



**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIERE INSTANCE DE L'ORDRE
DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES
DES RÉGIONS PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR ET CORSE**
Villa d'Este – 15 avenue Robert Schuman – 13002 MARSEILLE

N° 03-2023

Caisse primaire d'assurance
maladie des Alpes-de-Haute-Provence
c/ M. Y.

Audience publique du 21 mars 2025

Jugement rendu public par affichage
au greffe le 7 avril 2025

Composition de la juridiction

Présidente : Mme Caroline POULLAIN, magistrate à la
cour administrative d'appel de Marseille ;

Assesseurs :

En qualité de représentants de l'ordre des masseurs-
kinésithérapeutes : Mme Laurence LENOBLE et
M. Stéphane MICHEL, masseurs-kinésithérapeutes ;

En qualité de représentants des organismes d'assurance
maladie : Dr Catherine ALLIAUME pour le régime
général et Dr Caroll SANTIAGO pour la mutualité
sociale agricole ;

Assistés de : Mme Julie BRENCKLE, secrétaire.

Vu la procédure juridictionnelle suivante :

Par une requête enregistrée le 6 novembre 2023 sous le numéro 03-2023 au secrétariat 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 et un mémoire enregistré le 23 mai 2024, la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence dépose une plainte à l'encontre de M. Y., masseur-kinésithérapeute, exerçant (...). Elle demande, en application des dispositions de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, que soient infligées à l'intéressé les sanctions suivantes :

1°) interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux, assortie d'une publication par voie d'affichage dans les locaux de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence ;

2°) reversement du trop-remboursé à hauteur de la somme de 319 566,72 euros.

Elle soutient que :

- alors que M.Y. indique lui-même travailler 14 heures par jour, elle ne remet en cause sa prise en charge que pour les actes accomplis au-delà de 17 heures par jour, à raison, conformément à la nomenclature générale des actes professionnels, d'un acte par trente minutes ; les honoraires en dépassement, dont les modalités de calcul sont claires, sont abusifs ;

- sur la période du 1^{er} juin 2021 au 19 juillet 2023, 84 % des jours de facturation apparaissent ainsi en anomalie, dont certains avec un dépassement très important qui est irréaliste, alors que l'activité facturée à d'autres caisses n'a pas été prise en compte ; l'activité de

M.Y. facturée à la caisse est six fois supérieure à la moyenne de ses confrères, sans que l'équipement de son cabinet, ses spécialités, non reconnues par la profession, ou une facturation les week-ends ne puisse l'expliquer ;

- M.Y. a déjà fait l'objet de procédures à raison de manquements ; une transaction a notamment été conclue à la suite de faits similaires au cours du mois d'avril 2021, dans laquelle il s'est engagé à respecter la nomenclature générale des actes professionnels ;

- il ne respecte en outre pas le délai de facturation des actes fixé par le code de la sécurité sociale.

Par un mémoire, enregistré au secrétariat le 15 avril 2024, M.Y., représenté par Me Auché, conclut au rejet de la plainte.

Il soutient que :

- la plainte aurait dû être accompagnée de témoignages de patients ;
- son hyper activité s'explique par son investissement, les différentes techniques de soin pour lesquelles il s'est formé, la structure de son cabinet doté d'équipements performants et les difficultés de recrutement ;

- tous ses patients bénéficient de soins et sont satisfaits de son travail ; aucune fraude ne peut lui être reprochée ; les techniques qu'il utilise ne nécessitent simplement pas sa présence 30 minutes auprès de chaque patient ; dès lors, tous ses actes doivent lui être payés ;

- les techniques actuelles doivent a minima conduire à accepter qu'un acte ne dure que 20 minutes, ainsi que le fait le conseil national de l'ordre ; à raison de 15 heures de travail par jour, 45 actes doivent être admis ;

- le calcul de l'indu effectué par la caisse n'est pas compréhensible.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- le code de justice administrative ;
- la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sage-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 ont été régulièrement averties du jour de l'audience.

Ont été entendus au cours de l'audience publique du 21 mars 2025 :

- le rapport de M. Michel ;
- les observations de M. Jeannin, représentant la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence ;

- et les observations de Me Chauvet, substituant Me Auché, représentant M.Y., ainsi que les observations de M.Y. lui-même, ce dernier ayant été préalablement informé de ce qu'il pouvait faire valoir son droit au silence au cours de l'audience.

