

**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 – 003

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

Audience du 23 novembre 2021
Décision rendue le 13 décembre 2021

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 27 décembre 2019, sous le n° 2019-003, deux plaintes déposées par la directrice 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 concomitants à une installation récente le 1^{er} juillet 2014 ;

- l'étude a porté sur les actes facturés par M. X. sur la période du 1^{er} juin 2016 au 30 octobre 2017 et sur des assurés sociaux dont les montants remboursés en soins de kinésithérapie étaient supérieurs à 800 euros ;

- s'agissant des assurés du régime général, 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 deux assurés et pour un montant de 7 800,70 euros, des cumuls d'actes et des cotations erronées concernant quatre assurés et pour un montant de 858,16 euros, des doubles facturations concernant un assuré et pour un montant de 195 euros et des déplacements non prescrits concernant un assuré pour un montant de 37,50 euros ;

- s'agissant des assurés du régime minier, 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 cinq assurés et pour un montant de 7 041,14 euros, des cumuls d'actes concernant huit assurés et pour un montant de 13 399,48 euros, des actes non réalisés concernant trois assurés et pour un montant de 2 771,10 euros, des cotations erronées concernant quatre assurés et pour un

montant de 1 922,36 euros, des doubles facturations concernant deux assurés et pour un montant de 663,50 euros, l'utilisation de prescriptions au-delà de leur durée en méconnaissance de l'article 5 de la NGAP concernant un assuré et pour un montant de 42,40 euros et des déplacements non prescrits concernant un assuré pour un montant de 50 euros ;

- sur la période du 1^{er} juin 2016 au 30 octobre 2017, le préjudice s'est élevé à 8 891,36 euros pour le régime général et 25 859,98 euros pour le régime minier ;

- les faits constatés qui relèvent de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale sont constitutifs de fraudes et d'abus de cotation, ainsi que d'un manquement à l'honneur et à la probité.

Par un mémoire en défense, enregistrés le 26 mars 2019, M. X., représenté par Me Segard, conclut au rejet de la plainte.

Il soutient que :

- la valeur probante des procès-verbaux d'audition sur lesquels la caisse se fonde est discutable du fait de la durée de ces auditions, de leurs modalités et de la rédaction des procès-verbaux comme du caractère incomplet de certains ;

- à l'inverse, les attestations versées au débat par M. X. ne sont pas dépourvues de valeur probante et doivent être prises en compte ;

- les faits reprochés ne sont pas constitutifs de fraude, faute de preuve de manquements intentionnels ;

- son activité ne peut être qualifiée ni d'abusives, ni de fautive ;

- le grief tiré du non-respect de la durée des séances ne peut être retenu faute qu'il soit établi et du fait qu'il n'a pas été tenu compte du temps de travail hebdomadaire et des caractéristiques des patients ;

- il en va de même de celui de cumuls d'actes et de cotations erronées dès lors que chacune des ordonnances litigieuses comportent deux prescriptions de soins distinctes ;

- les attestations produites établissent qu'il n'y a pas eu d'actes non réalisés ;

- l'utilisation de prescriptions au-delà de leur durée est imputable à des difficultés de renouvellement de prescriptions médicales et s'explique par la nécessité de continuité des soins ;

- les trois doubles facturations sont imputables à de simples erreurs ;

- les déplacements non prescrits ont été effectués du fait de l'impossibilité absolue des patients de se déplacer ;

- le reversement des indus atteste de sa bonne foi.

Par un mémoire en réplique, enregistré le 7 juillet 2020, la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois maintient ses conclusions.

Elle soutient en outre que :

- le remboursement des indus est sans incidence sur l'appréciation à porter sur les anomalies constatées ;

- le non-respect de la durée des séances ne peut être justifiée par l'âge du patient ;

- il revient à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de se prononcer sur la qualification des faits reprochés au professionnel de santé et sur la sanction qu'il convient d'appliquer.

