



**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° 01-2023

Caisse nationale militaire de sécurité sociale
c/ M. Y.

Audience publique du 31 octobre 2024

Jugement rendu public par affichage
au greffe le 29 novembre 2024

Composition de la juridiction

Présidente :

Mme K. DURAN-GOTTSCHALK, magistrat au tribunal
administratif de Toulon ;

Assesseurs :

En qualité de représentants de l'ordre des masseurs-
kinésithérapeutes : Mme L. LENOBLE et M. L. GELLY,
masseurs-kinésithérapeutes ;

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

Assistés de : Mme J. BRENCKLE, secrétaire.

Vu la procédure suivante :

Par une requête enregistrée le 9 février 2023 sous le numéro 01-2023 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, la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), sise 247 avenue Jacques Cartier – 83090 Toulon cedex 9, dépose une plainte à l'encontre de M. Y., masseur-kinésithérapeute, exerçant (...), tendant à ce que soit constaté le fait que M. Y. a commis des fautes et à ce que lui soit infligée une sanction disciplinaire en application des dispositions de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

Elle soutient que :

- M. Y. transmet la grande majorité de ses facturations en mode dégradé, en méconnaissance de l'article R. 161-43 du code de la sécurité sociale et de l'article 4.4.1 de l'avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes ;
- ainsi, en 2022, sur 42 factures présentées aux fins de règlement à la caisse, M. Y. en a transmis 41 en mode dégradé ;
- il a également facturé des actes qu'il n'a pas réalisés concernant trois assurés sociaux militaires ;
- le 3 décembre 2021, M. Y. a transmis une feuille de soins faisant état de la réalisation de 30 séances de kinésithérapie au profit de Mme T. sur la période du 22 septembre au 27 octobre 2021 alors même que, comme en atteste l'assurée, 26 de ces séances n'ont pas été réalisées notamment du fait qu'elle était en mission à (...) du 1^{er} au 15 octobre 2021, entraînant un préjudice financier de 258,81 euros ;

- M. Y. a facturé 35 séances qui aurait eu lieu du 28 août au 16 octobre 2020 au profit de M. L. en faisant parvenir à la caisse deux feuilles de soins le 5 octobre 2020 et le 24 mars 2022, soit un an et demi plus tard, alors même que l'assuré atteste n'avoir effectué que six séances de rééducation ; cette facturation d'actes fictifs a entraîné un préjudice financier de 284,20 euros ;

- Mme S. a consulté M. Y. pour la rééducation de son genou droit de mi-janvier à mi-mars 2022 ; sur les dix-sept séances déclarées à la caisse par M. Y., l'assurée atteste que la séance du 25 janvier 2022 n'a pas été réalisée, entraînant un préjudice de 9,80 euros ;

- ces faits sont constitutifs de fautes et fraude ;

- enfin, par courrier du 14 décembre 2022, une notification d'indu d'un montant de 552.81 euros a été adressée à M. Y. qui s'est acquitté du règlement de la somme le 20 décembre 2022.

Par un mémoire, enregistré le 9 juin 2023, M. Y. indique qu'il acceptera la sanction qui sera infligée.

Il fait valoir que :

- il utilise sciemment le mode dégradé car il n'a pas de temps à consacrer aux tâches administratives et la volonté d'utiliser la carte vitale des patients génère des impayés, ces derniers ne se présentant pas aux rendez-vous par peur d'être facturés ;

- depuis l'utilisation de ce mode, il n'a plus d'impayé ;

- il a facturé les séances de Mme T. en raison de son fort absentéisme et du fait qu'elle n'honorait pas les rendez-vous pris ;

- M. L. lui a proposé de facturer les soins non réalisés en remerciement des bons soins prodigués à sa famille ;

- la facturation d'une séance en trop pour Mme S. résulte d'une erreur de retranscription du planning des rendez-vous dans le logiciel ;

- il reconnaît sa faute quant à la facturation d'actes non réalisés et a remboursé l'indu dès réception de la notification ;

- son volume d'activité est supérieur à la moyenne régionale car il travaille de 65 à 70 heures par semaine, ce que rien n'interdit.

