et pour un montant de 3 946,85 euros, la facturation de cotations erronées d'actes concernant 5 assurés et pour un montant de 3 141,25 euros, la facturation de déplacements non prescrits concernant 10 assurés pour un montant de 1 847,50 euros et des doubles facturations concernant 3 assurés et pour un montant de 176 euros. Estimant que ces agissements de M. X. sont constitutifs de fraudes, de fautes et d'abus de cotation, la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois demande à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes des Hauts-de-France, en application de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, de prononcer à son encontre une sanction en raison de son comportement professionnel.

Sur le non-respect de la durée de séance prévue par la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (NGAP) :

2. Aux termes des dispositions liminaires du titre XIV de la 2^{ème} partie de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux : *« Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, les actes du titre XIV peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute (...) 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. ».*

3. Il ressort des pièces du dossier et il n'est pas contesté que la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois n'a retenu des manquements que pour les séances ayant duré moins de 20 minutes selon les déclarations des patients ou de leurs proches lors de leurs auditions. Si M. X. conteste la réalité de ces manquements, ils résultent de procès-verbaux d'audition de ses patients ou de leurs proches établis par des agents chargés du contrôle assermentés et agréés et contresignés par les personnes interrogées. Par ailleurs, la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois a fait état à l'audience de données, non contestées, sur l'activité journalière de M. X. corroborant ces déclarations, à savoir une amplitude horaire moyenne sur la période en cause de 11h30 et, pour 25 % de son activité, entre 14h et 19h. Si les contre-attestations produites par M. X. de patients ou proches de patients, revenant sur leurs déclarations et faisant état d'une durée de séance de 30 minutes, ne sont pas de nature à elles seules, au cas d'espèce, à remettre en cause la valeur probante des déclarations initiales obtenues par un agent assermenté sur la base de questions précises, détaillées et dépourvues d'ambiguïté pour les assurés n° 5, 11, 17, 18 et 32, compte tenu de la contre-enquête diligentée par la caisse pour l'assuré n° 5, de l'absence de contre- attestation pour l'assuré n° 11 et du caractère très sommaire des contre-attestations concernant les autres assurés, tel n'est pas le cas pour l'assuré n° 6 pour lequel la caisse n'a pas produit de procès-verbal d'audition en bonne et due forme, mais le résumé d'un entretien tenu sur le pas de la porte avec la fille de l'intéressée. Dès lors, les manquements reprochés de ce chef à M. X. doivent être regardés comme établis pour les assurés n° 5, 11, 17, 18 et 32.

Sur les actes et déplacement non réalisés :

4. Les manquements ainsi retenus résultent aussi de procès-verbaux d'audition des patients de M. X. ou de leurs proches établis par des agents chargés du contrôle assermentés et agréés et contresignés par les personnes interrogées. Si les contre-attestations produites par M. X. de patients ou proches de patients interrogés, revenant sur leurs déclarations, ne sont pas de nature à elles seules, au cas d'espèce, à remettre en cause la valeur probante des déclarations initiales obtenues par un agent assermenté sur la base de questions précises, détaillées et dépourvues d'ambiguïté pour les assurés n° 5, 9, 11 et 29, compte tenu de la contre-enquête diligentée par la caisse pour l'assuré n° 5, faute de facturation de rééducation respiratoire pour l'assuré n° 9 et de l'absence de contre- attestation pour les assurés n° 11 et 29, tel n'est pas le cas pour les assurés n° 7, 15 et 24, la caisse ayant renoncé au manquement pour l'assuré n° 7 et les contre-attestations concernant les autres assurés étant précises. Dès lors, les manquements reprochés de ce chef à M. X. doivent être regardés comme établis pour les assurés n° 5, 9, 11 et 29.

Sur l'utilisation de prescriptions au-delà de leur durée de validité :

5. La durée de validité d'une prescription comportant un nombre déterminé de séances ou une période de soins limitée dans le temps ne devant être regardée comme commençant à courir qu'à compter de la date de la première séance, à moins que cette première séance ait lieu après la période de soins fixée par le médecin prescripteur ou que celui-ci ait procédé à une nouvelle prescription pour le même assuré et les mêmes soins avant la fin de la période de soins ou la dernière séance prescrite, les manquements ainsi retenus par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois ne doivent être regardés comme établis que pour les assurés n° 4 et 11.

Sur les cotations erronées d'actes :

6. Il est constant que ces manquements ont été reconnus par M. X.

Sur les déplacements non prescrits :

7. Les masseurs-kinésithérapeutes étant en mesure de faire et facturer des déplacements à domicile alors que l'ordonnance n'en aurait pas mentionné expressément le recours et la caisse n'établissant, ni même n'alléguant que les déplacements à domicile facturés n'auraient pas été réalisés ou auraient été inappropriés par rapport à l'état des patients concernés, aucun des manquements retenus de ce chef par la caisse ne peut être regardé comme établi.

Sur les doubles facturations :

8. Faute pour la caisse d'établir que les soins en cause auraient pu être réalisés sur le même créneau horaire ou des créneaux consécutifs, et ne donner ainsi lieu qu'à un seul déplacement de M. X., les manquements retenus de ce chef ne peuvent pas plus être regardés comme établis.

Sur la sanction :

9. 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 et des infirmiers 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 (...)* » et aux termes de l'article L. 145-5-2 du même code : « *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. (...)* ».

10. Les manquements relevés par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois relatifs au non-respect de la durée de séance, à des actes et déplacements non réalisés, à l'utilisation de prescriptions au-delà de leur durée de validité et à des cotations erronées d'actes, dont la matérialité a été retenue ci-dessus, constituent, du fait de leur nature, de leur caractère répété et du montant correspondant des indus générés, des fautes en application des dispositions des articles L. 145-5-1 et L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale de nature à justifier une sanction. Il sera fait une juste appréciation de la gravité des manquements ainsi retenus en infligeant à M. X., masseur kinésithérapeute ayant presque quarante ans de pratique et n'ayant aucun antécédent, la sanction du blâme. Il n'y a pas lieu en revanche d'assortir cette sanction de sa publication.

DECIDE

Article 1^{er} : La sanction du blâme est infligée à M. X.

Article 2 : La présente décision sera notifiée à M. X., à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois, au conseil départemental de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes du Pas-de-Calais, au conseil régional de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes des Hauts-de-France, au conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes, à l'agence régionale de santé Hauts-de-France, à la ministre de la santé et de la prévention et au ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire.

Une copie de la présente décision sera adressée à Me. Brunet.

Après en avoir délibéré après l'audience du 24 juin 2022 à laquelle siégeaient :

- M. Jarrige, premier vice-président du tribunal administratif de Lille, président titulaire,
- M. Audemer, membre suppléant, désigné par l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Hauts-de-France,
- Mme Wrzeszezynski, membre suppléant, désignée par l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Hauts-de-France,
- Mme le docteur Sabet Eskander, membre titulaire, représentant les organismes d'assurance maladie du régime général,
- M. le docteur Duriez, membre suppléant, représentant les organismes du régime de protection sociale agricole et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Fait à Lille le 11 juillet 2022.

Le président,

Antoine JARRIGE

Pour expédition conforme,
La secrétaire
de la section des assurances sociales,

Véronique TALPAERT

La République mande et ordonne à la ministre de la santé et de la prévention, en ce qui la 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.