

**GUIDE PRATIQUE
DU CONTROLE D'ACTIVITE
PAR LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE
A L'ATTENTION DES MASSEUR
KINÉSITHÉRAPEUTES**

Réalisé par Jacques-Henri AUCHE et Maud GENESTE
Avocats du barreau de Montpellier
1 rue Saint Firmin - CS 69524
34960 Montpellier Cedex 2
Tél. 04 67 66 26 65 - Télécopie 04 67 66 12 94
Courriels : Jh.auche@ah-avocats.fr
m.geneste@ah-avocats.fr

PROPOS INTRODUCTIFS

Selon le rapport de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude, bilan 2014, paru le 31 décembre 2015, les fraudes et activités fautives commises par des professionnels de santé, (médecins, chirurgiens, pharmaciens, masseur kinésithérapeutes, kinésithérapeutes, ambulanciers) représentent 96,5 millions d'euros de préjudice pour l'assurance maladie.

La lutte contre la fraude constituant l'une des priorités de la CNAMTS, a ainsi été mis en place en 2014 un outil de détection des professionnels de santé présentant des profils atypiques, l'outil « profileur », qui a permis de dégager d'importants gains de temps et d'accroître l'efficacité du ciblage sur les professions concernées.

La mise en place de référentiels de masso-kinésithérapie

Entre 2010 et 2014, la CNAMTS a mis en place dans le cadre de l'avenant n° 3 à la convention, quatorze référentiels portant sur des actes en série dans le champ ostéo-articulaire et définissant un seuil de séances au-delà duquel un accord préalable de l'assurance maladie est nécessaire pour la poursuite, à titre exceptionnel, des soins. Ils couvrent 36 % de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes. Les seuils de déclenchement de la procédure d'accord préalable ont été définis par la caisse nationale à partir d'argumentaires établis après consultation des syndicats représentatifs de la profession et de sociétés savantes et transmis pour avis à la Haute Autorité de santé (HAS). Dans ses avis, la HAS a indiqué, pour chacun des référentiels, qu'« il n'a pas été identifié de donnée en défaveur du référentiel proposé qui est en conséquence validé ».

Si une légère baisse du nombre moyen de séances peut être constatée, sur les six référentiels dont la CNAMTS a suivi l'impact, la moyenne constatée des séances pratiquées reste, pour trois d'entre eux, significativement supérieure au seuil défini. Pour l'arthroplastie du genou, une moyenne de 34 séances par patient a été pratiquée en 2013 pour un plafond de 25 séances. Dans le cas de la libération du nerf médian au canal carpien, pour laquelle aucune séance de rééducation n'est prévue, 12 séances en moyenne continuaient d'être pratiquées et remboursées. Contrairement aux dispositions du code de la sécurité sociale, la poursuite des séances au-delà du seuil prédéfini n'a donc rien d'exceptionnel.

Le bilan-diagnostic thérapeutique (BDK), qui doit en principe être adressé par les masseurs-kinésithérapeutes au médecin prescripteur au terme d'un traitement égal ou supérieur à dix séances ou en cas de prolongation du traitement, ne l'est que rarement.

Le titre XIV de la NGAP relatif aux actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles édicte, en ses dispositions liminaires, que sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Selon les caisses d'assurance maladie, si une telle formulation ne fixe pas une durée strictement impérative, il n'en demeure pas moins qu'à l'exception des deux types d'actes spécifiques exclus de cette prévision, à savoir la rééducation respiratoire et la kinésithérapie pratiquée en établissement, une séance ne peut avoir une durée **significativement** inférieure à 30 minutes.

Selon une méthode d'évaluation propre aux caisses d'assurance maladie, le professionnel ne peut facturer, au maximum que 2 592 actes par mois (d'environ trente minutes) en se conformant à la NGAP.

Toutefois, lorsque le service médical rend un avis défavorable à une demande d'entente préalable, ou fixe un nombre limitatif aux séances de massage-kinésithérapie, aucun dispositif technique ne fait obstacle *a priori* au remboursement de la facture adressée par la voie électronique par le professionnel de santé.

Il faut attendre le contrôle d'activité pour se voir signifier une notification de griefs dès lors que le plafond d'actes est dépassé...

La CPAM a la charge de la preuve que le dépassement correspond à une facturation fictive. Il s'agira en défense pour le praticien de démontrer que les soins réalisés au delà du « quota » ne sont pas fictif.

Par ailleurs, un recours pour excès de pouvoir peut être envisagé à l'encontre de du plafond « quota » au-delà duquel les caisses estiment que les actes n'ont pas été réalisés.

En effet, aucun plafond de travail par jour ou par mois n'est mentionné ni dans la NGAP, ni dans aucun texte réglementaire ni conventionnel. En outre la NGAP n'autorise pas un calcul mathématique stricte équivalent à 1 acte=trente minutes, le terme employé « de l'ordre de.. » est bien là pour éviter un seuil arbitraire, que se permettent pourtant d'appliquer les caisses d'assurance maladie.

Néanmoins, la finalité poursuivie par l'Etat étant de dissuader les fraudeurs, toutes les procédures sont mises en œuvre, des procédures civiles, ordinaires, aux procédures pénales.

Les praticiens peuvent donc faire l'objet, dans leurs rapports avec les organismes d'assurance maladie (CPAM, RSI, MSA, complémentaires également), de plusieurs types de contentieux obéissant à des règles procédurales, à un objet et surtout une finalité distincte.

Dans la mesure où il est délicat de déterminer quelle action sera choisie par les organismes d'assurance maladie, il est indispensable de ne rien négliger, même si le contrôle apparaît minime au départ.

Le présent guide vise à présenter toutes les procédures¹, envisageables à l'encontre de du masseur-kinésithérapeute par les organismes de sécurité sociale, ayant pour point commun le contrôle de leur activité, et donner des conseils pratiques à tous les stades desdites procédures.

CHAPITRE I – LE PRE CONTENTIEUX : LE CONTROLE D'ACTIVITE

La plupart des contentieux initiés par les caisses d'assurance maladie sont précédés d'un contrôle médical.

En cela, le contrôle médical constitue bien un pré contentieux, et il est indispensable que le masseur kinésithérapeute en connaisse les modalités, les tenants et aboutissants, puisque c'est de ce contrôle que découlera l'éventuel contentieux par la suite.

En outre, il est essentiel de savoir que la procédure suivie durant le contrôle d'activité pourra avoir une certaine influence par la suite.

1

- recouvrement de l'indu
- plainte devant la section des assurances sociales
- plainte devant la Chambre disciplinaire
- procédure conventionnelle

A l'exception toutefois d'une action intentée devant le Tribunal correctionnel pour fraude ou abus particulièrement caractérisés

I- OBJET DU CONTROLE D'ACTIVITE

Le service du contrôle médical est confié à des médecins conseils nationaux, régionaux et praticiens conseil de l'échelon local d'une caisse qui ont notamment pour mission de procéder « à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles, notamment au regard

des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie »

Le contrôle est généralement déclenché dès lors que le praticien dépasse un certain seuil d'actes facturés et remboursés.

