MINUTE N° :

TRIBUNAL JUDICIAIRE
DE LYON

POLE SOCIAL - CONTENTIEUX GENERAL

REPUBLIQUE FRANCAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

JUGEMENT DU :

MAGISTRAT :
SSESSEURS :

DÉBATS :

PRONONCE :

AFFAIRE :

NUMÉRO R.G :

29 Octobre 2025

Jérôme WITKOWSKI, président
Miren-Amaya FABREGOULE DECHENAUX, assesseur collège employeur
Bruno ANDRE, assesseur collège salarié

assistés lors des débats et du prononcé du jugement par Anne DESHAYES, greffiere

tenus en audience publique le 25 Juin 2025

jugement contradictoire, rendu en dernier ressort, le 29 Octobre 2025 par le même magistrat

Monsieur [R] [Z] C/ CPAM DU RHONE

20/02022 - N° Portalis DB2H-W-B7E-VJAL

DEMANDEUR

Monsieur [R] [Z]
né le 29 Décembre 1955 à [Localité 2]
demeurant [Adresse 1]
représenté par Me François CORNUT, avocat au barreau de LYON

DÉFENDERESSE

CPAM DU RHONE
dont le siège social est [Adresse 3]
comparante en la personne de Mme [W], munie d'un pouvoir

Notification le :
Une copie certifiée conforme à :

[R] [Z]
Me François CORNUT - T 203
CPAM DU RHONE
Une copie revêtue de la formule exécutoire :

CPAM DU RHONE
Une copie certifiée conforme au dossier

EXPOSE DU LITIGE

Monsieur [R] [Z], désormais retraité, a exercé une activité de masseur kinésithérapeute sous le régime conventionnel.

La caisse primaire d'assurance maladie du Rhône a procédé au contrôle de son activité sur la période du 2 mai 2017 au 23 mai 2019.

Le 4 octobre 2019, la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône lui a notifié un indu d'un montant de 1 126,62 euros, justifié par des anomalies de facturation (347 facturations non conformes à la NGAP + 4 facturations non conformes à la prescription médicale).

Le 12 octobre 2019, monsieur [R] [Z] a saisi la commission de recours amiable de la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône en contestation de cet indu.

Le 25 août 2020, la commission de recours amiable a rejeté le recours du praticien et confirmé l'indu notifié par la caisse.

Par lettre recommandée réceptionnée par le greffe le 19 octobre 2020, monsieur [R] [Z] a saisi du litige le pôle social du tribunal judiciaire de Lyon.

Aux termes de ses conclusions en réponse n° 2 déposées et soutenues oralement lors de l'audience du 25 juin 2025, monsieur [R] [Z] demande au tribunal de débouter la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône de ses demandes et

de condamner l'organisme à lui payer la somme de 10 000 euros à titre de dommages-intérêts pour procédure abusive, outre la somme de 5 000 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile.

Au soutien de sa demande, il indique que les éléments fournis par la caisse à l'appui de sa demande reconventionnelle sont insuffisants à caractériser l'existence d'une créance justifiée par des anomalies de facturation.

Il soutient par ailleurs qu'il a déjà été condamné pour les mêmes faits par la section sociale du conseil national de son ordre professionnel à payer une somme de 100 euros et qu'il ne saurait être condamné une seconde fois en vertu du principe « non bis in idem ».

Enfin et au soutien de sa demande reconventionnelle en dommage et intérêts pour procédure abusive, monsieur [R] [Z] indique que la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône le poursuit sans preuves et alors qu'il est à la retraite et qu'il n'a plus accès à ses documents.

Aux termes de ses conclusions déposées et soutenues oralement lors de l'audience du 25 juin 2025, la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône demande au tribunal de débouter monsieur [R] [Z] de l'intégralité de ses demandes et de le condamner à lui payer la somme de 1 126,62 euros.

La caisse primaire expose que l'indu est justifié, en premier lieu, par la cotation des actes de rééducation du rachis et/ou des ceintures (en ce compris des deux épaules de la ceinture scapulaire) en AMS 9,5 au lieu d'une cotation en AMS 7,5 prévue par la NGAP.

La caisse primaire souligne que le praticien a déjà fait l'objet de poursuites disciplinaires pour des anomalies de facturation identiques commises entre le 1er janvier et le 31 mars 2014 et a été sanctionné à ce titre tant par le conseil régional de l'ordre le 9 janvier 2017, que par le conseil national de l'ordre le 1er mars 2019.

La caisse expose que l'indu est justifié, en second lieu, par la facturation d'actes réalisés au bénéfice d'un patient au-delà de la durée de validité de trois mois de la prescription médicale du 28 novembre 2018.

Enfin, sur la demande de dommages et intérêts formulée par monsieur [R] [Z], la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône indique que le praticien ne rapporte pas la preuve de l'existence d'une faute à l'origine d'un préjudice ainsi que d'un lien causal entre le dommage et la faute imputée.

Pour un plus ample exposé des faits, moyens et prétentions des parties, il convient de se référer aux conclusions susvisées, conformément aux dispositions de l'article 455 du Code de procédure civile.

MOTIFS DE LA DECISION

L'article L.133-4 du code de la sécurité sociale, dans sa version applicable au litige, dispose qu'en cas d'inobservation des règles de facturation des actes, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel 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, à un distributeur ou à un établissement.