Considérant ce qui suit :

1. La caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence a contrôlé l'activité de M.Y., masseur-kinésithérapeute exerçant à (...), en ce qui concerne les actes réalisés sur une période de soins allant du 1^{er} juin 2021 au 19 juillet 2023.

2. 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 (...)* ».

Sur le grief tiré du non-respect du délai de facturation :

3. Il n'est pas contesté qu'ainsi que le soutient la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence, M.Y. n'a, pour un grand nombre de ses actes, pas respecté le délai de facturation mentionné à l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale.

Sur le grief tiré du non-respect de la durée des soins :

4. Selon l'article 5 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels dans leur version en vigueur durant la période en litige : « *Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession : / (...) / c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence. / 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* ». Selon les 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 1^{er}, 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. / (...) ». Ces dispositions ont pour objet de favoriser la qualité des soins en instituant une durée minimale approximative pendant laquelle un professionnel doit se consacrer à son patient.

5. L'analyse de l'activité de M.Y. a fait apparaître que sa facturation à la caisse est six fois supérieure à la moyenne de ses confrères. Pour la période contrôlée, M.Y. a facturé, par jour, jusqu'à 115 actes de soin dont la durée devait en principe être de l'ordre de trente minutes. La reconstitution de son agenda, sur la base d'une durée de trente minutes pour chacun de ces actes facturés au profit d'un assuré de la seule caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence, fait ressortir 457 jours à plus de 17 heures d'activité sur 546 jours travaillés, dont 82 % correspondant à une amplitude horaire supérieure à 24 heures.

6. Si M.Y. soutient qu'il est investi dans ses fonctions et répond à la demande de sa patientèle dans une zone à forte tension et alors qu'il fait face à des difficultés de recrutement, la caisse fait valoir que 35 masseurs-kinésithérapeutes sont installés sur la commune de (...), dont l'épouse de M.Y. qui, bien que partageant le même cabinet, ne présente pas la même suractivité. L'équipement et l'appareillage dudit cabinet ne sauraient justifier à eux seuls que le praticien, qui a choisi d'exercer une activité conventionnée et n'a pas le statut de centre de soins médicaux de réadaptation, ne consacre pas le temps prévu par les dispositions générales de la nomenclature générale citées ci-dessus au soin de chacun de ses patients. Si l'intéressé se prévaut de la satisfaction de ces derniers quant à la qualité de sa prise en charge, les témoignages qu'il produit ne sont pas de nature à l'exonérer de sa responsabilité à cet égard. Si M.Y. fait également valoir que le calcul de la caisse ne prend pas en compte la spécificité des soins qu'il prodigue, particulièrement les séances de rééducation vestibulaire ou d'ondes de choc, dont la durée est nécessairement inférieure à trente minutes, d'une part, il ne soutient pas que ces actes n'auraient pas été cotés comme correspondant à ceux pour lesquels le soin doit satisfaire à une durée de l'ordre de trente minutes, d'autre part, la reconstitution effectuée par la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence ne tient pas compte des soins prodigués aux assurés relevant d'autres caisses, dont elle indique pourtant, sans être contredite, qu'ils représentent 26 % de l'activité de M.Y.

7. Dans ces conditions et alors même que la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence ne produit pas de témoignage de patientèle mécontente, la reconstitution de l'activité à laquelle elle a procédé démontre que le grand nombre de patients pris en charge sur la période en cause ne permettait pas à M.Y. d'assurer le niveau de qualité de soins exigé par les dispositions citées ci-dessus de la nomenclature générale des actes professionnels pour les soins remboursés par l'assurance maladie. A ce titre, et sans qu'il ne soit prétendu que M.Y. aurait facturé des actes fictifs, le grief tiré de ce que, eu égard à ses conditions d'exercice, ce dernier n'a pas respecté les dispositions relatives à la durée des soins, doit être retenu.

Sur les sanctions :

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 décisions (...) 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 ». Aux termes de l'article R. 145-42 du code de la sécurité sociale : « Les décisions de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance (...) prononçant une sanction d'interdiction temporaire ou permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux (...) fixent la période d'exécution ou la date d'effet de cette sanction en tenant compte du délai d'appel assorti, le cas échéant, du délai de distance. / Lorsque la juridiction décide, en application des dispositions des articles L. 145-2, L. 145-5-2 et R. 145-2, que les sanctions font l'objet d'une publication, les modalités et la durée de cette publication sont précisées dans la décision. / (...) ».