Dès lors, le service médical recherche si ne sont pas commis les faits suivants :

- facturations injustifiées d'AIS 3
- facturation de plus de quatre AIS 3 par jour et par patient,
- cumul irrégulier d'actes en AMI et en AIS
- facturation d'actes non réalisés
- double facturation d'actes
- plus généralement non-respect des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels,
- bilans diagnostics de kinésithérapie fournis a posteriori et inexploitable par le service médical
- facturation d'actes accomplis dans le cadre de prescriptions médicales raturées, soit par surcharge ou transformation de la date, du nombre de séances, de la fréquence, de la durée totale
- envoi à la caisse primaire d'assurance maladie des feuilles de soins remplies et signées à la place des patients, correspondant à des prestations fictives ou comportant soit des sur-cotations d'actes soit une double facturation
- indication sur les actes facturés d'une date erronée ou facturation d'une séance non effectuée...

II- DEROULEMENT DU CONTROLE D'ACTIVITE

IMPORTANT : il est essentiel de conserver une copie de l'ensemble des courriers (ainsi que les enveloppes faisant foi de la date d'envoi ou de réception) adressés par les organismes de sécurité sociale.

Le contrôle d'activité se déroule, sauf exception, en trois étapes, examinées successivement :

- l'avis donné par le Service médical au début du contrôle d'activité avec communication d'une liste de patients pouvant faire l'objet d'un examen,
- le contrôle proprement dit,
- les résultats du contrôle du Service médical, et l'entretien éventuel à l'issue du contrôle.

A- Le début du contrôle

Lorsque le service médical entend procéder à un contrôle de l'activité d'un Masseur kinésithérapeute, il en avise ce dernier par courrier RAR, et lui communique une liste des patients qu'il envisage d'examiner (sauf si une fraude est suspectée, auquel cas il n'a pas cette obligation).

Dès lors que le service médical aura respecté cette obligation, il pourra alors convoquer, s'il l'entend, les patients.

B- Le contrôle d'activité

Le contrôle d'activité lui-même n'est soumis à aucune condition de délai, et peut donc s'étaler sur plusieurs semaines, voire des mois.

Il porte sur deux éléments :

1. Le service médical analyse les éléments détenus par les organismes de sécurité sociale, mais également sur ceux fournis par le praticien.

A cet égard, le Service médical est en droit de demander au praticien l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à la période d'activité examinée.

CONSEIL PRATIQUE : le masseur kinésithérapeute doit s'attacher à produire tout ce qui est sollicité du Service médical, mais n'a pas forcément intérêt à fournir davantage d'éléments qui pourraient venir remettre en cause la régularité d'un acte fourni.

2. le service médical a en outre la possibilité d'entendre et d'examiner les patients, ce qui lui permettra notamment :

- de vérifier la réalité des traitements cotés,

- de déterminer si les soins étaient, ou non, justifiés,
 - de constater la bonne ou mauvaise qualité des soins
- de recueillir des informations des patients sur la manière dont les soins ont été effectués

Le Service médical a l'obligation de s'assurer de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée sa carte nationale d'identité, ou tout autre document comportant sa photographie².

En outre, les médecins conseils du service médical, ainsi que les personnes placées sous leur autorité, n'ont accès aux données à caractère personnel que si elles sont **strictement nécessaires**, dans le respect du **secret médical**³.

CONSEIL PRATIQUE : si le listing des patients susceptible d'être entendus n'est pas trop important, il est vivement recommandé de convoquer au plus vite les patients afin de faire un contrôle de tous les soins réalisés.

C- L'issue du contrôle d'activité

Si une absence d'anomalies est constatée par le Service médical, l'Infirmier en est avisé, et cela met un terme à la procédure.

En cas d'anomalie constatée, et c'est plus généralement le cas, le Service médical informe la CPAM des irrégularités constatées.

1. la notification des griefs

A l'issue de cette analyse, le service du contrôle médical informe le professionnel concerné de ses conclusions.

Lorsque le service du contrôle médical constate le non-respect de règles législatives, réglementaires ou conventionnelles régissant la couverture des prestations à la charge des organismes de sécurité sociale, il en avise la caisse.

La caisse notifie alors au professionnel les griefs retenus à son encontre, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Classiquement, les griefs retenus par le Service médical se décomposent ainsi :

- actes non constatés ou non réalisés
- doubles facturations ou facturations d'actes

² L 315-1 IV bis

³ L 315-1 V

- abus d'actes (actes non médicalement justifiés)
- facturation d'actes hors nomenclature et actes non remboursables
- actes non-conformes aux données acquises de la science
- facturation non-conformes à la NGAP

Pour chaque patient, sont indiqués en outre le ou les actes cotés (date, localisation, nature, coefficient et montant).

Dans le délai d'un mois qui suit la notification des griefs, l'intéressé peut demander à être entendu par le service du contrôle médical⁴.

2. la demande d'entretien

La demande d'entretien⁵ présente un double intérêt : non seulement elle permet de retarder le début des procédures contentieuses (ce qui présente un intérêt au regard de la prescription de trois ans en matière d'action en récupération d'indu), mais en outre et surtout permet au praticien de s'expliquer.

Un tel entretien est justifié par les principes de respect du contradictoire et des droits de la défense.

Cela explique donc que le service du contrôle médical communique l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation et à l'entretien, comportant une liste des faits reprochés et l'identité des patients concernés⁶.

CONSEIL PRATIQUE : accepter bien entendu l'entretien proposé, sinon le délai de trois mois imparti par l'organisme de sécurité sociale pour faire connaître les suites qu'elle envisage de donner aux griefs, au-delà duquel elle sera réputée avoir renoncé à poursuivre le masseur kinésithérapeute, courra à l'expiration de ce délai d'un mois⁷.

C'est à ce stade que la procédure de contrôle prend un caractère réellement contradictoire, et le masseur kinésithérapeute doit donc veiller à ne pas négliger cette étape.

⁴ R 315-1-2 du CSS

⁵ R 315-1-2 du CSS

⁶ D 315-2 du CSS

⁷ D 315-3 du CSS

CONSEIL PRATIQUE : *le masseur kinésithérapeute a la faculté de faire des observations pour chacun des griefs qui lui sont faits.*

A ce stade, il est indispensable de reprendre pour chaque patient l'ensemble des anomalies retenues, et de fournir (si possible) des explications responsives détaillées au regard notamment du diagnostic clinique et des radiographies ultérieures.

Il est en outre indispensable de répondre à tous les griefs invoqués, même ceux qui pourraient être d'ordre général.

3. l'entretien à l'issue du contrôle d'activité

Cet entretien constitue le moment où le praticien peut s'expliquer sur les griefs qui lui ont été notifiés.