En application de l'article 1353, du code civil, il incombe à l'organisme social qui demande le remboursement de l'indu d'établir la nature et le montant de l'indu.

Les tableaux récapitulatifs établis par la caisse sur la base des informations recueillies lors du contrôle et annexés à la notification de l'indu, suffisent à établir la nature et le montant de l'indu dès lors qu'ils précisent notamment les matricules des bénéficiaires, les nom, prénom et date de naissance des assurés, la date des actes ou des soins litigieux, la codification appliquée, les bases de remboursement et les montants indument remboursés (2ème Civ. , 23 janvier 2020, pourvoi nº 19-11.698).

Il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé qui conteste l'indu, de discuter les éléments de preuve produits par l'organisme, à charge pour lui d'apporter la preuve contraire par tout moyen, tant lors des opérations de contrôle effectuées par les services de la caisse qu'à l'occasion de l'exercice des recours amiable et contentieux.

En l'espèce, au soutien de l'indu dont elle réclame le paiement, la caisse primaire verse aux débats le tableau récapitulatif visé en annexe de la notification de l'indu, comportant des informations suffisamment précises quant à l'identité des patients concernés, la date des prestations litigieuses et la codification retenue pour chacune d'elles, ainsi que le montant de l'indu correspondant (pièce n°2).

Il convient de confronter cet élément probant à ceux produits par le professionnel de santé au soutien de sa contestation de l'indu.

Sur le bien-fondé de l'indu
Sur la cotation non conforme à la NGAP
Selon le chapitre II du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), dans sa version applicable au litige, la « rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée », de même que la « rééducation et réadaptation, après amputation, y compris l'adaptation à l'appareillage », sont cotées AMS 7,5.

Seule la « rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres » est cotée AMS 9,5.

Il est précisé que « les cotations afférentes aux actes ci-dessus comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures ».

Enfin, la « rééducation du rachis et/ou des ceintures, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée » est cotée AMS 7,5, étant précisé que « la cotation est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur ».

En l'espèce, il résulte du tableau récapitulatif produit par la caisse primaire que 347 actes de rééducation du rachis et/ ou des ceintures (ce terme incluant les deux épaules de la ceinture scapulaire) ont fait l'objet d'une cotation AMS 9,5 au lieu d'une cotation AMS 7,5.

Monsieur [R] [Z] ne produit aucun élément de nature à justifier que la caisse primaire aurait commis une erreur d'appréciation concernant la cotation des actes prescrits et réalisés au bénéfice des patients visés par le tableau.

En particulier, il ne justifie pas que l'un ou l'autre de ces patients aurait bénéficié d'actes tendant à la rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres, seule hypothèse susceptible de justifier la cotation AMS 9,5.

Au surplus, la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône justifie que monsieur [R] [Z] a déjà été sanctionné par le conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes le 21 novembre 2018 pour des anomalies de facturation identiques commises entre le 1er janvier et le 1er mars 2014, ce qui conforte l'exactitude de la lecture faite par la caisse primaire de la NGAP à l'occasion de son contrôle.

Monsieur [R] [Z] ne saurait enfin se prévaloir du principe non bis in idem, dès lors que la décision du conseil national de l'ordre précitée concerne des faits certes similaires, mais antérieurs à ceux faisant l'objet de la présente instance.

L'indu sera donc confirmé de ce chef.

Sur la facturation non conforme à la prescription médicale
Selon les dispositions liminaires du titre XIV de la NGAP, consacré aux actes de rééducation et de réadaptation

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

En l'espèce, il résulte du tableau récapitulatif produit par la caisse primaire que quatre actes réalisés les 19 mars, 2 avril, 16 avril et 26 avril 2019 au bénéfice du patient [M] [H] l'ont été au-delà du délai de trois mois expressément prévu par la prescription médicale, ce délai courant à compter du premier acte réalisé le 30 novembre 2018, soit jusqu'au 28 février 2019.

Monsieur [R] [Z] n'avance aucun moyen de fait ou de droit de nature à contredire le redressement opéré par la caisse primaire.

L'indu sera donc confirmé de ce chef.

Sur les demandes formulées par le praticien
Vu les développements qui précèdent, la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône apparaît parfaitement fondée dans son action en recouvrement et n'a donc commis aucune faute susceptible d'engager sa responsabilité.

En conséquence, monsieur [R] [Z] sera débouté de sa demande indemnitaire.

Il ne sera pas davantage fait droit à la demande de celui-ci formée au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

PAR CES MOTIFS

Le pôle social du tribunal judiciaire de Lyon, statuant par jugement contradictoire et en dernier ressort,

CONFIRME l'indu notifié le 4 octobre 2019 par la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône à monsieur [R] [Z] d'un montant de 1 126,62 euros ;

CONDAMNE monsieur [R] [Z] à payer à la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône la somme de 1 126,62 euros ;

DÉBOUTE monsieur [R] [Z] de sa demande de dommages et intérêts ;

DÉBOUTE monsieur [R] [Z] de sa demande au titre de l'article 700 du code de procédure civile ;

CONDAMNE monsieur [R] [Z] aux dépens de l'instance.

Ainsi jugé et mis à disposition au greffe du tribunal le 29 octobre 2025 et signé par le président et la greffière.

La greffière Le président