

ARRET

N° 236

CPAM DE L'ARTOIS

C/

[BT]

COUR D'APPEL D'AMIENS

2EME PROTECTION SOCIALE

ARRET DU 02 MARS 2023

N° RG 21/00687 - N° Portalis DBV4-V-B7F-H7TU - N° registre 1ère instance : 19/00967

JUGEMENT DU TRIBUNAL JUDICIAIRE D' ARRAS (Pôle Social) EN DATE DU 07 décembre 2020

PARTIES EN CAUSE :

APPELANT

La CPAM DE L'ARTOIS, agissant poursuites et diligences de ses représentants légaux domiciliés en cette qualité audit siège

[Adresse 4]

[Adresse 4]

[Localité 1]

Représentée et plaidant par Mme [L] [GM] dûment mandatée

ET :

INTIME

Monsieur [F] [BT]

[Adresse 3]

[Localité 2]

Représenté et plaident par Me François Xavier BRUNET de la SELARL BRUNET-VÉNIEL-GUISLAIN-LAUR, avocat au barreau de BETHUNE

DEBATS :

A l'audience publique du 21 Novembre 2022 devant Mme Chantal MANTION, Président, siégeant seul, sans opposition des avocats, en vertu des articles 786 et 945-1 du Code de procédure civile qui a avisé les parties à l'issue des débats que l'arrêt sera prononcé par sa mise à disposition au greffe le 02 Mars 2023.

GREFFIER LORS DES DEBATS :

Mme Marie-Estelle CHAPON

COMPOSITION DE LA COUR LORS DU DELIBERE :

Mme Chantal MANTION en a rendu compte à la Cour composée en outre de:

Mme Jocelyne RUBANTEL, Président,

Mme Chantal MANTION, Président,
et Mme Véronique CORNILLE, Conseiller,

qui en ont délibéré conformément à la loi.

PRONONCE :

Le 02 Mars 2023, par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au 2e alinéa de l'article 450 du code de procédure civile, Mme Jocelyne RUBANTEL, Président a signé la minute avec Mme Marie-Estelle CHAPON, Greffier.

*

* *

DECISION

Vu le jugement en date du 7 décembre 2020 du tribunal judiciaire (Pôle social) d'Arras qui a :

- annulé l'indu notifié par la CPAM de l'Artois le 22 janvier 2019 à Monsieur [BT] à hauteur de la somme de 13.700,41 euros,
- condamné M. [F] [BT] à verser la somme de 17.469,32 euros à la CPAM de l'Artois,
- débouté M. [F] [BT] du surplus de ses demandes,
- débouté la CPAM de l'Artois du surplus de ses demandes,
- dit que chacun gardera la charge de ses dépens.

Vu la notification du jugement par lettre recommandée avec accusé de réception reçue le 5 janvier 2021 par la CPAM de l'Artois,

Vu l'appel formé par la CPAM de l'Artois par lettre recommandée avec accusé de réception adressée le 1^{er} février 2021 au greffe de la cour,

Vu la convocation des parties et leur comparution à l'audience du 8 mars 2022, lors de laquelle l'affaire a fait l'objet d'un renvoi contradictoire à l'audience du 21 novembre 2021,

Par conclusions préalablement communiquées et développées oralement à l'audience, la CPAM de l'Artois demande à la cour de :

- confirmer le jugement en ce qu'il a confirmé l'indu à hauteur de 17.469,32 euros,
- infirmer le jugement en ce qu'il a annulé l'indu à hauteur de la somme de 12.823,72 euros.
- prendre acte de la position d'accord de la caisse, concernant l'annulation de l'indu à hauteur de 876,69 euros relatif aux dossiers n°19 et n°21,
- constater ainsi le bien fondé de l'indu, sauf en ce qu'il doit être retenu à hauteur de 30.293,04 euros,
- constater le bien fondé de la décision de la commission de recours amiable du 29 novembre 2019, sauf s'agissant de la minoration de l'indu,
- retenir l'indu à hauteur de la somme de 30.293,04 euros et y appliquer les intérêts légaux à compter de la date de notification de l'indu du 22 janvier 2019 en application de l'article 1352-7 du code civil,
- constater la sanction du blâme décidée par la section des assurances sociales du conseil de l'ordre de masseurs-kinésithérapeutes des Hauts de France en date du 11 juillet 2022,
- condamner le requérant à une indemnité de 3000 euros en application de l'article 700 du code de procédure civile,
- rejeter les griefs développés par le contradicteur.