Il sera basé sur les conclusions du contrôle d'activité, mais également sur les remarques responsives du praticien, d'où la nécessité de faire les observations les plus complètes et précises possibles.

Lors de l'entretien, le masseur kinésithérapeute peut se faire assister par un membre de sa profession⁸.

CONSEIL PRATIQUE : *le masseur kinésithérapeute a tout intérêt à se faire assister par l'un de ses confrères, soit membre d'un syndicat, soit même un confrère pourvu ainsi d'une certaine autorité ; il est au préalable indispensable d'avoir soumis à ce confrère l'ensemble des griefs afin qu'il puisse vous assister et vous défendre au mieux.*

4. le compte-rendu d'entretien

Cet entretien fait l'objet d'un compte-rendu qui sera adressé au masseur kinésithérapeute, par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception, dans un délai de 15 jours. A compter de sa réception, le professionnel de santé dispose alors d'un délai de 15 jours pour renvoyer

ce compte-rendu signé, accompagné d'éventuelles réserves. A défaut, il est réputé approuvé.

⁸ D 315-1 du Code de la sécurité sociale

CONSEIL PRATIQUE : le masseur kinésithérapeute a tout intérêt, là encore, à renvoyer ce compte-rendu signé, à confirmer qu'il maintient ses observations responsives à chacun des griefs, et éventuellement si l'entretien a révélé des problématiques plus générales ou récurrentes contestées par le Service médical, à y répondre avec la plus grande attention.

5. l'avis donné par l'organisme de sécurité sociale quant aux suites envisagées

A l'expiration du délai de 15 jours de la réception du compte-rendu d'entretien, l'organisme de sécurité sociale dispose **d'un délai de trois mois** pour faire connaître au masseur kinésithérapeute les suites qu'il entend donner aux griefs initialement notifiés.

A défaut, l'organisme de sécurité sociale sera réputé avoir renoncé à poursuivre le masseur kinésithérapeute contrôlé⁹.

Il convient toutefois de prendre avec précaution cette disposition : elle ne peut être opposée que dans le cadre d'une action en récupération d'indu, mais en aucun cas dans le cadre d'une plainte.

⁹ Article D 315-3 du Code de la sécurité sociale.

CHAPITRE II – LA PHASE CONTENTIEUSE

Dans son avis suite au contrôle d'activité, la CPAM indique la ou les procédure(s) qu'elle entend poursuivre à l'encontre du masseur kinésithérapeute.

Plusieurs procédures peuvent être mises en œuvre par les organismes de sécurité sociale :

- **recouvrement de l'indu correspondant auprès du professionnel de santé,**
- **plainte devant la section des assurances sociales**
- **plainte devant la Chambre disciplinaire**

La particularité du contentieux du contrôle technique est caractérisée par le principe d'indépendance des procédures, plusieurs procédures pouvant ainsi être poursuivies simultanément ou non.

Ainsi, une action disciplinaire n'entrave pas la poursuite devant la section des assurances sociales¹⁰, y compris pour les mêmes faits, et inversement¹¹.

De même, une action exercée à l'encontre d'un praticien devant la section des assurances sociales ne fait pas obstacle à ce qu'une action civile en réparation d'un délit ou quasi-délit soit mise en œuvre¹².

De même également, l'éventuelle application d'une pénalité financière ne fait pas obstacle à la saisine de la section des assurances sociales, lorsque les griefs relevés à l'encontre du masseur kinésithérapeute constituent également des fautes, fraudes ou abus visés à l'article L 145-1 du Code de la sécurité sociale, alors qu'elle exclut la mise en œuvre de sanctions conventionnelles (article L 162-1-14, IV du CSS).

¹⁰ L 416-5 du Code de la santé publique

¹¹ CE, 15 févr. 1961, n° 25327 : Rec. CE 1961, p. 127.

¹² ainsi, l'article 4126-5 du Code de la santé publique prévoit qu'un professionnel qui fait l'objet de poursuites disciplinaires devant la section des assurances sociales pour prescriptions abusives de médicaments, peut voir sa responsabilité mise en jeu sur le fondement de l'article 1382 du Code civil, en vue de la réparation du préjudice subi par les caisses de sécurité sociale, outre les pénalités financières qui peuvent lui être infligées sur le fondement de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

§ I – CONTENTIEUX DU RECOUVREMENT DE L'INDU

CONSEIL PRATIQUE :

1) il ne faut jamais négliger une demande en recouvrement d'indu qui peut augurer d'autres contentieux.

2) l'opportunité de contester une notification d'indu ne s'apprécie pas seulement en fonction du montant de l'indu réclamé, mais également en fonction de l'importance dans l'exercice professionnel, de la cotation contestée

3) une tentative de règlement amiable avec la caisse, à la suite de la notification d'indu ne doit pas vous faire oublier de formaliser les recours dans les délais prévus pour élever une contestation. Il est également prudent, si un accord est trouvé avec la caisse, de formaliser par écrit à titre de preuve.

I- OBJET DU CONTENTIEUX

En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation des actes, prestations et produits, donnant lieu à remboursement, ou en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés, l'organisme d'assurance maladie peut agir en recouvrement de la somme indûment payée¹³.

L'action en recouvrement de l'organisme social **se prescrit par trois ans** à compter de la date du paiement de la somme indue, et non de la date de facturation par le masseur kinésithérapeute.

II- PREMIERE PHASE DU CONTENTIEUX

L'action en recouvrement s'engage par l'envoi au professionnel d'une lettre motivée en Recommandé avec accusé de réception, lui notifiant le montant réclamé (voire par remise en mains propres contre récépissé, ou par un mail si un accusé de réception permet d'en attester la bonne réception).

¹³ Article L 133-4 du Code de la sécurité sociale

1. La notification de payer

Cette notification doit préciser la cause, la nature et le montant des sommes réclamées, ainsi que la date des versements indus donnant lieu au recouvrement.

Cette notification mentionne également l'existence d'un délai de 2 mois à partir de sa réception, pour que le débiteur s'acquitte des sommes réclamées.

Elle informe également le débiteur, qu'à défaut de paiement dans ce délai, il sera mis en demeure de payer l'indu avec une majoration de 10 %.

L'intéressé a un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification pour faire des observations écrites.

Ainsi, à ce stade, le masseur kinésithérapeute a trois alternatives :

- soit payer la pénalité immédiatement
- soit saisir la commission de recours amiable de la CPAM (ce qui peut lui éviter, le cas échéant la mise en demeure et la pénalisation de 10 %)
- soit ne rien faire et attendre qu'une mise en demeure lui soit notifiée.

2. La mise en demeure

En l'absence de remboursement de l'indu dans le délai de deux mois et en cas de désaccord avec les observations de l'intéressé, ou après notification de la Commission de recours amiable, une mise en demeure est adressée au masseur kinésithérapeute¹⁴.