Vu :

- les autres pièces du dossier ;
- le procès-verbal d'audition de M. X. par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois le 30 août 2018 ;
- l'ordonnance du fixant la clôture d'instruction au 10 septembre 2021.

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 destinées 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 Mme A., représentant la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois,
- les observations de Me Segard représentant 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 2016, des indicateurs d'activité atypiques, elle a procédé à un contrôle de son activité sur la période du 1^{er} juin 2016 au 30 octobre 2017 et sur des assurés sociaux dont les montants remboursés en soins de kinésithérapie étaient supérieurs à 800 euros. A l'issue de ce contrôle et après un entretien qui s'est déroulé le 30 août 2018, ainsi que la prise en compte d'observations complémentaires de l'intéressé, elle a retenu, s'agissant du régime général, 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 sages-femmes et des auxiliaires médicaux (NGAP) concernant deux assurés et pour un montant de 7 800,70 euros, des cumuls d'actes et des cotations erronées concernant quatre assurés et pour un montant de 858,16 euros, des

doubles facturations concernant un assuré et pour un montant de 195 euros et des déplacements non prescrits concernant un assuré pour un montant de 37,50 euros. En ce qui concerne le régime minier, 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 sages-femmes et des auxiliaires médicaux (NGAP) concernant cinq assurés et pour un montant de 7 041,14 euros, des cumuls d'actes concernant huit assurés et pour un montant de 13 399,48 euros, des actes non réalisés concernant trois assurés et pour un montant de 2 771,10 euros, des cotations erronées concernant quatre assurés et pour un montant de 1 922,36 euros, des doubles facturations concernant deux assurés et pour un montant de 663,50 euros, l'utilisation de prescriptions au-delà de leur durée en méconnaissance de l'article 5 de la NGAP concernant un assuré et pour un montant de 42,40 euros et des déplacements non prescrits concernant un assuré pour un montant de 50 euros. Estimant que ces agissements de M. X. sont constitutifs de fraudes et d'abus de cotation, ainsi que d'un manquement à l'honneur et à la probité, 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 de prononcer à l'encontre de M. X. une sanction en application de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale.

Sur la valeur probante des procès-verbaux d'audition établis par les agents assermentés de la caisse :

2. Aux termes de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale : « *Les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations, le contrôle du respect des conditions de résidence et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. (...)* ».

3. M. X. conteste la valeur probante des procès-verbaux d'audition sur la base desquels la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois a retenu la plupart des manquements à son encontre et, notamment, ceux afférents au non-respect de la durée des séances. Toutefois, si huit entretiens ont été menés la même journée par le même agent assermenté, cela est tout à fait possible et sans incidence sur la valeur probante des procès-verbaux établis à l'issue de ceux-ci. Si l'ensemble des procès-verbaux sont rédigés sur un formulaire type, la présentation formalisée de ces formulaires constitue au contraire une garantie. Le fait que les questions soient pré-imprimées, qu'elles ne soient pas connues à l'avance et que les réponses soient renseignées par le seul agent de la caisse est inhérent à la conduite de ces entretiens et est sans effet sur leur valeur probante, alors qu'ils ont été établis par des agents chargés du contrôle assermentés et agréés et contresignés par les personnes interrogées. Par ailleurs, ces questions pré-imprimées, purement factuelles et dépourvues d'ambiguïté, ne peuvent être regardées comme de nature à induire en erreur ou provoquer de la confusion chez les personnes interrogées, et ainsi priver par principe de toute valeur les réponses.