Par conclusions préalablement communiquées et développées oralement à l'audience, M. [F] [BT] demande à la cour de :

- recevoir l'appel incident de M. [F] [BT],
- infirmer le jugement du tribunal judiciaire d'Arras en date du 7 décembre 2020 en ce qu'il l'a condamné à verser la somme de 17.469,32 euros à la CPAM de l'Artois,

Statuant à nouveau,

- annuler l'indu notifié par la CPAM de l'Artois le 22 janvier 2019 à hauteur de 29.845,08 euros,

- constater que M. [F] [BT] ne conteste pas devoir une somme de 1324,65 euros,

En tout état de cause,

- débouter la CPAM de l'Artois de toutes autres demandes, fins et conclusions,

- condamner la CPAM de l'Artois au paiement de la somme de 3000 euros en application de l'article 700 du code de procédure civile,

- condamner la CPAM de l'Artois aux entiers frais et dépens.

Conformément à l'article 455 du Code de procédure civile, il est renvoyé aux écritures des parties s'agissant de la présentation plus complète de leurs demandes et des moyens qui les fondent.

Motifs:

Il résulte de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, dans sa version applicable au litige, 'qu'en cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation : 1° des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162- 1- , L. 162- 17, L. 165- 1, L. 162- 22- 7, L. 162- 22- 7- 3 et L. 162- 23- 6 ou relevant des dispositions des articles L. 162- 22- 1, L. 162- 22- 6 et L. 162- 23- 1 (...) l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement (...)'.

S'agissant des actes cliniques médicaux des auxiliaires médicaux, la liste visée par l'article précité est la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

Le remboursement de l'assurance maladie ne peut intervenir qu'à la double condition qu'il s'agisse d'un acte inscrit à la NGAP, et que sa codification soit conforme à celle définie par cette même nomenclature.

Lorsque les conditions de prise en charge d'un acte prévu à la NGAP ne sont pas respectées, le refus de remboursement par l'assurance maladie est justifié.

L'article 5 des dispositions générales de la NGAP dispose notamment que seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, 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.

Par dérogation audit article 5 de la NGAP, les actes du titre XIV (actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles)

peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser la prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

En application des articles 1302 et 1302-1 du code civil, ce qui a été payé sans être dû est sujet à répétition et celui qui reçoit ce qui ne lui est dû s'oblige à le restituer à celui qui l'a indûment versé.

Il est également rappelé que la caisse, à qui il incombe d'apporter la preuve du bien fondé de l'indu, peut établir la nature et le montant des sommes dont elle entend obtenir le remboursement à titre d'indu de facturation par la production d'un ou plusieurs tableaux annexés à la notification de l'indu qui font apparaître les éléments permettant d'identifier la facture litigieuse, de sorte qu'il appartient au professionnel d'apporter les éléments de preuve au soutien de sa contestation.

Dans le cadre de l'appel, il y a lieu de prendre acte de l'accord de la CPAM de l'Artois en ce que le jugement a annulé l'indu relatif à la patiente Mme [M] [S] (dossier n°19) pour un montant de 353,97 euros, et l'indu relatif à M. [DW] [A] (dossier n°21) pour un montant de 522,72 euros, soit au total 876,69 euros.

Par lettre recommandée avec accusé de réception en date du 22 janvier 2019, la CPAM de l'Artois a notifié à M. [F] [BT] un indu faisant suite au contrôle de facturation opéré au titre de la période du 1er janvier 2017 au 24 avril 2018 et des investigations qui ont révélé diverses anomalies :

- des prescription utilisées au delà de leur date de validité pour 3946,85 euros,
- des actes et déplacements non réalisés pour 1847,50 euros,
- des cotations erronées pour 3141,25 euros,
- des doubles facturations pour un montant de 176,00 euros,
- le non respect de la durée des séances pour 14 513,36 euros
- des déplacements non prescrits pour 7595,77euros

soit un total d'indu notifié de 31 220,73 euros.