Par ordonnance en date du 5 octobre 2023, la clôture de l'instruction a été fixée au 16 novembre 2023.

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu :

- le code de la santé publique ;

- le code de la sécurité sociale ;

- le code de justice administrative ;

- le décret n° 2013-547 du 26 juin 2013, relatif à l'organisation et au fonctionnement des juridictions du contentieux du contrôle technique des professions de santé ;

- 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 en séance publique du 31 octobre 2024 à 9h30 :

- le rapport de M. Gelly ;
- la caisse nationale militaire de sécurité sociale, dûment convoquée, n'était pas représentée ;
- les observations de Mme Y., masseur-kinésithérapeute régulièrement inscrite au tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, représentant régulièrement M. Y. en application de l'article R. 145-28 du code de la sécurité sociale.

Mme Y. a été informée, au cours de l'audience publique, de son droit de se taire.

Considérant ce qui suit :

1. Le contrôle de l'activité et des facturations de M. Y., masseur-kinésithérapeute, a été réalisé par la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2022 (dates de facturation).

Sur les griefs de la plainte :

En ce qui concerne le grief tiré de la facturation en mode dégradé :

2. Aux termes de l'article R. 161-43 du code de la sécurité sociale : « *Sous réserve des dispositions de l'article R. 161-43-1 : 1° Les feuilles de soins sont signées de l'assuré et du ou des professionnels ayant effectué les actes ou servi les prestations présentés au remboursement ; 2° Lorsque sont utilisées des feuilles de soins électroniques, les signatures sont données par la lecture de la carte mentionnée à l'article R. 161-33-1 et de la carte de professionnel de santé définie à l'article R. 161-52. Le procédé technique mis en œuvre doit garantir le maintien, dès l'obtention de la signature du bénéficiaire, de l'intégrité des données constitutives de la feuille de soins jusqu'à transmission de celle-ci aux fins de remboursement (...)* ». Selon l'article R. 161-43-1 du même code : « *Il peut être dérogé aux dispositions de l'article R. 161-43 dans les cas suivants : 1° La signature de la feuille de soins par l'assuré ou le bénéficiaire n'est pas exigée : - lorsque le bénéficiaire des soins n'est pas en état d'exprimer sa volonté ou lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire des dispositions de l'article L. 160-14 (6°), hébergé à ce titre dans un établissement éloigné du domicile de ses parents ou de la personne exerçant le droit de tutelle, pour les frais correspondants, y compris pour les frais de soins dispensés à la demande dudit établissement ; - pour les feuilles de soins relatives à la facturation de certains produits ou prestations visés à l'article L. 165-1 et dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie ; - pour les feuilles de soins électroniques ou les feuilles de soins sur support papier, lorsqu'elles sont envoyées directement à l'organisme d'assurance maladie, relatives à la*

facturation des actes effectués ou des prestations servies par les laboratoires de biologie médicale et les anatomo-cyto-pathologistes, dans les conditions prévues à l'article R. 161-46 ; - pour les éléments de facturation mentionnés au b du 11° de l'article R. 161-42, quels que soient le support et le mode de transmission du bordereau ; -pour la facturation des actes de télémédecine mentionnés à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique. »

3. Par ailleurs, selon l'article 4.4.1 de l'avenant 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux : « 4.4. Modalités de transmission des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire
4.4.1. Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique dit « système SESAM-Vitale » selon les conditions définies ci-après. En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » définie à l'article 4.5.1 ou de la feuille de soins sur support papier définie à l'article 4.5.2. Les masseurs-kinésithérapeutes adhérant à la présente convention utilisent le service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale). La facturation à l'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée GIE SESAM-Vitale. ».

4. Il résulte de l'instruction que M. Y. utilise majoritairement le mode dégradé pour transmettre les documents nécessaires au remboursement de ses prestations par l'assurance maladie, alors que l'article R. 161-43 du code de la sécurité sociale et l'avenant 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux déterminent un mode de facturation par principe en flux sécurisé, et permet l'utilisation d'un mode dégradé uniquement pour les hypothèses fixées à l'article R. 161-43-1, dont M. Y. ne démontre pas qu'elles le concerneraient. La double circonstance que le mode de facturation en flux sécurisé ferait perdre du temps à M. Y. et qu'il dissuaderait les patients de se présenter en rendez-vous est sans incidence sur l'irrégularité du mode de facturation pratiqué par ce dernier.