La mise en demeure, généralement faite par courrier RAR (mais pouvant être remise contre récépissé, ou par un mail si un accusé de réception permet d'en attester la bonne réception) doit comporter :

- la cause, la nature et le montant des sommes réclamées,
- la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement,
- le motif, le cas échéant, qui a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées,

- le montant de la majoration de 10% afférentes aux sommes encore dues,
- le délai de saisine de la commission de recours amiable prévue à l'article R 142-1 du Code de la sécurité sociale.

¹⁴ R 133-9-1 du CSS

Si le paiement de l'indu a été entièrement payée dans le délai d'un mois suivant la date d'envoi de la mise en demeure, la majoration de 10% peut faire l'objet d'une

remise par le directeur de l'organisme de sécurité sociale à la demande du débiteur de bonne foi, ou si le montant de l'indu est inférieur au seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ainsi, à ce stade, le masseur kinésithérapeute a trois alternatives :

- soit payer la mise en demeure immédiatement,
- soit saisir la commission de recours amiable de la CPAM (s'il ne l'a pas déjà fait) dans le délai d'un mois (et non plus deux¹⁵),
- soit ne rien faire et attendre qu'une contrainte lui soit notifiée.

3. La contrainte

Lorsque dans le délai de 1 mois à compter de sa notification, la mise en demeure est restée sans effet, le Directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le TASS (Tribunal des affaires de sécurité sociale), comporte tous les effets d'un jugement, et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

La signification de la contrainte sera effectuée par un huissier de justice¹⁶, ou par lettre Recommandée avec accusé de réception.

A ce stade ultime, le masseur kinésithérapeute n'a plus qu'une alternative :

- soit payer le montant indiqué dans la contrainte,
- soit saisir le TASS en formant opposition.

III- PHASE CONTENTIEUSE DEVANT LE TASS

L'opposition constitue la voie de recours à l'encontre de la contrainte.

Si le masseur kinésithérapeute peut formaliser lui-même opposition à l'encontre d'une contrainte devant le TASS, il doit impérativement respecter certaines conditions :

- l'opposition doit être formalisée devant le TASS dans le ressort duquel il est domicilié (par exemple, pour un Masseur kinésithérapeute domicilié à SETE, le TASS compétent est celui de MONTPELLIER)

¹⁵ R 142-1, alinéa 3 du CSS

¹⁶ R 133-3 du CSS

- l'opposition doit être faite soit directement par inscription au greffe du TASS, soit par Lettre RAR adressée au secrétariat du TASS
- l'opposition doit être faite dans le délai de 15 jours de la signification de la contrainte par voie d'huissier (ou de la réception de la lettre RAR)
- l'opposition doit enfin être motivée, ce qui signifie qu'il faut expliquer les raisons pour lesquelles la contrainte est contestée.

Les parties sont convoquées 15 jours au moins avant la date d'audience, et sont généralement convoquées par lettre RAR.

Le masseur kinésithérapeute peut comparaître personnellement ou se faire représenter soit par un confrère, soit par un avocat.

CONSEILS PRATIQUES :

1) même s'il s'agit d'une procédure orale, et même si l'opposition indique les raisons de votre recours, il est vivement conseillé de déposer un argumentaire écrit détaillé, en complément de l'opposition motivée.

Par souci de respect du contradictoire, il convient d'adresser cet argumentaire écrit, ainsi que toute pièce dont vous entendriez vous prévaloir, à l'organisme de sécurité sociale directement.

2) la procédure étant orale, il vous est toujours possible de développer de nouveaux moyens à l'audience, dès lors qu'ils auront été débattus contradictoirement.

3) bien vérifier que le Service médical vous ai bien informé, au préalable, de l'identité des patients qu'il entendait auditionner et examiner ; faute de respecter cette obligation, la notification de payer est nulle, en raison de l'irrégularité de la procédure de contrôle. Le TASS déboutera donc l'organisme de sécurité sociale de son action en récupération d'indu¹⁷ !

¹⁷ Par arrêt en 14 février 2013, la Cour de cassation a en effet posé le principe selon lequel il résulte de ces dispositions (article R 315-1-1 du CSS, alinéa 2) que le service médical ne peut agir ainsi **qu'après avoir informé le professionnel de santé de l'identité des patients qu'il entend auditionner et examiner.** » (Civ., 2^{ème}, 14 février 2013, n° 12-13.743).

Sur renvoi de cassation, la Cour d'appel a, par arrêt en date du 10 décembre 2014, dit et jugé irrégulière la procédure de contrôle, et l'a annulée au motif que « l'examen éventuel des patients suppose une information préalable du professionnel de santé contrôlé quant à l'identité desdits patients ».

Il est vivement conseillé de répondre à chacun des griefs de manière très précise.

Si le TASS ne s'estime pas suffisamment éclairé, il peut ordonner, avant de statuer sur le fond, une mesure d'instruction ou une mesure d'expertise.

C'est le cas lorsqu'apparaît une difficulté d'ordre technique portant sur l'application et l'interprétation de la NGAP ou CCAM, sur la conformité d'actes aux données acquises de la science.

IV- RECOURS CONTRE LES JUGEMENTS DU TASS

La lettre de notification du jugement du TASS, tout comme l'arrêt d'appel, mentionne de manière expresse les modalités de recours possibles (appel ou pourvoi, et éventuellement mais rarement opposition).

a. L'appel

Les jugements rendus pas le TASS sont susceptibles d'appels dès lors que l'intérêt du litige est supérieur à 4.000 €, ou si le montant des demandes ne peut être déterminé.

Les jugements avant dire droit, ordonnant une mesure d'instruction ou une enquête, ne sont pas susceptibles d'appel immédiat, et ne pourront l'être qu'avec le jugement au fond.

L'appel peut être interjeté dans le délai **d'un mois** à compter de la notification du jugement et doit être fait au greffe de la Cour d'appel dans le ressort de laquelle est situé le tribunal qui a rendu la décision attaquée¹⁸.

L'appel est suspensif, ce qui signifie que les condamnations prononcées par le TASS ne pourront être exécutées le temps de l'appel.

La Cour d'appel de renvoi a ainsi jugé que, « *fondée sur une procédure annulée, la notification de payer du 6 juillet 2004, adressée par la CPAM ne pouvait prospérer, contrairement à ce qu'elle soutient.* »

La Cour a ainsi débouté la CPAM de sa demande de récupération de l'indu (CA NANCY, 10 décembre 2014, n° 13/01566).

¹⁸ CSS, art. R. 142-28, al. 6

Le greffier de la Cour convoquera les parties à l'audience prévue pour les débats, dès sa fixation et quinze jours au moins à l'avance, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, et leur adresse le même jour, par lettre simple, copie de cette convocation.