9. En premier lieu, les griefs évoqués ci-dessus, particulièrement celui tiré du non-respect de la durée des soins, ont le caractère de fautes et abus susceptibles de valoir à M.Y. le prononcé d'une sanction en application des dispositions des articles L. 145-5-1 et L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale. Ainsi que le relève la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence, ils interviennent alors qu'il avait déjà été reproché à M.Y. sa suractivité, au cours de la période du 8 janvier 2018 au 21 janvier 2020, et que ce dernier s'était engagé, aux termes d'un protocole transactionnel du 7 avril 2021, à corriger la pratique de son exercice. Dans ces circonstances, il sera fait une juste appréciation de la gravité des fautes commises par l'intéressé en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux pour une durée de huit mois, dont quatre mois assortis du sursis.

10. En application des articles R. 145-42 et R. 145-59 du code de la sécurité sociale, le présent jugement deviendra définitif à l'expiration du délai d'appel de deux mois à compter de sa notification. Il y a dès lors lieu de fixer la prise d'effet de cette peine d'interdiction temporaire au 1^{er} septembre 2025. Cette sanction fera l'objet, à compter de cette même date, d'une publication par affichage dans les locaux administratifs ouverts au public de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence pendant une durée de deux mois.

11. En second lieu, constituent des honoraires abusifs, au sens du 4° de l'article L. 145-5-2 cité ci-dessus, ceux qui sont réclamés pour un acte réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement pratiqué, il équivaut à une absence de soins. Pour déterminer si les chiffres globaux relatifs à l'activité de M.Y. 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 y a lieu de retenir qu'il consacre 14 heures par jour à soigner ses patients

ainsi qu'il le soutient et qu'une durée moyenne de soins personnellement effectués inférieure à 20 minutes, correspondant à plus de 42 patients par jour, révèle l'existence d'actes pratiqués dans des conditions équivalentes à une absence de soins. Ainsi, il y a lieu, à raison de 20 minutes par acte, de totaliser le temps de travail facturé chaque jour au-delà de 14 heures (840 minutes) et de déterminer, par proratisation du montant du remboursement journalier, le montant des abus d'honoraires correspondants. Pour exemple, pour la journée du 1^{er} juin 2021, le calcul effectué au regard des données figurant dans le tableau établi par la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence est le suivant : $1\,267,83 \text{ euros} - 1\,267,83 \text{ euros} / (2\,790 \text{ minutes} / 30 \text{ minutes} \times 20 \text{ minutes}) \times 840 \text{ minutes}$, aboutissant à 695,26 euros d'honoraires abusifs. Le montant total en cause, ainsi calculé selon des modalités favorables au requérant, dès lors notamment qu'il ne tient pas compte des prises en charge effectuées par d'autres caisses, atteint la somme de 270 465,16 euros. En conséquence, il convient de condamner M.Y. au reversement de ladite somme à la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence.

D É C I D E :

Article 1^{er} : Il est infligé à M. Y. la peine d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de huit mois, dont quatre mois assortis du sursis.

Article 2 : La sanction prononcée à l'article précédent, pour la partie non assortie du sursis, prendra effet le 1^{er} septembre 2025 à 0h et cessera de porter effet le 31 décembre 2025 à minuit.

Article 3 : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant une période de deux mois à compter de sa date d'effet.

Article 4 : M.Y. versera à la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence la somme de 270 465,16 euros au titre des abus d'honoraires.

Article 5 : Le surplus des conclusions présentées par la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence est rejeté.

Article 6 : Le présent jugement sera notifié à la directrice de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence, à M. Y., au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Alpes-de-Haute-Provence, au directeur général de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, au conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, à la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles et à la ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire.

Copie en sera adressée à Me Jacques-Henri Auché.

Ainsi fait et délibéré par la présidente et les membres assesseurs à l'issue de l'audience publique du 21 mars 2025.

La présidente 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,

Signé

C. POULLAIN

La secrétaire de la section des
assurances sociales

Signé

J. BRENCKLE

La République mande et ordonne à la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, en ce qui le concerne et à tous commissaires de justice en ce requis, en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées de pourvoir à l'exécution de la présente décision.