En ce qui concerne le grief relatif à la facturation d'actes non-réalisés :

5. Aux termes de l'article R. 4321-98 du code de la santé publique : « Les honoraires du masseur-kinésithérapeute sont déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. ». Aux termes de l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale : « Sont qualifiés de fraude, pour l'application de l'article L. 114-17-1, les faits commis dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée au préjudice d'un organisme d'assurance maladie, d'une caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles ou, s'agissant de la protection complémentaire en matière de santé, de l'aide médicale de l'Etat, d'un organisme mentionné à l'article L. 861-4 ou de l'Etat, y compris dans l'un des cas prévus aux sections précédentes, lorsque aura été constatée l'une des circonstances suivantes : 1° L'établissement ou l'usage de faux, la notion de faux appliquée au présent chapitre étant caractérisée par toute altération de la vérité sur toute pièce justificative, ordonnance, feuille de soins ou autre support de facturation, attestation ou certificat, déclaration d'accident du travail ou de trajet, sous forme écrite ou électronique, ayant pour objet ou pouvant avoir pour effet de

permettre l'obtention de l'avantage ou de la prestation en cause (...). Est également constitutive d'une fraude au sens de la présente section la facturation répétée d'actes ou prestations non réalisés, de produits ou matériels non délivrés. ». Aux termes de l'article 5 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : « 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 (sauf dispositions législatives ou réglementaires dérogatoires) 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. ».

6. M. Y. reconnaît ne pas avoir réalisé 26 séances concernant Mme T., 29 séances concernant M. L., et 1 séance en ce qui concerne Mme S., alors qu'il les a facturées à la caisse nationale militaire de sécurité sociale, contrevenant ainsi aux dispositions citées au point 5.

Sur la sanction :

7. 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 ou à une section de la chambre disciplinaire de première instance des infirmiers dites "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance" et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou du conseil national de l'ordre des infirmiers, dites "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes" et "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des infirmiers".* » 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. 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. (...) 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.* ». Enfin, 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 et du conseil national ou de la section des assurances*

sociales du conseil régional ou central des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens prononçant une sanction d'interdiction temporaire ou permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux ou de servir des prestations s'il s'agit d'un pharmacien ou les ordonnances de son président 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. Si la décision ne précise pas de période d'exécution, la sanction est exécutoire le lendemain du jour où elle devient définitive. ».

8. Les griefs retenus aux points 4 et 6 ont le caractère de fautes et fraude au sens de l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale, susceptibles de valoir à M. Y. le prononcé d'une sanction en application des dispositions précitées des articles L. 145-5-1 et L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale. Il sera fait une juste appréciation de la gravité des agissements de M. Y. en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de 1 mois. En vertu du pouvoir d'appréciation de la juridiction, il y a lieu d'assortir la condamnation disciplinaire ainsi prononcée du sursis pour sa totalité.

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 1 mois assortie du sursis pour sa totalité.

Article 2 : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse nationale militaire de sécurité sociale, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant une période de deux mois à compter de la date à laquelle la présente décision sera devenue définitive.

Article 3 : Le présent jugement sera notifié au directeur de la caisse nationale militaire de sécurité sociale, à M. Y., au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Bouches-du-Rhône, au directeur général de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, au conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au ministre de la santé et de l'accès aux soins et au ministre de l'agriculture, de la souveraineté alimentaire et de la forêt.

Ainsi fait et délibéré par la présidente et les membres assesseurs à l'issue de l'audience publique du 31 octobre 2024.

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

K. DURAN-GOTTSCHALK

La secrétaire de la section des
assurances sociales

J. BRENCKLE

La République mande et ordonne au ministre de la santé et de l'accès aux soins, 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.