De même que devant le TASS, il s'agit d'une procédure sans représentation obligatoire : cela signifie que les parties peuvent se défendre elles-mêmes, et que la procédure est orale.

b. Le pourvoi en cassation

Les jugements rendus par le TASS sont susceptibles d'un pourvoi uniquement si l'intérêt du litige est inférieur à 4.000 € (en deçà c'est l'appel), ou si le litige porte sur une remise de majoration de retard et de pénalité.

Le délai pour formaliser un pourvoi en cassation est de deux mois à compter de la notification du jugement par la TASS (ou de l'arrêt par la Cour).

La Cour de cassation peut déclarer non admis le pourvoi et le déclarer d'emblée irrecevable, si elle estime qu'il est manifestement dénué de moyens sérieux.

La Cour de cassation statue, quoi qu'il en soit, toujours en droit, et non en fait : elle ne vérifie donc que la bonne application de la règle de droit aux faits qui lui sont soumis, mais sans jamais pouvoir discuter desdits faits eux-mêmes.

Soit la Cour de cassation rejette le pourvoi, soit elle casse la décision et renvoie alors l'affaire devant une cour d'appel ou un TASS pour qu'il soit jugé à nouveau en fait et en droit.

§ II – LA PROCEDURE DISCIPLINAIRE DEVANT LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS

I- OBJET DU CONTENTIEUX ET SANCTIONS ENCOURRUES

Il s'agit d'un contentieux disciplinaire visant à sanctionner les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes et auxiliaires médicaux à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux (*CSS, art. L. 145-1, L. 145-5-1 et R. 145-1*).

Il convient de souligner que cette procédure « *vise la recherche et du redressement de tout abus professionnel commis au préjudice de la sécurité sociale ou des assurés*

sociaux », comme l'a précisé le Conseil constitutionnel par décision en date du 17 janvier 2013¹⁹.

Quelques fautes commises ne suffiront donc pas à qualifier un comportement abusif.

C'est bien la démonstration d'un abus professionnel qui doit être apportée par le Service médical et la CPAM.

Cet abus professionnel se caractérise par le caractère répétitif des anomalies retenues, et le caractère intentionnel.

La preuve du caractère répétitif et intentionnel des anomalies doit être rapportée, faute de quoi les anomalies ponctuelles ne sauraient donner lieu à prononcé d'une sanction²⁰.

Les sanctions susceptibles d'être prononcées sont :

- l'avertissement,
- le blâme avec ou sans publication,
- l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux avec publication,

¹⁹ CC, décision n° 2012-289 QPC, 17 janvier 2013

²⁰ CE, 6 nov. 1991, n° 88294 : *JurisData* n° 1991-047662 ; *Bull. ordre méd.* 1992, p. 224 ; CE, 12 mai 2004, n° 250185 ; CE, 30 janv. 1987 – *Cons. ordre médecins, sect. ass. soc.*, 10 janv. 1991 : *Jurisprudence professionnelle des médecins, op. cit.*, t. II, p. 150, n° 488 ; CE, 30 janv. 2002, n° 203328 ; *Cons. ordre médecins, sect. ass. soc.*, 27 sept. 1995 : *Jurisprudence professionnelle des médecins, op. cit.*, t. III, p. 168, n° 312.

- 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 ci-dessus, avec ou sans publication.

Une plainte est déposée devant la Section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes.

Il s'agit d'une juridiction, dont il est essentiel de connaître la composition très particulière²¹:

- un président, membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel
- un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien conseil. Il y a quatre assesseurs masseurs kinésithérapeutes et leurs suppléants qui sont nommés.

CONSEIL PRATIQUE : La composition de cette juridiction impose une certaine diplomatie quant aux observations responsives qui pourraient être apportées en réponse à la plainte : deux des assesseurs proviennent en effet des organismes de sécurité sociale, et le cas échéant des médecins-conseils.

Il s'agit enfin d'une procédure contradictoire et écrite, les parties pouvant être assistées ou représentées.

CONSEILS PRATIQUES : Il est inutile de s'attarder dans l'argumentaire, sur les conditions dans lesquelles l'enquête préalable a été menée. En effet, contrairement à l'action en récupération de l'indu, les conditions et le respect des règles de l'enquête préalable diligentée par l'organisme social à l'origine de la plainte, sont sans influence sur la procédure suivie devant la section des assurances sociales.

II- Déroulement de la procédure

a. Saisine de la juridiction et instruction de la plainte

La section des assurances sociales du Conseil de l'ordre des Masseurs kinésithérapeutes est saisie par lettre recommandée avec accusé de réception, adressé au secrétariat de la section.

Les personnes et organismes habilités à saisir la section des assurances sociales est limitativement énumérée. Il s'agit :

²¹ CSS, art. L. 145-7-1 et R. 145-6-1

- des organismes d'assurance maladie ;
- des caisses de mutualité sociale agricole ou les autres organismes assureurs ;
- des syndicats d'auxiliaires médicaux,
- des directeurs généraux des agences régionales de santé,
- le médecin-conseil national, les médecins-conseils régionaux, médecins-conseils chefs de service du contrôle médical.

Il faut savoir que la saisine doit impérativement intervenir dans un délai de trois ans à compter de la date des faits²², à peine d'irrecevabilité (délai de prescription).

A compter de la saisine de la Section des assurances sociales, un rapporteur est désigné, lequel a plusieurs missions :

- entendre les parties, recueillir tous témoignages et procéder à toutes constatations utiles à la manifestation de la vérité,
- demander aux parties toutes pièces ou documents utiles à la solution du litige
- entendre, le cas échéant, tous témoins, un procès-verbal d'audition devant être dressé à chaque fois.
- rédiger à l'issue de l'instruction un rapport.

Le secrétariat de la section des assurances sociales adresse au masseur kinésithérapeute concerné, par lettre RAR, la copie de la plainte et des mémoires dont elle est saisie, et l'invite à produire un mémoire ou ses observations en défense dans le délai fixé par le rapporteur.

S'agissant d'une procédure contradictoire, les plaintes, mémoires et pièces produits doivent être déposés au secrétariat de la section des assurances sociales en nombre égal à celui des autres parties en cause, augmenté de deux.

Le secrétariat assure la communication des écritures et pièces entre les parties, en assortissant cette communication d'un délai pour y répliquer.

Une expertise ou une enquête peuvent être ordonnées, comme en procédure administrative.

Si la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre ne s'est pas prononcée dans le délai d'un an à compter de la réception de la plainte, la section des assurances du conseil national de l'Ordre des Masseurs kinésithérapeutes peut, à l'expiration de ce délai, être saisie par les requérants.

²² R. 145-22 du CSS

b. Audience

L'audience est publique, sauf exception tenant notamment au respect de la vie privée. Les parties sont convoquées à l'audience par lettre RAR.

Les parties ont la faculté de choisir un défenseur :

- les masseur kinésithérapeutes par un confrère inscrit au tableau et muni d'un mandat régulier de représentation ou par un avocat,
- le conseil national, départemental ou régional par un membre titulaire ou suppléant de son conseil ou par un avocat,
- les organismes de sécurité sociale par leur représentant légal, un de ses administrateurs, employés ou même un employé d'un autre organisme de sécurité sociale, par un avocat ou par médecin conseil
- les syndicats par leur représentant légal ou par un avocat, ou même un membre de la profession muni d'un mandat régulier.