Le 2 mars 2019, M. [F] [BT] a saisi la commission de recours amiable qui a rejeté son recours tout en minorant l'indu à la somme de 31169,73 euros.

M. [F] [BT] ayant saisi le tribunal de grande instance devenu tribunal judiciaire d'Arras le 3 octobre 2018, c'est dans ces

conditions qu'est intervenu le jugement dont appel.

Sur le non respect de la durée des séances

Le Titre XIV de la NGAP prévoit, s'agissant des actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, que ' sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de 30 minutes. (...) Le masseur kinésithérapeute se consacre exclusivement à son patient' et dans l'article 2 chapitre III en cas de traitements conduits en parallèle de plusieurs patients, le temps consacré à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de 30 minutes par période continue ou fractionnée'.

Pour valider l'indu d'un montant de 2870 euros relatif au non respect de la durée des séances concernant Mme [ZU], le tribunal, rappelant que les enquêtes diligentées par les agents de la CPAM font foi jusqu'à preuve contraire, a écarté le témoignage de la patiente en date du 8 octobre 2018 recueilli dans des conditions ne garantissant pas sa capacité à comprendre les faits, M. [F] [BT] ayant indiqué qu'il a retranscrit les propos de cette dernière sous sa dictée, alors que la contre-enquête réalisée par les agents assermentés de la caisse en date du 7 décembre 2018 indique qu'elle n'en a conservé aucun souvenir, sa fille Mme [D] [ZU] ayant confirmé la signature de sa mère tout en indiquant que sa mère est vulnérable et malvoyante. La fragilité des éléments de preuve rapportés par M. [F] [BT] au regard de ce qui est dit ci-dessus justifie de confirmer le jugement de ce chef qui a validé l'indu pour un montant de 2870 euros.

Pour invalider l'indu d'un montant de 5440,55 euros relatif au non respect de la durée des séances concernant Mme [MB], le tribunal a retenu que la caisse se fonde sur le questionnaire de l'agent assermenté, dans lequel la fille de la patiente a indiqué que le praticien restait 15 minutes s'agissant de soins à domicile réalisés du 2 janvier 2017 au 31 janvier 2018, entrant dans le cadre d'un protocole ALD mis en place pour le traitement de séquelles d'un AVC.

Le constat dont il est fait état par la caisse ne comporte pas la signature du témoin, Mme [ZM], agent assermenté, ayant indiqué sur la dernière page du procès-verbal d'audition et sous sa seule signature que : ' la fille de l'assurée (..) a répondu à mes questions sur le pas de la porte car n'a pas voulu me faire entrer. La mère est placée en Ehpad à [Localité 5] depuis février 2018. D'après elle, le kinésithérapeute, [F] [BT], venait à domicile 5X par semaine (du lundi au vendredi). Il lui massait les genoux et l'aidait à la marche. La séance de kiné durait 15 mn au maximum.'

Dans ces conditions, le tribunal a justement pris en compte l'attestation établie par la fille de Mme [MB], en date du 28 septembre 2019, conforme aux dispositions de l'article 202 du code de procédure civile, qui indique : ' Lorsque le kiné, Monsieur [BT], venait effectuer des séances de rééducation pour ma mère Mme [MB] en 2017 et 2018, il restait 30 minutes'.

Ainsi, il y a lieu de confirmer le jugement qui a annulé l'indu à hauteur de la somme de 5440,55 euros.

Sur la base d'un procès-verbal d'audition en date du 17 mai 2018, de Mme [N] [UF] née en 1938, la caisse a notifié un indu d'un montant de 335,24 euros au motif du non respect de la durée de séances, l'assurée ayant déclaré que la durée des séances était de 10 à 15 minutes.

Si les réponses de Mme [UF] aux questions de l'agent assermenté manquent de précision sur des points comme le nom du médecin prescripteur ou celui du kinésithérapeute, ces imprécisions chez une patiente née en 1938 entretiennent un doute sur la pertinence des réponses sans pour autant que le tribunal ou la cour ne puissent écarter les éléments de l'enquête en l'absence de preuve contraire rapportée par M. [F] [BT].