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) :

4. 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. ».*

5. 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 indus que pour les séances ayant duré 15 minutes ou moins selon les déclarations des patients ou de leurs proches lors de leurs auditions. Ainsi qu'il a été dit au point 3, M. X. n'est pas fondé à remettre en cause par principe la valeur probante des procès-verbaux de ces auditions établis par les agents de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois. S'il est regrettable que la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois n'ait pas corroboré ces déclarations par une reconstitution de l'activité journalière de M. X., l'amplitude de sa journée de travail invoquée par l'intéressé, sur la base d'un document manuscrit établi par lui et d'une valeur probante insuffisante, ne saurait remettre en cause la valeur probante des constatations effectuées par les agents de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois lors des auditions précitées. Le pourcentage élevé de personnes âgées dans sa patientèle ne saurait par ailleurs justifier de façon générale tous les manquements relevés à la règle d'une durée de séance de l'ordre de trente minutes. Enfin, même s'il n'y a pas lieu d'écarter leur valeur probante par principe, mais au contraire de l'apprécier au cas par cas, les attestations produites par M. X. de patients ou proches de patients interrogés, qui font état pour certains d'autres soins pour lesquels les séances auraient été plus longues ou reviennent pour d'autres 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, ni a fortiori la valeur probante de l'ensemble des procès-verbaux établis par les agents de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois. Dès lors, les manquements reprochés de ce chef à M. X. doivent être regardés comme établis.

Sur les cumuls d'actes et les cotations erronées :

6. Les 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 prévoient qu'à chaque séance s'applique une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause et qu'ainsi, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance.

7. Ni l'absence de maîtrise de la réglementation par M. X., ni le fait que des médecins aient prescrit plusieurs soins sur la même ordonnance ne sauraient justifier les manquements de M. X. au respect des règles précitées relevés par la caisse primaire d'assurance maladie de

l'Artois, qui ne peuvent pas plus être remis en cause par la contestation de principe par l'intéressé de la valeur probante des procès-verbaux établis par les agents de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois.

Sur les actes non réalisés :

8. M. X. ne saurait utilement contester la réalité de ces manquements qui, pour deux patients, résultent de procès-verbaux d'audition de ses patients ou de leurs proches non remis en cause par des attestations ultérieures, soit ont été reconnus par lui pour un troisième patient.

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

9. Une ordonnance de régularisation ne saurait remettre en cause un manquement consistant en l'utilisation d'une prescription arrivant à échéance en principe début juillet 2016 pour facturer des actes accomplis les 16 et 18 août 2016 sans qu'aucun bilan ne soit ni établi, ni même allégué, en dépit de la période estivale et de la nécessité de la continuité des soins.

Sur les doubles facturations :

10. Il est constant que ces manquements ont été reconnus par M. X. même s'il invoque un défaut d'intentionnalité.

Sur les déplacements non prescrits :

11. M. X. ne saurait utilement contester un manquement du fait de la facturation d'un déplacement non prescrit par un médecin en faisant valoir qu'il aurait dû l'être et en se prévalant d'une ordonnance de régularisation établie après coup.

Sur la sanction :

12. 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. (...)* ».

13. Les manquements à la règle de la durée de séance et aux cumuls d'acte et cotations erronées mentionnés aux points 5 et 7 constituent, du fait de leur nature, de leur absence de caractère isolé 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. Ne sont pas caractérisés en revanche des fautes ou abus pour les autres manquements du fait de leur caractère isolé comme des montants en jeu. Il sera fait une juste appréciation de la gravité des manquements ainsi retenus en infligeant à M. X., praticien ayant débuté sa pratique que deux ans avant le début de la période contrôlée et n'ayant pas d'antécédent, la sanction du blâme. Il n'y a pas lieu d'assortir cette sanction de sa publication.

DECIDE

Article 1^{er} : Il est infligé à M. X. la sanction du blâme.

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, au ministre des solidarités et de la santé et au ministre de l'agriculture et de l'alimentation.

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

Après en avoir délibéré après l'audience du 23 novembre 2021 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 Berger, membre titulaire, désigné 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 Acher, membre titulaire, 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 13 décembre 2021.

Le président,

Antoine JARRIGE

Pour expédition conforme,

La secrétaire
de la section des assurances sociales,

Véronique TALPAERT

La République mande et ordonne au ministre des solidarités et 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.