III- les voies de recours

a. l'appel

Toutes les décisions rendues en première instance par les différentes sections des assurances sociales peuvent faire l'objet d'un appel²³.

L'appel est formé devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseur kinésithérapeutes.

Le délai d'appel est de 2 mois à compter de la notification du jugement.

L'appel a un effet suspensif, conformément aux dispositions de l'article R 145-58 du CSS : l'éventuelle peine prononcée en première instance ne sera donc applicable ni dans le délai pour formaliser appel (2 mois), ni durant l'instance d'appel.

Peuvent faire appel des jugements rendus par la section des assurances sociales :

- les parties intéressées, et notamment l'auxiliaire conseil qui aurait saisi la section des assurances sociales d'une plainte
- les organismes d'assurance maladie,
- les directeurs généraux des agences régionales de santé
- le ministre chargé de la Sécurité sociale

²³ CSS, art. L. 145-1, L. 145-5-1 et R. 145-1

Cet appel présente deux particularités à connaître :

- lorsque la juridiction du second degré n'a été saisie que de l'appel formé par le masseur kinésithérapeute, elle ne peut légalement prononcer contre ce praticien ou auxiliaire médical une sanction plus grave que celle décidée par la juridiction de première instance²⁴.
- Le recours incident, en l'absence de disposition législative ou réglementaire le prévoyant, n'est pas recevable devant les juridictions du contentieux du contrôle technique, et vaut pour l'ensemble des parties²⁵.

Par exemple, une caisse primaire d'assurance maladie qui a demandé, à l'appui de sa plainte devant la juridiction de première instance, qu'un praticien soit condamné à rembourser aux assurés sociaux un trop-perçu d'honoraires, mais qui n'a pas usé, dans les délais prévus, de la voie d'appel contre la décision rendue par celle-ci, n'est pas recevable à présenter hors délai devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre les mêmes conclusions à titre de recours incident²⁶.

De même, si un appel est seulement formalisé par l'organisme de sécurité sociale, la section des assurances sociales d'appel ne pourra prononcer une peine moins lourde que celle prononcée en première instance.

CONSEIL PRATIQUE : dans l'hypothèse où une peine que vous estimez minime a été prononcée contre vous, il est vivement conseillé de formaliser appel à titre conservatoire. Si à l'expiration du délai de deux mois, l'organisme de sécurité sociale n'a pas formé appel lui-même, vous aurez tout loisir de vous désister le cas échéant.

L'appel doit être déposé ou adressé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes

²⁴ CE, 19 févr. 1964, n° 59193 : Rec. CE 1964, p. 117

²⁵ CE, 5 mars 2003, n° 221643, jugeant ce principe non contraire à la Convention européenne des droits de l'homme

²⁶ CE, 27 mars 1996, n° 131592

L'appel ne contenant l'exposé d'aucun moyen ne peut être régularisé par le dépôt d'un mémoire exposant un ou plusieurs moyens que jusqu'à l'expiration de ce délai de deux mois²⁷.

La sanction est très lourde puisque c'est l'irrecevabilité de l'appel qui est encourue.

L'appel a un effet dévolutif, ce qui signifie que l'entier litige de première instance sera soumis à nouveau à la section des assurances sociales d'appel.

Dans la limite des conclusions et moyens dont elle est saisie, il sera donc statué sur :

- l'ensemble des éléments du litige et sur tous les griefs soulevés dans la plainte initiale, même si la juridiction de première instance ne les a pas retenus²⁸
- des griefs qui n'ont pas été dénoncés dans la plainte²⁹ ou qui ont été écartés par les premiers juges, à la condition d'avoir mis l'intéressé en mesure de présenter utilement sa défense sur ces griefs.
- des griefs invoqués pour la première fois en appel, à condition que le praticien ait été mis en mesure de produire ses observations sur ces faits nouvellement invoqués et non prescrits³⁰.

b. Le pourvoi en cassation

Les décisions rendues par la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation (ministère d'avocat obligatoire et délai de deux mois).

²⁷ art. R. 145-59 du CSS

²⁸ CE, 30 janv. 1953, n° 8533 : Rec. CE 1953, p. 46

²⁹ CE, 29 janv. 1997, n° 155012 : RJS 1997, n° 475

³⁰ Cons. ordre médecins, sect. ass. soc., 7 oct. 1993 : Bull. ordre méd. 1994, p. 210

**§ III – LA PROCEDURE DISCIPLINAIRE DEVANT LA
CHAMBRE DISCIPLINAIRE DU CONSEIL DE L'ORDRE DES
MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTES**

I- OBJET DU CONTENTIEUX ET SANCTIONS ENCOURRUES

Il convient de savoir que les organismes de sécurité sociale peuvent également, indépendamment d'une action devant la section des assurances sociale, déposer une plainte devant la Chambre disciplinaire³¹.

Le principe de proportionnalité implique alors que le montant global des sanctions éventuellement prononcées ne dépasse pas le montant le plus élevé de l'une des sanctions encourues³².

Ce contentieux vise des manquements aux obligations déontologiques.

A cet égard, il y a lieu de rappeler au titre de la **Section 4 : Déontologie des masseurs-kinésithérapeutes du Code de la santé publique** :

Article R.4321-77 CSP :

Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des actes effectués ou des honoraires perçus, ou les deux simultanément, sont interdits.

Ainsi, si le contrôle d'activité révèle un nombre important d'actes non-conformes aux données acquises de la science, si un nombre important de patients titulaires de la CMU font l'objet de soins indus, il n'est pas exclu qu'une plainte soit déposée au titre de manquements aux règles de déontologie.

Il n'y a pas de délai imposé pour agir : en l'absence de texte, les faits relevant de la section disciplinaire sont imprescriptibles³³.

Cette plainte peut aboutir au prononcé des mêmes sanctions que celles prononcées par la Section des assurances sociales³⁴.

³¹ Article L 4126-5 du Code de la santé publique

³² CE, 22 oct. 2014, n° 364384

³³ CE, ass., 27 mai 1955, n° 95027, Deleuze : Rec. CE 1955, p. 296

³⁴ Article L 4124-6 du Code de la santé publique

II- PROCEDURE APPLICABLE

La procédure est régie par le Code de la santé publique. Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le professionnel n'ait été entendu ou appelé à comparaître.

La plainte est portée devant la chambre disciplinaire du Conseil Régional de l'ordre des Masseur kinésithérapeutes.

a. les parties à la procédure

L'action disciplinaire contre un masseur kinésithérapeute peut être introduite devant la chambre disciplinaire de première instance par :

- le Conseil national ou le conseil départemental agissant d'ur propre initiative ou à la suite de plaintes formées par les patients, les particuliers, les organismes d'assurances maladies, les responsables du contrôle médical,
- les associations de défense ;
- le ministre de la Santé et le directeur de l'agence régionale de santé ;
- le procureur de la République ;
- un syndicat ou une association de praticiens.