Dans ces conditions, il y a lieu de confirmer le jugement qui a validé l'indu d'un montant de 335,24 euros.

S'agissant de M. [KT], le procès-verbal d'audition réalisé par l'agent assermenté comporte des éléments contradictoires en ce que le patient indique que les soins de kinésithérapie étaient réalisés par M. [F] [BT] à domicile entre 15h et 16 h, la durée des soins étant évaluée à 15 mn, le patient ayant fourni une attestation conforme aux exigences de l'article 202 du code de procédure civile dans laquelle il indique que lorsque Monsieur [BT] venait chez lui, il restait trente minutes.

La preuve contraire étant admise, le tribunal a à bon droit annulé l'indu correspondant pour un montant de 2335 euros.

S'agissant de M. [B], ce dernier a répondu l'agent assermenté de la CPAM que la séance durait 30 mn tout en indiquant que le professionnel de santé s'occupait personnellement de lui pendant 10 à 15 mn, ce qui rend la réponse inexploitable, l'intéressé ayant précisé dans une attestation conforme à l'article 202 du code de procédure civile que la séance en cabinet durait 30 mn et qu'il était seul en l'absence d'autres patients, le jugement ayant justement pris en compte ce témoignage pour annuler l'indu d'un montant de 2242,07 euros.

Il en est de même de M. [G] qui atteste que lors de séances de rééducation en cabinet, M. [F] [BT] restait avec lui 20 mn, partait 5mn et revenait 20 mn, étant toujours seul avec le 'kiné'. Ainsi c'est à bon droit que le jugement a annulé l'indu à hauteur de la somme de 1290,40 euros.

Sur les déplacements non réalisés

S'agissant de Mme [ZU], l'enquête de la caisse, suivie d'une contre-enquête à la suite de témoignage recueilli par M. [F] [BT] dans des conditions contestables eu égard au fait que l'intéressée lui aurait dicté les termes de l'attestation contredisant les constatations des agents assermentés, alors qu'elle est vulnérable et malvoyante, justifie la décision du tribunal qui a validé l'indu pour un montant de 5315,50 euros.

S'agissant de Mme [I], le tribunal a écarté le témoignage fourni par la patiente à la demande de M. [F] [BT] faisant état de rééducation des poumons en sus des séances pour lesquelles elle a admis devant l'agent enquêteur de la caisse, que le praticien se déplaçait trois fois par semaine à son domicile outre deux fois pour son dos, alors qu'aucune facturation n'a été adressée au titre d'une rééducation respiratoire, le jugement ayant lieu d'être confirmé qui a validé l'indu à hauteur de la somme de 1431,04 euros.

S'agissant de Mme [UF], la cour fait sienne la motivation du tribunal qui a validé l'indu à hauteur de la somme de 521,64 euros, l'argument de M. [F] [BT] selon lequel il effectuait plus de séances que celles prescrites ne lui permettant pas de prétendre à un remboursement par la CPAM, ce dernier faisant état de déplacements au domicile de la patiente 5 fois par semaine du 26 juillet au 4 août 2017 et ne pouvant donc se prévaloir d'une ordonnance postérieure en date du 14 octobre 2017 prescrivant '3 à 5 séances par semaine'.

S'agissant des patients, [Y] [J], [SP] [Z] et [H] [O], pour lesquels la caisse a notifié des indus respectivement pour 91,72 euros, 91,72 euros et 93,15 euros, la cour fait sienne la motivation du tribunal qui a annulé les indus en raison de contre-attestations produites à l'encontre des éléments de l'enquête administrative.

Sur les déplacements non prescrits

S'agissant de M. [U] [DB], la caisse réclame la somme de 660 euros d'indu au motif que M. [F] [BT] a facturé au patient des frais de déplacement à domicile qui n'étaient pas prescrits. Or, l'obligation de prescription est respectée en l'espèce en ce que la caisse ne conteste pas que la mention 'à domicile' figurant sur les certificats du docteur [FE] du 28 avril 2017, du 23 août 2017 et du 18 juin 2018, mentionnant 'kinésithérapie à domicile', 'prolongation kinésithérapie', et 'prolongation kinésithérapie à domicile', la CPAM de l'Artois ne contestant pas le fait que la pathologie du patient empêche tous déplacements. Il y a donc lieu de confirmer l'annulation de l'indu.