Bien qu'il ne puisse saisir lui-même l'instance ordinaire, l'auteur d'une plainte bénéficie de la qualité de partie à l'instance disciplinaire de première instance.

Si la plainte émane d'un organisme de sécurité sociale, et donc une personne morale, doit être produite la délibération de l'organe statutairement compétent ou, dans le cas du conseil départemental, la délibération signée par le président accompagné de l'avis motivé du conseil.

Les parties peuvent se faire assister ou représenter soit par un avocat, soit par un confrère devant la chambre disciplinaire, par un membre titulaire ou suppléant pour le conseil départemental ou le Conseil national, par un des membres pour les syndicats.

b. La phase de conciliation

Une phase de conciliation est obligatoire, les parties étant convoquées dans le délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte³⁵.

L'auteur de la plainte et le professionnel de santé sont convoqués par un membre de la commission de conciliation du conseil départemental.

En cas d'échec, la plainte est transmise à la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional, accompagnée d'un avis motivé dans le délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

En cas de carence du conseil départemental, l'auteur de la plainte peut demander au président du Conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente.

CONSEIL PRATIQUE : il est vivement recommandé de participer à cette phase de conciliation et de bien relire le Procès-verbal établi par le conciliateur.

Il convient enfin de savoir que si la conciliation aboutit, le conseil départemental peut toujours effectuer une saisine directe en son nom ou transmettre une autre plainte portant sur les mêmes faits.

c. L'instruction de la plainte

L'instruction de la plainte est confiée à un rapporteur qui peut d'office, ou à la demande des parties, recueillir tous témoignages et procéder ou faire procéder à toutes constatations nécessaires à la manifestation de la vérité.

La procédure a un caractère écrit et oral, et est contradictoire.

La communication des mémoires s'accompagne d'une invitation à y répondre dans le délai fixé par le président de la juridiction ordinale.

³⁵ Article R 4123-19 du Code de la santé publique

Dès réception de la plainte ou de la requête et des pièces jointes requises, la plainte, le mémoire et les pièces jointes sont notifiés dans leur intégralité en copie au praticien mis en cause.

La plainte, le premier mémoire du défendeur et les pièces jointes sont obligatoirement communiqués aux parties dans les conditions fixées par les dispositions du code de la justice administrative³⁶.

d. L'audience

La convocation a lieu quinze jours au moins avant la date d'audience.

Le professionnel mis en cause doit obligatoirement comparaître devant la chambre disciplinaire de première instance.

L'audience est publique, sauf exceptions.

L'oralité a une place très importante. Les membres de la juridiction ordinaire peuvent s'adresser directement aux parties.

Le praticien use obligatoirement de la parole en dernier.

Attention : Des griefs nouveaux peuvent être soulevés à tout moment y compris pour la première fois lors de l'audience. Un temps suffisamment long doit alors être laissé au praticien pour préparer sa défense³⁷.

e. Les recours possibles

i. L'appel

Plusieurs parties ont la faculté de faire appel³⁸ :

- l'auteur de la plainte
- le professionnel sanctionné

³⁶ R. 611-3 et R. 611-5 du Code de justice administrative

³⁷ CE, 29 mai 2000, n° 198510

³⁸ L. 4122-3, V du CSP

- le ministre chargé de la Santé
- le représentant de l'État dans le département
- le directeur général de l'agence régional de santé
- le procureur de la République
- le conseil départemental
- le Conseil national de l'ordre intéressé.

L'appel est possible dans un délai de **trente jours** devant la juridiction ordinaire nationale, suivant la notification qui sera faite du jugement (attention, si la notification ne fait pas état d'un délai, le délai d'appel est le délai de droit commun de deux mois³⁹).

La requête d'appel doit contenir des moyens visant à contester la décision de première instance.

Sauf texte exprès, il n'est pas possible de former un appel à titre incident⁴⁰.

CONSEIL PRATIQUE : il est toujours préférable de formaliser appel d'un jugement partiellement défavorable, quitte à s'en désister par la suite. Ne pas le faire exposerait le masseur kinésithérapeute à ne pas pouvoir critiquer un jugement partiellement défavorable en cas d'appel de l'organisme social.

L'appel revêt en principe un caractère suspensif, sauf lorsque la juridiction ordinaire est saisie en application de l'article L. 4113-14 du Code de la santé publique (situation

d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par le masseur kinésithérapeute expose ses patients à un danger grave).

La décision de la chambre disciplinaire du Conseil national de l'ordre devient définitive le jour où le praticien en reçoit notification.

ii. L'opposition

Dans l'hypothèse assez rare où le masseur kinésithérapeute qui, mis en cause devant la chambre disciplinaire nationale, n'a pas produit de défense écrite en la forme

³⁹ R. 4126-44 du CSP

⁴⁰ CE, 5 mars 2003, n° 221643

régulière, il est admis à former opposition à la décision rendue par défaut⁴¹ dans un délai de cinq jours.

L'opposition a un effet suspensif, sauf lorsque la chambre est saisie d'un appel d'une décision prise en application de l'article L. 4113-14 du Code de santé publique.

Attention : Les jugements et ordonnances des chambres disciplinaires de première instance ne sont pas susceptibles d'opposition.

iii. Le pourvoi en cassation

Un recours en cassation est possible dans le délai de deux mois à compter de la réception de la notification de la décision ordinaire nationale.

Le pourvoi n'a pas un caractère suspensif sauf si un texte le prévoit expressément.

Il faut savoir que la proportionnalité de la peine aux manquements relève du pouvoir souverain des juges du fond, et il est donc impossible de contester devant la Cour de cassation, sauf dénaturation.

L'adéquation de la peine aux manquements relève du pouvoir souverain des juges du fond et ne peut être utilement discutée devant le juge de cassation sauf dénaturation⁴².

iv. Le recours en révision

Il s'agit d'une voie de recours extraordinaire qui mérite d'être connue.

Un recours en révision est possible si le masseur kinésithérapeute découvre que :

- la condamnation est intervenue sur la base de pièces fausses ou à partir du témoignage écrit ou oral d'une personne condamnée postérieurement pour faux témoignage
- une pièce décisive, retenue par la partie adverse, n'a pu être produite
- après le prononcé de la décision, un fait vient à se produire ou à se révéler ou lorsque des pièces, inconnues lors des débats, sont de nature à établir son innocence

⁴¹ Article L. 4124-4 du CSP

⁴² CE, 23 déc. 2013, n° 373292



Il faut savoir qu'un tel recours n'a pas d'effet suspensif et est enfermé dans le délai de deux mois à compter du jour où le professionnel de santé a eu connaissance de la cause de révision.

Les décisions statuant sur le recours en révision sont insusceptibles d'opposition mais peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation.

§ IV – LA PROCEDURE CONVENTIONNELLE

I- PROCEDURE DE SANCTION

A. Objet du contentieux et sanctions encourues

La caisse peut sanctionner le masseur kinésithérapeute si elle constate certains faits relevant de l'inobservation des dispositions de la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes (Arrêté du 10 mai 2007), après avoir respecté la procédure prévue par la convention.

Faits répréhensibles. Suivant l'article 5.4.1. a) de la convention nationale :

En cas de constatation, par une caisse, du non-respect des dispositions de la présente convention par un masseur-kinésithérapeute libéral, notamment sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables;*
- l'utilisation abusive du DE ;*
- l'utilisation abusive de la dispense d'avance des frais ;*
- la non-utilisation ou la mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents ou de la procédure auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;*
- la non-inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de l'article 3.3.4 de la présente convention ;*
- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162.1.7 du code de la sécurité sociale (NGAP),*
la procédure conventionnelle peut être mise en œuvre.

Il convient de souligner que cette liste n'est pas exhaustive, ce qui permet donc à la caisse d'élargir le pouvoir des caisses et de sanctionner d'autres faits, à condition toutefois :

- que ces faits soient directement liés à un engagement issu de la convention
- qu'il ait été constaté un abus, ce qui implique une violation répétée d'un droit

Sanctions encourues. Lorsqu'un masseur kinésithérapeute ne respecte pas les dispositions de la convention, les sanctions encourues sont limitativement et expressément visées à l'article 5.4.1. c) de la convention nationale :

- **interdiction temporaire ou définitive de pratiquer le DE ;**
- **suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations sociales du professionnel.** Cette suspension est de un, trois, six, neuf ou douze mois ;
- **suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel.** Cette suspension peut être temporaire (une semaine, un, trois, six, neuf ou douze mois) ou prononcée pour la durée d'application de la convention, selon l'importance des griefs. **La mise hors convention** de trois mois ou plus entraîne la suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

Conséquences importantes :

Lorsque les chambres disciplinaires de 1^{ère} instance ou nationale d'appel des conseils régionaux de l'ordre et du Conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes (en cours d'installation) ou une autre juridiction, ont prononcé, à l'égard d'un masseur kinésithérapeute, une sanction devenue définitive :

- D'interdiction temporaire ou définitive de donner des soins
- D'interdiction temporaire ou définitive d'exercer

Le professionnel se trouve placé de fait et simultanément hors convention à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire, et pour une durée équivalente.

Il en va de même quand une juridiction a prononcé une peine d'emprisonnement effective.

Combinaison de cette sanction avec les autres procédures. Il y a lieu de souligner qu'une sanction conventionnelle ne peut se cumuler avec les pénalités financières visées à l'article L 162-1-14 du CSS.

En revanche, une sanction conventionnelle peut être cumulée avec une sanction disciplinaire qui serait prononcée par la section des assurances sociales dans le cadre du contentieux du contrôle technique.

En effet, les caisses conservent le droit, en cas de faute, fraude ou abus, de recourir au contentieux du contrôle technique en application des articles L. 145-1 et suivants du Code de la sécurité sociale. De même, elles conservent le droit de mettre en œuvre les dispositions de l'article L. 133-4 du même code.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du praticien l'une des mesures prévues à l'article 5.4.1. c) de la convention nationale.

B. Procédure applicable

Il s'agit d'une procédure en 4 étapes :

- avertissement donné par la caisse,
- envoi d'un relevé de constatation,
- intervention de la Commission paritaire départementale,
- décision de la caisse

a. avertissement de la caisse

La procédure conventionnelle débute par une procédure préalable : l'injonction donnée par la caisse au masseur kinésithérapeute d'avoir à modifier son comportement.

Il s'agit d'un courrier d'avertissement de la caisse, adressé en RAR qui doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel.

Le masseur kinésithérapeute dispose d'un délai d'un mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique. Dans le cas du non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, le masseur kinésithérapeute dispose d'un délai de trois mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

S'agissant d'une mesure qui n'est que préparatoire, et ne fait pas grief au praticien, elle est insusceptible de recours devant le Tribunal administratif.

b. Envoi du relevé des constatations par la caisse

Si, à l'issue d'un délai d'au moins un mois ou de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation, à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le masseur kinésithérapeute n'a pas modifié sa pratique, la CPAM, pour le compte des organismes des autres régimes de son ressort géographique, communique le relevé des constatations à l'infirmier concerné par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie adressée aux présidents des deux sections de la CPD.

La CPAM procédera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai d'un an suivant la réception du courrier d'avertissement

non suivi de sanction, le masseur kinésithérapeute a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le masseur kinésithérapeute dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant et un praticien conseil du service médical.

A cette occasion, le masseur kinésithérapeute peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

c. Intervention de la commission paritaire départementale

Il faut savoir que la commission paritaire départementale est constituée de deux sections :

- la section sociale composée de représentants des caisses d'assurance maladie
- la section professionnelle composée de représentants des organisations départementales de syndicat national signataire et/ou de syndicats départementaux appartenant à une organisation nationale signataire

La commission paritaire départementale, pour donner son avis, invite le masseur kinésithérapeute à lui faire connaître ses observations écrites éventuelles et demande à l'entendre dans un délai qu'elle lui fixe. Dans le même temps, le masseur kinésithérapeute peut être entendu à sa demande par la CPD. Il peut se faire assister d'un avocat ou d'un masseur kinésithérapeute.

L'avis de la CPD est rendu dans les 60 jours à compter de sa saisine. A l'issue de ce délai, l'avis est réputé rendu.

A l'issue de ce délai, les caisses décident de l'éventuelle sanction.

d. La décision de la caisse

Le directeur de la CPAM notifie la décision prise au professionnel, pour le compte des autres régimes, l'éventuelle mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception. La caisse communique également la décision aux membres de la CDP en lui envoyant la copie de la lettre adressée au professionnel.

Cette notification précise la date d'effet de la décision et les voies de recours ; cette décision doit être motivée.

Lorsque le directeur de la CPAM prend à l'encontre d'un professionnel une mesure :

- de suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations sociales supérieure ou égale à mois,
- ou de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel supérieure ou égale à 3 mois,

et que cette mesure est supérieure à celle proposée par la CPD dans son avis, il en informe par courrier le secrétariat de la CPN qui inscrit ce point à l'ordre du jour de la réunion suivante. L'application de la décision du directeur est dans ce cas suspendue jusqu'à l'avis de la CPN.

C. Recours

Les voies de recours contre les sanctions conventionnelles sont le recours pour excès de pouvoir assorti d'un référé suspension.

Jacques-Henri AUCHE et Maud GENESTE

Avocats

Jh.auche@ah-avocats.fr

m.geneste@ah-avocats.fr