S'agissant de M. [DB] [T], la cour fait sienne la motivation du tribunal qui à l'analyse des prescriptions médicales a relevé que la mention 'à domicile' n'était pas inscrite pour les séances concernant la main et qui a en conséquence validé l'indu pour un montant de 525 euros.

Il en est de même s'agissant des patients [IC] [I], [C] [T], [W] [R], [AE] [T], [H] [O], [GU] [V], [JK] [ZF] et [TY] [R] en l'absence de prescription de soins à domicile pour les montants respectifs de 259,50 euros, 72 euros, 111 euros, 12 euros, 62,50 euros, 28,50 euros, 72 euros et 45 euros.

Sur les erreurs de cotationsS'agissant de M. [U] [DB], la caisse a évalué un indu sur la base des prescriptions ayant donné lieu à prise en charge au titre d'une affection longue durée non justifiée par une prescription médicale pour un montant de 2175 euros, les pièces produites par M. [F] [BT] n'étant pas de nature à contester l'indu, le jugement étant confirmé de ce chef.

Les autres erreurs de cotations ne sont pas contestées s'agissant de Mme [E] [MB] pour 119,25 euros, de Mme [UF] pour 360,68 euros, de Mme [J] pour un montant de 421,82 euros, et M. [P] pour un montant de 64,50 euros.

Sur les doubles facturations

Par des motifs que la cour adopte, le jugement sera confirmé qui a annulé un indu de 10,50 euros s'agissant des frais de déplacement de M. [DB] [T] qui ne peuvent être confondus avec ceux liés aux soins de son épouse.

Pour le surplus La cour par adoption des motifs du tribunal valide les indus notifiés pour [SP] [Z] [X] pour 95 euros et pour [AE] [T] pour 70,50 euros conformément au jugement qui sera confirmé.

Sur les prescriptions utilisées au delà de leur date de validité

La caisse primaire d'assurance maladie a remis en cause des facturations de soins prodigués en vertu de prescriptions qui étaient limitées à une durée calculée à compter de la prescription.

M. [F] [BT] fait valoir que la durée de la prescription doit être prise en compte à compter de la première séance de soins et ce au motif qu'aucun texte ne prévoit une durée de validité limite pour une ordonnance prescrivant un suivi kinésithérapeutique.

Toutefois, le tribunal a justement relevé que s'agissant du patient M. [DB] [U], la prescription du médecin étant fixée pour une durée limitée (3 mois suivant prescription du 28 avril 2017 et 3 mois suivant prescription du 9 août 2017) le délai prescrit calculé à compter de la première séance était expiré, de telle sorte que la somme de 1861,50 euros était due à la CPAM, le jugement étant confirmé de ce chef.

Pour les mêmes motifs repris du jugement, il y a lieu de confirmer les indus notifiés pour Mme [UF] d'un montant de 558,90 euros, pour Mme [J] d'un montant de 591,68 euros, la caisse ayant renoncé à solliciter l'infirmité du jugement relativement à l'annulation des indus notifiés pour Mme [S] d'un montant de 353,97 euros et pour M. [A] pour un montant de 522,72 euros en raison d'une durée de fin des soins très proche du terme prévu à la prescription.

Enfin, le cour adopte les motifs du jugement concernant les soins délivrés à Mme [K] et confirme l'annulation de l'indu pour un montant de 58,08 euros. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de débouter les parties de leurs appels formés à titre principal et à titre incident et de confirmer le jugement entrepris en toutes ses dispositions.

Chaque partie succombant partiellement, il y a lieu de dire qu'elles conserveront la charge de leurs propres dépens.

Dans ces conditions, il ne saurait être fait application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile.

PAR CES MOTIFS,

La cour, statuant publiquement par décision rendue contradictoirement en dernier ressort par mise à disposition au greffe de la cour,

Déboute les parties de leurs appels formés à titre principal et à titre incident,

Confirme le jugement entrepris en toutes ses dispositions,

Y ajoutant,

Dit que chacune des parties conservera la charge de ses propres dépens.

Le Greffier, Le Président,